

CONTRAT LOCAL DE SANTE

ENTRE

LE PREFET DE LA REGION PROVENCE ALPES COTE D'AZUR,
LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
ET LE MAIRE DE LA VILLE DE MARSEILLE
POUR LA PERIODE 2009-2011

PREAMBULE

La santé se situe parmi les préoccupations premières de nos concitoyens. Aujourd'hui, plusieurs éléments concourent à encore renforcer cette attention toute particulière de la part du public :

- Une demande forte concernant l'amélioration de la qualité de vie et de l'environnement
- Une sensibilisation accrue aux facteurs favorisant le maintien d'une bonne santé tout au long de la vie
- Un abaissement du seuil de tolérance face au risque et la volonté d'être informé voire impliqué dans la gestion de ce risque
- La survenue de crises sanitaires comme celles relatives à la canicule en 2003 ou, récemment, à la pandémie grippale.

Il devient clair que la prise en compte de la problématique sanitaire doit être globale :

- Elle concerne bien sûr les professionnels de santé mais aussi ceux exerçant dans d'autres domaines d'activité (social, éducation...), le secteur associatif comme les institutions, les acteurs du public comme du privé
- Elle nécessite l'implication de l'ensemble des intervenants institutionnels qui, à quelque niveau territorial qu'ils se situent, doivent répondre aux problèmes et aux questions posés de manière chaque jour plus insistante, par la population, les associations, les médias et œuvrer de concert à l'amélioration globale de la santé des populations.

La Ville constitue l'échelon territoriale le plus proche de la population. Le Maire est en permanence interpellé par ses administrés sur tous les sujets, y compris ceux qui ne sont pas de sa compétence en termes réglementaires. Cette situation privilégiée lui confère les moyens d'appréhender le territoire de façon cohérente, dans le respect de son hétérogénéité et de ses spécificités. Dans ce contexte, le territoire local, lieu privilégié de synergie opérationnelle entre les acteurs, favorisant la proximité et l'écoute du citoyen, est approprié au développement d'une politique de santé participative en direction de l'ensemble des populations. Au plus près des populations, il est plus aisé de faire émerger les demandes et de cerner les besoins. Quant aux acteurs locaux, ils constituent des relais et des partenaires incontournables pour l'identification et la réalisation des actions.

Les initiatives prises localement prennent bien évidemment en compte les spécificités du territoire mais se réfèrent aussi aux priorités définies au niveau national et déclinées régionalement. Les actions se développent ainsi en synergie avec l'ensemble des autres acteurs institutionnels impliqués sur le territoire.

Dans ce contexte, il apparaît pertinent voire naturel de formaliser le partenariat existant de fait sur le terrain au travers de l'établissement d'un contrat entre les parties prenantes afin de renforcer la coopération et de favoriser la pérennisation de celle-ci.

LE CONTEXTE MARSEILLAIS

Ville de Marseille	
Population :	839 043 habitants (Source : INSEE, RP 2006)
Nombre d'allocataires du R.M.I. :	37 509 (Source CAF, Corinthe)
Nombre d'allocataires de l'A.A.H. :	12 891 (Source CAF, Corinthe)
Nombre de professionnels de santé :	11 082

Marseille, deuxième ville de France par sa population, deuxième commune par sa superficie, métropole régionale méditerranéenne, concentre sur son territoire un ensemble de richesses et de problématiques issues de sa diversité et de son histoire.

Port d'accueil, attirant au cours des siècles des peuples de toutes origines, la cité phocéenne a subi le déclin que l'on sait, entraînant une plus grande précarité sociale. Mais, ces dernières années, Marseille a su tirer parti de ses atouts : pôles de compétence spécialisés qui rayonnent sur l'ensemble de la région, arrêt du déclin démographique, qualité de vie améliorée.

En tant qu'acteur majeur de la proximité et parce que la santé c'est l'affaire de tous, des professionnels mais aussi de la population et de ses représentants, la Ville de Marseille a développé une politique volontariste en matière de santé publique. Celle-ci repose sur les compétences obligatoires qu'elle exerce par délégation, notamment en matière de santé environnementale, ainsi que sur l'engagement de sa responsabilité dans la gestion des problématiques présentes sur son territoire.

Ainsi, en 2004, à son initiative et en collaboration avec l'Observatoire Régional de la Santé PACA (ORS PACA), a été publié le Bilan santé Marseille comparant la situation locale avec celle de la France métropolitaine, de la région, du département et des 10 plus grandes villes de l'hexagone. Par ailleurs, les informations ont aussi été traitées au niveau infra-communal, certains indicateurs ayant pu être analysés par arrondissement. Il a montré que :

- Dans l'ensemble, l'état de santé de la population marseillaise apparaît plus favorable qu'au niveau national, hormis pour la tuberculose et le sida principalement ;
- Depuis 1990, Marseille a vu son déclin démographique endigué mais doit aujourd'hui faire face à une population vieillissante, ce qui doit donner lieu à des réponses claires en terme d'infrastructures, d'offres de soins, de réseaux de proximité et d'accompagnement des malades et des personnes âgées ;
- La comparaison avec les autres grandes villes françaises nuance certains résultats : Marseille est une des villes les plus touchées par les maladies respiratoires, par la persistance de comportements à risques (tabagisme, accidents

de la circulation -notamment chez les jeunes) et une des moins affectées par la mortalité par cancer du sein alors que celle-ci est plus élevée que celle de la région ;

- Comme dans les autres métropoles françaises, la problématique souffrance psychique est très marquée ;
- L'offre de soins en médecine de ville est plus importante que la moyenne française et se situe dans la moyenne des autres villes. Mais l'offre en services de long séjour et en pédopsychiatrie est déficitaire, ainsi que l'offre d'accueil pour les personnes âgées ;
- Les comparaisons entre arrondissements traduisent des disparités marquées au sein du territoire communal, tant au niveau de la situation sanitaire que de l'offre et de la consommation de soins, qui recourent les contrastes sociodémographiques territoriaux de la ville ;
- La ville reste par ailleurs caractérisée par un taux important de bénéficiaires du RMI et de la CMU, ce qui continue de faire des politiques sociales et sanitaires de réelles priorités pour l'action publique locale.

Dans ce contexte, la Ville a défini et mis en œuvre un programme visant à répondre aux enjeux sanitaires locaux en mettant en œuvre ses prérogatives en matière de police sanitaire, en initiant / suscitant l'émergence d'actions pertinentes en phase avec la réalité du terrain, en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, en facilitant les partenariats, en développant les réseaux, en sensibilisant, et en responsabilisant les populations sur les problématiques sanitaires. Les objectifs à atteindre et les terrains d'action sont multiples. Parmi ceux-ci :

- Poursuivre et renforcer la prise en charge des crises sanitaires (canicule, grand froid, pandémie grippale, chikungunya, épidémies, ...) avec la mise en place d'une cellule de crise municipale pour chaque événement chargée d'anticiper, suivre, organiser et proposer des réponses à la Municipalité ;
- Suivre l'évolution de la situation sanitaire de la ville (état de santé de la population et réponses apportées par les différents acteurs) avec l'actualisation du Bilan santé Marseille de 2004 ;
- Préserver la santé des Marseillais par une amélioration et un meilleur contrôle des conditions environnementales en matière d'habitat / insalubrité, d'hygiène du milieu, d'hygiène alimentaire, de bruit / nuisances sonores, de contrôle de la qualité de l'eau (de consommation, de baignade), qualité de l'air intérieur et extérieur, de légionellose, de lutte contre les nuisibles... ;
- Poursuivre l'implication de la Ville dans la prévention et la prise en charge de certaines pathologies prioritaires : VIH-Sida, toxicomanies, prévention des conduites à risques chez les adolescents, promotion de la santé nutritionnelle, santé mentale, lutte contre le tabagisme, actions santé de proximité développées dans le cadre du dispositif Ateliers Santé Ville (ASV), soutien aux associations de prévention et de prise en charge sanitaires (en 2008, 510 000 € de subventions à 82 associations) ;

- Pérenniser les activités du Centre de Vaccination International.

Ce programme local de santé publique est conduit sur l'ensemble du territoire de la Ville avec une attention particulière concernant les quartiers les moins favorisés, avec notamment un appui constant apporté aux 3 ASV marseillais au plan méthodologique et financier.

Lorsque cela est possible, les actions développées se font en partenariat avec les acteurs des secteurs public (Etat, collectivités locales, Assurance Maladie,...), privé et associatif. Cette approche partenariale s'impose également vis à vis des services municipaux impliqués au plan sanitaire, social, environnemental et éducatif.

Comme précisé plus haut, il apparaît intéressant, pour l'ensemble des partenaires oeuvrant sur le territoire de la Ville, de travailler à la mise en commun d'objectifs opérationnels sur des thématiques qui pourront bénéficier de la synergie, cette approche partenariale pouvant faire l'objet d'un contrat qui régira les modes de collaboration entre les acteurs et définira les moyens mis à disposition.

L'Etat, pour sa part, outre qu'il co-pilote et co-anime, avec la Ville de Marseille et la Caisse primaire d'assurance maladie, les 3 ASV marseillais, est largement investi en matière de promotion de la santé publique à Marseille. Il finance et suit par ailleurs de nombreux dispositifs concourant à l'amélioration de l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus vulnérables. De même, le Groupement régional en santé publique (GRSP) a financé plusieurs projets répondant aux objectifs du Plan régional en santé publique.

Ainsi, en 2009, ce sont 18 267 498 € qui ont été alloués au fonctionnement de structures telles les Centres spécialisés de soins aux toxicomanes, les Lits halte soins santé, les Centres de cure ambulatoire en addictologie, les Appartements de coordination thérapeutique, les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues. L'Etat facilite l'accès aux droits et aux soins des personnes précaires, notamment au travers de l'activité des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ; une PASS de psychiatrie ouvrira en 2010 à Marseille (100 000 €), ainsi qu'une consultation dentaire dépendant de la PASS de la Conception. C'est également le rôle dévolu aux équipes mobiles de psychiatrie précarité, au nombre de deux à Marseille.

Le GRSP a, quant à lui, financé à hauteur de 2 087 939 €, les projets en santé publique développés sur le territoire de proximité de Marseille.

LE CONTEXTE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

I - Le Plan Espoir Banlieue

Le plan espoir banlieue de juin 2008 prévoit, dans la partie relative au programme d'action triennal du ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, la mise en œuvre de Contrats Locaux de Santé Publique (CLSP).

« Les Contrats Locaux de Santé Publique, prolongements contractuels des Ateliers Santé Ville (ASV), permettent de développer, dans les collectivités locales éligibles, des moyens d'observation, de mobilisation et de coordination des ressources sanitaires.

L'ensemble des partenaires – État (ministère, agences régionales de santé en projet, établissements), collectivités locales (conseils généraux, communes, établissements publics de coopération intercommunale), acteurs locaux de la santé (ASV, acteurs privés et libéraux), acteurs non institutionnels (associations de prévention) – désireux d'agir en partenariat dans le domaine de la santé publique convient d'un plan d'actions et d'un calendrier pour concourir à l'amélioration de la situation sanitaire de la population des quartiers populaires.

Ces CLSP sont intégrés au plan régional de santé publique (PRSP) et bénéficient d'une évaluation prioritaire de leurs demandes de financement.

Les Agences Régionales de Santé ont intégré les groupes régionaux de santé publique (GRSP) et assurent ainsi le rôle d'attribution des financements relatifs à la mise en œuvre des PRSP.

Objectif :

Les modifications importantes de l'organisation régionale rendent délicate la généralisation immédiate de cette mesure à l'ensemble des territoires concernés.

Il paraît réaliste d'expérimenter cette mesure, sur des sites pilotes proposés par les préfets parmi les communes et agglomérations en Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS) dotées d'un ASV et comportant au moins un des 215 quartiers du PEB.

Les CLSP devront naturellement inclure prioritairement dans leurs objectifs les orientations proposées par le ministère en charge de la Santé. Ils seront élaborés à partir du diagnostic de la situation locale.

Indicateur de résultat :

Nombre de CLSP signés, reposant sur un diagnostic partagé, disposant de moyens d'observation et comprenant un plan d'actions et un calendrier pour la mobilisation et la coordination des ressources sanitaires.

II - La Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST).

Les Contrats Locaux de Santé sont évoqués dans deux sections de la loi : celle concernant le projet régional de santé et celle relative aux territoires de santé.

« Art. 1434-1.-Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

« Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.

« Art. 1434-2.-Le projet régional de santé est constitué :

« 1° D'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;

« 2° De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;

« 3° De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. **La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des Contrats Locaux de Santé tels que définis à l'article L. 1434-17.**

« Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

« Art. 1434-16.-L'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'Etat dans la région, d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, d'autre part et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région.

« Les territoires interrégionaux sont définis conjointement par les agences régionales concernées, après avis du représentant de l'Etat dans chaque région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux compétents sur ces territoires.

« Art. 1434-17.-Dans chacun des territoires mentionnés à l'article L. 1434-9, le directeur général de l'agence régionale de santé constitue une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé.

« La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique.

« La conférence de territoire peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé : **« La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de Contrats Locaux de Santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.**

« Un décret détermine la composition et le mode de fonctionnement des conférences de territoire ».

III - La lettre circulaire du 20 janvier 2009, co-signée par Mme Bachelot et Mme Fadela Amara

« Le Contrat Local de Santé aura vocation à s'appliquer à l'ensemble des territoires de santé qui seront déterminés par l'ARS ; il devra cependant trouver une application particulière dans les territoires de la politique de la ville ; il sera ainsi susceptible de compléter le volet santé des Contrats Urbains de Cohésion Sociale reconduits en 2010.

En outre, par sa vocation intersectorielle et ses instruments spécifiques – la démarche de projet et le contrat – la politique de la ville facilite une approche intégrée des politiques publiques particulièrement nécessaire à la résolution de problématiques de santé.

C'est pourquoi les futures agences régionales de santé seront signataires des Contrats Urbains de Cohésion Sociale. Dans ce but, vous veillerez à l'appropriation des projets de santé menés dans le cadre des CUCS tant par les instances régionales de santé publique, que par les instances régionales de cohésion sociale.

Dans l'immédiat, nous vous invitons à vous rapprocher des communes en politique de la ville qui s'impliquent dans le domaine de la santé, notamment dans les ateliers santé-ville, afin d'examiner avec elles le contenu d'un Contrat Local de Santé à signer dès la promulgation de la loi précitée.

Une mission d'appui présidée par un inspecteur général des affaires sociales accompagnera la mise en œuvre de cette mesure et capitalisera les travaux engagés en 2009.

Nous savons pouvoir compter sur votre engagement pour œuvrer dans ce cadre à la meilleure application des politiques publiques utiles à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, et contribuer ainsi fortement à inscrire l'action locale dans le schéma régional de prévention des futures agences régionales de santé ».

IV – L'article L1422-1 du Code de la Santé Publique

« Les services communaux d'hygiène et de santé relèvent de la compétence des communes ou, le cas échéant, des groupements de communes, qui en assurent l'organisation et le financement, sous l'autorité du maire ou, le cas échéant, du président de l'établissement public de coopération intercommunale.

Les services communaux d'hygiène et de santé sont chargés, sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions relatives à la protection générale de la santé publique énumérées, notamment, au titre Ier du livre III de la présente partie et relevant des autorités municipales.

Les services communaux d'hygiène et de santé qui, à la date d'entrée en vigueur de la section 4 du titre II de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat, exercent effectivement des attributions en matière de vaccination ou de désinfection ainsi qu'en matière de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène continuent d'exercer ces attributions par dérogation aux articles 38 et 49 de ladite loi. A ce titre, les communes dont relèvent ces services communaux d'hygiène et de santé reçoivent la dotation générale de décentralisation correspondante dans les conditions prévues par le code général des collectivités territoriales ».

LA GENESE DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

Dans le cadre de la préparation opérationnelle de la mise en œuvre des Agences régionales de santé (A.R.S.), le Ministère de la santé et des sports et le Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, ont lancé un appel à projets. Il s'agissait de sélectionner des projets pilotes, sur cinq thèmes (protocole de relation entre le Préfet et l'ARS, régulation et contrôle de gestion dans les établissements publics de santé, territoires de santé, établissements sociaux et médico-sociaux, contractualisation ARS/Assurance maladie).

La région P.A.C.A. a proposé sa candidature pour un projet sur le thème "*Territoires de santé*", le 12 décembre 2008.

Le choix du trinôme ARS s'est porté sur un projet proposé par la DDASS des Bouches du Rhône, qui a évolué pour devenir le projet "*Territoire de santé : préfiguration d'un Contrat Local de Santé (CLS) avec la Ville de Marseille*", visant à expérimenter la négociation et la rédaction d'un Contrat Local de Santé Publique avec une collectivité locale, la commune de Marseille, sur des thématiques recouvrant le champ de compétence de l'A.R.S.

En effet, l'engagement depuis de nombreuses années de cette municipalité sur les politiques de santé publique, en partenariat avec les services de l'Etat, la dimension du territoire de Marseille, le poids de la population ainsi que les indicateurs de précarité ont permis de penser que cette candidature s'inscrivait tout à fait dans la logique des projets pilotes.

Le projet a été retenu le 24 février 2009, et une chef de projet désignée.

Ce projet, en privilégiant le maillage des cultures, les phases de dialogue et de travail concerté entre les acteurs du territoire, visait à faire émerger un travail managérial conjoint, associé à un travail de terrain.

Il a par ailleurs été présenté à Monsieur le Préfet de la région Provence Alpes Côte d'Azur (P.A.C.A.), et a fait l'objet d'une présentation aux représentants du Secrétaire Général pour le Ministère de la santé et des sports et le Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville.

I - Les origines et les caractéristiques du projet : une déclinaison logique et améliorée du Plan régional de santé publique (P.R.S.P) et de la démarche des Ateliers santé ville (Plans locaux de santé publique)

Dans le cadre des suites données à l'évaluation du programme régional de santé publique (P.R.S.P.), le Directeur du Groupement Régional en Santé Publique (G.R.S.P.) a souhaité relancer la désignation de référents territoriaux, et a invité les Directeurs de D.D.A.S.S., de Caisses Primaires d'Assurance Maladie, et les villes volontaires à faire acte de candidature.

Le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales des Bouches-du-Rhône a proposé de s'engager dans une expérimentation territoriale :

- en la faisant reposer non sur une personne, mais sur une équipe,
- en l'inscrivant dans les perspectives des délégations territoriales départementales des futures A.R.S.,
- en s'appuyant sur l'expérience acquise en terme de méthodologie, de diagnostic de territoire et de négociation de plans d'actions, au travers du pilotage des ASV (3 à Marseille).

Il avait été proposé de lancer cette expérimentation sur le territoire de proximité de Marseille et de mettre l'accent sur deux thématiques clés : santé mentale et psychique - santé et habitat. Au fil des négociations, le champ des thématiques a été élargi à 8 :

Les 8 thématiques retenues par le Comité de pilotage du projet pilote :

- Santé mentale et psychique.

- Santé et habitat.
- Vieillesse.
- VIH/hépatites.
- Addictions.
- Accès aux soins.
- Nutrition.
- Vigilance sanitaire.

Par ailleurs, un groupe évaluation a été créé pour proposer au COPIL des indicateurs de processus et des indicateurs sur les plans d'actions.

II – Le périmètre du projet

Il a été convenu que le projet porterait d'abord sur la Ville de Marseille, pour être, à terme, étendu au territoire de proximité de Marseille si celui-ci, dans le cadre du processus qui mènera à la définition des territoires par l'ARS avec la participation des collectivités concernées, est étendu au-delà des limites de la Ville.

III – Le pilotage du projet

Le pilotage du projet de préfiguration du CLS a été mené en mode ARS (il traite de l'ensemble des secteurs d'activités qui seront pris en charge par l'ARS) et en intersectoriel (l'ensemble des secteurs contribuant à la santé : emploi, logement, mode de vie, éducation, etc....) et vise à favoriser la mise en œuvre du partenariat avec les collectivités locales et la production commune du contrat local.

Le niveau de représentation des membres du Comité de pilotage plénier (COPIL) et la participation au projet de l'ensemble des institutions constitutives de la future ARS et des collectivités locales concernées, a permis à cette instance de dialogue et de concertation d'être pleinement décisionnelle.

Composition du Comité de pilotage plénier (COPIL)

- le Préfet ACSE.
- le Directeur de l'ARH.
- le Directeur du GRSP/DRASS Provence Alpes Côte d'Azur.
- le Directeur de l'URCAM.
- la Directrice du RSI.
- le Directeur de la DDASS des Bouches du Rhône et ses adjoints.
- le Directeur de la CPCAM et ses adjoints.
- l'élue, Déléguée à la santé de la Ville de Marseille.
- le Directeur du service de Santé publique de la Ville de Marseille et son adjoint.
- le Directeur général adjoint de la solidarité du Conseil général et ses adjoints.
- la Chef de projet.

Un Comité de pilotage restreint (DDASS, Ville de Marseille, CPCAM) a été chargé de préparer les séances du COPIL plénier, et de prendre les décisions nécessaires à l'avancée de la démarche entre ces séances. Il rendait compte régulièrement à l'ensemble des membres du COPIL plénier.

Des groupes de travail composés de représentants des différentes institutions parties prenantes du projet, à partir des diagnostics et schémas existant sur le territoire, ont eu pour rôle de proposer au Comité de pilotage plénier des axes prioritaires et de les décliner ensuite en plans d'actions.

Enfin, la chef de projet a animé, avec le Directeur du service santé publique de la Ville de Marseille, des temps de travail et d'échanges avec les animateurs des groupes de travail, l'ensemble constituant l'équipe projet.

Un « reporting » régulier a été effectué auprès des correspondants régionaux et du Chef de file sur l'état d'avancement du projet et la chef de projet a participé au Comité de pilotage élargi du projet ARS. Il a été décidé que le Comité de pilotage élargi du projet ARS n'assurerait aucun pouvoir de validation sur les travaux menés dans le cadre du projet pilote.

LE CONTRAT LOCAL DE SANTE (CLS)

Le CLS prend en compte les éléments décrits précédemment et instaure un partenariat pérenne concernant le traitement en commun des 8 thématiques ciblées.

Il présente les caractéristiques suivantes :

I - Les objectifs stratégiques

- Mettre en œuvre les axes stratégiques et le plan opérationnel présentés en annexe selon une approche transversale en mode ARS et intersectorielle pour la Ville.
- Etablir les modalités d'une gouvernance territoriale partagée entre les signataires et les évaluer.

II - Les résultats attendus en terme de Santé Publique

- Une réelle territorialisation des politiques de santé, à laquelle la collectivité soit pleinement associée, fondée sur le présent contrat et articulant une remontée partagée des besoins locaux en cohérence avec les orientations régionales ;
- A partir des enjeux respectifs des acteurs institutionnels Etat/Assurance maladie/Ville, identifier, de concert, des besoins, puis des axes sur lesquels initier ou développer en commun des actions ;
- Articuler les interventions publiques des acteurs institutionnels et mobiliser ensemble des financements sur les actions prioritaires, en maintenant l'articulation entre la santé publique et le social (volet santé des Contrats Urbains de Cohésion Sociale notamment), pour une meilleure prise en charge des personnes ;
- Mettre en œuvre des plans d'actions de façon transversale (mode ARS et intersectoriel), en décloisonnant les champs d'intervention : offre de soins, médico-

social, santé environnement, promotion de la santé, vigilance sanitaire, mais aussi problématiques liées au logement, à la rénovation urbaine, etc. ...

III - Les améliorations attendues à l'échelle du territoire

- Une impulsion et un développement du travail en réseau par les acteurs de terrain, notamment pour les thématiques traitées dans le cadre du Contrat Local de Santé ;
- Une meilleure articulation et cohérence entre les priorités régionales et territoriales ;
- Une concentration des moyens d'intervention sur des cibles d'actions concertées.

IV - La mise en œuvre d'une véritable démocratie sanitaire locale

De manière générale, il est proposé de se situer dans le cadre défini par le décret n°2010-347 du 31 mars 2010 relatif à la composition et au mode de fonctionnement des conférences de territoire qui seront constituées par le Directeur Général de l'ARS.

Dans le projet pilote « Territoire de santé : préfiguration du Contrat Local de Santé avec la Ville de Marseille », la démocratie sanitaire est d'abord à l'œuvre au travers de la participation des collectivités locales. Ainsi, l'Élue à la santé de la Ville de Marseille, vice présidente du GRSP, a co-animé le projet. Par ailleurs, elle co-pilote les ASV (ateliers santé ville). Le Conseil Général, quant à lui, a participé également aux travaux.

Par ailleurs, les relations avec les « forces vives » locales ont été conduites, en amont du projet, dans le cadre de l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation sanitaires et sociaux (SROSS) et du Programme régional de santé publique (PRSP). De plus, dans les ASV, les professionnels de terrain sanitaires et sociaux et les habitants ont été interrogés en phase de diagnostic des besoins et lors de l'élaboration des plans locaux en santé publique.

Dans le projet pilote, les groupes de travail ont été invités par le COPIL à indiquer les modalités qu'ils proposent pour associer les acteurs de terrain (professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux et habitants) à la réflexion et au choix des priorités et actions.

Il s'agissait selon les cas :

- De s'appuyer sur des mobilisations d'acteurs déjà existantes dans des démarches telles que les ASV, certains comités de pilotage (santé mentale, précarité, addictions, etc....), les instances locales.
- D'élargir le groupe de travail à quelques acteurs clés, professionnels, voire habitants.

En tout état de cause, les groupes de travail devaient :

- Identifier les acteurs incontournables dont la mobilisation serait nécessaire pour que les actions puissent être mises en œuvre dans les meilleures conditions ;
- indiquer les conditions d'une inscription progressive et dans la durée de la démocratie sanitaire, en étant pragmatique et en respectant les étapes plus ou moins rapides d'association des acteurs.

L'ensemble de ces éléments seront repris avec l'objectif d'impliquer au mieux acteurs et population dans les actions qui seront mises en œuvre dans le cadre du présent CLS.

V – Les signataires du CLS et leurs engagements

Au vu des travaux conduits dans le cadre du projet pilote « Territoire de santé : préfiguration du Contrat Local de Santé avec la Ville de Marseille » et des priorités définies par le Comité de pilotage, le Directeur général de l'Agence régionale de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, le Préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et le Maire de la Ville de Marseille conviennent de signer le présent CLS sur le périmètre de la Commune de Marseille.

Les co-contractants du futur CLS s'engagent à mettre en œuvre, à suivre et à évaluer les actions résultant des axes stratégiques et du plan opérationnel présentés en annexe et déterminés d'un commun accord.

A cet effet, ils s'accordent à mobiliser les moyens financiers nécessaires pour soutenir, à titre prioritaire, dans leurs programmes de droit commun respectifs et dans le cadre des Contrats Urbains de Cohésion Sociale, les actions émanant du CLS.

Pour 2009, préalablement à la mise en place du CLS et outre la mobilisation des équipes institutionnelles pour élaborer le CLS, des actions partenariales ont déjà pu être financées dans le cadre du partenariat habituel.

Les partenaires signataires du Contrat Local de Santé s'engagent à travailler pendant une année à compter de la date de signature du CLS sur l'inscription des plans locaux en santé publique des trois Ateliers Santé Ville (ASV) Marseille Centre, Marseille Nord et Santé Mentale dans le CLS.

Devront être précisés à cette occasion les aspects suivants :

- Les modalités d'inscription des actions des plans locaux en santé publique dans le CLS.
- L'animation locale par les coordinateurs des ASV (contenu de cette fonction et positionnement des coordinateurs).
- Les modalités et le contenu du suivi par les représentants des signataires du CLS.

VI – Les partenaires du CLS non signataires

- **La Caisse primaire centrale d'assurance maladie (CPCAM)** des Bouches du Rhône a accompagné et soutient la démarche entreprise. Elle apporte sa contribution au programme régional de santé et c'est à ce titre qu'elle s'est engagée dans le projet pilote.
La CPCAM contribuera à la mise en œuvre des actions, dans la limite de son champ de compétences.
- **Le Conseil général** s'est voulu partie prenante du projet pilote en ce qu'il préfigurait un processus de construction d'une déclinaison territoriale d'une politique de santé régionale en mode ARS articulant le sanitaire, le médico-social, la promotion de la santé, la santé environnementale et la veille sanitaire.

Par ailleurs, le Conseil général avait vocation naturelle à participer aux travaux de l'ensemble des thématiques, de part ses compétences réglementaires sur la totalité des champs couverts par le projet.

VII – Pilotage et organisation du suivi du CLS

Les co-contractants définissent conjointement les modalités managériales qui permettront au CLS de fonctionner selon un mode de gouvernance partagée où la concertation, le partage des informations et des décisions seront la règle et où la mise en œuvre du CLS s'exerce de concert sous toutes ses composantes.

Un **Comité de pilotage plénier** (COPIL plénier) est installé. Il est constitué du Directeur général de l'ARS ou son représentant, du Préfet du département des Bouches du Rhône ou son représentant, du Maire de la Ville de Marseille ou son représentant, du Directeur territorial départemental des Bouches du Rhône ou son représentant, du Directeur du Service de santé publique et des handicapés de la Ville de Marseille et du Directeur général de la CPCAM ou de son représentant.

Et en fonction des thématiques abordées, le Président du Conseil Général ou son représentant, le Président du Conseil Régional ou son représentant, l'Inspecteur d'académie ou son représentant

Il revient au Comité de pilotage plénier de prendre les décisions. Par ailleurs :

- Il assure la maîtrise d'ouvrage pour la mise en œuvre du CLS et son actualisation régulière,
- Il fixe les objectifs, les moyens humains et financiers, le planning de mise en œuvre du CLS,
- Il contrôle périodiquement l'avancée du contrat et décide des ajustements éventuellement nécessaires,
- Il décide des modalités de communication sur le CLS, en interne et en externe, afin de favoriser son appropriation,
- Il détermine les modalités d'évaluation,
- Il porte les priorités du CLS dans les schémas et les programmes des signataires,
- Il saisit, au besoin, les acteurs institutionnels, non signataires du CLS, de priorités relevant de leurs compétences, afin de faciliter la mise en œuvre opérationnelle du CLS.

Il se réunira autant que de besoin, sur demande d'au moins un des membres du COPIL restreint ou par auto-saisine d'un de ses membres. A minima, le COPIL plénier se réunira deux fois par an.

Un **Comité de pilotage restreint** est mis en place. Il est constitué du Directeur territorial départemental des Bouches du Rhône pour l'ARS ou son représentant, du Directeur du Service de santé publique et des handicapés de la Ville de Marseille ou son représentant, du Préfet du département des Bouches du Rhône ou son représentant, du Directeur du Groupement d'Intérêt Public Politique de la ville ou son représentant et d'un représentant du Conseil Général.

Le Comité de pilotage restreint a pour mission de :

- Suivre la mise en œuvre du CLS entre les séances du COPIL plénier,
- Prendre les décisions intermédiaires, par délégation du COPIL plénier,
- Procéder à une articulation constante entre le COPIL plénier et l'équipe technique,

- Assurer régulièrement les ajustements nécessaires,
- Préparer, avec l'équipe technique, les séances du COPIL plénier et s'assurer de la mise en œuvre de ses décisions,
- Assurer un suivi de proximité des personnes chargées de la mise en œuvre opérationnelle du CLS.

Il se réunira autant que de besoin. A minima, le COPIL restreint se réunira tous les trimestres.

Une **Équipe technique** est créée. Elle est composée d'un technicien du Département prévention et promotion de la santé de l'ARS, d'un technicien du Service de santé publique et des handicapés de la Ville de Marseille, d'un technicien de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale des Bouches du Rhône, d'un technicien de la Délégation territoriale départementale Bouches du Rhône de l'ARS, d'une personne référent par thématique du contrat.

L'Equipe technique sera chargée de :

- La mise en œuvre opérationnelle du plan d'action ainsi que du montage administratif et financier,
- Solliciter le COPIL restreint pour toute orientation et pour les décisions nécessaires entre les séances du COPIL plénier,
- Saisir le COPIL restreint de toute difficulté nécessitant un arbitrage,
- Émettre des propositions au COPIL restreint pour faire éventuellement évoluer le plan d'action,
- Préparer les séances du COPIL restreint et, avec ce dernier, les séances du COPIL plénier,
- Coordonner la mise en place des actions et des personnes qui en sont chargées.

L'équipe technique se réunira une fois par mois.

Par ailleurs, les co-contractants définiront de concert les modalités :

- de participation des acteurs et des habitants, au titre de la démocratie sanitaire, à la mise en œuvre et au suivi des actions, ainsi qu'à l'évolution du CLS ;
- de la mise à jour régulière du diagnostic initial, à partir notamment d'une base de données territorialisées, afin de faire évoluer le CLS en fonction des besoins, de nouvelles orientations institutionnelles et du résultat de la mise en œuvre des plans d'actions.

Le Comité de Pilotage restreint déterminera les modalités de mise en œuvre de l'évaluation du CLS en mobilisant les moyens humains nécessaires au sein des institutions contractantes et en faisant appel, le cas échéant, à des ressources externes.

VIII – Articulation des domaines sanitaires et sociaux

Les co-contractants réaffirment leur volonté de favoriser les articulations entre les domaines sanitaires et sociaux.

Ainsi, le Directeur général de l'ARS, le Préfet de la région PACA et le Maire de la Ville de Marseille, en tant que signataires à la fois du CLS et du volet santé des CUCS,

s'attacheront particulièrement à l'appropriation des projets de santé menés dans le cadre des CUCS tant par les instances régionales de santé publique que par les instances régionales de cohésion sociale.

A cet effet, ils organiseront le croisement des observations, des diagnostics et des analyses de besoins, ainsi que les plans d'actions. Ils veilleront à ce que des temps de rencontre institutionnels soient fixés pour que les différentes instances sanitaires et sociales communiquent entre elles, échangent, coordonnent leurs actions, avec pour objectif d'appréhender les besoins globaux des Marseillais. Ils favoriseront le cofinancement d'actions dans ce cadre.

La réduction des inégalités sociales de santé sera au cœur des actions menées à Marseille.

IX – Financement

Les signataires s'engagent à financer conjointement les actions validées dans le cadre du CLS à partir de plans de financement qu'ils auront élaborés en commun et qui seront validés par les instances décisionnelles du CLS.

X – Calendrier

Le présent contrat entre en vigueur dès sa signature pour une période couvrant les années 2009 à 2011.

Il pourra être reconduit sur la base de l'évaluation qui sera réalisée à l'issue de cette période et sur accord des co-contractants.

Toutefois, dans l'intervalle, un ou des avenants pourront être annexés, sur accord des co-contractants, portant élargissement des thématiques faisant l'objet du CLS.

Signataires

Marseille, le

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé Provence Alpes Côte d'Azur,
Monsieur Dominique DEROUBAIX,

Le Préfet de la région Provence Alpes Côte d'Azur, Monsieur Michel SAPPIN

Le Maire de la Ville de Marseille, Monsieur Jean-Claude GAUDIN, représenté par
l'Adjointe au Maire de Marseille déléguée à la santé, à l'hygiène et à la prévention des
risques sanitaires chez l'adolescent, Madame Françoise GAUNET- ESCARRAS