

## MANIFESTE sur la santé dans les quartiers de la politique de la ville

---

ADOPTÉ au BUREAU du CNV le 13 octobre 2011.

Le Conseil national des villes (CNV) rappelle que la santé doit être réellement considérée par tous et par chacun comme le cinquième pilier de la politique de la ville. Il réaffirme certains principes et propose les recommandations suivantes :

1°) Ainsi qu'il l'avait déjà fortement exprimé dans son avis en date du 18 Septembre 2008,- il y a trois ans exactement-, le CNV tient tout d'abord à affirmer son attachement indéfectible à la lutte contre les inégalités territoriales de santé, de quelques sortes qu'elles soient, et, en particulier, de toutes celles qui concernent les territoires inscrits dans la politique de la ville.

2°) Le CNV souligne ensuite qu'il lui paraît nécessaire d'envisager la santé sous son acception la plus large, - la définition de l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S) -, autrement dit « du mental à l'environnemental », quelles qu'en soient les instances initiatrices et partenaires et quels que soient les échelons administratifs qui initient les plans et programmes ou les met en œuvre,- du niveau mondial à celui du quartier -. Il lui semble, en tous les cas, particulièrement important de réhabiliter le niveau géographique de proximité sur ces sujets, à savoir le quartier. Cette question « de l'Unité et du Tout » doit pouvoir se décliner sur tous les contenus et sur tous les modes de gouvernance. Elle doit accompagner toutes les politiques de la ville.

3°) Le CNV adhère en tous points au contenu de l'avis exprimé le 27 juin 2011 par le Conseil national de lutte contre l'exclusion (CNLE) sur l'accès aux soins des plus démunis. En particulier il s'associe totalement à l'iniquité des «effets de seuils» lorsqu'ils ont pour conséquence d'exclure, - pour trois euros, 642 au lieu de 639 -, les bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH), des avantages de la CMU-C. Il serait également favorable à la fusion de l'Aide Médicale d'Etat (AME), et de la Couverture médicale universelle, au profit d'une CMU élargie, à l'instar du point de vue exprimé le 18 Juin 2003 par le Conseil économique, social et environnemental (CESE).

4°) Le CNV considère que la santé est, par nature, **une thématique transversale** : certains de ses aspects sont de plus constitutifs d'autres politiques publiques, lesquelles peuvent intégrer des aspects sanitaires ou avoir des conséquences importantes sur la santé des populations : logement, transports, cadre de vie, équipements et niveau des services,...etc. Le CNV forme le vœu qu'il y ait le maximum de coordination entre les plans et programmes, et ce, à toutes les échelles, afin d'assurer l'efficacité optimale pour chacun d'eux. Il fait remarquer l'importance des liens et des articulations entre les questions de logement et les problèmes de santé, notamment de santé mentale.

5°) le CNV juge que la question de **l'éducation à la santé** doit être une priorité de l'Etat. Il se propose d'en être un partenaire actif, le cas échéant avec d'autres instances nationales, en participant à l'entretien d'un débat citoyen sur l'ensemble de ces sujets et en facilitant les relations inter-partenaires, afin de faire en sorte que la **démocratie sanitaire** ait de plus en plus « le droit de cité ».

Il appelle de ses vœux à des rapprochements entre deux mondes séparés, celui de l'urbanisme et de la santé, pour conjuguer leurs outils de réflexion, - en particulier les agences d'urbanisme et les Observatoires régionaux de la santé (ORS) -, mais aussi leurs dispositifs de programmation et de planification dans ce domaine : Schéma régional d'aménagement du territoire (SRADT), Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et Plan régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) au niveau régional, Schéma de cohérence territoriale (SCOT), Plans locaux d'urbanisme, Agendas 21 et Contrats locaux de santé de toutes sortes au niveau communal et/ou intercommunal,...etc, le tout dans une perspective de développement durable et de l'«Après-Grenelle 2».

De nouvelles collaborations devraient voir le jour prochainement et se développer entre l'INSEE, les ORS, les agences d'urbanisme d'agglomération, l' Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS) et les Centres de Ressources de la politique de la ville, aussi bien au plan national qu'aux échelons plus locaux.

*Pour le CNV, les Agences régionales de santé (ARS) devraient avoir le souci de promouvoir les Contrats Locaux de Santé (CLS), et les Contrats intercommunaux de Santé Mentale (CISM), et d'en prévoir non seulement les modalités de financement lors de la signature mais aussi la coordination des pilotages, afin de réduire l'instabilité juridique et le flou de certains des mesures et actions prévues.*

6°) Le CNV insiste aussi sur l'ardente **obligation de la veille technique et de l'observation permanente** sur ces sujets. En effet, la transparence des séries statistiques, le partage des connaissances et de leur actualisation en continu par le plus grand nombre est un gage majeur et d'une plus grande démocratie sanitaire, et d'une meilleure qualité des plans et programmes plus coordonnés et plus territorialisés que le CNV recommande.

Dans le même ordre d'idées, mais de manière plus précise encore, il importe de pouvoir disposer d'informations et de séries statistiques à l'échelon des quartiers, car cela permet d'effectuer les comparaisons nécessaires et utiles pour l'établissement de bons diagnostics de territoires. Sur ces questions, enfin, le CNV exprime le vœu que des travaux puissent être engagés pour trouver les meilleurs **indicateurs sanitaires**, - composites ou non -, mais, en tous les cas, définis de la même manière au niveau européen, et même, si possible, au niveau international. L'ONZUS et l'INSEE gagneraient sans doute à mieux se mobiliser et se coordonner sur cette question et à s'investir plus sur la définition d'indicateurs et de cahier des charges, afin de permettre une plus grande harmonisation et une complémentarité des observatoires locaux : Système d'information géographique (S.I.G) et plateformes partagées de bases de données, par exemple. Et l'ensemble dans la perspective affichée d'une plus grande «territorialisation des politiques sanitaires de l'Etat», sans, bien sûr, suppléer à ses lacunes ou à ses défaillances éventuelles.

7°) Le CNV tient également à attirer l'attention des pouvoirs publics sur l'extrême soin à apporter aux **aspects démographiques intergénérationnels** de cette thématique, **trop souvent mésestimés**, tout particulièrement «aux deux bouts de la chaîne» :

- la période de la petite enfance, d'une part, car c'est là que s'installent les premières « inégalités sanitaires » et que les dimensions éducatives, de sensibilisation, de prévention, de dépistage et d'accompagnement sont les plus efficaces.

- le moment de la vieillesse, d'autre part, car les responsables politiques, quelquefois plus préoccupés d'immédiateté, ne donnent pas toujours l'impression d'avoir réellement pris la mesure des incidences de l'allongement de la vie sur l'organisation des espaces et des sociétés à venir. Sur ce plan, le CNV considère que le recours plus fréquent à la recherche devrait être encouragé, en particulier dans ces champs d'investigation plus prospective.

8°) Au cours de plusieurs déplacements sur le terrain en 2010-2011 à Marseille (13) et à Mons-en-Barœul (59), le CNV a pu expérimenter l'inégalité et la diversité des réponses apportées par les responsables locaux. Il appelle avec insistance **les collectivités locales** qui ne l'auraient pas encore fait, à **«rentrer dans la boucle sanitaire»**. Le maintien des

« Ateliers Santé Ville » (ASV), qu'il avait défendu, - et qui se développent dans beaucoup de quartiers de communes en difficultés, ainsi que la mise en place progressive des pôles et maisons de santé dans des territoires en déshérence sanitaire, manifestent ce nouvel intérêt.

Au-delà de cet ensemble de recommandations, le CNV estime qu'il faut aller encore plus loin au niveau de la contractualisation:

- Il faut **développer et consolider toutes les formes de programmes contractualisés de santé publique** entre les collectivités locales et l'Etat, sur le modèle des Ateliers santé ville ;

- Il faut aussi que **les nouveaux CUCS comprennent des volets santé plus étoffés et plus ajustés** aux territoires de la politique de la ville, singulièrement les quartiers ;

- Il faut également que **les ARS signent les CUCS actualisés dans leur nouvelle formulation**, en intégrant les nouveaux territoires à enjeux et les projets les plus émergents récemment définis, avec le souci d'accompagner les populations les plus en difficultés ;

- Il faut enfin **créer des communautés de partenaires plus resserrées et en réseaux sur les territoires**, à commencer par les territoires de proximité, - en l'occurrence les quartiers -, afin d'assumer ensemble les missions de prévention, d'élaboration et de mise en œuvre des mesures et actions envisagées.

9°) Quand bien même le contexte budgétaire et financier des collectivités n'est pas le meilleur possible, le CNV estime que **toutes les initiatives visant à la réduction des inégalités sanitaires doivent être recherchées, poursuivies et amplifiées**, car elles peuvent être porteuses d'économies globales à terme. Le CNV considère surtout que les collectivités locales y ont toute leur place, notamment pour obliger à la fabrication de conventions et/ou de contractualisations plus adaptées aux territoires de proximité en jeu. Madame Nora BERRA, Secrétaire d'Etat chargée de la santé, n'a-t-elle pas affirmé lors du premier anniversaire des ARS : « Si nous avons créé les ARS, c'est pour mieux répondre aux besoins locaux en matière de soins » ?

10°) Enfin, le CNV tient à exprimer son très vif souhait d'être consulté ou associé à l'élaboration du Plan National de Santé Mentale avant son adoption définitive, prévue à la fin de l'année 2011. Le CNV est en effet conscient de la sensibilité de certains sujets, - comme celui des soins ambulatoires ou, plus encore, celui l'hospitalisation d'office sans consentement -, mal réglés dans un texte récent. Il est en même temps intimement persuadé de l'intérêt de l'intégration maximale des problématiques de santé mentale dans tous les plans de santé de santé publique, ainsi d'ailleurs que dans les politiques de santé locale impliquant les élus, les habitants, usagers, familles et organismes de la cité qui concourent à la santé des quartiers. Les conseils locaux de santé, santé mentale et citoyenne développés à partir des Ateliers santé ville témoignent de l'apport manifeste des quartiers en zones urbaines sensibles (ZUS) pour l'évolution générale de la psychiatrie en France.

—

Au delà de ces recommandations spécifiques, le Conseil national des villes souhaiterait pouvoir s'exprimer en amont, dans le cadre de saisines ministérielles, sur les projets ou réformes impactant directement ou indirectement le sujet de la santé, en particulier dans les quartiers de la politique de la ville.

oOo