

repères

Politiques de la ville  
et de santé publique

# Ateliers Santé Ville

une démarche locale  
pour la réduction des inégalités  
sociales et territoriales de santé



les éditions de la DIV

## Ateliers Santé Ville

« une démarche locale pour la réduction  
des inégalités sociales et territoriales de santé »

Directeur de la Publication  
Yves-Laurent Sapoval

Responsable des éditions  
Corinne Gonthier

Coordination  
Délégation Interministérielle à la Ville,  
Catherine Richard, chargée de mission santé

Rédaction  
Société Rhizome : Anne Jakowleff, Jean-Marie Laneyrie

Conception graphique  
Ode graphisme



Imprimé par France Repro  
sur papier répondant aux normes PEFC

Dépot légal : septembre 2007

repères

Ateliers  
Santé  
Ville

# sommaire

p.7 PRÉFACE

p.11 INTRODUCTION

p.17 PREMIÈRE PARTIE

## LA POLITIQUE DE LA VILLE ET LA SANTÉ PUBLIQUE

p.18 > **Le point de départ d'une convergence de politiques**

p.24 > **L'action publique en matière de santé**

> La santé : de quoi parle-t-on ?

> La santé publique : définition

- L'engagement du gouvernement de la France devant ses partenaires européens

- La traduction française : la loi de santé publique

- L'assurance maladie au service d'une politique publique de santé

- Les principales étapes du processus de régionalisation

- La place et le rôle de l'État

p.40 > **Comment objectiviser et construire la connaissance sur les réalités sociales des quartiers en difficulté ?**

**Pierre Chauvin, médecin épidémiologiste, Inserm U 707**

p.51 > **Territoires urbains, santé et précarité**

> Une géographie de la santé qui militerait pour une analyse fine de l'environnement social

> La politique de la ville, une approche déterminante de l'action publique

> La territorialisation en question

> Les politiques publiques et les collectivités locales

> Les territoires de proximité

p.73 DEUXIÈME PARTIE

## TERRITOIRES D'ACTIONS DE PROXIMITÉ ET DE COHESION SOCIALE DES POLITIQUES DE LA SANTÉ ET DE LA VILLE : UTOPIES OU RÉALITÉS ?

p.74 > **Politiques d'accès aux soins, à la prévention et aux dépistages**

p.81 > **La valeur ajoutée des Ateliers Santé Ville**

p.84 > **Promotion de la santé et développement local :**

**une formation-action pour le développement des Ateliers Santé Ville**

**Fernando Bertolotto, sociologue, Jeanine Pommier, ENSP**

p.88 > **Des Ateliers Santé Ville à la constitution d'un observatoire sanitaire et social départemental : L'expérience de la Seine-Saint-Denis.**

**Jean-Pierre Severe, DDASS 93**

> Historique de la cartographie

> Présentation du contexte, de la démarche et de la méthode

- le contexte territorial

- la démarche et la méthode

- p.93 > **Des indicateurs « Ateliers Santé Ville » à la notion d'observatoire départemental sanitaire et social**
- > Pourquoi un observatoire sanitaire et social en Seine-Saint-Denis ?
  - > Les éléments de contexte à prendre en compte pour l'élaboration d'un observatoire.
  - > Que doit recouvrir cet observatoire ?
  - > Pilotage, organisation et moyens de l'observatoire

- p.98 > **Conclusion**

p.99 **TROISIÈME PARTIE**

**DES DETERMINANTS URBAINS ET DE SANTE A L'INTERVENTION DES ATELIERS SANTÉ VILLE**

- p.100 > **Les déterminants de santé : environnement, cadre de vie et exposition aux risques**

- > Un environnement psychosocial fragile
- > Les troubles mentaux en progression
- > Une exposition à des risques professionnels multiples
- > La pollution atmosphérique
- > Les conditions de logement
- > Les comportements alimentaires
- > Les autres conduites à risques

- p.110 > **Les Ateliers Santé Ville en action**

- > L'offre de soins
- > La coordination des intervenants
- > La promotion de la santé
- > Les populations ciblées

- p.142 > **Des thématiques territoriales, Michel Joubert, professeur en sociologie CNRS-INSERM**

- Politiques de lutte contre les conduites à risques et les conduites addictives : Une histoire...
- La malnutrition
- Le diabète
- Les risques liés à la sexualité
- La santé mentale

**Pourquoi cette enquête ?**

**Aude Caria et Jean-Luc Roelandt, CCOMS santé mentale**

- Le dépistage bucco-dentaire
- Le saturnisme
- Soutien à la parentalité

p.197 **QUATRIÈME PARTIE**

**ETAT DES LIEUX DES ATELIERS SANTÉ VILLE**

- p.198 > **Acteurs et enjeux de mobilisation, Fernando Bertelotto, consultant sociologue**

- p.201 > **L'ancrage politique**

- p.203 > **L'ancrage social et territorial**

- p.205 > **Organisation, modes de fonctionnement et moyens**
- p.207 > **Où en est-on aujourd'hui ? Catherine Richard, DIV**
  - > Un besoin d'explicitation et de suivi de la démarche A.S.V.
  - > Une politique d'État affirmée
    - Un cadre pour le développement d'une politique locale de santé publique
  - > Les conditions de faisabilité et de mise en oeuvre d'un A.S.V.
  - > L'impulsion des services de l'État : le niveau départemental

#### p.217 CINQUIÈME PARTIE

### L'ATELIER SANTÉ VILLE, UNE EXIGENCE D'INNOVATION METHODOLOGIQUE. LES CONDITIONS D'UNE FAISABILITÉ

- p.219 > **Un lieu de partage dynamique de la connaissance**
  - > Mais de quoi parle-t-on quand on parle de diagnostic ?
  - > Un diagnostic, pour quoi faire ?
  - > Un levier de veille et d'observation
- p.225 > **Le partenariat**
  - > Un partenariat large et ouvert
  - > Un partenariat structuré en conduite de projets
  - > Le rôle fondamental du coordinateur
- p.235 > **Un espace de démocratie sociale et sanitaire**
  - > Les Ateliers Santé Ville, un écho aux pratiques de santé communautaire
  - > Le concept « *d'empowerment* »
  - > Les modalités d'implication des habitants
- p.244 > **Un cadre exigeant pour la conduite de projets**
  - > Des compétences renforcées en matière de programmation
  - > Des compétences renforcées en matière de pilotage
  - > Des compétences renforcées en matière d'évaluation
  - > Critères d'évaluation des Ateliers Santé Ville
    - Les Ateliers Santé Ville dans le département
    - Analyse comparative et capitalisation des méthodologies spécifiques des Ateliers Santé Ville
  - > Promotion de la santé et développement local : une formation-action pour le développement des Ateliers Santé Ville

#### p.271 ANNEXE

- p.273 > **Sitographie**
- p.275 > **Textes référents**
  - > Fiche CUCS santé
  - > Fiche type de présentation ASV
- p.284 > **Liste des publications**



Comment la politique de l'Etat en matière de santé publique s'incarne-t-elle dans les territoires ? Comment envisager la proximité et l'évolution des pratiques si l'ensemble des professionnels, publics et privés, ne se retrouvent pas, avec les autres acteurs du territoire, rassemblés, mobilisés et éclairés par l'échange des pratiques ?

Les « *ateliers santé ville* », développés à partir de l'année 2000 dans le cadre des volets santé de la politique de la ville et de la loi de lutte contre les exclusions\*, ont pour objet de fournir le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets locaux de santé publique. Leur méthode d'élaboration les place en interface entre les élus des villes et la politique de santé de l'Etat ; elle permet en particulier d'associer des groupes d'habitants au diagnostic local et d'adapter ainsi les projets de santé publique au plus près des besoins locaux.

Cette démarche innovante, associant santé publique, développement social et urbain, a été confortée progressivement par une plus grande territorialisation des politiques publiques, qu'il s'agisse de la loi de santé publique (promulguée le 9 août 2004) ou des nouvelles formes de contractualisation entre les collectivités et l'Etat.

---

\* *Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 et DGS/SP2, PRAPS institués par l'article 71 de la loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions*

Les avantages de cette démarche initiée dans le cadre de la politique de la ville sont tels que les objectifs et les axes de travail assignés aux ASV ont été étendus au-delà des territoires prioritaires reconnus. Mieux, ils ont pris la forme d'une véritable politique locale de santé publique à l'échelle communale, intéressant des villes de plus en plus nombreuses. Le comité interministériel des villes du 9 mars 2006 prévoit d'ouvrir cette nouvelle approche de santé publique aux communes ayant au moins une ZUS : ce sont donc plus de 4,7 millions d'habitants, au sein de communes où résident près de 18 millions d'habitants qui seront ainsi concernés.

A la différence des contrats de ville, dont ils prennent la suite, les nouveaux contrats urbains de cohésion sociale comportent tous un volet santé. Cette démarche a permis de mettre en évidence des questions parfois peu identifiées auparavant ; les 8 millions d'habitants concernés par ces nouveaux contrats n'étaient pas jusqu'ici reconnus comme devant faire l'objet d'une attention particulière.

L'ASV permet, certes, de donner une meilleure lisibilité aux actions existantes, mais il doit aussi faire émerger un foisonnement d'initiatives locales comme en témoignent la diversité des niveaux d'intervention et de programmation, la qualité et la recherche en sciences sociales et épidémiologiques, ou encore les partenariats élargis à d'autres thématiques. Il n'est besoin pour s'en persuader que de porter attention aux projets d'Aubervilliers, de Besançon, de St Raphaël-Fréjus ou Marseille en passant par Martigues-Port de Bouc et Cayenne.

Qu'elle soit initiée au niveau communal ou intercommunal dans une dynamique ascendante et/ou descendante, la programmation de l'ASV de la politique de la ville ouvre le chantier d'une entrée territoriale d'un partenariat à géométrie variable, pragmatique et adaptée aux situations concrètes et aux contextes urbains.

Envisager ensemble les déterminants sociaux de la santé, ré-interroger l'accessibilité, les modes de recours aux soins, les usages et les représentations sociales, la présence ou non d'équipements et de professionnels de santé, .... c'est produire la connaissance indispensable à une réelle action préventive.

Depuis les programmes régionaux de santé publique jusqu'à la coordination des acteurs locaux, les Ateliers Santé Ville trois

ans après la première publication de la DIV sur un bilan d'étape en 2004, ce guide permet de faire un point complet de la situation jusqu'en 2006.

Il propose de nombreux exemples tirés de « *projets locaux de santé* » ou « *plans locaux de santé publique* » conduits conjointement par les services déconcentrés de l'Etat et les villes. Il identifie des pratiques inscrites dans un projet partenarial articulant le sanitaire et le social.

Quelques perspectives sont également présentées dans le guide, notamment concernant les contrats urbains de cohésion sociale. Elles témoignent de la volonté de faire des questions de santé publique une priorité pour la politique de la ville.

**YVES-LAURENT SAPOVAL**  
Délégué interministériel à la ville



Ce numéro spécifique de la collection « *Repères* » consacré aux Ateliers Santé Ville, outils par excellence de l'articulation des politiques sectorielles (ici la politique santé) et de la politique de la ville (d'ailleurs, conviendrait-il de rajouter, des politiques conduites par les villes) se veut didactique en proposant aux lecteurs des repères éprouvés par les pratiques qui ont su se nouer ici ou là et rendre le projet des Ateliers Santé Ville porteur d'espoirs pour les populations fragilisées.

Ce numéro ne fera pas l'économie des difficultés et des paradoxes auxquels sont confrontés les différents acteurs qui œuvrent au sein des Ateliers Santé Ville. Ces derniers sont tout particulièrement sensibles aux profondes contradictions auxquelles ils sont soumis :

- > Des dépenses gérées par l'assurance maladie qui représentent un effort important de la collectivité : 115,9 milliards d'euros, soit 9.5 % du Produit Intérieur Brut, effort tourné essentiellement vers le soin. En effet, seulement 2.5 % de ce budget est consacré à la prévention ;
- > Un budget du Ministère de la Santé qui représente seulement 6 milliards d'euros, en comparaison des 150 milliards cités plus haut ;
- > Des collectivités locales n'ayant pas la compétence « *santé* » mais qui investissent pourtant cette question, au détriment de facto des budgets afférents à leurs compétences obligatoires ;
- > Une loi relative à la politique de Santé Publique s'inscrivant dans un contexte législatif où la précédente loi remonte à 1902 !
- > Et des populations toujours plus précarisées sur des territoires en difficulté où de nombreux déterminants concourent à la dégradation de leur situation de santé.

Par ailleurs, différents mouvements de fond complexifient l'action des Ateliers Santé Ville. Il convient de souligner tout d'abord le jeu d'acteurs toujours plus difficilement appréhendable, pas toujours très lisible, tant pour les opérateurs que pour les usagers. La nature du partage des responsabilités des uns et des autres et leurs limites d'intervention sur les questions de santé et de lutte contre les exclusions est souvent peu explicite. D'autre part, la connaissance sur les déterminants de santé des populations des quartiers sensibles reste toujours

un sujet en cours d'exploration et rend ainsi les stratégies d'intervention complexes à concevoir.

C'est ainsi que les Ateliers Santé Ville sont devenus des lieux d'observation pertinents qu'il convient d'interpeller : en quoi ces derniers sont-ils de nature à dépasser ces contradictions et permettent-ils d'appréhender autrement la question sociale des zones fragilisées ? En effet, les problématiques soulevées par les populations n'ont pu laisser les responsables des collectivités locales insensibles. La recherche de solutions (en y associant de façon incontournable les populations et les professionnels) fait partie intégrante des volontés politiques locales.

L'expérience ici mise en œuvre par la prise en compte des problématiques de santé publique a conduit les acteurs des zones urbaines sensibles à entreprendre un certain nombre d'interventions concertées permettant, au plus près des réalités observées, de conduire des actions significatives, qu'il convient ici de rendre compte.

Les modalités de réponse qui ont été ici ou là apportées ont le mérite de mettre en lumière les articulations existantes ou à créer entre d'une part, les enjeux portés par la politique de la ville et ceux énoncés aujourd'hui dans le cadre de la loi de santé publique. Ces expérimentations sont également riches en terme de méthodologie. Elles sous-tendent un travail d'analyse nouveau de part la concertation que celui-ci implique. Elles engagent les acteurs dans la définition de priorités concertées. Elles constituent de véritables espaces publics où l'ensemble des acteurs de droit privé, de droit public, des représentants élus, des citoyens..., échangent et agissent sur les conditions de santé.

Au-delà de leurs enseignements en matière de démocratie sanitaire, ces pratiques mettent en exergue, sous un jour nouveau, la question de la promotion et de l'éducation à la santé.

Pour autant, la politique de la ville a contribué à donner un éclairage particulier en permettant de porter un regard non plus exclusivement sur des catégories de publics, mais sur des dynamiques territoriales - voire infra-territoriales (le quartier) -. Ainsi, elle propose une focale plus fine sur des problématiques complexes, et éclaire d'un regard nouveau les politiques macroscopiques d'aménagement et de développement du territoire. Les Ateliers Santé Ville ont alors contribué à incarner cette nouvelle approche. Ces derniers, après une période de tâtonnement inhérente à leur caractère novateur, sont devenus des interlocuteurs incontournables de la mise en œuvre d'une démarche « *santé* » sur les quartiers en difficulté.

Leur approche pragmatique a également permis à l'ensemble des acteurs de dépasser une approche partielle (actions de courte durée et ciblées) pour agir, d'une façon plus structurelle, sur les déterminants

multiples générant exclusion et dégradation de la santé. Cette approche conforte la pertinence des démarches « *remontantes* » permettant une meilleure intégration des besoins exprimés par les habitants et analysés par les professionnels dans la définition des politiques publiques.

La politique de la ville a ainsi été à l'origine des politiques contractuelles, préfigurant des logiques actuelles de « *gouvernance* », en impliquant divers acteurs. Par ailleurs, en matière de santé publique, le Législateur, tout récemment, a donné un cadre structurant aux exigences qu'il fixe en matière d'objectifs de résultats sur les conditions de santé des habitants.

Les contrats de ville 2001-2006 sont arrivés à échéance le 31 décembre 2006. Le Gouvernement a décidé de mettre en place un nouveau cadre contractuel de la politique de la ville en faveur des quartiers en difficulté, dont le cadre général et les orientations ont été définis par le comité interministériel des villes et du développement urbain (CIV) du 9 mars 2006.

De nouveaux contrats, les Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS), d'une durée de trois ans, reconductibles (2007-2012), seront proposés aux villes et établissements publics de coopération intercommunale compétents en la matière. Ils devront entrer en vigueur dès le début de l'année 2007.

Outre des actions transversales, l'Etat contractualisera prioritairement dans les cinq champs définis lors du CIV du 9 mars 2006 :

- > l'habitat et cadre de vie ;
- > l'accès à l'emploi et le développement économique ;
- > la réussite éducative ;
- > **la santé** ;
- > la citoyenneté et la prévention de la délinquance<sup>1</sup>.

Ainsi de nouvelles perspectives s'offrent à la construction partenariale entre Etat, Collectivités Locales, mais également professionnels et habitants pour construire de nouvelles solidarités au service du développement de la santé sur les quartiers en difficulté. Puissent ces présents repères aider à la construction et au développement des Ateliers Santé Ville dans des contextes en perpétuelle et constante évolution.

Ces constructions récentes s'enrichiront des volontés portées par le Législateur notamment dans le cadre du contexte normatif actuel : La loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine d'août 2003, le plan de cohésion sociale (juin 2004) et la loi

---

<sup>1</sup> Paris le 24 mai 2006, circulaire : élaboration des contrats urbains de cohésion sociale en références à la loi du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine.

de cohésion sociale votée le 18 janvier 2005. Autant de cadrages nécessaires dans un contexte renouvelé.

Les Ateliers Santé Ville sont ainsi devenus des espaces publics partenariaux incontournables pour apprécier aujourd'hui des questions sociales telles qu'elles se posent au sein des quartiers en difficulté :

- > ils permettent une meilleure appréhension et connaissance de l'état de santé de la population des sites prioritaires ;
- > leur pertinence n'est plus à démontrer en ce qui concerne leur capacité à définir des objectifs d'amélioration de l'état de santé et d'œuvrer positivement sur les déterminants ;
- > par ailleurs, ils facilitent l'accessibilité aux droits sociaux, aux soins, à la prévention et à la santé des publics les plus fragiles ;
- > ils mettent en exergue les principaux dysfonctionnements de l'accès à la prévention et aux soins et deviennent ainsi des aiguillons pour l'amélioration de l'offre de soins ;
- > ils sont aussi des lieux de ressourcement pour les professionnels qui peuvent ainsi échanger et croiser leurs analyses et pratiques au service des populations engagées au sein des Ateliers Santé Ville.





## LE POINT DE DÉPART D'UNE CONVERGENCE DE POLITIQUES

La pertinence et la richesse de l'approche que portent les Ateliers Santé Ville ne se dévoilent pas si facilement au premier abord. Il s'agit en effet à la fois d'une politique, d'une stratégie, d'une action, à la croisée de différents chemins qu'il convient de baliser pour faciliter une compréhension riche de la notion : politique de santé, politique de lutte contre la précarité, politique de la ville... : autant de fondations à éclairer pour donner sens à cette démarche. Dans cette partie, nous prendrons le risque d'une première approche de la notion que nous éclairerons tout au long de ce numéro au travers de différents prismes qui nous permettront d'avoir la vision la plus enrichie tant du concept que des pratiques nouées au cours de l'histoire récente et qui inscrivent durablement ces lieux au sein des quartiers en difficulté. Cette première approche est ainsi de nature à nous donner une définition de la démarche telle qu'elle a été voulue par le Législateur.

Il convient de noter en tout premier lieu que les Ateliers Santé Ville, constructions locales, comme nous le verrons, se sont d'abord inscrits comme la déclinaison territoriale du volet santé de la lutte contre les exclusions : c'est dans le cadre de cet objectif que le Législateur a prévu la mise en place de Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

*« L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé »<sup>2</sup>.*

### Les PRAPS répondent à trois types d'enjeux :

- > Un enjeu de santé publique favorisant l'accès de tous au système de santé dans une logique préventive permettant d'améliorer l'ensemble des indicateurs de santé ;
- > Un enjeu institutionnel favorisant l'évolution et la modernisation du système de santé vers plus d'efficacité ;
- > Et enfin, un enjeu politique visant à faire de l'accès aux soins un axe fort de la lutte contre l'exclusion.

<sup>2</sup> Article 67 de la Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998.

En prolongement de ces enjeux, le Comité Interministériel des Villes du 14 décembre 1999 a décidé de la création d'une démarche territoriale : l'Atelier Santé Ville. L'Atelier Santé Ville s'inspire de la démarche des PRAPS et vise à favoriser l'association des habitants des quartiers et des professionnels aux choix et aux décisions prises en terme d'actions pour améliorer l'accessibilité aux soins et à la prévention santé. L'Atelier Santé Ville vise à faciliter l'articulation entre d'une part les priorités régionales telles que définies dans le PRAPS, et d'autre part les orientations issues des logiques de la Politique de la Ville. Il s'agit à l'initiative des partenaires des contrats ville d'inscrire la santé comme une thématique forte de la Politique de la Ville.

**La circulaire DIV du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des Ateliers Santé Ville** précise en introduction qu'à la lumière des études réalisées auprès des publics fragilisés, un dispositif singulier et innovant de discrimination positive en matière d'accès à la santé s'impose.

**La circulaire DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire** précise les objectifs qu'il convient d'assigner aux Ateliers Santé Ville :

- > identifier au niveau local des besoins spécifiques des publics en difficulté et des déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie ;
- > faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création de réseaux médico-sociaux ;
- > diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins ;
- > rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun ;
- > développer la participation active de la population à toutes les phases (diagnostic, définition des priorités, programmation, mise en œuvre, évaluation) ;
- > développer la concertation avec les professionnels des différentes institutions sanitaires et sociales.

Les Ateliers Santé Ville s'appliquent à des territoires infra-communaux (les quartiers), communaux ou intercommunaux suivant l'échelle pertinente définie par le diagnostic territorial. La circulaire précise que l'Atelier Santé Ville n'est pas une structure de plus mais bien le lieu de la coordination des acteurs en vue de l'élaboration d'un diagnostic partagé des problèmes à traiter, de l'adoption et de la mise en œuvre d'un programme d'actions concertées, de leur réalisation et d'une évaluation régulière des résultats obtenus.

Les Ateliers Santé Ville ont vocation à améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires de la politique de la ville, qu'elles soient menées par les institutions, le monde associatif ou les acteurs de santé du service public

ou privé. Les méthodes de travail en réseaux de santé de proximité sont vivement encouragées.

Plusieurs axes d'activités sont proposés :

- > la connaissance de l'état de santé de la population des sites prioritaires ;
- > la définition des objectifs d'amélioration de l'état de santé et de ses déterminants ;
- > l'accessibilité aux droits sociaux, aux soins, à la prévention et à la santé;
- > l'analyse des principaux dysfonctionnements de l'accès à la prévention et aux soins ;
- > les questions concernant les pratiques professionnelles sanitaires, sociales et d'insertion ;
- > la qualité et l'organisation de l'offre de soins ;
- > les besoins en formation des professionnels accueillant les publics en situation de précarité.

En 2002, la circulaire DGS du 19 février 2002 relative aux Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS) conforte la nécessité de renouveler l'expérience dans le cadre d'une seconde génération, dont la visée est de permettre une meilleure cohérence entre programmes et politiques. A cet effet, la pertinence de la dimension régionale est soulignée autour des problèmes de santé : « *En effet, l'émergence de politiques régionales dépend de la capacité locale à conjuguer de manière pertinente les actions de santé publique répondant aussi bien aux priorités régionales qu'aux priorités nationales de santé* ».

Mais l'enjeu de proximité est à nouveau évoqué : la circulaire précise en effet qu'il est indispensable de créer un lien dynamique entre les PRAPS et les actions santé des contrats de ville. Ainsi est-il demandé aux responsables des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales de se rapprocher des élus locaux, des chefs de projets de la politique de la ville, du sous-préfet ville et du chef de projet départemental « *drogues et dépendances* » pour définir les modalités de renforcement de la prise en charge des problèmes d'accès à la prévention et aux soins dans les contrats de ville.

La circulaire interministérielle du 16 Avril 2003<sup>3</sup> relative à l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement prône une approche davantage territorialisée des principales actions de santé, qui ne peuvent être que renforcées par des points d'appui locaux sur des territoires proches des usagers :

<sup>3</sup> Circulaire interministérielle DHOS/DGS/DGAS/DATAR n° 2003-387 du 16 avril 2003 relative à l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement.

« Cette dimension territoriale de proximité manque aujourd’hui pour structurer les coordinations entre institutions et professionnels des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux et pour articuler l’ensemble de ces secteurs avec les instruments des autres politiques publiques malgré les premières démarches initiées dans le cadre des politiques de développement rural ou de la politique de la ville ».

Pour la première fois, il est clairement affirmé la nécessité de mieux articuler santé, action sociale et médico-sociale dans le cadre de territoires dits « *de projets* », avec l’appui de réseaux d’acteurs professionnels et associatifs susceptibles de conjuguer et de décloisonner les outils et les moyens de chaque secteur pour répondre aux besoins, en particulier des personnes les plus fragilisées.

**La loi d’orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1<sup>er</sup> août 2003** qui fixe comme objectif la réduction des inégalités sociales entre les territoires est venue renforcer la légitimité de cette démarche en faisant de la santé, et particulièrement de l’accès aux soins, une de ses priorités.

**La circulaire du 5 mars 2004 relative à l’élaboration des Schémas Régionaux d’Organisation Sanitaire (S.R.O.S.) de troisième génération** affirme la nécessité d’une nouvelle approche dans la structuration de l’offre de soins. En effet, celle-ci doit être étroitement articulée avec les programmes de santé publique, impliquant ainsi l’appareil de soins dans une obligation nationale de contribution à l’amélioration de la santé de l’ensemble des habitants.

Dans ce contexte, cette circulaire conforte **la circulaire DGS du 13 juin 2000<sup>4</sup>** en posant notamment comme priorité « *une plus grande prise en compte de la dimension territoriale* », « *une association plus étroite des établissements, des professionnels, des élus et des usagers* », et « *une véritable animation de leur mise en œuvre au sein de chaque territoire de santé* ».

En effet, les objectifs assignés aux nouveaux S.R.O.S. sont les suivants :

- > d’une part, assurer une organisation sanitaire territoriale permettant le maintien ou le développement d’activités de proximité (médecine, permanence des soins, prise en charge des personnes âgées, soins de suite médicalisés,...), notamment dans le cadre des hôpitaux locaux et établissements de santé privés de proximité ;

- > d’autre part, veiller à ce que cette organisation des soins répondent aux objectifs de santé publique et plans stratégiques prévus par le projet de loi d’orientation en santé publique et à leurs déclinaisons régionales figurant dans les

<sup>4</sup> « L’Atelier Santé Ville vise à promouvoir le développement de projets locaux de santé publique »

programmes régionaux de santé publique, s'ils sont définis avant l'adoption des S.R.O.S..

**La circulaire DGS du 21 Décembre 2004** relative à l'identification et l'analyse des projets de santé publique contractualisés avec les collectivités locales renforce elle aussi l'articulation offre de soins et politique de santé publique. Cette circulaire invite les territoires à se doter de projets médicaux au sein d'un « *territoire de santé* », à l'intérieur desquels l'offre de soins n'est qu'une composante du projet global.

Pour autant, les territoires visés par cette circulaire correspondent à des espaces supra-territoriaux, au sein desquels les Ateliers Santé Ville ont à trouver une place.

**La loi du 9 Août 2004 relative à la politique** de santé publique, en confortant la place de la Santé Publique dans le paysage des politiques publiques, renforce la nécessité d'avoir une approche globale et préventive des problématiques de santé. Par ailleurs, en fixant des objectifs d'amélioration de la santé des populations, elle pose un cadre responsabilisant l'ensemble des acteurs.

En perspective **des nouveaux contrats urbains de cohésion sociale**, remplaçant les contrats de ville venus à terme en 2006, la santé trouvera toute sa place dans la définition des projets de développement social et urbain en faveur des habitants de quartiers en difficulté reconnus comme prioritaires. La participation des habitants et des acteurs associatifs des quartiers dans le cadre de l'élaboration de ces projets est à nouveau appelée. Dans ce cadre, **le comité interministériel des villes du 9 Mars 2006** prévoit de développer et conforter les Ateliers Santé Ville, afin d'établir et mettre en œuvre les projets locaux de santé publique, articulés avec la politique nationale et régionale de santé publique. Il s'agit de couvrir d'ici fin 2008, l'ensemble des quartiers prioritaires et les 539 communes ayant une ou plusieurs Zones Urbaines Sensibles. C'est l'occasion de réaffirmer la place essentielle des élus des communes dans le développement de projets locaux de santé publique et la mise en œuvre de la politique de santé publique au niveau local. Le cadre contractuel et territorial constitue un levier pour les politiques de santé. Les Groupements Régionaux de Santé Publique devront tenir compte de cette modalité d'intervention qui favorise la mobilisation de l'ensemble des politiques et ressources locales concernées par des objectifs de santé partagés. Les enjeux de développement de projets de santé publique reposent sur l'identification des territoires où se trouvent des populations en situation de difficultés multiples dont les facteurs d'inégalités ne sont plus à démontrer, la proximité étant un atout pour atteindre les objectifs partagés par les politiques de santé, de cohésion sociale et urbaine.



Au terme de cette première définition, les notions clefs ont été évoquées et sur lesquelles il conviendra bien sûr de revenir. Les Ateliers Santé Ville s'inscrivent dans le cadre d'un territoire pertinent de proximité compte tenu des problématiques de santé particulières identifiées. Les Ateliers Santé Ville font également réseau entre les différentes parties prenantes : professionnels de la santé, du social, habitants, élus... , et permettent une coordination facilitée. Ils s'articulent avec des espaces supra-territoriaux, notamment régional, où les programmes de santé publique se définissent. Les Ateliers Santé Ville s'inscrivent dans des démarches de projet avec la chaîne méthodologique connue : diagnostic, programmation par objectifs, contractualisation, pilotage, évaluation...

**Produire de la connaissance partagée, mettre en synergie pour construire l'action au service des populations pour un meilleur état de santé, tels sont les principaux mots d'ordre des Ateliers Santé Ville.**

Ainsi, les Ateliers Santé Ville, initialement expérimentaux, n'ont cessé de gagner en légitimité institutionnelle, à tel point qu'aujourd'hui ils ont vocation à se généraliser sur l'ensemble des territoires de la politique de la ville.

Si l'enjeu des Ateliers **Santé Ville vient d'être posé : d'une approche territoriale de santé tout d'abord** expérimentale à une généralisation inscrite dans le cadre de politiques publiques, il convient maintenant de faire un détour afin de tenter d'objectiver les problématiques sanitaires et sociales auxquelles sont confrontés les habitants des territoires concernés.

## L'action publique en matière de santé

### La santé : de quoi parle-t-on ?

Avant de caractériser les problèmes de santé des populations résidentes dans les quartiers défavorisés, il convient de préciser ce que l'on entend par la notion même de « santé ». Le préambule de la constitution de 1946<sup>5</sup> est riche d'enseignements. Il était fait état non pas de droit à la santé mais de droit à la protection de sa propre santé. Il s'agissait donc bien d'œuvrer à la lutte contre tous les facteurs qui altèrent la santé en amont du soin et bien sûr du traitement de la maladie. A cet effet, l'Organisation Mondiale de la Santé conforte cette approche constitutionnelle de la santé.

La charte d'Ottawa<sup>6</sup> propose une définition qui fait aujourd'hui référence. Elle préconise un spectre large d'analyse qui implique l'ensemble des acteurs institutionnels ainsi que les intéressés eux-mêmes.

*La santé est considérée « (...) comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être ».*

*« Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux,*

<sup>5</sup> « Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

<sup>6</sup> La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en ce 21<sup>e</sup> jour de novembre 1986.

*culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la promotion des idées ».*

*« La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard.*

*Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants.*

*La politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, ainsi que la détermination des solutions. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également ».*

La charte prône ici une approche globale de la santé - située dans son environnement et en lien direct avec lui - permettant ainsi la prise en compte de la santé dans toute sa complexité :

*« Nos sociétés sont complexes et interreliées, et l'on ne peut pas séparer la santé des autres objectifs. Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale. L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables. L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé - et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement - est indispensable ; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé ».*

<sup>7</sup> **Dr Marie-Andrée Diouf**, représentante de l'Organisation Panaméricaine de la Santé et de l'Organisation Mondiale de la Santé en Haïti

C'est, armé de cette définition, qu'il convient de regarder les problématiques de santé des populations, y compris celles résidentes en milieu urbain défavorisé. S'il est coutume de citer cette déclaration, force est de rappeler que cette dernière est la fille légitime de la déclaration de la conférence d'Alma-Ata (1978). « *Le préambule de la conférence fixait l'objectif d'atteindre un niveau de santé universellement acceptable avant l'an 2000 et exhortait les gouvernements, tous les travailleurs dans le domaine de la santé et du développement et la communauté internationale à protéger et à promouvoir la santé des peuples du monde* »<sup>7</sup>. Force est de constater que cet objectif est encore loin d'être atteint, en particulier dans les quartiers les plus fragilisés.

Par ailleurs, depuis sa constitution, l'O.M.S. nous invite à appréhender la santé, non pas exclusivement selon la logique du soin, mais selon la double logique : prévention et bien-être. Une définition de la prévention constitue sans aucun doute une difficulté majeure : la littérature médicale fournit en effet de nombreuses définitions dont la traduction en classifications opérationnelles n'est pas toujours immédiate. En effet, l'OMS distingue prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Selon l'O.M.S., la prévention médicale regroupe l'ensemble des actions tendant à éviter l'apparition, le développement ou la complication d'une maladie ou la survenue d'un accident.

La prévention primaire a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes ; elle désigne l'action portant sur les facteurs de risque des maladies avant leur survenue, c'est la prévention de la transmission ou de l'infection (ex : vaccinations).

La prévention secondaire vise à détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade où l'on peut intervenir utilement ; elle vise à dépister les maladies et à éviter l'apparition des symptômes cliniques ou biologiques (ex : dépistage du cancer du sein).

La prévention tertiaire a pour objectifs de diminuer les récurrences, les incapacités et de favoriser la réinsertion sociale ; elle a pour vocation de limiter les complications et séquelles d'une maladie. Elle est en général pratiquée pendant ou après les soins et s'attache à limiter la gravité des conséquences de la pathologie (ex : prévention des récurrences d'infarctus du myocarde).

Certains auteurs ont cependant pu discuter ce découpage dont l'application pratique est rendue difficile.

Prévention, santé bien-être, protection de sa santé, acteurs de sa propre santé, ... autant de principes qu'il convient de rattacher à une réalité spécifique : celle des quartiers sensibles.

## La santé publique : définition

### De quoi parle-t-on, quand on convoque la notion de santé publique ?

Dès 1966, l'Organisation Mondiale de la Santé proposait d'utiliser la notion de « *Santé Publique* » pour « *évoquer les problèmes concernant la santé et les maladies d'une population, l'état sanitaire d'une communauté, les services médico-sanitaires et socio-sanitaires, la planification et l'administration ainsi que la gestion des services de santé en incluant les soins curatifs* ».

Cette définition traduit l'étendue du champ, sa complexité et parfois son manque de lisibilité. De fait, plusieurs repères peuvent permettre de préciser cette notion :

- Le concept de « *Santé Publique* » renvoie à une dimension collective : il signifie que l'on ne se réfère pas à l'état de santé d'individus pris en compte isolément mais plus globalement à l'état de santé de populations.

En ce sens, la santé publique consiste en :

- > une connaissance de la santé des populations (expertise, observation, veille), notamment à travers les besoins, et les attentes des populations ;
  - > l'élaboration d'orientations, d'objectifs et de priorités permettant la préservation et l'accès à la santé des populations ;
  - > l'organisation, l'administration d'un système de santé composé d'une pluralité d'acteurs et d'intervenants, au service de ces orientations, objectifs et priorités.
- Dans ce cadre, la Santé Publique vise à une transformation de la situation globale de santé des populations, à travers la production de connaissances, la définition d'objectifs et de règles communes, l'accompagnement à la mise en œuvre d'un système de réponses, et l'évaluation des transformations générées. Il s'agit bien là d'un véritable enjeu de société, qui ne peut être confié aux seuls intérêts particuliers.
  - La santé publique interpelle les questions de responsabilité « *publique* » : intérêt général, accès au droit, à la santé, égalité et accessibilité à la santé pour tous... En ce sens, la santé publique s'appuie sur un certain nombre de « *valeurs* », sur une « *éthique* », sur une conception « *publique* » de l'accès au droit à la santé. Cette responsabilité implique différents niveaux d'intervention et différents partenaires : elle s'inscrit dans une logique de responsabilité plurielle et partagée, articulant étroitement responsabilité individuelle et responsabilité collective.

- Le concept de « *Santé Publique* » est également étroitement lié à la notion de « *prévention* », mais structure également tout le système relatif au chemin du patient. Il peut s'agir d'actions de prévention, de soins, de réhabilitation mais également d'une capacité à gérer les urgences. A ce titre, la santé publique n'est pas - n'est plus - exclusivement limitée à la lutte contre les grands fléaux (variole, tuberculose, sida, cancer, etc...).
- La santé publique s'appuie sur un volontarisme politique. Elle se veut l'expression d'un point de vue « *public* », qui peut être opposable à la somme des points de vue individuels. Pour autant, elle se situe dans une dialectique étroite entre « *contraindre* » (la prévention primaire pouvant être considérée comme une confiscation de liberté) et « *convaincre* » : l'implication des publics doit être recherchée ; à défaut, rien ne peut être transformé.
- De fait, elle implique l'émergence d'espaces de débats publics favorisant la prise de conscience et l'appropriation de règles communes partagées. L'expression citoyenne doit ici trouver toute sa place. Des lieux d'expression des publics sur les besoins de santé de la population, à l'instar des conférences régionales et nationale de santé, avec la participation des usagers à l'analyse de leurs besoins et aux choix prioritaires à satisfaire, donnent sens au principe de démocratie sanitaire, élément consubstantiel de la santé publique.
- La santé publique n'est pas cantonnée exclusivement aux disciplines médicales, mais se veut un champ à la fois pluridisciplinaire et systémique : les recherches réalisées sur les déterminants de santé témoignent de l'impact, en matière de santé publique, d'un certain nombre de facteurs structurants : situation sociale, environnement, contexte économique, éducation... Ainsi, la santé publique réinterroge le fonctionnement de la société dans sa globalité, dans ses dimensions sociales, économiques, éducatives, voire même philosophiques et éthiques... En ce sens, la santé publique apparaît notamment comme une interface privilégiée entre le « *sanitaire* » et le « *social* ».

## L'engagement du gouvernement de la France devant ses partenaires Européens<sup>8</sup>

Si les politiques « *santé* » relèvent des prérogatives des Etats membres, l'Union Européenne n'est pas pourtant neutre dans la structuration de l'action publique en matière de santé, car l'approche par l'inclusion (la lutte contre l'exclusion) a induit fortement la réflexion du Législateur français. L'engagement du gouvernement Français à l'égard de ses partenaires Européens consiste à mettre en œuvre des

<sup>8</sup> PLAN NATIONAL D'ACTION POUR L'INCLUSION SOCIALE 2003-2005 FRANCE

politiques ayant pour objectif l'accès de chacun aux soins nécessaires à son état de santé. Dans ce cadre, le Plan National d'Action pour l'Inclusion Sociale 2003-2005 énonce :

*« La Couverture maladie universelle (CMU) mise en place en 2000 est un dispositif de lutte contre les obstacles et les difficultés que peuvent rencontrer les personnes les plus défavorisées dans l'accès aux soins et à la prévention. Actuellement, 4,5 millions de personnes bénéficient de la couverture complémentaire. Un mécanisme de lissage du seuil a été mis en place afin d'assurer une couverture de santé optimale aux personnes dont les revenus se situent juste au-dessus du seuil de 562 euros mensuels : une aide forfaitaire de 115 euros est accordée aux personnes dont les ressources n'excèdent pas 10 % du plafond CMU.*

*Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) ont réussi dans toutes les régions à mobiliser les professionnels, les institutions et les associations. Ce processus a engendré plus de 1 500 actions dans des champs extrêmement divers : lutte contre le saturnisme ou l'habitat insalubre, santé mentale des jeunes en difficulté, prévention des addictions, mesures de réduction des risques infectieux, hébergement et accès au logement de jeunes filles et femmes démunies et/ou victimes de violence...*

*Dans le cadre de ces programmes plus de 370 hôpitaux publics ont été dotés d'une Permanence d'Accès aux Soins de santé (PASS). A l'échelon des villes et de l'intercommunalité, 45 Ateliers Santé Ville ont été développés. »*

*« Une nouvelle génération de PRAPS sera mise en place en 2004, tirant parti de l'évaluation réalisée en 2003 pour améliorer la territorialisation et la programmation des actions (meilleure articulation avec les plans départementaux d'insertion, avec les programmes départementaux de prévention des dépendances...) et pour mettre en place une évaluation continue. Par ailleurs, la participation des professionnels libéraux et des populations directement concernées sera revalorisée selon les préconisations de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (...).*

*La souffrance psychique concerne de nombreuses personnes en situation précaire ou d'exclusion (chômeurs de longue durée, migrants, adolescents en rupture familiale, femmes victimes de violence, malades psychiatriques en rupture de soins...). Elles présentent les marques d'un mal-être qui aggrave leur condition sociale et leur état de santé somatique, faisant obstacle à toute mesure d'insertion. 23 régions ont déjà développé un volet spécifique sur la santé mentale et/ou la souffrance psychique dans les PRAPS de première génération. Toutefois, ces avancées sont inégales et nécessitent une consolidation et un développement. Les objectifs de progrès porteront sur : la structuration et la généralisation à l'échelle d'un territoire ou d'un bassin de santé ainsi que l'intégration des actions à mener autour des deux cibles complémentaires que sont les professionnels ou bénévoles au contact des publics en question et les publics précaires eux-mêmes ; le travail d'évaluation et les conditions de pérennisation de ces nou-*

velles pratiques ou prises en charge et leur inscription dans le droit commun ; l'amélioration des connaissances sur le lien entre souffrance psychique et précarité.

De nouvelles PASS seront ouvertes dans des établissements volontaires de zones particulièrement concernées par la précarité et l'exclusion sociale, notamment en milieu rural. Pour promouvoir leur qualité et améliorer celle des PASS existantes dans le sens d'une plus grande ouverture sur les mesures de droit commun, des formations aux questions liées à la précarité seront posées aux personnels médicaux, paramédicaux, administratifs et sociaux de ces établissements. Il est également prévu de solliciter la parole des personnes directement concernées afin de mieux cibler leurs besoins. Des solutions localement adaptées permettant d'améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires, aux soins gynécologiques, à la prévention et à l'éducation pour la santé, seront également recherchées. Conformément au constat résultant de l'évaluation nationale réalisée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins et l'Inspection Générale des Affaires Sociales lors du deuxième bilan de l'application de la loi relative à la lutte contre les exclusions, l'articulation des PASS avec les autres dispositifs et les professionnels libéraux permettant d'assurer la continuité de la prise en charge sera encouragée. (...)

Les Ateliers Santé Ville dans les quartiers en difficulté, s'appuient sur une implication forte des collectivités territoriales avec l'identification des besoins spécifiques des publics, le renforcement de la coordination des différents acteurs - réseaux médico-sociaux de proximité, établissements de santé, centres de santé, dispositifs de santé scolaire- et le développement de programmes d'intervention élaborés en association avec la population et les professionnels. Ces ateliers seront développés et un guide méthodologique présentant les bonnes pratiques sera édité en 2003 ».

## La traduction française : la loi de santé publique<sup>9</sup>

C'est dans ce contexte que la loi du 9 Août 2004 a été conçue : premier texte, depuis 1902 à aborder la santé publique dans une approche résolument globale, elle est en premier lieu l'occasion de réaffirmer la place de l'Etat dans le cadre des préoccupations de santé publique. La santé publique constitue dorénavant un objet de politique publique. Par ailleurs, l'approche proposée n'est plus exclusivement centrée sur l'individu : elle s'organise autour de groupes, et vise à une véritable identification, compréhension et prise en charge des problématiques de santé de ces groupes.

<sup>9</sup> Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Elle s'inscrit résolument dans le cadre de développement d'actions stratégiques ciblées, avec une logique de résultats, visant notamment à une meilleure utilisation des ressources en faveur de la santé. Enfin, cette loi favorise la culture de réseaux, en organisant le partenariat des acteurs de santé. Elle vise au rapprochement du monde de la santé publique, du monde des soins et du monde médico-social.

Cette loi définit le champ de la santé publique.

Elle concerne :

1. La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;
2. La lutte contre les épidémies ;
3. La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;
4. L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;
5. L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;
6. L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;
7. La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;
8. La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;
9. L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;
10. La démographie des professions de santé.

Les finalités données par cette loi sont les suivantes :

- > Prévenir la mortalité et la morbidité évitables ;
- > Réduire les inégalités ;
- > Préserver la qualité de vie des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Par ailleurs, cette loi est assortie en annexe de 100 objectifs quantifiés organisés autour de grandes problématiques de santé publique : ces objectifs constituent des références techniques permettant de mieux identifier très concrètement les actions à mener.

Ces objectifs sont accompagnés de 5 plans stratégiques nationaux :

- > un plan national de lutte contre le cancer ;
- > un plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives ;

- > un plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement ;
- > un plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ;
- > un plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares.

Cette loi revisite les instances nationales : Le Haut Conseil de la santé publique, qui constitue une instance d'expertise ; la Conférence Nationale de Santé, qui est le lieu de la concertation nationale ; le Comité National de Santé Publique qui contribue à l'élaboration de la politique et en examine les conditions de financement.

Cette loi spécifie de fait un nouveau jeu d'acteurs :

1. L'État est réaffirmé comme « *responsable* » en premier lieu de la politique de santé publique (et ce, malgré la décentralisation). Ce principe a vocation à clarifier le paysage de la santé publique.
2. La loi vise à développer une culture de résultats exigée tant par les parlementaires, les citoyens, que les professionnels. La loi formule une centaine d'objectifs qui devront, à partir d'un système d'information, permettre aux parlementaires une meilleure appréciation des évolutions de santé des populations sur une période quinquennale.
3. La loi vise également à impulser une démarche de programmation au niveau régional, notamment dans le cadre des Plans Régionaux de Santé Publique (P.R.S.P.).
4. Le niveau régional (dans toutes ses composantes) est conforté dans un rôle non pas de déclinaison, mais d'appropriation et de définition de priorités adaptées aux contextes régionaux.
5. Enfin, les principes de réseaux et de partenariats sont réaffirmés, avec la mise en place d'un Groupement Régional en Santé Publique (G.R.S.P.) permettant de réunir l'ensemble des acteurs concernés (URCAM, Etat, ARH...) au sein d'une structure spécifique (Groupement d'Intérêt Public - G.I.P.), distincte dans un premier temps de l'organisation des soins, en vue de ne pas diluer les logiques de prévention et de promotion de la santé publique dans les questions de financement.

En conséquence, le contexte de cette loi propose un cadre normatif en terme de méthode d'élaboration de la politique de santé publique. A charge pour l'État central de définir les critères d'évaluation, les grandes orientations et les programmes. Au niveau régional, le pôle régional « *santé publique et cohésion sociale* » placé sous l'autorité du préfet de région a la responsabilité de structurer la réflexion de l'État, celle de l'assurance maladie et de tous les partenaires, professionnels ou associatifs intervenant dans le champ de la prévention, pour élaborer le Plan Régional de Santé Publique (P.R.S.P.).

Le G.R.S.P. n'a pas pour mission de concevoir le P.R.S.P. mais participe à son élaboration, du fait des compétences fédérées en son sein. Le G.R.S.P. coordonne et met en œuvre l'ensemble des actions de santé publique et de prévention.

Le représentant de l'Etat s'assure que l'ensemble des services déconcentrés, placés sous sa responsabilité et qui mènent des actions de santé publique ou de prévention, participent au conseil d'administration du G.R.S.P..

La première version des P.R.S.P. doit servir de support à une concertation approfondie avec les partenaires de la politique régionale de santé publique rassemblés au sein de la Conférence régionale de santé (C.R.S.). Cette concertation sera, dans un premier temps, centrée sur un diagnostic régional partagé et un bilan de l'existant.

Ce cadre d'action ainsi défini est loin d'être neutre. Si l'Etat est comptable de ces questions, le législateur contraint les acteurs à la concertation. La notion même de santé publique porte en son sein les tensions auxquelles l'Etat est confronté pour réguler et faire progresser un système où des dynamiques particulièrement complexes se confrontent mais peuvent s'enrichir : médecins libéraux, acteurs du système hospitalier, partenaires sociaux, élus des collectivités locales, associations de défense des usagers ou de malades...

C'est dans ce cadre que le concept de « *santé communautaire* » peut être mis à l'ordre du jour de l'agenda des politiques publiques. En effet, si à l'origine de la construction des politiques publiques sur le champ de la santé, ces dernières se sont essentiellement centrées sur les approches hygiénistes puis sur les logiques de l'accès aux soins, le sens de l'histoire les a conduit à se rapprocher des courants portant une approche communautaire de ces questions, où l'utilisateur n'est plus considéré comme seul patient, mais comme acteur de sa propre santé.

Il s'agit juste là de poser les bases d'un concept qu'il convient de mieux lier avec la notion de santé publique. En effet, la santé communautaire repose sur les principes suivants :

- > une implication de la population dans l'identification de ce qui fait problème, pour mobiliser ses capacités, pour sa participation à l'ensemble du processus ;
- > le décloisonnement professionnel, transdisciplinarité, pluridisciplinarité ;
- > le décloisonnement institutionnel (intersectorialité) ;
- > le partenariat ;
- > le partage de savoirs et de pouvoirs.

La santé communautaire sous-tend un travail d'analyse nouveau de part la concertation que celle-ci implique. Elle engage les acteurs dans la définition de priorités concertées au sein d'espaces de concertation, aujourd'hui plébiscités dans le cadre des dynamiques de santé publique portée par les politiques publiques.

Ainsi, les Ateliers Santé Ville sont véritablement à la croisée des chemins, ils trouvent leurs fondements conceptuels dans les différents registres suivants :

- > la **volonté républicaine** inscrite dans les lois de santé publique et de cohésion sociale où **l'équité de traitement** vise à faciliter **l'accès aux droits** des personnes qui en sont le plus éloignées ;
- > la **volonté portée par les élus** en charge des problématiques du lien social et du **vivre ensemble** ;
- > et enfin, des volontés portées par la **société civile** voulant **rendre à l'usager sa place de citoyen**.

## L'assurance maladie au service d'une politique publique de santé

Par ailleurs, dans le cadre de la **loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004**, un schéma d'organisation nous est également proposé.

Une mission régionale de santé constituée entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie est chargée de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions. Elle détermine notamment :

1. les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire ; ces orientations définissent en particulier les zones rurales ou urbaines qui peuvent justifier l'institution des dispositifs mentionnés dans le code de santé publique ;
2. des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins ;
3. un programme annuel d'actions, dont elle assure la conduite et le suivi, destiné à améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins pour la délivrance des soins à visée préventive, diagnostique ou curative pris en charge par l'assurance maladie, notamment en matière de développement des réseaux, y compris des réseaux de télémédecine ;
4. un programme annuel de gestion du risque, dont elle assure la conduite et le suivi, dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires ;

Cette mission est dirigée alternativement, par périodes d'une année, par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie dans des conditions définies par décret.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie NOR : SANX0400122L

## Les principales étapes du processus de régionalisation

L'échelon régional semble désormais faire l'objet d'un consensus au sein des décideurs publics en tant que territoire pertinent de mise en œuvre des politiques de santé et de la réforme du système sanitaire et social. L'organisation au niveau régional est en effet considérée comme la clé d'une nouvelle répartition de l'offre de soins permettant à la fois de contenir les dépenses, de réduire les inégalités sur le territoire et de permettre une véritable coordination des intervenants en santé. Elle apparaît en outre à même d'apporter des réponses différenciées et adaptées aux réalités locales face aux défis structurels qui s'offrent au système de santé français (vieillesse de la population, évolution de la démographie médicale, mise en place de nouveaux outils technologiques).

**La loi hospitalière de 1970** constitue le point de départ du mouvement de la régionalisation de la politique de santé en instaurant la carte sanitaire, premier instrument de planification des structures de soins basé sur un découpage en secteur et en régions de l'ensemble du territoire national. Parallèlement sont créés les commissions régionales de l'hospitalisation, les comités régionaux d'équipement sanitaire et les commissions régionales d'agrément pour les cliniques. Enfin, en 1977, les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) sont mises en place.

Dans les années 1980, un premier outil d'analyse de la situation sanitaire au niveau local est institué : les observatoires régionaux de santé dont les principales missions sont d' « *inventorier les diverses sources de données, [de] valoriser et diffuser l'information d'une façon rapide et accessible, [de] susciter les études nécessaires au niveau de la région, [de] répondre aux questions des décideurs (État, collectivités locales, assurance maladie) ou des partenaires locaux, [de] conseiller les promoteurs locaux d'enquêtes, [de] participer à l'évaluation technique d'actions locales* »<sup>11</sup>.

Il faut cependant attendre **la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière** pour que s'ébauche une politique régionale hospitalière dotée d'outils performants. Cette loi crée les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S.), définis au sein des C.R.O.S.S. (Comités Régionaux d'Organisation Sanitaire et Sociale) qui regroupent les instances créées par la loi de 1970 et la commission régionale des institutions sanitaires et sociales.

Destinés à permettre une répartition optimale des installations et des structures de santé sur le territoire, les S.R.O.S. introduisent une dimension qualitative dans la répartition des moyens fixée par la carte

<sup>11</sup> circulaire DGS n° 24528 de juin 1985

sanitaire en se fondant sur des principes d'accessibilité, de continuité et de qualité de soins. Dans le secteur ambulatoire, on assiste également au développement de la dimension régionale à travers la création des Unions Régionales de Médecins Libéraux (U.R.M.L.) **par la loi du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie**. Cette loi dote la médecine libérale d'une représentation au niveau régional dont la mission est de promouvoir la qualité des soins par l'analyse des pratiques ainsi que par l'évaluation et la formation des professionnels.

Ce sont toutefois **les ordonnances du 24 avril 1996** (plus précisément les ordonnances n° 96-344 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et n° 96-345 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale) qui constituent le tournant essentiel du processus de régionalisation avec la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (A.R.H.). Groupements d'Intérêt Public (G.I.P.) constitués entre les services de l'Etat et de l'assurance maladie, les A.R.H. sont les instances uniques de régulation de l'offre hospitalière publique et privée, chargées à la fois « *de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources* »<sup>12</sup>. Les A.R.H. constituent désormais la clé de voûte de la régionalisation sanitaire en France. Leur action est complétée par la mise en œuvre de mécanismes de péréquation interrégionale des dépenses hospitalières. Par ailleurs, on notera que les ordonnances du 24 avril 1996 instaurent également les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (U.R.C.A.M.), structures inter-régimes responsables de la coordination de l'action des caisses et du développement d'une politique de gestion du risque et d'analyse des besoins. Les Conférences Régionales de Santé (C.R.S.) sont également mises en place afin de déterminer les priorités régionales dont procèdent les Programmes Régionaux de Santé (P.R.S.) arrêtés par les préfets de région. On notera toutefois que la réforme ne fut pas complète, le volet régional de la politique de régulation des dépenses de soins n'ayant pu voir le jour. En effet, l'annulation par le Conseil d'Etat de plusieurs dispositions des deux conventions conclues en mars 1997 entre l'assurance maladie et des syndicats de généralistes et de spécialistes n'a pas permis de mettre en œuvre le système prévu par les signataires. Ceux-ci avaient retenu l'idée d'une régionalisation de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (O.N.D.A.M.) sous la forme d'un mécanisme de remboursement d'honoraires par les médecins des régions ayant dépassé les objectifs nationaux.

Après 1996, de nouveaux outils de politique sanitaire sont créés qui témoignent de la volonté de pérenniser le choix de l'échelon régional. On citera à titre d'exemple la loi d'orientation relative à la lutte contre

<sup>12</sup> article L. 6115-1 du code de la santé publique

les exclusions de 1998 qui, comme nous l'avons vu plus haut, crée les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) ainsi que la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000 qui pose le principe d'Accords Régionaux du Bon Usage des Soins pour les médecins libéraux (ACBUS).

La régionalisation de la politique de santé devait franchir un nouveau seuil avec **la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**. Un chapitre de la loi est en effet consacré à l'organisation régionale de la santé dont la principale innovation consiste en la création des Conseils Régionaux de Santé, instances uniques de concertation dans le domaine sanitaire. Conçus comme une étape intermédiaire précédant la création d'« *agences régionales de santé* », les Conseils Régionaux de Santé se substituaient ainsi aux conférences régionales de santé, aux CROSS dans leur volet sanitaire et aux comités P.R.A.P.S.. Cette réforme aurait permis à l'ensemble des intervenants de la santé de se rassembler dans une même enceinte et d'être consultés de manière systématique. Aux termes de l'article L. 1411-3 du code de la santé publique, les CRS avaient pour mission principale l'analyse de l'évolution des besoins de santé et des données sanitaires et sociales propres à la région ainsi que la formulation des priorités de santé publique au niveau local, au regard des priorités retenues sur le plan national et des spécificités de la région. La loi précisait en outre qu'il revenait au Préfet de région de déterminer parmi les priorités proposées par le conseil régional de santé celles devant faire l'objet de programmes régionaux de santé. Parallèlement, le Gouvernement devait établir sa politique de santé en définissant des priorités pluriannuelles fondées en particulier sur les évaluations réalisées par les conseils régionaux de santé. Il convient toutefois de souligner que ces dispositions n'ont pas été mises en œuvre.

Enfin, on notera qu'au sein de l'accord conclu le 10 janvier 2003 entre les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats de médecins sur la rénovation des pratiques conventionnelles, un des objectifs affichés est la volonté « *de ménager au niveau régional des espaces de négociation permettant d'adapter à la diversité du territoire certaines dispositions des accords nationaux, favorisant ainsi leur appropriation par les professionnels et la population* ».

## La place et le rôle de l'Etat

Traditionnellement acteur central de la conception et de la mise en œuvre des politiques publiques, l'Etat est conduit, à l'intersection de la lutte contre la précarité et de l'action pour l'amélioration des conditions de santé, à effectuer une révolution copernicienne. Quelle place jouer dans un jeu d'acteurs renouvelé et complexifié ?

Un nouveau positionnement de sa part est attendu : ni jacobin, ni strictement régalien, l'Etat doit pour autant conserver pleinement un rôle et une valeur ajoutée :

- > tant en amont, dans un rôle de prévention ;
- > qu'en aval, dans la gestion des crises ;
- > ainsi que dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques.

Ses rôles de contrôle, d'évaluation et de production de connaissances doivent être à cet effet réaffirmés :

- > L'Etat doit affirmer sa légitimité d'intervention en matière d'animation, voire d'arbitrage ; son rôle régalien lui permet de porter un point de vue distancié sur certaines situations ;
- > L'Etat est attendu sur sa légitimité à coordonner, mais également à susciter le consensus, sur un champ de plus en plus transversal et interministériel - voire intersectoriel - ;
- > L'Etat doit veiller à garantir l'intérêt général et contribuer à la lutte contre toutes formes d'inégalités ;
- > L'Etat apparaît comme une « *locomotive* », notamment dans l'initiation d'états des lieux avec les partenaires - par la mobilisation des compétences de ses services déconcentrés -, mais également dans la diffusion des « bonnes pratiques » en matière d'action publique.

Pour répondre à ces différents enjeux, l'Etat dispose d'une expérience et de compétences collectives susceptibles de conforter son intervention :

- > Une capacité à repérer les besoins et contribuer ainsi à la définition de priorités ; en effet, l'Etat peut se positionner comme « *producteur de connaissances* » sans être pour autant dans une logique de « *système expert* » : ses connaissances constituent des outils du dialogue et de débats avec les acteurs du territoire (notamment les élus ou les associations...);
- > Une capacité à proposer un « *cadre* » structurant par la constitution de lieux de débats, d'échanges et de confrontations de points de vue ;
- > Une capacité à promouvoir la santé publique et l'action pour la cohésion sociale, à impulser des dynamiques sur ces champs et à piloter des projets;
- > Une capacité à coordonner et à structurer des jeux d'acteurs et des partenariats ; dans ce cadre, les acteurs publics peuvent jouer un rôle de « *rassembleurs* » ou de médiation tant auprès des associations que des collectivités territoriales ; les partenariats (notamment avec l'Assurance Maladie, les Collectivités Territoriales, la Mutualité, d'autres services de l'Etat tels que l'Education Nationale....) méritent d'être confortés, précisés et développés.

- > Une capacité à articuler le technique et le politique, de façon à ce que les élus des collectivités territoriales puissent intégrer dans la définition de leur politique l'aide à la décision que représentent les techniciens de l'action publique d'Etat ;
- > Une capacité à traduire le sens de la politique publique, en vue de favoriser l'implication des citoyens, leur permettant ainsi de devenir de véritables acteurs de leurs conditions de vie.

Afin de permettre à l'Etat de prendre en charge cette demande sociale à son égard, celui-ci dispose d'atouts qu'il convient d'instrumenter. Dans le cadre de la réforme de l'Etat, un projet de réforme de l'organisation des lois de finances est engagé depuis 2001. La Loi Organique relative aux Lois de Finances (L.O.L.F.) vise à satisfaire trois grands objectifs :

- > Le renforcement du contrôle parlementaire sur le vote du budget en privilégiant les logiques de missions/programmes/objectifs au détriment des logiques de « *lignes budgétaires* » ;
- > La responsabilisation des fonctionnaires dans la mobilisation des moyens en renforçant la culture de résultats et d'évaluation ;
- > La recherche d'un meilleur pilotage stratégique de l'action territoriale de l'Etat en l'appuyant sur une organisation du niveau régional autour de huit pôles. Ces pôles visent à ordonner et à regrouper les services de l'Etat en vue d'obtenir une meilleure synergie d'ensemble, une économie de moyens, mais également une simplification et une clarification pour l'usager.

Le renforcement des outils de la déconcentration avec les PASE : Projet d'Action Stratégique de l'Etat (PASER en Région et PASED en Département) donne un sens stratégique à cette réorganisation : à charge des acteurs de l'Etat d'intégrer la dimension santé publique et actions de cohésion sociale dans ces documents.

- Pour autant, il convient de considérer que l'Etat n'est plus au centre.
- > La centralité de l'Etat n'est plus de mise et d'autres acteurs ont acquis une légitimité, de fait et de droit, à opérer avec lui sur des missions d'intérêt général. La notion de « *gouvernance* » s'impose au détriment de la notion de « *gouvernement* ».
  - > Le rôle de l'Etat reste néanmoins fondamental, notamment dans la structuration d'espaces de confrontation entre les différentes logiques d'acteurs. Il est ainsi conduit, à travers sa légitimité républicaine, à investir un rôle d'architecte d'un espace public qui le transcende.
  - > La notion de pouvoirs publics prend ainsi un nouveau sens : elle est aujourd'hui partagée tant par le Législateur (qu'il soit européen ou national), le fonctionnaire d'Etat, les collectivités territoriales, avec leurs élus mais également leurs techniciens, induisant un principe fort de co-responsabilité.

## *Comment objectiver et construire la connaissance sur les réalités sociales des quartiers en difficulté ?*

**Pierre Chauvin,  
médecin épidémiologiste, Inserm U 707**

Concernant un nombre croissant de personnes, la précarité soulève aujourd'hui des enjeux essentiels en France. La réémergence régulière de cette problématique dans le champ de la décision politique et de l'action publique (y compris dans l'actualité la plus récente, quand il s'est agi de débattre récemment des enjeux et des conséquences de la construction européenne) s'est accompagnée de la construction d'un nouveau paradigme par les chercheurs en sciences sociales depuis les années 90<sup>13</sup>. Ces derniers envisagent ces situations de précarisation comme des trajectoires de vie, des processus individuels et biographiques, éventuellement transitoires et réversibles, faits d'accumulation de facteurs d'exclusion et de ruptures, susceptibles de plonger une personne dans une situation de pauvreté effective. En considérant les situations en amont de la marginalité et de l'exclusion effectives, cette définition remplace des références telles que catégories, frontières ou fractures sociales par la représentation d'un continuum social dans lequel doit être mieux prise en compte une grande diversité de vulnérabilités sociales. Concernant une part très importante de notre société, minant les espoirs d'ascension sociale des groupes sociaux les plus défavorisés et fragilisant (dangereusement) une proportion croissante de la classe moyenne, la précarité économique, professionnelle, familiale, etc. - celle des conditions de vie en général - constitue un enjeu essentiel, aussi bien social et politique que professionnel, pour tous les intervenants confrontés à ces situations et aux personnes qui en souffrent.

L'impact de ces processus de précarité sur la santé des individus peut être évalué en terme de besoins et d'états de santé, d'accès aux soins et d'utilisation du système de soins. Depuis au moins 10 ans, cet

<sup>13</sup> Lebas J, Chauvin P, eds. *Précarité et santé*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1998.

impact a d'abord fait l'objet - grâce à la multiplication des initiatives privées et publiques, associatives et hospitalières, « *citoyennes* » ou caritatives, en direction des personnes démunies - d'une accumulation de témoignages, d'observations, de connaissances concernant la santé des exclus et des personnes reconnues comme telles. Sans domicile, sans papiers, sans emploi, sans ressources ont fait, par la suite, l'objet de nombreuses études systématiques, y compris de la part d'institutions académiques<sup>14</sup>. Dans le même temps se sont accumulées les descriptions d'inégalités sociales de santé - essentiellement en terme de mortalité<sup>15</sup> et de consommation de soins - qui ne cessent de s'aggraver de façon relative entre les groupes sociaux (ceux-ci étant essentiellement décrits par les classiques « *catégories socioprofessionnelles* »). Malgré les généralisations sémantiques largement partagées par les médias, les politiques et les professionnels de l'action sociale et de la santé eux-mêmes, il est important de souligner que, lorsqu'on parle d'exclus, de précaires, de pauvres, de défavorisés, on ne parle pas de la même chose, ni des mêmes personnes, ni des mêmes situations et processus sociaux. Pour autant, en ce qui concerne la recherche en santé publique comme, peut-être aussi, la décision politique, il apparaît aujourd'hui nécessaire d'intégrer résolument (sans pour autant les confondre) deux approches souvent distinguées : celle des « *interrelations santé - précarité* » et celle des « *inégalités sociales de santé* ». En effet, les études sur l'état de santé des personnes en situation précaire posent la question « *des raisons pour lesquelles les plus précaires peuvent mettre en conflit la valeur santé avec d'autres valeurs* »<sup>16</sup>. Dans le même temps, la persistance des inégalités de santé amène à s'interroger sur ce qui, dans la vie des personnes, du point de vue de leurs conditions de vie sociales, familiales, professionnelles, de leur environnement social, de leur histoire passée, etc., influence leur situation de santé - et ce, dans quelle mesure et dans quel sens ? Dès lors, il apparaît bien que la question posée, plus généralement, est bien celle des « *déterminants sociaux* » de la santé.

Un nombre important de personnes en France - et en particulier dans les quartiers identifiés par la Politique de la Ville<sup>17</sup> - connaît des difficultés dans plusieurs domaines à la fois. Le chômage et la précarité de l'emploi sont des facteurs majeurs, depuis longtemps étudiés, de précarité et de vulnérabilité sociale et sanitaire mais les conditions de vie au sens plus général (logement, violences, discrimination, etc.) ou

<sup>14</sup> Amosse T, Doussin A, Firdion JM, Marpsat M, Rochereau T. *Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire*. Enquête INED, Paris et petite couronne, 1998. Paris : Credes, Biblio n°1355, 2001, 85

<sup>15</sup> Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T, eds. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte, 2000.

<sup>16</sup> Berthod-Wurmser M. *Postface : quelles orientations pour la recherche ?* In: Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V, eds. *Précarisation, risque et santé*. Paris : Editions Inserm, 2001, p. 467-472.

<sup>17</sup> *Observatoire national des zones urbaines sensibles. Rapport 2004*. Paris : Editions de la DIV, novembre 2004.

encore les défauts d'intégration sociale (par exemple, la perte du réseau social lié à l'entreprise ou au corps de métier que l'on abandonne, la fragilité des réseaux d'aide privée, y compris familiale, ou encore la participation incertaine à toute forme de vie sociale institutionnalisée) en constituent d'autres, au moins aussi péjoratifs. D'une manière générale, les difficultés rencontrées sur le plan social et sanitaire sont d'autant plus problématiques que les formes traditionnelles de sociabilité et d'entraide s'affaiblissent<sup>18</sup>.

Comme dans l'ensemble des grandes métropoles européennes, les inégalités entre territoires se creusent dans les grandes agglomérations urbaines françaises. Des phénomènes de relégation et de polarisation sociales y renforcent le processus de disqualification des populations les plus démunies. Le quartier de résidence constitue souvent un marqueur social : l'appartenance à un quartier défavorisé est susceptible de constituer un handicap supplémentaire pour l'insertion comme pour la santé des individus, en raison non seulement d'un environnement dégradé, mais aussi d'une intériorisation de l'image négative du quartier, de l'éloignement des pôles d'emploi et des services, ou encore d'effets de désignation stigmatisants. Dans le domaine de la santé mentale en particulier, certains cadres théoriques renvoient - depuis la description des effets d'individualisation de la vie urbaine il y a un siècle<sup>19</sup> - à une théorie de la désorganisation sociale<sup>20</sup> selon laquelle la dégradation de l'environnement socioéconomique s'accompagnerait d'un processus de décomposition des règles et des institutions sociales locales, générateur d'anxiété sociale, de stress et de psychopathologies, notamment la dépression. Le stress associé à ces situations ou à d'autres (les conditions de travail notamment) compte d'ailleurs parmi les médiateurs biologiques les plus vraisemblables dans l'explication des effets des inégalités sociales sur la santé. Sans forcément se référer explicitement à cette théorie de la désorganisation sociale, de nombreux autres travaux quantitatifs et qualitatifs s'attachant à rendre compte des liens entre la dégradation de l'espace résidentiel et la santé mentale des habitants s'accordent généralement sur l'idée que la relation subjective liant l'individu à son environnement local, physique et social serait l'un des mécanismes par lequel le contexte agirait sur le bien être émotionnel<sup>21</sup>.

Dès lors, des études de différents quartiers (et, dans une approche

<sup>18</sup> Parizot I, Chauvin P, Firdion JM, Paugam S. Santé, inégalités et ruptures sociales dans les Zones urbaines sensibles d'Ile-de-France. In : Collectif. Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004. Paris : La Documentation française, 2004, pp. 367-414.

<sup>19</sup> Simmel G. Métropoles et mentalité (1903). In : Grafmeyer Y, Joseph I, eds. L'école de Chicago, Naissance de l'écologie urbaine. Paris : Aubier, 1990.

<sup>20</sup> Ross CE, Mirowsky J. Disorder and decay: the concept and measurement of perceived neighborhood disorder. *Urban Affairs Review* 1999; 34: 412-432.

<sup>21</sup> Péchoux S. Perceptions de l'espace résidentiel et santé mentale. Images des lieux et images de soi dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville du 20ème arrondissement de Paris. In : Chauvin P, Parizot I. Santé, soins, situations sociales. Paris : Vuibert / Editions Inserm, 2005 (à paraître).

comparative qui nous apparaît absolument indispensable, pas seulement de quartiers défavorisés ou labellisés comme tels !) devraient permettre de mieux rendre compte de l'influence de ces types d'environnement sur la vie et la santé des personnes qui y résident<sup>22</sup>. Il s'agit là d'un enjeu de connaissance assez peu développé dans la recherche en santé publique en France (il suffit pour s'en convaincre de comparer le nombre extrêmement faible de structures et de chercheurs qui travaillent en Ile-de-France sur ces questions avec ce qui s'observe dans d'autres mégapoles européennes ou Nord-américaines). Cet enjeu semble échapper aussi, assez étrangement, à nombre de responsables politiques pour qui ce temps d'enquête et de diagnostic des situations - mais aussi, véritablement, de recherche moins directement « utile » mais indispensable à la compréhension des processus sanitaires et sociaux à l'œuvre - est encore trop souvent jugé superflu (et, toujours, trop coûteux !). Pourtant, si la réforme des politiques publiques passe par une décentralisation accrue et une gouvernance améliorée, « elles devraient d'abord reposer sur des bases, des « réalités », territoriales et fonctionner de fait sur des régulations horizontales »<sup>23</sup>.

### Les déterminants sociaux de la santé

L'existence d'un lien entre la situation socio-économique des individus et leur santé est aujourd'hui admise par tous. De nombreuses études en témoignent, et ce depuis de nombreuses décennies<sup>24,25,26</sup>. En outre, malgré un progrès biomédical et technologique continu au cours des cinquante dernières années, les inégalités de santé entre groupes sociaux perdurent et se sont aggravées depuis les années 1990<sup>27,28</sup>. A partir de ce constat communément admis par la communauté scientifique, l'enjeu pour la recherche est d'expliquer et de progresser dans

<sup>22</sup> Diez Roux AV. *Investigating neighborhood and area effects on health*. *Am J Public Health* 2001; 91: 1783-89.

Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. *Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?* *Soc Sci Med* 2002; 55: 125-139.

<sup>23</sup> Damon J. *Politiques de la ville et questions sociales en France*. In : Parizot I, Chauvin P, Paugam S, Firdion JM, eds. *Les mégapoles face au défi des nouvelles inégalités : mondialisation, santé, exclusion et rupture sociale*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2002, pp ; 135-141

<sup>24</sup> Evans RG, Barer ML, Marmor TR, eds. *Why are some people healthy and others not?* New York: A. de Gruyter, 1994.

<sup>25</sup> Macintyre S. *The Black report and beyond: what are the issues?* *Soc Sci Med* 1997; 44: 723-45.

<sup>26</sup> Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

<sup>27</sup> Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhouf F, Geurts JJ. *Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe*. *Lancet* 1997; 349: 1655-9.

<sup>28</sup> Kmietowicz Z. *Gap between classes in life expectancy is widening*. *BMJ* 2003; 327: 58.

la compréhension de ces inégalités sociales de santé.

Les indicateurs sociaux disponibles dans la littérature internationale comme en France, (catégorie socioprofessionnelle, classe de revenus, niveau d'éducation, etc.), et à partir desquels les chercheurs s'efforcent de rendre compte des inégalités sociales de santé, ne décrivent que de façon approximative la position socio-économique des personnes. L'usage exclusif de ces indicateurs « classiques » ne permet pas de rendre compte de manière satisfaisante des différences de mortalité, de morbidité, de comportements de santé ou de consommation de soins. Il conduit, notamment, à laisser dans l'ombre les modes de vie actuels dans les sociétés post-industrielles (régimes alimentaires, types de loisirs, habitudes de vacances, possession de certains biens de consommation, accès aux moyens de communication, etc.) et il néglige également des dimensions telles que les modes d'insertion familiale, sociale et citoyenne des individus, dont on a déjà souligné l'importance mais qui sont susceptibles, pour les plus jeunes en particulier, de répondre à de nouveaux modes de sociabilité. Enfin, la diversité croissante des situations et des parcours socio-économiques rencontrée au sein de chaque catégorie socioprofessionnelle, la difficulté de décrire et de classer dans ces catégories les inactifs (en particulier les chômeurs, les retraités, les femmes au foyer ou les jeunes adultes jusqu'à un âge de plus en plus avancé, ce qui fait beaucoup de monde !) les rendent rapidement inopérantes quand il s'agit d'apporter des explications fines aux inégalités observées. Au bout du compte, ces catégories classiquement employées exposent au risque - pour les chercheurs, comme d'ailleurs pour les décideurs de nos politiques sociales - de passer à côté de personnes vulnérables mais « invisibles » dans chaque catégorie parce que précisément aux frontières et aux seuils de ces catégories<sup>29</sup>.

La nécessité de saisir et d'étudier d'autres dimensions est reconnue par un nombre croissant de chercheurs qui soulignent l'intérêt de raisonner à partir de nouveaux déterminants sociaux<sup>30</sup>. En 2002, le Haut Comité de la Santé Publique soulignait d'ailleurs dans son rapport sur la santé en France : « *la limite des approches (actuelles) est de rester essentiellement descriptives. Elles nous renseignent assez peu, au niveau individuel, sur les causes qui conduisent les personnes à ces situations sanitaires péjoratives et, au niveau collectif, sur les nouvelles formes de vulnérabilité et de précarité sociale et sanitaire* ». Par ailleurs, le fait que - au cours du demi siècle écoulé - les inégalités sociales de santé ne se soient pas réduites malgré une augmenta-

<sup>29</sup> A l'inverse, le risque peut être aussi de surestimer le caractère péjoratif de certaines situations. Etudier, par exemple, les ruptures familiales sans prendre en compte le bénéfice des recompositions familiales ultérieures, ou considérer systématiquement les contrats à durée déterminée comme des formes de travail subies constituent des préjugés qui décrivent plus un modèle social implicite qu'elles ne permettent de rendre compte des difficultés sociales vécues.

<sup>30</sup> Kasl SV, Jones BA. Social epidemiology : towards a better understanding of the field. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 1094-97.

tion continue, quantitative et qualitative, de l'offre de soins curatifs et de la part des dépenses publiques affectées à la santé<sup>31</sup> pose aussi question. On sait que l'objectif d'équité poursuivi par les systèmes de santé européens n'est pas entièrement atteint<sup>32</sup>, y compris dans les pays où une assurance santé systématique - comme, en France, la Couverture maladie universelle - permet théoriquement l'accès de tous aux soins (ou, plus exactement, de réduire considérablement les obstacles financiers d'accès aux soins<sup>33</sup>) et où la part des budgets publics consacrés aux soins est considérable. Si on peut faire l'hypothèse que les situations de non recours aux soins concourent à détériorer la santé des personnes vulnérables, il s'agit, en vérité, d'un constat qui n'est clairement démontré que chez les personnes en grande difficulté sociale (les « exclus » dont nous parlions plus haut). Dans le reste de la population, et en particulier dans les quartiers de la Politique de la Ville, tout au long du continuum social de la précarité auquel nous faisons référence, l'association est loin d'être démontrée : dans quelle mesure et à quel point une moindre consommation de soins y est-elle observée ? pour quelles raisons précises ? et, surtout, avec quel impact sur la santé des habitants ?

Depuis cinquante ans, notre système de soins s'est construit sur un modèle biomédical curatif, où l'accessibilité aux soins y reste le fruit de « la rencontre entre une offre de soins (curatifs) abondante et une demande solvabilisée par une protection de type assurantielle »<sup>34</sup>. Cette accessibilité, aléatoire et d'ordre consumériste, se révèle inadaptée à la prise en charge des populations précarisées. Dans des enquêtes que nous avons réalisées dans des Zones urbaines sensibles franciliennes et des quartiers de la Politique de la Ville à Paris<sup>35</sup>, un quart des habitants n'ont, par exemple, pas de médecin régulier (contre moins de 10 % de la population générale en France) et cette proportion atteint près de 40 % chez les chômeurs. Ces enquêtes montrent, en réalité, qu'aucune des hypothèses implicites de ce modèle consumériste de soins ne sont vérifiées statistiquement : en fonction de leurs conditions de vie, de leurs expériences antérieures (personnelles ou familiales) de la maladie, de leurs insertions sociales, les individus interrogés ne portent pas la même attention à leur santé, ne possèdent pas le même niveau de connaissance et d'information (sur les maladies, les comportements à risque, l'organisation du système de

<sup>31</sup> Navarro V, Shi L. *The political context of social inequalities and health*. In: Navarro V, ed. *The political economy of social inequalities*. Amityville: Baywood Publishing Company, 2002, pp. 403-418.

<sup>32</sup> Dean H. *Welfare rights and social policy*. Harlow: Pearson Education Limited, 2002.

<sup>33</sup> Chauvin P, ed. *Prevention and health promotion for the excluded and destitute in Europe*. Amsterdam: IOS Press, 2003.

<sup>34</sup> Haut Comité de la Santé Publique. *La santé en France, rapport général*. Paris : La Documentation Française, 1994, p. 69-72.

<sup>35</sup> Parizot I, Bazin F, Renahy E, Chauvin P. *Enquête sur la santé et le recours aux soins dans les quartiers défavorisés d'Ile de France. Rapport pour la Délégation Interministérielle à la Ville*. Paris : Inserm U444, décembre 2004, 110 p.

soins) pour prendre en charge leur santé, n'utilisent pas l'offre de soins de la même façon et n'ont pas les mêmes relations avec les professionnels de santé. Par exemple, nous avons montré, dans des quartiers du 20<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, que les personnes ayant un faible support social, celles les plus isolées, étaient aussi celles qui avaient le moins consulté au cours de l'année écoulée (à âge, sexe, couverture maladie et état de santé comparables), y compris parmi les personnes âgées et les personnes prises en charge à 100 %.

Méfions nous pour autant des fausses évidences ! l'impact sanitaire des ces obstacles d'accès aux soins constitue, en terme de recherche, une question extrêmement difficile à étudier sérieusement, en particulier parce qu'elle sous tend la difficulté de mesurer l'utilité (sanitaire et sociale) du soin médical. Le constat d'un moindre recours aux soins, ou d'un recours retardé, ou d'un recours différent (à l'hôpital plutôt qu'en médecine libérale par exemple) ne suffit pas à apporter la démonstration des causes et des effets de ces inégalités de recours aux soins ; pas plus que la surconsommation médicale (supposée) de certaines sous population ne les maintient d'ailleurs en bonne santé ! Finalement, les inégalités de santé et de recours aux soins ne seraient pas tant liées par une relation directe de cause à effet que résultantes de déterminants communs (en particulier des représentations de la santé, de la maladie et de la médecine) qui, eux-mêmes, ne seraient pas répartis de manière similaire selon les groupes sociaux<sup>36</sup>.

### Programmes de santé publique et pratiques de soins

La tuberculose est l'exemple même des maladies pour lesquelles des stratégies thérapeutiques, nouvelles et spécifiques, ont été développées et évaluées. Reconnue comme une maladie de la pauvreté, de l'extrême précarité des conditions de vie et d'hébergement<sup>37</sup>, mais aussi comme un fléau social ayant justifié la mise en place de programmes de lutte et de contrôle (bien avant que toute thérapeutique efficace soit d'ailleurs disponible), sa résurgence dans certains pays industrialisés, au milieu des années 80, n'a été possible que parce que, peu à peu, ces programmes avaient été démantelés. Les réponses à cette résurgence ont combiné des programmes de santé publique et des approches de soins renouvelées, comme la recherche active des contacts, l'administration contrôlée des traitements (directly observed

<sup>36</sup> Parler de « représentations de santé » différentes selon les groupes sociaux renvoie immédiatement à des différences culturelles en fonction des origines géographiques des personnes. Nos enquêtes montrent que la diversité de ces représentations est au moins aussi grande parmi les français qu'entre les groupes de différentes nationalités. D'autres auteurs ont montré que ces représentations se construisent au regard de normes individuelles et collectives de sources multiples (par exemple autant familiales que « culturelles ») et qui, sont, de plus, constamment reconstruites au gré des expériences vécues, des identités sociales et des trajectoires biographiques des personnes.

<sup>37</sup> Fineberg HV, Wilson ME. Social vulnerability and death by infection. *N Engl J Med* 1996; 334: 859-860.

therapy), le suivi infirmier des cas (nurse case management), etc. Ces approches médicales prenant en compte l'environnement social et les conditions de vie du patient, conjuguées à une volonté politique traduite en stratégies de santé publique clairement définies et financées sur le long terme, sont seules susceptibles de permettre de contrôler durablement, si ce n'est d'éradiquer, la maladie dans nos pays.

Mais, comme l'écrivait l'American College of Physicians (ACP) il a presque 10 ans déjà<sup>38</sup>, « *les problèmes de santé des quartiers urbains défavorisés les plus souvent soulignés [à tort ou à raison] - violence, toxicomanie, infection à VIH, tuberculose (on pourrait citer, aussi, le saturnisme infantile) - ne résument pas toute la situation sanitaire. Les patients souffrants de maladies chroniques (prises en charge, en ambulatoire, par des soins de santé primaire) représentent aussi un enjeu considérable pour nos systèmes de soins* ». Des auteurs Nord-américains ont montré que les taux d'hospitalisations évitables (c'est-à-dire pour des complications qui ne devraient pas survenir chez des malades chroniques bien suivis) étaient significativement plus élevés dans les quartiers les plus pauvres de New York<sup>39</sup> ; ce qui justifiaient, à leurs yeux, la mise en place, dans ces quartiers, d'une politique de santé spécifique associant des incitations à l'installation de médecins généralistes, un soutien financier à des réseaux de soins coordonnés, le développement de programmes d'éducation pour la santé et de prévention, de consultations sans rendez-vous à horaires allongés dans les centres de soins, de services de proximité ambulatoires, de services d'information des populations à l'utilisation de l'offre de soins, de programmes de disease management pour certaines maladies chroniques, etc. Certes, les disparités territoriales urbaines restent heureusement moins accentuées en France (et, de fait, les disparités des taux d'hospitalisations évitables beaucoup moins fortes dans l'agglomération parisienne qu'à New York<sup>40</sup>) et les quartiers de la Politique de la Ville ne ressemblent en rien aux ghettos des inner cities Nord américaines. Pour autant, aucune des recommandations précédentes concernant le développement de politiques de santé locales n'y sembleraient superflues quand on observe, comme dans les quartiers que nous avons enquêtés dans Paris intra-muros, que la moitié des habitants déclare que leurs conditions de vie nuisent à leur santé (majoritairement des problèmes financiers ou les conditions de logement chez les 25-59 ans, majoritairement l'isolement ou les conditions de vie dans le quartier au-delà de 60 ans), que près d'un tiers des personnes interrogées ont des symptômes de dépression, que 10 % consomment régulièrement des psychotropes et que 40 % des per-

<sup>38</sup> American College of Physicians. *Inner-city health care*. *Ann Intern Med* 1997; 127: 485-490.

<sup>39</sup> Billings J, Anderson GM, Newman LS. *Recent findings on preventable hospitalizations*. *Health Aff* 1996; Fall: 239-249.

<sup>40</sup> Gusmano MK, Rodwin VG, Weisz D. *Avoidable hospitalizations among older persons in London, New York and Paris*. *J Urban Health* 2005; 82: ii26.

sonnes ont des problèmes de surpoids (l'obésité y est 4 fois plus fréquente dans les ménages pauvres), pour ne citer que quelques chiffres.

Par rapport à l'enquête réalisée en 2001 dans des Zones urbaines sensibles de banlieue parisienne, nous notons que les effets de ségrégation sociale apparaissent moins forts et les conditions de vie, de logement, d'accès aux dispositifs publics, d'intégration au tissu urbain plus favorables dans ces deux quartiers de Paris intra muros. En revanche, les impacts ressentis et les associations statistiques estimées entre situations sociales, santé et recours aux soins y étaient au moins aussi importantes chez leurs habitants. Les situations de discrimination liée au quartier de résidence sont certes minoritaires, bien que très variables d'une ZUS à l'autre. Pourtant, ajoutées aux autres motifs de discrimination (y compris dans la fréquentation des services publics) et à un manque de confiance très aigu (partout observé et qui nous semble extrêmement inquiétant) dans les institutions politiques représentatives nationales et locales, elles concourent à un sentiment de mise à l'écart et d'exclusion subjective des personnes les plus vulnérables. Ce sentiment est renforcé par une méconnaissance assez répandue des dispositifs assistanciers et, surtout, sanitaires. Concernant la santé et les soins, cette méconnaissance apparaît renforcée par un certain déficit d'informations délivrées au sein des familles comme au sein des dispositifs assistanciers existants. Ces différentes enquêtes concluent à des attentes et des besoins de santé extrêmement importants chez les habitants de ces quartiers. Les questions de santé mentale et de bien-être psychologique y sont particulièrement problématiques, en lien avec les situations de ruptures sociales fréquemment relatées. Ainsi, en dehors de situations sociales et sanitaires exceptionnelles et éventuellement critiques et urgentes, nous concluons de façon générale que la réponse à apporter à la plupart des situations observées ne passait pas tant par la multiplication de dispositifs de soins que par une meilleure coordination des structures sanitaires et sociales et un réel effort d'information, de promotion et d'éducation pour la santé dans ces quartiers.

### **Environnement social, contexte résidentiel et santé**

Traditionnellement, la plupart des études en épidémiologie sociale se sont intéressées aux déterminants de la santé mesurés au niveau individuel, en opposition avec l'utilisation, scientifiquement souvent erronée, de données agrégées. Plus récemment, le souci de replacer l'individu dans son contexte s'est fait jour dans la discipline, à mesure que cette perspective réductionniste (héritée des sciences exactes) était à son tour vivement critiquée. Dès lors, de nombreux auteurs plaident pour la conjonction d'une perspective « *compréhensive* » héritée des sciences sociales et de méthodes statistiques usitées en épidémiologie. De fait, l'existence d'effets du contexte sur la santé des individus et leur accès aux soins fait l'objet d'une reconnaissance

croissante en santé publique 10 et l'objet de recherches de plus en plus nombreuses sur les effets de ce que les Américains appellent le « *built environment* »<sup>41</sup>.

Comme on vient de l'évoquer, quand il s'agit d'étudier les effets de l'environnement social, certains auteurs se contentent encore trop souvent de croiser des données agrégées aux niveaux de zones géographiques plus ou moins fines : quartiers, zones urbaines, départements, régions, pays, etc.<sup>42</sup>. De telles approches écologiques sont éminemment critiquables par leur faible pouvoir explicatif : rien ne garantit que les écarts ainsi « *cartographiés* » se traduisent en terme de risque individuel chez les résidents (l'effet estimé au niveau agrégé peut, par exemple, être uniquement le fait d'une poignée d'individus aux caractéristiques très spécifiques). Au pire, on peut même conclure à tort à une relation de cause à effet inverse de celle qui existe au niveau individuel : c'est, précisément, ce qu'on appelle l'« *erreur écologique* ». Ces analyses écologiques font courir le risque de laisser de côté un ou plusieurs facteurs de confusion, et d'être même dans l'incapacité méthodologique de les détecter. Enfin, elles ne permettent pas non plus de distinguer les effets de composition des effets proprement contextuels : par exemple, des quartiers concentrent-ils des chômeurs qui ont, individuellement, un risque de surmortalité (effet de composition) et/ou l'environnement de ces quartiers où se concentrent les chômeurs est-il, en outre, péjoratif pour leur santé (effet proprement contextuel) ? De telles représentations cartographiques sont éminemment séduisantes mais la simple comparaison visuelle de cartes géographiques de facteurs d'exposition (ou de caractéristiques sociales) et de phénomène de santé ne permet pas, en réalité, d'avancer réellement dans la connaissance des mécanismes sociaux et contextuels à l'œuvre. Elle ne permet, dans le meilleur des cas, que de générer des hypothèses qu'il s'agit alors d'étudier nécessairement à partir de données individuelles couplées à des données contextuelles, à l'aide de méthodes statistiques particulières. Ces dernières (modèles multiniveaux, modèles géostatistiques, etc.) restent relativement ardues à mettre en œuvre et à vulgariser pour des non spécialistes ; elles nous semblent néanmoins indispensables si on veut étudier statistiquement la dimension territoriale des phénomènes de santé, y compris à des échelles aussi fines que celles des quartiers de la Politique de la Ville. Ce type d'analyse a connu un développement considérable au cours des dix dernières années, et est aujourd'hui considéré comme l'une des principales voies à suivre pour avancer dans la compréhension des disparités sociales de santé. L'analyse contextuelle est pourtant loin d'avoir connu en France le

<sup>41</sup> Frumkin H, Frank LD, Jackson R, eds. *Urban sprawl and public health : designing, planning and building for healthy communities*. Washington, DC: Island Press, 2004, 288 p.

<sup>42</sup> Chauvin P. *Environnement social et santé : avancées et perspectives dans l'étude des effets du contexte sur la santé*. In : Chauvin P, Parizot I. *Santé, soins, situations sociales*. (op. cité)

<sup>43</sup> Chaix B, Chauvin P. *L'apport des modèles multiniveau dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale : une revue de la littérature*. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2002; 50: 489-499.

développement qu'elle a connu dans d'autres pays<sup>43</sup>. Une première explication tient au manque de données individuelles disponibles à une échelle géographique suffisamment fine. Une seconde tient sans doute à un rapprochement encore insuffisant de différentes disciplines telles que l'épidémiologie, la sociologie et les sciences politiques autour de la question des déterminants sociaux de la santé.

### Conclusion

La diversité et la fréquence croissantes des processus et des trajectoires de précarisation nécessitent, pour les appréhender, de centrer l'observation des chercheurs et l'action des politiques et des professionnels sur l'individu, tout en prenant en compte son environnement social et le rapport qui le lie, ou non, avec son territoire. Elles nécessitent aussi, singulièrement dans le champ de la santé (comme dans celui de l'action sociale), d'adapter en regard l'offre de services au sens le plus large, et pas seulement de soins curatifs. Le constat fait, il y a 15 ans, par des auteurs Canadiens vaut toujours dans notre pays : « *il existe un écart grandissant entre la compréhension des déterminants de la santé et la priorité que les politiques de santé accordent à l'appareil de soins* »<sup>44</sup>. Si on peut espérer que se décline dans l'avenir de façon plus décentralisée et mieux adaptée aux publics précaires l'organisation des soins curatifs (grâce, en particulier, à la création d'agences régionales de santé et à la nouvelle génération des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins), à une échelle encore plus locale, des programmes spécifiques d'information, de promotion et d'éducation pour la santé, des réseaux de ville, des dispositifs de soins «à bas seuil», etc. sont nécessaires. Dans cette perspective, des méthodologies comme celles développées par les Ateliers Santé Ville constituent à la fois un niveau pertinent d'analyse, de proposition et d'action (au plus près des quartiers et des habitants en difficulté) et des dispositifs où devraient être mieux valorisés les résultats des recherches en cours.

---

<sup>44</sup> Evans RG, Stoddart GL. *Producing health, consuming health care. Soc Sci Med* 1990; 31: 1347-1363.

## Territoires urbains, santé et précarité

Les questions de santé sont fortement à corrélérer avec les paramètres sociaux. Pour autant, notre connaissance sur ces sujets est encore balbutiante. D'ailleurs, le Haut Comité en Santé Publique<sup>45</sup> (HCSP) recommande que soit renforcé l'effort de recensement et de suivi de ces inégalités. Certains systèmes de surveillance existants, comme celui des maladies professionnelles ou des maladies à déclaration obligatoire, ne permettent pas d'appréhender directement ces inégalités sociales. Les efforts de recherche doivent être approfondis dans le domaine des déterminants sociaux de la santé et du recours à la prévention et aux soins ; il s'agit en effet de comprendre, au-delà des professions et catégories sociales et des ressources financières des personnes, ce qui détermine les situations sanitaires, les comportements de santé et les différents modes de recours aux soins.

Aujourd'hui, du point du HCSP, nous sommes en France confrontés à une situation paradoxale, le contexte français repose alors sur des indicateurs plutôt favorables<sup>46</sup>, des évolutions positives, et un effort financier important.

<sup>45</sup> Créé par décret du 3 décembre 1991, le Haut Comité de la santé publique (HCSP) est placé auprès du ministre chargé de la Santé. Il a pour mission générale d'apporter des éléments d'aide à la décision en vue d'améliorer la santé publique. Comment remplit-il cette mission ?

> Il développe l'observation de l'état de santé de la population et contribue à la définition des objectifs de la politique de santé. Il établit à cet effet un rapport triennal La santé en France comportant des indicateurs régulièrement suivis ainsi que des analyses prospectives et globales sur des problèmes de santé publique.

> Il établit chaque année un rapport destiné à la Conférence nationale de santé et au Parlement dans le cadre de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

> Saisi par le ministre sur des problèmes spécifiques de santé publique ou d'organisation des soins, il élabore des rapports et formule des recommandations qui participent à l'élaboration de mesures législatives et réglementaires.

> Il publie une revue trimestrielle, adsp (Actualité et dossier en santé publique), qui propose un dossier thématique et des repères juridiques, économiques, épidémiologiques, politiques et institutionnels.

In <http://hcsp.ensp.fr>

<sup>46</sup> - 4° position pour l'espérance de vie à la naissance,  
 - 1° position pour l'espérance de vie à 65 ans,  
 - faible mortalité entre 0-15 ans,  
 - une mortalité infantile qui a diminué de moitié en 7 ans

Pour autant, des situations inquiétantes sont relevées :

- une mortalité prématurée élevée (décès survenu avant 65 ans) ;
- des inégalités de santé marquées entre les sexes, catégories sociales et régions ; par exemple, on constate :

> 6 ans de différence d'espérance de vie entre ouvriers et cadres, l'espérance de vie à 35 ans pour un cadre est supérieure de 6,5 ans par rapport à un ouvrier ;

> sur une population de 100 000 ouvriers de 25 à 54 ans, sur 366 décès annuels, 240 d'entre eux, soit 65,6 % auraient pu être évités si ces derniers avaient les conditions de vie des cadres.

En matière d'inégalité spatiale, le HCSP<sup>47</sup> illustre également ce phénomène :

*« L'espace national français est un des plus hétérogènes d'Europe, tant par ses traits physiques, humains, sociaux que culturels. Cela se traduit également au niveau sanitaire. La géographie de la santé en est le révélateur, couplant la notion de population à risque à celle de zones à risque et de profil épidémiologique de population à celle de profil épidémiologique d'espace ».*

Les inégalités sociales et spatiales sont, en France, plus importantes que dans la plupart des pays européens. Loin de se réduire, ces inégalités ont persisté ou se sont aggravées au cours des deux dernières décennies. Les performances du système de santé ont longtemps occulté cette constatation dans l'opinion publique, mais aussi chez les professionnels de santé, les décideurs et les chercheurs. De fait, la réduction de ces inégalités n'a pas été une priorité des politiques de santé, malgré les efforts consentis pour financer le système. A titre d'exemple, malgré les efforts importants déployés en matière de soins périnataux, les inégalités de santé existent dès la naissance. Le risque de prématurité et de faible poids de naissance est fortement lié au niveau d'étude de la mère ou à la catégorie socioprofessionnelle du ménage.

En effet, la pauvreté n'est pas répartie de façon homogène sur le territoire. La proportion de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté varie de 1 à 7, d'une région à l'autre. Elle est très forte dans un « *croissant nord* » allant de la Seine Maritime aux Ardennes et dans un « *un croissant sud* », le long du pourtour méditerranéen, ainsi que sur une diagonale reliant la Charente aux Ardennes. S'il n'y a pas de « *cause ou d'explication unique* » à la pauvreté, quatre mécanismes généraux expliquent les relations entre territoire et pauvreté : le niveau de développement économique, premier facteur à l'œuvre, les formes de ce développement (par exemple la présence d'un tissu dense de petites et moyennes entreprises contribue à réduire la pauvreté), les moteurs du développement local et enfin la mobilité résidentielle

<sup>47</sup> In <http://hcspp.ensp.fr/hcsppi/docspdf/>

des ménages. Les ménages vivant sous le seuil de pauvreté ne se répartissent pas non plus selon les différents types d'unités urbaines dans les mêmes proportions que les autres ménages. Ils habitent plus souvent dans des communes rurales et dans les unités urbaines de plus de 200 000 habitants. La proportion de ménages vivant sous le seuil de pauvreté est de 21 % dans les zones urbaines sensibles (ZUS) soit près du double du taux de pauvreté moyen. Elle est encore plus élevée dans les ZUS des unités urbaines de plus de 200 000 habitants (27 %).

En conséquence, notons qu'aujourd'hui, toute action publique devrait reposer sur l'idée que les inégalités socio-spatiales de santé, loin d'être une fatalité dont on peut s'accommoder, peuvent être corrigées en mobilisant autrement les ressources publiques. C'est ainsi que **le Haut Comité de la santé publique recommande aux pouvoirs publics de faire de la lutte contre les inégalités de santé une priorité non seulement des politiques de santé mais aussi, plus largement, des politiques publiques dans leur ensemble.**

En France, la conviction, socialement très largement partagée, est que le système de soins constitue le principal déterminant de santé. Il est donc normal que la population, les élus ou les professionnels aient vu dans le développement de l'offre de soins et dans la suppression des obstacles à l'accès aux soins la stratégie majeure pour améliorer l'état de santé. Lorsqu'on est malade, par exemple atteint d'un diabète de type II, il est très important d'être bien soigné sans différence sociale ou géographique. Mais chacun comprendra qu'il est encore plus intéressant d'éviter de devenir diabétique grâce à une meilleure maîtrise de certains facteurs de risque. Ces stratégies en amont des soins sont encore trop peu développées en France, ce qui explique sans doute en partie les résultats médiocres en terme de mortalité prématurée (avant 65 ans). En effet, les possibilités de soins pour lutter contre les causes à l'origine de cette mortalité (cancer du poumon ou des voies aérodigestives supérieures, cirrhose du foie, accident de la circulation, suicide, infarctus, sida...) sont souvent limitées et pas toujours suffisantes pour restaurer les conditions de santé. **La politique de santé en France a longtemps été une politique de promotion de l'accès aux soins plutôt qu'une politique de promotion de la santé.** Il est donc assez logique que les meilleurs résultats aient été obtenus pour les pathologies qui répondent le mieux aux soins (par exemple les maladies cardio-vasculaires) et les moins bons pour les problèmes de santé où les possibilités thérapeutiques sont moindres (cirrhose du foie, cancer du poumon, des voies aéro-digestives supérieures).

C'est de ce décalage entre les déterminants de santé et l'effort essentiellement axé sur les soins que résultent sans doute en partie les fortes inégalités de santé observées en France, ainsi que le niveau élevé de la mortalité prématurée. Parallèlement, les modalités de financement sont toujours dominées par la règle de l'annualité bud-

gétaire répondant à une logique comptable. Or, aujourd'hui, les problèmes de santé sont dominés par les maladies chroniques qui impliquent une gestion du risque sur le long terme, fondée sur des programmes dont le financement doit être défini dans un cadre pluriannuel.

Ce paradoxe trouve donc ses racines, selon les différents observateurs, dans un modèle qui a longtemps privilégié la question de l'offre de soins.

## Une géographie de la santé qui militerait pour une analyse fine de l'environnement social

Sur l'ensemble des principaux déterminants, tant ceux liés aux pratiques et comportements individuels, que ceux liés aux situations auxquelles sont exposées les populations concernées par les Ateliers Santé Ville, force est de constater l'accumulation des problématiques qui pèsent lourdement sur l'état sanitaire et social des habitants. Cette situation milite nécessairement pour une approche singulière, voire discriminante à l'attention de ces territoires et des populations résidentes.

La dimension territoriale est par nature présente dans le système français de santé, car celui-ci se fonde en partie sur une conception tutélaire - et non pas exclusivement libérale - de la santé considérée comme un « produit » ou un « service » ; en particulier, au cours des années 1970 où le système se reconstruit autour de l'hôpital, le territoire devient la variable primordiale de la recherche d'efficacité, notamment par le biais de la planification sanitaire.

A partir d'une analyse des besoins de soins de la population et de leur traduction en terme de répartition d'équipements médicaux et de capacité d'accueil hospitalier à l'échelle des régions sanitaires ; cette planification cherche à corriger les inégalités d'accès aux soins constatées sur le territoire. Le thème de l'inégalité devient dès lors, au cours de ces trente dernières années, une question clé de la problématique du système de santé français. En effet, la réduction des inégalités territoriales génère-t-elle de l'équité sociale ? Cette interrogation ne trouvera un début de réponse positive qu'à partir des années 1990, grâce à des mutations dans le mode de soigner qui impliquent une prise en charge de plus en plus globale du patient ; celle-ci se décline de deux manières concomitantes. D'une part, une logique de filières de soins (qui intègre l'ensemble des prestataires liés à la pathologie en cause) est substituée à une médecine fragmentée ;

d'autre part, la notion de santé est élargie, elle prend désormais en compte des problèmes sociaux en se fondant sur une dimension de bien-être qui jusqu'alors était étrangère à une médecine à dominante curative.

Au cours de ces dernières années, sous l'impulsion d'une redéfinition de la planification sanitaire qui passe par l'instauration des Schémas régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) sont ajoutés des critères qualitatifs aux anciens indicateurs quantitatifs de la carte sanitaire. En intégrant, de plus, les différents jeux d'acteurs institutionnels - comme par exemple les établissements hospitaliers, les collectivités territoriales -, selon leurs propres échelles d'appartenance - du territoire national à l'aire d'influence d'un établissement de soins -, à travers par exemple les projets d'établissements, les SROS favorisent la prise en charge des besoins de santé dans leur réalité territoriale, en les inscrivant dans leurs Programmes régionaux de santé (PRS). Ces dispositifs se construisent ainsi dans le cadre de nouvelles formes de gouvernance de la santé<sup>48</sup>.

Pour autant, malgré les efforts des planificateurs, les caractéristiques des lieux d'habitation ne sont pas neutres en matière de santé et constituent ainsi d'importants déterminants. La géographie de la santé, qui constitue une clé de lecture qu'il convient de mobiliser, nous met en garde contre tout rapide déterminisme. **Force est de constater que l'approche territoriale doit être beaucoup plus ambitieuse que la simple organisation de la réponse visant à favoriser l'accès aux soins pour tous.** Les inégalités sociales et spatiales se conjuguent et les territoires ne sont pas égaux entre eux. Ces inégalités spatiales sont aujourd'hui mieux objectivées. Sur la question de la santé urbaine, il est souvent plus facile de comparer des villes entre elles que d'effectuer des comparaisons intra-urbaines. D'autre part, il est reconnu que l'état de santé est meilleur pour les populations des grandes villes que celles résidentes dans les plus petites d'entre elles, il est également plus satisfaisant dans les petites villes que dans les milieux ruraux. **Mais ce sont au sein des villes et des grandes villes que se cachent d'importantes inégalités en fonction des quartiers et à ce titre, l'indicateur de santé moyen d'une ville reste peu significatif.**

Ce sont essentiellement les inégalités sociales qui génèrent des inégalités de santé. A cet effet, et pour exemple, les disparités entre zones urbaines et zones rurales ne renvoient pas uniquement à des modes de vie différents entre citadins et ruraux mais aussi à des profils sociaux différents<sup>49</sup>. En conséquence, le couple « *population à risques* » et « *zones à risques* » est à repenser. Les deux dimensions s'auto entretiennent. Ainsi, il existe un fort lien entre les inégalités socio-

<sup>48</sup> Stéphane RICAN, Gérard SALEM, Eric JOUGLA, *Villes et santé respiratoire en France. Urban areas and respiratory diseases in France*

<sup>49</sup> HCSP, *bilan de santé 2002*

spatiales et les inégalités scolaires, et paradoxalement, il existe peu d'études empiriques en France sur cette question. L'articulation de la politique de sectorisation scolaire et de politique sanitaire reste à effectuer. Il manque de plus des études infra municipales sur ces sujets.

Cependant, si cette connaissance est utile pour construire des stratégies d'actions les plus adaptées, les investigations à conduire ne doivent pas faire fi des habitants et penser ainsi à leur place. C'est ainsi que la santé peut alors devenir un levier de reconstruction du lien social. D'ailleurs, ce sont sur les problématiques de santé prises dans leur acceptation la plus large - mal être, souffrance - que les populations attendent un accompagnement, une prise en charge.

Si pendant longtemps, le système de santé français a consacré l'essentiel de ses ressources aux activités de soins, de nouvelles orientations, encore timides, témoignent d'une prise de conscience visant à faire de la prévention un objet important des politiques de santé, notamment grâce aux avancées portées par les collectivités locales.

Le rapport de l'Inspection Générale<sup>50</sup> des Affaires Sociales souligne les enjeux d'une approche globale à la fois curative et préventive. La loi relative à la politique de santé publique<sup>51</sup> vise à donner corps à cette nécessité. En effet, l'état de santé d'une population dépend certes, des comportements individuels liés à l'hygiène de vie (nutrition, sédentarité) et à la prise de risques, mais également à des éléments de contexte pouvant influencer sur ces comportements ou ces risques.

## La politique de la ville, une approche déterminante de l'action publique

Avant de mettre en perspective la politique de la ville et son construit historique, il convient de réaffirmer un des fondements permanents et récurrents de cette dernière qui vise à corriger les écarts territoriaux liés à la précarité. Cette volonté politique affichée de longue date rencontre pour autant une difficulté première dans l'objectivation des écarts entre les conditions de vie des habitants des villes et celles des habitants des Zones Urbaines Sensibles.

En effet, la loi du 1er août 2003 dans son annexe 1 ne définit pas explicitement d'indicateurs relatifs au revenu des habitants mais elle précise :

<sup>50</sup> 1. Igas, *Rapport annuel 2003 : « Santé, pour une politique de prévention durable »*, Paris, La Documentation française, 2003.

<sup>51</sup> *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*

« Un ou plusieurs indicateurs globaux permettent d'évaluer la situation socio-économique globale des zones urbaines sensibles ainsi que des zones urbaines dans leur ensemble. »

Le niveau des revenus perçus par les habitants des ZUS comparé à celui des habitants des agglomérations correspondantes constitue un des indicateurs les plus synthétiques pour mesurer l'écart des conditions de vie entre ces quartiers et leur ville, à ce titre cet indicateur doit faire l'objet d'un suivi périodique dans les rapports de l'Observatoire National des Zones Sensibles (ONZUS).

### Revenu fiscal moyen par ménage et par unité de consommation en 2001

	Nombre de ménages fiscaux en 2001	Part des ménages fiscaux non imposés (en %)	Revenu fiscal moyen par ménage (en %)	Revenu fiscal moyen par unité de consommation (en %)
<b>ZUS*</b> (548 traitées)	1 435 988	57	19 005	10 540
<b>Unités urbaines ayant une ZUS (200 UU)</b>	13 036 644	37	29 527	18 135
<b>France métropolitaine</b>	23 336 863	40	28 433	17 184

\*Source : revenus fiscaux des ménages – année 2001 – Insee-DGI.

Le « comment agir » sur de telles disparités essentielles dans les conditions de vie des habitants constitue la problématique essentielle de la politique de la ville. Dans ce contexte, les Ateliers Santé Ville apportent leur contribution à la réduction des écarts en terme d'accès aux soins et visent à entreprendre des actions pour agir sur les déterminants de santé. Le rapport 2004 de l'ONZUS fait état des nombreuses inégalités sociales face à la santé, reflets d'autres disparités. Mais là aussi comme le soulignent les rédacteurs force est de constater que la mesure de l'appréciation des écarts ne permet pas de construire une observation fine des réalités pour les habitants des ZUS. La Préfète Bernadette Malgorn, Présidente du Conseil d'orientation de l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles (ONZUS) l'indiquait dans la préface 2004 du rapport : « l'observatoire devra s'attacher à permettre l'adaptation aux zones urbaines sensibles des systèmes d'observation, tout particulièrement dans le domaine de l'éducation et de la santé ».

Ainsi la politique de la ville s'est tout particulièrement attachée à réduire ces inégalités fragilisant le lien social sur les territoires. Elle se préoccupe encore plus aujourd'hui de mieux identifier les écarts entre les différents territoires de la ville : le nouvel observatoire est ainsi missionné pour rendre compte de ces écarts et mesurer les progrès induits par une action volontariste conduite dans le cadre de la politique de la ville. Il s'agit d'avoir une meilleure connaissance des

territoires en difficulté, en disposant de données plus riches pour établir un plus grand nombre d'indicateurs : emploi, développement économique, formation scolaire, accès au système de santé, sécurité, etc... L'objectif est non seulement d'améliorer la visibilité sur ces territoires mais aussi de mieux en mesurer l'évolution et, par-là même, évaluer les effets des moyens mis en œuvre.

De même, qualifiée par la Cour des comptes de « *terrain d'expérimentation de la réforme de l'Etat* », la politique de la ville a également eu un impact sur la modernisation des procédures d'action publique. C'est en effet dans ce cadre que s'est effectuée la « *territorialisation de l'action de l'Etat* »<sup>52</sup>.

Initiée au début des années 1980, la politique de la ville, alors centrée sur les quartiers, au risque de les stigmatiser, s'est progressivement élargie à des villes entières, préfigurant de nouvelles modalités de coopération entre l'Etat et les Collectivités Locales, en perspective notamment des lois de décentralisation. Progressivement, au cours des plans successifs, la politique de la ville se précise, à travers la création de divers instruments destinés à territorialiser les politiques de lutte contre les exclusions et développer la contractualisation. Ainsi, le IXème Plan institue la forme historique de la politique de la ville, le Développement Social des Quartiers - D.S.Q.-.

Dès 1988, avec la création de la délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, la volonté de traiter désormais le quartier par une politique plus large, à l'échelle de la ville, voire de l'agglomération est ainsi affirmée.

C'est lors des travaux préparatoires du XIème Plan (1994 - 1998) qu'un nouveau cadre relatif à la politique de la ville est proposé - le contrat de ville - comme instrument contractuel unique de la politique de la ville.

Le contrat de ville peut être défini comme un « *engagement pluriannuel entre l'Etat et une collectivité locale décidant de mettre en œuvre conjointement une action de développement social urbain à l'échelle de l'agglomération ou de la commune destinée au traitement prioritaire des quartiers les plus difficiles* »<sup>53</sup>.

Il s'agit d'un document contractuel définissant un projet de ville élaboré par les élus communaux intégrant les objectifs poursuivis par l'Etat. Le contrat de ville a ainsi vocation à porter une vision globale sur la ville en coordonnant les actions portant sur les différents quartiers, sans stigmatiser ces derniers.

<sup>52</sup> Sénat 15 juin 2005, *Rapport d'information, fait au nom de la commission des Affaires économiques et du Plan sur l'avenir des contrats de ville*, Par M. Pierre ANDRÉ, Sénateur.

<sup>53</sup> "Les Contrats de Ville -dossier ressources"  
Délégation Interministérielle à la Ville - mai 1993

Le concept de base du contrat de ville est la participation des habitants.

Plusieurs principes structurent en effet ce dernier :

- > le contrat de ville a pour objectif la réintégration des habitants des quartiers dans la vie de la cité ;
- > il a pour ambition de recréer une solidarité entre les habitants de l'ensemble de la cité. Les habitants des quartiers défavorisés doivent se sentir « liés » à la ville. Les habitants des autres quartiers doivent comprendre que le malaise de l'une des composantes de la ville rétroagit sur l'ensemble de la ville ;
- > Il encourage les habitants à prendre une part active aux actions entreprises et devenir de fait acteurs du contrat.

**La loi relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville du 14 novembre 1996** a été à l'origine de la création des zones urbaines sensibles (ZUS) et des zones franches urbaines (ZFU). Les ZUS deviennent ainsi le territoire de référence de la politique de la ville.

**La circulaire du 31 décembre 1998** réaffirme l'enjeu de positionner le contrat de ville comme la dynamique privilégiée de la relation entre l'Etat et les villes en matière de lutte contre les exclusions. Sa durée est fixée à sept ans, coïncidant ainsi avec les contrats de plan Etat-Région ; leur périmètre s'élargit à l'intercommunalité, et engagent dans la contractualisation, un nombre croissant d'acteurs, sur des thématiques de plus en plus larges. Dans cette lignée, la loi du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire fait du contrat de ville le « volet de cohésion sociale et territoriale » des contrats d'agglomération.

Le bilan des contrats de ville 2000-2006 fait apparaître des apports incontestables, notamment la capacité à mobiliser l'ensemble des acteurs sur les quartiers en difficulté, le rôle joué par les associations auprès des populations et l'adaptation des politiques publiques à la spécificité des territoires : il donne notamment un cadre favorable à l'émergence d'expériences innovantes telles que les Ateliers Santé Ville. Il met également en valeur un certain nombre de points susceptibles d'améliorations, qui indiquent la nécessité de simplifier et de clarifier la prochaine contractualisation.

**La loi n° 2003-710 du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine** ne se réfère pas aux dispositions législatives antérieures de la politique de la ville, et marque un retour à la géographie définie par le Pacte de relance de 1996 en réaffirmant les ZUS et les ZFU.

Avec les nouveaux CUCS, de nouvelles exigences sont formulées :

- > **un projet urbain de cohésion sociale**, visant, en référence à la loi du 1<sup>er</sup> août 2003 d'orientation et de programmation pour

la ville et la rénovation urbaine (annexe 1) à l'amélioration de la vie quotidienne et la promotion de l'égalité des chances des habitants et la meilleure intégration de ces quartiers dans la ville et l'agglomération ;

> **des programmes d'actions pluriannuels** engageant, sur des objectifs précis **chacun des partenaires**, tant dans le cadre des politiques de droit commun que des moyens spécifiques dédiés à ces quartiers ;

> **les modalités de mise en œuvre**, d'évaluation, de suivi et d'adaptation du projet urbain de cohésion sociale et des programmes d'action.

Ce contrat prendra en compte tant les politiques structurelles développées à l'échelle communale ou intercommunale influant sur la situation des quartiers (emploi, développement économique, transport, habitat et peuplement, politique éducative et culturelle, santé, insertion sociale) que les actions conduites au sein même de ces quartiers pour améliorer le cadre de vie ou la situation individuelle des habitants. Il intégrera et mettra en cohérence l'ensemble des dispositifs existants sur le territoire concerné et concourant aux objectifs prioritaires fixés.

Les contrats urbains de cohésion sociale portent sur une géographie clairement identifiée où les difficultés se concentrent, même si les parties prenantes à la négociation relèvent de l'échelle communale ou intercommunale. C'est donc bien un contrat global et cohérent qui est proposé, intégrant de fait la priorisation des actions sur des territoires où sont concentrées ces difficultés dans le cadre d'une politique plus globale. La santé constitue l'un des axes prioritaires retenus pour la contractualisation par le CIV du 9 mars 2006.

Notons par ailleurs, la création de **l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances** qui est un établissement public national à caractère administratif créé par **la loi pour l'égalité des chances du 31 mars 2006**. Cette agence nationale contribue à des actions en faveur des personnes rencontrant des difficultés d'insertion sociale ou professionnelle.

La tutelle de l'Etat sur l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances est exercée conjointement par le ministre chargé de la cohésion sociale pour ce qui concerne la politique de la ville, l'intégration, la lutte contre les discriminations, le service civil volontaire et l'illettrisme et par le ministre chargé de la promotion de l'égalité des chances pour ce qui concerne la prise en compte et le renforcement de l'égalité des chances dans ces domaines. Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu avec l'Etat pour la mise en œuvre de ses missions.

#### **Ses missions**

L'agence met en œuvre, d'une part, sur le territoire national, des actions visant à l'intégration des populations immigrées et issues de

l'immigration résidant en France. Elle concourt à la lutte contre les discriminations. Elle contribue également à la lutte contre l'illettrisme et à la mise en œuvre du service civil volontaire.

Elle participe, d'autre part, aux opérations en faveur des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Dans le cadre de ces actions, elle promeut l'accessibilité au savoir et à la culture. En outre, dans ses interventions, l'agence prend en compte les spécificités des départements d'outre-mer.

#### **Ses modes d'action**

L'agence mène directement des actions ou accorde des concours financiers, après optimisation des crédits de droit commun, notamment dans le cadre d'engagements pluriannuels, aux collectivités territoriales, aux établissements publics de coopération intercommunale compétents et aux organismes publics ou privés, notamment les associations, qui conduisent des opérations concourant à ces objectifs. Elle veille à une mise en œuvre équitable de ces crédits sur l'ensemble du territoire national.

Elle participe, par la conclusion de conventions pluriannuelles, au financement des contrats passés entre les collectivités territoriales et l'État pour la mise en œuvre d'actions en faveur des quartiers prioritaires de la politique de la ville.

#### **Son organisation**

L'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances est administrée par un conseil d'administration et un directeur général nommé par l'État. Le conseil d'administration est composé pour moitié de représentants de l'État et pour moitié de représentants des organisations syndicales d'employeurs et de salariés représentatives au plan national, de représentants du Parlement, de représentants des communes et de leurs établissements publics de coopération intercommunale compétents, des départements, des régions, des caisses nationales de sécurité sociale, des organismes régis par le code de la mutualité, des associations et des chambres consulaires ainsi que de personnalités qualifiées. Le président du conseil d'administration est désigné par l'État parmi ces dernières.

Le représentant de l'État dans le département est le délégué de l'agence. Il signe les conventions passées pour son compte et concourt à leur mise en œuvre, à leur évaluation et à leur suivi.

## **La territorialisation en question**

Les territoires de santé pourraient se considérer comme étant assiégés sous un double feu, entre d'une part, des objectifs de santé publique définis au niveau national et une stratégie ainsi qu'un mode d'organisation des différentes réponses construites au niveau régional : quelle place alors prendre ? De fait, les travaux actuellement conduits tant

dans le cadre du SROS 3<sup>ème</sup> génération que ceux nouvellement initiés dans le cadre du PRSP devraient permettre l'élaboration conjointe de projets locaux de santé qui incluent la question de l'accès aux soins (médecine de premier niveau, plateau technique hospitalier), la promotion de la santé (éducation à la santé, dépistage) et l'articulation entre l'offre de soins, la promotion de la santé et les institutions sociales et médico-sociales (CHRS, etc...). L'enjeu est bien la constitution des réseaux locaux de santé. Le projet de santé territorial doit alors s'élaborer à partir d'un partenariat associant les élus locaux, les représentants de la population, les professionnels du secteur sanitaire et social, les institutions et services sanitaires et sociaux implantés au sein du territoire concerné.

La constitution de réseaux au niveau des territoires pose la question de leur animation. Qui est alors légitime, si chacun s'accorde sur la nécessité d'un partenariat : qui pilote ? Pour les ARH, l'hôpital peut jouer ce rôle de fédérateur, il est avant tout doté d'une légitimité technique, il est au cœur d'un territoire et son conseil d'administration, véritable espace public, est de nature à mobiliser les partenaires utiles, à condition que ces derniers se mobilisent au-delà des limites de leur projet d'établissement pour définir un projet de territoire de santé. Ainsi, l'avenir de l'hôpital ne se lirait plus exclusivement aux nombres d'IRM, de scanner et de plateaux techniques mais bien plus dans la volonté de fédérer les énergies. La nécessité pour les hospitaliers de travailler à la permanence des soins peut conduire au renforcement d'une approche santé publique portée par l'hôpital. Le territoire doit donc se doter de cette mobilisation institutionnelle. L'hôpital peut y jouer un rôle central et aider ainsi les acteurs à se retrouver autour d'un projet local de santé fédérant l'ensemble des énergies sanitaires et sociales dans le cadre d'un projet lui-même plus vaste défini au niveau régional. Cependant, le territoire, et notamment sur les zones fragilisées, doit se doter d'une autre dynamique. Deux mouvements semblent nécessaires à conjuguer au niveau des territoires :

- > Un premier niveau : les Ateliers Santé Ville, lieu de proximité immédiate. C'est à ce niveau qu'il est envisageable de fédérer les acteurs d'un quartier en proximité. Il s'agit d'une démarche citoyenne, où il est possible d'identifier les problématiques et apporter ainsi des solutions de proximité.
- > Un second niveau : il s'agit plutôt d'une mobilisation de type institutionnel. Elle a en charge l'élaboration d'un plan local de santé : les institutions sanitaires et sociales se fédèrent sous le pilotage d'une politique régionale de santé.

Encore faut-il intégrer dans ces recompositions, les incidences du contexte législatif en matière de décentralisation. Comment tisser une approche transversale sur les territoires où les problématiques de santé et d'offre de soins s'articulent avec les politiques de lutte contre

les exclusions, et où les transferts de compétence actuels positionnent les uns et les autres sur des responsabilités parcellaires. Un nouveau positionnement s'offre alors aux DDASS, à condition que ces dernières se dotent à la fois d'une approche territoriale et d'une culture plus axée santé publique. Pour cela, une nouvelle articulation est à trouver entre DRASS et DDASS pour animer les PRSP. A charge pour les DDASS de s'appuyer sur les réseaux des Ateliers Santé Ville, quand ces derniers existent, afin de faciliter l'articulation entre les acteurs.

## Les politiques publiques et les collectivités locales

Soucieux d'apporter des réponses de proximité aux problèmes de santé des habitants (notamment à ceux qui sont en situation de précarité), les élus s'impliquent davantage, depuis plusieurs années, en faveur de politiques communales ou intercommunales de prévention et de santé. A l'origine de l'investissement communal, on retrouve leurs engagements dans le cadre de centres de soin. En effet dès la libération, nombre de communes se sont engagées à créer des dispensaires municipaux. Si aujourd'hui, ces derniers subsistent sous la forme de Centres Médicaux de Santé, la particularité de la contribution communale s'appuie sur d'autres ressorts complémentaires : prévention, éducation à la santé, pratiques communautaires représentent autant d'expériences confortant la valeur ajoutée de l'échelon communal dans le cadre des politiques de santé publique. On peut ainsi parler de santé publique locale.

D'entrée de jeu, nous sommes sur un paradoxe de taille. Alors même que les collectivités locales n'ont pas la compétence « *santé* », elles investissent pourtant cette question, au détriment de facto des budgets afférents à leurs compétences obligatoires.

L'implication d'une ville dans le cadre d'une politique de santé publique ne va pas de soi, en droit. Les communes ont pour seules compétences sur ce champ - partagée avec le Conseil Général - l'hygiène et les vaccinations. Toute action supplémentaire peut donner l'impression à un conseil municipal de s'investir pour combler une carence provenant d'un autre acteur : conseil général, et notamment Etat...

Si les élus des communes sont chargés d'assurer le bien être de la population, de favoriser l'accès aux biens et aux services pour tous, de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales et de lutter contre toutes les exclusions, le champ de la santé peut difficilement être absent de ces dimensions. D'ailleurs les administrés en ont largement conscience, une demande de plus en plus forte de prise en

compte des souffrances de toutes sortes s'exprime auprès des élus. Ces derniers sont légitimés comme interlocuteurs de ces problématiques.

*« A partir de notre mission de représentants et de protecteurs de nos concitoyens, pris individuellement et collectivement, nous nous sommes beaucoup interrogés sur cette responsabilité et sur les moyens d'y faire face pour assurer à chacun les conditions du bien être et à tous assez de sécurité, de confiance, voire d'espoir pour que soient garanties la cohésion et la paix sociales. Comment, dans le même temps, faire sens collectif, protéger les libertés individuelles et faire grandir la démocratie. A l'occasion d'une première interrogation sur les arrêtés provisoires d'Hospitalisation d'Office que nous signons dans l'urgence, souvent à la demande de la police, dans une confiance aveugle faite au certificat médical, nous avons constaté la très grande disparité de nos pratiques, l'incompétence voire l'inconscience qui accompagnait cette prise pourtant majeure de responsabilité à l'égard d'un individu ainsi privé de liberté, sans même savoir si le but était la protection de l'Ordre Public, celle d'un citoyen en danger ou l'ouverture d'un processus thérapeutique »<sup>54</sup>*

Afin d'éviter ces situations où les marges de manœuvre sont ténues pour les élus confrontés à ces situations d'urgence, le pouvoir de convocation du Maire est alors proposé.

Quelles peuvent être les attitudes des élus face aux problématiques de santé publique qui s'imposent à lui :

Trois dimensions ont permis de caractériser les ressources dont disposent les élus locaux en la matière :

- > celle qui sollicite leur capacité et leur compétence à « faire face » aux questions posées sur un registre psychologique, lorsqu'ils doivent gérer la souffrance de(s) l'autre(s) et porter cette question au sein des dispositifs publics dans lesquels ils sont engagés à ce titre, y compris au sein de l'appareil politique municipal ;
- > celle qui renvoie aux dispositifs de « santé mentale » tels que les désigne le sens commun, c'est-à-dire, ceux qui sont

<sup>54</sup> « La souffrance psychique dans l'espace publique : une question politique », séminaire de l'ORSPERE de septembre 2001 à l'Arbresle. Localisé à Lyon-Bron à l'hôpital du Vinatier, l'ORSPERE est soutenu par l'Agence d'Hospitalisation Rhône-Alpes et par la Direction de l'Action Sociale (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité). Propos tenu par Mr le Maire Adjoint à la santé de la ville de Nanterre, Laurent EL GHOZI. L'ORSPERE anime depuis 1993, un débat sur la santé mentale et l'exclusion. Cette réflexion est partie d'un double constat :

> Celui d'une difficulté à intervenir des professionnels sanitaires et sociaux qui se trouvent de plus en plus souvent face à des situations non catégorisables en l'état actuel des connaissances de la psychiatrie.

> Celui d'une souffrance des individus qui se pose dans un contexte non réductible à une problématique psychiatrique. Cette souffrance indiscutablement psychique du point de vue de la personne qui l'éprouve, peut tout autant être qualifiée de sociale par ses déterminants et le contexte indiscutable où elle apparaît. Cette situation représente un enjeu clinique qui interpelle les acteurs de la santé mentale.

destinés au traitement de la maladie mentale et de la souffrance psychosociale dans leurs multiples formes et manifestations individuelles et/ou collectives ;

> celle, enfin, qui met en lumière la dimension proprement politique des problèmes de santé mentale, soit qu'elle réfère aux déterminants de l'état de santé des populations (conditions de vie, degré de cohésion sociale, qualité des mécanismes d'intégration sociale), soit qu'elle interroge les capacités des dispositifs de gouvernance en place à considérer la problématique de manière suffisamment sensible et cohérente dans leurs programmes.<sup>55</sup>

L'Élu peut initier des actions en matière de santé qui dépassent ses compétences légales centrées sur les hospitalisations d'office (d'où l'enjeu de légitimation). Par ailleurs, l'unité et l'effectivité de la réponse locale de santé publique sont souvent mises à mal par le niveau de ressources des communes, produisant à terme une rupture d'égalité devant les services publics de santé avec les habitants des communes limitrophes.

Cependant, penser le problème des ressources communales selon une bipartition « communes pauvres/communes riches » risquerait d'occulter une certaine complexité, tout comme il paraît restrictif de parler de ressources communales uniquement en terme financiers : les ressources des communes comprennent également ses ressources professionnelles : médecine libérale, offre publique de consultations et d'hospitalisations, présence d'intervenants sociaux en milieu scolaire, etc. Les inégalités de prévention en santé mentale jouent enfin à l'intérieur d'une même ville, ce qui souligne l'utilité d'un travail cartographique usant de critères affinés d'évaluation de l'offre et de la demande de « santé mentale ».<sup>56</sup>

De fait et de droit, la légitimité du Maire repose sur sa capacité à confronter les analyses auprès de chaque intervenant, de solliciter la part d'information détenue par chacun d'entre eux, loin des peurs et des fantasmes, de communiquer auprès de ceux qui l'ont interpellé, de rassurer l'entourage, c'est à dire de contribuer à produire de la cohésion sociale au sens politique de terme : « Pour le maire, il s'agit de renoncer à la toute puissance que nous pourrions rendre tout le monde heureux, de refuser tout autant l'impuissance corrosive mais bien d'utiliser son pouvoir d'élu légitime pour mobiliser afin que personne ne soit totalement rejeté et désespéré, que l'urgence ne soit plus le seul mode d'intervention et donner ainsi sens à la démocratie représentative »<sup>57</sup>.

<sup>55</sup> De la sollicitude au politique : La place des élu(e)s locaux dans la nouvelle donne de la santé mentale, Jean Furtos, Fernando Bertolotto, Pauline Rhenter

<sup>56</sup> De la sollicitude au politique : La place des élu(e)s locaux dans la nouvelle donne de la santé mentale, Jean Furtos, Fernando Bertolotto, Pauline Rhenter

<sup>57</sup> Laurent EL GHOZI.

« L'élu dit au psychiatre :

- soignes-les, je leur trouverai un travail !

Le travailleur social dit à l'élu :

- logez-les, on pourra les insérer !

Le psychiatre dit au travailleur social :

- accompagnez-les vers nos services, vers moi qui les attends !

Et à l'élu, il dit :

- donnez-leur une vie décente que je puisse faire un travail avec eux !

Il faut arrêter, faire autrement ensemble (...) »<sup>58</sup>

Mais au-delà de cet acte d'engagement qui pose la question de la santé au cœur du débat politique, d'ailleurs comme nous y invitait à la faire la charte d'Ottawa, les communes dans le cadre des contrats de ville,<sup>59</sup> (demain dans le cadre des CUCS) sont parfaitement légitimées (et financées) pour entreprendre une action spécifique sur les problématiques soulevées ici. Ainsi, si les villes ne sont pas dotées directement de la compétence santé, elles peuvent dans le cadre de la politique de la ville, dans le contexte d'un contrat avec l'Etat, s'engager, au travers des Ateliers Santé Ville -qui représentent le volet santé du contrat de ville- à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé : « Ces derniers visent à promouvoir le développement de programmes locaux de santé en améliorant la cohérence et la pertinence des actions conduites sur un territoire. (...) Cette notion de projet territorial de santé s'inscrit désormais dans l'action de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ». <sup>60</sup>

## Les territoires de proximité

Comme nous venons de le voir, les politiques municipales permettent l'exploitation des compétences des communes et de leur inter-sectorialité pour répondre à des besoins locaux, afin d'agir sur des déterminants significatifs en santé depuis l'école jusqu'aux accidents de la vie courante. Pourtant, les municipalités considèrent encore trop souvent que la santé n'est pas de leur responsabilité et s'en réfèrent ainsi à leur compétence réglementaire. Ce d'autant plus que la santé est encore trop souvent considérée comme l'affaire des professionnels de soins. Pourtant le bien être des citoyens est au cœur de toute action

<sup>58</sup> *La souffrance psychique dans l'espace public : une question politique ? Troisième séminaire de l'ORSPERE, couvent de la Tourette, L'Arbresle, les 20. 21 et 22 septembre 2001. Propos tenu par Mr Laurent EL GHOZI.*

<sup>59</sup> *Circulaire du premier ministre du 31 décembre 1998 relative aux contrats de ville 2000 - 2006 publiée au journal officiel n°12 du 15 janvier 1999 et Circulaire DIV n° 2000-557 du 13 novembre 2000 relative à l'évaluation des contrats de ville et des politiques régionales de la ville pour la période 2000-2006 MES 2000/50 p. 1033-1036e délégué à la ville, délégation interministérielle à la ville Secrétariat d'Etat à la santé Direction Générale de la santé.*

<sup>60</sup> *Les Contrats de Ville, 2000-2006, atlas régional, les éditions de la DIV.*

municipale, et les élus locaux peuvent aussi dire que tout ce qu'ils initient contribue à la santé/bien être ; ainsi réinsertion, logement, emploi sont des leviers des déterminants essentiels de la santé qui sont au cœur des politiques locales.

De même, les politiques municipales sont à la rencontre de deux logiques : une logique « descendante » et une logique « remontante ». Pour les logiques « descendantes » : l'utilisateur est bénéficiaire d'un programme, d'une offre de soin, qu'il soit impliqué malgré lui ou qu'il y adhère. Ces politiques sont des réponses à des problèmes considérés comme prioritaires. Elles relèvent également des logiques d'ordre public. Pour les politiques « remontantes » : les habitants sont au centre. Et tout l'enjeu consiste à rendre les habitants acteurs de leur propre santé. Ces deux logiques sont complémentaires et le niveau communal permet d'articuler ces deux dimensions en les rendant cohérentes.

Le déficit d'information et de formation des élus locaux sur les spécificités des populations en situation précaire semble favoriser le développement de stratégies inadaptées qui les mettent personnellement en difficulté, et génèrent des dynamiques anti-préventives susceptibles de compliquer davantage les conditions de prise en charge des problèmes de santé mentale<sup>61</sup>.

La bonne résolution des problèmes de santé passe par une connaissance des déterminants de la santé des populations, ce qui, au niveau local, constitue souvent un obstacle du fait de la rareté des systèmes d'observation fonctionnant à l'échelle territoriale des municipalités, même si, pour ce qui réfère aux Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), la connaissance de « l'état social » des populations, fait l'objet d'une obligation légale depuis 1995. Toutefois, certaines expériences doivent être valorisées, telle la mise en place d'un ensemble de services techniques locaux spécifiquement institués pour pallier une telle méconnaissance et optimiser l'action locale.

---

<sup>61</sup> De la sollicitude au politique La place des élu(e)s locaux dans la nouvelle donne de la santé mentale. Jean Furtos , Fernando Bertolotto , Pauline Rhenter

**ILLUSTRATION >****QUEL PÉRIMÈTRE POUR LES ATELIERS SANTÉ VILLE ?****L'intercommunalité**

Un Atelier Santé Ville peut être à l'initiative de deux communes issue d'une intercommunalité plus large : l'Atelier Santé Ville de Fontaine et Saint-Martin Le Vinoux en Isère.

Lorsqu'un seul Atelier Santé Ville existe sur deux communes, ces dernières peuvent choisir de différencier les modes d'intervention :

Par exemple, les villes de Vitry-sur-Seine et d'Ivry-sur-Seine ont fait le choix de proposer dans cet Atelier Santé Ville des actions répondant à des problématiques de santé communes aux deux territoires ainsi que des actions spécifiques.

Le Grand Nancy a recentré les Ateliers Santé Ville sur des logiques communales.

Ivry-sur-Seine	Vitry sur Seine
<b>Actions communes : la jeunesse</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation et soutien des animateurs à la souffrance psychique des jeunes</li> <li>• Permanence d'écoute à la cité de l'Insurrection</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formations interprofessionnelles</li> <li>• Initiatives en direction des jeunes</li> <li>• Relais Mairie et diagnostic santé jeunes</li> </ul>
<b>Actions communes : promotion de la santé dans les foyers de travailleurs migrants</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite du travail du relais santé :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- séances d'informations</li> <li>- organisation de dépistages et vaccinations</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite du travail du relais santé :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- formation des relais</li> <li>- organisation forum</li> <li>- permanence infirmière</li> </ul> </li> </ul>
<b>Actions spécifiques</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordination par le réseau Prévention Santé</li> <li>• Les Veillées Santé : paroles d'habitants</li> <li>• Travail sur l'estime de soi avec un groupe d'habitants (projet théâtre)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention du Saturnisme infantile</li> </ul>

En effet, suite à une première évaluation, il est apparu qu'au niveau de l'Atelier Santé Ville du Grand Nancy, les dimensions « *participation des habitants* » des quartiers et « *coordination des acteurs de terrain* » restaient sous dimensionnées.

Les communes se sont alors avérées constituer l'échelon pertinent de programmation et de mise en œuvre d'une politique locale de prévention santé associant les habitants (du diagnostic à l'évaluation), il a donc été décidé de **territorialiser l'Atelier Santé Ville du Grand Nancy** avec les communes volontaires.

Une véritable dynamique a été impulsée aboutissant à ce jour à la création de plusieurs Ateliers Santé Ville de proximité, à l'échelle soit d'une commune, soit d'un quartier ZUS et pouvant concerner tant des communes ayant une ZUS que des communes sans ZUS. Des rencontres régulières sont organisées par la Communauté Urbaine entre les différentes communes aboutissant ainsi à la formalisation d'un « *réseau Ateliers Santé Ville du Grand Nancy* »

De nouveaux Ateliers Santé Ville se sont également structurés dans le cadre d'un Syndicat Intercommunal à Vocation Unique - SIVU - tel, par exemple, le SIVU Saint-Michel Jéricho (Malzeville et Saint Max) dans le Grand Nancy

#### ***Les arrondissements***

A Marseille, les Ateliers Santé Ville vont concerner plusieurs arrondissements précis : par exemple, les 13<sup>ème</sup>, 14<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup> et 16<sup>ème</sup> arrondissements qui comprennent 4 ZUS ; ils concernent près de 200 000 habitants, soit 1/4 de la population marseillaise.

7 sites prioritaires sont privilégiés, représentant 19 287 habitants ; tous relèvent d'un dispositif opérationnel de rénovation urbaine avec 4 typologies d'intervention : copropriétés dégradées, habitat spécifique aux populations tsiganes, grand ensemble en gestion publique, habitat privé diffus.

#### ***Les quartiers***

L'échelle géographique du Conseil de quartier a parfois été choisie pour faciliter le développement d'actions de santé au plus près des lieux de vie. Il débouche sur des actions concrètes, afin de répondre de façon spécifique aux besoins locaux en terme de santé. Les actions sont réalisées avec la notion de co-responsabilité des habitants. La prise en compte des dimensions existantes sur chaque territoire permet de fédérer les acteurs (professionnels et habitants) autour d'un projet commun par quartier. L'analyse fine que porte l'Atelier Santé Ville au niveau du quartier peut ainsi alimenter la réflexion au niveau d'une coordination communale.

A **Villeurbanne**, des Ateliers Santé Ville de coordination - de plusieurs Ateliers Santé Ville quartiers - ont été créés : Les Ateliers

Santé Ville de coordination permettent d'analyser la situation à partir des Ateliers Santé Ville quartier, de mutualiser les moyens et les ressources et de favoriser la coordination et le décloisonnement institutionnel sur des thématiques ou des approches populationnelles : l'accès aux soins, la santé mentale, la santé des enfants et la santé des jeunes.

À partir de constats, chaque Atelier Santé Ville de coordination se fixe des objectifs et s'appuie sur des commissions ou des groupes de travail. Ces derniers proposent de actions qui sont présentées et validées en séance plénière annuelle de l'Atelier Santé Ville.

#### ILLUSTRATION >

### VERS L'ÉMERGENCE DE PROGRAMMES LOCAUX DE SANTÉ PUBLIQUE

**L'Atelier Santé Ville devient, dans le champ de la santé publique, l'outil de programmation pluri annuelle de projets locaux de santé publique.**

A Champigny, la dynamique « *Atelier Santé Ville* » a permis de structure un programme local de santé publique (PrLSP) organisé autour des axes suivants :

- > Education pour la santé dans les Centres Municipaux de santé : hygiène bucco-dentaire dans les établissements scolaires.
- > Accès aux soins des populations précaires ;
- > Accompagnement social des patients en situation précaire dans les Centres Municipaux de Santé ;
- > Aide au sevrage tabagique chez les patients asthmatiques et dans les familles d'asthmatiques ;
- > Prévention de l'obésité-Education nutritionnelle et suivi des patients diabétique de type 2 ;
- > Bien-Être dans nos quartiers : Forums Santé ;
- > Incitation au dépistage du cancer du sein ;
- > Prise en charge des patients usagers de drogues par Traitement de Substitution Opiacé et des comorbidités associées.

La ville de Nanterre, comme d'autres Ateliers Santé Ville, distingue les actions à l'initiative de l'Atelier Santé Ville, mais également l'inscription de l'Atelier Santé Ville dans des actions conduites par d'autres.

Programmes pilotés par l'Atelier Santé Ville :

- > Santé communautaire dans le quartier Université, mise en place du plan d'actions de santé suite au diagnostic santé réalisé sur le quartier.
- > Village Santé au sein de trois fêtes de quartiers.
- > Actions de Santé auprès des résidents de deux foyers de travailleurs migrants (SONACOTRA).
- > Santé des femmes, actions de santé au sein des associations et centres sociaux accueillant des femmes en situation de précarité.
- > Fonctionnement de l'Observatoire local de la Santé.
- > Promotion de la Santé bucco-dentaire dans les écoles primaires de la ville.

Programmes auxquels l'Atelier Santé Ville participe :

- > Santé communautaire dans le quartier du Petit-Nanterre, groupe de réflexion en santé mentale.
- > Réussite éducative, mise en place de Points Ecoute au sein de 4 collèges de la ville.
- > Enquête OMS « *La santé mentale en population générale : Images et réalités* », auprès de 900 nanterriens ; en partenariat avec le CASH de Nanterre.
- > Organisation de la Semaine de la Santé à Nanterre du 13 au 18 novembre 2006.





## Politiques d'accès aux soins, à la prévention et aux dépistages

Un accès équitable aux soins de santé est un principe commun à tous les Etats européens. Ce principe d'équité n'est pas seulement éthique : les diverses institutions internationales soulignent aujourd'hui à la fois l'impact considérable de la santé sur le développement et la nécessité (et la rentabilité économique) d'investir dans ces domaines.

A la faveur d'épidémies comme le Sida ou la tuberculose, ce principe devient un impératif de santé publique : de telles épidémies ne peuvent être contrôlées si des individus ou des communautés restent exclus du système de santé et des programmes de prévention.

Ce principe et ces constatations sont les mêmes qui ont concouru, depuis 50 ans, à la construction des Etats providence européens qui nous a laissés, en héritage, des systèmes de santé et de protection sociale extrêmement diversifiés. La manière dont ils sont organisés et financés a une incidence directe sur la proportion de personnes effectivement couvertes et sur le niveau des prestations offert, c'est-à-dire finalement sur la part des dépenses de santé restant à la charge des individus.

L'Europe est dans son ensemble, la région du monde qui dépense le plus de fonds publics pour la santé et la protection sociale en général. Or, malgré ces investissements, on constate partout que - si, globalement le niveau de santé s'améliore depuis 40 ans - les inégalités sociales de santé persistent, voire même s'aggravent depuis 15 ans.

Le groupe de travail EUROPROMED a formulé les recommandations suivantes<sup>62</sup>. Ces dernières sont de nature à interpeller les pratiques des Ateliers Santé Ville .

---

<sup>62</sup> *L'Institut de l'Humanitaire bénéficiait du soutien de la Commission des Communautés Européennes, Direction Générale V (Emploi, Relations Industrielles et Affaires Sociales) pour conduire un projet de réflexion sur la "Prévention et promotion de la santé auprès des populations précaires dans les structures de soins existantes en Europe". Huit pays participaient à ce projet : Allemagne, Belgique, Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal et Suisse. Ces travaux aboutirent à des propositions et à des recommandations opérationnelles à l'intention des professionnels et des décideurs de santé visant à mieux dépister et prendre en charge les situations sociales à risque pour la santé et les pathologies associées. (1997-1998)*

**1. La prévention, la promotion de la santé et la prise en charge des populations précaires et exclues doivent être reconnues et soulignées comme autant de priorités par les politiques nationales de santé.**

Comment les Ateliers Santé Ville sont-ils en capacité de travailler auprès des populations précaires à des fins de prévention et de promotion : comment permettre à ces problématiques d'être portées par les personnes exclues ?

**2. Les actions de promotion de la santé spécifiques et l'amélioration de l'accès aux soins (curatifs et préventifs) des populations exclues et/ou précaires nécessitent l'engagement des décideurs locaux.**

Comment des politiques de santé définies et menées localement, au plus près des personnes exclues ou précaires, sont-elles les mieux à même de répondre aux besoins de santé de ces personnes et de lever les obstacles conduisant, dans la pratique, à leur exclusion des soins et des programmes de prévention ?

Comment créer les conditions pour que l'équité dans l'accès à ces programmes et à ces soins de santé constitue une responsabilité primordiale des décideurs politiques locaux, en particulier en milieu urbain où les situations de vulnérabilité et de marginalisation sont les plus fréquentes et les plus aiguës ?

**3. Les professionnels de santé, les organisations non gouvernementales, et les populations concernées doivent être associés à la définition des besoins de santé des populations exclues et/ou marginalisées.**

L'engagement des décideurs locaux et nationaux des politiques de santé nécessite, d'une part, qu'ils puissent être interpellés sur ces questions par ceux susceptibles d'être confrontés à ces inégalités (les professionnels de santé, les organisations non gouvernementales) et par les populations concernées elles-mêmes. Il nécessite aussi que les mêmes soient, ensuite, associés à la définition des priorités de santé et des politiques nécessaires pour répondre aux besoins de santé ainsi diagnostiqués. Comment les Ateliers Santé Ville peuvent-ils remplir cette mission ? Comment peuvent-ils être dans l'action, l'interpellation et dans la définition des besoins tels que exprimés par la population ?

**4. Les dispositifs de soins et les professionnels de santé doivent ménager, dans leur organisation et dans leur pratique, un souci constant d'équité dans l'accès et le soin des personnes, quelles que soient leurs situations sociales et leurs conditions de vie.**

Comment les Ateliers Santé Ville peuvent-ils objectiver la question de l'équité ? Comment créer ces indicateurs permettant d'évaluer l'équité d'accès aux soins ?

Ce souci d'accessibilité et d'équité doit se traduire par la mise en place de dispositifs spécifiques intégrés dans les structures de soins publiques comme, par exemple, la mise à disposition de médiateurs culturels et/ou d'interprètes dans les structures accueillant des personnes d'origine étrangère, la mise à disposition de relais thérapeutiques pour les toxicomanes sous substitution, etc. Comment les Ateliers Santé Ville sont-ils en capacité de répondre à ce souhait ?

Disposer de structures de soins proposant un environnement « sûr », respectueux de la déontologie médicale, non discriminant (y compris vis-à-vis des personnes dont la situation administrative ou judiciaire peut être péjorative), non stigmatisant (y compris quand il s'agit de dispositifs prenant en charge spécifiquement tel ou tel groupe de population) nécessite aussi d'améliorer la connaissance des usagers en les informant de l'intégralité de leurs droits en tant que malades. Quel est l'état des pratiques des Ateliers Santé Ville sur cette problématique ?

#### **5. Des réseaux multidisciplinaires et des partenariats intersectoriels doivent être développés et soutenus par les pouvoirs publics.**

Ces réseaux doivent associer les fournisseurs de soins de santé (médecins et paramédicaux), les autres professionnels de santé (éducateurs pour la santé, acteurs de promotion de la santé), les fournisseurs de soins sociaux (travailleurs sociaux, assistants sociaux) et tous les secteurs d'activité éventuellement concernés (l'éducation, la police, etc.). Comment les Ateliers Santé Ville créent-ils les conditions de ces formes d'association ?

Seuls de tels réseaux sont susceptibles, à la fois, de sensibiliser les différents professionnels à la complémentarité de leurs actions en direction des populations les plus vulnérables, d'améliorer l'efficacité des approches utilisées par les uns et les autres, de diminuer les occasions manquées de promotion de la santé, de soins médicaux ou de prise en charge sociale à l'occasion d'un contact avec l'un(e) ou l'autre de ces professionnels ou institutions.

De tels réseaux ne peuvent être laissés à la seule initiative locale (souvent bénévole) des organisations non gouvernementales, des institutions caritatives ou des organismes de prévoyance. Quel est l'état des pratiques de contractualisation des Ateliers Santé Ville : Etat, Conseil Général, Conseil Régional, ... ?

#### **6. L'intégration des soins curatifs et préventifs dans l'exercice quotidien des soins primaires doit être promue.**

Pour les personnes en situation d'exclusion sociale et/ou vivant dans des conditions précaires, le recours aux soins, rare et souvent tardif, doit être systématiquement l'occasion de

délivrer des informations et des soins de prévention. Cette intégration suppose de valoriser - d'une manière ou d'une autre - les pratiques de prévention en médecine de ville. Comment les Ateliers Santé Ville ont-ils permis l'accès à la prévention des publics fragilisés ?

Plus généralement, tous les services de soins de premiers recours - médecine générale, dispensaires publics ou associatifs, urgences et consultations hospitalières - doivent inclure des actions de promotion de la santé, de prévention et de dépistage en direction des populations défavorisées qui s'adressent à eux. Les Ateliers Santé Ville sont-ils en capacité d'interpeller l'offre de soin afin de lui permettre une plus grande prise en charge des problématiques de prévention auprès des publics défavorisés ?

Comment les Ateliers Santé Ville sont-ils en capacité de conjuguer la prise en compte des conditions de vie des personnes exclues et les nécessités d'ordre public induisant des nouvelles pratiques de soins ?

**7. Des programmes de santé avancés doivent être mis en place pour atteindre les individus et les communautés qui ne viennent pas spontanément dans les structures de soins existantes.**

Les personnes les plus vulnérables vis-à-vis de problèmes de santé sont souvent celles les plus réticentes à consulter dans les dispositifs existants : par exemple, les toxicomanes, les étrangers en situation irrégulière, les personnes sans domicile, les prostitué(e)s, etc. Pour toutes ces personnes, seuls des dispositifs « avancés », venant à leur rencontre, sur leurs lieux de vie, sont susceptibles de les atteindre. Comment les Ateliers Santé Ville sont-ils en capacité d'aller vers ces populations ?

**8. Les dispositifs de soins existants (y compris la médecine de ville) doivent proposer une offre de soins sociaux dans la continuité de leur offre de soins de santé, soit de façon intégrée, soit de façon coordonnée.**

Les professionnels de santé constatent que (en dehors de cas de maladies graves ou de retard à consulter se traduisant par une aggravation des situations cliniques observées), derrière la plainte somatique commune, derrière la demande de soins médicaux formulée par les personnes en situation précaire, se cache souvent une demande d'ordre social.

Cette demande doit être prise en compte dans le même temps ou, au moins, dans la continuité directe du soins de santé soit en intégrant des travailleurs sociaux dans les dispositifs de soins, soit en coordonnant de façon effective et efficace leurs activités avec les services sociaux les plus proches. Comment

les Ateliers Santé Ville sont-ils en mesure de conjuguer l'action sociale et l'action préventive en matière de soin ?

**9. Des actions spécifiques de prévention et de promotion de la santé doivent être conduites en direction des personnes en situation précaire et des différentes populations marginalisées et exclues.**

Des actions et des programmes de prévention et de promotion de la santé méritent d'être renforcées, partout et pour tous. De par leurs conditions de vie, leur situation sociale, leur niveau d'éducation ou leur culture, des groupes de population ne peuvent être atteints par des actions de promotion de la santé et de prévention que si ces actions spécifiques dans leurs médias et leurs contenus sont mises en place. Quelles actions concrètes et singulières les Ateliers Santé Ville sont-ils porteurs en matière de singularité de leur approche à l'attention des personnes fragilisées ?

**10. Les personnes en situation précaire, les groupes de population exclus, les communautés marginalisées doivent être associés à la mise en œuvre et à l'évaluation des actions de promotion de la santé qui leurs sont destinées.**

Une participation active de ces populations est un pré-requis indispensable pour la réussite de tels programmes. A partir du moment où la nécessité de programmes spécifiques de promotion de la santé apparaît, les objectifs et les outils de tels programmes ne peuvent être définis et développés « *de l'extérieur* » par les seuls professionnels de santé, aussi experts soient-ils.

Quels besoins de santé sont ressentis et quelles priorités de santé (individuelles et collectives) en découlent ; comment s'inscrivent ces priorités par rapport aux autres (concernant, pour les personnes en situation précaire, souvent des domaines non moins essentiels de la vie : habitat, alimentation, ressources financières minimum, éducation des enfants, etc.) ; à partir de là, quels messages sont recevables et à quelles conditions sont autant de questions auxquelles les personnes elles-mêmes doivent pouvoir apporter leurs réponses.

**11. Ces sujets soulignent la nécessité de diversifier le savoir médical tel qu'il est enseigné aux professionnels de santé, en particulier la formation académique initiale et la formation continue des médecins et des paramédicaux.**

La formation des professionnels de santé aux besoins de santé des personnes et des populations vulnérables et marginalisées, et plus généralement aux inégalités sociales de santé, nécessite que la formation initiale comme la formation continue ultérieure réservent une place centrale à d'autres disciplines du champ de la santé telles que la sociologie, l'économie, l'ethnologie, l'histoire, l'éthique, etc.

Comment les Ateliers Santé Ville sont-ils en capacité de constituer de nouveaux savoirs pour appréhender ces populations, tout en leur laissant une place centrale dans l'émergence de leur besoin de santé ?

**12. Le développement de ces approches de santé à destination des personnes et des populations exclues nécessite, de façon concomitante, le développement de travaux de recherche en santé sur ces situations et ces populations.**

Le développement des outils de recherche étudiant les conditions de vie et les états de santé de façon individuelle et longitudinale (l'étude des trajectoires individuelles sociales et sanitaires) devrait permettre de repérer les personnes vulnérables et les parcours sociaux à risque pour la santé, au-delà des anciennes catégorisations sociales devenues largement inopérantes, et d'améliorer l'efficacité des réponses proposées.

La nécessité de développer des recherches communautaires lorsque ces communautés existent : l'état de santé et l'accès aux soins des populations migrantes ou immigrées constituent un exemple emblématique où des questions d'accessibilité spécifiques doivent être adressées en tant que telles, sans qu'elles puissent apparaître contradictoires avec les objectifs d'intégration et les principes de non-discrimination poursuivis.

Le développement des recherches en matière d'évaluation des programmes de promotion de la santé en direction de ces personnes et de ces populations est aussi nécessaire, leur situation de marginalisation et d'exclusion constituent autant de difficultés à leur évaluation qui doivent être prises en compte dès l'initiation de ces programmes et nécessitent le développement d'approches novatrices.

Comment les Ateliers Santé Ville s'inscrivent-ils dans ces développements ?

**13. Les inégalités sociales de santé doivent constituer, en tant que telles, un objectif des divers systèmes d'information en santé nationaux. Au niveau européen, des informations standardisées et comparables doivent être disponibles en routine.**

Dans tous les pays, les systèmes d'information en santé existants (surveillance des causes de décès, surveillance des maladies professionnelles, surveillance des maladies à déclaration obligatoire, systèmes d'informations hospitaliers, etc.) devraient permettre, par l'inclusion de données sociales en plus des données de santé, de décrire la distribution et les tendances temporelles des inégalités sociales de santé (populations les plus vulnérables, écarts existants entre les personnes

les plus et les moins favorisées, etc.) et d'évaluer l'impact socio-sanitaire des programmes et des actions de prévention et de promotion de la santé mises en place.

Quelle peut-être la contribution des Ateliers Santé Ville à la veille sanitaire... et sociale ?

## La valeur ajoutée des Ateliers Santé Ville

Compte tenu de ces éléments et en toute prospective, l'attendu en terme de valeur ajoutée des Ateliers Santé Ville pourrait être illustrée au travers des axes suivants :

> L'Atelier Santé Ville a vocation à favoriser l'accessibilité aux soins et à la prévention des personnes en situation précaire (publics qui généralement échappent largement aux efforts de prévention). Il vise à faire évoluer le système de santé comme l'un des vecteurs essentiels du développement social des villes.

> Son étroite articulation avec le contrat de ville constitue un levier supplémentaire pour atteindre les publics les plus marginalisés. Pour autant, l'Atelier Santé Ville se veut un point de convergence des politiques de santé : il n'est pas un dispositif centré sur les grands précaires, mais s'adresse à l'ensemble des populations vulnérables et fragiles, ou encore les populations privées de l'accès aux droits, du fait de leur nomadisme (publics migrants, tziganes...) dans une perspective de réduction des inégalités.

> Le point d'ancrage de l'Atelier Santé Ville est le territoire, comme espace fédérateur et lieu de pertinence pour mobiliser une pluralité de ressources. L'Atelier Santé Ville est une démarche pragmatique, qui vise à partir des préoccupations spécifiques des villes, à laisser de larges marges de manœuvre en terme de méthode pour investir les problématiques de santé publique.

> L'Atelier Santé Ville n'est pas un dispositif supplémentaire : il se veut une démarche partagée, impulsée par l'Etat mais exigeant le volontarisme des villes. Ainsi, l'Atelier Santé Ville est plus un lieu d'élaboration d'un projet partagé qu'un simple catalogue d'actions.

> Grâce aux Ateliers Santé Ville, les grandes orientations et les programmes sont mieux connus, mieux articulés, mieux équilibrés qu'ils ne l'étaient auparavant. Autrefois, ces programmes n'étaient réduits qu'à des moyens de financement.

> L'Atelier Santé Ville peut constituer une forme d'interpellation à l'égard des territoires favorisant, à partir d'une problématique de santé identifiée – qui constitue une clé d'entrée privilégiée – une aide à la décision dans le cadre d'une stratégie de développement, intégrant notamment les déterminants de santé. Il est un lieu de distance permettant d'appréhender, compte tenu des spécificités des territoires, les problématiques de santé publique dans leur globalité : les Ateliers Santé Ville permettent ainsi de mettre la santé au cœur de l'habitat, du transport, du logement.... Il doit notamment permettre, dans un contexte de pénurie de main d'œuvre sur le champ de la santé, de développer l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé, en vue de favoriser leur installation.

> L'Atelier Santé Ville permet de faire émerger de nouvelles problématiques et facilite leur reconnaissance et leur intégration dans les dispositifs de droit commun. L'Atelier Santé Ville constitue donc un levier pour nourrir les priorités et les politiques régionales de santé et de prévention.

> L'Atelier Santé Ville n'est pas exclusif pour aborder les problématiques de santé publique : à cet effet, il doit être articulé aux autres dynamiques initiées sur le territoire et par les différents acteurs (par exemple, articulations entre l'Atelier Santé Ville et le Comité à l'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté, ou avec les réflexions menées par la médecine du travail sur la prévention des risques professionnels). Les Ateliers Santé Ville doivent contribuer à coordonner et rendre lisibles un ensemble de dispositifs, d'initiatives et d'actions éparses qui aujourd'hui ont du mal à s'articuler. Ils doivent également contribuer à fédérer et mettre en cohérence les multiples réseaux (handicap, grippe, bronchiolites, sida, ...) qui se sont structurés, afin notamment d'optimiser la contribution des professionnels de santé.

> L'Atelier Santé Ville se veut une démarche de décloisonnement des approches institutionnelles au service d'une approche globale de la santé. L'Atelier Santé Ville permet tout d'abord un décloisonnement intra-institutionnel : dans ce cadre, pour ne citer qu'un exemple, il permet de mettre en évidence que les problématiques de santé scolaire ne relèvent pas exclusivement du médecin, de l'infirmière ou de l'assistante sociale, mais plus globalement de la politique institutionnelle, portée notamment par l'Inspecteur de l'Éducation Nationale... L'Atelier Santé Ville permet également un décloisonnement inter-institutionnel, notamment entre les politiques des collectivités territoriales, les politiques de l'État, mais également les projets des établissements ou des associations : hôpital, personnes âgées, personnes dépendantes....

En outre, l'Atelier Santé Ville constitue pour les Institutions un espace d'opportunité pour décloisonner des crédits et faire converger les moyens, au service de la santé publique.

> L'Atelier Santé Ville contribue à l'évolution des modes de fonctionnement et d'intervention des institutions. Il est à cet effet souligné la nécessaire inscription de la contribution des institutions dans le cadre d'un processus pérenne (face à des dispositifs éphémères, le turn-over des agents, une sédimentation des missions des services induisant des surcharges de travail, des modes de financement fragiles et conjoncturels...).

> L'Atelier Santé Ville permet également de mobiliser l'ensemble des acteurs et des ressources d'un territoire (chacun en fonction de sa compétence propre) dans le cadre d'une démarche partagée de santé publique. Il doit permettre ainsi d'associer des acteurs plus difficilement mobilisables (médecine scolaire, médecine du travail, partenaires sociaux, pharmaciens, médecine de ville).

L'Atelier Santé Ville doit ainsi envisager les modalités de valorisation de l'implication des professionnels (qui sont par ailleurs fortement sollicités, dans le cadre d'une multiplicité de réseaux, et ne bénéficient pas en contrepartie de dédommagement).

Il est également un levier pour favoriser la connaissance mutuelle et développer de nouvelles formes de coopération.

Il vise donc à générer de nouvelles organisations locales au service de l'évolution du système de santé. En ce sens, l'Atelier Santé Ville permet de fédérer un collectif autour des questions de santé.

> L'Atelier Santé Ville se veut également une démarche d'ouverture, de façon à ce que cet espace ne soit pas réservé exclusivement aux professionnels. Il contribue ainsi à l'implication de l'ensemble des habitants, dans une logique de démocratie participative locale. En ce sens, l'Atelier Santé Ville doit également veiller à ce que l'implication des citoyens se traduise par une effectivité de l'action, en vue de répondre aux besoins exprimés.

> L'Atelier Santé Ville est également une méthode et une démarche favorisant, au niveau des villes et sur les territoires, la production de connaissances sur les populations, leurs problèmes et leurs besoins de santé, ceci notamment pour répondre aux exigences de résultats des politiques actuelles. L'Atelier Santé Ville permet ainsi de faire émerger de nouvelles problématiques, peu abordées par ailleurs, grâce à l'émergence de nouvelles formes d'observation liant étroitement santé, prévention et lutte contre les exclusions.

> Compte tenu de la diversité des clés d'entrées mobilisées, les Ateliers Santé Ville permettent également de favoriser l'émergence d'expertises locales sur différentes problématiques spécifiques.

> La fonction de coordination, au sein des Ateliers Santé Ville, vise à favoriser et développer l'articulation entre les dynamiques locales et les exigences supra-territoriales. La coordination peut également avoir une fonction de veille sur l'évolution des problématiques de santé sur les territoires.

## **Promotion de la santé et développement local : une formation-action pour le développement des Ateliers Santé Ville**

**Fernando Bertolotto<sup>63</sup>, Jeanine Pommier<sup>64</sup>**

Les difficultés de compréhension et de positionnement des Ateliers Santé Ville constatées sur le terrain auprès des acteurs de la politique de la ville, ainsi que celles renvoyant plus spécifiquement à la mise en place de démarches de santé publique à l'échelle locale (notamment inspirées des principes de la promotion de la santé), a mis rapidement en évidence la nécessité d'accompagner ce programme par des actions de formation continue, susceptibles d'aider les acteurs institutionnels chargés de la mise en place des Ateliers Santé Ville (les signataires des CdV soit, à minima les municipalités et l'Etat, représentés notamment par les DRASS et DDASS) à intégrer cette nouvelle démarche dans les dispositifs locaux de la politique de la ville.

Partant de ce constat, et considérant l'expérience de l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP), qui organise depuis des nombreuses années, dans le cadre de la formation continue, des sessions de formation sur le thème de la promotion de la santé et du développement local, depuis 2001 un programme de formation-action a progressivement été mis au point en partenariat avec la DIV, la DGS et ensuite la Direction Générale de l'action Sociale (DGAS), qui permis de soutenir le développement des Ateliers Santé Ville dans quatre régions de France, en poursuivant 3 objectifs stratégiques majeurs :

- > dynamiser le processus de promotion et mise en place d'Ateliers Santé Ville dans la région, en soutenant l'action des DRASS et DDASS par le biais de la formation-action ;
- > promouvoir l'adoption des principes théoriques et pratiques de la promotion de la santé dans les actions des Ateliers Santé Ville ;
- > contribuer à la dynamisation des acteurs de santé des territoires des Ateliers Santé Ville.

---

<sup>63</sup> Sociologue consultant auprès de l'Ecole nationale de la santé publique, ENSP

<sup>64</sup> Enseignante à l'Ecole nationale de la santé publique, ENSP

L'objectif de cet article est de rendre compte de cette expérience singulière, où une institution de formation telle que l'ENSP, soutient le développement de politiques publiques de santé et de lutte contre les exclusions au plus près des utilisateurs, en mettant la démarche de formation directement au service de l'action, en adoptant des stratégies pédagogiques directement inspirées des principes de la promotion de la santé.

Une stratégie pédagogique conforme aux principes de la promotion de la santé

A la différence des démarches classiques de formation, qui visent à transmettre des savoirs permettant aux individus de développer des nouvelles compétences, ce programme met prioritairement l'accent sur le développement de savoirs collectifs concourant à la promotion de la santé, à partir de la mise en valeur et en synergie des compétences des professionnels d'un territoire. Secondairement, la formation propose aussi un certain nombre de références théoriques et pratiques qui visent, d'une part, à apporter des connaissances essentielles à la compréhension des enjeux de la promotion de la santé notamment lorsqu'ils sont à décliner dans le cadre des Ateliers Santé Ville, et d'autre part, à faire émerger une conscience quant aux besoins de formation complémentaire, indispensables à la qualité des actions à développer au sein des Ateliers Santé Ville.

La formation-action se réfère, ainsi, explicitement aux principes de la promotion de la santé de la Charte d'Ottawa, c'est-à-dire qu'elle est axée sur l'intervention locale et participative, et entend développer la complémentarité des partenaires dans le cadre de dispositifs de santé publique territorialisés tels que les Ateliers Santé Ville.

La promotion de la santé est une notion très concrète qui renvoie à des valeurs et à un ensemble de mesures dynamiques susceptibles de contribuer à l'amélioration de la vie des individus et des collectivités humaines, en questionnant les représentations dominantes en la matière, tout comme la place et le rôle des institutions du champ. La mise en place de formations inspirées de cette démarche, demande de préciser les références éthiques comme les paradigmes qui sous-tendent le projet, qui auront nécessairement un impact dans la manière dont la formation peut être envisagée.

Parmi les valeurs qui sous-tendent la promotion de la santé, la primauté de la personne en constitue un principe fort (avec le respect des équilibres individuels et sociaux, la valorisation et prise en charge de la personne de manière globale, la prise en compte de l'individu dans son milieu de vie), tout comme le renforcement de l'autonomie des personnes (c'est-à-dire le développement des capacités des personnes du « *pouvoir de dire et d'agir* », avec une possibilité de participation et de négociation sur la façon dont le pouvoir est exercé,

ce qui implique d'accorder autant de valeur à ses propres connaissances et expériences professionnelles qu'à celle des personnes avec qui l'on travaille), ou encore l'acquisition et le développement des savoirs faire afin de promouvoir chez les individus les potentialités existantes (notamment par le biais de la formation).

Dans le cadre de la promotion de la santé le paradigme éducationnel « *émancipatoire* » s'impose au « *traditionnel* », afin de permettre aux personnes de construire une vision de l'avenir, établir systématiquement quels seront les savoirs, les savoir-faire et les savoir être requis des intervenants dans l'avenir, partir de l'expérience et des attentes des participants, faire collaborer les parties concernées à la rédaction des grandes lignes des enseignements, à l'élaboration des activités d'apprentissage et d'évaluation (dans les approches « *traditionnelles* » c'est principalement l'enseignant qui fait seul ce travail).

Ainsi, les principaux éléments de qualité, souhaitables dans les formations en promotion de la santé, qui ont été pris en compte dans la stratégie pédagogique de cette formation-action, sont :

- > La prise en compte des valeurs énoncées précédemment en adoptant la même attitude que celle préconisée pour l'action auprès des publics, ainsi que des publics eux mêmes ;
- > La mise en place d'un processus d'acquisition de compétences qui cible simultanément les trois registres des savoirs, savoir-être et savoir-faire ;
- > Une démarche centrée sur le sujet, qui part des attentes des personnes en formation, de leurs représentations, en les aidant à prendre conscience de leurs propres capacités ;
- > Phases de mise en situation et d'expérimentation, de recherche d'informations et d'apports de connaissances, de questionnement, d'analyse de pratiques, d'échanges avec leurs pairs... ;
- > La formation en promotion de la santé repose sur un grand nombre de disciplines et celles-ci sont intégrées dans le processus de formation en évitant la juxtaposition ;
- > Les équipes de formateurs reflètent cette pluridisciplinarité ;
- > La formation interprofessionnelle est favorisée.

Enfin, signalons que pour faciliter l'adhésion et participation de toutes les catégories d'acteurs des Ateliers Santé Ville à ces formations, les principes suivants d'organisation ont été adoptés avec les promoteurs de la formation (DIV, DGS, DGAS). La formation a évolué au fil des années grâce notamment aux expériences des régions d'Île de France et de Languedoc Roussillon qui ont permis de bâtir un cadre conceptuel et opérationnel de formation tout en permettant une grande souplesse afin de s'adapter au mieux aux demandes spécifiques des régions participantes. Il s'agit d'une formation-action qui exige un engagement important car il est souhaitable de participer à l'ensemble

de la formation qui est de 6 jours et de participer à quelques jours d'accompagnement sur le terrain.

La démarche de mise en œuvre de la formation est la suivante :

- > proposer des formations subventionnées par des crédits centraux (DIV) et décentralisés (PRAPS, politique de la ville, FNPEIS) servant à la promotion des politiques territorialisées de santé et de lutte contre les exclusions (la seule exigence à l'égard des participants étant l'engagement à participer à la totalité de la formation) ;
- > aller vers les territoires de la politique de la ville, en organisant des sessions de formation sur site, en mode « *résidentiel* », de manière à se rapprocher de l'ensemble des catégories d'acteurs engagés dans les Ateliers Santé Ville (notamment les professionnels libéraux et associatifs, qui accèdent difficilement aux actions proposées par l'ENSP à Rennes ou à Paris) ;
- > travailler avec les DRASS et les DDASS dans le montage des formations, de manière à leur permettre de (re)prendre le relais de l'animation post formation dans le cadre d'un programme de promotion et de suivi des Ateliers Santé Ville de la région ;
- > après un repérage de 3 à 4 régions prioritaires par les services centraux, un appel d'offres est fait auprès des DRASS concernées, qui devront faire état de leur souhait de mettre en place la formation ;
- > un soutien technique est assuré par les formateurs auprès des services déconcentrés pour le montage et suivi de la formation ;
- > organiser la formation en deux sessions de 3 jours, espacées de 6 à 8 mois, avec cependant un travail à réaliser dans le cadre de la formation entre les deux sessions ;
- > pour promouvoir la qualité des programmes de santé des Ateliers Santé Ville, à chaque fois que possible il est prévu d'associer un opérateur expert en santé publique de la région à la formation (CRES, laboratoire universitaire, etc), afin notamment qu'il puisse apporter une guidance méthodologique aux acteurs de terrain pendant les travaux de l'intersession, et éventuellement s'engager au delà de la formation dans les Ateliers Santé Ville de la région ;
- > un dossier documentaire réunissant un recueil de textes réglementaires en rapport avec les Ateliers Santé Ville, ainsi que des documents relatifs aux problématiques abordées, est remis à chaque participant.

## ***Des Ateliers Santé Ville à la constitution d'un observatoire sanitaire et social départemental : L'expérience de la Seine-Saint-Denis***

**Jean-Pierre Severe, DDASS 93**

Le 19 novembre 2004, le Sous Préfet à la politique de la ville et le Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de la Seine-Saint-Denis présentaient conjointement aux élus et professionnels des communes du département ainsi qu'aux divers partenaires institutionnels impliqués dans la mise en œuvre des politiques locales de santé un document intitulé « *indicateurs sanitaires et sociaux des communes de la Seine-Saint-Denis : éléments de cartographie* ».

Ce document est le résultat des travaux initiés dans le cadre des Ateliers Santé Ville. Il résulte du souhait émis par les acteurs de ces Ateliers Santé Ville de disposer d'indicateurs sanitaires et sociaux pour constituer une base de référence destinée à faciliter l'élaboration de diagnostics locaux sur la base desquels définir et mettre en œuvre des actions sociales et de santé.

La production de ce document et le prolongement qui pourrait lui être donné sous la forme de l'élaboration d'un observatoire départemental sanitaire et social traduit une dynamique partenariale riche qui a pris son essor à partir de la mise en œuvre des Ateliers Santé Ville et qui interpelle très fortement les problématiques de territorialisation des politiques en matière sociale et de santé.

Pour en tirer les premiers enseignements nous proposons d'examiner successivement l'historique de la cartographie, le contexte et la méthode qui ont présidé à son élaboration et en dernier lieu, l'état des réflexions qui ont conduit à élargir la démarche vers la notion d'un observatoire départemental sanitaire et social.

## Historique de la cartographie

L'élaboration d'un document contenant les données socio-sanitaires du département de la Seine-Saint-Denis au niveau communal s'inscrit au départ dans la démarche des Ateliers Santé Ville, dispositif qui a tout de suite trouvé un écho favorable en Seine-Saint-Denis puisque, à ce jour, 15 communes du département – sur 150 communes concernées pour la France entière – y sont engagées.

Cette démarche, initiée en 2001 dans le cadre de la politique de la ville et soutenue par la Direction Générale de la Santé, a pour finalité l'accès à la santé et à la prévention des publics en situation de précarité et consiste pour les communes qui y sont engagées à élaborer un projet local de santé dans le cadre des contrats de ville.

Ce projet local de santé repose sur trois principes qui consistent à :

- > s'appuyer sur des diagnostics locaux ;
- > faire appel à la coopération locale des partenaires des champs sanitaires, sociaux et économiques avec la participation de la population ;
- > mettre en synergie les politiques nationale, régionale, départementale et communale ou inter communale.

La loi de rénovation urbaine du 1<sup>er</sup> août 2003 qui fixe comme objectif la réduction des inégalités sociales entre les territoires est venue renforcer la légitimité de ce dispositif en faisant de la santé et particulièrement de l'accès aux soins une de ses priorités.

La nécessité de rassembler des données pertinentes au niveau communal dans les champs sanitaire et social permettant un pilotage et la prise de décisions dans les priorités à mettre en œuvre a été tout de suite soulevée par les acteurs locaux, le domaine de la santé étant particulièrement dépourvu d'indicateur à un niveau local.

Dans le cadre de sa mission d'accompagnement à la mise en œuvre des Ateliers Santé Ville, une commande a été passée à l'association RESS-COM qui a construit un document constitué de fonds de cartes à partir de données sanitaires et sociales fournies par l'INSERM, les services du Conseil Général (PMI et SPAS), la CPAM, la CRAMIF, l'Inspection Académique, la DDASS, l'INSEE, la CAF et l'ANPE.

Ce document a été présenté en avril 2003 ; il n'avait pas l'ambition de produire des données épidémiologiques validées mais était conçu comme un outil pédagogique et incitatif pour la réflexion et la mobilisation des acteurs. Il se voulait un point d'ancrage pour les diagnostics locaux.

Les villes inscrites dans le cadre des Ateliers Santé Ville et les principaux partenaires de la démarche ont souhaité donner une suite à cet important travail et un groupe départemental piloté par la DDASS a été mis en place. Il regroupe des professionnels représentant les services

du Conseil Général, l'Assurance Maladie, la Caisse d'allocations familiales, l'Inspection Académique et les Services santé de plusieurs villes engagées dans le dispositif Ateliers Santé Ville.

Le document présenté en novembre 2004 est le résultat de leurs travaux.

C'est un outil qui se veut complémentaire des observations existantes au niveau régional et départemental. Son originalité est de produire des connaissances à un niveau peu exploré jusqu'alors, **le niveau communal**, niveau pertinent dans un département urbain comprenant une majorité de villes de plus de 20 000 habitants pour élaborer des actions de proximité avec la population et les acteurs locaux, cette participation étant indispensable à la réussite des projets de prévention et d'accès aux soins pour les populations éloignées de ces préoccupations.

## Présentation du contexte, de la démarche et de la méthode

### Le contexte territorial

Avec 3 arrondissements, 40 cantons et 40 communes, la Seine-Saint-Denis se distingue par :

- > sa **petite superficie** : 236 km<sup>2</sup>, ce qui la place au 93<sup>ème</sup> rang en France métropolitaine ;
- > une **forte densité de population** avec 5 854,6 hab/km<sup>2</sup> pour 1 382 861 habitants en 1999, ce qui la place parmi les départements les plus denses au plan national (la moyenne nationale étant de 106/km<sup>2</sup>) ;
- > la forte prégnance de **l'environnement urbain** puisque 23 communes ont une population comprise entre 20 000 et 50 000 habitants, 6 communes dépassant les 50 000 habitants.

Brièvement, les principaux traits socio-économiques du département sont les suivants :

- > Une importante population issue de l'immigration qui représente 26,4 % de la population contre 6,3 % au niveau national. Le département traite ainsi 10 % des demandes d'asile au niveau national alors qu'il ne représente que 2 % de la population globale ;
- > Une population jeune qui représente 28,50 % de la population, contre 25,9 % pour la moyenne nationale avec le taux de natalité le plus important de la région (17,5 /1000 habitants contre 15,6/1000 à la région) ;
- > Une faible part des actifs dans la population souvent peu qualifiée, un taux élevé de chômage ;

- > Un parc privé de logements ancien, avec une forte proportion de logement social (36 %) pourtant loin de satisfaire la demande ;
- > Un tissu économique dense avec de grandes entreprises et de nombreuses PME. La Plaine Saint-Denis et le pôle de Roissy sont des exemples du dynamisme économique du département ;
- > Des équipements collectifs développés tant au niveau des infrastructures de transports que des équipements culturels et sanitaires.

## La démarche et la méthode

Après la présentation par RESSCOM en avril 2003 du document intitulé « *Ateliers santé ville - Seine-Saint-Denis - Cartographie* », les professionnels de santé publique ont jugé nécessaire de poursuivre et d'améliorer le travail engagé.

Tous se sont accordés sur l'importance du travail, sur l'aspect attractif du document réalisé et sur l'importance pour les communes de pouvoir disposer d'indicateurs à l'échelle de leur territoire. Il apparaissait par contre que, compte tenu de la masse des informations traitées, certaines n'avaient pas toujours une signification très claire, que la pertinence de l'information donnée à voir était parfois très discutable et que la présentation de données de nature épidémiologique, fournies sans la rigueur méthodologique que celles-ci impliquent, risquait d'être génératrice de confusion avec d'autres sources épidémiologiques, voire de se révéler inexactes.

Des objectifs plus précis furent donc assignés au groupe de travail sur la cartographie pour extraire un document largement diffusable et utile aux acteurs de la démarche « *Atelier Santé Ville* » en Seine-Saint-Denis. Ces objectifs étaient de :

- > sélectionner les indicateurs pertinents à retenir ;
- > mettre en forme ces indicateurs ;
- > rédiger un texte présentant l'intérêt de chacun d'entre eux.

Des critères furent également retenus pour répondre aux objectifs fixés. Ils portèrent respectivement sur :

- **La pertinence de l'indicateur**
  - > L'importance de l'indicateur dans le cadre d'une surveillance épidémiologique générale ;
  - > Sa significativité au niveau de la Seine-Saint-Denis ;
  - > Sa pertinence pour une utilisation au niveau communal ;
  - > Sa pertinence par rapport aux problématiques soulevées dans la démarche « *Atelier Santé Ville* ».
- **La mise en forme du document**
  - > Vérification des taux présentés et de leur dénominateur, de manière à savoir précisément sur quelle population sont mesurés les indicateurs exposés ;

- > Calcul de taux standardisés sur l'âge chaque fois que possible pour permettre les comparaisons entre zones géographiques différentes ;
- > Choix de réaliser une carte ou de ne faire figurer que le tableau de données, selon la pertinence d'une représentation géographique de l'indicateur ;
- > Choix des classes numériques des indicateurs présentés dans les cartographies en fonction de la cohérence interne au département (significativité des différences entre zones intradépartementales) et en fonction de la cohérence externe (inutilité de faire apparaître des disparités internes lorsque celles-ci sont minimales au regard des différences avec les autres territoires).

- **Le contenu du texte.**

Il a été retenu de présenter de manière succincte :

- > La définition de l'indicateur ;
- > La source des données et les années de référence ;
- > Le mode de calcul de l'indicateur ;
- > Les principaux chiffres comparatifs à l'échelle départementale, régionale et nationale ;
- > L'explicitation des limites et des précautions pour son interprétation ;
- > Les principaux enseignements à tirer de cet indicateur à l'échelle des territoires décrits.

Pour rendre le document attrayant et en faire un outil pratique, la présentation sous forme cartographique a été privilégiée.

Le document se compose ainsi de trois parties :

- > une présentation du contexte, de la démarche et de la méthode ;
- > des données sociales (y compris de formation et d'éducation) ;
- > des données sanitaires.

Chaque indicateur est accompagné d'une carte par communes (sauf exception), d'un tableau des données brutes par communes et d'un tableau de commentaires.

Ce dernier rappelle la définition de l'indicateur, le situe par rapport aux moyennes départementale, régionale et nationale et précise les principaux enseignements à tirer en précisant les limites de l'interprétation.

- **Premiers enseignements**

Malgré les précautions méthodologiques adoptées par le groupe de travail l'exercice ne s'en est pas moins heurté à quelques limites qu'il conviendra d'aplanir à l'avenir.

Ainsi, les indicateurs qui ont été retenus l'on été parmi des indicateurs déjà rassemblés. D'autres indicateurs auraient pu s'avérer plus judicieux, mais n'étaient pas exploitables sans un important travail d'étude, de calcul ou de mise en forme.

La présentation des indicateurs est restée quelque peu hétérogène. Il s'agit en effet d'une contribution des différentes institutions, qui ont fait chacune selon ses outils, ses moyens et les données disponibles. C'est le cas notamment des catégories numériques (classes) de représentation cartographique, qui sont tantôt réparties en quatre parties égales (quartiles), tantôt en classes significativement différentes de la moyenne départementale... Les taux peuvent être des taux bruts ou des taux standardisés par grandes classes d'âge ou des taux standardisés par tranches d'âge de cinq ans...

En conséquence il sera nécessaire d'accompagner la poursuite de ce travail « *Atelier Santé Ville* » sur les indicateurs locaux de santé d'une organisation des moyens techniques de traitement et de présentation des données.

## Des indicateurs « *Ateliers Santé Ville* » à la notion d'observatoire départemental sanitaire et social

En fixant comme objectif la réduction des inégalités sociales entre les territoires, la loi de rénovation urbaine du 1<sup>er</sup> août 2003 a conforté l'importance de la dimension de la notion de territoire comme paramètre de mise en œuvre, d'évaluation et donc de réussite des politiques publiques dans leurs multiples dimensions.

La nécessité pour les acteurs des Ateliers Santé Ville de disposer de données pertinentes au niveau communal dans les champs sanitaire et social afin d'éclairer leurs choix de priorités et leurs décisions a tout de suite été soulevée par les acteurs locaux, particulièrement pour le domaine de la santé qui est particulièrement dépourvu d'indicateurs au niveau local.

C'est cette nécessité ressentie de disposer au niveau local d'indicateurs sanitaires et sociaux qui permettent à chaque opérateur communal de pouvoir se comparer à des références nationale, régionale, départementale ou communales et qui puissent faciliter l'élaboration de diagnostics locaux sur la base desquels définir et mettre en œuvre des actions sociales et de santé qui a été à l'origine de la production du document précité.

Très vite l'idée est venue aux participants au groupe de travail issu du comité des partenaires des Ateliers Santé Ville que ce besoin d'indicateurs ou de référentiels ne pouvait pas se limiter au seul champ des Ateliers Santé Ville mais qu'il le débordait largement.

La question se pose aujourd'hui de savoir quelle suite donner à ce travail et l'idée qu'il pourrait être continué dans le but de constituer un observatoire sanitaire et social du département de la Seine-Saint-Denis est aujourd'hui partagée par de nombreux acteurs.

Pourquoi un observatoire sanitaire et social en Seine-Saint-Denis ?

Quels éléments de contexte prendre en compte pour son élaboration ? Que doit-il recouvrir ? Comment le piloter, l'organiser et le faire fonctionner ? Telles sont les questions que le groupe de travail s'est posées et auxquelles il va nous falloir désormais répondre .

## Pourquoi un observatoire sanitaire et social en Seine-Saint-Denis ?

Six raisons au moins militent pour la création de cet observatoire

1. la taille de la Seine-Saint-Denis, plus grande que certaines régions françaises, qui justifie largement l'existence d'un observatoire ;
2. l'utilité d'une démarche d'identification d'indicateurs pertinents, en tant qu'outils qui doivent permettre de se poser les bonnes questions, pour éclairer les réponses qui relèvent quant à elles de la responsabilité des autorités politiques ;
3. la nécessité de disposer d'un outil pérenne de suivi d'indicateurs dans la durée, seul à même de s'inscrire dans les démarches d'évaluation régulière requises par les politiques publiques [programmes régionaux de santé publique (PRSP), suivi des programmes ministériels dans le cadre de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) et actions du plan de cohésion sociale notamment) ;
4. l'intérêt stratégique de faire prévaloir la spécificité des problématiques et des besoins de santé du département de la Seine-Saint-Denis dans le PRSP de l'Île de France ;
5. l'approfondissement et l'élargissement du travail de partenariat entrepris au sein du département tant dans le domaine social, socio-éducatif que de la santé ;
6. le nombre de villes impliquées dans la démarche que ce soit au travers de la politique de la ville (24), des Ateliers Santé Ville (15) ou de démarches d'observation locale.

A ces six raisons de fond on peut en ajouter une septième : la faisabilité technologique qui rend plus aisée la collecte et le traitement de l'information au niveau de territoires de plus en plus fins (cf. le projet du Conseil National de l'Information Statistique de constituer des bases de données communales et la politique d' « *irisation* » du traitement des informations des principales institutions pourvoyeuses (INSEE, CNAM, CAF etc.) qui va permettre de disposer à terme rapproché - d'ici 3 à 5 ans - de bases de données infra communales).

## Les éléments de contexte à prendre en compte pour l'élaboration d'un observatoire

Sans viser à l'exhaustivité, on peut d'ores et déjà indiquer comme éléments de contexte qui devront absolument entrer en compte dans la stratégie de l'observatoire :

- > Les travaux de l'atlas régional de la santé, dont la finalisation est prévue pour la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2005. Des sous-produits de ce travail pourront alimenter des données cartographiques départementales et communales en matière de santé (données de mortalité, de morbidité, d'offre de soins) ;
- > Le Programme Régional de Santé Publique (PRSP). Voir à cet égard les 50 priorités de santé publique dégagées pour le département de la Seine-Saint-Denis à l'occasion du diagnostic partagé qui doivent faire l'objet d'un suivi pour une évaluation du PRSP dans le département ;
- > La politique de la ville. Lors des assises de la ville, qui se sont tenues le 8 avril 2005, M. DAUBRESSE a indiqué que l'effort financier de l'Etat en matière de politique de la ville serait maintenu, seules les modalités de sa mise en œuvre pourront être adaptées dans la recherche de la meilleure pertinence territoriale ;
- > Le plan de cohésion sociale (plan Borloo) avec ses trois piliers que sont l'emploi et l'activité, l'accès au logement et l'égalité des chances qui devra se décliner en chartes territoriales de cohésion sociale ;
- > Les plans d'action prioritaires de santé et de solidarité et intégration du ministère, avec les indicateurs retenus dans le cadre de la loi d'orientation des lois de finances (LOLF) ;
- > Les axes dégagés dans le cadre du forum santé du Département de la Seine-Saint-Denis et le tableau de bord départemental sur la santé ;
- > La centralisation au niveau de l'Etat de certaines compétences de santé actuellement exercées par le Département.
- > Les collaborations intercommunales (exemple : la Plaine Commune) ;
- > La réforme de l'administration départementale de l'Etat (RADE) qui pourrait voir la création d'un pôle territorialisation des politiques publiques piloté par la DDE avec l'identification d'une mission observation et cartographie.

## Que doit recouvrir cet observatoire ?

Par observatoire sanitaire et social on entend à la fois un réseau de partenaires opérateurs d'actions sociales et/ou de santé publique et une structure en mesure de produire un document cartographique à

fréquence régulière, mais également de diligenter des études thématiques pour produire des données utiles à l'action sur des sujets qui auront été retenus par les partenaires.

Cet observatoire devra donc être à la fois :

- > un lieu rassemblant des informations sanitaires et sociales territorialisées à différents niveaux (fonction base de données) ;
- > un lieu d'analyse et de mise en forme de ces informations (fonction analyse et traitement de l'information) : il serait souhaitable que l'observatoire puisse commanditer des études sur des champs pour lesquels les données sont insuffisantes ou à construire ;
- > un lieu d'échanges et de réflexion sur les politiques sanitaires et sociales (fonction de mise en synergie des partenaires sanitaires et sociaux) ;
- > un lieu de communication et de diffusion de l'information sanitaire et sociale (fonction médiatique) ;
- > un lieu de production, de suggestion et/ou d'élaboration d'indicateurs, notamment de santé (morbidité).

## Pilotage, organisation et moyens de l'observatoire

L'expérience de l'élaboration du document cartographique, très riche au demeurant pour ceux qui y ont participé, a révélé cependant quelques insuffisances auxquelles il faudra remédier si la décision est prise de continuer la démarche.

Parmi ces insuffisances, on peut noter :

- > une insuffisante formalisation des modes de contribution des institutions partenaires au travail réalisé qui présente le risque de faire dépendre par trop ces contributions institutionnelles du degré d'investissement des personnes ;
- > des moyens de traitement et d'exploitation des données (temps de statisticien notamment) fragiles ;
- > une expertise scientifique uniquement interne au groupe de travail qui peut fragiliser la rigueur scientifique du travail ;
- > un manque d'harmonisation des outils cartographiques et de gestion des données, facteur de remises en forme coûteuse en temps ;
- > des moyens matériels limités.

Aucun de ces défauts n'est rédhibitoires mais tous militent pour la nécessité à l'avenir de formaliser davantage - sous forme de convention ou de charte - la coopération des différents partenaires institutionnels.

Pour ce qui concerne le pilotage, l'organisation et les moyens mis à disposition de l'observatoire quelques pistes ont été esquissées :

- > renforcement du réseau et ouverture de la structure à quelques partenaires supplémentaires (toutes les villes du département - DDE, service public de l'emploi (DDTEFP), INSEE, université etc. avec, pour ces deux derniers l'option de recourir à des personnes qualifiées plutôt qu'aux institutions elles-mêmes) ;
- > professionnalisation de la production avec identification d'une structure fixe et opérationnelle (association, GIP, service de l'Etat renforcé...). Si la création annoncée d'un pôle territorialisation des politiques publiques piloté par la DDE avec l'identification d'une mission observation et cartographie venait à se concrétiser une solution pourrait être envisagée de confier la maîtrise d'œuvre de l'observatoire à ce service de l'Etat, la maîtrise d'ouvrage devant rester aux partenaires institutionnels par le biais d'un comité de pilotage ;
- > régularité de la réévaluation des indicateurs pour permettre des comparaisons dans le temps et dans l'espace ;
- > négociation de l'accès aux données, notamment de l'INSERM.

Enfin, la stratégie de l'observatoire, qui devrait relever d'un comité de pilotage réunissant les principaux partenaires et fournisseurs de données, devra être explicitée.

- > Il conviendra notamment de se poser la question du périmètre de cet observatoire départemental sanitaire et social et d'interroger la pertinence des découpages géographiques retenus ;
- > Dans la mesure où les politiques actuelles développées par le gouvernement, et notamment le plan de cohésion sociale, préconisent une approche globale (emploi, logement, santé, égalité des chances) et territorialisée des politiques sociales (cf. les chartes territoriales de cohésion sociale), il semblerait opportun d'adopter un périmètre large mais en ayant conscience que plus le champ retenu sera grand, plus complexe sera le pilotage et la gestion de l'observatoire ;
- > Pour ce qui concerne les choix de sectorisation géographique il conviendra de les affranchir le plus possible des zonages opérationnels administratifs afin de se prémunir des effets stigmatisants et déformants qu'ils peuvent engendrer (cf. la critique récurrente sur la pertinence dans le temps des zonages de la politique de la ville).

## Conclusion

Au stade actuel, la réalisation d'un observatoire départemental sanitaire et social tel qu'on vient d'en cerner les contours n'est pas encore chose acquise en Seine-Saint-Denis mais la démarche est bien avancée et la richesse du partenariat mobilisé dans le cadre des Ateliers Santé Ville est incontestablement un atout majeur pour la réussite de cette entreprise.

Pour les services de l'Etat, et en particulier la DDASS, ce chantier constitue également un défi passionnant qui ouvre des perspectives nouvelles tant dans les relations avec son partenariat institutionnel qu'avec une appréhension plus territorialisée de ses missions.



## Les déterminants de santé : environnement, cadre de vie et exposition aux risques

Dans son deuxième rapport, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale a exploré les liens entre inégalités sociales, précarité et problèmes de santé. La convergence de nombreuses études démontre qu'il n'y a pas de pathologie spécifique de la pauvreté mais des risques plus importants de contracter les pathologies ordinaires. D'après une étude de l'INSEE, en 2001, 16 % des personnes sans domicile, usagers des services d'aide s'estiment en mauvaise santé, contre 3 % de la population ayant un logement. Les conditions de vie difficiles, le stress, une mauvaise alimentation fragilisent cette population et augmentent les risques de maladies. Plus d'une personne sans domicile sur dix souffre de maladies respiratoires, de séquelles d'accidents ou de maladies graves. Un sur quatre se juge dépressif. Aux nombreuses incertitudes, inquiétudes liées à leur situation sociale et économique s'ajoute en effet souvent un sentiment ou une réalité d'abandon et d'isolement, d'où une fréquence plus grande des dépressions. La catégorie des personnes sans domicile définie par l'Insee est plus large que celle des personnes sans abri mais n'intègre pas en revanche les personnes logées dans des conditions particulières (constructions provisoires, habitations de fortune, habitations mobiles) ni les personnes contraintes de loger à leurs frais à l'hôtel ou de se faire héberger par leur famille ou des amis. Le nombre de 86 000 est évalué en comptant les 63 500 adultes sans domicile, les 16000 enfants de moins de 18 ans les accompagnant (l'enquête prend en compte les centres maternels ce qui contribue à expliquer ce nombre élevé), ainsi que les quelque 6 500 personnes logées dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile, les centres provisoires d'hébergement (CPH) et les centres de transit.

Par ailleurs, confrontées à des urgences quotidiennes, les personnes en difficultés relèguent leur santé au second plan de leurs préoccupations. D'autre part, et afin d'objectiver à un moment donné l'état de santé des populations en difficulté, il convient de mettre en exergue les éléments structurants de leur cadre de vie ; éléments de compréhension des écarts de santé auxquels ces derniers sont confrontés.

## Un environnement psychosocial fragile

D'après l'enquête Baromètre santé 2000 du Comité Français d'Education pour la Santé (CFES), l'influence des conditions socio-économiques défavorables telles que le chômage se reflète par exemple dans l'expression de la qualité de vie et dans certains comportements de santé (tentative de suicide, augmentation de la fréquence de consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis).

L'environnement psychosocial est un déterminant important de la santé mentale. Il est susceptible d'être à l'origine de souffrances psychiques contribuant à déclencher ou aggraver certains troubles mentaux et à provoquer des conduites suicidaires<sup>67</sup>.

Les trajectoires de vie tels que l'isolement ou les ruptures affectives sont des facteurs individuels en lien avec une plus forte exposition aux risques, de plaintes exprimées vis-à-vis de différents risques ou de maladies (cancers, maladies cardiaques, maladies respiratoires, maladies liées au tabac...), et des consommations plus importantes de tranquillisants, de somnifères ou d'antidépresseurs.

La prise de conscience de plus en plus forte dans notre société de la fréquence des actes de maltraitance, le plus souvent commis dans la sphère familiale, a amené ces dernières années les chercheurs et les pouvoirs publics à se pencher sur ces réalités jusque là méconnues. Ce sont les femmes, les enfants et les personnes âgées qui apparaissent le plus souvent victimes de ces diverses formes de violences.

L'enquête Baromètre santé 2000 du CFES valide l'hypothèse selon laquelle « *le cumul des handicaps et des facteurs de risques est multiplié pour ceux qui sont dans une situation affective et professionnelle défavorable* »<sup>68</sup>. Face aux exigences contemporaines de la société (rapidité, efficacité, demande croissante de prise d'initiative et de responsabilité), certains individus se trouveraient confrontés à des difficultés à « faire face » et à ce que A. Ehrenberg appelle « *la fatigue d'être soi* »<sup>69</sup>.

<sup>67</sup> LOVELL Anne: « *les troubles mentaux* », in LECLERC et al. : « *Les inégalités sociales de santé* », La Découverte, 2000, (collection Recherche), p. 251-266.

<sup>68</sup> AÏACH Pierre, CÈBE Dominique : « *Les inégalités sociales de santé* », La Recherche, 1994 ; 261 : 100-9.

<sup>69</sup> EHRENBURG Alain : « *La fatigue d'être soi. Dépression et société* », Paris, Odile Jacob, 1998 : 318 p.

## Les troubles mentaux en progression

L'enquête Handicaps-incapacités-dépendance (HID) a permis d'estimer à 1,2 million le nombre de personnes vivant à domicile qui déclarent consulter régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux<sup>70</sup>, et à 56 000 celles qui étaient hospitalisées en soins psychiatriques à la fin de l'année 1998<sup>71</sup>. Un net accroissement du recours aux soins pour troubles mentaux est tangible en France depuis une dizaine d'années. Il peut en partie s'expliquer par une augmentation des phénomènes de souffrance psychique. En médecine de ville, le nombre de recours aux soins pour troubles de la santé mentale – regroupant troubles névrotiques et psychotiques, anxiété, dépression, troubles de l'enfance et troubles du sommeil – s'accroît pour l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes (près de 49 millions de recours de septembre 2001 à août 2002 contre 44 millions sur la même période deux ans auparavant)<sup>72</sup>. En particulier, le nombre de consultations de psychiatres est passé de 13,4 millions en 1992 à près de 16 millions en 2001 (+ 19,4 %)<sup>73</sup>.

## Une exposition à des risques professionnels multiples

Selon les résultats de l'enquête Sumer<sup>74</sup> qui a permis de dresser une cartographie des expositions professionnelles à des contraintes ou nuisances identifiées par la médecine du travail en 1994, les principales causes d'exposition étaient à cette date :

---

<sup>70</sup> ANGUIS Marie, de PERETTI Christine : « Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux », *Études et Résultats*, n° 231, avril 2003, Drees.

<sup>71</sup> CHAPIREAU François : « Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et 2000 », *Études et Résultats*, n° 206, décembre 2002, Drees.

<sup>72</sup> IMS - Health, *enquête permanente sur la prescription médicale - Credes, 1998-1999*.

<sup>73</sup> Source : SNIR.

<sup>74</sup> « Expositions professionnelles : Sumer 94, l'état des lieux », *Santé et Travail*, 1997, La Mutualité française et « Expositions aux contraintes et nuisances dans le travail : Sumer 94 », *Les dossiers de la DARES*, n° 5-6, juillet 1999, Dares. Neuf ans après l'enquête précédente, le nouveau recensement des expositions professionnelles géré conjointement par la Direction des relations du travail (DRT) et la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) a eu lieu. L'enquête Sumer (surveillance médicale des risques) s'est déroulée sur le terrain de juin 2002 à fin 2003, avec le concours de plus de 20 % des médecins du travail en exercice, lesquels ont interrogé près de 50 000 salariés. L'enquête a porté sur : le temps de travail (nombre d'heures hebdomadaires, astreintes, travail le week-end, travail de nuit) ; les contraintes organisationnelles (rythme imposé par la demande extérieure, dépendance vis-à-vis des collègues, contrôles par la hiérarchie et/ou par informatique, contact avec le public...) ; les contraintes physiques (bruit, travail sur écran, manutention de charges, postures, gestes répétitifs, risque routier...) ; les risques biologiques ; les risques chimiques.

- > les contraintes physiques (station debout plus de 20 heures par semaine, gestes répétitifs à cadence élevée, manutention de charges, nuisances sonores et thermiques, travail sur écran) : trois quarts des ouvriers étaient exposés à trois contraintes physiques ou plus, contre un peu plus du quart pour les autres catégories professionnelles ;
- > les agents biologiques : un peu plus d'1,2 million de salariés y étaient exposés ;
- > les agents chimiques : un tiers de la population salariée y était exposée, soit 4 millions de salariés (plus de la moitié des ouvriers y était exposée) ;
- > les contraintes organisationnelles : rythme de travail et horaires. Sur ce dernier point, près de la moitié des salariés était soumise à des conditions telles que : travail posté en équipe alternante, travail tout ou partie de la nuit, équipe de suppléance de fin de semaine, horaires irréguliers ou imprévisibles, durée quotidienne du travail supérieure à 8 heures.

De fait, l'ensemble de ces contraintes contribue à une fragilisation de l'état de santé.

Autant d'exposition à des risques professionnels que l'on retrouve dans la structure d'emploi, des salariés précaires en milieu urbain.

## La pollution atmosphérique :

Des effets néfastes à court et long terme sont établis. En 2000, on estimait en France à 32 000 le nombre de décès prématurés attribuables annuellement à une exposition de long terme à la pollution atmosphérique urbaine. Plus de la moitié de ces décès (18 000) serait causée par la pollution automobile. En termes de morbidité, entre 60 000 et 190 000 crises d'asthme ainsi que 110 000 bronchites sont également attribuées chaque année à la pollution atmosphérique<sup>75</sup>.

La surveillance d'autres risques pour la santé en lien avec l'environnement débute. D'autres préoccupations de santé publique liées à l'environnement sont maintenant bien identifiées. Leur surveillance débute et l'on ne dispose pas encore de données chiffrées pour la population française. Il s'agit plus particulièrement :

- > des problèmes de pollution autour des sites industriels (incinérateurs, sols pollués sur d'anciens sites, surveillance de sites en prévention d'éventuels accidents...) ;
- > de l'exposition chronique aux produits chimiques et de leur impact dans le domaine du cancer et de la reproduction (pesticides, dioxines, métaux lourds...) ;
- > de l'exposition au bruit ;
- > de l'exposition aux rayonnements ionisants (radon et rayonnements ionisants d'origine médicale) et non ionisants (UV).

<sup>75</sup> KUNZLI Nino et al : « Public-Health Impact of Outdoor and Traffic-Related Air Pollution : a European Assessment », *Lancet*, 356 : 795-801, 2000.

Enfin, la surveillance de l'impact sur la santé des problèmes climatiques (canicule...), notamment pour les personnes les plus fragiles, apparaît comme un enjeu majeur, compte tenu des risques révélés dans la période récente (2003).

Plus récemment, dans son rapport sur l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique publié en 2004, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail (AFSSET) l'affirme : « *Depuis quelques années, les preuves d'une causalité entre les niveaux actuels de certains polluants atmosphériques et un ensemble de manifestations sanitaires à court terme se sont accumulées, tant au niveau international que national* ». La combustion d'énergie fossile, due notamment aux véhicules et aux industries, est la principale source d'émission de ces polluants qui, par exemple, altèrent des fonctions respiratoires, favorisent des crises d'asthme ou exacerbent des troubles bronchiques. Les travaux épidémiologiques récents suggèrent de manière convergente l'existence à long terme d'un risque accru de cancer du poumon pour les populations exposées durablement à la pollution atmosphérique urbaine.

Les liens entre la dégradation de la santé et la qualité de l'air sont aujourd'hui largement admis.

- > Mortalité par cancer du poumon : en France, pour l'ensemble des sujets de la population urbaine de plus de 30 ans, le nombre de décès par cancer des poumons attribuable en 2002 à l'exposition aux particules fines est estimé entre 600 et 1100, soit 6 à 11 % des décès par cancer du poumon ;
- > Mortalité par maladies cardio-vasculaires : en France, pour l'ensemble des sujets de la population urbaine de plus de 30 ans, le nombre de décès par maladies cardiovasculaire attribuable en 2002 à l'exposition aux particules fines est estimé entre 3000 et 5000, soit 5 à 7 % des décès par maladies cardio-vasculaires. (Source : AFSSET - 2004).

En Ile-de-France, lorsque l'on passe d'un niveau de polluant de base (niveau non dépassé au cours des 18 jours les moins pollués de l'année) à un niveau médian (niveau atteint ou dépassé la moitié des jours de l'année), on observe des augmentations pouvant aller jusqu'à :

- > 7,9 % pour les hospitalisations pour asthme des moins de 15 ans, en rapport avec le dioxyde d'azote ;
- > 5,1 % pour les hospitalisations pour maladies respiratoires des moins de 15 ans, en rapport avec les particules fines ;
- > 4,7 % pour la mortalité pour causes respiratoires, en rapport avec les particules fines ;
- > 2,4 % pour la mortalité pour causes cardio-vasculaires, en rapport avec les particules fines (source : Observatoire régionale de la Santé d'Ile-de-France - Chiffres pour la période 1987-2000).

## Les conditions de logement

Le saturnisme est une des illustrations particulièrement significative pour témoigner des effets de l'insalubrité du logement sur la santé. L'histoire de l'analyse des causes du saturnisme nous renseigne tout particulièrement sur la manière dont le lien -conditions d'habitation et état de santé- a eu du mal à se tisser. Pour analyser le saturnisme il a tout d'abord été fait appel à des ethnologues afin d'enquêter sur les pratiques des familles africaines<sup>76</sup>. La forte proportion d'Africains parmi les enfants intoxiqués oriente les intuitions des acteurs socio-sanitaires vers des « *attitudes culturelles* », comme le dit un travailleur social<sup>77</sup> : on s'intéresse particulièrement aux pratiques géophagiques supposées des femmes ouest-africaines qui fonctionneraient par mimétisme sur leur progéniture. Là où les américains « *psychologisaient* » volontiers leur interprétation, en y mêlant des jugements moraux qui revenaient à blâmer les victimes, les Français tendent plutôt à la « *culturaliser* », en lui retirant du même coup toute dimension sociale. Cette interprétation, si elle semble épargner les familles africaines « *qu'il ne faut pas blâmer* » mais comprendre dans leur différence, présente, pour beaucoup d'intervenants de la santé publique et de l'habitat social, l'avantage de mettre l'accent sur les comportements et d'inviter à la mise en œuvre de programme d'éducation. L'insalubrité des logements et la misère de leurs habitants passent au second plan des priorités de l'action publique<sup>78</sup>.

L'explicitation par les conditions de logement est donc très récente. Depuis 1985, la dégradation des peintures au plomb utilisées dans l'habitat jusqu'en 1948 a été identifiée comme une source d'exposition pouvant conduire à des intoxications chez l'enfant, ce qui a justifié la mise en place des premiers programmes ciblés de dépistage du saturnisme infantile<sup>79</sup> en France. Cette situation se retrouve principalement en Île de France où plus de 800 enfants dépistés en 1997 présentaient une plombémie supérieure à 250 mg/l.

En effet, les enfants exposés à la présence de plomb dans l'environnement constituent, d'autant plus qu'ils sont plus jeunes, une population à risque pour plusieurs raisons :

- > Pendant les premières années de sa vie, l'enfant porte spontanément les mains et les objets à la bouche. Il ingère ainsi

<sup>76</sup> N. Rezkallah, A. Epelboin, *Chroniques du saturnisme infantile 1989-1994. Enquête ethnologique auprès des familles parisiennes originaires du Sénégal et du Mali*, L'Harmattan, Paris, 1997.

<sup>77</sup> M. Delour, "une nouvelle pathologie pour l'enfant migrant ? Le saturnisme infantile chronique", *Migrations-santé*, 1989.

<sup>78</sup> *Les rapports d'étude du CRESP, rapport n°6, janvier 2004, les débuts de la lutte contre le saturnisme infantile en France*

<sup>79</sup> HIVERT Gwénaëlle et al. : « Le respect de la réglementation actuelle permet-il une protection suffisante de la population infantile vis-à-vis du plomb ? », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 50, n° 3, juin 2002.

une grande quantité de poussières et parfois également des particules non alimentaires telles que la terre ou des écailles de peintures ;

> Près de 50 % du plomb qu'ils ingèrent passe dans le sang (contre 10 % chez l'adulte).

## Les comportements alimentaires

Surcharge pondérale et obésité sont en augmentation rapide. L'obésité<sup>80</sup> de l'adulte expose à l'hypertension artérielle, au diabète de type 2 et à ses complications, ainsi qu'aux maladies cardiovasculaires. L'impact psychosocial de l'obésité doit également être pris en considération : selon l'expertise collective de l'Inserm publiée en 2000 en partenariat avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)<sup>81</sup>, des travaux sociologiques ont mis en évidence certaines attitudes négatives à l'égard des obèses, notamment une stigmatisation qui peut aboutir à des discriminations tant dans l'accès à l'enseignement supérieur, l'emploi ou la promotion professionnelle que dans la vie privée. Chez l'enfant, si les conséquences médicales d'un simple surpoids sont controversées, l'obésité sévère est associée à des troubles orthopédiques, métaboliques et endocriniens. La probabilité de persistance de l'obésité à l'âge adulte augmente avec la précocité de survenue de l'obésité, sa sévérité et les antécédents familiaux. Les études épidémiologiques s'accordent pour conclure que l'obésité de l'enfance est associée à une augmentation du risque de mortalité à l'âge adulte de 50 à 80 % selon les études, en raison notamment de l'accroissement de la mortalité d'origine cardiovasculaire.

## Les autres conduites à risques

La plus grande part de la mortalité prématurée et une part considérable de la morbidité sont en lien direct ou indirect avec des comportements dits « à risque », les principaux étant le tabagisme et l'alcoolisme. Or, les actions de prévention dans ces domaines peuvent modifier ces comportements mais restent encore insuffisamment développées dans notre pays : plus de 35 000 décès par an encore attribués à la consommation d'alcool.

Le taux de mortalité directement lié à l'imprégnation éthylique chronique a diminué d'environ 40 % en vingt ans. Toutefois, en 1999, on recensait encore 22 442 décès directement liés à la consommation

---

<sup>80</sup> Définie par une valeur de l'indice de masse corporelle (rapport du poids, en kg, par le carré de la taille exprimée en mètre) supérieure ou égale à 30 kg/m<sup>2</sup>.

<sup>81</sup> « Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant », Expertise collective, juin 2000, Inserm, Paris

chronique excessive d'alcool (environ 12 % par psychose alcoolique et alcoolisme, 38 % par cirrhose alcoolique et 50 % par cancer des voies aéro-digestives supérieures)<sup>82</sup>. Huit décès sur dix concernent des hommes et, dans plus d'un cas sur deux, des personnes de moins de 65 ans. Entre 45 et 54 ans, ces trois causes représentent près d'un décès sur cinq chez les hommes et un sur dix chez les femmes. Les hommes veufs ou divorcés ont un risque plus élevé que les hommes mariés. Les ouvriers et les employés sont des catégories sociales dix fois plus touchées par ces décès que les cadres supérieurs et les professions libérales. Plus largement, chaque année, en France, le nombre de décès attribué à la consommation d'alcool se situe entre 35 000 et 45 000<sup>83</sup>, soit près de 10 % de l'ensemble des décès.

La consommation de tabac est liée à l'âge et à la situation sociale. La fréquence de la consommation de tabac diminue régulièrement à partir de la classe d'âge des 35-44 ans. La prévalence tabagique est également liée à la situation sociale et ce, surtout pour les hommes. Ainsi, en 2001, 54 % des hommes de plus de 15 ans au chômage fument au moins une cigarette par jour, contre 39 % des hommes de cette tranche d'âge exerçant une profession (40 % des femmes au chômage contre 27 % de celles qui exercent une profession). Parmi les hommes de plus de 15 ans exerçant une profession, les ouvriers, les professions intermédiaires et les employés fument davantage que les autres catégories (respectivement 49, 36 et 35 %). Pour les femmes en emploi lors de l'enquête, la consommation de tabac est particulièrement importante chez les artisans, commerçants, chefs d'entreprise et professions libérales, avec un tiers de fumeuses dans chacune de ces catégories. Chez les hommes comme chez les femmes, les personnes divorcées ou célibataires de plus de 15 ans fument plus que les autres. 38 % des célibataires hommes et 41 % des divorcés fument, ces chiffres étant respectivement de 32 et 34 % chez les femmes<sup>84</sup>.

La consommation déclarée de drogues illicites est marginale en population générale à l'exception du cannabis. Le niveau d'expérimentation de cette substance est nettement inférieur à celui des produits licites (alcool, tabac), néanmoins 22 % des 18-75 ans déclarent en avoir consommé au moins une fois durant leur vie<sup>85</sup>. Au cours des années 90, la part de la population adulte ayant expérimenté le cannabis a augmenté. Les données des différents pays de l'Union européenne indiquent également une hausse du niveau d'expérimentation au cours

<sup>82</sup> MICHEL Éliane, JOUGLA Éric : « La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998 », *Études et Résultats*, n° 153, janvier 2002, Drees.

<sup>83</sup> *Après détermination de la fraction attribuable à l'alcool pour un certain nombre de causes (accidents de la circulation, suicides...)*.

<sup>84</sup> *Enquête EPCV 2001 INSEE, exploitation Drees.*

<sup>85</sup> *Baromètre santé 2000, CFES, exploitation OFDT, in « Drogues et dépendances - Indicateurs et tendances », OFDT, 2002. <http://www.drogues.gouv.fr>*

des années 90, avec une stabilisation récente dans quelques pays. Cette croissance du taux « *d'expérimentation* » du cannabis est particulièrement marquée chez les jeunes, avec des disparités selon le sexe. En augmentation très nette dès 15 ans, elle devient un comportement majoritaire chez les jeunes arrivant à l'âge adulte. En 2002, 46 % des filles et 55 % des garçons de 17 ans déclarent en avoir déjà consommé au cours de leur vie. La prévalence de l'expérimentation à 17 ans a plus que doublé entre 1993 et 2002, chez les garçons comme chez les filles.

La consommation actuelle « *répétée* » de cannabis – au moins dix fois dans l'année – est moins fréquente. Elle concernait 3,6 % des 18-75 ans en 2000. Comme pour l'expérimentation, les hommes sont plus souvent consommateurs de cannabis que les femmes. En 2000, 1,6 % des plus de 25 ans déclaraient de telles consommations contre près de 15 % des 18-25 ans (20 % chez les hommes et 9 % chez les femmes). Mais en 2002, à 17 ans, les prévalences sont plus importantes avec 28 % des garçons et 14 % des filles qui déclarent une consommation de cannabis répétée au moins dix fois dans l'année. Entre 1993 et 2002, cet usage répété a connu une hausse encore plus rapide que l'expérimentation : la part de ce type de consommateurs a triplé, chez les garçons comme chez les filles de 17 ans.

**Evolution 2000-2003 du niveau d'usage régulier de tabac, d'alcool, de cannabis et de médicaments psychotropes à 17 ans<sup>86</sup>**

	2000	2003
<b>tabac</b> : usage quotidien	41,1 %	37,6 %
<b>alcool</b> : plus de 10 usages / mois	10,9 %	14,5 %
<b>cannabis</b> : plus de 10 usages / mois	10,0 %	10,6 %
<b>médicaments</b> : plus de 10 usages / mois	1,8 %	2,8 %

Les problèmes de santé lourds liés à la consommation de drogues illicites restent largement dominés par la consommation d'héroïne qui demeure le principal produit à l'origine des prises en charge sanitaires et sociales. Les usagers de drogues illicites pris en charge par les professionnels de santé le sont pour leur toxicomanie et, principalement, pour suivre un traitement de substitution ou pour leurs morbidités somatiques associées à l'usage de drogues. Depuis dix ans, le nombre de prises en charge a fortement augmenté. Au cours du mois de novembre 1999<sup>87</sup>, on en compte près de 30 000, ce qui représente un

<sup>86</sup> Les statistiques présentées sur cette page et sur la page suivante sont issues du rapport de l'OFDT : "Résultats de l'enquête ESCAPAD 2003" publié le 4 octobre 2004. Cette enquête a été réalisée les 10 et 14 mai 2003, lors des Journées d'Appel de Préparation à la Défense, auprès de 15387 adolescents des deux sexes (7725 garçons et 7662 filles) âgés de 17-18 ans.

<sup>87</sup> TELLIER Sergine : « La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales, novembre 1999 », Document de travail, série Statistiques n° 19, février 2001, DRESS.

peu moins de 27 000 patients pour cette période si l'on tient compte des prises en charge simultanées dans deux types d'établissement. Cette évolution est sans doute la conséquence de l'augmentation du nombre d'utilisateurs mais également de l'évolution de l'offre de soins et du développement des traitements de substitution. 58 % de ces prises en charge sont assurées par les établissements spécialisés dans les soins aux toxicomanes (soit 17 374, contre 6 152 en 1991), 24,5 % par les établissements sanitaires généraux et 17,5 % par les établissements sociaux non spécialisés.

L'usage de psychotropes est également en constante progression. Parmi ces médicaments, les benzodiazépines posent des problèmes spécifiques en terme de risque de dépendance ou de troubles de la mémoire, de diminution de la vigilance (d'autant plus lorsqu'ils sont associés à l'alcool) ou encore de détournement d'usage.

Entre 1990 et 2001, les ventes d'antidépresseurs ont plus que doublé (+ 105 %)<sup>88</sup>. Cette augmentation (en terme d'unités de vente) traduit une prise en charge plus large des dépressions, les ISRS133 (dont le Prozac est le médicament le plus connu) étant des médicaments mieux tolérés. Par ailleurs, un grand nombre de ces nouveaux antidépresseurs possède une autorisation de mise sur le marché pour d'autres troubles que la dépression (par exemple les troubles obsessionnels compulsifs). Cet élargissement du champ de prescription des antidépresseurs pourrait expliquer la substitution observée au cours des dix dernières années entre les antidépresseurs et d'autres psychotropes, tels que les anxiolytiques et hypnotiques.

---

<sup>88</sup> Sources DP et GERS, *Calculs Drees in AMAR Élise, BALSAN Didier : « Les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001 », DRESS, 2003.*

## Les Ateliers Santé Ville en action

Cette partie n'a pas prétention à présenter l'exhaustivité des actions initiées dans le cadre des Ateliers Santé Ville, tant elles sont multiples et diversifiées. Chaque Atelier Santé Ville a su en effet constituer un creuset significatif d'initiatives collectives en matière de santé publique, dont il serait périlleux de vouloir rendre compte de manière exhaustive. Ces pratiques traduisent chaque fois une histoire particulière, faite de rencontres singulières, de jeux d'acteurs subtils, de dynamiques spécifiques.

Pour autant, quelques actions glanées au gré des expériences peuvent permettre de mieux illustrer les dynamiques – souvent innovantes et créatrices – que permettent d'engager des espaces tels que les Ateliers Santé Ville. Les actions présentées ici ne peuvent avoir valeur d'exemplarité, tant elles sont liées au contexte dans lequel elles ont émergé : certaines de ces actions ont d'ores et déjà été mises en œuvre ; d'autres sont seulement en cours d'expérimentation. En tout état de cause, elles n'ont vocation qu'à ouvrir le champ des possibles permis par les Ateliers Santé Ville.

## L'offre de soins

De nombreuses actions ont été initiées, visant à conforter et développer le système de santé, de façon à ce que celui-ci soit à la fois plus accessible et mieux adapté aux problématiques du territoire.

Ainsi, un certain nombre d'analyses de faisabilité sur le développement d'équipements (Maison médicale à Argenteuil) ou de réseaux de médecine (réseau de médecine de garde sur les temps non couverts à Carros) ont été envisagés. D'autres exemples peuvent également être cités :

### **> Mise en place d'un dispositif de soutien orthophonique et psychologique à Dugny et au Blanc-Mesnil**

#### **Constat**

Le quartier concerné est un territoire isolé, confronté à de nombreuses difficultés sociales :

- > plus de 60 % des habitants sont âgés de 0 à 19 ans ;
- > le salaire mensuel moyen est environ de 600 € ;
- > 100 % des personnes vivent en habitat collectif.

D'importants retards scolaires ont été identifiés à l'école élémentaire du quartier (un an de retard en CM2 pour plus du tiers des élèves et un fort taux d'échec au passage CE2/CM1).

La plupart des enfants orientés vers des consultations d'orthophonie ou de psychologie ne poursuit pas la démarche, faute d'une offre de proximité.

#### **Objectifs**

Accès au dépistage et offre de soins de proximité, notamment :

- > Permettre le dépistage et la prise en charge des troubles du langage et psychologiques des enfants de 2-13 ans ;
- > Informer et sensibiliser les parents, les enseignants et les professionnels relais sur l'importance d'un dépistage précoce des troubles du langage et des origines des difficultés scolaires des enfants.

#### **Déroulement de l'action**

Une psychologue et une orthophoniste réalisent, dans le cadre d'un pôle de services, quelques heures de consultation et de prévention. Les heures de prévention permettent aux intervenants de nouer des contacts avec les professionnels locaux : l'implication des enseignants et des professionnels relais (animateurs de l'aide aux devoirs, acteurs du pôle de services) permet également d'identifier précocement les enfants en difficulté.

#### **Acteurs mobilisés**

Les enseignants ;  
 Les professionnels relais (animateurs de l'aide aux devoirs, acteurs du pôle de services...) ;  
 La coordinatrice de l'Atelier Santé Ville.

### **> Mise en place d'un Centre de Planification et d'Éducation Familiale au sein de la communauté de commune du Carmausin**

#### **Constat**

Les populations du territoire ont des difficultés d'accès géographique à des consultations de planification et d'éducation familiales (les usagers doivent se rendre à Albi : la distance prive notamment les mineurs de cet accès).

Il n'existe pas de gynécologue femme sur le territoire, ce qui est un frein à la consultation pour certaines femmes.

#### **Objectifs**

Améliorer l'accès des habitants carmausin à un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) et aux soins ;

Inscrire le centre de planification et d'éducation familiale dans le contexte socio culturel carmausin ;

Mieux repérer les besoins (motifs de visites, couverture des besoins).

#### **Déroulement de l'action**

Analyse des besoins et planification du projet en groupe de travail pluri professionnel.

Constitution d'un comité de suivi du CPEF composé de tous les partenaires susceptibles d'orienter des usagers (Mission Jeunes, Service de Promotion de la Santé en faveur des élèves, centres d'animation, centre social, etc.) chargé :

> de garantir le maillage du territoire en favorisant le partenariat local ;

> de minimiser les difficultés d'accès à la consultation en facilitant le repérage du CPEF ;

> de garantir l'adéquation entre les services offerts par le CPEF et les besoins des habitants ;

> de contribuer à l'évaluation du service rendu.

#### **Acteurs mobilisés**

Un Médecin gynécologue ;

Les Service de la Protection Maternelle et Infantile ;

Une Polyclinique ;

L'Hôpital d'Albi ;

Le Centre de Planification et d'Éducation Familiale d'Albi ;

Les services du Conseil Général ;

Le service de la promotion de la santé en faveur des élèves.

### **> Mise en place d'activités pré-natales dans la communauté de communes du Carmausin**

#### **Constat**

• L'importance de la préparation classique et/ou en piscine :

Les femmes enceintes du Carmausin et du Tarn Nord vont pour le suivi

de leurs grossesses et leurs accouchements le plus souvent à Albi. Du fait de l'éloignement de leur domicile, elles participent peu ou pas à la préparation classique et /ou en piscine proposée par les deux maternités albigeoises. Or la préparation permet indirectement de travailler sur la qualité du lien mère/enfant en travaillant sur l'amélioration du schéma corporel pour apporter le bien-être et la confiance en soi.

- L'importance de la rencontre avec d'autres femmes et avec des professionnels :

Le carmausin est marqué par des conditions socio-économiques difficiles (taux de chômage élevé, taux d'activité faible chez les femmes). Les situations de mal-être et notamment des dépressions chez les femmes seules avec enfants à charge sont un problème de santé prioritaire sur ce territoire.

Le cumul des problèmes (économiques, sociaux, éducatifs) met ces femmes en difficulté sans qu'elles puissent ou sachent en parler. Or il n'existe pas sur le carmausin de lieu de rencontre pour les femmes enceintes et les futurs couples parent/enfant. Il est donc nécessaire de créer des conditions favorisant la rencontre et la création de lien social.

### **Objectifs**

Favoriser une relation de qualité, c'est-à-dire aidante pour l'enfant et ses parents, entre la mère et/ou les parents et l'enfant.

Et notamment :

- > Rendre accessible une préparation prénatale en utilisant l'eau comme médiation pour accompagner les femmes enceintes et les couples pendant la grossesse ;
- > Créer des liens en favorisant la rencontre entre les femmes enceintes quel que soit leur milieu socio-économique.

### **Déroulement de l'action**

Mettre en place une activité prénatale en piscine hebdomadaire à la piscine de Carmaux ;

Accueillir 6 femmes par séance pour les 3 premiers mois de fonctionnement, avec une répartition équilibrée entre les femmes orientées par la PMI et les autres femmes ;

Organiser un temps informel convivial après les séances pour favoriser la rencontre ;

Evaluation au bout de 6 mois ;

Poursuite de l'activité en fonction des résultats de la phase expérimentale.

### **Acteurs mobilisés**

Service de la Protection Maternelle et Infantile ;

Conseil Général du Tarn ;

Communauté de communes du carmausin ;

Lieux publics et professionnels de santé libéraux pour la communication.

### **> Aide à l'installation ou au maintien d'activité des professionnels de santé au Blanc Mesnil**

#### **Constat**

Déficit de professionnels de santé spécialistes (dermatologues, ophtalmologues, orthophonistes, kinésithérapeutes, gynécologues, orthodontistes...) sur le territoire ;

Problème accru par la fermeture d'un Centre de Santé ;

Besoin d'information des professionnels de santé souhaitant s'implanter ou maintenir leur activité sur le territoire.

#### **Objectifs**

Faciliter l'installation ou le maintien d'activité de professionnels de Santé spécialistes sur le territoire ;

Contribuer activement à l'augmentation du nombre de professionnels de Santé dans les quartiers.

#### **Déroulement de l'action**

Mise à disposition de la cartographie de l'offre de soin : <http://asv.bm.free.fr/> ;

En collaboration avec la Chargée de Mission Zone Franche Urbaine, entretiens avec les professionnels de Santé désireux de s'installer ou de maintenir leur activité en ZFU.

## La coordination des intervenants

D'autres actions ont eu vocation à contribuer à la professionnalisation du système d'acteurs intervenant directement ou indirectement auprès des populations sur des problématiques de santé.

### **> Travail sur les représentations des professionnels du soin dans le domaine de la santé publique et des exclusions à Gentilly**

#### **Constat**

Le diagnostic conduit dans le cadre de l'Atelier Santé Ville a permis de mettre en évidence l'absence d'une culture de santé publique chez un certain nombre de médecins, de pharmaciens, et d'autres acteurs de proximité.

#### **Objectifs**

Mise en place d'une culture de santé publique incluant les problèmes liés à l'accès aux soins et aux questions de précarité auprès des intervenants libéraux de santé en proximité ;

Instauration d'une dynamique de réseau entre les professionnels.

**Déroulement de l'action**

Mise en place avec les associations professionnelles médicales au nom de l'Atelier Santé Ville de conférences-débats avec les professionnels de santé de proximité.

**Acteurs mobilisés**

Professionnels – association de médecins libéraux.

**> Mise en place d'une formation ethnoclinique pour les travailleurs sociaux intervenant dans un foyer SONACOTRA à Argenteuil**

**Constat**

Certains travailleurs sociaux appartenant au comité de pilotage SONACOTRA (comité de pilotage structuré dans le cadre de l'Atelier Santé Ville, visant à coordonner les actions « santé » de 6 foyers) ainsi que le personnel des foyers et résidences ont fait part de leur manque de moyens et de connaissances pour le suivi d'une part de plus en plus importante des résidents souvent âgés et étrangers, isolés, sans famille en France et présentant souvent des troubles du comportement. La difficulté réside essentiellement lorsqu'il y a besoin de recourir à des soins (hospitalisation, consultation ou soins à domicile). Des refus sont exprimés par les résidents, dont il semble que les causes soient liées à des facteurs culturels.

**Objectifs**

Permettre aux travailleurs sociaux et personnels SONACOTRA de mieux connaître et comprendre les facteurs liés à la culture d'origine des résidents nécessitant un suivi social ou de santé pour apporter des réponses adaptées ;  
Apporter une réponse sociale et de santé plus adaptée aux résidents des Foyers de Travailleurs Migrants ;  
Permettre un meilleur accès aux soins à ces populations.

**Déroulement de l'action**

Mise en place d'une formation ethnopsychiatrique avec les Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Actives présents sur site impliquant l'ensemble des professionnels concernés ;  
Mise en place avec le soutien du centre Georges Devereux de l'université Paris 8, de réunions de synthèse sur les suivis les plus difficiles.

**Acteurs mobilisés**

SONACOTRA ;  
CCAS – Centre Communal d'Action Sociale ;  
CLIC – Centre Local d'Information et de Coordination ;  
Conseil Général ;  
CODESS - Comité Départemental d'Education Sanitaire et Sociale ;  
Centre Hospitalier Victor Dupouy ;

Centre de soins – Toxicomanie IMAGINE ;  
CICAS – Centre d'Information et de Coordination de l'Action Sociale ;  
CNAV ;  
CRAMIF ;  
Associations AFI, ANPAA.

Ainsi, de multiples initiatives (création de groupes de travail, de groupes projets, de coordinations territoriales...) ont été engagées, en vue :

- > de favoriser les rencontres entre professionnels ;
- > de renforcer la communication entre les professionnels ;
- > de développer des référentiels et des réflexions collectives sur des thématiques complexes (absentéisme, insertion professionnelle, hébergement d'urgence, mariages forcés, excision...);
- > de mettre en commun des ressources et des informations ;
- > de faciliter la complémentarité et la cohérence des interventions de chacun ;
- > de développer des projets de prévention et de promotion de la santé.

### **> Organisation trimestrielle de réunion inter-services entre partenaires à La Courneuve**

#### **Constat**

Dans les villes à forte proportion immigrée, la question de l'accès des habitants aux droits (et notamment, par la loi du 27 juillet 1999, à la Couverture Maladie Universelle) est absolument cruciale. Ainsi, sur les 35 000 habitants de La Courneuve, il est probable qu'un habitant sur cinq ne jouisse pas de tous ses droits en matière d'aide sociale et de santé. Il est donc indispensable qu'existe une parfaite entente entre les diverses institutions, afin d'obtenir la plus grande efficacité possible dans le traitement des personnes à couvrir.

#### **Objectifs**

Meilleur accès aux droits des personnes, notamment par :

- > une meilleure connaissance des institutions intervenant sur la commune ;
- > une articulation entre les différentes actions engagées ;
- > une meilleure information des partenaires sur les nouvelles procédures ayant trait à l'accès aux droits ;
- > une meilleure détection des personnes en rupture de droits et ouverture des droits plus rapide.

#### **Déroulement de l'action**

Le coordinateur de l'Atelier Santé Ville organise une réunion par trimestre avec les représentants de toutes les institutions en charge de la santé, de la couverture sociale et médicale, de l'accueil des tra-

vailleurs migrants, de l'insertion, etc. C'est-à-dire comptant en tout une vingtaine de personnes.

Outre la meilleure connaissance de chaque institution auprès de toutes les autres que génèrent ces contacts fréquents et ce travail en commun, ces réunions ont un rôle plus précis : la CPAM peut rapidement présenter, expliquer et diffuser les innovations en matière de couverture médicale, les nouvelles procédures, les nouveaux formulaires à remplir, etc. Ainsi chacune des parties présentes à ces réunions se trouve dans un délai relativement bref mise au fait du fonctionnement des procédures administratives internes à chaque institution. Le foyer de travailleurs migrants a, par exemple, pu mettre en œuvre des séances d'explication des procédures de remboursement auprès de ses pensionnaires, qui découlent de manière tout à fait directe de ces réunions trimestrielles.

Inversement, les acteurs sociaux de terrain peuvent, lors de ces réunions, rapporter auprès des représentants de la CPAM les nouveaux problèmes auxquels ils sont confrontés, permettant éventuellement une adaptation plus rapide de la caisse primaire aux cas inédits.

### ***Acteurs mobilisés***

Les représentants de toutes les institutions en charge de la santé, de la couverture sociale et médicale, de l'accueil des travailleurs migrants, de l'insertion, etc. d'un territoire.

## ***> Création d'une feuille bimestrielle réalisée par les professionnels à Dugny-Blanc Mesnil***

### ***Constat***

Le développement de réseaux médico-sociaux constitue un des objectifs des Ateliers Santé Ville défini dans la note de cadrage du 13 juin 2000. Lors des diagnostics Atelier Santé Ville intercommunal et santé des jeunes (Le Blanc-Mesnil), les professionnels interrogés ont formulé la demande de renforcer la connaissance des partenaires des secteurs sociaux, sanitaires et éducatifs. Les professionnels exprimaient en effet un besoin de connaissance des différents interlocuteurs, des missions, des fonctionnements institutionnels et des actions de prévention développées sur le territoire.

### ***Objectifs***

- Améliorer l'information des professionnels sur :
- > les projets de prévention, de promotion de la santé et de renforcement de l'accès aux soins et aux droits ;
  - > les missions des institutions des secteurs de la santé, de la solidarité et de l'éducatif ;
  - > les missions des professionnels de ces institutions ;
  - > l'agenda des réunions de coordination ou des temps de formation ;
  - > les nouveaux venus.

Développer la formation sur les « *bonnes pratiques* » en promotion de la santé : diagnostic, évaluation, partenariat...

Meilleure connaissance des professionnels entre eux, et développement des réseaux.

#### **Déroulement de l'action**

Rédaction d'une feuille bimestrielle d'information.

Propositions d'articles par des professionnels de l'Atelier Santé Ville, leurs partenaires ou tout professionnel désireux de partager une information.

Rédaction d'articles par des professionnels locaux selon une grille d'écriture.

Relecture par les professionnels des Ateliers Santé Ville.

Envoi du Lien à l'ensemble des 2200 professionnels des secteurs sanitaire, social, éducatif du Blanc-Mesnil et de Dugny.

Publication sur le site : <http://asv.bm.du.free.fr/>

#### **Acteurs mobilisés**

Services municipaux (enfance, jeunesse, de santé...);

Institutions : Education Nationale, ASE, services sociaux, mission locale, CMPP, CRAMIF, CAF, Sécurité sociale, PMI, PJJ...;

Associations : UNAFAM, FIRST.

De nombreuses actions ont également contribué à développer les réseaux d'acteurs. En effet, dans un certain nombre d'Ateliers Santé Ville, les acteurs sociaux et de santé ont exprimé leurs besoins :

- > d'espaces de développement de projets collectifs de prévention/promotion de la santé ;
- > d'espaces de prise en charge concertée des situations complexes.

#### **ILLUSTRATION >**

### **LES RESAD**

**(RÉUNION D'ÉVALUATION DE SITUATIONS D'ADULTES EN DIFFICULTÉ)  
SANTÉ MENTALE ADULTE À AUBERVILLIERS**

« *Face aux situations complexes - avec l'imbrication de difficultés sociales, sanitaires et de la souffrance psychique- il nous fallait trouver des modalités de travail pour déjouer la logique de la patate chaude* », résume, avec humour, le docteur Pilar Giroux, coordinatrice de l'Atelier Santé Ville du volet santé mentale de la ville d'Aubervilliers qui explique : « *C'est certes dommage mais la vérité m'oblige à dire que l'on peut aussi entrer en concurrence les uns avec les autres : les cas complexes - qui demandent donc une réponse très bien coordonnée entre les différents acteurs qui interviennent - peuvent faire les frais de cette logique contreproductive* ». Cette époque, semble-t-il, est révolue. Partant, en effet, d'une coordination déjà

existante autour de la protection des enfants, l'Atelier Santé Ville d'Aubervilliers a eu l'idée de mettre en place un dispositif similaire à l'attention d'une part des adultes et d'autre part, plus récemment, des personnes âgées.

La ville d'Aubervilliers est bien dotée en matière de santé mentale : plusieurs structures (Centre médico-psychologique, Centre d'accueil et de crise, Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, Hôpital de jour... ) existent sur la ville et différents partenariats entre le secteur psychiatrique et des acteurs sociaux et sanitaires permettent de trouver des solutions adaptées à de nombreux cas. Pour autant, face à la difficulté de se représenter à l'identique des notions telles que « *maladie psychiatrique* » ou « *souffrance psychique* », le travail des partenaires impliqués devenait parfois très difficile.

Avec les RESAD<sup>89</sup>, le volet de santé mentale, développé par l'Atelier Santé Ville, vise du coup à favoriser l'articulation et la mise en commun des compétences diverses dans le secteur de la psychiatrie publique ainsi que celles d'autres acteurs sanitaires et sociaux.

*« Pour ces publics (jeunes, adultes, seniors), les acteurs et les attentes ne sont pas les mêmes. La démarche toutefois de mobilisation du réseau des professionnels pouvait, elle, être reproduite afin de favoriser une approche pluridisciplinaire de la population confrontée à la précarité et à la souffrance psychologique »,* reprend le docteur Pilar Giroux.

C'est à partir de ce constat que la coordination de l'Atelier Santé Ville de la commune a mis en place en 2001 des réunions mensuelles autour de situations psychosociales complexes concernant des adultes ou des familles. En 2003, 24 cas ont été discutés. Un nombre similaire de cas a été traité en 2004. *« Nous nous étions rendus compte que la réponse aux situations complexes n'était pas aisée pour les professionnels. D'un côté ce n'était pas un choix évident pour les psychiatres que de répondre à une souffrance, dont l'origine, prenait racine dans les conditions de vie des habitants. De l'autre, par exemple, les services sociaux de la ville, considéraient n'être pas en mesure d'aider seuls ces populations. »*

La RESAD tâche d'élaborer avec l'ensemble des acteurs, une ou plusieurs stratégies qui permettent d'avancer en respectant les domaines d'intervention de chacun mais sans surtout tomber dans le « *saucissonnage* » des situations. Un comité de membres permanents pilote ces réunions mensuelles (la directrice adjointe du service social municipal, un médecin du centre municipal de santé, la responsable adjointe de la Mission Locale, la coordinatrice Atelier

<sup>89</sup> Réunion d'évaluation de situations d'adultes en difficulté

Santé Ville « *santé mentale* » ainsi que le psychiatre responsable du Centre d'Accueil et de Crise du secteur psychiatrique). A chaque réunion, trois dossiers sont étudiés, à raison d'au moins une heure pour chaque. « *Nous ne sommes saisis que de situations complexes pour lesquelles les professionnels demandent l'aide ou l'avis de certains de leurs confrères* ». A la fin de l'examen du dossier, les membres du RESAD établissent une série de recommandations basées sur la construction d'un consensus. « *Il s'agit de faire émerger une réponse commune. Pas de proposer différentes hypothèses* ». A titre d'exemple, on retiendra les préconisations destinées au suivi de l'un des cas : en premier lieu, une hospitalisation de jour avec un bilan de santé de sortie de sevrage a été recommandée. Dans un deuxième temps, la RESAD a préconisé la post cure du malade dans une maison de repos. Parallèlement, il a conseillé d'effectuer une demande de tutelle avec un accompagnement. Enfin, le groupe de travail sur la santé mentale des adultes s'est engagé sur un suivi alcoolémique du patient auprès du Centre médical de santé de la ville. Le dossier devant in fine revenir auprès de la commission pour éventuellement ajuster ses recommandations.

## La promotion de la santé

Les Ateliers Santé Ville ont également été à l'origine de l'organisation d'un certain nombre de manifestations autour des problématiques de santé. Ces manifestations suivent bien souvent plusieurs ambitions :

- > l'implication des populations concernées dans la conception, le montage, l'organisation de ces manifestations, permettant d'aborder les questions de santé au plus près des préoccupations de ces dernières, mais également de les mobiliser directement autour de ces questions ;
- > l'information et la communication « *grand public* » permettant de diffuser largement des messages auprès de l'ensemble des populations ;
- > le caractère « *festif* » de ces manifestations, permettant aux intervenants de rencontrer les populations sur leurs lieux de vie pour aborder la santé dans un cadre autre que celui du soin, et plus particulièrement, aller à la rencontre des publics qui ne consultent pas régulièrement de médecins.

### **> Le Village Santé au sein des fêtes de quartier à Nanterre**

#### **Constat**

De nombreuses personnes, dans les quartiers, ne viennent pas spontanément dans les structures d'accueil. Il convient de créer les conditions favorables pour les rencontrer dans leurs lieux de vie, et aborder les problématiques de santé qui les concernent, de façon à les sensibiliser sur ces questions.

#### **Objectifs**

Permettre à chacun de disposer d'informations relatives aux déterminants de santé pour devenir un acteur responsable de sa santé et de contribuer à celle de tous. Le contexte festif permet d'aborder la santé dans sa globalité et notamment l'intérêt de la prévention.

Enfin, les fêtes de quartiers sont l'occasion de valoriser l'engagement de la municipalité pour l'accès égal de tous aux soins et à la préven-

tion, en présentant notamment les nombreuses actions et structures municipales dédiées à la santé.

### **Déroulement de l'action**

La première intervention du Service de la santé aux fêtes de quartiers a eu lieu en 1999. Cette intervention faisait suite à la réalisation du diagnostic-santé qui mettait en exergue, entre autres, les problèmes de santé des habitants du quartier liés à des déséquilibres alimentaires (obésité, diabète ...).

Dans la continuité des actions de santé communautaire ou « *participative* » initiées sur le quartier, le service de la Santé a organisé, en 2000, un « *Parcours du cœur* ». L'objectif était d'inciter à la pratique régulière d'une activité physique afin de prévenir les maladies cardiovasculaires.

Depuis 2001, l'intervention du service de la Santé prend la forme d'un « *Village Santé* » qui permet d'aborder plusieurs déterminants de santé de manière ludique et cohérente et s'étend à différents quartiers.

Le service de la Santé propose des informations santé et des dépistages anonymes et gratuits à travers le parcours du « *Village Santé* » organisé en différents stands : « *Equilibre alimentaire* », « *Espace Santé Jeunes* », « *Santé bucco-dentaire* », « *Dépistage du diabète* », « *Sport et santé* », « *Prévention des maladies cardio-vasculaires* », « *Ateliers équilibre/mal de dos* ».

Au terme de leur parcours du « *Village Santé* », les participants ont la possibilité de faire un « *bilan* » au cours d'un entretien individuel avec un médecin qui, en fonction des résultats aux différents dépistages, informe et éventuellement oriente les participants vers les structures de soins.

A leur arrivée dans le « *Village Santé* », les participants se voient remettre un « *Passeport Santé* » dans lequel les intervenants notent les résultats des différents dépistages ainsi que le bilan réalisé par les médecins en fin de parcours. Le Passeport Santé distribué aux participants leur permet de repartir avec des informations médicales d'ordre général mais également propres à leur état de santé ; par ailleurs, il permet au service de la santé d'établir des statistiques quantitatives et qualitatives sur l'état de santé des participants, enrichissant les connaissances des problèmes de santé (y compris dans le cadre de l'Observatoire Local de la Santé en cours de constitution) afin de mettre en place des actions toujours plus proches des besoins des habitants.

### **Acteurs mobilisés**

10 et 15 intervenants du service de la Santé (médecins généralistes et spécialistes, infirmières, diététiciennes, accueillantes, assistantes de prévention...), tant pour la préparation que pour la conduite des actions.

Des associations de prévention s'associent à l'organisation du Village.

## > **Organisation d'un Forum Santé à Champigny**

### **Constat**

Accès aux soins rendu difficile par un manque d'offre de soins et de connaissance des possibilités existantes sur la ville.

### **Objectifs**

Favoriser la participation des habitants des quartiers à l'amélioration de leur santé et leur bien-être ;  
 Améliorer la visibilité des réponses en terme de santé existantes sur la ville ;  
 Permettre l'expression des habitants dans la définition des priorités locales en matière de santé publique.

### **Déroulement de l'action**

Pour développer une démarche participative, il a été proposé aux habitants, par l'intermédiaire des associations présentes sur les quartiers d'organiser des « *Forums santé* ».

L'idée est de provoquer l'implication des habitants pour l'organisation de cette manifestation en la préparant avec eux. C'est une façon de travailler sur les besoins en santé des quartiers et les réponses déjà présentes sur la ville, avec une suite immédiate dans le « *faire ensemble* ».

Une exposition présentant les différentes structures de la ville en terme de santé est envisagée permettant de l'utiliser dans les quartiers, puis par la suite dans d'autres manifestations de la ville.

Les associations sont parties prenantes de ces forums en proposant certaines actions de prévention, en organisant des mini-débats sur des thèmes qu'elles définiront ensemble. Les outils utilisés sont « *participatifs* », comme du théâtre forum, des jeux, ou autres outils à définir. Ces journées ou demi-journées se terminent sur des actions festives (concert, théâtre, danses, repas...), avec l'appui des associations de proximité, les coordinateurs sociaux et Amicales de locataires, ....

Des « *Assises de la Santé* » centrales pourraient ensuite permettre de reprendre les actions phares des Forums Santé des quartiers. Cela permettrait une visibilité auprès de tous les habitants de la ville et des professionnels de la pratique d'une politique santé citoyenne à Champigny. La question de temps est importante à prendre en compte si l'on veut construire avec les habitants.

De même le contenu est un contenu prévisionnel, sachant que l'idée principale est d'organiser des événements sur les quartiers sur des problématiques de santé choisies avec les habitants. Le choix se fera avec différents groupes d'habitants et un comité de suivi par quartier permettra de coordonner les différentes initiatives.

Un comité de pilotage constitué des représentants des services de la ville concernés (Santé, Jeunesse, Solidarité, Communication...), des associations, et d'un représentant des comités de suivi sur les quartiers est mis en place.

#### **Acteurs mobilisés**

Services de la ville concernés (Santé, Jeunesse, Culture, Politique de la Ville, Communication...), associations de la ville et associations de proximité, institutions socio-sanitaires, Mission Locale, CRAMIF...

### **> Mise en place d'espaces conviviaux d'échanges sur la santé et le bien-être à Ivry/Vitry**

#### **Constat**

Cette action s'inscrit en continuité du travail réalisé avec les habitants lors de l'élaboration du diagnostic santé en 2003 en créant les conditions de l'expression des besoins et les possibilités de réponses à ceux-ci. Le travail sur l'estime de soi et son rapport aux autres est un axe de ce travail. L'un des éléments du diagnostic pointait notamment l'isolement des personnes, et leur difficulté à exprimer leurs problématiques de santé.

#### **Objectifs**

Améliorer la connaissance de la santé des participants et baisser le sentiment d'isolement ;  
Permettre aux habitants de s'exprimer et d'élaborer leurs propres réponses à leurs problèmes de santé ;  
Amélioration des relations intergénérationnelles et interpersonnelles.

#### **Déroulement de l'action**

Un jeudi par mois à 18h30, un temps convivial d'échanges et d'expressions sur des thèmes de santé et de bien-être choisis par les participants.

La formule retenue est basée sur le modèle de la « *veillée d'antan* ». Après un accueil autour d'un apéritif, avec une disposition des chaises en demi-cercle il est demandé aux participants d'écrire sur post-it™ un mot ou une phrase en rapport avec le thème. En fonction de ce qui a été écrit, les participants réagissent et proposent des regroupements. Les thèmes à aborder sont définis avec les habitants participant à la veillée santé. Les conditions de l'expression des participants sont favorisées par une technique d'animation adaptée. Les habitants participent à l'élaboration et la validation des comptes rendus de ces rencontres.

#### **Acteurs mobilisés**

Centre Municipal de Santé (médecin, chargé de mission, infirmières) ;  
Centre Médico Psycho Pédagogique ;  
Troupe théâtrale les Bergers en Scène ;

Club de Prévention Espoir ;  
Associations Locales.

Certains Ateliers Santé Ville mobilisent également un certain nombre de supports (films, pièces de théâtre, jeux, exposition...), prétextes à engager des débats avec les habitants sur les thèmes du bien-être, créer du lien social, et approcher ainsi les problématiques de santé des populations.

## **> Action de revalorisation de l'estime de soi, Ivry**

### **Constat**

La baisse de l'estime de soi, qui peut être la conséquence de nombreux facteurs et événements comme la situation économique ou les conflits familiaux, entre autres, entraîne le repli et l'isolement.

Le diagnostic élaboré en 2003 montrait la nécessité d'actions ayant pour but de rompre les isolements, améliorer les relations au sein d'un quartier et de favoriser l'accès aux structures d'aide et de soins.

Dans un souci de développement du lien social et de travail sur l'estime de soi, ce projet doit permettre la formation d'un groupe d'habitants avec le soutien d'une compagnie théâtrale (auto support).

Le groupe écrira et produira en public son travail.

### **Objectifs**

- > Améliorer l'estime de soi des participants ;
- > Diminuer le sentiment d'isolement ;
- > Amélioration des relations intergénérationnelles et interpersonnelles au sein d'un même quartier.

### **Déroulement de l'action**

Avec le soutien d'une compagnie théâtrale et de personnes ressources sur le quartier Ivry-Port, un groupe d'habitants est constitué afin de produire ensemble en s'appuyant sur leur vécu et leur quotidien un scénario. Celui-ci est travaillé afin d'être joué en public.

Cette action a vocation à :

- > Permettre l'expression des habitants sur leur quotidien ;
- > Permettre la constitution d'un groupe multiculturel et intergénérationnel ;
- > L'outil théâtral est utilisé comme facilitateur.

### **Acteurs mobilisés**

Centre Municipal de Santé  
(médecin, chargé de mission, infirmières) ;  
Centre Médico Psycho Pédagogique ;  
Troupe théâtrale les Bergers en Scène ;  
Club de Prévention Espoir ;  
Associations Locales.

ILLUSTRATION >

**CAP SANTÉ À GRASSE**

C'est sans doute l'événement phare de Grasse (06) en matière de santé publique : la Ville de Grasse par l'intermédiaire de son Observatoire santé social – Atelier Santé Ville géré par le CCAS organise « *Cap Santé Grasse* », une importante manifestation, ouverte au grand public, du plus jeune au plus âgé, sur le thème de la santé. L'objectif de ces journées ? La diffusion d'un message de prévention et la sensibilisation des habitants à la sauvegarde de leur capital santé. Attention toutefois, pas question de grand laïus ou de cérémonie un rien pompeuse : La valorisation de l'action sanitaire passe d'abord par un message positif, quasi récréatif, afin d'inciter le grand public souvent réfractaire aux thématiques abordées, à s'intéresser à ces sujets difficiles, parfois même tabous. « *Plutôt que de mettre en avant les problématiques de santé publique sous la forme d'une série de stands où seraient présentés les risques liés à des comportements ou des modes de consommation, notre volonté a été de privilégier une conception positive de la santé avec la création d'ateliers dynamiques, interactifs et servant de tremplin pour aborder dans un second temps les problématiques de santé* », avance Elisabeth Bruno, chargée de mission à l'Observatoire de santé social du CCAS de Grasse et coordinatrice pour la ville de l'Atelier Santé ville.

La première session de « *Cap Santé Grasse* » a réuni, en 2004, sur deux jours quelques 1500 personnes. Des scolaires notamment, y ont été associés et ont effectué la visite. Pour la seconde mouture, la Ville de Grasse prévoit de passer de 17 à 25 stands. Soit tout de même quelque huit thématiques nouvelles pour 2005. C'est ainsi qu'en complément des thèmes traités l'an dernier (Ville de Grasse et santé, nutrition, sécurité routière, addictions, sexualité-prévention, souffle, sensibilisation aux facteurs de risques cardio-vasculaires, sport, sommeil, bruit, bien vieillir, gestes d'urgence, hygiène dentaire, gestes de premiers secours), d'autres ateliers dédiés aux dépistages visuels, à la prévention des allergies voire à une présentation de la podologie sont prévus « *La présence de la podologie peut surprendre. Mais nous avons été alertés par les infirmières scolaires d'un problème de santé – position des pieds inadaptée, développement des mycoses – du fait du développement chez les jeunes de la basket, portée de surcroît sans lacets attachés.* »

Installée en centre ville, à l'intérieur du Palais des Congrès et sur le cours Honoré Cresp, « *Cap Santé Grasse* » se déroulera du 21 au 22 octobre prochain. Outre les stands, des tables-rondes ainsi que des animations spécifiques seront organisées.

Pour attirer le grand public, les organisateurs de la manifestation escomptent mobiliser leurs partenaires comme le Conseil Général, le

Conseil Régional, l'Etat, les caisses de retraites, certaines mutuelles ou des laboratoires privés, qui diffuseront l'information sur la manifestation par leur propre réseau. D'ores et déjà, la majorité des professionnels du secteur sanitaire et social y sont intégrés (DDASS, Sécurité Routière, Conseil Général, médecins libéraux, hôpitaux, médiateurs santé, éducation nationale, plate-forme gérontologie, association de personnes handicapées, école d'infirmières, Service Communal d'Hygiène et de Santé, associations de prévention santé.) « *La réussite de cet événement, nous le devons aussi à tout le travail de mise en réseau et de coordination effectué en amont, depuis la création de l'Atelier Santé Ville.* »

En matière de prévention du cancer, en particulier du cancer du sein ou du colon, la ville de Grasse a voulu, à l'occasion de cet événement, organiser un stand sur cette thématique, en trouvant des biais pour aborder le cancer sans le citer, afin de rester dans l'esprit global de la manifestation qui veut en priorité aborder la santé sous son aspect positif. Des élèves de troisième seront par ailleurs impliqués dans l'élaboration de cet atelier : La manifestation va ainsi leur permettre de travailler en collaboration avec des intervenants spécialisés, et un encadrement, pour construire cet atelier. Au delà, il s'agit aussi d'organiser leurs réflexion sur ce thème et de présenter ensuite leurs travaux en classe.

Autre animation, pour dynamiser l'échange avec le grand public, l'Atelier Santé Ville de la ville de Grasse a fait appel à une troupe de théâtre interactif, l'Association Entr'act. Ce groupe a créé différents scénarios autour de la santé comme les conduites addictives (dont l'alcool), les violences (intra familiale), la sexualité (en particulier l'IVG), voire un apprentissage de l'écocitoyenneté avec un travail plus spécifique sur l'environnement. « *Cette troupe joue d'abord la pièce. Elle recommence ensuite en demandant aux spectateurs d'intervenir si quelque chose dans la scène les gêne ou les choque. Si l'un d'entre eux intervient, les comédiens l'invitent à venir présenter avec eux sa propre vision, sa propre réflexion sur le thème donné. Cela marche réellement très bien. Et c'est un moyen de plus impliquer les habitants, les jeunes bien sûr mais pas seulement.* »

Cette manifestation se veut un temps fort de la politique en santé publique de la ville de Grasse, mais elle est également un moyen de favoriser au quotidien, entre chaque CAP SANTE, la mise en place d'actions de prévention. Ainsi de l'organisation depuis trois ans de la journée de l'asthme, de celle de conférences thématiques santé, de la programmation de messages d'information santé dans le journal municipal, ou de la mise en place de groupes thématiques destinés aux professionnels pour développer la dynamique de réseau et l'émergence de projet. C'est en ce sens que Cap Santé Grasse entend devenir un rendez-vous annuel de prévention santé, véritable vitrine locale du travail des acteurs de la santé publique.

## > La carte « Ressources Santé » à Mantes la Jolie

### **Constat**

Les publics les plus en difficulté nécessitent une prise en charge spécifique et un accompagnement adapté, c'est pourquoi l'orientation peut se révéler décisive. Or, le diagnostic révèle une méconnaissance de chacun des acteurs agissant dans le cadre de la santé par les publics, mais également entre les acteurs eux-mêmes, et donc des difficultés de prise en charge et d'orientation des jeunes.

### **Objectifs**

Contribuer à l'amélioration de la prise en charge et de l'orientation, par les professionnels, des jeunes en difficulté ;  
Informer les jeunes du territoire des structures existantes sur la ville ;  
Transmettre aux jeunes un outil leur permettant de promouvoir leur santé et leur autonomie.

### **Déroulement de l'action**

Constituer un groupe de travail auquel des jeunes ont été associés ;  
Recenser l'ensemble des structures du secteur médical de la ville ;  
Réaliser la carte et la diffuser à l'ensemble des professionnels intervenant auprès de jeunes. Par la suite la diffuser sous un format simplifié aux jeunes....

Déclinée sous un format A5, la carte « ressources santé » est un plan géographique de la ville de Mantes-la-Jolie sur lequel sont identifiées les structures santé. On y trouve l'ensemble des centres ou associations agissant dans le cadre de la santé au niveau mental, physique ou social. Pour chaque structure sont indiqués le public ciblé, les missions, les coordonnées et horaires d'ouverture. De plus, il est indiqué quel type de prise en charge est effectué : accueil, information, orientation ou prise en charge en soins.

La carte « ressources santé » a été présentée officiellement le 6 décembre 2005 en présence d'une quarantaine de professionnels issus de divers structures : services de la préfecture, services de l'éducation nationale (infirmières de collèges de Mantes-la-Jolie), associations agissant dans le champ médico-social, services de police de la ville, services de droit commun (CPAM des Yvelines, Espace Territorial...), services sanitaires et sociaux (centre médicaux psychologiques), services de la ville de Mantes-la-Jolie et services de la ville de Mantes La Ville. Chaque personne présente a reçu une ou plusieurs cartes. Au total, ce sont plus d'une vingtaine de structures de champs différents qui sont actuellement en possession de cette carte. De plus, après cette première diffusion, plusieurs professionnels, en majorité issus des services de l'Education Nationale (infirmières scolaires) ont contacté l'Atelier Santé Ville afin d'obtenir la carte. La diffusion de cet outil aux autres acteurs concernés qui n'étaient pas présents lors de la présentation est en cours de réalisation.

**Acteurs mobilisés**

Comité des Yvelines d'Education pour la Santé ;  
Foyer de Jeunes travailleurs ;  
Associations.

**> Edition d'un livret comprenant un guide sur les questions de santé ainsi qu'un annuaire des professionnels de santé à La Courneuve**

**Constat**

La Ville de La Courneuve avait déjà, en 1996 et 1998, édité un guide à l'usage de ses habitants sur les questions de santé et les ressources présentes sur son territoire. Ce guide avait été fort bien accueilli, aussi bien par les professionnels que par la population, à tel point qu'ils en réclamaient la mise à jour et la réédition. En effet, nombre d'adresses et de coordonnées n'étaient plus actuelles, certains professionnels de santé avaient quitté leurs fonctions, d'autres s'étaient récemment installés, de nouveaux dispositifs de santé avaient été mis en place. En outre, un certain nombre de personnes avaient des difficultés d'accès aux informations contenues dans ce document.

**Objectifs**

Meilleure connaissance des ressources présentes sur le territoire communal en matière de santé ;  
Meilleure connaissances des différentes spécialités médicales ;  
Effort de lisibilité fait à destination des personnes analphabètes ou lisant mal.

**Déroulement de l'action**

Après six mois de travaux d'actualisation, de rédaction et de conception graphique, le guide-santé de La Courneuve pouvait paraître à la fin 2003.

Ce guide comprend l'inventaire exhaustif de tous les ressources de santé de La Courneuve : hôpitaux de proximité, services d'urgence, CMS, médecins généralistes, spécialistes, laboratoires d'analyses, professions paramédicales (infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, opticiens, ambulanciers, etc.). Un court paragraphe de description de chaque profession précède la liste de ses membres.

Un gros travail de lisibilité a été fourni : cohérence graphique des titres, réseaux de couleurs, etc. Les concepteurs du guide ont apporté un soin tout particulier à mettre en regard du texte un jeu de pictogrammes permettant d'identifier rapidement les différents corps de métier et les différentes spécialités (une croix verte indiquant les pharmacies, un cœur indiquant les cardiologues...). Ce guide s'adresse en effet à des personnes lisant peu ou mal, se repérant difficilement dans un livre. La mise en page facilite donc leurs recherches.

De même, la maquette donne un relief particulier aux services peu connus dont la population peut cependant avoir besoin.

Ce guide insiste tout particulièrement sur les services de prévention (dépistage anonyme du Sida, CCAS, PMI, Planning familial, Centres de vaccination, Médecine scolaire) ainsi que sur les consultations intéressant en priorité les populations dites à risques (Centres de soins spécialisés aux toxicomanes, consultations de prévention des MST, consultation de pneumologie et de soins aux patients tuberculeux, consultations psychiatriques et psychologiques). Lorsqu'un service entre dans plusieurs catégories en même temps (dépistage des MST et aide aux toxicomanes, par exemple), la notice du service en question figure in extenso sur le guide autant de fois que nécessaire.

Un premier tirage de 7000 exemplaires a été réalisé. La distribution dans les boîtes aux lettres n'ayant pas apporté de résultats convainquants au cours des campagnes antérieures, le personnel de l'Atelier Santé Ville a choisi de le déposer en libre service à proximité de toutes les files d'attente. Ainsi, des piles de guides ont été mises à la disposition des habitants dans les administrations, les postes, les ANPE, les services sociaux, les centres de santé, les pharmacies, de façon à ce que les usagers puissent tirer profit des temps d'attente.

Un retraitage de 5000 exemplaires est prévu prochainement ; la mise à jour du guide sera désormais régulière.

#### **Acteurs mobilisés**

Les acteurs de l'Atelier Santé Ville.

## Les populations ciblées

### **> La mise en place d'un club santé pour les adolescents à Dugny-Blanc Mesnil**

#### **Constat**

Pour certains jeunes, la santé n'apparaît pas comme une préoccupation majeure sauf lorsqu'ils doivent faire face à des situations d'urgence. Pourtant, ils adoptent divers comportements susceptibles de mettre en danger leur santé et ils manquent de connaissances sur le corps. Ce constat a été partagé par un grand nombre de professionnels des secteurs éducatif, social, sanitaire lors du diagnostic santé intercommunal.

#### **Objectifs**

Mobilisation des jeunes par rapport à leur santé ;  
Renforcement des pratiques professionnelles en matière d'éducation pour la santé ;  
Transfert de compétences entre les professionnels de santé et de l'animation.

### **Déroulement de l'action**

En juin 2004, les pôles de services ont organisé une journée de sensibilisation et de prévention santé à destination des jeunes de 12 à 16 ans. Différents ateliers (sur l'alimentation, la sexualité, les produits psychoactifs, les relations filles-garçons et parents-enfants, le bien-être et le mal-être...) étaient proposés. Une centaine de jeunes a participé à cette action.

En 2005, les professionnels des pôles ont choisi de reconduire l'action sous la forme d'une rencontre par trimestre. Au cours de chaque « *après-midi santé* », une thématique spécifique était abordée à travers trois ateliers. 50 adolescents ont participé à ces après-midi santé. Depuis septembre 2005, un club santé (rencontres mensuelles) a été mis en place. Cette action mobilise une quinzaine d'adolescents de 11 à 14 ans. Les thèmes abordés sont choisis par ces derniers (puberté, sida, tabac...).

### **Acteurs mobilisés**

Professionnels des pôles de services ;  
 Infirmière du service communal d'hygiène et de santé du Blanc-Mesnil ;  
 Professionnels des centres municipaux de santé ;  
 Centre Départemental de Dépistage et de Prévention Sanitaires (C.D.D.P.S.) ;  
 Professionnels du champ éducatif (centre social, service jeunesse, Education Nationale...) ;  
 Service d'éducation pour la santé de la CPAM ;  
 Association Phare Enfants Parents.

### **> Action croisée de promotion de la santé auprès des enseignants et directeurs ainsi que d'élèves d'un collège de Champigny**

#### **Constat**

La santé mentale de l'adolescent avait, à Champigny, été identifiée comme un domaine d'action prioritaire à l'issue du diagnostic de santé, et des grandes réunions de concertation réalisées avec tous les partenaires de l'Atelier Santé Ville.

Toutefois, à la rentrée suivante, la situation devenait intenable : le mois de septembre ne s'était pas encore achevé que quinze actes d'agressivité et d'incivilité avaient déjà été recensés au collège, et que trois conseils de discipline étaient prévus. La direction et le personnel du collège souhaitaient alors mettre d'urgence en place un dispositif.

En outre, les professeurs désiraient acquérir une plus grande connaissance des troubles du comportement et de l'équilibre psychique, pour mieux les comprendre et mieux en tenir compte dans l'exercice de leur fonction. En effet, comme souvent dans les collèges de ZEP, les professeurs étaient majoritairement jeunes, peu expérimentés, et arrivés

de fraîche date dans l'établissement. Le collège cumulait donc deux handicaps : le manque de préparation des professeurs aux typex d'élèves auquel ils se trouvaient confrontés, l'absence d'une équipe pédagogique stable en raison de la fréquence des mutations.

Ainsi, la direction du collège sollicita la ville pour mettre en place un dispositif pouvant à la fois satisfaire les enseignants et encadrer les élèves. L'Atelier Santé Ville a été chargé de réunir les différents acteurs du projet et d'en assurer le suivi.

### **Objectifs**

Faire en sorte que les professeurs du collège acquièrent une vision fine et éclairée des problèmes et difficultés scolaires se manifestant par des comportements inadaptés à la vie scolaire ;  
Lancer auprès de quelques jeunes une démarche artistique leur permettant de développer une meilleure image d'eux-mêmes ;  
Améliorer leur estime d'eux-mêmes.

### **Déroulement de l'action**

L'action s'est structurée autour de deux axes :

- > Lancement d'un groupe de réflexion et d'échanges sur les problèmes de comportements des élèves portant préjudice à une scolarité normale (enseignants du collège et médecins du CMPP) ;
- > Animation du groupe « Bien dans sa peau » à destination des adolescents.

Ces deux volets participent d'une même démarche ; ils sont indissociables. Le rôle de l'Atelier Santé Ville a précisément veillé à la mise en relation des deux aspects.

Le groupe de réflexion s'est donc constitué autour des professeurs du collège qui le souhaitaient ainsi que de certains psychiatres et psychologues du Centre Médico-Psycho-Pédagogique. Les deux parties ont convenu d'un calendrier de réunions bimensuelles, de rencontres et de mises en commun de leurs expériences propres. Ces réunions ont permis aux psychiatres d'informer les enseignants des différents troubles et de leurs manifestations, de les convaincre de la nécessité d'un traitement personnalisé et concerté de chaque cas, et de l'absence de toute solution rapide ou préformée. Ces séances de réunion se déroulent désormais sans que l'Atelier Santé Ville ne soit sollicité, signe que la collaboration est fructueuse de part et d'autre.

Par ailleurs, il a été convenu d'encadrer un petit groupe d'une douzaine de jeunes adolescents, en échec scolaire, recommandés par leurs professeurs et volontaires pour participer au projet. Y prennent part les psychologues du « *Point Ecoute* » de Champigny ainsi qu'un professeur d'arts plastiques, rémunéré comme prestataire de l'opération. Les adolescents ont été réunis à la faveur des vacances de février 2004 ; les rendez-vous ont été par la suite établis par quinzaine. Ils ont pu

ainsi parler ensemble de la manière dont ils se voyaient ainsi qu'élaborer un véritable travail autour de leur manière de se percevoir les uns les autres. Chacun devait en effet photographier un membre du groupe en le présentant à son avantage, et chacun devait se préparer à être soi-même photographié en ayant à cœur de donner la meilleure image de soi possible. En outre, chaque photographie devait s'accompagner d'un texte, écrit par l'auteur de la photo et son sujet, expliquant brièvement ce qu'ils avaient souhaité y montrer. Ainsi se trouvaient liés intimement débat collectif, expression artistique, expression écrite individuelle ainsi que travail de l'image corporelle et vestimentaire.

Ce travail de groupe a abouti à l'exposition d'une trentaine de photographies, tirées en grand format, et exposées au collège en décembre 2004, ainsi qu'à la réalisation d'un DVD d'une quinzaine de minutes contenant les moments les plus emblématiques et les réflexions les plus intéressantes menées au cours de cette année de travail en commun.

#### **Acteurs mobilisés**

CMPP, Collège, Point Ecoute.

#### **ILLUSTRATION >**

#### **DES ACTIONS EN FAVEUR DE LA POPULATION TZIGANES, À ARLES**

Depuis le moyen âge, le pèlerinage aux Saintes-Marie de la Mer attire plusieurs milliers de gitans, venus de l'Europe tout entière voire du monde, se recueillir devant les reliques des deux saintes, patronnes de la ville, Marie-Jacobé et Marie-Salomé, et vénérer Sainte Sara, patronne des gitans. Terre d'accueil, la Camargue a vu progressivement se sédentariser une population de tziganes et de gitans. Ce qui ne va pas sans poser des difficultés d'intégration. À Arles en particulier, certains gitans habitent désormais dans des quartiers, près du centre-ville (celui de La Roquette et celui de Barriol) ; d'autres tziganes occupent des aires de stationnement ou des terrains familiaux. On estime qu'ils représentent 2 % de la population de la ville. L'Atelier Santé Ville vient à peine de finaliser le diagnostic de l'offre et des besoins sanitaires de la ville. Mais d'ores et déjà, Florence Lemétayer, la coordinatrice de l'Atelier Santé Ville, considère qu'un programme à destination de cette population est vraisemblablement indispensable. « *C'est un groupe chez qui l'appréhension de la santé n'est pas évidente. On retrouve bien évidemment des caractéristiques communes sur l'ensemble du territoire. Mais les gitans ont aussi certaines spécificités dans leur rapport au médical. À une époque, par exemple, la ville a essayé de*

*former des « médiateurs sanitaires » chez les gitans. Des personnes qui, une fois sensibilisées, pouvaient aider les autres à mieux utiliser l'offre sanitaire. Or, cela a été très difficile à mettre en oeuvre. Parce que, en les formant, on les singularisait par rapport à l'ensemble du groupe. Ils ont été exclus, leur médiation refusée », explique Florence Lemétayer, coordinatrice l'atelier Santé Ville de la ville d'Arles.*

La notion de groupe chez les gitans est essentielle. C'est même un pilier central dans la relation médicale qui se définit de manière triangulaire : en plus de la relation classique entre le médecin et le malade, interviennent un ou plusieurs membres du groupe – souvent un ancien, des proches – qui aident notamment l'individu qui consulte, qu'il s'agisse de simples traductions pour la compréhension du diagnostic ou du traitement, ou d'un soutien psychologique.

Il y a peu encore, près de 180 gitans sédentarisés, vivaient sur un campement dans des caravanes et des cabanons, dans des conditions de vie très précaires. En 2004 toutefois, la ville, en collaboration avec Yaka de Gitana, une association créée en 1996 qui se charge de mieux faire connaître la culture des gens du voyage et d'accompagner les communautés tsiganes, leur a construit un lotissement dans lequel les familles se sont désormais installées.

*« Malgré la loi Besson, qui prévoit la mise à disposition de terrain d'accueil à destination des gens du voyage, Arles n'en possède pas. Il faut dire, à sa décharge, que la ville s'étend sur une zone inondable qui rend très difficile le choix d'un site, suffisamment proche, en plus, du centre ville pour que les gitans puissent tout de même aussi profiter de ses commodités », explique Florence Lemétayer, coordinatrice de l'Atelier Santé Ville de la ville d'Arles.*

Si leurs conditions de vie se sont ainsi améliorées, les gitans continuent cependant à être sujets à certaines pathologies. Au-delà de certaines maladies, comme les maladies cardio-vasculaires, dues en particulier à une alimentation déséquilibrée, une enquête menée en 2002-2003, dans le cadre d'une thèse d'état à partir des témoignages de 87 gitans d'Arles, révèle que 50 % d'entre eux, principalement les femmes, subissent une souffrance psychologique liée au stress et à l'anxiété. *« La sédentarisation n'est pas toujours très bien vécue », justifie Florence Lemétayer. Semblablement, des comportements addictifs à l'alcool ou au tabac ont aussi été mis en exergue. « Paradoxalement la demande de médicaments reste faible. Il existe un gros problème sur le suivi du traitement médical chez eux. Quant aux examens médicaux complémentaires, ils sont source d'inquiétude... », reprend-elle. Pourtant un médecin, le docteur Rabaud, intervient régulièrement.*

« Les gitans ont besoin de connaître, de faire confiance. La mise en place de la CMU, en permettant le recours à un médecin traitant, offre de réelles avancées. Mais, la prévention reste encore insuffisante » analyse Florence Lemétayer. C'est pourquoi l'Atelier Santé Ville d'Arles envisage de mettre en place des actions de prévention à destination des gitans de la ville et des alentours. Pour l'heure, ces actions ne sont pas encore définies.

### **> La santé des femmes sur un quartier pour elles-mêmes et en tant que vecteur de santé pour leur entourage à Saint-Etienne**

#### **Constat**

Suite au diagnostic santé, il est fait le constat d'un taux élevé d'enfants prématurés et de petits poids sur le quartier ainsi que d'un taux de faible participation aux séances de préparation à l'accouchement (15 %). Les femmes d'un quartier connaissent des difficultés d'accès aux soins et à l'information, ainsi qu'un manque de suivi gynécologique. En outre, le diagnostic révèle une image fortement dégradée des femmes et le fait que des femmes sont plongées dans des situations de violence, notamment conjugales.

#### **Objectifs**

Favoriser la connaissance, l'information sur des problématiques de santé des femmes ; faire connaître les filières d'accès aux soins et aux suivis ;  
 Faire prendre conscience de la nécessité de prendre soin de soi pour les femmes ;  
 Mieux appréhender les pratiques liées aux relations filles-garçons et les attitudes sexistes ;  
 Apprendre aux femmes à connaître leur corps ;  
 Prévenir les infections sexuellement transmissibles, les grossesses précoces désirées ou non désirées ;  
 Découvrir et savoir utiliser les moyens de contraception ;  
 Dédramatiser certaines représentations sociales, culturelles, relationnelles vis-à-vis de la sexualité ;  
 Aborder les interprétations sur le rapport religieux-corps/sexualité.

#### **Déroulement de l'action**

Les actions se sont déroulées autour des axes suivants :

- > Prévention et sensibilisation de la santé de la femme ;
- > Mise en place d'intervention d'éducation à la santé avec des groupes d'adultes selon différents thèmes ;
- > Mise en place d'actions de préventions en direction des adolescents et enfants (dépistage dentaire, éducation à la santé, sexualité) ;
- > Soutien aux professionnels vis à vis de la violence, sexisme entre jeunes.

Le programme s'est structuré de la façon suivante :

- > Choix d'un porteur de projet bien reconnu sur le quartier : une maison de quartier est donc proche dans ces missions des préoccupations des femmes ;
- > Choix d'accorder un temps de présence à une conseillère en Education Sociale et Familiale dont la mission est de structurer puis coordonner le projet ;
- > A partir des groupes de femmes constitués fréquentant la maison de quartier et en favorisant l'émergence d'autres petits groupes autour de leurs préoccupations, faire affiner leurs besoins et leurs demandes ;
- > Mise en place de séances d'information sur le système de santé, la CMU..., d'ateliers d'éducation à la santé, création d'un atelier cuisine, café - santé, tous supports dans lesquels une dimension éducation à la santé peut être introduite ;
- > Travail de communication et mise en lien entre les différents partenaires par nombre d'équipes techniques des Ateliers Santé Ville.

#### **Acteurs mobilisés**

PMI ;  
Education nationale ;  
Mutualité ;  
Centres sociaux ;  
Planning familial ;  
CODES ;  
Association du dépistage du cancer du sein ;  
Prévention spécialisée.

#### **> Femmes et bien-être à Achères**

##### **Constat**

Le partenariat, déjà présent, entre le Point d'Accès au Droit (PAD), le Centre d'Information des Droits des Femmes, le CCAS et le service santé souligne à la fois l'existence de freins à l'insertion des femmes dans les quartiers ainsi que les obstacles qu'elles rencontrent dans l'accès à l'information et surtout l'utilisation de cette information, dans les domaines de la santé, l'insertion socio-professionnelle et, plus généralement, l'accès aux droits.

Ainsi, le CIDFF et le PAD soulignent que le nombre de femmes victimes de violences conjugales ne cesse d'augmenter lors des permanences. D'ailleurs, le plan global de lutte contre les violences faites aux femmes (« *Dix mesures pour l'autonomie des femmes* » 2005-2007), établit qu'une « *femme sur dix était victime de violences conjugales [qui] constituent des manifestations insoutenables d'inégalités persistantes et portent atteinte aux droits fondamentaux de la personne humaine* ».

La coordinatrice santé, quant à elle, rencontre de plus en plus, lors des permanences du Point Info Santé, des femmes isolées, renfermées sur elles-mêmes, ayant une mauvaise image d'elles-mêmes, freinées dans leur démarche de la vie quotidienne.

Ainsi, l'observation de ces différents indicateurs montre qu'il existe bien un frein à l'insertion socio-professionnelle des femmes, et d'autant plus aggravant pour les femmes issues de l'immigration et résidant en ZUS.

Un des moyens d'action pour lever ces freins à l'insertion socio-professionnelle est de favoriser le bien-être, en tenant en compte des demandes des femmes dans leur globalité.

### **Objectifs**

Favoriser le bien-être des femmes pour améliorer leur insertion socio-professionnelle.

### **Déroulement de l'action**

Le projet « *femmes, bien-être et insertion* » se déroule en deux parties. Une première action de sensibilisation collective, au travers d'un forum et, par la suite, des actions individuelles par la mise en place d'un suivi des participants sur la base du volontariat.

#### **Le forum :**

Sur une journée, le forum s'organise autour de trois thèmes :

##### **> L'insertion socio-professionnelle**

L'ANPE, Le SAREF (Service d'Aide à la Recherche Emploi Formation), le CCAS... renseignent les femmes autour des questions de l'insertion.

##### **> L'accès aux droits et l'aide aux victimes**

Le Point d'Accès au Droit, le CIDFF, le bureau de police d'Achères, le travailleur social du commissariat de Conflans, une association de médiation familiale, entre autres, sont présents pour informer les femmes sur leurs droits (travail, famille...).

Et, comme le souligne le PAD et le CIDFF de Carrières sous Poissy, le nombre de femmes victimes de violences conjugales ne cesse d'augmenter lors des permanences.

##### **> La santé, le bien-être**

La coordinatrice santé et un intervenant spécialiste du travail sur l'image sont également présents.

#### **Le suivi individuel :**

Par la suite, les femmes rencontrées lors du forum se voient proposer des suivis individuels ou en petits groupes. Ces séances individuelles ont pour objectif de travailler plus en profondeur sur des problématiques « *personnelles et intimes* » (image de soi, violence conjugale et/ou familiale...)

**> La santé, le bien-être, l'image de soi**

Un intervenant spécialiste du travail sur l'image propose, sur trois jours, des ateliers « *relooking* » et travail sur le comportement, mise en situation d'entretien d'embauche...

Sur les questions de la violence conjugale et/ou familiale, un psychologue et un juriste organisent le suivi des personnes.

**> L'insertion socio-professionnelle et l'accès aux droits**

Le SAREF et le PAD assurent le suivi individuel des femmes, en cas de besoin exprimé lors du forum.

***Acteurs mobilisés***

Différents professionnels seront présents lors des séances de préparation (3 séances) et lors du forum (une journée) :

L'Espace Territorial de Poissy ;

Le CCAS d'Achères ;

Le CIDFF ;

Le PAD ;

La coordinatrice santé ;

Intervenant spécialiste du travail sur l'image ;

Un psychologue ;

Le travailleur social du commissariat ;

Le bureau de police d'Achères ;

Le SAREF ;

L'ANPE ;

La CAF ;

La Sécurité Sociale.

***> Ateliers Bien Etre auprès des jeunes dans le Grand Nancy***

***Constat***

Mauvaise image de soi des jeunes en situation d'exclusion face au marché de travail ;

Problème de stress chez ces publics.

***Objectifs***

Travailler sur le rapport à soi, à son corps, au regard de l'autre ;

Inscrire cette préoccupation dans des démarches et dynamiques d'insertion.

***Déroulement de l'action***

Avec un groupe d'une quinzaine de personnes issues des missions locales deux ateliers sont organisés deux jeudis après-midi, deux semaines consécutives :

> 1<sup>ère</sup> séance : soin du visage, maquillage...

> 2<sup>ème</sup> séance : relaxation, sophrologie, soins orientaux...

Chaque séance se termine par un goûter équilibré.

**Acteurs mobilisés**

Centre médico-social ;  
Prévention Spécialisée ;  
Communes ;  
Missions locales ;  
CCAS ;  
Maison et son Jardin ;  
CLCV, Lortie, Batigère.

**> Promotion de la santé chez les seniors à Dugny****Constat**

Isolement des seniors.

**Objectifs**

Améliorer la mobilité et l'agilité des seniors ;  
Développer le lien social et la promotion de la santé des seniors.

**Déroulement de l'action**

Depuis 2003, des séances hebdomadaires gratuites de gymnastique douce sont menées par une kinésithérapeute du centre municipal de santé au foyer des personnes âgées. Deux groupes, de niveaux de mobilité différents, sont proposés. Les séances sont d'une durée moyenne d'une heure.

**Acteurs mobilisés**

Professionnels du centre municipal de santé : kinésithérapeutes, médecins généralistes.  
Foyer des personnes âgées.

**> Séances d'information sur les procédures d'accès aux droits et aux soins auprès des travailleurs migrants à La Courneuve****Constat**

Le Foyer AFTAM de La Courneuve accueille une population immigrée majoritairement originaire du Maghreb et d'Afrique Noire. Le foyer compte en tout 168 pensionnaires. C'est à leur demande, relayée par la médiatrice sociale présente à l'AFTAM, que l'Atelier Santé Ville de La Courneuve a été amené à traiter avec eux de manière spécifique des problèmes d'accès aux droits et aux soins.

**Objectifs**

Permettre aux résidents de connaître leurs droits ;  
Permettre aux résidents de connaître les différentes structures de soins disponibles sur le territoire communal ;

Faire en sorte que les résidents s'occupent de leur santé et fassent usage de leurs droits de manière autonome.

#### **Déroulement de l'action**

Des séances bimensuelles d'information, pour des groupes comptant à peu près 25 personnes, portant sur les questions essentielles d'accès aux droits ont été mises en place. Jusqu'à présent, trois sujets ont été retenus : les remboursements, l'usage de la carte Vitale, l'accès à la CMU.

Une notice d'utilisation des bornes Vitale sur support vidéo est en cours de préparation.

En outre, le contact établi entre l'AFTAM et l'Atelier Santé Ville à l'occasion de cette première opération commune est destiné à se renforcer à travers d'autres actions prévues : identification des lieux de santé dans la ville, séances d'information autour de la notion d'urgence, mais aussi participation au dépistage capillaire du diabète. Ainsi, l'AFTAM est amené à devenir un lieu privilégié d'expérimentation des opérations menées ou projetées par l'Atelier Santé Ville sur l'ensemble du territoire communal.

#### **Acteurs mobilisés**

AFTAM ;  
CRAMIF.

### **> Accès aux droits et aux soins pour les publics d'origine étrangère à Argenteuil**

#### **Constat**

Le constat avait été réalisé qu'au sein des 6 foyers ou résidences de travailleurs migrants SONACOTRA de la ville, une part grandissante de la population de ces foyers était de plus en plus isolée tant physiquement que socialement, et fragilisée du point de vue de la santé.

Si différentes institutions sociales travaillent en direction de ces populations, un besoin de coordination des actions et de transmission d'information afin de mettre en place des programmes d'actions cohérents était exprimé.

#### **Objectifs**

- > Mieux coordonner les actions au sein des foyers ;
- > Mettre en réseau l'ensemble des intervenants sanitaires et sociaux (Sonacotra, CCAS, Conseil Général, Centre Hospitalier, Cram, tissu associatif...) ;
- > Impulser de nouveaux projets en cohérence avec l'existant.

#### **Déroulement de l'action**

Action visant à la mise en place des sessions d'information sur l'accès aux droits et aux soins pour les publics d'origine étrangère (barrières linguistique et/ou culturelle).

Conjointement, animation d'actions : Un Forum santé a été mis en place avec pour objectif de permettre une meilleure connaissance des acteurs intervenant dans le champ de la santé, en vue notamment de favoriser l'accès aux soins de ces populations. Ce forum rassemblait l'ensemble des institutions et associations susceptibles d'intervenir auprès des résidents sur une journée dans une ambiance festive sous forme de stands. Il s'agissait d'un moment au cours duquel les résidents pouvaient s'informer sur leur santé, sur les institutions existantes dans la ville et sur leur ouverture de droits à la sécurité sociale et la retraite dans une atmosphère festive (repas, musique).

#### **Acteurs mobilisés**

SONACOTRA ;

Ensemble des intervenants sanitaires et sociaux de la ville.

### **> Accès aux soins et aux droits dans un foyer de travailleurs migrants (Blanc Mesnil)**

#### **Constat**

Priorité de l'Etat et de la CPAM, l'accès aux soins et aux droits des résidents du foyer de travailleurs migrants Manouchian est également au nombre des quatre priorités de santé de la Ville du Blanc-Mesnil.

Construit en 1975 sur le territoire du Blanc-Mesnil, le foyer Manouchian accueille 240 résidents en chambres individuelles. 3/5<sup>ème</sup> de la population est maghrébine et d'immigration ancienne tandis que les plus jeunes générations sont originaires d'Afrique noire. Un grand nombre de résidents, en particulier les plus âgés, sont de plus en plus isolés et précarisés.

Ce foyer excentré et enclavé ; plus de 45 % des résidents ont plus de 60 ans et/ou sont des inactifs. Plus de 60 % des résidents n'envisagent pas de quitter le foyer. Un grand nombre d'entre eux pâtissent de l'isolement. Cette réalité est accrue par le manque de lieux et d'espaces favorisant les liens inter-générationnels et inter-communautaires. Enfin, il ressort également que la population résidente est en voie de paupérisation. Plusieurs résidents sont dans une situation précaire extrême, quasiment en voie de marginalisation et d'exclusion.

Un diagnostic plus ciblé sur l'accès aux soins et aux droits a permis de connaître plus précisément les besoins des résidents et de définir avec eux les objectifs du programme.

#### **Objectifs**

Valoriser et renforcer les savoirs dans le domaine de la santé et des droits ;

Améliorer l'accès à la santé et aux droits des résidents et de leur entourage, et en particulier aux structures de droit commun ;

Améliorer le bien-être des résidents en rompant leur isolement ;

Améliorer le lien social entre les résidents et avec les autres habitants du quartier.

### **Déroulement de l'action**

Diagnostic ;  
Permanences de Médiation : 6h/semaine : aide à la lecture, à l'écriture, information, orientation ;  
Causeries : toutes les 6 semaines, échanges d'information entre les résidents et des professionnels des champs sanitaires et sociaux ;  
Elaboration et suivi du projet avec les résidents, l'amicale, le gérant du foyer, les autres partenaires professionnels... ;  
Mobilisation de personnes ressources.

### **Acteurs mobilisés**

Résidents ;  
L'amicale ;  
ODHLM ;  
Service Social ;  
SCHS ;  
CRAMIF ;  
CNAV, CAF, CPAM ;  
Service Logement, Service RMI, Service des Retraités...

## Des thématiques territoriales

Enfin, un certain nombre d'Ateliers Santé Ville ont permis d'engager programmes et actions autour de problématiques spécifiques de santé :

Afin de poser les bases des expériences mises à l'œuvre dans les travaux des Ateliers Santé Ville, nous illustrerons les pratiques en faisant référence à un certain nombre de propos nous permettant de mieux saisir les enjeux auxquels sont confrontés les différents intervenants pour aborder une thématique particulière. Nous aborderons ainsi les pratiques addictives, la malnutrition, le diabète, les risques liés à la sexualité, la santé mentale, les risques bucco-dentaires, le saturnisme, le soutien à la parentalité, ... autant de champs investis par les Ateliers Santé Ville.

### **Composantes et enjeux d'une rencontre pour les questions de toxicomanie**

**Michel Joubert<sup>90</sup>**

Cela fait maintenant plus d'une dizaine d'années que la politique de la ville a mis la santé à l'ordre du jour de l'agenda des politiques locales. Des prérogatives et des expériences existaient déjà depuis le début du siècle, mais l'articulation entre le local et le national était

---

<sup>90</sup> Professeur de sociologie (Université Paris VIII), chercheur au CESAMES (CNRS-INSERM).

encore loin d'avoir été clarifiée pour ce secteur d'activité en dehors des bureaux d'hygiène et des responsabilités relatives à la salubrité. A l'occasion des Ateliers Santé Ville - outil proposé pour faciliter la déclinaison du volet santé dans les contrats de ville – ces questions se sont posées avec force : la mise en place de programmes locaux d'action sur diverses questions de santé publique (insalubrité, saturnisme, conduites à risques, santé mentale, nutrition, diabète, tabac-alcool, etc.) devait elle être comprise et gérée comme des expériences sectorielles, applications locales des grandes orientations de l'action publique en matière de santé ou bien être approchée comme des éléments originaux de composition de politiques de santé publique à l'échelle des villes ? Cela constitue une question de fonds, mais aussi une question d'orientation : dans le cadre de la décentralisation les collectivités territoriales ont-elles un rôle à jouer sur le plan de l'invention et de la promotion de politiques de santé publique ou cette politique ne peut-elle, presque par définition, n'être pensée et promue qu'au niveau national ? La recentralisation décrétée par l'Etat va dans ce sens : la cohérence d'une politique de santé publique passe par la maîtrise des compétences et la cohérence des logiques d'action. Une vision plus dialectique des échanges entre les différentes instances « *productrices* » de santé publique est bien sûr possible, mais elle tend néanmoins à s'inscrire dans un contexte où, après plusieurs décennies de flou et d'indétermination, l'Etat cherche à requalifier sa place dans le domaine de la santé publique. Les lois de décentralisation avaient partitionné les choses d'une manière qui entretenait la confusion, l'Etat restant garant des orientations pour les « *grandes questions* » qui échappaient au strict ressort territorial (hôpitaux, psychiatrie), en particulier les grands « *fléaux sociaux* » (alcool, drogues illicites, épidémies, cancer..), avec le rôle pivot assuré par l'assurance maladie et la perspective d'inscrire l'administration de ces politiques au niveau régional. Le développement de la précarisation et de ses incidences sur le plan de la santé avaient encore compliqué les choses : la mobilisation engagée pour réduire ces logiques devait être générale et associer l'Etat, les divers acteurs sociaux et les collectivités locales. Les PRAPS (programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins) constitueront – dans la logique de la loi de lutte contre les exclusions – un cadre pour assurer l'articulation entre les différents acteurs autour de projets finalisés et ciblés. Mais pour qu'une politique, à proprement parler, se développe sur un territoire donné (ville, agglomération ou département) plusieurs conditions restaient nécessaires : l'échelle de la problématique de santé identifiée qui doit se trouver dans une relation pertinente avec le territoire (Cf. Vigneron, 2003), l'existence d'acteurs et de moyens susceptibles de se mobiliser autour de cette problématique, des conditions qualitatives permettant d'assurer une implication et une accessibilité pour les publics concernés et bien sûr les composantes de la décision politique (légitimité, engagement, alliances). A défaut de politique explicite, le pragmatisme a toujours constitué le dernier mot dans l'agencement de ces paramètres : les acteurs locaux étant conduits, par défaut de démarches

efficientes des instances de l'Etat ou des départements, à dépasser les limites de leurs compétences légales pour tendre à recréer les conditions locales d'une politique.

Nous nous sommes inscrits pour cette réflexion dans l'optique développée par Emmanuel Vigneron autour des relations santé/territoire, plutôt que d'en rester à une appréhension réduite aux municipalités. « *Le lieu de la santé, aujourd'hui et demain* », nous dit-il, « *c'est le milieu du groupe humain auquel appartient l'individu, son « territoire ».* Le système de soins a trop longtemps été fondé sur « l'aigu », l'immédiat. Un système de santé doit prendre en charge le chronique, « l'installé ». Il doit se fonder sur un développement sanitaire durable. L'hégémonie du modèle biomédical est mauvaise pour la santé. Il faut que l'hôpital s'ouvre sur la société, ne se préoccupe plus seulement de soins mais aussi de santé. Il faut que les actes de prévention soient justement rétribués. Il faut inventer de nouveaux lieux pour la santé, au cœur des territoires, des Maisons de santé, partout, dans tous les Pays, les quartiers des agglomérations. Les chartes de Pays et les contrats d'agglomération doivent pouvoir se doter d'un volet santé ». L'enjeu stratégique de ces politiques reste la réduction des inégalités dans le rapport à la santé : à côté des déterminants structurels producteurs d'inégalités (conditions, de vie et de travail variant selon les milieux sociaux) les inégalités se trouvent amplifiées par le développement inégal des biens de santé sur le territoire et leur accessibilité différentielle. L'engagement d'actions sur ce point est parti de la remise en cause du modèle traditionnel de l'action publique considérant que la distribution globale des droits et des ressources pouvant assurer la base des conditions de l'équité en matière de santé. « *La centralisation à la française rendait impossible, voire sans objet, toute prise en compte des territoires locaux au bénéfice d'une vision égalitaire, lisse et sans aspérités du territoire national par une sorte de glissement facile mais dangereux de la définition constitutionnelle d'une France une et indivisible.* (Vigneron) *La production et la reproduction des inégalités relèvent également de la distorsion – accentuée pour les milieux sociaux défavorisés entre soins et prévention.* Emmanuel Vigneron rappelle aussi à cet égard « *qu'il ne faut pas se limiter aux seuls soins de santé et s'interroger sur le fait par exemple que les traitements médicaux représentent 95 % des dépenses alors que la prévention ne représente que 2 %.* » Face à ces processus, la mobilisation locale, au plus près des conditions quotidiennes d'expression et de traduction de ces inégalités, est apparue pour beaucoup d'acteurs, professionnels, politiques et militants comme une opportunité forte d'inversion des tendances lourdes de fragilisation des plus démunis. Non que la santé puisse se substituer au social, voire au politique, mais comme levier d'élucidation, sur un secteur relativement consensuel, des enjeux et de la forme locale de la lutte contre les exclusions.

Comme le dit fort justement Didier Fassin (1998) : « *la rencontre de la santé publique et de l'espace local* » apparaît comme « *un analyseur fécond des transformations en cours dans les sociétés contemporaines, et singulièrement dans l'espace urbain* ».

A côté des définitions officielles du champ couvert par la santé publique, il nous a donc paru intéressant d'examiner, dans un premier temps, la manière dont les politiques se différenciaient globalement ces dernières années sur un plan opérationnel, pour ensuite analyser comment cela se traduisait pour une question de santé publique plus particulièrement sensibles : la prévention des « *toxicomanies* » et des conduites à risques. Les contributions apportées par les deux séminaires DIV-Resscom ont été mobilisées à cette occasion.

### **La Santé Publique : Un chantier composite**

Plutôt que de parler de champ de la santé publique, nous parlerons ici de chantier, de manière à faire ressortir le caractère composite, différencié et incomplet des assemblages réalisés d'un territoire à l'autre. Plusieurs types de problématiques de santé publique peuvent donner lieu à la constitution d'assemblages locaux opératoires pour une politique locale. D'abord celles qui renvoient à des phénomènes relativement bien circonscrits, pour lesquels les données et les protocoles diagnostiques sont bien établis avec des programmes routinisés ayant fait leur preuve. Elles permettent d'alerter les décideurs et les acteurs de terrain (suivi d'indicateurs de base, relais pour les campagnes nationales). Des actions de prévention, de réduction des risques et de soins peuvent être engagées à partir de ces bases sur les territoires concernés. L'enjeu se concentre ici, au niveau des villes, sur la construction de tableaux de bord et d'indicateurs, dans la perspective de disposer d'outils d'aide à la décision et sur la possibilité d'assurer la mobilisation et la mise en œuvre aptes à répondre dans les meilleurs délais aux besoins identifiés. Ces politiques concernent aussi bien des problématiques ciblées (maladies rares, épidémies..) que territorialisées (saturnisme, problèmes de santé environnementale..). A partir du moment où des dispositions explicites et des moyens d'action appropriés ont été dégagés, ils tendent à être intégrées dans des programmes de santé publique avec des déclinaisons locales. Les services de santé de beaucoup de municipalités se sont engagés dans la mise en place d'outils leur permettant de suivre les « *grands indicateurs* », avec la difficulté récurrente à accéder à des données locales qui soient fiables et pertinentes. La déclinaison locale prend le plus souvent la forme de campagnes d'informations et d'actions « *ciblées* » en direction des personnes dites « *à risques* » ressortant de ces indicateurs.

Il faut aussi distinguer des politiques structurelles, conditions d'existence du système de santé, qui relèvent également du domaine de la santé publique : qualité des services, gestion de l'accès aux soins, capacité de prise en charge des principales maladies graves et chroniques et des handicaps, politiques de dépistage, de promotion de la santé et de prévention, etc. Elles s'inscrivent à l'interface de l'architecture de notre système de santé et des populations les plus directement concernées. Les acteurs de santé savent qu'il ne suffit pas de disposer des ressources et des dispositifs de prévention et de soins pour

que les publics les utilisent. La précarisation sociale a, en particulier, montré la force des processus de dégradation subis par les publics les plus fragiles dans leur rapport aux soins et à la prévention, mais aussi le manque de plasticité du système quant à sa capacité à prendre en compte l'évolution de la situation des publics (Joubert et al., 2001). D'autres phénomènes relevant du champ de la santé publique renvoient à des phénomènes moins bien identifiés, pour lesquels il n'existe pas de protocoles, de dispositions standards et de réponses univoques en termes de prévention comme de prise en charge. Les problèmes de violence, les conduites à risques, les pratiques addictives, les incidences de la précarisation et les problèmes de santé mentale relèvent de ce deuxième cas de figure. Certaines épidémies et maladies émergentes également. La difficulté tient alors au besoin d'inventer de nouvelles procédures de travail avant de saisir l'émergence et le développement des problèmes et de monter des programmes. Les éléments qui permettraient de les construire constituent ici autant d'inconnues : connaissance des processus produisant les difficultés et de la distribution de la prévalence sur le plan de la population et des territoires, identification des ressources et acteurs permettant d'y répondre, procédures d'action les plus appropriées, etc. Tout est à construire et le déplacement vers la prévention pose les mêmes problèmes : agir sur quels ressorts, auprès de qui, développer quelles protections ? Les programmes d'action sont alors censés résoudre ces inconnues.

La plus grande partie des actions exploratoires et des expérimentations qui vont être engagées sur ce dernier volet pour éclairer l'élaboration d'une politique voient se croiser des initiatives d'Etat et des implications locales avec des chronologies et des promoteurs qui ont très largement varié d'une époque et d'une problématique à l'autre. Loin de constituer des forces d'appoint ou des territoires d'application, les villes ont souvent constitué le cadre de conception et d'expérimentation de nouvelles manières d'approcher les questions de santé publique « délicates ». Rarement comme des acteurs-promoteurs, mais plutôt comme des acteurs-facilitateurs dans la mise en place de projets se proposant d'explicitier des problèmes mal identifiés et de répondre, en l'absence de dispositifs satisfaisants, à des besoins fortement ressentis localement. Pour beaucoup de questions, mieux identifiées, l'implication de l'acteur-ville et de ses alliés demeure une condition de possibilité d'une politique localisée de santé publique. L'explicitation de la première raison d'un tel besoin relève d'une compréhension anthropologique. Beaucoup de politiques de prévention et de promotion de la santé ont peiné à porter des effets sur les publics qui auraient pu être les plus directement concernés parce qu'elles avaient été pensées d'une manière généraliste et standardisée avec – en filigrane – un modèle de référence comportementaliste et rationaliste relativement aux pratiques de santé. L'existence d'un sujet rationnel, prêt à modifier ses comportements à partir du moment où il dispose des informations adéquates, constitue un postulat souvent

remis en cause dans l'histoire des politiques publiques. Loin de fonctionner d'une manière standardisée, les populations s'inscrivent dans des contextes et des histoires sociales et culturelles qui jouent un rôle essentiel dans l'orientation de leurs conduites. Les approches techniques, bureaucratiques ou strictement médicales sont insuffisantes pour assurer le développement de politiques de santé publique qui soient en prise avec les processus sociaux et culturels. C'est à nouveau le sida qui a réalisé cette démonstration à grande échelle. L'épreuve subie par notre système de santé à l'occasion de cette épidémie (Setbon, 1993 ; Lorient, 2002) a fait la démonstration de la nécessité de disposer, conjointement à l'architecture générale de notre système de santé, d'acteurs et d'outils plus réactifs et plus « systémiques », c'est à dire aptes à produire des changements rapides dans les dispositions des acteurs susceptibles de comprendre et d'agir sur le problème. Beaucoup de politiques travaillent aujourd'hui à accorder ces facteurs et ces acteurs, de façon à composer l'agencement le plus à même de répondre aux difficultés et aux besoins de santé des publics.

Tous ces éléments ont participé à l'intégration dans la politique de la ville d'un outil, « *support-incitatif dynamique* » - les Ateliers Santé Ville -, susceptible de croiser et de mobiliser des compétences variées pour que de tels agencements puissent émerger localement.

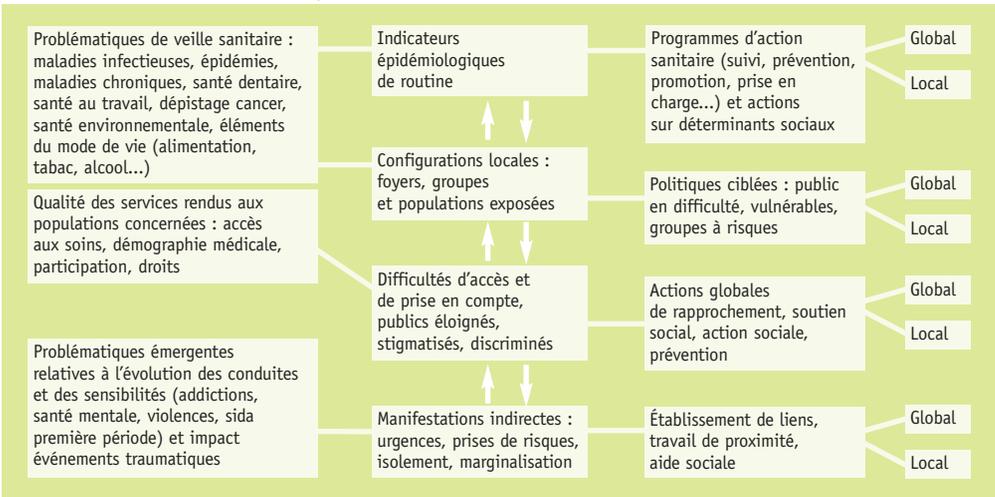
Le graphique qui suit permet de visualiser les niveaux et degrés de déclinaisons des différents axes d'action en santé publique, sur le plan de la partition local/global au sein d'un ensemble que l'on pourrait qualifier de « *système d'action en santé publique* ». Le caractère structurel de l'approche globale, garante d'une vision cohérente et éclairée par les données épidémiologiques, est présent à chaque étage de ce système, en même temps que le besoin d'articulation avec les territoires-cadres de vie des populations (villes, agglomérations, départements). L'échelle régionale n'est, elle, qu'une déclinaison de l'outillage d'une maîtrise globale des politiques publiques. La part de la composante « *locale* » devient plus importante au fur et à mesure de la descente vers les problématiques émergentes. Nous ne réduisons pas ici le « *niveau local* » au registre municipal : il s'agit toujours d'agencements d'acteurs coopérant localement à la construction de moyens d'intervention ajustés aux besoins de la population. Les associations, les réseaux, les alliances communautaires, au même titre que l'engagement des villes et des services des départements (conseils généraux) impliqués localement, sont ici concernés.

*« Le développement de leurs aptitudes (à propos des praticiens de la santé publique) à associer efficacement les communautés à la santé publique, à travailler au sein d'équipes pluridisciplinaires et à communiquer avec les responsables gouvernementaux et communautaires importe autant que leur formation technique. Ils doivent en effet avoir une parfaite compréhension des facteurs sociaux, économiques et environnementaux agissant sur la santé pour être en mesure de jouer un rôle utile dans leurs actions sanitaires. »*

Cette réflexion issue de la Conférence de Bangkok renvoie aux bouleversements enregistrés dans le monde relativement aux méthodes de tra-

vail en santé publique de plus en plus souvent fondées sur les méthodes de participation, de « *conscientisation* » et d'« *empowerment* » . Ces constats ressortent plus particulièrement quand ce sont les dispositions et les conduites qui sont en cause et qu'il est imaginable d'engager des actions de prévention ou de réduction des risques avec les publics concernés. Les « *intervenants en santé publique reconnaissent (ici) l'importance de composer avec les croyances et les valeurs des populations cibles* » (Massé). Sans omettre de prendre en compte le jeu des rapports sociaux et l'incidence des dispositifs d'intervention sur la marge d'action de ces publics, il s'agit d'assurer ce minimum d'ancrage des actions dans leurs représentations pour que des changements soient possibles.

**SYSTÈME D'ACTION EN SANTÉ PUBLIQUE**



**Villes, proximité et prévention des conduites à risques**

L'implication des villes dans le domaine de la prévention pose en premier lieu la question de leurs compétences et de leur légitimité. Elle a souvent relevé de l'ordre du « *politique* » : la volonté d'un élu local d'engager sa ville sur ces questions, en lien avec l'actualité, des événements locaux et une sensibilité particulière des acteurs et de la population. Le malaise politique ressenti alors par les élus face à la reconnaissance de l'incidence locale des problèmes de drogues, ont contribué, jusqu'au milieu des années 80, à limiter ces engagements.

Plusieurs options pour la prise en compte des questions de toxicomanie dans les politiques locales sont possibles et différencient les villes :

> l'intégration dans les politiques de prévention de la délinquance : que ce soit les conseils communaux de prévention de la délinquance (C.C.P.D.), dans une première période, puis les Contrats locaux de sécurité avec - sur le volet préventif - une stratégie de dissuasion et de rappel à la loi ;

> la prise en compte de la dimension « *santé publique* » liée en grande partie à la mobilisation dans la lutte contre le sida, avec l'initia-

tion d'actions de réduction des risques à destination des usagers-injecteurs de drogues illicites, avec des dispositifs incitatifs qui vont participer à la mobilisation de certaines municipalités jusqu'à la première moitié des années 90.

> l'approche territoriale : la politique de la ville va aussi constituer un cadre pour « ouvrir » la réflexion et développer la mobilisation sur les problèmes liés aux drogues, en facilitant la mise en place de réseaux, d'actions communautaires, de groupes de réflexion inter-partenaires et en recherchant des ponts entre les différentes composantes des « conduites à risques » (sociales, sanitaires, locales..).

Une brochure éditée par la DIV au début des années 90 précisait ce qu'il fallait entendre par « *prévention locale* » : pour faire reculer la « *demande de drogue* », il fallait « *créer un état de résistance* » au sein des populations, pour qu'elles refusent cette forme de marginalisation « *il fallait mobiliser* » tous les acteurs d'un quartier : « *jeunes, parents, médecins, éducateurs, juges, logeurs, policiers, pharmaciens* » ; « *tous sont concernés pour agir sur l'environnement socio-culturel* ». Les « *méthodes et principes d'action* » étaient précisés : « *élaborer un diagnostic collectif* » (faire « *converger les approches de chaque partenaire en une approche globale avec l'appui des spécialistes* ») ; « *recenser toutes les actions déjà conduites ou en cours* » ; « *compléter, créer, impulser, coordonner ... un ensemble cohérent d'actions* » (dans des domaines très variés : information et sensibilisation du public, organisation de groupes d'adultes-relais, formation de bénévoles, accueil, écoute, soutien, actions santé liées aux toxicomanies, actions de prévention alcool-tabac). La décision de publier une « *plaquette méthodologique* » spécifique sur la prévention locale des toxicomanies était alors annoncée.

Quelques expériences locales considérées comme réussies servaient alors de référence, avec l'idée que la prévention doit, pour produire des effets, s'articuler avec la compréhension des processus conduisant au développement de la consommation des produits illicites. En 1991, la DIV et la DGLDT sortent le guide méthodologique à destination des élus et des acteurs locaux : Prévention des toxicomanies. Guide des politiques locales. « *C'est au niveau local que l'action de prévention des toxicomanies doit être conçue et menée avec l'ensemble des partenaires concernés* ». Le document se présente sous la forme d'un manuel technique présentant les différentes facettes de l'élaboration d'une politique locale (rôle moteur des élus, partenariat, diagnostic, participation des habitants) et des indications sur les moyens de l'évaluer. La prévention était encore pensée comme devant être animée par l'Etat, en concertation avec les collectivités locales. Les constats relatifs à la diffusion du sida parmi les usagers de drogues avaient dans le même temps conduit à repenser la vision des relations entre prévention et soins et à développer la « *réduction des risques* » qui introduisait une approche pragmatique de l'action auprès des usagers de drogues. Le blocage est alors centré sur la mise à disposition de la méthadone, les médecins spécialistes de toxicomanie considérant que cette orientation ne ferait que « *conforter les drogués dans leur dépendance* ». La seule alternative, au

niveau des grandes villes, consistait alors à concerter les acteurs et les ressources dans le cadre de la légitimité d'action de la ville.

La circulaire de mars 1992 part du rôle pivot des collectivités dans la mise en œuvre des actions de prévention, pour inciter les acteurs à aller y chercher leurs subventions. La prévention des toxicomanies est pourtant formellement de la compétence de l'Etat, mais comme il n'a pas les moyens de la mettre en œuvre, le flou est maintenu et une certaine latitude laissée aux collectivités. Tout un ensemble d'acteurs en contact avec les jeunes (centres de loisirs, organisations sportives, écoles, centres de soins) sont alors incités à participer au travail de prévention.

Pour la réduction des risques, la collecte des seringues usagées renvoie à la prévention des risques accidentels et à la compétence des collectivités locales en matière d'hygiène et de « *salubrité sur la voie publique* ». Les municipalités commencent alors à se sentir en droit, sinon dans l'obligation, d'engager une approche globale des problèmes de toxicomanie sur leur territoire. Ce qui signifiait a minima une réflexion sur la manière d'articuler l'existant en termes d'offre de prise en charge avec une politique de prévention et une politique de rapprochement en direction du public des usagers de drogue n'accédant pas aux soins. A l'échelon communal, des élus commencent à considérer qu'il puisse y avoir pour le sida et la toxicomanie « *matière à politique* ». Pas de politique politicienne, mais de la politique en « *santé publique* ». Jusqu'à présent ces thèmes apparaissaient tabous, difficiles à afficher dans une politique locale. Le sida a constitué ici un levier pour réduire la logique de relégation pesant sur les usagers de drogues, en développant le sentiment qu'il était possible d'agir localement pour protéger la population des usagers et de leurs proches du sida et les aider à retrouver une place dans la ville. Les 15 départements prioritaires de la politique de la ville ont été sommés dans la première moitié des années 90 d'élaborer une convention d'objectifs pour « *répondre aux problèmes posés dans certains quartiers* » en lien avec la toxicomanie.

Dans son manifeste de mai 1993, l'ANIT (Association nationale des intervenants en toxicomanie) revient sur le partage instauré par la circulaire de 1992 entre des centres spécialisés cantonnés dans les soins et des actions de prévention éclatées. Elle explique que pour la prévention « *malgré tout des réseaux persistent et jouent un rôle déterminant pour la formation de relais et pour la dynamique des actions locales. Il est urgent de les reconnaître, de les structurer, enfin de les soutenir financièrement afin de les développer* ». Elle considère qu'il faut « *dynamiser les politiques locales de prévention* » en associant l'ensemble des acteurs intervenant sur le plan local. La politique de la ville étant considérée comme un cadre adéquat à cet égard. Enfin, toujours en prévention, il est souhaité que se développent et se consolident les « *réseaux d'accès aux soins et de solidarité* » associant les médecins généralistes travaillant avec les structures spécialisées, les réseaux de pharmaciens, les réseaux autour d'associations d'habi-

tants et des clubs de prévention : « *en première ligne sur des quartiers difficiles* », ce sont « *souvent les derniers garants d'une cohésion sociale* ». Il est demandé que les structures spécialisées retrouvent des moyens pour assurer leur mission de prévention.

L'impératif de ne pas marginaliser les usagers de drogues et de se rapprocher des publics en grande difficulté est affirmé à partir de 1993 et débouche sur un appel aux collectivités pour qu'elles relaient les activités de soins et de réduction des risques : « *en accord avec les collectivités locales, et dans le cadre des plans départementaux de sécurité, des points d'accueil et d'hébergement provisoire seront ouverts sur des lieux de rassemblement de la jeunesse (festivals, concerts...) afin d'informer les jeunes des dangers de la drogue et faciliter les contacts des toxicomanes avec le système de soins* ». Du côté des soins : « *dans les grandes villes, la création de centres d'urgence, en liaison avec les collectivités locales, cherchera à assurer l'hébergement ou l'accueil de la fraction de la population toxicomane la plus marginalisée* ». Les villes doivent constituer les relais et les supports pour « *développer des lieux de contact avec les toxicomanes : lieux ouverts, en réseaux avec d'autres structures d'accueil et de prise en charge, offrant aux usagers de drogue des premiers soins, une collation, des possibilités de se doucher et de laver son linge, et quelques places d'hébergement en urgence* ». C'est l'infrastructure du « *bas seuil* » qui est ainsi définie. Mais pour pouvoir « *accrocher* » le public, le fait d'implanter un local sans exigence d'accès ne suffit pas ; celui-ci doit pouvoir s'inscrire au sein du tissu social et institutionnel local, c'est à dire, dans la terminologie utilisée, se mettre en réseau avec d'autres lieux et acteurs de proximité. L'engagement des collectivités territoriales croise le développement de nouvelles formes de travail chez les acteurs spécialisés : travail de proximité (aller au devant des personnes fragilisées et engagées dans des consommations problématiques), travail en réseau (alliances au plus près des besoins des publics) réduction des vulnérabilités sociales et des risques sanitaires (posture d'aide sans conditions ni jugements considérant les personnes consommant des drogues comme bénéficiaires potentiels de protection, en particulier pour les risques sida-hépatite). Les compositions territoriales associent avec des variations significatives ces différentes composantes. Après plusieurs grandes villes, quelques conseils généraux (Nord, Seine-Saint-Denis) s'engagent dans ce secteur qui ne relève pas de leurs compétences obligatoires. Les élus et praticiens de quarante villes européennes réunis à Marseille pour confronter leurs politiques de prévention des toxicomanies (Forum européen pour la sécurité urbaine) confirment la place centrale des villes dans l'impulsion des politiques de prévention : « *La ville est le théâtre de la drogue, de sa consommation, de son trafic. Elle est aussi l'échelon indispensable de toute politique de prévention des toxicomanies* » (M. Marcus). A l'occasion du colloque du CRIPS de 1994, Philippe Douste-Blazy, alors Ministre Délégué à la santé, déclare en ouverture : « *Je crois que l'on a vécu depuis les trente dernières années avec des élus locaux qui étaient Présidents des Conseils d'Administration des Hôpitaux et que le seul rôle des élus locaux était*

*de présider ces Conseils d'Administration. Je crois que dorénavant les élus locaux doivent avoir un rôle de santé publique, d'éducation pour la santé. Ils doivent non seulement être des acteurs mais aussi des promoteurs de santé publique. Nous devons être des acteurs en tant qu'élus local. La toxicomanie et le sida sont deux domaines fondamentaux dans lesquels les élus locaux doivent s'investir ».*

La priorité relative aux modalités de « rapprochement » avec les usagers de drogues doit se traduire par une : « mobilisation de tous les professionnels de santé au sens large dans la ville pour prendre en compte les dimensions socio-sanitaires complexes liées aux différents comportements de prise de produits toxiques. Le soutien des partenaires locaux (maisons de quartier, clubs de prévention...) à la politique de mise en place des lieux de contact avec les toxicomanes marginalisés devra également être recherché. Les acteurs locaux sont bien devenus une pièce incontournable dans la mise en place de ces lieux avancés » de contact avec le public.

Le rapport Henrion (1995) revient sur l'importance du travail à effectuer en direction des toxicomanes les plus marginalisés (travailler avec les associations d'usagers, développer les structures de travail à bas seuil et les programmes d'échange de seringues et de substitution). La prévention ne pourra s'effectuer, était-il affirmé, que si l'on retrouve le contact avec le milieu. La contradiction avec la politique de répression apparaît clairement ; l'assouplissement proposé de la législation pour l'usage simple de cannabis devrait être accompagné d'un développement de la prévention et d'une réglementation de l'usage. Pour le domaine des politiques locales, le rapport fait état de l'intérêt que pourrait constituer une décentralisation des responsabilités :

*« Il serait peut-être utile de reconsidérer le partage des responsabilités entre l'Etat et les collectivités locales dans les départements. Le Conseil Général et les Maires de communes de plus de 50 000 habitants, seraient mieux à même, de manière plus directe et plus directement responsable, de régler sur le terrain, les problèmes de toxicomanie. L'Etat conserverait un rôle d'incitation et de contrôle du bon usage des deniers publics alloués aux différentes actions sanitaires et sociales. Il y aurait ainsi une meilleure coordination en particulier pour les campagnes de prévention ou d'information ».* C'est la première fois que la question des compétences se trouve ouvertement posée et que le primat des prérogatives de l'Etat est interrogé. A minima, c'est la concertation qui est requise autour de la mise en place d'un échangeur de seringues ou de l'ouverture d'une boutique. L'opportunité doit se conjuguer avec l'acceptabilité pour que ce type d'intervention trouve sa place sans susciter des résistances et des troubles contradictoires avec la nature du projet. Les expériences de référence à cet égard (Goutte d'Or, Lyon, Saint-Ouen, Marseille..) ont dès le départ placé cette question de l'acceptabilité au cœur de leur mode d'action en travaillant d'une manière très étroite avec les autorités municipales.

Le Programme triennal de mobilisation nationale contre le sida (1996-1998) affirmait la volonté de « mobiliser davantage les acteurs de la vie politique, administrative, sanitaire et sociale et ceux qui constituent

*des relais de l'action, au niveau local, avec le souci d'une meilleure coopération et d'une meilleure formation, notamment grâce à l'action interministérielle déconcentrée* ». « Les villes qui s'appuient sur leur visibilité politique et les départements sur leur forte compétence sociale et sanitaire (actions de prévention, prise en charge, dépistage, etc.) constituent les échelons politico-administratifs proches de la population et jouent un grand rôle dans la lutte contre le sida. Il est nécessaire de leur proposer un partenariat dans la durée, accompagné du soutien financier nécessaire à la mise en place d'actions de proximité (prévention, prise en charge) qui pourra prendre la forme de contrats d'objectifs, de convention ou d'une charte, conclu dans un cadre départemental ». Le programme insiste beaucoup sur le « travail de proximité » : « aller au devant des gens, en priorité ceux qui sont dans une situation de vulnérabilité, en renforçant la coopération des acteurs » (prévention de proximité, réduction des risques) en coopération avec les élus locaux tout en suscitant la participation des usagers.

Une double orientation se dégage, où la coopération avec les collectivités territoriales se trouve associée avec le développement des actions de proximité en prévention primaire (Points Ecoute) et secondaire (réduction des risques effectuée sur le mode du rapprochement : bus, boutiques à bas seuil). Les « points écoute jeunes » comme les « points d'accueil jeunes » s'adressaient aux jeunes rencontrant des difficultés particulières (conflits familiaux, mal-être, échec scolaire et amorce de pratiques illicites et de consommation de toxiques). Ils devaient être « implantés dans les quartiers en difficulté en tenant compte de la géographie prioritaire de la politique de la ville ». La méthodologie de la politique de la ville a pu ici être très opérante ; approche globale, orientée sur le rapprochement et territorialisée : « ces points d'écoute doivent être implantés au plus près de la population concernée et donc en priorité dans les quartiers en difficulté. Leur mise en place et les actions entreprises font l'objet d'une concertation avec les élus locaux, les habitants du quartier, les partenaires associatifs, les professionnels sanitaires et sociaux, les services de police et les chefs d'établissements scolaires. L'intervention du point écoute dans le quartier est globale, c'est à dire qu'elle doit aborder les problèmes liés aux drogues dans toute leur complexité et s'inscrire dans une logique de développement social urbain ».

Les contrats d'actions de prévention et les diagnostics locaux de sécurité se croiseront avec les contrats de ville à partir du XI<sup>ème</sup> Plan pour dégager une base d'orientation pour les villes en termes de prévention. Si le toxicomane est assimilé à un délinquant, il est aussi pointé comme le symptôme d'une désorganisation sociale sur laquelle une politique globale engagée au niveau local peut agir. L'articulation entre les différentes politiques transversales est investie d'une mission visant à enclencher un processus d'inversion des logiques de dégradation : sur les mêmes quartiers les synergies trouvées du côté de la prévention de la délinquance doivent rechercher des correspondances avec le travail de restauration sociale engagé par les projets de déve-

loppement social urbain (action conjointe sur le cadre de vie, l'implication des habitants et l'activation des supports d'insertion sociale et professionnelle), les missions locales et les zones d'éducation prioritaire. L'effet de discrimination positive concentré sur un territoire est pensé comme le levier qui doit permettre d'inverser les tendances à partir d'un engagement concerté des acteurs sociaux, de l'implication des élus locaux et de l'émergence de projets innovants. Il doit déboucher sur une « *restauration des liens sociaux* », réputée seule garante à long terme de la gestion de la sécurité au niveau local.

Un certain nombre d'équipes de maîtrise d'œuvre urbaine vont travailler à la mise en compétence des acteurs locaux et des élus.

Les problèmes de toxicomanie vont alors être appréhendés sur les lieux de vie, en tant que pratiques sociales avec tout le cortège de perturbations occasionnées au niveau local, mais aussi avec de multiples témoignages sur les facteurs sociaux, économiques familiaux et locaux contribuant à produire les engagements dans les différentes pratiques de consommation. Ce type d'appréhension se retrouve chez N. Boullenger en Seine-Saint-Denis, F.-R. Ingold sur Paris, les diagnostics de l'A.M.P.T. sur Marseille ou Espoir Goutte d'Or dans le 18<sup>ème</sup> arrondissement de Paris. Elle s'inscrit dans la mouvance du développement social urbain en expérimentant de nouvelles démarches (participation, diagnostics partagés, recherches-action, dynamiques communautaires).

Le système qui mêle des consommations et des petits trafics d'exclusion (D. Salas) sur des zones d'adaptation sociale avec un environnement précaire n'est alors que rarement appréhendé comme tel. Les risques encourus par les jeunes, usagers avérés ou expérimentateurs, sont négligés au profit des dangers acceptables, appropriables par la conscience commune et à la mesure des moyens engagés (focalisation sur les produits).

La procédure des contrats de ville, à partir de 1992, fait suite à plus de dix années de pratiques contractuelles de développement social urbain affiche ; elle a une double ambition :

- > porter la lutte contre l'exclusion à l'échelle de l'agglomération, en complétant les interventions au niveau des quartiers par celles qui permettent leur intégration dans la ville, sans pour autant être localisée dans ces quartiers ;
- > accroître l'efficacité des interventions publiques en instituant une démarche unique et globale appelée à mettre en synergie l'ensemble des actions sur un territoire donné.

Le contrat de ville ouvre la possibilité de développer des interventions articulant les principaux thèmes de l'habitat et du cadre de vie, des activités et de l'emploi, des services au public, de la prévention à la délinquance avec la citoyenneté comme finalité. Les « *actions en matière de toxicomanie* » entrant dans les contrats de ville se concentreront en Seine-Saint-Denis sur : « *de l'écoute, des lieux non médicalisés, de l'information, des actions en réseau, de la formation d'acteurs, des distributeurs de seringues, collecte et échange de seringues* » (ACT consultants, 1997). Une évaluation réalisée au niveau de la Région Ile

de France confirmait cette tendance, avec des nuances d'un département à l'autre et d'une commune à l'autre. La petite Couronne et le 18<sup>ème</sup> arrondissement de Paris concentrent le plus grand nombre de projets d'action toxicomanie-sida, articulés à la logique de développement social. L'inspiration est à la fois méthodologique (approche globale, interprofessionnelle, participative) et problématique dans le sens où le ressort des politiques de prévention se trouve ré-interrogé par le travail de proximité auprès des publics marginalisés, le travail sur l'accueil et l'écoute, la réduction des risques et les actions communautaires.

Un nouveau guide à destination des élus est édité en 1994 et réactualisée en 1997, destiné aux maires, conseillers municipaux et attachés communaux : il propose des définitions de base sur les produits, la loi, la carte géopolitique des drogues, le dispositif de prise en charge. Moyennant le suivi du mode d'emploi et d'un minimum d'investissement (diagnostic, groupe de travail, coordination, dispositif de base pour la réduction des risques) on imagine possible d'assurer la mission dévolue à l'échelon local.

On enregistre sur cette période (fin des années 90) des changements dans l'espace public local car les représentations du phénomène et des risques qui lui sont liés tendent également à évoluer parmi la population. Ne pas agir sur ces questions, sous prétexte d'en minimiser l'existence sur la commune, peut être considéré comme le signe d'une incompétence. Il faut faire quelque chose, aussi bien en réduction des risques qu'en prévention, car les risques conjoints « *toxicomanie-sida* » sont entrés dans la sphère publique et la conscience collective. On assiste à partir de cette période à un déplacement des débats sectoriels vers des tentatives d'appréhension globale du problème des toxicomanies à l'échelle territoriale. Cela vaut pour les communes, comme pour les départements, qui sont conduits à engager des politiques spécifiques susceptibles de court-circuiter l'échelon national dans la construction de référents pouvant relier la dimension locale avec la dimension sectorielle.

En 1997, la majorité des communes des grandes villes « *considèrent qu'il est de leur responsabilité d'agir dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie* » et s'y engagent effectivement sous des formes variées. L'étude effectuée par le CREDOC (1995) montrait que la première action de santé dans les villes de plus de 15000 habitants entre 1989 et 1994 était la prévention des toxicomanies (88 % des villes ayant répondu) ; de plus un tiers d'entre elles avaient été conduits à développer des initiatives dans le domaine de la santé en liaison directe avec la perception de la nécessité d'agir sur les questions relatives au sida et à la toxicomanie. En même temps, quand il s'est agi d'afficher clairement les objectifs prioritaires en matière de santé, elles n'étaient plus que 26 % à placer la toxicomanie en tête et 14 % pour le sida. Mais entre la reconnaissance d'un problème charnière, tant pour la santé publique que pour le sentiment de sécurité dans la ville et sa mise en débat sur la scène publique, une distance importante demeure. Pendant longtemps, les élus s'étaient contentés de relayer les inci-

tations nationales (semaines, journées). La recherche menée par F. Bertolotto et M. Schoene (1995) montrait l'émergence d'une vision plus globale de la santé dans de nombreuses villes, avec la volonté de jouer un rôle sur le terrain de la santé publique, intégrant les questions de toxicomanie généralement au travers des dispositifs relatifs à la prévention du sida.

Trois grandes modalités d'intervention vont émerger aussi bien pour la prévention, les soins que la réduction des risques. La première table sur l'engagement de nouveaux acteurs dans un dispositif consacré au travail rapproché auprès des populations concernées. La seconde sur la possibilité de modifier les conditions d'accès aux prestations ordinaires, de façon à y réintégrer toutes les populations concernées par les difficultés et vulnérabilités ; cela suppose une évolution du droit commun des actions et services dans le champ de la santé et des toxicomanies, un assouplissement des seuils d'accès et une meilleure prise en compte du public. La dernière modalité considère que les populations concernées usagers et leur environnement social et familial peuvent être parties prenantes tant pour la prévention que pour les prises en charge, avec des actions portant sur les régulations au sein du milieu (en référence au travail communautaire). Sur le terrain, de nombreuses combinaisons entre ces trois stratégies se sont développées, avec en particulier une orientation optimale cherchant à la fois à développer des actions de proximité dans le cadre de démarches communautaires et faisant évoluer le droit commun... La politique de la ville, avec les Ateliers Santé Ville, à partir de 2000 (Circulaire DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 précisant le cadre de référence de ces ateliers), va introduire un nouvel outil d'action sur ces questions sans pour autant cibler exclusivement les « *toxicomanies* » ou les « *usagers* ».

Ils s'appuient sur les diagnostics et expériences soutenues par les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins depuis 1998. C'est la partie de la loi de lutte contre les exclusions qui traite des interactions entre le développement de la précarité et l'accentuation de certaines problématiques engageant des comportements problématiques (principaux problèmes mis en avant : la santé mentale, les conduites addictives, l'accès aux soins) dans une approche territoriale privilégiant la participation de la population et le travail de proximité. Les Ateliers Santé Ville concernent essentiellement les villes bénéficiant d'un contrat de ville (quartiers prioritaires) ; elles vont pouvoir effectuer, via les moyens et dynamiques entourant la mise en place de l'Atelier Santé Ville, des diagnostics participatifs et mettre en place des coordinations tournées vers la recherche d'une meilleure cohérence et efficacité des actions locales en matière de santé publique (Joubert, Mannoni, 2003 ; Joubert, Bertolotto, 2004). Beaucoup de grandes villes ont fini par réaliser que les trafics et consommations problématiques (héroïne d'abord, puis polyconsommations) bouleversaient l'équilibre local, paralysaient un certain nombre d'actions en direction des jeunes, contribuaient au développement d'un climat d'insécurité et se trouvaient à la base d'une morbidité et

d'une mortalité inquiétante (sida, puis hépatite C, puis divers incidents liés aux polyconsommations). Comme dans les politiques précédentes, la MILDT ne dispose pas de relais et de dispositifs sur le terrain : les chefs de projet Etat, puis les Centres d'information sur les drogues et les dépendances, quand ils seront mis en place sur un certain nombre de régions et de départements, tenteront d'animer et de traduire en action cette orientation visant à « *élever le niveau de compétences de l'ensemble de la population* » et à aider les jeunes « *à distinguer ce qui est le plus dangereux pour leur santé et à maîtriser leur consommation* ». Les premiers le feront au travers de l'élaboration de « *programmes départementaux de prévention* ». Les seconds – avec d'importantes variations d'un centre à l'autre (questions de moyens et de compétences) – contribueront à la diffusion d'un « *savoir commun* » (brochures de la MILDT et de l'OFDT, outils de prévention, groupes de réflexion).

Mais les publics les plus concernés restent difficiles à cerner et à cibler pour les acteurs eux-mêmes ; ils ne se réduisent jamais à une consommation : ce sont des personnes confrontées à divers processus de précarisation (déscolarisation, difficultés de formation professionnelle, petits emplois précaires). Les « *polyconsommations* » (mélanges de produits) se sont multipliées en étroite relation avec ces situations instables et précaires. Les décideurs et les acteurs ont besoin de nouveaux savoir-faire et de « *lieux de contacts avec ces adolescents* » : la MILDT en affirmant ces positions tend la perche – sans que cela soit explicite – aux collectivités territoriales et aux acteurs locaux. Pour que les Centres ressources jouent leur rôle, ils doivent être sollicités sur des projets et participer à des dynamiques territoriales. Le privilège donné aux impératifs de santé publique sur la stratégie du tout-répressif, ainsi que l'ouverture à tous les produits (approche globale des addictions et des risques), ont contribué à élargir le cercle des acteurs susceptibles d'être concernés par l'engagement d'actions de prévention sur le terrain (approche locale). Le fait de ne plus s'en tenir au « *rappel à la loi* », de travailler sur la prévention du « *passage à l'usage nocif* », puis de l'« *usage nocif à la dépendance* » a permis également de dédramatiser les situations de consommation et de proposer des réponses graduées à une plus grande variété de personnes.

Les collectivités locales se répartissent alors en deux catégories : certaines sont déjà engagées dans des actions (souvent conjointement aux actions de prévention du sida) et demandent des moyens pour renforcer et pérenniser les expériences engagées. Les autres tendent à s'engager dans ce domaine à partir de déclencheurs : à l'occasion d'incidents, de diagnostics rendant compte des problèmes ou des préoccupations de la population, etc. La politique de la ville – avec l'inégalité liée à la nécessité d'être en contrat de ville – les Programmes régionaux de santé consacrés aux addictions et les PRAPS, vont jouer un rôle plus direct sur le terrain en apportant des aides finalisées.

Le Conseil national du sida demande en 2001 la levée de « *l'interdiction pénale de l'usage personnel de stupéfiants dans un cadre privé* »

permettrait de développer une politique de santé publique. L'action répressive amplifie « *les risques sanitaires* ». Le CNS note que « *les notions de réduction et de prévention des comportements à risques liés aux usages de drogues « n'ont donné lieu, dans les faits, à aucun questionnement plus approfondi de la part du législateur* ». Il recommande le développement des « *actions de prévention primaire et secondaire, visant à contrarier respectivement l'expérimentation de l'usage de drogues et la répétition de comportements de consommation* » ainsi que la « *réduction des risques sanitaires et sociaux liés à certains comportements et substances, et des dommages qu'ils induisent* ». Il demande enfin l'implication des pouvoirs publics et des élus locaux dans les programmes d'information et de prévention.

Les agencements les plus couramment réalisés en lien avec les Ateliers Santé Ville et plus généralement la politique de la ville, sont les diagnostics participatifs (Joubert, Mannoni, 2003). Beaucoup d'acteurs (élus et professionnels) sont sortis de la croyance aux vertus d'une prévention généraliste ou des informations et des messages communs suffiraient au développement de dispositions protectrices parmi les publics exposés aux risques. La prévention n'aura d'efficacité (ce discours est porté par des professionnels, des associations, des chercheurs et certains élus), comme cela a été montré pour la réduction des risques, que si elle réussit à s'articuler aux formes particulières prises par les processus de développement des consommations et des prises de risques. Il devient donc stratégique de bien comprendre la forme locale de la production des vulnérabilités individuelles et collectives, de ses liens avec la précarisation et l'économie parallèle. Cette connaissance doit être suffisamment fine (recours à des enquêtes locales, à l'observation ethnographique) et partagée (dynamique de recueil et de réflexion participative) pour qu'une mobilisation et des formes d'action puissent émerger de la part des professionnels et autres acteurs de proximité les plus concernés.

### Conclusions

La « *proximité* » recherchée dans ce type d'approche ne peut évidemment suffire à faire émerger les modalités les plus appropriées de comprendre et d'agir, mais elle en constitue une condition de possibilité. Les expériences qui se sont développées ces dernières années sur ce terrain témoignent également d'un besoin de coordination et de mise en perspective, en particulier sur le plan de l'appréhension des interactions entre les dimensions sociales, sanitaires et économiques. Les mouvements qui traversent les collectivités locales participent de ce point de vue à l'étayage du chantier de la santé publique sans pouvoir prétendre s'y substituer. Ce que nous avons présenté pour les questions de toxicomanie ou de conduites à risques vaut également pour la santé mentale. A partir du moment où on a bien écarté les velléités de psychiatrisation ou de médicalisation du « *malheur intime* » ou de la détresse psychique, le développement chez les acteurs de proximité – médecins, travailleurs sociaux, enseignants. – d'une base de

culture commune en santé mentale compatible avec les référents de la psychologie et de la psychiatrie, tend à alimenter une réflexion intégrant la même gamme de composante que la précédente : la prise en compte du niveau de la communauté, la mise à jour de ressources collectives pouvant constituer des supports de résistance, de réhabilitation ou de confrontation pour les personnes subissant de grandes difficultés sociales et la constitution d'alliances préventives et thérapeutiques parmi les acteurs et professionnels de terrain.

Ces processus de travail ne peuvent pleinement porter leurs fruits que si tous les acteurs participent à leur construction. C'est là que des difficultés demeurent avec les replis et logiques catégorielles qui surgissent toujours dans les conjonctures de recomposition sociale et institutionnelle. Dans une perspective de santé publique élaborée à partir d'une approche locale des problèmes de santé mentale ou des conduites à risques, on peut imaginer qu'une réorganisation des champs d'action s'opère, associant les ressources de premier niveau à celui des services spécialisés et des collectivités. Les agencements de réflexion mis en place dans le cadre des Ateliers Santé Ville fournissent de nombreuses indications dans ce sens.

## Politiques de lutte contre les conduites à risques et les conduites addictives : Une histoire...

En France, dans le cadre du développement des connaissances scientifiques, la communauté scientifique a longtemps considéré ces comportements comme le résultat des effets des substances psychoactives sur le système nerveux central et sur l'ensemble de l'organisme. Cette ère psychopharmacologique persiste encore, avec légitimité ; elle a eu un très grand développement depuis la découverte des neurotransmetteurs et l'accroissement de nos connaissances sur le fonctionnement du système nerveux central. Alors, ces substances psychoactives ont été longtemps considérées comme seules à l'origine du phénomène. C'est ce que l'on appelle « *l'approche produit* ». Cette conception repose sur la théorie de l'intoxication. Implicitement, il s'agissait d'affirmer que la rupture avec les consommations antérieures « *la cure de sevrage* » et le maintien de l'abstinence suffisaient pour réinscrire les personnes dans une démarche de santé. La prise en compte de la spécificité de chaque produit a donc servi de base à construction des politiques françaises à cet égard. L'alcoolisme, la toxicomanie, tabagisme devenaient donc des domaines distincts, les personnes étaient caractérisées par la nature du produit consommé : alcoolique, tabagique, héroïnomanie, cocaïnomanie.

### ... de la fin de l'approche « produit »

Au delà de la diversité, toutes ces substances possèdent des propriétés en commun et utilisent des infrastructures du système nerveux

central identiques, à côté de leurs actions propres. Il en est ainsi de leur capacité commune à déclencher une pharmacodépendance, en perturbant les sécrétions de dopamine. Lorsque le comportement de dépendance est installé, il est identique quelque soit la substance qui l'a induite ; les personnalités dépendantes le savent bien, car lorsqu'elles ne disposent plus de leur « produit » habituel elles utilisent d'autres produits pour calmer les effets de sevrage.

D'autre part les consommateurs sont habituellement des polyconsommateurs de plusieurs substances soit en même temps, soit séquentiellement.

Une autre approche, la référence au comportement a le mérite de ne pas faire dépendre les définitions des multiples hypothèses, forgées à l'aide de références théoriques très diverses, permettant de rendre compte de leurs caractéristiques, de leurs déterminismes, de leur évolution. Il s'agit donc là d'une démarche clinique descriptive qui permet de construire ensemble et d'utiliser un savoir commun.

Les connaissances produites par les disciplines éthologiques, neurobiologiques et par l'ensemble des disciplines des sciences humaines permettent d'avoir des données précises sur les comportements, sur les mécanismes sous-jacents à ceux-ci, sur les facteurs et les déterminants à l'oeuvre. Cela représente un ensemble de bases solides, que l'ensemble des acteurs peut s'approprier aisément.

### **Les concepts d'usage, d'usage nocif et de dépendance**

Dans le cadre de cette démarche descriptive, il convient de distinguer :

- > l'usage individuellement et socialement réglé ;
- > l'usage nocif unissant un comportement de consommation et les dommages biologiques, psychologiques, sociaux, économiques et culturels induits ;
- > la dépendance.

Le recours à cette triple approche descriptive permet de construire des politiques préventives, soignantes et de réhabilitations adéquates aux besoins et attentes de la population, des politiques culturelles, réglementaires et législatives cohérentes au plus près de la diversité des phénomènes observés.

Les comportements de dépendance et d'usage nocif (ou « abus ») sont les deux catégories les plus validées, leurs critères de définition font l'objet d'un vaste consensus international.

Le comportement de dépendance nécessite une prise en charge sanitaire et sociale spécifique, par des structures et des personnes ayant compétence en ce domaine, quelle que soit la ou les substances qui ont induit la dépendance.

L'usage nocif nécessite qu'un très grand nombre d'acteurs sanitaires et sociaux oeuvrent ensemble avec les intervenants des actuels dispositifs spécialisés alcool/toxicomanie. Ceci est nécessaire car ces consommateurs ne demandent pas d'aide en première intention pour leur comportement de consommation mais pour les dommages induits. Il s'agit là de développer les réseaux ville-hôpital mis en place actuellement, mais aussi de construire des réseaux de soins coordonnés unissant toute la médecine résidentielle et sur le réseau des travailleurs sociaux.

C'est dans le cadre de l'usage nocif que se situe la politique dite de réduction des risques, les risques devant être compris bien au delà des risques sanitaires et notamment infectieux.

L'usage individuellement et socialement réglé est caractérisé par une consommation sans dommage induit. Ces dommages sont potentiels, c'est pourquoi cet usage doit être considéré comme une pratique à risque. La politique à mettre en place est de l'ordre de l'éducation pour la santé et doit permettre à chacun de gérer le risque, d'être capable de choisir les comportements bénéfiques pour la santé, d'éliminer les comportements nuisibles à celle-ci. Dans ce cadre, c'est un abord général de la personne et de sa santé qui doit être proposé sans négliger cependant des aspects thématiques.

C'est l'ensemble des compétences de la personne qu'il faut développer, et pas seulement celles qui ont trait aux comportements de consommation de substances psycho-actives.

## **> Action de prévention des addictologies dans un collège d'Argenteuil**

### **Constat**

Une forte consommation de cannabis et d'alcool est signalée par les infirmières scolaires des 8 collèges de la ville.

### **Objectifs**

Informar les élèves sur les risques liés à la consommation de drogues ;  
Réduire la consommation ;  
Réduire les risques.

### **Déroulement de l'action**

Intervention du centre de soins aux toxicomanes « *IMAGINE* » qui est actuellement en cours d'implantation sur la ville, auprès des élèves de 4<sup>ème</sup> de la ville (8 collèges) et leurs enseignants ;  
Information, dialogue et échanges avec les jeunes sur la base de supports pédagogiques et sur l'expérience des adolescents eux-mêmes.

### **Acteurs mobilisés**

Centre de soins aux toxicomanes « *IMAGINE* » ;

Education nationale : infirmières scolaires, Inspection académique, enseignants.

Dans certaines actions, les jeunes sont directement mobilisés pour monter des campagnes de prévention contre les conduites à risque, notamment en réalisant des affiches qui seront diffusées dans les abris-bus, les médiathèques ainsi que dans les structures recevant du public jeune.

### **> Aide au sevrage tabagique chez les patients asthmatiques et dans les familles d'asthmatiques à Champigny**

#### **Constat**

Difficultés d'accès aux soins et donc a une démarche de sevrage tabagique, entraînant des complications de santé

#### **Objectifs**

Améliorer les connaissances des populations fréquentant les centres de santé, sur les risques liés à la consommation de tabac par une éducation et un soutien psychologique avec le personnel paramédical ; Permettre l'accès aux soins par la mise en place de consultations spécifiques et la mise à disposition gratuite de substituts nicotiniques ; Réduire la consommation de tabac et les pathologies associées dans la population souffrant d'asthme ou de BPCO et dans son environnement familial du bassin de Champigny sur Marne.

#### **Déroulement de l'action**

Bilan de santé, avec mesure du souffle ;  
Consultations médicales plus poussées ;  
Consultations infirmières de suivi et de soutien psychologique avec délivrance hebdomadaire des substituts nicotiniques, puis mensuel sur 6 mois ;  
Evaluation des patients à 1 mois, 3 mois et 6 mois ;  
Groupes de parole avec un psychiatre pour les patients le désirant.

#### **Acteurs mobilisés**

Réseau Ville Hôpital ;  
Amicale des médecins libéraux ;  
Service communication de la Ville ;  
PMI.

## **La malnutrition**

Manger, ce n'est pas seulement se nourrir, c'est aussi prendre du plaisir, partager avec autrui, s'inscrire dans un cadre social. Manger, c'est aussi prendre soin de soi, se maintenir en forme, préserver sa santé. .

Chaque personne se construit une histoire alimentaire ou trajectoire qui est unique<sup>91</sup>.

Selon les personnes, les aliments sont plus ou moins porteurs de différents rôles : rôle nourricier de maintien de vie et de marque d'affection, rôle hygiéniste de maintien de forme et de santé, rôle hédoniste et de plaisir, rôle socioculturel et d'identification.

En France, comme dans l'ensemble des pays industrialisés ; les habitudes alimentaires ont beaucoup plus changé au cours des 50 dernières années qu'au cours des siècles précédents<sup>92</sup>. Cette modification de l'alimentation comporte, sur le plan nutritionnel et sur le plan de la santé, des aspects positifs et des aspects négatifs.

Comment, au sein des Ateliers Santé Ville, appréhender les dimensions complexes des problématiques liées à la nutrition et à l'alimentation ? Comment faire le lien entre les problématiques de nutrition et de santé dans le cadre des actions conduites par les Ateliers Santé Ville ?

### **La cacophonie des messages**

Ainsi, avec l'industrialisation de l'alimentation, les choix et les préférences alimentaires sont devenus des enjeux économiques planétaires. De puissants acteurs tentent avec plus ou moins de succès, à plus ou moins long terme, de les infléchir ou de les orienter. Cette confrontation passe par un affrontement sur le terrain de la recherche, un choc d'experts et de scientifiques, chacun suscitant et invoquant des études à l'appui de ses thèses. Dans le monde développé, un brouhaha diététique s'est installé pratiquement en permanence : l'État, le mouvement consumériste, les médecins de diverses disciplines, les industriels, les médias y contribuent constamment, de façon plus ou moins confuse et contradictoire pour le « mangeur ». Ce brouhaha diététique se fonde dans une véritable cacophonie alimentaire : les discours diététiques se mêlent, s'affrontent ou se confondent aux discours culinaires et gastronomiques, les recueils de régimes aux recueils de recettes, les manuels de nutrition aux guides gastronomiques. Partout montent de la prescription et de la prohibition, des modèles de consommation et des mises en garde : dans cette cacophonie, le « mangeur » désorienté, à la recherche de critères de choix, trouve surtout à nourrir son incertitude.

*Comment au sein des Ateliers Santé Ville, communiquer un message sans ambiguïté relatif aux problématiques de l'alimentation et de la nutrition ?*

*Comment donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé par une autre approche de la nutrition et ce, dans des contextes économiques défavorisés ?*

<sup>91</sup> Baudier, F., Barthélémy, L., Michaud, C., Legrand, L., *Education nutritionnelle : équilibres à la carte*, Éditions CFES, 1995.

<sup>92</sup> Hercberg, S., *Les aspects historiques de l'alimentation*. In : *La nutrition humaine : la recherche au service de la santé*. J-F Desjeux, S. Hercberg eds. Éditions INSERM/Nathan, 1996.

### **L'éducation nutritionnelle**

L'éducation nutritionnelle peut se définir comme un ensemble d'expériences et de situations qui, dans la vie d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité, peut renforcer ou modifier des connaissances, des attitudes et des pratiques dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition. Elle doit permettre aux individus de développer, avec une plus grande liberté, et de choisir leur alimentation, en tenant compte des contraintes socioéconomiques, et en harmonie avec leurs habitudes socioculturelles.

*Comment renforcer ou modifier les connaissances, les attitudes et les pratiques dans le domaine de l'alimentation grâce à l'action conduite dans les Ateliers Santé Ville ?*

*Comment rendre autonomes les habitants dans leur choix alimentaire tout en leur permettant d'accroître leur niveau de santé ?*

L'utilisation du terme « *éducation* » montre bien qu'on demande à celle-ci de fournir un corps de règles normatives et de remédier aux connaissances jugées insuffisantes. L'éducation alimentaire se fait surtout lors de l'enfance en même temps que les apprentissages élémentaires. Elle doit être d'une certaine manière permanente car le système de production évolue sans cesse. S'y ajoute le fait qu'existe une grande rémanence des comportements. Ceux des seniors d'aujourd'hui restent empreints de la période où le travail consommait beaucoup d'énergie et où la nourriture n'était ni diversifiée, ni pléthorique.

*Quelles doivent être alors les parts respectives des parents, de l'école et des lieux citoyens dans la transmission des apprentissages alimentaires ?*

*En quoi, l'Atelier Santé Ville sur un territoire permet d'appréhender ces problématiques ?*

*Quand de nombreux parents avouent leurs faibles connaissances dans le domaine alimentaire, le rôle de l'école ne devrait-il pas être renforcé ? Quel peut être le lien entre l'Atelier Santé Ville et le monde de l'école ?*

### **Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2001-2005**

Le Programme National Nutrition Santé a été élaboré et mis en œuvre en concertation étroite avec les ministères de l'Éducation nationale, de l'Agriculture, de la Consommation et de la Recherche, ainsi que l'ensemble des acteurs concernés, publics ou privés.

Il s'appuie sur le rapport du Haut Comité de Santé Publique « *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France* ». Il prend en compte les attentes exprimées au cours des États Généraux de l'Alimentation qui ont révélé une forte demande en matière de nutrition, tant dans le domaine de l'information que de l'éducation.

L'objectif de ce programme de cinq ans est « *bien manger pour bien se*

porter ». Il s'agit d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Ce n'est pas un plan de lutte contre certaines pathologies (cancers, maladies cardio-vasculaires...) ou contre certains facteurs de risque (tabac, alcool...) mais d'un plan pour la promotion d'un des déterminants majeurs de santé : Bien manger.

Ce programme récuse l'interdit et favorise l'information et l'éducation pour la promotion et l'adoption de comportements favorables à la santé.

Une campagne de communication tous publics a été lancée dès 2001 pour la promotion des fruits et légumes, accompagnée de distribution gratuite de fruits dans les écoles.

Un guide alimentaire pour le public et les professionnels concernés ainsi que des guides spécifiques pour les jeunes enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées ont été conçus pour donner une information simple et précise pour une alimentation équilibrée.

Ainsi, plus de 4 millions de guides ont été diffusés. Ils sont accessibles sur Internet. Il est possible d'avoir des « recettes types » répondant aux objectifs nutritionnels.

Par ailleurs, une circulaire commune - Éducation Nationale, Agriculture, Consommation, Santé - aborde l'éducation nutritionnelle et l'éducation du goût ainsi que des recommandations pour la restauration et la sécurité des aliments à l'école. Elle a été signée après consultation avec les maires des communes responsables des cantines scolaires.

Pour faciliter le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels, un disque d'évaluation nutritionnelle a été conçu et diffusé aux professionnels concernés (300 000 disques adultes et 60 000 disques enfants).

Une Unité de surveillance épidémiologique nutritionnelle est créée à l'Institut National de Veille Sanitaire. Elle est chargée de surveiller l'état nutritionnel des français, de mesurer l'impact des comportements alimentaires et d'évaluer ce plan.

D'autres mesures spécifiques seront renforcées notamment en direction des femmes pour lutter contre la carence en fer pendant la grossesse, pour la promotion de l'allaitement maternel. En direction des enfants et des adolescents pour améliorer l'apport en fer, en calcium et en vitamine D, et auprès des personnes âgées afin de réduire la survenue de l'ostéoporose et de ses conséquences (fractures très invalidantes). Des actions seront également menées avec le réseau associatif auprès des personnes en situation de précarité.

Le Programme National Nutrition-Santé (PNNS) a comme objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition.

- > augmenter la consommation de fruits et légumes afin de réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25 % ;

- > augmenter la consommation de calcium afin de réduire de 25 % la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des apports nutritionnels conseillés, tout en réduisant de 25 % de la prévalence des déficiences en vitamine D ;
- > réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35 % des apports énergétiques journaliers, avec une réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35 % des apports totaux de graisses) ;
- > augmenter la consommation de glucides afin qu'ils contribuent à plus de 50 % des apports énergétiques journaliers, en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon, en réduisant de 25 % la consommation actuelle de sucres simples, et en augmentant de 50 % la consommation de fibres ;
- > réduire l'apport d'alcool chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet apport ne devrait pas dépasser l'équivalent de 20 g d'alcool pur par jour (soit deux verres de vin de 10 cl ou deux bières de 25 cl ou 6 cl d'alcool fort). Cet objectif vise la population générale et se situe dans le contexte nutritionnel (contribution excessive à l'apport énergétique); il n'est pas orienté sur la population des sujets présentant un problème d'alcoolisme chronique, redevable d'une prise en charge spécifique ;
- > réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne dans la population des adultes ;
- > réduire de 10 mm de mercure la pression artérielle systolique chez les adultes ;
- > réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>) chez les adultes et interrompre l'augmentation, particulièrement élevée au cours des dernières années, de la prévalence de l'obésité chez les enfants ;
- > augmenter l'activité physique quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant l'équivalent d'au moins 1/2 h de marche rapide par jour. La sédentarité étant un facteur de risque de maladies chroniques, doit être combattue chez l'enfant.

Il est aujourd'hui parfaitement établi que l'alimentation et l'état nutritionnel participent de façon essentielle au développement et à l'expression clinique des maladies qui sont aujourd'hui les plus répandues en France, comme dans l'ensemble des pays industrialisés :

- > Les maladies cardiovasculaires sont aujourd'hui la première cause de mortalité en France (32 % des décès), à l'origine de près de 170 000 décès chaque année ;
- > Les tumeurs malignes représentent 29 % de l'ensemble des décès chez l'homme et 23 % chez la femme. Le nombre de nouveaux cas est estimé à 240 000 par an ;
- > L'obésité concerne 7 à 10 % des adultes et 10 à 12,5 % des

- enfants de 5 à 12 ans. Sa prévalence augmente, chez les enfants, de façon dramatique depuis quelques années ;
- > L'ostéoporose, à l'origine d'une fragilité osseuse exposant les patients à un risque de fractures concernerait 10 % des femmes à 50 ans, 20 % à 60 ans et 40 % à 75 ans ;
  - > La prévalence du diabète, tous âges confondus, est estimée à 2-2,5 % ;
  - > Près d'un adulte sur 5 présente une cholestérolémie supérieure à 2,50 g/l.

L'information ne suffit pas pour être utile, elle doit s'accompagner d'une éducation du consommateur qui doit disposer de connaissances suffisantes pour en tirer parti, et considérer son régime alimentaire dans sa globalité. Les médecins, les nutritionnistes, les associations de consommateurs doivent, à côté des pouvoirs publics, contribuer à cette éducation qui concerne l'ensemble de la population.

Le Programme National Nutrition Santé a permis à la fois une prise de conscience de la nécessité d'une éducation à l'alimentation et une identification des différents acteurs susceptibles de concourir à cette éducation.

Ainsi que nous l'avons vu, on a longtemps pensé qu'il suffisait de fournir au mangeur des connaissances nutritionnelles pour qu'il modifie des comportements inappropriés. Or, l'expérience a montré que ni l'acquisition et la compréhension de nouveaux savoirs par les individus, ni leur adhésion aux messages diffusés, ni même leur motivation réelle à rompre avec de mauvaises habitudes ne garantissaient à coup sûr le changement. L'explication est très simple : si les connaissances et attitudes peuvent avoir un rôle directif sur les comportements, c'est-à-dire les influencer, en réalité elles n'ont pas vraiment d'effet causal. C'est l'interaction des savoirs et des motivations du sujet avec le contexte (l'environnement familial, social, socio-économique, culturel, religieux) et avec les contraintes (réelles ou perçues) de sa situation qui, in fine, détermine le comportement (comme l'illustrent par exemple, les contradictions apparentes souvent observées entre l'excellente image santé des fruits et des légumes et les niveaux pourtant bas de consommation effective).

Pendant trop longtemps, l'éducation à l'alimentation a été fondée sur la diffusion d'un message unique (identique pour tous), unidirectionnel (de l'émetteur « *savant* » aux récepteurs « *ignorants* » et à « *éduquer* ») et à contenu négatif, voire culpabilisant (si vous consommez trop de graisses animales, vous risquez d'être victime de maladies cardio-vasculaires).

La très faible efficacité de telles options doit aujourd'hui conduire à privilégier des approches :

- > différenciées : adaptation des messages et actions aux caractéristiques spécifiques de la population visée (sexe,

tranche d'âge, « *niveau* » intellectuel et culturel, éventuelle situation de précarité économique, etc.) ;

- > considérant l'environnement social dans lequel évoluent les individus ou les groupes ;
- > reposant sur l'écoute, le dialogue et la participation : construire les argumentaires à partir des propres connaissances et représentations des groupes-cibles (y compris de leurs idées fausses et de leurs a priori), de leurs contraintes effectives ou ressenties ; reconnaître et valoriser leurs bonnes pratiques alimentaires ; les doter de nouveaux savoir-faire (en terme d'achats et de conservation des produits, de pratiques culinaires, de recherche d'informations et d'interprétation) ; faire appel à leur intelligence et à... leur esprit critique ;
- > valorisant les dimensions positives et poursuivant une visée globale : par exemple, consommer plus de fruits et légumes... pour assurer « *un état complet de bien-être physique, mental et social* » (définition de la santé selon l'OMS).

L'enjeu tient en deux mots : substituer à « *l'éducation nutritionnelle* » la « *promotion du bien-manger* ».

*Comment les Ateliers Santé Ville se sont-ils emparés de ce plan national ?*

*Le passage de l'éducation nutritionnelle à la promotion du bien manger a-t-il un sens au sein des Ateliers Santé Ville ?*

## **> Promotion du goût et de l'équilibre alimentaire à Champigny**

### **Constat**

La prévention du surpoids et de l'obésité des enfants et des adolescents est depuis peu une préoccupation nationale. Ce domaine d'action a été considéré comme prioritaire par l'Atelier Santé Ville de Champigny sur Marne. Par ailleurs, les collégiens bénéficiant déjà du programme de prévention et de prise en charge de l'obésité promu par le Conseil Général, la municipalité de Champigny a souhaité faire profiter les élèves des écoles élémentaires d'une action d'information et de sensibilisation sur l'alimentation équilibrée et particulièrement la consommation des fruits et légumes.

### **Objectifs**

Faire comprendre aux enfants l'importance du petit déjeuner dans l'alimentation quotidienne ;  
Transmettre aux enfants les règles élémentaires de l'équilibre alimentaire et d'une alimentation variée ;  
Leur donner goût aux fruits et aux légumes ;  
Leur faire découvrir la diversité des saveurs.

### **Déroulement de l'action**

Un soin particulier a donc d'abord été apporté à l'équilibre diététique des menus des cantines de la ville : le service de restauration de la municipalité dispose en effet d'une diététicienne. C'est en collaboration avec elle que les actions entreprises dans le cadre de cette opération de prévention ont été menées.

Ce programme a pour l'instant revêtu trois aspects différents :

> L'organisation de la semaine du goût dans les cantines des écoles primaires : celle de l'année 2003-2004 était consacrée aux différents saveurs. Ainsi, cinq menus ont été successivement proposés aux enfants : menu acide (autour des agrumes), menu sucré (betteraves...), menu amer (endives, chocolat amer...), menu salé (hareng...), menu réunissant les quatre saveurs (tajine...) Les enfants ont ainsi pu élargir leur connaissance des différents mets et aliments, affiner leur goût, et découvrir une cuisine plus originale et plus variée que celle dont ils pouvaient avoir l'habitude.

> L'organisation de petits déjeuners consistants et équilibrés dans les écoles. Le petit déjeuner est en effet primordial dans l'équilibre nutritionnel des trois ou quatre collations journalières. Trop souvent négligé (petit déjeuner trop riche, trop sucré, mal équilibré ou pas de petit déjeuner du tout), il importe de réaffirmer fréquemment son rôle et sa nature. Ainsi, un animateur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie est venu organiser dans certaines écoles élémentaires et dans un collège de Champigny des séances de petit déjeuner et d'information sur l'alimentation équilibrée avant la classe.

> La mise en place de journées d'échange dans les écoles élémentaires et dans l'un des collèges de la Ville, autour de l'équilibre alimentaire, particulièrement tournées vers la promotion des fruits et légumes, trop absents de l'alimentation de la plupart des enfants.

Ainsi donc, au total, 300 enfants des écoles élémentaires ainsi que dans une moindre mesure 125 collégiens, ont pu bénéficier de cette action.

Ce type d'action représente assez bien la valeur ajoutée que peut apporter un Atelier Santé Ville : en effet, c'est l'Atelier Santé Ville qui a permis la mise en lien des instituteurs, de la diététicienne, et de l'équipe de restauration municipale d'une part, et de la CPAM d'autre part. Ainsi, des institutions et des services municipaux, qui à l'origine n'ont aucune vocation sanitaire, ont pu collaborer à un programme de prévention.

Cette collaboration doit dans l'avenir être reproduite et étendue aux Centres de loisirs de Champigny : les cantines y serviraient des menus équilibrés et riches en fruits et légumes, la soixantaine d'animateurs qui y travaille recevrait auprès du CRESIF une formation élémentaire portant sur l'équilibre alimentaire et la promotion de la variété des aliments et des saveurs.

Cela dit, l'ambition de ce programme a dû être revue à la baisse. La subvention reçue était de moitié inférieure à celle du projet initial : ainsi la collaboration avec les producteurs et vendeurs de primeurs de Champigny originellement prévue a dû être reportée à plus tard. De même, la tiédeur des instituteurs, peu enclins à s'investir de manière structurelle dans l'action, en a atténué la portée.

### **Acteurs mobilisés**

Ensemble des partenaires de la ville.

## **> Forum Santé Alimentaire à Vannes**

### **Constat**

Le PNNS recommande de développer l'information et l'éducation nutritionnelle auprès de la population et de mener des actions vers les publics précarisés. L'enquête menée auprès des participants et accompagnateurs lors du forum sur le tabagisme en 2002 a fait apparaître la nutrition comme un sujet de préoccupation et de questionnement du public.

### **Objectifs**

Sensibiliser le public à l'influence de l'équilibre alimentaire sur l'état de santé global, en favorisant l'expression et la compréhension.

Et notamment :

- > Améliorer les connaissances en matière de groupes d'aliments, en valorisant les apports nutritionnels des produits céréaliers et des légumineuses et en intégrant les notions de plaisir et de convivialité ;
- > Aider les personnes à optimiser les apports nutritionnels malgré un budget limité ;
- > Favoriser une action communautaire et participative en associant des partenaires et des habitants ;
- > Favoriser la poursuite d'actions autour de l'alimentation au sein des structures ;
- > Evaluer le nombre de participants désireux d'aller plus loin dans une démarche d'amélioration de leur santé par le biais de l'équilibre alimentaire (projet PRAPS).

### **Déroulement de l'action**

L'action s'est déroulée autour de plusieurs étapes :

- > Enquête menée dans 60 Classes maternelles (octobre 2003) sur l'organisation de la collation proposée aux enfants dans la matinée ;
- > Action de formation auprès de 47 enseignants (Décembre 2003). Une diététicienne a présenté un exposé sur les besoins alimentaires des enfants et répondu aux questions des enseignants. A partir des résultats de l'enquête, le débat a permis

d'apporter des éléments pour mieux adapter la collation aux besoins de l'enfant ;

> L'organisation d'ateliers santé thématiques « *L'équilibre Alimentaire, n'en faites pas tout un plat !* » (2003, 2004 et 2005). Ce forum a participé ou créé une dynamique au sein des structures et des classes, qui, pour la plupart poursuivent le travail sur le sujet de l'alimentation ;

> Conférence tout public : Afin de pouvoir poursuivre l'action en direction des parents, une conférence s'est déroulée en 2004.

#### **Acteurs mobilisés**

11 Partenaires de la nutrition et de l'éducation à la santé ;  
60 habitants impliqués dans la réalisation.

### **> Education nutritionnelle et prévention de l'obésité à Gonesse**

#### **Constat**

L'excès de poids et l'obésité chez l'enfant sont devenus une préoccupation de santé publique. En 2004-2005 une consultation des professionnels locaux du champ de la santé, du social, de l'insertion et de l'éducation a permis d'identifier les principaux problèmes de santé publique. Il s'est dégagé notamment la problématique des troubles alimentaires. Un programme d'éducation nutritionnelle et de prévention de l'obésité est mis en œuvre dans le cadre du Programme de Réussite Educative.

#### **Objectifs**

Proposer des actions d'information, de découverte et de promotion de certains aliments auprès des parents et des enfants et de lutter contre la sédentarité afin que chaque Gonesse devienne un consommateur responsable de sa santé ;

Enrayer la prévalence de l'obésité infantile ;

Sensibiliser les parents et les enfants sur l'équilibre alimentaire et l'importance de l'activité physique ;

Une attention particulière est portée au développement du goût.

#### **Déroulement de l'action**

Le programme s'est organisé autour de plusieurs axes :

**1.** Sensibiliser les enfants et leurs parents sur l'équilibre alimentaire grâce à des séances d'information collective et des ateliers pédagogiques

Les actions permettent d'éduquer les enfants et d'informer les parents grâce à des ateliers pédagogiques.

> 6 séances d'éducation pour la santé apprennent aux enfants à distinguer les différentes familles d'aliments. Chaque trimestre une famille d'aliments est mise à l'honneur ;

- > 3 ateliers pédagogiques comme les « *petits-déjeuners parents-enfants* », l'élaboration de menus exceptionnels et la confection de sets table sont organisés dans les écoles élémentaires et les centres de loisirs. A l'occasion de ces ateliers les enfants mettent en pratique de façon ludique leurs connaissances ;
- > Une enquête pré et post animation élaborée sur les conseils d'une diététicienne permet de faire l'inventaire des habitudes alimentaires des enfants et d'évaluer l'impact du programme.

Des séances organisées dans les centres socioculturels invitent les parents à mieux consommer c'est à dire à acheter des aliments peu coûteux et favorisant une alimentation équilibrée. L'objectif est à partir de leurs attentes, leur budget, d'élaborer un petit guide d'achat répertoriant des gammes de produits par groupe d'aliments peu coûteux en les classant selon différents critères... L'intervention d'une diététicienne ou d'une conseillère ESF est mobilisée sur ces temps d'échanges. Enfin l'ensemble des informations donne lieu à l'élaboration d'un guide de recettes réalisé conjointement par les parents et les enfants.

## **2. Repérer les enfants en surpoids, rencontrer leurs parents et accompagner une prise en charge médicale**

Il est également nécessaire de repérer les élèves en surpoids afin d'éviter qu'ils deviennent des adultes obèses et de mesurer l'évaluation de la prévalence de l'obésité.

- > Durant l'examen médical réalisé par l'infirmière municipale l'enfant est pesé et mesuré, son IMC est calculé.
- > Les parents des enfants diagnostiqués en surpoids sont invités à faire suivre leur enfant. Un suivi des consultations doit être mis en place grâce à des réunions d'informations avec les médecins de la commune et de l'hôpital.

## **3. Promouvoir l'activité physique**

La promotion de l'activité physique en lien avec les services sportifs de la ville et la CAF a lieu durant l'année à différents moments. L'objectif est de sensibiliser les enfants à la pratique régulière d'une activité physique.

- > Le Parcours du Cœur organisé le Samedi 1<sup>er</sup> avril est une première phase de sensibilisation ;
- > Des actions de prévention et d'information sur les clubs sportifs, les bons CAF... ont lieu lors de différentes manifestations sportives organisées dans la commune (Foulées Gonessiennes. Olympiades...).

## **4. Former les professionnels travaillant auprès des enfants sur les temps de déjeuner : ATSEM et animateurs**

Des intervenants, médecin ou conseillère en PMI pourront assurer une séance d'information des professionnels municipaux (ATSEM, animateurs...). En effet, plus ces professionnels directement au contact des

enfants seront formés, plus ils seront en mesure d'inciter les enfants à adopter un comportement raisonnable.

### **Acteurs mobilisés**

Centres socioculturels (animateurs, conseillères ESF) ;  
 Education Nationale ;  
 PMI et le Conseil Général ;  
 Service Education Mairie de Gonesse ;  
 Service des sports Mairie de Gonesse, le médecin du sport ;  
 Médecin scolaire ;  
 Restauration scolaire ;  
 Infirmières des collèges ;  
 IFSI (institut de formation de soins infirmiers) de Gonesse.

## **> Projet Nutrition à Saint Etienne**

### **Constat**

Le diagnostic Santé témoigne d'un taux de prévalence élevé pour le diabète et les pathologies associées comme le surpoids, l'obésité, les troubles lipidiques. Alimentation déséquilibrée chez certains (trop abondante et riche, problème d'arythmie dans la prise alimentaire (grignotage et sédentarité importante).  
 Mauvaise connaissance et mauvais suivi d'un équilibre alimentaire.

### **Objectifs**

Aider des personnes atteintes de troubles métaboliques à acquérir des notions d'équilibre alimentaire et de rythme de vie adapté ;  
 Fédérer les différents acteurs des quartiers autour d'actions de prévention ponctuelles ou durables sur le thème de la nutrition afin de créer intérêt et dynamisme et l'émergence de projet autour de la santé et de la nutrition ;  
 Favoriser le lien entre structures de soins, acteurs de soins et de la prévention et habitants du quartier grâce à des outils différents dont le guide de la santé.

### **Déroulement de l'action**

Proposition de consultation diététique individuelle en fonction des prescriptions médicales et mise en place de séances collectives sur des notions théoriques et d'aide à la mise en pratique de l'équilibre alimentaire.  
 Après identification de la problématique, un porteur du projet a été choisi : association DEDICAS (réseau diabète).  
 Travail en amont sur le quartier de prises de contact avec des professionnels de santé pour cadrer les objectifs du programme avec les besoins locaux.  
 Une réunion de validation des orientations du projet a été faite avec les professionnels de santé.  
 Des locaux ont été identifiés pour la mise en place des consultations

de diététique et des séances collectives, atelier cuisine. Un premier bilan après deux mois de fonctionnement est proposé afin de réajuster le programme.

#### **Acteurs mobilisés**

Professionnels de santé : médecins, pharmaciens, infirmières ;  
Professionnels des associations locales et bénévoles ;  
Centres sociaux.

### **> Prévention de l'obésité-Education nutritionnelle et suivi des patients diabétique de type 2 à Champigny**

#### **Constat**

Le diagnostic Santé révèle que la prévention de l'obésité doit être une orientation majeure de la politique municipale de santé publique ; il fut donc décidé de conjuguer les ressources du CMS et de l'Atelier Santé Ville à cet effet, et de mettre en œuvre un dispositif cohérent qui puisse accompagner les patients tout au long de leur démarche et de leurs soins.

#### **Objectifs**

Sensibiliser le public fréquentant les centres municipaux de santé de Champigny sur Marne sur le surpoids, l'obésité et les risques de santé liés à ces facteurs, les moyens de prévention du surpoids et de l'obésité.

#### **Déroulement de l'action**

Deux axes de travail ont été privilégiés :

##### **1. Une action de communication**

Au préalable une concertation avec les différents personnels des CMS, des services Communication et Imprimerie de la Mairie est organisée afin de préciser le calendrier et les tâches de chacun dans la mise en place de l'action ;

Elaboration et impression d'une carte titrée « *Je surveille mon poids et je maintiens ma forme* ».

Travail fait en étroite collaboration avec les services Communication et Imprimerie de la Mairie ;

Affichage public (CMS) d'information sur la mise en place de l'action  
Mise en place d'un Point Info POIDS dans chaque CMS où le personnel infirmier effectuera l'accueil, la pesée, la mesure de la taille de la personne, le calcul de l'IMC, l'inscription des résultats sur le carnet de santé du consultant ou sur une carte prévue à cet effet, la distribution de plaquettes et de brochures d'informations. Ces activités se dérouleront en deux jours par mois et par centre de santé.

##### **2 - Prise en charge spécifique des patients en sur poids ou obèse ;**

Les patients suivis par les médecins généralistes des CMS et libéraux atteints de surpoids ou en obésité se voient systématiquement pro-

poser par le médecin un suivi dans les CMS, en plus du motif principal de leur consultation.

Dès lors, une infirmière remplit une fiche de suivi par patient et présente les possibilités d'action et le suivi proposé. Les patients sont ensuite orientés vers une diététicienne qui examine leurs habitudes alimentaires, les prévient sur les risques liés à la surcharge pondérale (maladies cardiovasculaires, dysfonctionnements respiratoires et ostéo-articulaires) et leur dispense des conseils élémentaires d'équilibre nutritionnel. Par ailleurs, l'infirmière est en outre chargée de leur présenter les activités possibles dans le programme :

- > Groupe de parole avec un psychiatre et une infirmière visant à atténuer la souffrance psychique ;
- > Atelier cuisine ;
- > Gymnastique en salle ;
- > Aquagym ;
- > Après Visite Médicale d'Aptitude par un médecin du sport;

#### **Acteurs mobilisés**

Réseau Diabète ;  
Amicale des médecins libéraux ;  
Services sport et communication de la Ville.

### **> Programme « Alimentation et activité physique » à Grenoble**

#### **Constat**

Deux constats sont réalisés :

- > Prévalence préoccupante des individus atteints d'un déséquilibre alimentaire, caractérisé par une déstructuration du rythme alimentaire et une surconsommation de produits hautement caloriques ;
- > Activités physiques réduites au minimum pour bon nombre d'habitants (adultes, adolescents et enfants) et aversion pour tout ce qui demande un effort, de l'endurance.

Différents éléments ont justifié la mise en œuvre du programme :

- > Thématique retenue comme prioritaire par la majorité des personnes impliquées dans le diagnostic ;
- > Indicateurs socio-sanitaires : données quantitatives de la santé scolaire, du centre de santé, du centre social et de la MJC ;
- > Capacité de mobilisation / implication des acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre du programme ;
- Projets existants portés par différentes structures mais manque de cohérence du fait de l'absence de coordination des actions.

#### **Objectifs**

Créer une dynamique de promotion de la santé autour de la thématique nutrition/activité physique en direction des habitants d'un secteur géographique.

### **Déroulement de l'action**

- > Incitation et accompagnement des structures publiques, parapubliques et associations du secteur à veiller à l'équilibre des buffets proposés lors de l'organisation de manifestations publiques ;
- > Amélioration de l'accès aux soins diététiques et à la prévention des publics précaires en proposant un suivi diététique individuel et collectif ;
- > Renforcement de l'éducation à la santé sur ces thématiques dans les écoles ;
- > Valorisation de l'ensemble des actions préventives et/ou curatives, menées sur le secteur, visant à promouvoir l'équilibre alimentaire et/ou l'activité physique en les présentant lors d'une manifestation publique « *La journée nutrition/activité physique* ».

### **Acteurs mobilisés**

Membres du groupe thématique : services promotion de la santé, santé scolaire et des sports de la ville, centre de santé, MJC, association socioculturelle et collège.

Acteurs sollicités pour la mise en œuvre des projets :

les centres sociaux, le CODASE (COMité Dauphinois d'Action Socio-Educative), les bibliothèques, les établissements scolaires, les structures sociales culturelles, le CLIC, les foyers d'hébergement, le pôle insertion, les associations, les collectifs d'habitants...

### **ILLUSTRATION >**

#### **UNE ÉPICERIE COOPÉRATIVE À SAINT-FONS**

En 2001, l'Espace Communal de Solidarité, une association d'insertion, qui porte l'Atelier Santé Ville de la ville de Saint-Fons (69), a mis en place une plate-forme d'initiatives solidaires. La création de cette plate-forme répond à trois objectifs : d'abord, promouvoir l'insertion sociale des personnes les plus en difficulté et créer les conditions d'un retour à l'emploi en proposant des passerelles avec le monde de l'insertion professionnelle. Il s'agit ensuite de favoriser l'implication de ces mêmes personnes dans la vie de la cité. Cet objectif s'inscrit dans une logique d'accompagnement de l'action des usagers en créant des conditions favorables pour favoriser l'émergence d'initiatives « *positives* » de la part des habitants. Une réflexion globale sur le « *soin de soi par soi* » accompagne d'ailleurs cet objectif. Enfin, il s'agit d'organiser le pilotage et le développement des programmes, avec pour but in fine une autonomisation de l'action ou un transfert.

Ce triple enjeu se matérialise par différents programmes : la mise en place d'une épicerie coopérative en est l'une des expressions. « *La création de l'épicerie coopérative s'est faite à partir d'un constat objectif : certains habitants avaient besoin de trouver des denrées alimentaires à des prix très compétitifs. De notre côté, nous souhaitions développer un projet qui soit un point d'entrée pour proposer des actions collectives* », avance Delphine Gardes, animatrice de l'épicerie au sein de l'Espace communal. Une trentaine de familles - soit environ une centaine de personnes - bénéficient aujourd'hui des prestations de cette épicerie coopérative. Celle-ci est installée au cœur du quartier de l'Arsenal, au rez-de-chaussée d'un immeuble, dans un quartier dit sensible de la ville de Saint-fons (inscrit par ailleurs au périmètre contrat de ville). « *Il est parfois difficile de faire comprendre aux partenaires ou aux familles intéressées ce que sous-tend l'épicerie en terme d'investissement collectif, fait valoir Delphine Gardes. Lors du premier entretien, les postulants ne comprennent pas toujours la dimension sociale et coopérative de notre action.* »

L'épicerie est ouverte l'après-midi. Les familles adhérentes y trouvent des denrées de premières nécessités. L'approvisionnement se fait en fonction des produits disponibles chez les fournisseurs. L'épicerie coopérative travaille ainsi principalement avec la Banque alimentaire du Rhône et l'entreprise d'insertion Revivre. Les produits vendus sont en moyenne 70 - 75 % moins chers qu'ailleurs. Ce prix couvrant simplement les frais engendrés par l'achat et le transport des marchandises. Rien de plus. « *Nous connaissons certaines difficultés à maintenir notre approvisionnement en produits de base notamment pour le café, l'huile ou le sucre. Nous avons par contre, grâce à des accords avec des grossistes, un bon échantillonnage de produits d'hygiène* », reprend Delphine Gardes. Les familles adhérentes participent aux activités comme le déchargement, la mise en rayon ou l'étiquetage des produits. Ce qui permet le bon fonctionnement de l'épicerie.

L'inscription se fait sous condition de ressources : il s'agit de ne pas gagner au-dessus de 30 % du RMI par famille. Quant à sa durée, de six mois au départ, elle est renouvelable trois fois, portant ainsi à 18 mois la possibilité d'en bénéficier « *Les critères des revenus ont évolué. Notre comité technique, qui se réunit tous les deux mois et associe des associations et des acteurs de la ville, intéressée par la démarche, a jugé qu'il fallait élever le barème qui auparavant était fixé au montant même du RMI. Nous évoluons avec l'expérience. Nous allons ainsi voir arriver le temps où les premières familles adhérentes vont devoir quitter le dispositif. Elles ne sont pas rassurées. Elles doivent toutefois comprendre que l'épicerie n'est pas un dispositif permanent mais un tremplin à partir duquel elles peuvent progresser.* »

Pour Delphine Gardes, l'offre alimentaire est une porte d'entrée : « *Nous en profitons pour proposer d'autres actions à des personnes qui souvent avant sortaient peu de chez elles. Petit à petit, elles gagnent en assurance. Certaines progressent dans le maniement de la langue française ; d'autres apprennent à mieux se débrouiller et sortent de leur isolement.* » De fait, l'un des après-midi est consacré à des temps de convivialité entre coopérants. Delphine Gardes y organise des goûters ou des discussions autour d'un café. Un temps, selon elle, nécessaire pour favoriser l'échange entre les coopérants. « *Nous avons ainsi mis en place une présentation des pays d'origine de chacun des coopérants. C'est un moyen de comprendre les différences des uns et des autres.* »

De plus, une fois par mois, l'épicerie coopérative organise un petit-déjeuner santé en présence de la médiatrice santé de l'Espace Communal et d'une diététicienne afin de discuter, de manière informelle, de certains principes liés à un meilleur équilibre alimentaire. Cette réunion est ouverte aux familles adhérentes de l'épicerie mais également à ceux qui participent au jardin de maraîchage. « *On y échange parfois de simples recettes qui aident à accommoder les légumes et favorisent leur acceptation par les enfants* », avance Delphine Gardes.

Une passerelle a, par ailleurs, été mise en place avec le jardin de maraîchage, autre programme mis en place à Saint-Fons, afin de faire profiter les familles de chacun de ces programmes des avantages de l'autre : « *Une fois par semaine, les adhérents du programme de maraîchage peuvent venir acheter des produits à l'épicerie. De la même façon, les coopérants de l'épicerie ainsi se procurer des légumes frais à des conditions avantageuses.* »

Depuis 2005, l'épicerie est également une étape du PLIE (Plan local pour l'insertion et l'emploi). Ses animateurs peuvent ainsi repérer les savoir-faire et les savoir-être des coopérants acquis au cours de leur investissement dans les structures de l'épicerie. Ils ont la charge d'aider les coopérants dans leurs démarches d'insertion professionnelle. Des ateliers collectifs, sur des thèmes liés à la recherche d'emploi, ont ainsi été organisés : qu'il s'agisse de rencontres avec des employeurs de la région ou de participation à des forums dédiés à l'emploi. « *Nous sommes en fait un lieu ressource dans lequel les coopérants, au-delà des avantages pour eux à se fournir en produits alimentaires à bas prix, trouve une aide pour apprendre ou réapprendre à avoir confiance en soi.* » Tout simplement.

## Le diabète

### > *Action de dépistage du diabète à La Courneuve*

#### **Constat**

La technique du dépistage du diabète par G.S.S.C. (Glycémie Sur Sang Capillaire), répandue depuis à peu près cinq ans, offre des possibilités de dépistage beaucoup plus souples que la prise de sang habituelle. Il suffit de recueillir une goutte de sang capillaire prélevée sur la pulpe du doigt. L'analyse est quasi immédiate. Ce progrès technique entre pour une très large part dans la décision des élus et de la DDASS de s'intéresser au dépistage massif des maladies cardiovasculaires.

En effet, les maladies cardiovasculaires sont une des causes les plus importantes de mortalité prématurée. Leur prévention nécessite certes, en premier lieu, des opérations de dépistage, qui doivent néanmoins s'assortir d'une réflexion plus vaste sur les questions de nutrition et d'alimentation. Ainsi la prévention à court terme et la prévention à long terme sont indissociables, sous peine d'être toutes deux caduques.

#### **Objectifs**

- Dépistage ;
- Orientation des personnes ;
- Mise en réseau des professionnels.

#### **Déroulement de l'action**

L'Atelier Santé Ville de La Courneuve a donc décidé de mettre en œuvre des opérations de dépistage gratuit en faveur des habitants de la commune. Ces séances se passent dans les lieux publics — non pas nécessairement les centres de soin. Des affiches sont placardées dans les administrations, les commerces et dans les alentours du lieu choisi pour le dépistage, annonçant le jour de la campagne de dépistage. Le journal municipal diffuse lui aussi l'information.

Ces campagnes de dépistage sont dirigées par le médecin directeur du C.M.S., en collaboration avec une infirmière ainsi que le personnel mis à disposition par le laboratoire Pfizer pour utiliser le matériel d'analyse instantanée.

Le dépistage dure un peu moins de 20 minutes par personne et est procédé comme suit :

- > Questionnaire général portant sur le mode de vie, la santé, le niveau social du patient ;
- > Questionnaire particulier portant sur l'hygiène alimentaire.
- > Dépistage capillaire de la glycémie et des lipides ;
- > Biométrie, mensurations ;
- > Entretien final avec le médecin directeur du CMS et résultats de l'analyse.

Le patient est alors, au besoin, pendant l'entretien, orienté vers un médecin généraliste ou spécialiste, selon les risques que présente son état.

Une journée de dépistage permet d'examiner 80 personnes. En 2003, au cours de six matinées, 400 personnes ont été dépistées. En 2004, deux matinées ont été organisées à destination des employés communaux. Sept autres sont prévues d'ici la fin de l'année.

Alors qu'à l'origine les personnes dépistées l'étaient de manière fortuite, parce qu'elles se trouvaient sur les lieux de l'opération, certains habitants de La Courneuve se rendent aujourd'hui aux séances de dépistage de manière délibérée, profitant de l'occasion qui leur est donnée de faire un bilan de santé gratuit, et de recevoir des conseils sur des sujets qui leur tiennent à cœur.

Par ailleurs, cette opération est un bel exemple de coopération entre santé publique et initiative privée. Le matériel de dépistage capillaire est onéreux, nécessite un personnel qualifié pour en faire usage : il serait donc impossible aux services municipaux et aux DDASS de mettre en œuvre un tel dispositif sans la collaboration gracieuse d'un laboratoire privé. Ainsi, le laboratoire peut, par ce biais, faire connaître auprès des professionnels de santé les derniers états de ses recherches technologiques et ainsi se ménager une certaine publicité, et en même temps contribuer efficacement au déroulement d'une entreprise philanthropique.

#### **Acteurs mobilisés**

DDASS, CMS, Laboratoire

## Les risques liés à la sexualité

### **> Programme de prévention « sexualité – contraception » au sein de l'intercommunalité**

#### **Constat**

Augmentation du nombre et de la fréquence des IVG, grossesses successives, manque d'information et difficultés de gestion de la contraception chez les jeunes femmes, difficultés socio-économiques, augmentation des actes de violence...

Suite à ces constats, un programme de prévention sexualité – contraception a été engagé en direction des jeunes du collège d'Achères. Depuis 2002, ce projet est renouvelé chaque année au collège Jean Lurçat d'Achères.

#### **Objectifs**

Renforcer les connaissances en matière de sexualité et de risques liés à la sexualité ;

Faire prendre conscience des notions de respect de soi et d'autrui, de confiance...

### **Déroulement de l'action**

Sur les villes d'Achères, Chanteloup-les-Vignes et Vernouillet lors de deux demi-journées consacrées à la santé, quatre classes de collège sont invitées à assister à un spectacle lié au thème de la sexualité, de la contraception et de l'IVG.

Dans un premier temps, les élèves assistent à la pièce de théâtre « *Parlez-moi d'amour* », créée par le Théâtre en Stock, à la demande du Conseil Général du Val d'Oise.

Par la suite, les quatre classes sont séparées (filles d'un côté, garçons de l'autre) pour rejoindre les deux intervenantes de l'AVH 78 qui animent les débats sur les thèmes de la sexualité, de la contraception et de l'IVG.

Supports techniques :

Distribution de pochettes contenant des préservatifs, des brochures sur la sexualité, la contraception et le SIDA.

### **Acteurs mobilisés**

Partenariat engagé avec l'AVH 78 (réseau Ville Hôpital) et la troupe du « *théâtre en stock* » ;

Partenariat envisagé avec l'assistante sociale, l'infirmière et le médecin du collège.

## **La santé mentale**

### **POURQUOI CETTE ENQUÊTE AUJOURD'HUI ?**

Aude Caria et Jean-Luc Roelandt, CCOMS santé mentale<sup>93</sup>

Nous vivons dans un monde en pleine mutation. Le temps s'accélère et les distances se réduisent. Mondialisation accrue des échanges économiques, financiers et culturels, course à la rentabilité, exacerbation de la société du spectacle et de la réussite narcissique : le nombre de laissés pour compte est corrélé à celui des dépôts de bilan et la « *bonne* » santé mentale est devenue un aléa du droit au bonheur. A chaque problème sa pilule ou son « *psy* ».

Pourtant, si le recours à la psychiatrie comme mode de résolution des problèmes personnels ou sociaux se généralise, le système de soins spécialisés peine à suivre l'évolution de la société et l'exigence des patients/usagers/citoyens. Et nous savons que l'héritage asilaire de la

<sup>93</sup> Enquête SPMG, Revue Santé Mentale

psychiatrie, qui imprègne l'imagerie populaire et les pratiques de soins, favorise la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques.

Dans ces conditions, il est légitime de s'interroger sur l'état de la santé mentale des français !

Mais aussi sur les représentations que le grand public a des troubles psychiques et de la façon de les soigner. Et sur le niveau de tolérance des français par rapport aux personnes souffrant de troubles psychiques.

La vaste enquête intitulée « *la santé mentale en population générale : images et réalités* » menée par le Centre collaborateur français de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOM, Lille)<sup>94</sup>, aide à répondre à ces questionnements.

### QUELS SONT LES PRINCIPAUX OBJECTIFS ?

Cette enquête multicentrique a commencé en 1999. Une cinquantaine de sites en France et une dizaine dans d'autres pays ont suivi la même méthodologie de travail<sup>95</sup>. Toutes ces personnes étaient animées par le même souci : mieux connaître l'image de la « folie », de la « maladie mentale » et de la « dépression » dans l'opinion publique, mais aussi mieux connaître l'état de santé mentale de cette population, que l'on ne rencontre pas forcément dans les services de psychiatrie.

Dès le départ, nous avons opté pour une recherche-action, c'est-à-dire une enquête qui est aussi un outil pour interpeller sur la question de la santé mentale et pour faire évoluer les pratiques. Ceci nous a permis d'associer un grand nombre de personnes à sa réalisation. Par exemple, dans chaque site d'enquête les maires et les partenaires sociaux et associatifs ont été rencontrés avant que les enquêteurs ne recueillent les questionnaires auprès des habitants. Ensuite, les résultats locaux de l'enquête ont été présentés au public et aux professionnels et relayés dans la presse régionale.

### QUELLE METHODOLOGIE AVEZ-VOUS UTILISE ?

Nous avons travaillé avec des équipes de psychiatrie motivées ! Elles s'engageaient à encadrer le travail d'enquête du début à la fin, le Centre collaborateur OMS n'intervenant que pour former les enquêteurs et garantir le respect de la méthodologie d'enquête. Chaque site d'en-

---

<sup>94</sup> Secrétariat CCOMS, 186 rue Kléber, 59155 Faches-Thuménil, 03.20.62.07.29, [ccoms@epsm-lille-metropole.fr](mailto:ccoms@epsm-lille-metropole.fr)

<sup>95</sup> Pour plus de détails on se référera à l'article: « *La santé mentale en population générale : images et réalités. Présentation générale de l'enquête* » *L'information psychiatrique*, 76, 3, 2000, p.279-292.

quête a donc réalisé sa propre enquête, tout en participant à la constitution d'un échantillon représentatif nationalement, par addition de tous les questionnaires (au total plus 36 000).

Dans chaque site, 900 personnes ont été choisies au hasard dans des lieux publics, selon des quotas précis (sexe, âge, niveau d'éducation et catégorie socio-professionnelle), afin de constituer un échantillon représentatif local. Elles ont répondu à 3 questionnaires, en entretien face à face : questionnaire socio-anthropologique sur les représentations, questionnaire diagnostique psychiatrique (le MINI permettant des estimations diagnostiques) et questionnaire socio-démographique. L'entretien durait en moyenne 45 minutes.

Toujours dans la logique recherche-action, nous avons choisi d'associer des étudiants en soins infirmier à ce travail. Grâce à des conventions de partenariat entre équipe de psychiatrie et IFSI, des étudiants ont participé à cette enquête dans le cadre de leur stage de santé publique. Ils ont ainsi bénéficié d'une formation du CCOMS pendant 3 jours : initiation à la méthodologie de recherche en épidémiologie, sensibilisation aux représentations sociales de la folie et formation à la passation d'un questionnaire diagnostique psychiatrique (donc à la CIM-10 pour les troubles mentaux). Ils ont ensuite recueilli les questionnaires, en tant qu'enquêteurs CCOMS et participé aux séances de restitution des résultats locaux, voire pour certains utiliser cette expérience pour leur travail de fin d'étude. Les équipes de psychiatrie et les enseignants ont assuré ensemble leur encadrement.

Au total ce sont près de 1700 étudiants qui ont donc été acteurs à part entière d'une action de santé publique, qui leur a permis de prendre conscience de leurs propres préjugés et leur a appris à mieux connaître les pathologies psychiatriques et la souffrance psychique.

### QUELS SONT LES GRANDS ENSEIGNEMENTS ET LES RETOMBÉES QUE L'ON PEUT EN TIRER ?

Les articles publiés dans ce dossier nous offrent un premier panorama des principaux résultats tant au niveau des représentations que des prévalences.

Concernant les représentations de l'opinion publique : les préjugés ont la vie dure ! Les représentations sont très péjoratives, toutefois, la tolérance existe également.

Ces résultats bouleversent les idées reçues des soignants eux-mêmes. En effet, les professionnels pensent participer à une équipe pluridisciplinaire qui s'efforce d'offrir aux malades mentaux une palette de soins variés, dans des structures intégrées dans la cité. La population pense que le « *malade mental* » est dangereux, commet des actes

illégaux, est peu accessible à la guérison car peu conscient de son état et doit être soigné contre son gré à l'hôpital psychiatrique avec des médicaments...

Tous les actes illégaux, qui entraînent un passage devant le Juge, sont considérés par la majorité de nos concitoyens comme relevant du « *malade mental* » ou du « *fou* ». On ne s'étonnera donc pas de la confusion persistante entre prison et hôpital psychiatrique (Encore Foucault...). Ni de la stigmatisation et du tabou qui continuent d'entourer ces deux lieux mythiques. Et des retombées catastrophiques pour les personnes désignées par comme en relevant. Difficile au vu des représentations du « *malade mental* » dans l'opinion publique, de continuer d'utiliser ces termes en pensant qu'ils réduisent la stigmatisation !

D'autre part, le même travail ayant été mené dans plusieurs sites internationaux, nous pouvons également nous comparer à d'autres cultures. Le tableau XX nous montre que les représentations du « *fou* », du « *malade mental* » et du « *dépressif* » varient d'un pays à l'autre. Seul le fait « *d'être triste* », de « *pleurer souvent* » est considéré partout comme relevant de quelqu'un « *dépressif* ». Les comportements agressifs sont majoritairement associés à l'image du « *malade mental* » en France (DOM compris) à celle du « *fou* » ou du « *malade mental* » ailleurs. Fait notable, à l'île Maurice, quelqu'un qui commet un inceste ou un meurtre est majoritairement considéré comme ni « *fou* », ni « *malade mental* » ni « *dépressif* », c'est-à-dire « *aucun des trois* » (meurtrier ? criminel ?).

On peut observer un gradient tout à fait intéressant dans les représentations, quand on s'intéresse à la répartition des réponses « *aucun des trois* » (ni fou, ni malade mental ni dépressif). En France, le fait d'être anxieux, de prendre régulièrement de l'alcool ou des drogues, d'avoir un discours ou un comportement bizarre, de faire des crises de convulsions est considéré comme ni fou, ni malade mental (ni dépressif), alors que c'est beaucoup plus souvent le cas dans les autres pays. On peut se demander si la meilleure connaissance de ces comportements ou l'identification de ces comportements comme relevant d'un problème médical n'explique pas en partie ce résultat. Par exemple, quelqu'un qui prend de l'alcool est un « *alcoolique* », qui prend des drogues un « *toxicomane* », qui fait des convulsions un « *épileptique* ». D'autre part, le glissement de ces comportements hors du champ de la folie/maladie mentale est sans doute fortement corrélé à la disponibilité des traitements et à la représentation de la guérison.

Cette enquête nous permet enfin d'avoir des données épidémiologiques fiables sur la santé mentale des français (voir les articles de V. Bellamy et P. Surault). Ces chiffres devraient servir de référence pour de futures évaluations régulières, afin de suivre leur évolution, au sein du Baromètre santé des français.

Plus de 30 % des français présentent un trouble psychique au moment de l'enquête : dépression, anxiété, problème d'alcool ou de drogue, syndrome d'allure psychotique. Même si certaines personnes semblent plus vulnérables par rapport aux problèmes de santé mentale (femmes, personnes séparées ou divorcées, chômeurs), au final tout le monde peut être concerné. Ce qui pose inévitablement la question du recours aux soins. Avoir un trouble ne signifie par forcément se sentir malade ; avoir un trouble n'implique pas automatiquement prendre des psychotropes !

Il faut reconnaître l'existence de cette souffrance psychique, qui ne saurait être du seul ressort de la psychiatrie. Un chômeur qui retrouve un emploi n'a plus besoin d'anti-dépresseur ! Pour d'autres, changer de travail guérit le harcèlement moral ...

Ces résultats interpellent fortement l'ensemble de notre société sur la question du bien-être de ses citoyens et de la place malmenée des valeurs d'intégration et d'humanisme.

>>>

## > **Bien-être psychique de l'enfant à Aubervilliers**

### **Constat**

On dispose en France de peu d'études concernant l'impact de la précarité sur la santé mentale des jeunes enfants. Cependant, plusieurs enquêtes mettent en évidence le lien entre précarité – définie comme « l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux »<sup>96</sup> – et maltraitances, morbidité et mortalité accidentelle infantiles<sup>97</sup>. D'autre part, il est admis que la précarité sociale des parents, quand elle entraîne mal-être et souffrance psychique, rejait fréquemment chez les enfants, qui présentent alors bien souvent des attitudes de repli, des comportements inadaptés ou des difficultés dans l'acquisition d'outils essentiels comme la lecture ou l'écriture.

En terme de santé « positive », il est par ailleurs important de souligner que l'enfance est la période de constitution du « capital santé » de l'individu : les conditions, bonnes ou mauvaises, dans lesquelles se développe l'enfant auront des répercussions sur l'état de santé de l'adulte.

---

<sup>96</sup> Wresinsky J : Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal Officiel 1987

<sup>97</sup> Berthier M. Enfance et précarité. In : Précarité et Santé. Flammarion 1998.

A Aubervilliers, les conditions de précarité dans lesquelles évolue une grande partie des familles<sup>98</sup> sont à relier aux préoccupations exprimées par les acteurs sociaux et de santé de la ville autour d'une souffrance psychique qui se fait de plus en plus évidente dans leur travail quotidien. Ainsi, lors de réunions du groupe santé mentale qui s'est constitué dans le cadre de la démarche Atelier Santé Ville, le secteur social a pointé comme une priorité la prise en charge de symptômes de santé mentale ne ressortant pas forcément du champ de la psychiatrie. A cette préoccupation locale s'ajoute la volonté du Ministère de la Santé (DGS) d'explorer la faisabilité d'actions de prévention et de promotion dans le domaine de la santé mentale de l'enfant en vue d'une reproduction postérieure dans d'autres villes.

Par ailleurs le volet santé mentale de l'Atelier Santé Ville, développé depuis 2001, a facilité la mise en place de plusieurs actions de travail en réseau autour de cette thématique. C'est dans ce cadre qu'un **travail d'analyse préliminaire** pour l'écriture d'un projet de « *Promotion de la santé mentale chez le jeune enfant* » a été réalisé en 2003-2004 de manière participative avec les acteurs locaux, notamment le Service social municipal ; la PMI (personnel de la circonscription) ; l'ASE ; le Service Communal d'Hygiène et de Santé ; le CMPP et le Secteur municipal petite enfance. Par ailleurs, l'intersecteur de pédo-psychiatrie et le DIM de l'Hôpital Ville Evrard ainsi que le Service de promotion de la santé en faveur des élèves ont participé à plusieurs réunions de travail.

### **Objectifs**

L'analyse préliminaire a abouti à l'écriture d'un projet dont le but est de promouvoir - à partir de la mobilisation des principaux partenaires concernés par cette thématique et dans le cadre d'une approche communautaire - des conditions psychosociales favorisant le développement psychologique, affectif, cognitif et social de jeunes enfants (0-3 ans) confrontés à la précarité.

Les **objectifs** sont les suivants :

- > Fournir des occasions de promouvoir la santé infantile dans le quartier ;
- > Soutenir les parents dans leur rôle parental en passant par le renforcement de leur propre auto-estime et par un travail sur leurs représentations concernant le développement de l'enfant ;
- > Favoriser et développer le travail en réseau autour des actions de promotion de la santé chez les jeunes enfants par la mise en place d'une cellule pluri professionnelle au niveau du quartier ;
- > Permettre aux familles d'identifier des solutions permettant

---

<sup>98</sup> 11.4 % des familles sont bénéficiaires du RMI. 20 % des familles sont monoparentales.

d'améliorer leur bien-être par la mise en place d'un « *programme de santé familiale* » lors des visites à domicile. Le programme serait élaboré avec chaque famille afin de prendre en compte leurs objectifs et leurs points de vue ainsi que pour garder une articulation entre les visites ;

- > Favoriser les réponses du soutien communautaire et le lien entre celles-ci et les réponses des structures du droit commun ;
- > Réaliser une évaluation épidémiologique visant à mettre en évidence la pertinence ou l'efficacité du projet -ainsi que les éventuelles raisons d'une absence d'efficacité - du point de vue de ses effets sur la santé.

### **Déroulement de l'action**

Le projet se développe autour de trois axes d'intervention, à savoir :

**Auprès des familles :** Le projet, par le biais des **visites à domicile**, vise-rait à assurer un fort **soutien aux familles**. Un « *programme de santé familiale* » serait élaboré avec chaque famille afin de prendre en compte leurs objectifs et leurs points de vue ainsi que pour garder une articulation entre les rencontres. Une première visite serait systématiquement proposée au moment de la grossesse aux futurs parents. La fréquence et la durée des visites postérieures seraient données par le diagnostic de la situation réalisé par le professionnel. L'objectif des VAD est de favoriser la croissance des bébés en bonnes conditions de santé, à travers de :

- a. soutien à l'établissement de liens familiaux solides ;
- b. renseignements aux parents sur le développement de l'enfant ;
- c. renseignements aux parents sur la santé, la sécurité et la nutrition ;
- d. exploration de solutions aux situations difficiles ;
- e. renseignements sur la grossesse ;
- f. améliorer l'accès aux soins pour la famille ;
- g. établissement de liens avec les ressources communautaires et professionnelles présentes dans le quartier.

**Auprès de la communauté :** Le projet impulserait le développement des **lieux d'accueil parents-enfants** en leur donnant également une dimension communautaire à travers la mise en place de **réseaux de parents**. L'objectif du travail en réseau est de faciliter l'identification des problèmes et la mise en place de solutions avec une participation active des parents. Un des éléments fédérateurs du réseau de parents serait constitué par des rencontres formatrices ou **ateliers de guidance parentale** autour du développement normal des enfants. Ces interventions seraient réalisées auprès des parents pour travailler sur leurs représentations concernant le développement de l'enfant mais aussi pour les soutenir (dans le sens de l'« *empowerment* ») et travailler autour de leur propre auto-estime. Ces interventions devraient, par ailleurs, faciliter l'accès aux soins des familles, en particulier celles qui sont en

situation d'exclusion. Les objectifs du réseau de parents sont d'accroître les aptitudes des parents à prendre des décisions ; améliorer leur capacité à répondre aux besoins de santé de leur famille, notamment en les aidant à améliorer leurs compétences parentales, à mieux accéder et aux soins primaires et de santé mentale et aux soutiens communautaires disponibles, et, enfin, à effectuer un changement positif dans leur sentiment d'indépendance et d'autonomie ; seraient **associées à l'action des ressources communautaires** présentes dans le quartier.

**Auprès des professionnels :** Il est proposé de mettre en place une **cellule pluri professionnelle** composée par des professionnels des différentes structures travaillant autour de la petite enfance dans le quartier. Cette cellule prendrait en charge les actions de promotion de la santé et d'accès aux soins des jeunes enfants. Il serait nécessaire une **formation** pour favoriser une mutualisation d'expériences entre les professionnels mais aussi pour approfondir le champ de connaissances autour de l'approche communautaire et de la promotion de la santé. Ces interventions auprès des acteurs sociaux et de santé devraient renforcer les compétences de chacun mais aussi, et surtout, le caractère innovant des réponses. Par ailleurs, le travail en réseau développé avec les professionnels devrait garantir l'accès aux soins et aux services de prévention pour toutes les familles, en particulier celles se retrouvant en situation d'exclusion.

**Il a été exclu que le cœur de l'action soit constitué par le dépistage ou le traitement des pathologies**

### **Acteurs mobilisés**

**Comité de pilotage local :** l'analyse préliminaire et l'écriture du projet ont été réalisées dans le cadre d'un comité local animé par l'Atelier Santé Ville. Ce comité, qui assurera par la suite le pilotage de l'action, est composé des structures suivantes : le Service social municipal ; la PMI (personnel de la circonscription) ; le Service Communal d'Hygiène et de Santé ; le CMPP, le Service Vie des quartiers, la CAF et le Secteur municipal petite enfance.

**Comité de maîtrise d'ouvrage :** Ministère de la santé (DGS), DIV, CPAM 93, DDASS 93, PMI (CG 93), Ville d'Aubervilliers (SCHS/ASV) ;

**Filière de soins (pour orientation) :** Intersecteur pédopsychiatrie (CMP, hôpitaux de jour) ; Secteur psychiatrie adulte ; CMPP ; PMI ; ASE ;

### **Ressources présentes dans le quartier :**

PMI (personnel de la circonscription) : Equipes pluridisciplinaires PMI ;  
Service municipal petite enfance : Mini-crèche ;  
Service vie des quartiers ;  
CMPP : Equipe assurant le suivi des familles dans le quartier (fratries incluant des enfants 0-3 ans) ;  
CAF : Accueil parents-enfants.

## Le dépistage bucco-dentaire

### > *Promotion de la santé Bucco-dentaire à Champigny sur Marne*

#### **Constat**

Afin d'évaluer l'état de santé bucco-dentaire des enfants et d'initier un changement de mentalités à l'égard de l'hygiène a été créé au Conseil général du Val de Marne en 1991 la Mission bucco-dentaire. Un programme départemental de prévention s'est d'abord mis en place à destination des structures départementales (crèches, centres de PMI, foyers départementaux), puis en direction des enfants de maternelle et de primaire, visant à réduire de façon significative le taux de carie. Une convention avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) puis avec l'Inspection académique a permis d'élargir le partenariat dans les villes concernées.

La Ville de Champigny a cependant décidé de compléter le programme par l'implication des parents et, en 2005-2006, de dépister les caries dentaires en alternance avec celui effectué par le camion de la CPAM et de compléter des actions de santé déjà menées dans ce domaine et jugées trop discontinues.

Il faut dire que le besoin d'un renforcement des actions de santé bucco-dentaire est une nécessité urgente : dans certaines écoles de Champigny, 70 à 75 % des enfants examinés présentent des problèmes dentaires nécessitant des soins.

#### **Objectifs**

Réduire significativement les caries dentaires chez les enfants par l'information, la sensibilisation et l'apprentissage du brossage correct.

#### **Déroulement de l'action**

La CPAM dispose de deux camions de dépistage pour l'ensemble du Val de Marne. Cela signifie en fait qu'un camion vient visiter les écoles de Champigny tous les deux ans. Parallèlement, le Conseil Général fait envoyer aux écoles volontaires des kits de brossage (brosse, pâte dentifrice, gobelet), du fluor liquide, des tracts et des affiches, qui sont distribués aux enfants à l'occasion du passage d'équipes d'animations dans les classes. Celles-ci projettent aux enfants animations et vidéos, enseignent aux enfants les bons gestes du brossage et la nécessité de la fluoruration.

Lors du passage du camion, le dentiste remet à chaque enfant présentant une carie un titre de soin gratuit, à faire valoir dans un délai de trois mois. De fait, seul moins d'un enfant sur deux dépisté positivement utilise ce titre de soin.

L'Atelier Santé Ville en collaborant avec la coordination du programme de l'hygiène bucco-dentaire de Champigny propose donc de faire augmenter cette proportion.

La encore l'Atelier Santé Ville joue un rôle de lien et de coordination.

Ainsi, des réunions ont été organisées avec les associations de parents d'élèves pour insister sur la santé dentaire. De même, grâce à la liste des enfants dépistés, la coordination du programme a relancé individuellement chaque famille par l'intermédiaire des instituteurs. Les parents sont alors davantage impliqués dans la politique de prévention.

En 2002-2003, 1724 enfants ont été dépistés. En 2003, le nombre d'enfants présentant des dents cariées est encore important. D'où le pari de la ville de Champigny de venir renchérir sur les efforts du Conseil général, de la CPAM et de l'Inspection académique en la matière.

Ainsi l'Atelier Santé Ville et la coordination du programme d'hygiène bucco-dentaire ont monté et présenté un dossier de candidature pour obtenir le label ARCADE. L'obtention de ce label de santé bucco-dentaire ainsi que des crédits qui y correspondent permettront, d'une part, la mise en place de dépistages plus fréquents et d'autre part d'impliquer les parents dans l'action.

En effet, dans l'état actuel des choses, les enfants, du CP au CM2, bénéficient d'un dépistage. Le but de l'Atelier Santé Ville de Champigny est de parvenir à deux dépistages de chaque enfant des écoles élémentaires de la ville au cours de son cursus scolaire.

Cette implication des parents, cet effort de recherche de crédit et de candidature au label ARCADE est à mettre au crédit de l'Atelier Santé Ville : les financements actuels ne permettent pas au dentiste coordinateur, chargé de l'application du programme, la mise en place pragmatique et ponctuelle des séances de dépistage. C'est l'Atelier Santé Ville qui inscrit la démarche dans la longue durée et qui peut soutenir l'ambition sanitaire de la ville.

#### **Acteurs mobilisés**

Conseil Général ;  
CPAM ;  
Ecoles, Inspection Académique.

### **> Dépistage bucco-dentaire à Gonesse**

#### **Constat**

En 2004-2005 une consultation des professionnels locaux du champ de la santé, du social, de l'insertion et de l'éducation a permis d'identifier les principaux problèmes de santé publique. Il s'est dégagé de ce diagnostic plusieurs thématiques dont les problèmes dentaires, les troubles alimentaires et la souffrance psychique.

L'axe de la prise en charge des soins bucco-dentaires a été le premier traité avec le lancement dès 2005 du programme ARCADE dans le cadre du Programme de Réussite Educative. Ce programme se poursuivra pendant trois ans jusqu'en 2007 et vise à être élargi.

### **Objectifs**

- Sensibiliser et prévenir les troubles de l'hygiène bucco-dentaire ;
- Informer et rendre les enfants responsables sur leur hygiène bucco-dentaire ;
- Effectuer un dépistage des caries ;
- Faciliter et s'assurer de la réalisation des soins grâce à une prise en charge à 100 % des soins par la CPAM.

### **Déroulement de l'action**

Cette action se décline en trois axes principaux :

1. Dans un premier temps une information (2 séances) sur la prévention et l'hygiène bucco-dentaire est assurée dans les écoles par une infirmière. Durant les séances, les enfants acquièrent également une connaissance des dents : dent de lait, dent définitive, le nom, la forme, la structure, le rôle, l'importance d'une alimentation saine et d'un brossage régulier (trois fois par jour après les repas). Une brosse à dent à usage unique permet à l'enfant de mettre en pratique ces apprentissages lors de la séance. A l'issue de la deuxième séance un questionnaire est remis aux enfants pour avoir une évaluation des connaissances acquises ;
2. Dans un deuxième temps un dentiste effectue des séances de dépistage au sein des écoles. Un cabinet dentaire installé dans les écoles permet au dentiste assisté d'une infirmière d'examiner chaque enfant. A l'issue de chaque examen le dentiste remet à l'enfant les résultats destinés aux parents ainsi qu'un kit de brossage ;
3. C'est pourquoi, c'est le troisième axe, les familles n'ayant pas consulté dans les trois mois suivant le dépistage un dentiste seront relancées par courrier et rencontrées par la coordinatrice santé ou l'infirmière si cela est nécessaire. L'objectif est notamment grâce à une prise en charge à 100 % de la CPAM et au partenariat avec les services sociaux (CCAS, Service Social Départemental, Caisse Primaire d'Assurance Maladie) de lever tout obstacle influençant le recours aux soins dentaires.

### **Acteurs mobilisés**

- Education Nationale ;
- Service Education Mairie de Gonesse ;
- CCAS et le SSD.

## Le saturnisme

### > *Lutte contre le saturnisme à Bondy*

#### **Constat**

Les enfants sont les premiers concernés par les contaminations par le plomb car ils absorbent 70 % du plomb qu'ils ingèrent, les adultes 10 %. Les effets du saturnisme sont irréversibles et graves (altérations du développement intellectuel de l'enfant...). On ne peut pas compter sur les effets cliniques pour le dépister. La prévention et le dépistage ciblés sont donc indispensables.

> De 1988 à 2005, 15000 enfants ont été dépistés dans le département de Seine Saint Denis, 18,5 % des enfants étaient effectivement intoxiqués.

Principale source d'intoxication sur Bondy : les peintures contenant du plomb, le plus souvent dans les logements construits avant 1949. Sur la ville, 20 % des logements au moins ont été construits avant 1949 (Source : Conseil Général) et contiennent potentiellement du plomb. Plus de 300 résidences ont déjà été repérés comme contenant du plomb lors des ventes de logements (fichier ERAP, source : DDASS 93).

#### **Objectifs**

Prévenir le saturnisme, dépister la maladie, suivre les enfants, accompagner la réalisation des travaux.

#### **Déroulement de l'action**

Développement du système d'information local par recoupement des données disponibles pour hiérarchiser les îlots d'habitation d'après le risque - habitats construits avant 1949, données ERAP, données Filocom (logements à bas revenus dans des logements inconfortables) Dépistage des enfants, notamment lors de l'inscription des enfants en PMI, si leur adresse est repérée comme habitat contenant du plomb, soit à partir du fichier Erap, soit à partir du fichier établi par le réseau saturnisme local.

#### **Acteurs mobilisés**

Service Communal Hygiène et Santé ;  
PMI ;  
Circonscription sociale départementale ;  
DDASS ;  
Associations locales, crèches, association Habinser, association La Marmite...

## **> Sensibilisation aux risques du saturnisme infantile à Vitry sur Seine**

### **Constat**

La ville de Vitry sur Seine, comme la plupart des villes de la petite couronne, est particulièrement concernée par le saturnisme infantile, car elle dispose d'un parc de logements anciens important ; 27,4 % du parc, soit 9 000 logements datent d'avant 1948.

Depuis la découverte en 1985 de cas de saturnisme chez des jeunes enfants à Paris et en Seine Saint Denis, une politique de lutte contre le saturnisme infantile s'est progressivement mise en place en Ile de France. Elle s'est traduite par l'inscription du saturnisme comme priorité régionale de santé publique. Première région en nombre de cas dépistés avec 80 % des cas nationaux, l'Ile de France souffre d'un dépistage insuffisant, puisqu'en 10 ans, 2 % seulement des enfants de moins de 6 ans de la région ont été dépistés.

Depuis l'adoption de la loi du 29 Juillet 1998 renforçant le dispositif contre le saturnisme infantile, la ville de Vitry s'est engagée dans des actions visant à mieux dépister la maladie et à diminuer le risque à la source, par la réhabilitation des immeubles à risque. Un comité de pilotage a été mis en place dès 1999 avec les services municipaux concernés (Environnement, Promotion de la Santé, Centre Municipal de Santé) ; les 5 PMI ; la DDASS ; la DIPAS ; la CPAM et la CAF.

Ainsi, depuis 1998, la ville réalise une sensibilisation des familles habitant le parc le plus ancien, dans le quartier du Port à l'Anglais où 80 % des logements datent d'avant 1948... Cette action s'est traduite par un courrier, des visites à domicile et des rencontres au sein des 5 PMI et des 3 crèches municipales autour d'une exposition réalisée à cet effet. D'autre part, depuis 2004, une action d'éducation à l'hygiène et au lavage des mains est engagée en direction des enfants des classes maternelles de la ville.

Une information en direction des propriétaires est par ailleurs développée, portant sur leurs obligations légales et les aides financières susceptibles d'être demandées.

L'ensemble de ces actions doivent être poursuivies en 2006, de façon à toucher l'ensemble des publics concernés.

### **Objectifs**

Dépister l'ensemble des enfants habitant les immeubles à risque par la poursuite des visites à domicile et les actions d'information dans les lieux de la petite enfance (Exposition, échanges) ;

Etendre la sensibilisation à l'hygiène et au lavage des mains, à l'ensemble des classes maternelles (seules 5 classes touchées en 2004/2005) ;

Sensibiliser les professionnels de santé de la ville (Généralistes, pédiatres, infirmières).

### **Déroulement de l'action**

Visite à domicile par un professionnel de santé ;

Séances d'information des familles dans les lieux d'accueil petite Enfance (Crèches, PMI) ;  
Programme d'éducation au lavage des mains dans les écoles maternelles ;  
Sensibilisation des professionnels de santé ;  
Sensibilisation des propriétaires des logements concernés.

#### **Acteurs mobilisés**

Service Environnement, Promotion de la santé et Enseignement de Vitry, DDASS, DIPAS, CPAM, CAF, crèches et PMI municipales et départementales, Centre Municipal de Santé, Médecins libéraux.

## **Soutien à la parentalité**

Plusieurs actions ont vocation à soutenir la parentalité, notamment en contribuant à l'amélioration de l'articulation entre les différents professionnels de l'enfance, et à renforcer le travail éducatif et préventif pour prévenir les situations de mal-être et les troubles observés chez les enfants et leurs parents.

### **> Mise en place d'un espace d'accueil parents/enfants à Carmaux**

#### **Constat**

Des troubles de la personnalité et du comportement chez un nombre croissant d'enfants ;  
Des professionnels de la petite enfance en difficulté face à ces troubles ;  
Une augmentation des troubles dépressifs chez les familles monoparentales, en particulier les femmes seules ;  
Un besoin d'améliorer l'articulation entre les différents professionnels de la petite enfance ;  
Un besoin de renforcer le travail éducatif et préventif pour prévenir les situations de mal-être et les troubles observés chez les enfants et leurs parents ;  
Un besoin de soutenir la parentalité.

#### **Objectifs**

Objectif général :  
Participer au bien-être des parents et des enfants du carmausin en leur proposant des regards et des intervenants multiples, de la diversité, de l'ouverture.  
Objectifs intermédiaires :  
Participer à la prévention de l'apparition de troubles du comportement et de la personnalité chez les enfants ;

Participer à la prévention de la souffrance psychosociale des parents parfois très isolés faces aux difficultés quotidiennes qu'ils rencontrent ;  
 Accompagner les parents dans leur fonction parentale en mettant à leur disposition un cadre, des conseils, du soutien dont ils peuvent se saisir ou non ;  
 Permettre une prise en charge précoce des troubles de l'enfant et/ou des parents ;  
 Favoriser une approche globale centrée sur la personne.

***Déroulement de l'action***

Analyse des besoins et planification des actions en groupe de travail pluri-professionnel ;  
 Création d'une association spécifique pour porter l'espace d'accueil parents/enfants ;  
 Acteurs mobilisés Logement temporaire le Ressort ;  
 Centre Médico-Psychologique de Carmaux ;  
 Centre social ;  
 Protection Maternelle et Infantile – Unité Territoriale de Carmaux ;  
 Centre Médico-Psycho-Pédagogique de Carmaux ;  
 Coordonnateur enfance jeunesse, Communauté de Communes du Carmausin ;  
 Crèche ;  
 Association Autonome des Parents d'Elèves ;  
 CAF ;  
 Education Nationale.





## Acteurs et enjeux de mobilisation

### Fernando Bertolotto, consultant sociologue

*Le présent article rend compte des principaux résultats d'une étude<sup>99</sup> commanditée par la DIV à la fin de l'année 2003, qui visait à établir, en quatre mois, un portrait des Ateliers Santé Ville connus à ce moment, ainsi qu'à extraire des orientations pour l'organisation d'une journée nationale destinée aux élus locaux, réalisée le 27 janvier 2005 à l'Assemblée Nationale.*

*Après une phase de caractérisation des quelques 118 expériences connues, une enquête postale par questionnaire auto administré a été conduite auprès de 58 sites dont l'expérience présentait toutes les caractéristiques de la démarche Atelier Santé Ville.*

Des trois principales catégories d'acteurs des Ateliers Santé Ville, soit les **professionnels**, la population et les élus, c'est essentiellement la première et la deuxième qui apparaissent actives dans ces démarches.

Ainsi, lorsqu'on considère la place de la population, on peut voir que si sur 70,3 % des sites, elle est destinataire des actions (notamment les publics précaires et l'ensemble des personnes du territoire de l'Atelier Santé Ville), c'est seulement dans 37 % des sites qu'elle est en position d'acteur.

Les entretiens qualitatifs ont notamment confirmé les difficultés qu'on rencontre pour impliquer et mobiliser les habitants au sein des Ateliers Santé Ville, question qui apparaît plus souvent comme un objectif à réaliser que comme une action en cours de réalisation. En effet, la participation des habitants reste, dans les sites étudiés,

---

<sup>99</sup> *Consultant sociologue auprès de l'École nationale de la santé publique Cf. rapport à la DIV : « Etude auprès de 27 Ateliers Santé Ville - Etat des lieux sur la construction de la démarche ASV en octobre-novembre 2003 / Recommandations pour une Journée Nationale », Fernando BERTOLOTTO, avec la collaboration du Dr Chantal MANNONI et Mme Maria-Lucia STEFANELLI, et la participation de Mme Catherine Richard, chargée de mission santé à la DIV, 15 mars 2004.*

globalement peu significative et souvent cantonnée à des espaces très encadrés par les professionnels. Malgré le recours fréquent à des techniques spécifiques visant à faciliter la participation sociale en santé (74,4 % des sites y ont recours, notamment à la démarche de santé communautaire), il est difficile de réunir les conditions qui la déterminent, soit :

- > du côté de la population, l'atteinte d'un niveau de conscientisation sur les enjeux de l'implication du profane dans un secteur traditionnellement dominé par l'expert, ainsi que sur les conditions d'accès aux moyens permettant l'exercice des droits et responsabilités inhérents à la participation sociale dans le champ de la santé, s'avère souvent nécessaire mais difficile à réaliser, parce que contraire à l'ordre établi qu'il s'agit justement de mettre en question, et à contre courant des tendances culturelles dominantes qui privilégient l'individualisme au collectif ;

- > du côté des institutions responsables du système de santé, atteindre un niveau de confiance et compréhension des enjeux liés à la participation des publics, qui prévienne les effets déstabilisants, voir paralysants, qui produit l'intrusion d'un tiers qui habituellement se trouve « *de l'autre côté du guichet* » et qui, dans la culture institutionnelle dominante, ne peut ni connaître ni partager la maîtrise des mécanismes de régulation du système de santé.

C'est pratiquement la situation inverse qui peut être observée chez les professionnels : alors qu'ils participent à au moins 30 % des actions des Ateliers Santé Ville étudiés, ils ne sont ciblés que dans 25,9 % des cas (ici, il s'agit surtout d'activités de formation et d'échanges de pratiques dans un cadre multidisciplinaire, conduisant à la coordination d'actions et au travail en réseau, tant dans le domaine des soins que dans celui de la prévention de proximité).

Les difficultés rencontrés dans le travail avec les médecins libéraux ont été évoquées dans le cadre des entretiens approfondis, où l'on a regretté de ne pas pouvoir bénéficier plus souvent de leur connaissance fine des besoins de santé la population du site (ce sont des données rarement intégrées aux diagnostics), et noté les difficultés à les mobiliser dans des projets de prévention.

Par ailleurs, un paradoxe a été également observé à propos de la participation des professionnels du secteur éducatif (cités comme acteurs engagés dans les actions des Ateliers Santé Ville dans au moins 18 des 27 démarches étudiées) : en même temps qu'on constate une forte participation de professionnels de l'Éducation Nationale, on déplore le faible engagement formel de l'institution, ce qui rend notamment difficile l'accès aux populations jeunes, cibles privilégiées de nombreuses actions de prévention.

Enfin, lorsqu'on considère l'engagement des professionnels au regard des thématiques traitées (cf. plus loin), il a également été fait trois remarques intéressantes sur la réalité des Ateliers Santé Ville :

- > la bonne correspondance entre les profils des professionnels et les actions de Promotion/Éducation/Information/Prévention en santé (abordées dans 33,3 % des Ateliers Santé Ville) ;
- > le contraste entre la principale problématique de santé abordée dans les Ateliers Santé Ville, soit la souffrance et la maladie mentale (abordée dans 40,7 % des démarches étudiées) et le faible nombre de professionnels spécialistes mobilisés (notamment la psychiatrie publique) ;
- > l'importance de la présence des professionnels de la santé et du social du secteur public (notamment ceux chargés des services de droit commun de proximité municipaux et départementaux), lorsqu'on considère l'importance des problèmes d'accès aux droits et à la citoyenneté (abordés dans 37 % des Ateliers Santé Ville).

Acteurs indispensables pour la reconnaissance et légitimité des Ateliers Santé Ville, très peu d'informations ont pu être recueillies sur les élus. Cependant, les données recueillies semblent indiquer qu'ils investissent progressivement ces démarches, même si ce sont surtout les adjoints chargés de la santé ou du Contrat de Ville qui sont le plus souvent présents, et dans la plupart des cas, c'est au sein des instances de pilotage que leur participation se situe.

Enfin, notons aussi qu'un faible investissement des responsables locaux de la Politique de la Ville dans les Ateliers Santé Ville a été également pointé par les personnes rencontrées, qui ont signalé les difficultés qu'ils rencontraient à légitimer la démarche, dans ces conditions, tant au sein du Contrat de Ville qu'auprès des acteurs et institutions locales de la santé.

## L'ancrage politique

En référence à cette étude sur l'état des lieux des Ateliers Santé Ville, il apparaît que :

- > la légitimité de ces démarches dépend de leur ancrage politique au sein du dispositif de la politique de la ville, et notamment de la reconnaissance que peuvent leur accorder les municipalités ;
- > le caractère déterminant des municipalités dans les processus les mieux engagés ;
- > ainsi que le rôle toujours important des services de l'Etat dans l'encouragement des partenaires du Contrat de Ville à s'engager sur une thématique qui reste encore trop souvent considérée avec difficulté ou méfiance par les municipalités qui n'ont pas une expérience historique en la matière.

En effet, si les Ateliers Santé Ville ont majoritairement été lancés à l'initiative des municipalités (48,1 % de l'effectif), ou avec leur accord dans le cadre des instances de pilotage des Contrats de Ville (11,1 % des cas), il faut aussi considérer qu'une part non négligeable d'entre eux (33,40 %) ont été mis en place à l'initiative des services de l'Etat. Plus précisément, afin de mieux apprécier la portée politique des Ateliers Santé Ville, il semble également intéressant de noter que la grande majorité des élus locaux en charge de cette démarche sont, soit ceux en charge de la santé (presque 51,9 % des élus référents sont des adjoints à la santé), soit ceux en charge de la politique de la ville (22,2 % des situations).

L'analyse du positionnement de l'Atelier Santé Ville au sein du Contrat de Ville permet aussi d'apprécier l'ancrage politique de la démarche qui semble, de ce point de vue, encore à stabiliser. En effet, si la grande majorité des Ateliers Santé Ville étudiés apparaisse en phase avec les textes de référence (77,8 % sont effectivement positionnés au sein du Contrat de Ville, soit en tant que convention thématique santé - 59,30 % -, soit en tant qu'instance locale de programmation en

santé - 18,5 % -), une minorité significative d'entre eux (14,8 %), apparaissent assimilés à une action de terrain parmi d'autres.

Les précisions apportées par les personnes interviewées, ont confirmé que lorsque l'Atelier Santé Ville n'est pas formellement situé en tant que convention thématique santé du Contrat de Ville et qu'il est notamment considéré comme une action de terrain, sa portée et qualité de développement restent, d'un point de vue de santé publique, très limités.

## L'ancrage social et territorial

L'ancrage territorial et social des Ateliers Santé Ville conditionne le développement de ces démarches, ainsi que leurs impacts au niveau du champ local de la santé.

Sur le registre territorial, il apparaît que les Ateliers Santé Ville opèrent surtout à l'échelle municipale (70,3 % de l'effectif fonctionnent à cette échelle). Cependant, un tiers des expériences étudiées opèrent dans un cadre intercommunal (dans 14,8 % des cas il s'agit d'agglomérations, dans 7,3 % à des communautés urbaines, et dans 7,3 % à d'autres types de dispositifs intercommunaux), ce qui, du point de vue des modes d'organisation de l'action en santé publique au niveau communal, constitue une innovation générée par les Ateliers Santé Ville.

Mais les éléments recueillis ont aussi mis en évidence une spécificité de la problématique santé, qui ne peut être envisagée à partir d'une optique territoriale rigide. En effet, il apparaît qu'en dehors de la « *territorialité formelle* » des Ateliers Santé Ville, il existe une « *territorialité concrète* » à géométrie variable, qui ne correspond pas toujours avec la première, et qui résulte de la combinaison de plusieurs faisceaux de facteurs qui varient en fonction des méthodes d'analyse et de programmation en santé utilisées, de la nature des problématiques de santé dominantes, ainsi que du niveau d'organisation territoriale de l'action publique et privée en santé au niveau local. Néanmoins, trois échelles territoriales particulièrement pertinentes pour les Ateliers Santé Ville ont été citées par les personnes interviewées, selon la nature des questions abordées, soit :

- > pour la connaissance fine des publics et des problématiques, nécessaire à la mise en place d'actions participatives, c'est l'échelle du quartier qui apparaît la plus adaptée ;
- > pour la réalisation du diagnostic local de santé, démarche nécessaire à la mise en place d'un Atelier santé Ville, l'échelle communale est la plus indiquée ;
- > pour la définition de stratégies d'action structurantes, ainsi que pour la mobilisation de moyens, c'est l'agglomération qui apparaît comme l'échelle la plus pertinente.

L'appréciation de l'ancrage social des Ateliers Santé Ville étudiés, a mis en évidence l'importance stratégique de ces démarches, qui apparaissent comme des leviers particulièrement intéressants pour la mise en œuvre des politiques sociales et de santé. En effet, situées dans 86 municipalités différentes, les 27 démarches étudiées « couvrent » une population d'au moins 2 091 695 personnes (soit 3,5 % de la population française en 2002<sup>100</sup>). Il est important de noter ici que l'étude a aussi confirmé que les populations concernées par les Ateliers Santé Ville ne sont pas exclusivement constituées des publics défavorisés : en effet, alors que « seulement » un tiers des Ateliers Santé Ville étudiés sont signalés dans une Zone Urbaine Sensible, il a aussi été établi qu'elles pouvaient varier qualitativement selon l'échelle territoriale du Contrat de Ville et/ou de l'Atelier Santé Ville lui-même (qui s'étend souvent sur des zones voisines situées hors du périmètre du Contrat de Ville).

Enfin, l'ancrage politique et territorial des Ateliers Santé Ville a pu être également apprécié en examinant leur degré d'articulation aux différents dispositifs sanitaires et sociaux territorialisés. Les données recueillies montrent un positionnement relativement spécialisé des Ateliers Santé Ville sur le registre de la précarité, tant sur les questions de santé (alors qu'on enregistra 44,40 % de non réponses aux questions posées sur ce registre, seuls les PRAPS ont été cités par 44,40 % des répondants), que sur les questions sociales (les dispositifs à caractère social cités sont ceux s'occupant de l'insertion sociale tels les CLI, PDI, PLIE ou Missions Locales, de la sécurité publique tels les CLS ou CLSPD, ou encore de la prévention tels les projets locaux éducatifs).

---

<sup>100</sup> Source : Insee – Estimations localisées de population – On comptabilisait ainsi 59342121 habitants en France en 2002

## Organisation, modes de fonctionnement et moyens

L'analyse des conditions de fonctionnement des Ateliers Santé Ville montre que leur mise en place s'est accompagnée le plus souvent de la mobilisation de moyens humains spécifiques et conduit à des modes d'organisation qui, dans la majorité des cas, correspondent aux préconisations du cahier de charges posées dans la circulaire du 13 juin 2000. Ainsi, on peut constater que :

- > la fonction de coordination, particulièrement déterminante pour le devenir d'un Atelier Santé Ville, est très souvent considérée de manière adaptée, puisqu'un poste de coordinateur a été créé dans 85,2 % des sites étudiés, et les conditions du succès de la mission du coordinateur ont été cernées, soit :

- la reconnaissance de la fonction par le maire et le(s) élu(s) chargés de la Politique de la Ville et de la santé ;

- l'inscription du poste au dispositif technique du Contrat de Ville, et son intégration formelle à l'équipe technique chargée de son animation ;

- une définition précise de la mission et responsabilités du coordinateur (même si la fonction est en train de se définir dans le cadre des expériences en cours, ce qui justifie l'intérêt à promouvoir les échanges entre coordinateurs d'Ateliers Santé Ville) ;

- la mise à disposition des moyens nécessaires à la fonction (minimum mi-temps, financements pluriannuels, un cadre pérenne) ;

- des compétences en santé publique, nécessaires à la promotion d'une démarche de programmation locale en matière de santé, ainsi qu'à la reconnaissance du coordinateur par les acteurs du champ local.

- > le système de pilotage, en place dans la majorité des cas, regroupe bien les principales institutions concernées par la thématique santé au niveau local (à savoir : la municipalité, les services déconcentrés de l'Etat notamment les DDASS, la préfecture et parfois l'Education Nationale, les services

médico-sociaux des Conseils Généraux et les services de l'Assurance Maladie notamment la CPAM), et a pour fonction l'orientation politique et le suivi de la démarche. Cependant, nous avons également noté l'absence d'acteurs particulièrement importants pour ce type de démarches, à savoir : les professionnels libéraux, la population, et parfois les coordinateurs de l'Atelier Santé Ville...

> les instances de travail, sont souvent des instances de concertation et de rencontres entre acteurs locaux, qui visent, sur la base d'un diagnostic sur les besoins de santé des populations les plus défavorisées du site, l'optimisation de la cohérence et l'efficacité des actions développées dans le territoire de l'Atelier Santé Ville, avant de développer des actions nouvelles ;

> l'analyse des moyens financiers des Ateliers Santé Ville étudiés a mis en évidence des situations très hétérogènes, allant de sites ne consacrant aucun budget, à des sites ayant un budget annuel de 140 000 €. Ainsi, le budget moyen annuel d'un Atelier Santé Ville moyen (soit, couvrant une population moyenne de 77 188 personnes), a pu être estimé à 62 279 €. Un point de bascule semble exister par tranche de 100 000 habitants<sup>101</sup> : en effet, le budget moyen des Ateliers Santé Ville couvrant une population moins importante est ici de 52 899 €, alors que celui des Ateliers Santé Ville couvrant entre 100 000 et 140 000 personnes est de 84 166,66 €, soit 37,15 % plus élevé ;

> le recours à des experts externes dans la mise en œuvre des démarches a été constaté dans la majorité des sites (51,8 %), à qui on confia des missions d'accompagnement technique visant à évaluer les travaux développés, à conseiller méthodologiquement les acteurs chargés des Ateliers Santé Ville, ou à réaliser le diagnostic au niveau local.

---

<sup>101</sup> Le budget moyen des sites couvrant entre 5 000 et 30 000 personnes serait ici de 56 413,33 €, alors que celui des sites couvrant entre 30 000 et moins de 100 000 personnes serait de 50 263,25 €

## Où en est-on aujourd'hui ?

Catherine Richard, DIV

Au cours des contrats de ville 2000-2006, le développement des ASV s'est déroulé, de façon inégale, dès 2002, tantôt promu par les services déconcentrés de l'Etat, tantôt initié par les villes, sans que les conditions de sa mise en oeuvre ne soient toujours respectées.

Toutefois en janvier 2005, on pouvait compter 139 communes engagées dans la démarche dont la programmation se réalise à l'échelle communale, intercommunale ou d'agglomération.

Aujourd'hui, nous en recensons 155.

Le thème Santé traitée à travers la démarche ASV a constitué numériquement, sans aucun doute, le plus important développement thématique des cinq dernières années de la politique de la ville confirmant ainsi l'intérêt des villes dans ce domaine et leur volonté de s'y impliquer malgré l'absence de compétences sur champ. Le souhait d'un bon nombre de villes d'être alimentées, soutenues et reconnues dans la mise en oeuvre d'une politique locale de santé par l'état a contribué fortement au développement des ASV en raison de la méthode proposée dans le cadre d'un partenariat construit. Ce qui permet de penser que la santé publique peut se développer au plus près des intéressés et que la contractualisation fait levier auprès des villes qui n'ont pu s'engager encore.

Aussi, certains départements n'ont pas pu assurer le développement d'ASV, faute d'accompagnement par les services déconcentrés de l'Etat : la démarche ASV demande en effet animation et soutien continus, à être explicitée, alimentée et planifiée par les services de l'Etat et ses partenaires pour obtenir un co-pilotage interactif et un processus dynamique de santé publique.

Le fonctionnement de l'ASV basée sur des coopérations départementales et locales, afin d'assurer une méthodologie de programmation et de production de projets, demande à être cofinancé et les moyens à y consacrer sont destinés à développer en continue des connaissances et des compétences. Il implique toujours des réajustements tant sur le plan de sa mise en oeuvre et de son pilotage que sur le sens même de la démarche.

## Un besoin d'explicitation et de suivi de la démarche A.S.V.

Les freins exprimés au développement des ASV reposent sur :

- > les risques ressentis par les élus de financer cette démarche au détriment d'autres actions locales obligatoires et de prendre en charge une compétence qui n'est pas la leur.

- > le recrutement d'un professionnel-coordonateur (ingénierie de projet) de l'ASV est resté parfois problématique en raison de l'engagement que ce recrutement entraîne pour la commune ou du manque de moyens. Des associations ou CODES ont alors pris en charge ce recrutement, mais cette configuration implique moins les élus sur les questions d'inégalités sociales et territoriales et urbaines, en termes de réalisation et de co-production, dans la relation Elus-Etat.

- > l'annualité des programmations et l'incertitude des engagements non pérennes de l'Etat qui mettent le poste du coordinateur dans une situation précaire et en fragilise les activités, alors que celles-ci s'inscrivent par évidence dans une durée à moyen et long terme.

- > Une tendance à se refermer dans les quartiers prioritaires sans faire de liens avec les ressources et dispositifs existants sur un territoire communal ou intercommunal.

- > Une interprétation erronée demeure et la distinction est à faire entre,

- d'une part, une démarche ASV intégrée au niveau municipal, pour le développement de projets de santé publique au bénéfice des populations des territoires de la politique de la ville,

- et d'autre part, une coordination d'acteurs ou de professionnels rassemblés autour d'une thématique, coordination semblable à celle mise en place par les réseaux, ces derniers relèvent de financements de droit commun.

A ce titre, les demandes de labellisation des « ASV » sont l'expression des risques d'interprétation multiples de la démarche et tendent à orienter les projets dont les actions ne comportent ni les missions ni les axes de travail établis dans le cahier des charges ASV.

Les étapes de la démarche ont été publiées dans une édition de la DIV « *Etudes et Recherches* » en 2004, et font référence à la circulaire « *Atelier Santé –Ville* » (étapes s'inscrivant aussi dans les modalités d'élaboration de la contractualisation), il appartient aux services de l'état de s'assurer que les communes, quelle que soit l'échelle territoriale choisie, s'engagent dans la mise en oeuvre d'une politique de santé publique, en constituent l'équipe du pilotage local.

## Une politique d'état affirmée

Les décisions récentes du Premier ministre reprennent les modalités opératoires de programmation d'actions de la démarche ASV, affirmée comme une des cinq priorités contractuelles de l'état 2007-2009 (CIV du 9 mars 2006) La circulaire *relative à l'élaboration des futurs contrats urbains de cohésion sociale*, cadre la mise en œuvre du projet de développement social et urbain en faveur des habitants de quartiers en difficulté. C'est l'occasion de préciser la place de la prévention et de l'accès aux soins dans le cadre de la santé publique et dans la nouvelle géographie des futurs contrats, de tenir compte de l'évolution des territoires, à définir entre les élus et l'état.

L'Atelier Santé Ville devient, dans le champ de la santé publique, l'outil de programmation pluriannuel de projets locaux de santé publique. La circulaire ministérielle relative à l'élaboration des futurs contrats urbains de cohésion sociale, en référence à la loi du 1<sup>er</sup> août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, précise les modalités, les conditions et les champs d'actions du projet du développement social à mettre en œuvre dès 2006<sup>102</sup>. Dès janvier 2007, l'Agence nationale pour la cohésion sociale et à l'égalité des chances prend la gestion et l'opérationnalité des Ateliers Santé Ville.

## Un cadre pour le développement d'une politique locale de santé publique

L'occasion est donc donnée, pour élaborer les CUCS, de rappeler les expériences réalisées de 2002 à 2005, relatées dans les séminaires, études et productions<sup>103</sup> issues de groupes de travail impliquant les services déconcentrés de l'état, les élus, les services municipaux, les chefs de projets politique de la ville, les coordinateurs ASV des communes et dans le meilleur des cas dans le cadre des Centres de Ressources politique de la ville.

Les travaux commandités<sup>104</sup> par la DIV et les remontées d'informations locales sur le fonctionnement de l'ASV mettent en évidence le potentiel et la plus value de cette démarche : moyens et méthodes utilisés, co-production de programmes de santé publique (communes/état DDASS) et qui s'oriente au-delà des territoires de la politique de la ville comme un moyen d'atteindre une pratique de proximité.

A ce titre, la circulaire interministérielle DGS/DHOS du 4 septembre

<sup>102</sup> Voir annexe textes de référence

<sup>103</sup> Voir annexe publications

<sup>104</sup> Etude auprès 1/3 des ASV existants en octobre 2003, site de la politique de la ville.

2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé ville précise la convergence territoriale des politiques de santé et de cohésion sociale dans la nouvelle configuration de la politique régionale de santé publique et dans le cadre des futurs contrats urbains de cohésion sociale.

Il reste à renforcer les fondements de base qui conditionnent la réalisation de projets de qualité : la concertation, à tous les niveaux, entre les politiques de la ville et de cohésion sociale et santé publique ainsi que la place à faire aux élus en charge de ce thème. En particulier, il restera à considérer le rôle dévolu aux Maires des communes, porteur d'une politique, co-financeur et acteur potentiel à la mise en œuvre de la politique de santé publique décidée par l'état.

La territorialisation des politiques publiques devrait faciliter l'approche<sup>105</sup> des ASV et (ré)-interroger les actions menées sur le territoire (a minima) communal.

Bon nombre de communes ont une programmation de l'ASV remarquable avec des effets de résolution de problématiques locales de santé immédiats ou à plus ou moins long terme. Des programmes de santé publique s'adressant à des publics cibles se retrouvent ou s'articulent naturellement (femmes, jeunes, jeunes scolarisés, personnes âgées, enfants bas age, ..) avec d'autres programmes tels que l'agenda 21, le développement durable. Les programmes de santé dans le cadre des Equipes de Réussite Educative restent encore à développer, ainsi que l'articulation entre ERE et ASV malgré l'évidence du volet santé à intégrer dans ce dispositif.

## Les conditions de faisabilité et de mise en oeuvre d'un A.S.V.

La démarche ASV s'élabore à partir des éléments du contexte urbain et des conditions de vie de la population des territoires, pour argumenter la pertinence de tel ou tel projet local de santé publique, pour se saisir des questions que pose un territoire urbain et créer les synergies entre promoteurs de projets afin de résoudre les problématiques émergentes.

Le processus spécifique à la politique de la ville étant de mettre ensemble les parties concernées pour un objectif commun, il s'agit de définir les conditions de réalisation, en potentialisant les ressources

<sup>105</sup> L'édition « Etudes et Recherches » de la DIV sur les Ateliers santé Ville : Territoires, santé publique et politiques de santé au niveau local contient les principes et les fondements des éléments d'étape à la mise en œuvre des ASV.

oeuvrant sur le territoire des communes par le soutien des services déconcentrés de l'état et d'engager, par voie contractuelle, le maire et les acteurs de la politique de la ville.

La démarche ASV engage les signataires des futurs contrats urbains de cohésion sociale, non seulement sur les moyens (ingénierie notamment), mais aussi sur la méthode et le suivi qui permettent d'atteindre les objectifs fixés.

A ce titre, les activités de l'ASV seront renseignées localement suivant un nombre d'indicateurs expérimentés, à distinguer des indicateurs établis pour chaque projet local de santé publique mis en place pour le suivi des actions du PRSP. La complémentarité des indicateurs de processus et d'actions suivi par l'ASV devraient permettre à terme de mesurer et d'échanger sur l'impact des projets locaux de santé publique en termes d'amélioration de la santé des habitants et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (accessibilité, recours aux soins, ...)

La synergie souhaitée ne peut se construire qu'à partir d'une connaissance partagée de l'état de santé de la population et des processus de recours à la prévention et aux soins, publics et privés. Les services de l'état, à tous les niveaux, ont à consolider avec le niveau local les données disponibles et à en partager l'analyse à l'échelle territoriale la plus pertinente pour faire des choix éclairés d'intervention, en particulier sur la prévention.

Le contrat demande un copilotage effectif, prenant en compte la place et la contribution des élus<sup>106</sup>, partenaires incontournables et légitimes en tant que signataires des contrats et cofinanceurs.

## L'impulsion des services de l'état<sup>107</sup> : le niveau départemental

La condition absolue de mise en place et de développement des ASV repose sur un triptyque qui se trouve croisée<sup>108</sup> entre :

- > la démocratie locale, engagement du ou des maires ;
- > le rôle à la fois pivot et moteur de la DDASS devant assurer une cohérence sur le plan de la politique de santé de l'Etat,
- > les mesures du comité interministériel à la ville (9 mars 2006) de la politique de la ville et de cohésion sociale représentée par les Préfets délégués à l'Égalité des Chances et les sous-préfets chargés de la politique de la ville.

<sup>106</sup> « Contribution des Elus des communes mettant en œuvre une politique locale de santé » Assises pour la Ville, 8 avril 2005.

<sup>107</sup> Extrait de la note à la DRASSIF de Michel Joubert, sociologue, Bilan et accompagnement de la démarche ASV en IDF, janvier 2002.

<sup>108</sup> cf. Pierre Grémion, *Le pouvoir périphérique*, Seuil 1976

Ce triptyque est la condition minimale d'engagement pour les ASV. Il doit pouvoir s'enrichir<sup>109</sup> de la par l'implication départementale explicite du Conseil Général et de la CPAM.

C'est la présence et l'implication de toutes ces composantes d'une politique de santé publique qui créent les conditions d'un réel développement des ASV sur un département. Quand l'une de ces composantes est défaillante ou moins clairement impliquée (surtout pour l'un des éléments du triptyque), la démarche s'en trouve automatiquement affaiblie. La question du développement se trouve également posée quand il est question d'organisation, et cette question doit être traitée avec rigueur : distinction entre maîtrise d'œuvre et maîtrise d'ouvrage, composition des comités de pilotage (départemental, local), de suivi, modalités de conventionnement, de programmation, d'évaluation.

Ce n'est pas une logique de « *dispositif* » (reproduction/application), mais l'engagement d'un processus de co-construction adapté aux configurations locales qui doit faciliter également l'implication des professionnels dans un premier temps. Ce processus ne constitue pas seulement un préalable, il doit se trouver constamment réactivé lors des réunions planifiées du **comité départemental des partenaires** consacrées aux travaux de l'ASV, au suivi et à l'évaluation des actions menées.

---

<sup>109</sup> Sur la Seine Saint-Denis, cette coopération des partenaires s'est même élargie à l'Ordre des Médecins, à la CRAMIF, à la coordination des services sociaux, au CIRDD et au Centre Ressource de la politique de la ville (Profession Banlieue)

## Carte Rapport ONZUS 2006



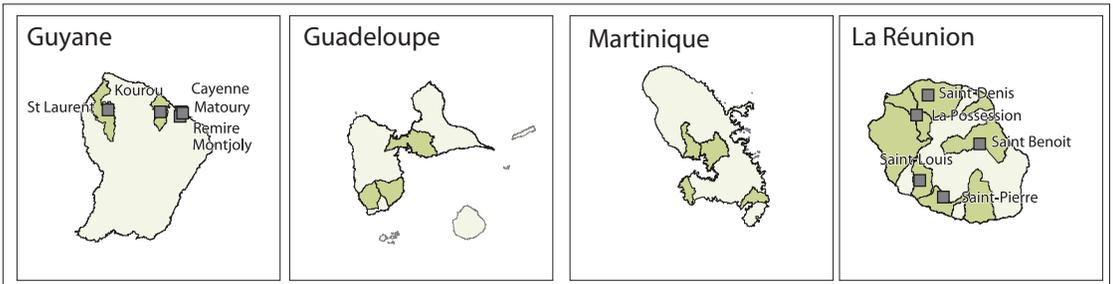
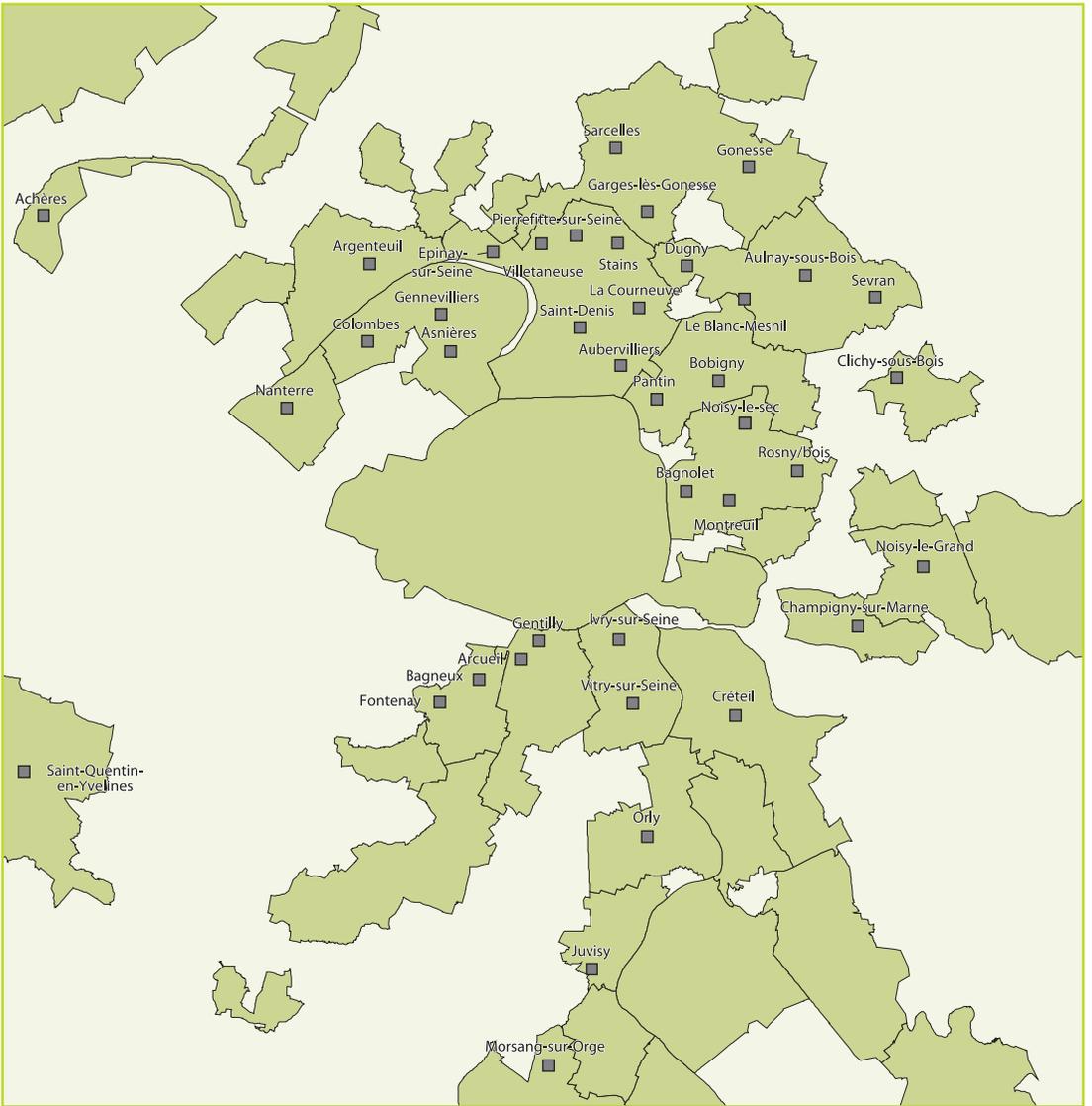
**Géographie Prioritaire**

Contrats de Ville

**Ateliers Santé Ville (ASV)**

ASV hors contrat de ville

ASV présent en contrat de ville







Les Ateliers Santé Ville, outre le fait qu'ils ont permis de reconquérir une dimension « *santé publique* » jusqu'alors faiblement investie, constituent aujourd'hui de véritables fers de lance des nouvelles démarches sur le champ de la santé.

En posant comme principe fondamental que la santé – et qui plus est la santé publique – repose sur la responsabilité collective et partagée de tout un chacun sur le territoire, il fallait alors réinvestir ce qui, du point de vue des acteurs de la santé mais également des populations manquait cruellement dans le système de santé : l'organisation, le suivi, la coordination. En effet, les difficultés à s'orienter dans un maquis souvent complexe et opaque, l'isolement et la solitude des professionnels, des institutionnels, des patients face au système... constituent autant de freins que les Ateliers Santé Ville sont censés lever.

Dans ce chapitre, nous allons tenter de décrypter les innovations qui ont permis de progresser, d'un point de vue méthodologique certes, mais également d'un point de vue stratégique voire politique. En effet, des modalités de travail nouvelles, innovantes ouvrant la voie bien souvent à des créations surprenantes, à des actions inventives, mais surtout à de nouvelles dynamiques ont été engagées dans le cadre des Ateliers Santé Ville.

Elles permettent, sans qu'on en puisse encore apprécier les effets sur le long terme d'agir de façon significative sur le système de santé en faveur des populations les plus précarisées en agissant sur les déterminants, en favorisant l'implication, la connaissance et la mobilisation de tous pour leur santé, mais également pour la santé de leur quartier, de leur territoire, de leur ville.

**ILLUSTRATION >**

**VALORISER LA MÉTHODOLOGIE  
L'ATELIER SANTÉ VILLE DE L'AGGLOMÉRATION BORDELAISE**

Les Ateliers Santé Ville de l'Agglomération Bordelaise, coordonnées au niveau d'une équipe et grâce à l'accueil de stagiaires, ont développé des guides méthodologiques visant à favoriser l'émergence d'Ateliers Santé Ville sur les territoires :

- > un premier guide méthodologique qui a été édité en juillet 2005 concernant la préparation et la phase de diagnostic d'un Atelier Santé Ville ;
- > un second guide méthodologique édité en mai 2006 concernant l'évaluation d'un Atelier Santé Ville ;
- > une fiche / action spécifique Atelier Santé Ville également éditée en mai 2006 ;
- > une méthodologie de diagnostic qui est en cours d'élaboration dans l'optique d'une mise à disposition gratuite.

## Un lieu de partage dynamique de la connaissance

La récente histoire des Ateliers Santé Ville a montré la nécessité, pour les protagonistes, d'investir un exercice de diagnostic territorial des problématiques de santé. En effet, à l'origine de chaque Ateliers Santé Ville, il y a un constat commun sur des problématiques sanitaires et sociales, et une volonté de comprendre pour agir.

## Mais de quoi parle-t-on quand on parle de diagnostic ?

Le diagnostic dont il est question ici a vocation à porter un regard dynamique et évolutif sur une situation de santé, ce regard étant ici partagé et porté par une communauté : - professionnels, institutionnels, intervenants divers concernés, habitants... -

Le diagnostic n'est pas une fin en soi, mais bien un instrument de connaissance au service d'un projet. Il constitue une phase préalable essentielle pour créer les conditions favorables à l'émergence d'un projet pérenne partagé et porté collectivement. Il permet **d'éclairer une situation en vue de favoriser la prise de décision et d'initier des changements** « *en connaissance de cause* ».

Il a pour vocation :

- > **L'objectivation.** Etymologiquement, « *diagnostic* » provient du grec « *diagnôsis* » qui signifie « *action de discerner* ». En ce sens, il ne s'agit pas d'une expertise visant à produire une analyse exhaustive et une description exacte de la « *réalité* » mais de « *construire un objet* » de transformation.
- > **La confrontation entre différentes temporalités.** Le diagnostic doit également permettre de nourrir le sens de la transformation à initier, en produisant notamment de façon partagée, une confrontation des différentes temporalités : il ne peut exister de diagnostic sans une analyse par l'histoire, la mémoire de l'organisation (notamment les textes fondateurs...) ; le diagnostic permet, ici et maintenant, d'aborder la réalité actuelle,

ses contraintes mais également ses forces ; il permet enfin, grâce à l'analyse des enjeux, à projeter la situation actuelle, et d'identifier ainsi des marges de manœuvre.

> **L'émergence du sujet.** Le diagnostic ne vise pas à produire une analyse froide et neutre d'une situation, mais au contraire, à favoriser l'expression de l'ensemble des subjectivités des acteurs concernés. Ainsi, l'enjeu du diagnostic est bien de créer de l'acteur, de susciter de l'engagement, et de mobiliser ces acteurs autour d'un projet - un objet commun à transformer -.

> **La structuration d'un jeu d'acteurs.** Le diagnostic permet également d'identifier clairement le jeu d'acteurs susceptible de favoriser la mise en œuvre réelle d'une transformation. Il s'agit à cet effet d'identifier une « *maîtrise d'ouvrage* » (l'instance de décision, qui légitime le changement), une « *maîtrise d'œuvre* » (l'instance d'aide à la décision, et de mise en œuvre effective du changement), mais également les conditions d'articulation entre la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre (notamment, une instance de pilotage...).

Le diagnostic se distingue clairement des démarches de résolution de problèmes ou de « *cercles de qualité* », qui visent à identifier un à un des problèmes concrets, et à leur apporter des solutions ad hoc. Si cette posture permet à court terme de solutionner des difficultés précises, bien souvent, les solutions apportées ne sont que superficielles et éphémères, dans la mesure où elles s'inscrivent dans un système plus complexe qui, pour sa part, demeure inchangé.

La démarche de diagnostic vise à appréhender toute la complexité d'une situation problème, dans sa globalité, en vue d'initier un changement durable. Ainsi, la méthode de diagnostic invite à s'affranchir du schéma cartésien : cause > effet, stimulus < réponse, mais à entrer dans une **logique profondément systémique**, dont le but n'est pas de chercher une solution, ou un « *coupable* », ou encore de « *mettre de l'huile dans les rouages* » mais d'envisager le champ des possibles, en vue d'éclairer une décision susceptible de produire un changement.

Le diagnostic se distingue également de la démarche d'audit qui vise, à partir d'une norme de référence, à mesurer les écarts entre cette norme et la réalité, et à proposer des pistes en vue de réduire cet écart, et se rapprocher de la norme.

S'il n'y a pas de normes, la démarche de diagnostic n'est pas pour autant une démarche « *tout azimut* » : elle s'inscrit dans un **cadre institutionnel** et vise à **élaborer des règles du jeu** partagées. Néanmoins, une fois ce cadre posé, l'enjeu est de **mobiliser toutes les capacités créatives** des acteurs pour envisager des propositions innovantes de transformation de la réalité.

## Un diagnostic, pour quoi faire ?

Le diagnostic répond aux objectifs suivants :

- > Fournir une photographie précise de l'état de santé des populations (temps donné, territoire défini, groupe cible, genre, définition de la recherche) ;
- > Apporter une vision précise du tissu partenarial et des actions engagées ou en projet en matière de santé ;
- > Créer les conditions d'une aide à la décision, en vue de faire émerger des axes d'intervention prioritaires.

L'objectif de diagnostic est donc de partager de la connaissance pour nourrir la décision. Le fait que différents points de vue soient convoqués permet d'emblée une meilleure connaissance, mais également une meilleure compréhension des problématiques de santé.

Le diagnostic a pour objectifs de s'appuyer sur tous les acteurs du système de santé, dans toute leur diversité (élus, professionnels de la santé et du social, représentants des services administratifs des collectivités locales, représentants des usagers, tissu associatif, mais également représentants de la population locale...). S'agissant de santé publique, le diagnostic visera à croiser des indicateurs qui reflètent **la perception** de la population, des professionnels et des acteurs du territoire avec des indicateurs se référant à **des données observées** (indicateurs objectivés).

Ainsi, le diagnostic peut s'appuyer sur les données suivantes :

- > Des données quantitatives :
  - caractéristiques de la population concernée (données socio-démographiques, économiques, culturelle...) ;
  - offre et recours aux soins et services ;
  - mode de représentativité de la société civile (associations, unions de quartiers...).
- > Des données qualitatives :
  - entretiens individuels et collectifs, menés auprès de professionnels (socio-sanitaire, socio-éducatif et culturel, bailleurs, services de la ville, police...), d'habitants (groupes repérés par les professionnels, associations, personnes isolées...).

Les modalités de recueil des données sont plurielles : mais bien évidemment, l'analyse croisée des différents acteurs du territoire s'impose, quelles que soient les données collectées : chaque point de vue est ici pleinement légitime et constitutif de la connaissance de la situation de santé.

Le diagnostic, à travers la mobilisation des différentes données, contribue également au renforcement de la dynamique partenariale

(mobilisation impulsée lors du diagnostic et entretenue par une restitution conjointe de celui-ci à l'ensemble des acteurs et crée en amont les conditions favorables à la participation ultérieure des populations aux actions menées (rencontres, participation au diagnostic, relais d'information auprès des associations, groupes repérés... et campagne de communication grand public).

#### ILLUSTRATION > PRATIQUER LE DIAGNOSTIC

L'Atelier Santé Ville de Marseille a formalisé des repères méthodologiques pour le fonctionnement des Ateliers Santé Ville :

> **Le diagnostic** vise à révéler les besoins de santé sur le territoire (mesurer l'écart entre un état de santé physique, mental, social constaté et un état de santé considéré comme souhaitable). S'agissant de santé publique, il a été nécessaire de rechercher des indicateurs qui reflètent **la perception** de la population, de professionnels et d'acteurs du territoire, et d'autres qui se réfèrent à **des données observées** (indicateurs objectifs).

C'est pourquoi le diagnostic s'appuie à la fois sur un recueil d'informations collectées auprès des dispositifs détenant des données objectives et sur le recueil de données qualitatives (entretiens semi-directifs) avec des professionnels et des habitants du Centre Ville. Par ailleurs, une consultation d'adolescents et d'enfants a été organisée grâce aux outils mis au point par le Laboratoire de Santé Publique de Marseille (Vécu et Santé Perçue de l'Adolescent et de l'Enfant) et la participation d'un stagiaire de l'IUT Gestion Urbaine d'Aix en Provence.

> **Le rendu du diagnostic** a pour objectif de mettre en évidence l'écart entre besoins repérés et besoins ressentis et permettre au Groupe de Suivi et de programmation, en lien avec le Comité de pilotage institutionnel de l'Atelier Santé Ville, de déterminer les orientations prioritaires d'un plan local de santé.

> **La mise en place du Groupe de Suivi et de programmation ainsi que des différents groupes de travail** a comme objectif de fédérer les compétences et les ressources pour tenter d'améliorer les réponses aux besoins de santé prioritaires, définis à l'occasion du diagnostic et en cohérence avec les programmes existants (PRAPS, PRS, orientations nationales et locales).

**L'Atelier Santé Ville Fontaine-Saint Martin le Vinoux** a démarré par l'élaboration d'un diagnostic de santé participatif qui a permis un travail de collaboration avec des partenaires variés issus du champ de l'éducation, de l'insertion, du développement social urbain, de la prévention de la délinquance...

Ce diagnostic a permis d'entamer un travail d'interconnaissance des acteurs et une reconnaissance des compétences de chacun en terme de santé qu'il s'agit de consolider. Suite à ce travail, les professionnels du champ du développement social urbain, de l'insertion, du social, de l'éducation ont émis le souhait d'intégrer une approche santé publique dans le cadre de certains travaux qu'ils mènent.

L'Atelier Santé Ville est d'ailleurs le terrain d'une multiplicité de diagnostics, étroitement coordonnés : un premier diagnostic global est réalisé pour déterminer des thématiques particulières. Ensuite, des diagnostics plus particuliers sont réalisés : par exemple, sur une action de prévention des conduites à risques, un diagnostic local de santé participatif a été réalisé dans un cadre plus spécifique, permettant de recueillir des données précises et pertinentes au regard des besoins et attentes de la population et également d'initier une dynamique locale de santé en impliquant les différents acteurs.

## Un levier de veille et d'observation

Dans ce cadre, les Ateliers Santé Ville apparaissent comme des espaces permanents de veille et d'observation locale du système de santé.

Du fait de sa pluralité, l'Atelier Santé Ville permet de porter un autre regard sur les problématiques de santé impliquant le « *sujet* », acteur de sa propre santé. A cet effet, ils capitalisent un certain nombre de données – issues notamment des observatoires régionaux de santé (ponctuellement mobilisés) ou des lieux ressources des Ateliers Santé Ville – tels Profession Banlieue, centre de ressources de Seine Saint Denis<sup>110</sup>, par exemple - qu'ils soumettent aux débats dans le cadre des instances partenariales.

Dans ce cadre, plusieurs cartographies ont été réalisées, permettant de rendre lisible et visible le système de santé sur le territoire, de témoigner des démarches innovantes qui naissent à l'échelon local, et de matérialiser les réseaux non-strictement professionnels.

Cette observation répond à plusieurs objectifs :

- > Mobiliser les organismes locaux producteurs de données de santé, afin de capitaliser les données santé existantes ;

<sup>110</sup> <http://www.professionbanlieue.org>

- > Rechercher des indicateurs quantitatifs et qualitatifs en impliquant les habitants et les professionnels ;
- > Analyser l'ensemble des données de santé quartier par quartier pour proposer des priorités ;
- > Contribuer à la création de bases de données territorialisées par quartier pour pouvoir les cartographier.

**ILLUSTRATION >**  
**L'ÉMERGENCE D'UN OBSERVATOIRE LOCAL PERMANENT  
SUR LA SANTÉ**

A Nanterre, l'Atelier Santé Ville est l'occasion d'initier un observatoire local permanent sur la santé. Les objectifs sont les suivants :

1. Identifier au niveau local les données spécifiques des publics en difficulté ;
2. Mobiliser les organismes locaux producteurs de données de santé, afin de capitaliser les données santé existantes. Recherche d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs en impliquant les habitants et les professionnels ;
3. Analyser l'ensemble des données de santé quartier par quartier pour proposer des priorités ;
4. Conduire des projets d'enquêtes en liaison avec les services municipaux et les partenaires extérieurs et s'appuyer sur les différentes ressources professionnelles du service de santé municipal ;
5. Réaliser une cartographie de la santé quartier par quartier.

L'observatoire s'est mis en place progressivement depuis 2004 : Le fait que l'observatoire n'ait pas de statut officiel a empêché la signature de conventions de partenariat.

## Le partenariat

Les Ateliers Santé Ville ont permis la structuration d'espaces de rencontre, de confrontation et de co-construction réunissant, dans toutes leurs composantes les acteurs concernés par les problématiques de santé publique.

Parfois, ces espaces pré-existaient à l'Atelier Santé Ville, mais manquaient d'un cadre plus « *institutionnalisé* » pour être pleinement structurés, reconnus, légitimés.

Parfois, l'Atelier Santé Ville impulsait ces partenariats qui avaient jusqu'alors des difficultés à se façonner, à s'organiser de façon plus structurée, notamment dans le cadre d'une telle diversité d'acteurs.

Ces espaces ainsi créés par l'Atelier Santé Ville constituent autant d'espaces permettant de faire ensemble, coordonner, mutualiser, tisser des liens, et non de remplacer ce que chacun fait dans son établissement, dans son institution, dans sa profession : il s'agit également, en associant les populations concernées à ces espaces, de ne pas faire également « *à leur place, à leur rencontre, ou contre leur gré* », mais bien en tenant compte de leur vécu, de leurs aspirations, de leurs propositions, chacun à sa place, chacun dans son rôle.

L'un des points forts des Ateliers Santé Ville est d'associer l'ensemble de ces partenaires très en amont. Pour autant, les Ateliers Santé Ville ne constituent pas non plus des espaces fermés : ils restent ouverts, et de nouveaux acteurs peuvent s'adjoindre au fur et à mesure de l'avancée des travaux.

L'enjeu de l'Atelier Santé Ville n'est pas seulement de mettre ensemble différents acteurs pour créer de la « *pluri-disciplinarité* », voire de la pluri-institutionnalité, mais bien d'animer une logique de coordination permettant de fédérer au mieux les ressources, au service d'une meilleure pertinence de l'action. Les Ateliers Santé Ville ne visent pas exclusivement à la création d'actions nouvelles. Ils permettent parfois simplement de mettre en cohérence, de fédérer, d'organiser la coordination entre différentes actions éparpillées sur un territoire.

## Un partenariat large et ouvert

Ainsi, l'Atelier Santé Ville devient un lieu où peuvent se côtoyer différents acteurs :

- > Services de l'Etat, dans toutes leurs composantes : représentants de la DIV, préfecture, et des services déconcentrés (DRASS, DDASS, mais aussi DDTEFP, DDE, PJJ, Inspection Académique, ...) mais aussi, dans des espaces plus techniques : médecins, infirmières, et enseignants de l'Education nationale, agents de la police nationale, etc ;
- > Les représentants des villes ou des inter-communalités, à la fois dans leur composante politique et technique (élus, services jeunesse, CCAS, ...) ;
- > Les représentants techniques et politiques de collectivités territoriales : Conseil Régional, Conseil Général (en charge de l'insertion, de l'aide sociale à l'enfance, des personnes âgées et dépendantes, des handicapés...) ;
- > D'autres institutions concernées directement ou indirectement par les problématiques de santé publique, telles que l'assurance maladie dans toutes ses composantes (URCAM, CRAM, CPAM...), la C.A.F., l'A.R.H. et les Hôpitaux, les structures d'éducation à la santé, mais également l'A.N.P.E., le FASILD, les structures locales intervenant auprès des jeunes (missions locales, centres d'information des jeunes...), la sécurité routière, etc ;
- > Des Associations de professionnels mais également des acteurs de la santé, non obligatoirement structurés : pharmaciens, médecins, infirmiers, dentistes du territoire concerné ;
- > Les associations œuvrant sur le champ sanitaire, social ou médico-social, mais aussi parfois sur les champs de la culture, des loisirs, de l'éducation populaire, etc ;
- > Enfin, la société civile, plus largement, à la fois lorsqu'elle est structurée au sein d'associations (associations d'habitants, d'usagers...) que lorsqu'elle n'est pas structurée (habitants d'un quartier, jeunes d'un établissement...).

Ce partenariat, compte tenu des problématiques abordées, peut également impliquer des acteurs mutualistes (Mutuelles Santé, Assurances, Laboratoires...) ou d'autres acteurs, dans des perspectives très larges : commerces locaux, transports en commun...

## Un partenariat structuré en conduite de projets

La mise en œuvre des Ateliers Santé Ville passe par l'exercice de trois fonctions à la fois indépendantes mais complémentaires et nécessairement liées : la décision (maîtrise d'ouvrage), l'action (maîtrise d'œuvre), et la coordination (une fonction d'ingénierie).

- > la fonction de décision appartient aux comités de pilotage départemental et locaux, qui regroupent notamment les représentants de l'Etat et des collectivités territoriales. Ils sont les responsables de l'opération. Ce sont les comités de pilotage de chaque Atelier Santé Ville qui valident les plans d'actions et suivent leur mise en œuvre, en s'appuyant sur des acteurs locaux institutionnels ou associatifs ;
- > l'action et la mise en œuvre (maîtrise d'œuvre) relève des groupes projets (ou groupes de travail thématique) en charge de mettre en œuvre les différentes actions envisagées dans le cadre des plans locaux de santé ;
- > la fonction de coordination, assurée par les comités techniques (départementaux ou locaux), et animée par le coordinateur Atelier Santé Ville (dans leur fonction d'ingénierie) a en charge d'assurer une parfaite relation entre la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre, de capitaliser, d'évaluer et de constituer une force de propositions susceptible de nourrir les instances de décision.

En effet, les Ateliers Santé Ville qui se sont mis en place aujourd'hui témoignent d'un partenariat large et diversifié, mais rigoureusement structuré autour de plusieurs espaces, à différents échelons :

> **Un échelon de pilotage départemental** (quand celui-ci existe : tous les Ateliers Santé Ville ne disposent pas d'un comité de pilotage départemental). Il a vocation à mobiliser et associer l'ensemble des acteurs départementaux : des représentants de l'Etat (notamment de la DIV) et de ses services déconcentrés (DDASS, mais également parfois DDTEFP, DDE...), Conseil général, CPAM et autres acteurs (parfois même Conseil Régional, ou A.R.H.) assurant le suivi départemental de la démarche auprès et avec les villes (des représentants des villes ou des intercommunalités participent également à ce comité départemental). Ce comité Départemental se réunit une à trois fois par an. Son rôle est le suivant :

- > il valide les orientations à caractère départemental ;
- > il assure le suivi de la mise en œuvre des orientations nationales, régionales et départementales relatives aux Ateliers Santé Ville ;
- > il prend les mesures à caractère général sur les modalités d'organisation et de fonctionnement, les procédures, ou d'ordre financier ;

- > il assure les relais vers les instances régionales et nationales ;
- > il valide les propositions d'un comité technique départemental.

Ce comité de pilotage départemental peut en effet être assisté par un comité technique départemental, qui, une à trois fois par an, réunit les techniciens des différentes villes, les coordinateurs des Ateliers Santé Ville, la DDASS, et d'autres acteurs départementaux ou régionaux, dans le cadre d'une perspective plus opérationnelle de cohérence globale. Son rôle est le suivant :

- > il assure le suivi départemental des Ateliers Santé Ville, (méthodologie, plans locaux en santé publique, plans d'évaluation, résultats...) ;
- > il fait circuler l'information et les échanges de pratiques entre les villes participantes ;
- > il synthétise les plans locaux en santé publique pour en faire ressortir des traits départementaux ;
- > il fait le lien avec les différents programmes notamment de santé (PDI, PRAPS etc).

#### > Un échelon de pilotage local :

Si tous les Ateliers Santé Ville ne disposent pas d'un comité de pilotage départemental, tous par contre disposent d'un comité de pilotage local. Instance de décision, il est constitué de représentants de l'Etat, des villes ou de l'intercommunalité, des financeurs de l'Atelier Santé Ville et des institutionnels locaux, des représentants du tissu associatif, du coordinateur de l'Atelier Santé Ville et du chef de projet de la politique de la ville. Parfois, le comité de pilotage local accueille des représentants des populations.

Ses missions sont les suivantes :

- > portage et soutien politique de la démarche ;
- > validation du plan local en santé publique ;
- > validation des étapes sur propositions, le cas échéant et si celui-ci existe, du comité technique, notamment des modalités de mise en œuvre d'un plan local de santé publique (PLSP) et des modalités d'évaluation ;
- > participation à la construction du schéma de développement, et, en s'appuyant sur le plan local d'actions, propose les orientations du contrat de ville en matière de santé ;
- > rôle de facilitation dans la mise en œuvre des actions préconisées par le diagnostic.

Certains Ateliers Santé Ville disposent également, au niveau local, d'un espace plus technique (comité de suivi local, groupe de suivi local) en charge de l'accompagnement méthodologique de l'Atelier Santé Ville et des actions engagées, mais aussi de leur cohérence. Constitué de professionnels de terrain et de personnes ressources volontaires (y compris parfois des représentants des habitants ou des

populations concernées) et animé par le coordinateur l'Atelier Santé Ville, son rôle est en effet le suivant :

- > force de propositions en vue de nourrir un plan local, sa programmation, son évaluation ;
- > si le comité de pilotage local le mandate à cet effet, assure la mise en œuvre et le suivi du plan local en santé publique ;
- > accompagnement méthodologique de l'Atelier Santé Ville et des actions ;
- > recueil et analyse des données ;
- > suivi des actions ;
- > consolidation des différentes actions entreprises, et mise en cohérence.

#### > Des « groupes projets » au local

Enfin, compte tenu des problématiques spécifiques révélées par le diagnostic, des « groupes projets » (ou groupes de travail thématiques) sont mis en place : ils réunissent, autour d'un thème ou d'une action spécifique, différents acteurs en charge, sur le terrain, d'accompagner les projets ou les actions relatives à la thématique retenue. C'est essentiellement à ce niveau que participent les populations.

Ces lieux plus techniques favorisent le décloisonnement des pratiques et la mise en place de réseaux de partenaires, dans le cadre d'un meilleur maillage territorial. Les professionnels des différents secteurs apprennent ainsi à s'identifier et se connaître, se reconnaître dans leurs spécificités, et articuler leurs interventions, de façon à créer les conditions d'une prise en charge plus globale des problématiques de santé.

Ces différents espaces ne constituent pas des espaces déconnectés les uns des autres : chacun, dans une étroite articulation aux autres, s'appuie sur les propositions et préconisations des autres espaces pour contribuer à la construction des décisions. Pour autant, ils permettent de structurer des espaces cohérents, où les problématiques peuvent être traitées sans confusion sur le rôle et la place de chacun.

#### ILLUSTRATION >

#### DES COMITÉS DE SUIVI SUR CHAQUE QUARTIER

De façon à assurer un meilleur pilotage et une meilleure implication des acteurs, l'Atelier Santé Ville de Saint Etienne a mis en place des comités de suivi sur chaque quartier avec les professionnels de santé, les associations intervenant localement et les représentants des habitants afin de recueillir leur ressenti sur les actions impulsées, d'avoir une communication régulière sur les avancées ou les freins, de maintenir intérêt et dynamisme autour des actions conduites et de susciter de nouvelles pistes de travail en cohérence avec les thèmes des priorités identifiées et retenues.

**ILLUSTRATION >**

**L'ATELIER SANTÉ VILLE, OUTIL DE MOBILISATION  
DES PROFESSIONS LIBÉRALES**

Dans le cadre de l'Atelier Santé Ville de Perpignan, une action a été spécifiquement conçue pour mobiliser et structurer les professions libérales autour des problématiques des publics précaires. Lors du diagnostic élaboré au cours de l'année 2005, un sentiment d'échec prédomine concernant les actions de prévention-santé mises en œuvre par les différents acteurs. Il ressort une absence d'association des professionnels libéraux à la réflexion sur la santé des habitants du quartier et un manque de liens entre les actions. Les objectifs de cette action sont les suivants :

- > Éviter le cloisonnement des actions ;
- > Mettre en cohérence les actions ;
- > Favoriser l'évolution des pratiques professionnelles ;
- > Articuler les différents dispositifs institutionnels ayant un impact sur la santé des habitants.

## Le rôle fondamental du coordinateur

La fonction de coordination apparaît donc comme le cœur des Ateliers Santé Ville. Dans certains cas, cette fonction peut être assurée par une équipe – par exemple, dans l'agglomération bordelaise, la coordination est assurée par l'équipe permanente du contrat de ville – mais plus généralement, elle est assurée par une coordination spécifique de l'Atelier Santé Ville. Le rôle du coordinateur de l'Atelier santé ville peut se décliner autour des axes suivants :

- > l'impulsion de la création ou de la consolidation de réseaux de partenaires socio-sanitaires. Par sa mission de coordination et d'animation, le coordinateur de l'Atelier Santé Ville contribue à l'émergence et à la mise en place de partenariats actifs et de travail en commun des intervenants des champs de l'insertion socio - professionnelle, du sanitaire et du social ;
- > le développement de la participation active des habitants dans la réalisation des projets de santé ;
- > l'aide méthodologique aux montages de projets socio-sanitaires et de prévention en direction des habitants des quartiers prioritaires de la Politique de la ville ;
- > l'aide à la construction d'outils d'aide à la décision (indicateurs) ;
- > la coordination de projets ;
- > le pilotage des évaluations qualitatives et quantitatives des actions engagées.

## ILLUSTRATIONS &gt;

## LE COORDINATEUR AU CŒUR DE L'ATELIER SANTÉ VILLE

L'Atelier Santé Ville de Cayenne a opté pour un référent porteur d'une approche disciplinaire spécifique, destiné à mieux asseoir le développement de l'Atelier Santé Ville : Le référent Atelier Santé Ville a été recruté par la Mairie de Cayenne, plus précisément par le chef de projet du DSU et le Maire de Cayenne.

En choisissant de faire appel à un anthropologue, la municipalité a voulu montrer son engagement dans la lutte contre la grande exclusion et sa volonté d'apporter des réponses nouvelles et adaptées aux problématiques de santé publique spécifiques à la Guyane.

Par ailleurs, la démarche en anthropologie de la santé et de la maladie implique d'une part, un travail de terrain plus important, une réflexion plus importante sur les pratiques thérapeutiques de la population et une approche en santé communautaire essentielle en Guyane, d'autre part, si la méthodologie diffère de celle qui a été menée jusqu'à présent, les objectifs restent les mêmes avec une volonté de mettre en place des dispositifs efficaces.

Dans ce sens, le travail envisagé s'inscrit dans le cadre d'une anthropologie appliquée au développement.



D'ores et déjà, la structuration de tels espaces se traduit par des effets positifs : les professionnels notent la rupture de leur isolement, l'ouverture de nouvelles marges de manœuvre dans le cadre d'une responsabilité partagée avec d'autres professionnels, l'instauration d'une nouvelle forme de relation aux patients – devenus partie prenante –, la réduction du sentiment d'impuissance de certaines catégories de personnels (par exemple des enseignants qui se disaient débordés par les problèmes sociaux des enfants, et qui, grâce à ces espaces, peuvent bénéficier d'une meilleure connaissance du réseau local, amplifier les échanges avec les familles des enfants en difficulté, et « *les restaurer dans leur fonction* »).

Ainsi, l'Atelier Santé Ville a vocation à développer les réseaux en créant des liens entre différentes composantes susceptibles d'apporter un plus à une action.

Les objectifs de la mise en réseau est évidente :

- > Eviter le cloisonnement des actions ;
- > Mettre en cohérence les actions ;
- > Favoriser l'évolution des pratiques de tous ;
- > Articuler les différents dispositifs institutionnels ayant un impact sur la santé des habitants.

**ILLUSTRATION >**

**L'ATELIER SANTÉ VILLE :  
UN ESPACE DE PROFESSIONNALISATION...  
POUR PROFESSIONNELS ?**

L'Atelier Santé Ville constitue un support pour mettre en réseau les professionnels, et créer les conditions d'une meilleure coordination au niveau territorial : le développement de réseaux médico-sociaux constitue un des objectifs des Ateliers Santé Ville.

**L'Atelier Santé Ville de Carmaux**, dans le cadre d'une action visant à rapprocher les professionnels du social et du sanitaire souhaite apporter des réponses concrètes et opérationnelles aux problématiques suivantes :

***La demande***

Comment améliorer la compréhension de la situation « *sanitaire* » des personnes ? Comment décoder la situation, « *la demande* » ? Comment identifier les problèmes, repérer les difficultés ? Comment faire l'évaluation réelle de la maladie quand on a une plainte ? Comment faire la distinction entre ce qui relève de la situation sociale, de la précarité et de la santé ? Comment comprendre la maladie ?

***La coordination***

Comment améliorer la coordination entre les partenaires médicaux et les partenaires sociaux en tenant compte de la confidentialité ?

***La connaissance des ressources locales***

Comment améliorer la connaissance mutuelle des ressources locales (structures et professionnels) et des compétences de chacun ?  
Avec qui peut-on travailler ?  
Comment orienter vers les « *bons* » professionnels ?

***L'orientation vers une réponse médicale***

Comment sensibiliser les personnes à leurs problèmes de santé et les orienter vers une réponse médicale, en particulier vers la psychiatrie ?  
Comment « *faire accepter* » la difficulté ?  
Comment orienter et doit-on orienter ?  
Comment orienter vers le CMP, vers un suivi « *psy* » ?  
Quel accompagnement vers les structures de santé ?  
Comment créer une continuité avec les libéraux ?

Dans ce cadre, une action de mise en réseau des professionnels de santé et des professionnels de l'insertion a été organisée. Les objectifs de cette action sont les suivants :

- > contribuer à prévenir la souffrance psychique liée aux difficultés économiques et sociales ;

- > améliorer l'interconnaissance des professionnels et des structures de la santé mentale et du champ social ;
  - > renforcer les compétences des professionnels
- « de première ligne » pour :
- Repérer les troubles psychiques chez leurs usagers ;
  - Aborder le sujet avec eux ;
  - Les orienter vers une prise en charge spécialisée si besoin.

**L'Atelier Santé Ville d'Aubervilliers<sup>111</sup>** a également permis de structurer des modalités de travail coordonnées entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux : les R.E.S.A.D. (Réunions d'Évaluation d'Adultes en Difficulté) constituent une instance technique de réflexion réunissant des professionnels du champ du social, de l'insertion et de la santé (physique et psychique). Les RESAD offrent l'occasion aux partenaires de la ville de se retrouver autour de la table pour :

1. analyser des situations psychosociales complexes en les re-situant notamment dans le contexte de la ville à partir de la grille de lecture propre à chaque professionnel présent lors de la réunion ;
2. évaluer puis définir des orientations de travail adaptées à chaque situation, engageant les intervenants sociaux ou médico-sociaux de terrain, ceci dans le respect des missions de chaque service et dans les cadres légaux définis ;
3. renforcer les liens inter institutionnels.

Ainsi, un intervenant ou un service social ou sanitaire peut solliciter la RESAD lorsqu'une situation individuelle, familiale ou sociale concernant des adultes présente une complexité telle qu'elle rend illusoire et/ou difficile le suivi par un seul acteur (éléments de souffrance psychique avec ou sans maladie mentale intriquée avec des dimensions sociales, juridiques, etc.).

**L'Atelier Santé Ville de La Courneuve** constitue un espace régulier de réunions interservices. Le coordinateur de l'Atelier Santé Ville organise une réunion par trimestre avec les représentants de toutes les institutions en charge de la santé, de la couverture sociale et médicale, de l'accueil des travailleurs migrants, de l'insertion, etc. c'est-à-dire comptant en tout une vingtaine de personnes. Outre la meilleure connaissance de chaque institution auprès de toutes les autres que génèrent ces contacts fréquents et ce travail

<sup>111</sup> Cf. chapitre II.2.

en commun, ces réunions ont un rôle plus précis : la CPAM y peut rapidement présenter, expliquer et diffuser les innovations en matière de couverture médicale, les nouvelles procédures, les nouveaux formulaires à remplir, etc. Ainsi chacune des parties présentes à ces réunions est, dans un délai relativement bref, mise au fait du fonctionnement des procédures administratives internes à chaque institution. Le foyer de travailleurs migrants a, par exemple, pu mettre en œuvre des séances d'explication des procédures de remboursement auprès de ses pensionnaires, qui découlent de manière tout à fait directe de ces réunions trimestrielles. Inversement, les acteurs sociaux de terrain peuvent, lors de ces réunions, rapporter auprès des représentants de la CPAM les nouveaux problèmes auxquels ils sont confrontés, permettant éventuellement une adaptation plus rapide aux cas inédits.

Les enseignants peuvent également constituer des relais importants dans les politiques de prévention. Dans le cadre de **L'Atelier Santé Ville de Blanc Mesnil**, les enseignants d'un lycée d'enseignement professionnel ainsi que l'infirmière scolaire ont demandé qu'une formation soit mise en place à destination de l'équipe éducative afin de les aider à accompagner les élèves à la limite de la déscolarisation. Ces jeunes, qui cumulent en général des difficultés par rapport à l'école (absentéisme, échec scolaire, conflits permanents...) et des difficultés familiales et sociales, envoient des signaux forts pour montrer leur souffrance psychique. Malheureusement, l'équipe enseignante, ne sait pas toujours décrypter ces signaux.

La formation a donc pour but de donner à l'équipe éducative des repères pour lui permettre d'identifier les situations de crise, d'orienter les jeunes et de prévenir ainsi la crise suicidaire. Dans le cadre de ce travail, la question de l'environnement du lycée est fréquemment apparue. C'est pourquoi, en cours d'année, un groupe de travail supplémentaire a été mis en place pour harmoniser la gestion des incidents.

Parallèlement, l'équipe éducative ainsi que des lycéens ont émis le souhait qu'un groupe de parole permette d'évoquer avec ces derniers les difficultés psychologiques, sanitaires et sociales qu'ils rencontrent.

**L'Atelier Santé Ville de Gentilly** formulait également le constat d'une culture de santé publique inexistante chez les médecins, les pharmaciens de proximité, avec notamment une incompréhension des différences entre soins et santé. Dans ce cadre, une action a été engagée sur l'évolution des représentations des professionnels du soin dans le domaine de la santé publique et des exclusions.

## Un espace de démocratie sociale et sanitaire

En posant comme principe structurant l'implication des populations du territoire concerné, au côté des représentants de la ville et des professionnels dans une dynamique de promotion, de prévention et d'accès à la santé, l'Atelier Santé Ville constitue de fait un véritable espace public de démocratie sanitaire. En effet, la contribution de l'Atelier Santé Ville consiste en premier lieu à prendre en compte la parole des habitants dans les instances de travail de l'Atelier Santé Ville. L'un des points forts des Ateliers Santé Ville est en effet de s'inscrire au plus près des habitants et des populations concernées pour contribuer, par le biais d'activités diverses, à une évolution des comportements en matière de santé et agir sur les déterminants de santé.

L'implication directe des populations répond à plusieurs objectifs :

- > contribuer à une **meilleure connaissance** globale des problématiques de santé, par l'apport de points de vue complémentaires et de débats contradictoires, favorisant l'émergence d'un point de vue, celui des usagers, **en alternative** au point de vue de l'expert, permettant une appréhension plus complexe, mais également plus complète d'une situation ;
- > **favoriser une prise de décision plus pertinente** compte tenu de l'expression des besoins des usagers ;
- > favoriser une meilleure **compréhension des problématiques de santé par les citoyens**, leur permettant notamment de mieux **s'approprier** les mesures en terme de prévention, mais également une meilleure **légitimation** des décisions en matière de santé. L'évolution de la santé publique nécessite une évolution des comportements, impossible sans l'implication des citoyens.

Pour autant, pour que l'utilisateur puisse pleinement participer aux processus de recherche, de production de connaissances et d'aide à la décision – et ne soit pas ainsi un usager « alibi », « *caution* », ou de « *figuration* » –, plusieurs conditions semblent requises :

- > **l'information et la formation** des usagers par les acteurs « *spécialistes* » du système de santé – Etat ou professionnels – ; l'utilisateur a besoin d'avoir un minimum d'éléments de compréhension pour mieux appréhender les enjeux et la complexité du système ;

- > les espaces ouverts aux usagers doivent être des **lieux producteurs d'apprentissage et de co-apprentissage** ;
- > la reconnaissance d'une **légitimité du point de vue** pour l'utilisateur par les professionnels du champ ;
- > une **réelle prise en compte de ces points de vue**, dans le cadre de processus clairs et rigoureux, sans confusion sur l'utilisation qui sera faite de ce point de vue : il s'agit en effet d'une source de production de connaissances, et d'une aide à la décision, sans pour autant de substitution à la décision politique. L'enjeu est également de mobiliser les décideurs politiques de façon à ce qu'ils soient en mesure de **préciser la façon dont ces points de vue ont été intégrés**, même si la décision leur appartient.

#### ILLUSTRATION >

#### LA SANTÉ INTÉGRÉE DANS LA VIE DU QUARTIER

Un certain nombre d'actions visent à profiter des manifestations de la vie des quartiers pour introduire une dimension promotion et prévention.

Depuis 1999 le Service municipal de la Santé participe aux fêtes de quartier du **Petit Nanterre**, puis du Parc et des Provinces Françaises. La première intervention du service de la santé aux fêtes de quartier a eu lieu en 1999 au Petit Nanterre. Cette intervention faisait suite à la réalisation du diagnostic-santé qui mettait en exergue, entre autres, les problèmes de santé des habitants du quartier liés à des déséquilibres alimentaires (obésité, diabète ...).

Dans la continuité des actions de santé communautaire ou « *participative* » initiées sur le quartier, le service de la santé a organisé, en 2000, un « *Parcours du cœur* ». L'objectif était d'inciter à la pratique régulière d'une activité physique afin de prévenir les maladies cardio-vasculaires.

Depuis 2001, l'intervention du service de la santé prend la forme d'un « *Village Santé* » qui permet d'aborder plusieurs déterminants de santé de manière ludique et cohérente.

L'intervention du service de la santé au sein des fêtes de quartiers s'est étoffée au fil des diagnostics-santé élaborés dans les quartiers : au Parc depuis 2003 et Université (cité des Provinces-françaises) depuis 2004.

Les fêtes de quartier permettent aux intervenants du service de la santé de rencontrer les Nanterriens sur leurs lieux de vie pour aborder la santé dans un cadre autre que celui du soin.

Ces événements sont l'occasion d'aller à la rencontre de publics qui ne consultent pas régulièrement de médecins.

Dès l'origine de son action lors de ces manifestations, la direction de la Santé a choisi une approche communautaire : ainsi, l'objectif est de permettre à chacun de disposer d'informations relatives aux déterminants de santé pour devenir un acteur responsable de sa santé et de contribuer à celle de tous.

Le contexte festif permet d'aborder la santé dans sa globalité et notamment l'intérêt de la prévention.

Enfin, les fêtes de quartiers sont l'occasion de valoriser l'engagement de la municipalité pour l'accès égal de tous aux soins et à la prévention, en présentant notamment les nombreuses actions et structures municipales dédiées à la santé à Nanterre.

Le service de la santé propose aux Nanterriens des informations santé et des dépistages anonymes et gratuits à travers le parcours du « *Village Santé* » organisé en différents stands :

« *Equilibre alimentaire* », « *Espace Santé Jeunes* », « *Santé bucco-dentaire* », « *Dépistage du diabète* », « *Sport et santé* », « *Prévention des maladies cardio-vasculaires* », « *Ateliers équilibre/mal de dos* ».

Au terme de leur parcours du « *Village Santé* » les participants ont la possibilité de faire un « *bilan* » au cours d'un entretien individuel avec un médecin qui, en fonction des résultats aux différents dépistages, informe et éventuellement oriente les participants vers les structures de soins.

A leur arrivée dans le « *Village Santé* », les participants se voient remettre un « *Passeport Santé* » dans lequel les intervenants notent les résultats des différents dépistages ainsi que le bilan réalisé par les médecins en fin de parcours.

## Les Ateliers Santé Ville, un écho aux pratiques de santé communautaire

Au-delà de l'implication nécessaire des décideurs à considérer la santé publique comme une réelle priorité du « *vivre ensemble* », l'enjeu est de positionner enfin les « *usagers* » du système de santé non plus comme des objets, mais des sujets des politiques. Aux côtés de ces usagers, il convient également de réserver une place renouvelée aux professionnels de santé : comment les « *sachants* » vont-ils pouvoir contribuer ainsi à leur place, à l'identification des problématiques portées par les habitants ? L'expérience montre que la santé est un second temps, ce qui est premier c'est le vécu social. L'expert est alors celui qui permet aux autres de savoir<sup>112</sup>. En outre, l'une des ambitions des Ateliers Santé Ville est bien de mobiliser l'ensemble des ressources

<sup>112</sup> *Quels atouts et quels obstacles pour des politiques locales de santé ? samedi 20 septembre 2003, Institut Renaudot*

d'un territoire, au service de l'amélioration des problématiques de santé de ce territoire.

Le concept de « *santé communautaire* », encore peu développé en France mais impulsé essentiellement par des méthodes de pratiques de santé (Comité Régional d'éducation pour la santé, Schémas Régionaux d'Education Pour la Santé (SREPS), fait largement écho aux principes qui structurent les Ateliers Santé Ville. La Déclaration d'Alma-Ata reconnaît l'importance d'une participation communautaire pour la définition des objectifs de santé et l'exécution des stratégies. Elle affirme que « *tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés* ».

Dans les exigences relatives à la mise en œuvre des Ateliers Santé Ville, on retrouve les critères structurant les démarches de santé communautaire<sup>113</sup>, la santé communautaire étant définie comme une stratégie visant à contribuer au droit à la santé globale et à la participation des personnes à cette santé globale :

1. *Adopter une approche globale de la santé et agir sur les déterminants du champ sanitaire, social, économique, environnemental et culturel, qui sont à la source des problèmes de santé ;*
2. *Concerner une communauté, à savoir un ensemble de personnes présentant un sentiment d'appartenance commun (habitants, professionnels, élus, institutions) et qui peut se définir selon son espace géographique, et/ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique commune ;*
3. *Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction dans les différentes étapes de la démarche (diagnostic, prise d'initiative, décision, évaluation et évolution) ;*
4. *Favoriser un contexte de partage de pouvoir et de savoir, reconnaissant la spécificité de chaque acteur-professionnels, institutions, politiques, habitants, usagers... ;*
5. *Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté ;*
6. *Rendre la santé accessible à tous : rendre effectives les conditions et les possibilités d'accès à la santé (information, prévention, droits...) et la prise en compte des déterminants de la santé (logement, environnement, éducation, culture, emploi... ;*
7. *Avoir une démarche de planification par une évaluation partagée, évolutive et permanente ;*
8. *Travailler en intersectorialité pour la promotion de la santé en recherchant la participation de tous les acteurs concernés (spécialistes, professionnels, administratifs) et en favorisant les décloisonnements institutionnels et professionnels.*

---

<sup>113</sup> Conformément à la grille d'analyse du SEPSAC  
(Secrétariat Européen des pratiques de santé communautaire)

## Le concept « *d'empowerment* »

Un certain nombre d'Ateliers Santé Ville se réfèrent ainsi à la notion d'« *empowerment* » : il s'agit de la possibilité donnée à un groupe d'assurer et d'assumer une parole, de prendre des responsabilités individuelles et collectives (les unes nourrissant les autres) et de parler ainsi aux côtés de spécialistes, en toute légitimité.

Ce mouvement se caractérise par deux dimensions :

- > **le profane** – c'est-à-dire la « *personne concernée* » et non forcément « *engagée* » – est mis dans une situation d'exploration, d'apprentissage, où l'expérience dans laquelle elle est plongée doit lui permettre de comprendre le langage des professionnels, et de s'en saisir pour enrichir ses connaissances ;
- > il doit ainsi être en capacité de se construire un **raisonnement autonome** (c'est-à-dire non exclusivement déterminé par les spécialistes), lui permettant de dépasser sa propre conception, de prendre de la distance, de nuancer, d'enrichir sa connaissance du sujet et de la **confronter aux spécialistes**.

Toutes les réflexions sur l'« *empowerment* » (nées dans les années 1960 avec les « *Alcooliques Associés* » et relayées dans les années 1970 avec des collectifs réunissant des usagers de drogues) ont permis de reconnaître que les savoirs scientifiques et techniques connaissaient des limites et que les issues aux maladies n'étaient pas systématiquement ni exclusivement médicales. Dans certains cas (notamment dans des situations de dépendance) la réponse médicale reste de faible portée. La situation d'un « *malade* » ne se limite pas, en effet, à un usage dépendant de produits : un ensemble de dimensions complexes, étroitement liées les unes aux autres : sociales, économiques, affectives, ...doivent également être prises en compte.

### ILLUSTRATION >

#### UNE PRATIQUE D'EMPOWERMENT À AUBERVILLIERS

Dans le cadre d'une action « *Bien-être psychique de l'enfant* » animée par l'Atelier Santé Ville d'Aubervilliers, un projet impliquant conjointement les familles, la communauté et les professionnels a été initiée.

#### Les objectifs de cette action étaient les suivants :

- > Fournir des occasions de promouvoir la santé infantile dans le quartier ;
- > Soutenir les parents dans leur rôle parental en passant par le renforcement de leur propre auto-estime et par un travail sur leurs représentations concernant le développement de l'enfant ;

- > Favoriser et développer le travail en réseau autour des actions de promotion de la santé chez les jeunes enfants par la mise en place d'une cellule pluri professionnelle au niveau du quartier ;
- > Permettre aux familles d'identifier des solutions permettant d'améliorer leur bien-être par la mise en place d'un « *programme de santé familiale* » lors des visites à domicile. Le programme serait élaboré avec chaque famille afin de prendre en compte ses objectifs et son point de vue ainsi que pour garder une articulation entre les visites ;
- > Favoriser les réponses du soutien communautaire et le lien entre celles-ci et les réponses des structures du droit commun ;
- > Réaliser une évaluation épidémiologique visant à mettre en évidence la pertinence ou l'efficacité du projet - ainsi que les éventuelles raisons d'une absence d'efficacité - du point de vue de ses effets sur la santé.

#### Les modalités de cette action étaient les suivantes :

Le projet se développe autour de trois axes d'intervention, à savoir :

**Auprès des familles :** Le projet, par le biais des **visites à domicile**, viserait à assurer un fort **soutien aux familles**. Un « *programme de santé familiale* » serait élaboré avec chaque famille afin de prendre en compte ses objectifs et son point de vue ainsi que pour garder une articulation entre les rencontres. Une première visite serait systématiquement proposée au moment de la grossesse aux futurs parents. La fréquence et la durée des visites postérieures seraient données par le diagnostic de la situation réalisé par le professionnel. L'objectif est de favoriser la croissance des bébés en bonnes conditions de santé, à travers :

- a. le soutien à l'établissement de liens familiaux solides ;
- b. les renseignements aux parents sur le développement de l'enfant ;
- c. les renseignements aux parents sur la santé, la sécurité et la nutrition ;
- d. l'exploration de solutions aux situations difficiles ;
- e. les renseignements sur la grossesse ;
- f. l'accès aux soins pour la famille ;
- g. l'établissement de liens avec les ressources communautaires et professionnelles présentes dans le quartier.

**Auprès de la communauté :** Le projet impulserait le développement des **lieux d'accueil parents-enfants** en leur donnant également une dimension communautaire à travers la mise en place de **réseaux de parents**. L'objectif du travail en réseau est de faciliter l'identi-

cation des problèmes, et la mise en place de solutions, avec une participation active des parents. Un des éléments fédérateurs du réseau de parents serait constitué par des rencontres formatrices ou **ateliers de guidance parentale** autour des compétences et du développement normal des enfants. Ces interventions seraient réalisées auprès des parents pour travailler sur leurs représentations concernant le développement de l'enfant mais aussi pour les soutenir (dans le sens de l'« *empowerment* ») et travailler autour de leur propre auto-estime. Ces interventions devraient, par ailleurs, faciliter l'accès aux soins des familles, en particulier celles qui sont en situation d'exclusion. Les objectifs du réseau de parents sont d'accroître les aptitudes des parents à prendre des décisions ; améliorer leur capacité à répondre aux besoins de santé de leur famille, notamment en les aidant à améliorer leurs compétences parentales, à mieux accéder aux soins primaires, de santé mentale, aux soutiens communautaires disponibles, et, enfin, à effectuer un changement positif dans leur sentiment d'indépendance et d'autonomie. Seraient **associés à l'action des ressources communautaires** présents dans le quartier.

**Auprès des professionnels :** Il est proposé de mettre en place une **cellule pluri professionnelle** composée par des professionnels des différentes structures travaillant autour de la petite enfance dans le quartier. Cette cellule prendrait en charge les actions de promotion de la santé et d'accès aux soins des jeunes enfants. Il serait nécessaire qu'une **formation** pour favoriser une mutualisation d'expériences entre les professionnels mais aussi pour approfondir le champ de connaissances autour de l'approche communautaire et de la promotion de la santé soit mise en place. Ces interventions auprès des acteurs sociaux et de santé devraient renforcer les compétences de chacun mais aussi, et surtout, le caractère innovant des réponses. Par ailleurs, le **travail en réseau** développé avec les professionnels devrait garantir l'accès aux soins et aux services de prévention pour toutes les familles, en particulier celles se retrouvant en situation d'exclusion.

**Il a été exclu que le cœur de l'action soit constitué par le dépistage ou le traitement des pathologies.**

## Les modalités d'implication des habitants

Si de véritables efforts sont réalisés au sein de certains Ateliers Santé Ville pour impliquer les populations, il apparaît évident que cette implication se travaille dans la durée, en parvenant notamment à créer une relation de confiance avec ces derniers, et en sachant leur témoigner l'intérêt et l'utilité de leur expression : ainsi leur point de vue doit avoir des portées réelles...

Ainsi, certains Ateliers Santé Ville ont réellement privilégié la clé d'entrée par les habitants, qui ont, en amont, déterminé à la fois :

- > le ou les thèmes qu'ils souhaitaient aborder ;
- > la forme à donner aux rencontres (espaces de discussion, exposition, conférence...) pour mobiliser d'autres habitants ;
- > les intervenants incontournables à mobiliser (médecin, acteurs associatifs...) ;
- > etc.

D'autres méthodes, associant d'emblée les professionnels et les habitants ont été expérimentées, telles par exemple des conférences de consensus où des experts sont invités à exposer une analyse, et où un panel de citoyens est invité à remettre un avis. La méthode a donc une nature mixte, faite d'éléments scientifiques et d'une composante participative.

D'autres ont démarré plus simplement, à travers des réunions d'information, la diffusion des questionnaires, etc. La méthode choisie est étroitement liée au contexte initial du territoire.

Quand cela est possible, les coordinations des Ateliers Santé Ville travaillent en plus avec les médiateurs sociaux œuvrant sur certains sites. Ces médiateurs ont vocation à assurer un relais de proximité auprès des populations.

La problématique de la médiation s'est ainsi imposée dans certains sites expérimentaux. En effet, suite au constat réalisé sur les limites des intervenants bénévoles, et néanmoins, la nécessité de disposer de relais de proximité auprès des populations, des actions de formation contribuent aujourd'hui à professionnaliser des « *médiateurs en santé publique* ». Ces mêmes médiateurs interviennent en amont auprès des publics qu'ils sont censés connaître, grâce à des actions de sensibilisation d'informations, de promotion des dispositifs sanitaires et sociaux existants, toujours en donnant du sens tant en ce qui concerne la démarche d'accès aux soins que celle de la dynamique de la prévention primaire et secondaire. En aval, dès lors que les publics trouvent effectivement une inscription dans le social et la santé, ils veillent à la continuité des soins en appréhendant les risques de ruptures dont l'origine est le plus souvent liée à des obstacles administratifs et sociaux.

Les médiateurs ont apporté leurs observations de proximité, au moment des diagnostics situationnels et de l'identification des besoins et des attentes des habitants. Au delà de leurs observations de terrain, leur participation a contribué également à mobiliser les habitants afin qu'ils participent à cette dynamique locale.

De ce fait, la dialectique des interventions des médiateurs de santé s'articule sur une approche globale prenant en compte les différents déterminants de la vulnérabilité, la dimension préventive, la dimension de l'accès aux soins, aux droits et la dimension participative.

**ILLUSTRATION >****RENDRE ACTEUR LES HABITANTS.****L'Atelier Santé Ville du SIVU de Saint-Michel Jericho**

(Grand Nancy) porte le constat suivant :

Les actions santé menées depuis quelques années sur le territoire connaissent un succès relatif.

Elles ont eu pour objet de faciliter :

- > le partenariat ;
- > d'inscrire la santé dans les structures déjà existantes, dans des parcours individuels ou des projets collectifs ;
- > de traiter de la santé sous un angle ludique et attractif.

Autant d'éléments déterminants qu'il convient de cultiver pour créer l'implication des personnes, au plus près de leurs intérêts, selon les professionnels impliqués dans l'Atelier Santé Ville.

Dans le cadre d'une action d'organisation de forums santé « *Bien être dans nos quartiers* », l'Atelier Santé Ville de Champigny a développé une méthodologie toute particulière visant à impliquer dès en amont les populations dans la conception d'actions de promotion de la santé :

*« Pour développer une démarche participative, nous proposerons aux habitants, par l'intermédiaire des associations présentes sur les quartiers d'organiser des « Forums santé ». L'idée est de provoquer l'implication des habitants pour l'organisation de cette manifestation en la préparant avec eux. C'est une façon de travailler sur les besoins en santé des quartiers et les réponses déjà présentes sur la ville, avec une suite immédiate dans le « faire ensemble ». »*

**L'Atelier Santé Ville de Villeurbanne** a impliqué les Conseils de Quartiers au cœur du dispositif pour une meilleure cohérence d'ensemble et pour favoriser l'adhésion des habitants.

**L'Atelier Santé Ville de Saint Fons** a contribué à la création de « **Groupes focaux de discussion** » avec la population.

Ils permettent de réaliser des diagnostics et une programmation participative en lien étroit avec les préoccupations des intéressés. Une méthodologie, un cadre d'intervention, un calendrier, les publics cibles et l'évaluation de ces groupes focaux de discussion sont définis en amont.

**L'Atelier Santé Ville de Soissons** a organisé, dans le cadre de son diagnostic de l'état de santé des populations, une conférence de consensus associant les professionnels et les habitants.

## Un cadre exigeant pour la conduite de projets

Les Ateliers Santé Ville ont enfin été les fers de lance d'une évolution majeure en particulier dans le champ social et médico-social, mais aussi en santé publique : la mise en place de dispositifs de pilotage et d'évaluation permettant d'apprécier à la fois de l'évolution des actions, mais également de leurs effets et de leur impact. En effet, à travers les Ateliers Santé Ville, les différents acteurs impliqués ont acquis de nouvelles compétences permettant à la fois d'entrer dans des logiques de programmation, d'assurer un suivi opérationnel des actions engagées, mais également d'analyser, à travers un regard évaluatif, les effets des actions engagées, tant du point de vue des résultats que des processus.

En premier lieu, les différentes composantes des Ateliers Santé Ville se sont dotées d'outils de programmation, permettant d'apporter une lisibilité et une visibilité quant aux décisions engagées et aux conditions et échéances de leur mise en œuvre. Dans ce cadre, les Ateliers Santé Ville contraignent les acteurs à entrer dans une logique de projet, permettant de mettre en lumière la méthode mobilisée, mais également les différentes étapes des projets engagés.

Mais c'est surtout en matière de programmation, de pilotage et d'évaluation que les efforts doivent être particulièrement concentrés.

## Des compétences renforcées en matière de programmation

Les Ateliers Santé Ville s'inscrivant dans le cadre d'une politique publique, à la croisée de chemin entre politique de la ville et politique de santé publique, doivent être en capacité, au-delà du travail nécessaire de diagnostic, de formaliser une programmation d'actions précisant : objectifs, critères d'évaluation, méthode et modalités d'intervention.

Les Ateliers Santé Ville, à travers l'exercice de programmation obligatoire, ont permis ainsi aux acteurs impliqués dans ces démarches d'élaborer des stratégies priorisant les actions à entreprendre, mais également les conditions de mobilisation de l'ensemble des acteurs, compte tenu de la valeur ajoutée de chacun.

**ILLUSTRATION >****LA PROGRAMMATION DANS LE CADRE  
DES ATELIERS SANTÉ VILLE**

**L'Atelier Santé Ville de Carmaux** s'est doté d'un programme opérationnel annuel destiné à conforter son action :

Outre la mise en œuvre de ces actions, les objectifs opérationnels pour l'année 2006 sont les suivants :

1. Affiner les connaissances produites par les groupes de travail et les porter à la connaissance du comité de pilotage ;
2. Mettre en place un système local d'observation en santé ;
3. Mobiliser les professionnels libéraux sur les axes suivants :
  - > Publics en difficultés médicosociales ;
  - > Mal-être des adolescents ;
  - > Plan de prévention ;
4. Renforcer la communication concernant l'Atelier Santé Ville auprès des élus (présentation des travaux lors de conseils municipaux, rencontres individuelles) ;
5. Améliorer la communication et la circulation d'informations entre les groupes de travail ;
6. Renforcer le travail en direction des habitants en améliorant l'accès à l'information concernant la santé.

De même **l'Atelier Santé Ville de Saint Martin le Vinoux et de Fontaine** se dote d'objectifs concrets à mettre en œuvre dans l'année pour conforter leur mode de fonctionnement :

**1. Finalités**

Réduire les inégalités territoriales de santé et améliorer l'accès à la santé des habitants des quartiers.

**2. Objectif général**

Elaborer un plan local de santé publique en s'appuyant sur les résultats du diagnostic de santé participatif mené localement en 2005. Parmi les difficultés pointées par le diagnostic, six problématiques de santé ont été retenues comme prioritaires par les habitants et les professionnels :

- > les problèmes de santé liés à l'hygiène de vie ;
- > les questions relatives à la parentalité et aux comportements des enfants ;
- > les conduites à risques et les consommations de produits psychoactifs ;
- > les problèmes relevant de la santé mentale et de la souffrance psychologique ;
- > les problèmes d'accès et de recours aux soins ;
- > les difficultés liées à l'environnement et au cadre de vie.

### 3. Objectifs opérationnels

- > Accompagner la programmation et la mise en œuvre de projets à partir des six thématiques prioritaires en :
  - Tenant compte de l'existant ;
  - Favorisant les projets impliquant des habitants et émanant d'une demande directe de leur part ;
  - Partant de l'intérêt des professionnels à travailler sur la question ;
- > Développer les systèmes d'information sanitaire au niveau infra-communal et disposer de données locales plus valides et accessibles ;
- > Développer l'évaluation systématique des projets inscrits dans l'Atelier Santé Ville ;
- > Intégrer l'Atelier Santé Ville aux dynamiques locales de développement social ;
- > Participer et alimenter le collectif régional des coordinateurs territoriaux de santé de Rhône Alpes de manière à faire remonter les besoins locaux aux institutions régionales ;
- > Évaluer la démarche Atelier Santé Ville et mettre en place un tableau de bord de suivi.

Le programme d'action de **l'Atelier Santé Ville de Grenoble** est également structuré selon les axes suivants :

- > Réactualiser le contenu du diagnostic : données qualitatives et quantitatives (poursuite de la construction, mise en œuvre et suivi des indicateurs) ;
- > Accompagner l'élaboration et la mise en œuvre des projets portés par les 5 groupes thématiques, répondant aux besoins identifiés, en mettant à la disposition des partenaires un pôle de compétence en conduite de projet et en assurant la coordination des groupes ;
- > Relayer l'avancement des 5 programmes locaux de santé publique à l'ensemble des partenaires du secteur et aux instances spécifiques œuvrant à l'échelle de la Ville ;
- > Poursuivre la mobilisation des partenaires et notamment de la population sur ces 5 programmes locaux de santé publique ;
- > Suivre et évaluer les programmes locaux et la démarche globale Atelier Santé Ville ;
- > Veiller à l'intégration de cette démarche « *Atelier Santé Ville* » au réseau national des Ateliers Santé Ville et aux dynamiques locales, en participant aux rencontres du collectif régional des coordonnateurs santé ;
- > Identifier et activer les leviers permettant de pérenniser l'Atelier Santé Ville au delà de 2006.

**ILLUSTRATION >****UN EXEMPLE DE PROGRAMMATION À L'ATELIER SANTÉ VILLE DE CLICHY SOUS-BOIS****COMITE PILOTAGE****OBJECTIFS**

- > Valider les orientations proposées par le groupe de suivi et les commissions ;
- > Valider un bilan intermédiaire et un bilan annuel ;
- > Coordonner des initiatives de santé sur le territoire ;
- > Impulser et valider une démarche d'évaluation.

**COMPOSITION**

- > Le maire, les élus chargés : de la santé, de la jeunesse, des sports, du logement, de la politique de la ville et des seniors ;
- > Le chef de projets des actions politique de la ville ;
- > Les Chargés de mission Santé/Atelier Santé Ville au sein de la DDASS, du Conseil Général et de l'Education Nationale ;
- > Les principaux référents associatifs et institutionnels sur le territoire Clichois.

**MODE DE FONCTIONNEMENT**

- > Est présidé par le maire ;
- > Se réunit, en assemblée plénière 2 fois par an ;
- > Les décisions sont entérinées par l'ensemble des membres.

**ETAT D'AVANCEMENT AU 22/03/06**

- > Constitution au premier trimestre 2006.

**COMITE SUIVI****OBJECTIFS**

- > Promouvoir, orienter et entériner le travail des commissions thématiques : Accès aux soins, Education à la santé, Handicap/autonomie et Santé Mentale ;
- > Coordonner les actions de santé sur le territoire ;
- > Proposer des recommandations au comité de pilotage ;
- > Assurer la fonction de relais avec les habitants ;
- > Favoriser le travail en transversalité.

**COMPOSITION**

- > L'élue chargée de la santé ;
- > Les référents techniques de la ville santé et social (Habitat, Sports et Jeunesse, Citoyenneté) ;
- > Les représentants de chaque commission thématique ;
- > Le coordonnateur de l'Atelier Santé Ville ;
- > Le chef de projets des actions politique de la ville ;
- > Les coordonnateurs des dispositifs contractuels.

#### **MODE DE FONCTIONNEMENT**

- > Présidé par l'élue ;
- > Réunion trimestrielle ;
- > Valide les projets et réflexions issus des commissions thématiques.

#### **ETAT D'AVANCEMENT AU 22/03/06**

- > Constitution au premier semestre 2006 ;
  - > Réactualisation en 2005 du réseau, par le coordonnateur de l'Atelier Santé Ville et réalisation d'un état des lieux de la situation médico-social sur la ville.
- Conséquence : constitution de quatre groupes de travail préliminaires.

### **COMMISSION ACCES AUX SOINS ET AUX DROITS DE SANTE DES PLUS DEMUNIS**

#### **OBJECTIFS**

- > Développer l'information envers les publics les plus défavorisés ;
- > Favoriser la création d'un lieu de réflexion et d'échange pour les professionnels ;
- > Favoriser la venue de nouveaux professionnels libéraux sur le territoire Clichois.

#### **COMPOSITION**

CCAS, service seniors, DEFI, MLE, Hôpital, CRAMIF, CPAM, MLE, ARRIFA, Médecin généraliste CSID, ASTI, CGMB, MOUSS, DPAS, Education Nationale par le biais de la médecine scolaire, Chefs de projet CDV.

#### **MODE DE FONCTIONNEMENT**

Est co-pilotée par le coordinateur de l'Atelier Santé Ville et la CRAMIF, réunion à fréquence bimestrielle, prépare collectivement des projets, outils et réflexions au sein du groupe.

#### **ETAT D'AVANCEMENT AU 22/03/06**

- 3 réunions préparatoires, effectives depuis novembre 2005, ont permis la réalisation des actions suivantes :
- > définition du public prioritaire : RMistes et sans papiers, personnes en situation de grandes précarités sociales ayant des problèmes d'accès aux droits de santé et aux soins ;
  - > présentation des parcours d'accès aux droits CMU/AME, par des habitants de la forestière et des bois du temple ;
  - > réflexion et travail sur la simplification des démarches administratives de la CMU et de l'AME faite par la CPAM ;
  - > réflexions autour de l'accompagnement oral de ces démarches ;

- > création d'un outil d'information sur les coûts des consultations pour les usagers de l'hôpital de Montfermeil.

## **COMMISSION EDUCATION A LA SANTE**

### **OBJECTIFS**

- > Impulser des actions et des projets de prévention et d'éducation à la santé ;
- > Relayer les actions de prévention au niveau local (département et région) et national ;
- > Favoriser la création de supports et de modes d'information et de formation pour les professionnels.

### **COMPOSITION**

ARTEMIS, ARIMAGE, ARRIFA Centre Sociaux du Haut Clichy, Education Nationale par le biais de la médecine scolaire, CDPS de Villemomble (CG93), CRIPS, centre de santé « *les genettes* ».

### **MODE DE FONCTIONNEMENT**

Est co-pilotée par le coordinateur de l'Atelier Santé Ville et le CDPS, réunion à fréquence bimestrielle, prépare collectivement des projets, outils et réflexions au sein du groupe.

### **ETAT D'AVANCEMENT AU 22/03/06**

Trois réunions préparatoires, effectives depuis novembre 2005, ont permis la réalisation des actions suivantes :

1. la définition des thématiques prioritaires : Cancer, Toxicomanie, Sexualité, Bucco-dentaire, Dépistage VIH et Tuberculose ;
2. la présentation du CDDPS et du dispositif CRIPS mis en place à Rosny 2 ;
3. la réflexion sur la formation des acteurs de santé ;
4. la réflexion sur la fermeture du CIRDD ;
5. le référencement des actions de prévention santé réalisées sur le territoire ;
6. la mise en place d'un groupe de travail Bucco-dentaire ou ont été abordés :
  - > la présentation de l'orthodontie et de la dent de lait et d'outils destinés aux professionnels ;
  - > la présentation de la mission bucco-dentaire du CG et de la convention cadre avec la ville ;
  - > la mise en place d'un projet de dépistage des élèves de CE1 de Clichy sous Bois ;
  - > la formation des partenaires à la valise pédagogique du CG.

## **COMMISSION HANDICAP / AUTONOMIE**

### **OBJECTIFS**

- > Développer une politique d'écoute et de soutien aux personnes handicapées et aux personnes âgées dépendantes ;
- > Orienter les réflexions selon les thématiques suivantes :
  1. Mobilité et accessibilité ;
  2. Vie sociale.

### **COMPOSITION**

CCAS, service seniors, DEFI, MLE, Hôpital, CRAMIF, CDA, MLE, DPAH (CG93), Education Nationale par le biais de la médecine scolaire, service hygiène et sécurité, service cadre de vie environnement.

### **MODE DE FONCTIONNEMENT**

Est co-pilotée par le coordinateur de l'Atelier Santé Ville et la DPAH, réunion à fréquence bimestrielle, prépare collectivement des projets, outils et réflexions au sein du groupe.

### **ETAT D'AVANCEMENT AU 22/03/06**

Trois réunions préparatoires, effectives depuis novembre 2005, ont permis la réalisation des actions suivantes :

- > Thématique Mobilité et accessibilité, création de 3 groupes : Accessibilité des équipements publics, accessibilité des infrastructures privées, accessibilité de la voirie et des transports ;
- > Thématique Vie sociale, création de 3 groupes ou seront abordés l'emploi, la scolarité et les démarches administratives ; le tout structuré par tranche d'âge : enfance, adolescence et adulte/PA ;
- > la présentation d'une définition exhaustive du handicap ;
- > la présentation de la loi sur l'égalité des droits, des chances, la citoyenneté et la participation des personnes handicapées ;
- > la présentation de l'étude menée par le cabinet CECIA/STC sur la mise en conformité de la voirie à Clichy sous Bois ;
- > la réflexion sur la charte ville handicap.

## **SANTÉ MENTALE**

### **OBJECTIFS**

- > Faciliter la concertation et la coordination entre les professionnels autour des situations concrètes complexes (souffrance psychique avec ou sans maladie mentale cumulées ou non avec des difficultés sociales, d'insertion, etc.) rendant impossible et/ou difficile le suivi par un seul acteur ;
- > Définir les orientations prioritaires pour l'année 2006.

**COMPOSITION**

ADSEA, PJJ, AMICA, le CERPE, ACEPE psy-écoute-famille, le service de santé scolaire et le service social scolaire, les RASED (réseaux d'aide spécialisée), ARRIMAGE, MLE, CMP, les structures du Conseil Général (PMI, Aide Sociale à l'Enfance, Circonscription social), Hôpital.

**MODE DE FONCTIONNEMENT**

Est co-pilotée par le coordinateur de l'Atelier Santé Ville et le service de pédopsychiatrie de l'hôpital, réunion à fréquence bimestrielle, prépare collectivement des projets, outils et réflexions au sein du groupe.

**ETAT D'AVANCEMENT AU 22/03/06**

> Constitution au premier semestre 2006.

Le travail autour des tranches d'âges adultes (possibilité de mise en place de RESAD) et petite enfance, et la mise en place de réflexions permettant de faciliter l'implantation du nouveau CMP sur le territoire, sont deux axes prioritaires pouvant être abordés lors de la constitution du groupe de travail préliminaire.

## Des compétences renforcées en matière de pilotage

Outils d'aide à la décision, les Ateliers Santé Ville se doivent de tenir un certain nombre d'exigences en matière de pilotage des actions. En ce sens, le pilotage répond à plusieurs vocations :

- > Rendre lisibles et cohérentes les actions engagées en précisant leur spécificité et leur valeur ajoutée, notamment à travers la consolidation de leur rendu ;
- > Permettre une meilleure intégration par les élus des enjeux de santé publique permettant notamment de fonder une intervention politique argumentée ;
- > Progressivement faciliter l'intégration des logiques locales dans les grands cadres régionaux (Programme Régional de Santé Publique).

Au-delà des instruments de pilotage des actions (chacune d'entre elle devant être définie à travers des objectifs, des indicateurs, etc.) les Ateliers Santé Ville eux-mêmes se sont inscrits progressivement dans un dispositif de pilotage et de suivi. En effet, à l'initiative de la DDASS 93 et l'appui de la Délégation Interministérielle à la Ville une démarche d'élaboration participative d'un tableau de bord a été initiée, ceci afin d'harmoniser les pratiques en matière de pilotage. Le tableau de bord des Ateliers Santé Ville a vocation à être généralisé à l'ensemble des Ateliers Santé Ville existants en 2007.

Il se veut d'abord un outil de pilotage et de suivi des Ateliers Santé Ville pour le niveau local et le niveau départemental (sans se substituer pour autant aux bilans d'activité). Il se veut également un outil souple où des indicateurs pertinents peuvent être rajoutés.

Les objectifs de ce tableau de bord sont notamment les suivants :

- > Faire remonter les informations (reporting) et rendre compte de la mise en œuvre de la politique de la ville en matière de santé publique ;
- > Faciliter le suivi de certains indicateurs ;
- > Générer des réflexions collectives sur la sélection et la hiérarchisation des indicateurs.

Ce tableau de bord renseigne sur les processus mis en œuvre par l'Atelier Santé Ville mais ne représente pas les indicateurs concernant les projets de santé publique, ni de résultats atteints en matière de santé (PRSP). Ces derniers sont créés par le niveau régional et sont transmis au niveau de sa DDASS. En ce qui concerne la qualité des programmes locaux de santé publique réalisés par le(s) promoteur(s) de projet dans la cadre de l'Atelier Santé Ville, le bilan d'activités de l'Atelier Santé Ville permet de l'apprécier plus finement.

OBJECTIFS	INDICATEURS
<p><b>OBJECTIF STRATEGIQUE 1</b> Améliorer la connaissance de la situation du territoire en matière de santé</p>	
<p><b>OBJECTIF OPERATIONNEL</b></p>	
<p><b>1. Recenser les données liées à la connaissance de la situation</b></p>	<p>&gt; Nombre de cartographies créées ou mises à jour soit par l'Atelier Santé Ville soit avec la collaboration de l'Atelier Santé Ville</p>
<p><b>2. Conduire un diagnostic sur la santé des habitants</b></p>	<p>&gt; Nombre de diagnostics ciblés ou généraux réalisés</p>
<p><b>3. Partager les informations liées au diagnostic</b></p>	<p>&gt; Nombre de diagnostics restitués par catégorie d'acteurs locaux</p>
<p><b>4. Mobiliser les institutions pour qu'elles partagent les données de santé à l'échelle territoriale</b></p>	<p>&gt; Nombre d'institutions partageant de l'information en données de santé</p>

OBJECTIFS	INDICATEURS
<b>OBJECTIF STRATEGIQUE 2</b> <i>Favoriser les partenariats et le travail en réseau</i>	
<b>OBJECTIFS OPERATIONNEL</b> <b>1. Mobiliser les acteurs locaux</b>	> Nombre d'acteurs locaux mobilisés par catégorie
<b>2. Participer et mettre en place différents groupes de travail sur des thèmes spécifiques</b>	> Nombre de groupe de travail réalisés par l'Atelier Santé Ville. > Nombre de participations de l'Atelier Santé Ville à des groupes de travail
<b>3. Identifier les modifications attendues liées au travail en réseau</b>	> Liste des modifications identifiées
<b>4. Mettre en œuvre des supports de partage d'information, d'expérience et de mutualisation des ressources entre acteurs locaux</b>	> Liste des outils de partage mis en place et en projet sur la période
<b>OBJECTIF STRATEGIQUE 3</b> <b>Favoriser l'accès à la santé : soins, prévention et déterminants de santé</b>	
<b>OBJECTIFS OPERATIONNEL</b>	
<b>1. Identifier les déterminants de la santé pris en charge directement ou indirectement par l'Atelier Santé Ville</b>	> Liste et noms des déterminants de la santé pris en charge par l'Atelier Santé Ville (directement ou indirectement) ou par d'autres services
<b>2. Identifier les facteurs facilitant l'accès aux soins pris en compte (directement ou indirectement) ou qui devraient être pris en compte par des programmes publics</b>	> Liste des facteurs facilitant l'accès aux soins pris en compte (directement ou indirectement) par l'Atelier Santé Ville, ou par d'autres services) ou qui devraient être pris en compte
<b>3. Construire et mettre en œuvre des actions et des programmes favorisant l'accès à la santé à partir de l'identification des besoins et des ressources au plan local</b>	> Nombre de projets d'accès à la santé mis en œuvre en collaboration avec l'Atelier Santé Ville
<b>4. Favoriser la déclinaison locale des programmes nationaux et régionaux auprès des populations en difficulté et notamment les plus exclues</b>	> Nombre de programmes déclinés dans les quartiers en difficulté

OBJECTIFS	INDICATEURS
<p><b>OBJECTIF STRATEGIQUE 4</b> Agir pour la continuité de l'offre de soins</p>	
<p><b>OBJECTIF OPERATIONNEL</b></p> <p>1. Informer les décideurs locaux des conditions et modalités de la continuité de l'offre de soins</p>	<p>&gt; Nombre d'études réalisées et diffusées par les Ateliers Santé Ville relatives à la continuité de l'offre de soins</p>
<p>2. Faciliter l'installation de professionnels de santé (médecins, libéraux,...) sur la ville</p>	<p>&gt; Nombre d'actions favorisant l'installation ou le maintien des professionnels de santé</p>
<p>3. Inciter et soutenir les projets autour de la continuité de l'offre de soins sur le territoire</p>	<p>&gt; Nombre de projets soutenus directement ou indirectement par l'Atelier Santé Ville liés à la continuité des soins</p>
<p><b>OBJECTIF STRATEGIQUE 5</b> Développer la participation active des habitants dans la réalisation d'actions de santé</p>	
<p><b>OBJECTIF OPERATIONNEL</b></p>	
<p>1. Promouvoir la participation des habitants (par groupe) sur des thèmes en particulier (environnement, habitat, santé des jeunes et adolescents)</p>	<p>&gt; Nombre de rencontres permanentes et ponctuelles réunissant les habitants et soutenus par les Ateliers Santé Ville sur des sujets liés à la santé</p> <p>&gt; Type d'outils et de méthodes utilisés pour inviter les habitants à se mobiliser</p>
<p>2. Assurer l'implication des habitants dans la conception et la mise en œuvre de projets</p>	<p>&gt; Nombre de projets choisis, co-conçus ou co-mis en œuvre par les habitants</p>
<p>3. Diffuser les bonnes pratiques de santé communautaire</p>	<p>&gt; Nombre d'acteurs locaux informés et formés aux pratiques de santé communautaire par catégorie d'acteurs locaux</p>

OBJECTIFS	INDICATEURS
<p><b>OBJECTIF STRATEGIQUE 6</b> Renforcer les compétences des acteurs locaux et l'information en matière sociale ou de santé publique</p>	
<p><b>OBJECTIF OPERATIONNEL</b></p>	
<p><b>1. Améliorer l'organisation et la diffusion de formations des acteurs locaux sur des problématiques sociales ou de santé publique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Nombre de formations organisées ou impulsées par les Ateliers Santé Ville et tenues durant le semestre (incluant l'insertion professionnelle)</li> <li>&gt; Taux de participation aux séances de formation en cas de convocation nominative</li> <li>&gt; Niveau de satisfaction des personnes formées.</li> </ul>
<p><b>2. Améliorer l'organisation et la diffusion de l'offre de séances d'information des acteurs locaux sur des problématiques sociales ou de santé publique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Nombre de participants aux séances d'information élargies</li> </ul>
<p><b>OBJECTIF STRATEGIQUE 7</b> Favoriser l'insertion sociale et professionnelle des populations du territoire</p>	
<p><b>OBJECTIF OPERATIONNEL</b></p>	
<p><b>1. Favoriser l'accès de la population aux droits sociaux</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Nombre d'actions d'information impulsées par les Ateliers Santé Ville sur les droits sociaux</li> </ul>
<p><b>2. Accompagner des projets collectifs d'habitants contribuant à l'amélioration de leur cadre de vie dans le quartier</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Nombre de projets collectifs soutenus par les Ateliers Santé Ville et nombre d'habitants impliqués dans ces projets</li> </ul>
<p><b>3. Soutenir et accompagner des programmes et des actions en direction des personnes victimes de violence</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Nombre de dispositifs ou de groupes de soutien recensés sur le territoire de l'Atelier Santé Ville</li> </ul>

## OBJECTIFS

**4. Informer des professionnels de santé des opportunités de formation linguistique disponibles pour leur public**

> Nombre d'actions d'informations diffusées auprès des professionnels de santé

**5. Permettre aux acteurs de l'insertion sociale et professionnelle d'intégrer la problématique santé dans l'accompagnement des habitants**

> Nombre d'actions (informations, formations, groupes de travail, actions communes) impliquant les Ateliers Santé Ville et des acteurs de l'insertion sociale et professionnelle sur des problématiques de santé

**6. Contribuer à la réduction de l'impact des troubles psychiques sur les processus d'insertion et de formation**

> Nombre de réunions relatives à la santé mentale dans le processus d'insertion  
> Taux de professionnels de santé mentale impliqués dans des programmes de santé publique mis en œuvre dans des zones sensibles

### **OBJECTIF STRATEGIQUE 8**

**Favoriser les pratiques d'évaluation des actions conduites et des outils mis en place**

#### **OBJECTIF OPERATIONNEL**

**1. Encourager les pratiques d'évaluation auprès des différents partenaires**

> Nombre d'évaluations appuyées ou accompagnées par l'Atelier Santé Ville par type de partenaire

**2. Créer des outils de diagnostic, de pilotage et d'évaluation des actions conduites au sein de l'Atelier Santé Ville**

> Nombre d'outils utilisés sur l'année

OBJECTIFS	INDICATEURS
<b>OBJECTIF STRATEGIQUE 9</b> Identifier les contraintes de gestion de l'Atelier Santé Ville	
<b>OBJECTIF OPERATIONNEL</b>	
<b>1. Assurer de façon pérenne et opérationnelle le financement des Ateliers Santé Ville</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Répartition du montant des financements par type de financeur</li> <li>&gt; Nombre de dossiers de demandes de subvention et de bilans présentés dans l'année par rapport aux subventions obtenues</li> </ul>
<b>2. Évaluer le poids des contraintes administratives sur les charges de travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Estimation de la répartition moyenne du temps de travail annuel pour un coordinateur de l'Atelier Santé Ville</li> </ul>
<b>3. Identifier l'implication et le missionnement des partenaires dans l'atteinte des objectifs communs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Nombre d'institutions ayant mandaté officiellement un représentant dans la démarche Atelier Santé Ville</li> </ul>

## Des compétences renforcées en matière d'évaluation

La pratique de l'évaluation est inscrite à l'origine dans les fondements des Ateliers Santé Ville ; en effet, la circulaire DGS du 13 Juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire précise :

*« Les ateliers "santé ville" doivent prévoir une procédure précise d'évaluation de type participative comportant un volet qualitatif et quantitatif. La place donnée à la participation des habitants permettra aux acteurs d'apprécier l'impact des actions de santé dans le sens du concept de "santé bien-être", selon des critères qui seront différents suivant les populations concernées et les modes d'intervention.*

*L'évaluation permettra d'examiner les résultats des projets locaux de santé et leur cohérence avec l'ensemble des actions de santé sur les territoires en contrat de ville (par exemple : accès aux droits par mise en place de la CMU, notamment l'accueil et la domiciliation au niveau des*

*CCAS, fonctionnement et pertinence de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé dans l'établissement de santé de proximité, place et rôle des réseaux Ville-Hôpital au niveau local, des réseaux de santé de proximité, du volet santé PDI...) et leurs effets sur l'amélioration de la santé des habitants et, au-delà, sur la qualité de vie et l'insertion sociale. »*

Compte tenu de la faible antériorité de la plupart des Ateliers Santé Ville et l'exigence d'un temps significatif de recul pour apprécier des évolutions sur les champs sanitaires et sociaux, les démarches d'évaluation n'en sont encore, pour la plupart, qu'à leur démarrage.

Pour autant, d'ores et déjà, un certain nombre de réflexions ont été menées.

Les objectifs de l'évaluation sont les suivants :

- > Apprécier la mise en place, l'organisation et le suivi des Ateliers Santé Ville au niveau départemental et local ;
- > Apprécier la cohérence du dispositif « *Atelier Santé Ville* » par rapport aux autres programmes et actions départementales vis à vis des populations précaires ;
- > Apprécier la dynamique engendrée par le dispositif au niveau départemental ;
- > Comparer les méthodologies spécifiques de chaque Atelier Santé Ville autour de ses trois principales composantes : le diagnostic, la participation des habitants et l'élaboration d'un plan local de santé publique.

D'ores et déjà, des critères ont été élaborés, en particulier pour une évaluation départementale<sup>114</sup> :

## Critères d'évaluation des Ateliers Santé Ville

### Les Ateliers Santé Ville dans le département

#### **A. Mise en place du dispositif dans le département par la DDASS**

- > Cohérence entre les données nationales du dispositif et celles transmises au niveau du département par la DDASS ;
- > La communication de la DDASS en amont de la création des Ateliers Santé Ville ;
- > Les ressources employées pour cette mise en place ;
- > Les effets de l'organisation générale des Ateliers Santé Ville proposées par la DDASS auprès des comités de pilotage locaux ;
- > Les éléments de convergence/continuité et les éléments de

---

<sup>114</sup> Critères d'évaluation élaborés par la DDASS des Bouches du Rhône

divergence/contraintes entre l'Atelier Santé Ville et d'autres réseaux, programmes et structures déjà existantes ou à venir...

### **B. Les instances départementales**

- > Représentativité des personnes présentes dans chaque instance ;
- > Evolution qualitative et quantitative des membres des instances ;
- > Implication des personnes présentes ;
- > L'articulation avec les politiques publiques ;
- > L'articulation entre les décisions départementales et locales ;
- > Communication entre le comité de pilotage départemental et le comité technique départemental ;
- > Satisfaction de l'organisation des instances départementales par les participants ;
- > Les apports perçus de cette participation par les membres des instances de travail.

### **C. L'organisation au sein de la DDASS**

- > Les moyens (humains, financiers...) employés ;
- > La communication autour du dispositif (national, régional, autres départements...) ;
- > Les apports du dispositif perçus par la DDASS.

### **D. Le suivi du niveau local (Atelier Santé Ville) par la DDASS**

- > La communication de la DDASS en direction du niveau local
- > Implication de la DDASS au niveau local ;
- > Pertinence des réunions de coordination intermédiaire des coordinatrices et du suivi individuel des coordinatrices ;
- > Utilisation des apports à l'issu des réunions de coordination ;
- > Satisfaction des coordinatrices par rapport à la coordination générale du dispositif menée par la DDASS.

## **Analyse comparative et capitalisation des méthodologies spécifiques des Ateliers Santé Ville**

### **A. Le diagnostic**

#### **> Données quantitatives**

- > Les éléments facilitant et limitant rencontrés pour l'accès à certains types de données ;
- > Les données fournies par le chef de projet Contrat de Ville et son équipe, le porteur (CODES13, OSC Martigues, OREP, CCAS Arles...), les professionnels sanitaires, sociaux, médicaux et éducatifs et institutionnels : le Conseil Général, le Conseil

Régional, l'Etat notamment la Ville et les dispositifs Politique de la Ville et de Droit commun ;

- > Les sources de données souhaitées, disponibles, utilisées ;
- > Les modes d'accès aux données ;
- > La restitution des données ;
- > La période de réalisation ;
- > Le suivi de l'évolution des données (mise à jour).

**> Données qualitatives : Consultations locales auprès des habitants et des professionnels**

- > Les modes de consultation ;
- > La cohérence entre les besoins et constats des professionnels et des habitants (axes communs et spécifiques) ;
- > La représentation des habitants et des professionnels par rapport au concept de santé/bien-être ;
- > La période de réalisation de ces consultations ;
- > Cohérence des données qualitatives et quantitatives.

**> Priorités**

- > La (les) méthode(s) de détermination des priorités utilisée(s) ;
- > Les moyens utilisés ;
- > La pertinence des priorités choisies par rapport aux éléments du diagnostic (choix des priorités par porte d'entrée : populations, thématiques, pathologies...) ;
- > L'évolution des priorités au cours de l'Atelier Santé Ville ;
- > Satisfaction du chef de projet Contrat de Ville et son équipe, du porteur (CODES13, OSC Martigues, OREP, CCAS Arles...), des professionnels sanitaires, sociaux, médicaux et éducatifs et institutionnels : le Conseil Général, le Conseil Régional, l'Etat, la Ville et les dispositifs Politique de la Ville et de Droit commun, ainsi que les habitants par rapport aux priorités choisies.

**> Utilisation du diagnostic**

- > La diffusion et la disponibilité du diagnostic
- > Exploitation du diagnostic

**B. Elaboration du plan local de santé publique (PLSP)**

**> Organisation de l'élaboration du PLSP**

- > Exercice du leadership au sein de l'Atelier Santé Ville ;
- > Repérage des acteurs attendus à la démarche Atelier Santé Ville ;
- > Acteurs impliqués dans les instances de travail de l'Atelier Santé Ville : représentativité et évolution notamment l'identification des acteurs ne participant pas ou plus et motifs ;
- > Pertinence de l'organisation des instances de travail (notamment groupes de travail, groupe de suivi, COPIL local) au sein de l'Atelier Santé Ville ainsi que la pertinence de la communication entre elles ;
- > La cohérence des objectifs opérationnels définis par les

- groupes de travail par rapport aux priorités choisies ;
- > La prise en compte de la parole des habitants dans les instances de travail de l'Atelier Santé Ville ;
- > Le respect des délais prévus ;
- > Les apports perçus par le chef de projet Contrat de Ville et son équipe, le porteur (CODES13, OSC Martigues, OREP, CCAS Arles...), les professionnels sanitaires, sociaux, médicaux et éducatifs et institutionnels : le Conseil Général, le Conseil Régional, l'Etat notamment la Ville et les dispositifs Politique de la Ville et de Droit commun ainsi que les habitants et les professionnels impliqués ou non ;
- > Les apports perçus par la coordinatrice par cette mission de coordination.

**> La démarche participative des différents acteurs : habitants, des professionnels sanitaires, sociaux, médicaux et éducatifs et des institutionnels**

- > Les modes de sollicitation employés ;
- > Leur type de participation (consultatif, expertise, participatif... cf permanent/ ponctuel) ;
- > L'implication de chacun des acteurs au sein de l'Atelier Santé Ville et l'articulation avec les dispositifs existants ;
- > Les moyens utilisés pour pérenniser la mobilisation mise en place tout au long de l'Atelier Santé Ville ;
- > Les diverses missions et actions de la coordinatrice au sein de l'Atelier Santé Ville.

**C. A propos du Plan local de santé publique**

- > La prise en compte des réseaux, actions, bibliographie et ressources déjà existantes ;
- > La cohérence des actions proposées avec les objectifs fixés ;
- > Les actions du PLSP : réalisables, mesurables, priorisées dans le temps, budgétisées, réalistes (notamment par rapport aux réalités du niveau local) et reposant sur des porteurs d'actions fiables ;
- > Ciblage des actions vers les populations précaires ;
- > Echelle des territoires concernés par les actions ;
- > L'engagement des membres du COPIL pour intégrer les priorités et actions du plan dans leurs activités mais aussi pour mobiliser d'autres acteurs pour la mise en œuvre du plan local de santé publique (communication autour du plan, « *capacité de promouvoir le plan* » auprès d'autres acteurs...) ;
- > L'engagement des professionnels sanitaires, sociaux, médicaux et éducatifs locaux par rapport à la mise en œuvre du plan ;
- > La lisibilité de la participation des habitants.

**D. Effets induits**

- > Impact de la dynamique et démarche de l'Atelier Santé Ville sur l'organisation locale du tissu sanitaire, social, médical et éducatif.

### ILLUSTRATION > VERS DES CRITÈRES D'AUTO-ÉVALUATION

L'Atelier Santé Ville de Martigues Porc de Bouc a engagé une réflexion en matière d'évaluation :

L'évaluation aura pour objectifs de

- > préciser dans quelle mesure les ateliers répondent aux missions qui leur ont été assignées ;
- > identifier leurs forces et leurs faiblesses, notamment en ce qui concerne leur organisation, leurs méthodes et leurs ressources ;
- > faire des recommandations en vue de leur amélioration ;
- > contribuer à la formation des coordinateurs et des personnes clé des ateliers dans le domaine de l'évaluation.

#### Résultat attendus :

Cette première étape devra aboutir à la rédaction d'un rapport qui permettra aux comités de pilotage d'améliorer la contribution des Ateliers Santé Ville à la résolution des problèmes de santé prioritaires de la population, en accordant une attention particulière aux catégories sociales en situation de précarité.

#### Méthode :

Elle consistera :

- > à étudier la compilation des documents qui ont ponctué l'évolution des Ateliers Santé Ville ;
- > à identifier et interroger un échantillon de l'ensemble des acteurs des champs sanitaires et sociaux de chacune des villes concernées, qu'ils aient ou non été associés à la conduite de l'atelier de leur localité de résidence : professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages femmes, travailleurs sociaux,...), institutions professionnelles ou non, collectivités territoriales, associations de quartier...

Ces échanges devront porter :

- > pour tous les acteurs, sur leur degré de connaissance de l'atelier de leur localité ;
- > pour ceux qui ont été associés à un atelier :
  - sur leur perception des ateliers (représentation des ateliers, intérêts pour la collectivité, forces et faiblesses,...) ;
  - sur leurs motivations à s'engager dans cette démarche et la **formulation des objectifs qu'ils poursuivent** ;
  - sur leur analyse des ateliers, de leur conception, de leur organisation, de leur fonctionnement, de leur efficacité, etc...
  - sur leurs recommandations pour améliorer leurs résultats et corriger leurs insuffisances.

> à analyser les principes de mise en place, l'organisation et le fonctionnement des Ateliers Santé Ville au niveau local et départemental.

L'évaluation concernera chaque atelier et l'ensemble du processus départemental.

Son canevas portera pour chaque site sur des thèmes tels que :

- > l'organisation de l'atelier ;
- > ses ressources (humaines, matérielles et financières) ;
- > la connaissance et la prise en compte de l'état de santé de la population ;
- > l'identification et la mobilisation des acteurs ;
- > la participation des populations ;
- > la conduite d'une démarche de planification ;
- > les actions entreprises ;
- > les résultats enregistrés ;
- > les mécanismes de régulation.

Elle associera les différents acteurs des ateliers tant au niveau local que départemental au processus d'évaluation, afin de compléter les procédures externes par des dynamiques internes.

L'étape suivante aboutira à la construction, avec un groupe d'acteurs locaux, d'un plan d'évaluation propre à chaque Atelier Santé Ville.

Les étapes ultérieures seront définies à la lecture à la fois du rapport d'évaluation et des plans locaux d'évaluation à l'issue du débat qu'ils permettront d'initier à la fois au niveau local, départemental, voire régional. Ces outils et débats pourront contribuer à enrichir la réflexion conduite au niveau national sur les Ateliers Santé Ville.

Les étapes dont il s'agit devront en tout état de cause permettre de vérifier que les actions contenues dans les plans locaux de santé répondent aux besoins des publics en difficulté.



Les Ateliers Santé Ville, en offrant un cadre structuré et exigeant, ont permis de développer de nouvelles pratiques collectives de conduite de projets.

Pour autant, il apparaît que la prise en compte de l'ensemble de ces exigences ne s'improvise pas. Cette prise en compte nécessite à la fois des appuis, de la formation, et de la professionnalisation de l'ensemble des acteurs impliqués. Bien souvent, les coordinateurs des Ateliers Santé Ville ont vocation à transmettre, par la pratique, les

méthodes de travail nécessaires – et incontournables – au service de projets communautaires vertueux.

Dans ce cadre, un certain nombre d'Ateliers Santé Ville ont recours à des intervenants externes pour apporter un appui – méthodologique le plus souvent – dans le cadre de leurs démarches. Certains organismes ont développé des actions spécifiques : par exemple la C.R.E.S. de Picardie propose une formation axée sur la méthodologie de projets dans le champ de la promotion de la santé.

#### ILLUSTRATION > CONVOQUER LE REGARD EXTÉRIEUR

Bien souvent, un appui externe est sollicité pour accompagner la réalisation de diagnostic, d'évaluation ou de formation.

A **Romans**, le CAREPS (Centre Rhône Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire) a été sollicité pour réaliser le diagnostic.

Dans certains cas, c'est une expertise (par exemple, à **Villeurbanne**, dans leur sollicitation auprès de l'O.R.S. pour réaliser une étude de faisabilité sur la mise en place d'une coordination santé mentale) qui est sollicitée.

L'appui externe apporté à l'Atelier Santé Ville de **Vitry le François** a permis avait vocation à apporter un appui méthodologique, conceptuel et technique, de contribuer à l'analyse du système d'acteurs sanitaires, sociaux et éducatifs, d'identifier les pratiques de réseau ou de partenariat, l'offre de santé et les problématiques prioritaires, en s'appuyant sur la participation des habitants.

L'Atelier Santé Ville de **Carmaux** a sollicité un appui externe pour un accompagnement méthodologique du coordonnateur et un travail de mobilisation des professionnels de santé libéraux;

## *Promotion de la santé et développement local : une formation-action pour le développement des Ateliers Santé Ville*

F. Bertolotto<sup>115</sup>, J. Pommier<sup>116</sup>

Les difficultés de compréhension et de positionnement des Ateliers Santé Ville constatées sur le terrain auprès des acteurs de la politique de la ville, ainsi que celles renvoyant plus spécifiquement à la mise en place de démarches de santé publique à l'échelle locale (notamment inspirées des principes de la promotion de la santé), a mis rapidement en évidence la nécessité d'accompagner ce programme par des actions de formation continue, susceptibles d'aider les acteurs institutionnels chargés de la mise en place des Ateliers Santé Ville (les signataires des Contrats de Ville soit, à minima les municipalités et l'État, représentés notamment par les DRASS et DDASS) à intégrer cette nouvelle démarche dans les dispositifs locaux de la politique de la ville.

Partant de ce constat, et considérant l'expérience de l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP), qui organise depuis des nombreuses années, dans le cadre de la formation continue, des sessions de formation sur le thème de la promotion de la santé et du développement local, depuis 2001 un programme de formation-action a progressivement été mis au point en partenariat avec la DIV, la DGS et ensuite la Direction Générale de l'action Sociale (DGAS), qui permis de soutenir le développement des Ateliers Santé Ville dans quatre régions de France, en poursuivant 3 objectifs stratégiques majeurs :

- > dynamiser le processus de promotion et mise en place d'Ateliers Santé Ville dans la région, en soutenant l'action des DRASS et DDASS par le biais de la formation-action ;
- > promouvoir l'adoption des principes théoriques et pratiques de la promotion de la santé dans les actions des Ateliers Santé Ville ;
- > contribuer à la dynamisation des acteurs de santé des territoires des Ateliers Santé Ville.

L'objectif de cet article est de rendre compte de cette expérience singulière, où une institution de formation telle que l'ENSP, soutien le développement de politiques publiques de santé et de lutte contre les exclusions au plus près des utilisateurs, en mettant la démarche de formation directement au service de l'action, en adoptant des stratégies pédagogiques directement inspirées des principes de la promotion de la santé.

<sup>115</sup> Consultante auprès de l'Ecole nationale de la santé publique, ENSP

<sup>116</sup> Enseignante à l'Ecole nationale de la santé publique, ENSP.

Une stratégie pédagogique conforme aux principes de la promotion de la santé.

À la différence des démarches classiques de formation, qui visent à transmettre des savoirs permettant aux individus de développer des nouvelles compétences, ce programme met prioritairement l'accent sur le développement de savoirs collectifs concourant à la promotion de la santé, à partir de la mise en valeur et en synergie des compétences des professionnels d'un territoire. Secondairement, la formation propose aussi un certain nombre de références théoriques et pratiques qui visent, d'une part, à apporter des connaissances essentielles à la compréhension des enjeux de la promotion de la santé notamment lorsqu'ils sont à décliner dans le cadre des Ateliers Santé Ville, et d'autre part, à faire émerger une conscience quant aux besoins de formation complémentaire, indispensables à la qualité des actions à développer au sein des Ateliers Santé Ville.

La formation-action se réfère, ainsi, explicitement aux principes de la promotion de la santé de la Charte d'Ottawa, c'est-à-dire qu'elle est axée sur l'intervention locale et participative, et entend développer la complémentarité des partenaires dans le cadre de dispositifs de santé publique territorialisés tels les Ateliers Santé Ville.

La promotion de la santé est une notion très concrète qui renvoie à des valeurs et à un ensemble de mesures dynamiques susceptibles de contribuer à l'amélioration de la vie des individus et des collectivités humaines, en questionnant les représentations dominantes en la matière, tout comme la place et le rôle des institutions du champ. La mise en place de formations inspirées de cette démarche, demande de préciser les références éthiques comme les paradigmes qui sous-tendent le projet, qui auront nécessairement un impact dans la manière dont la formation peut être envisagée.

Parmi les valeurs qui sous-tendent la promotion de la santé<sup>117</sup>, la primauté de la personne en constitue un principe fort (avec le respect des équilibres individuels et sociaux, la valorisation et prise en charge de la personne de manière globale, la prise en compte de l'individu dans son milieu de vie), tout comme le renforcement de l'autonomie des personnes (c'est-à-dire le développement des capacités des personnes du « *pouvoir de dire et d'agir* », avec une possibilité de participation et de négociation sur la façon dont le pouvoir est exercé, ce qui implique d'accorder autant de valeur à ses propres connaissances et expériences professionnelles qu'à celle des personnes avec qui l'on travaille), ou encore l'acquisition et le développement des

---

<sup>117</sup> Cf. notamment aux travaux suivants : *Former en éducation pour la santé: actes du premier colloque, janvier 1989, ENSP, CFES, 1992, Former en éducation pour la santé: actes du deuxième colloque de juin 1999, ENSP, 2005, Symposium à l'intention des enseignants en promotion de la santé et en santé communautaire, Conférence annuelle de l'association canadienne de santé publique, 2004.*

savoirs faire afin de promouvoir chez les individus les potentialités existantes (notamment par le biais de la formation).

Dans le cadre de la promotion de la santé le paradigme éducationnel « *émancipatoire* » s'impose au « *traditionnel* », afin de permettre aux personnes de construire une vision de l'avenir, établir systématiquement quels seront les savoirs, les savoir-faire et les savoir être requis des intervenants dans l'avenir, partir de l'expérience et des attentes des participants, faire collaborer les parties concernées à la rédaction des grandes lignes des enseignements, à l'élaboration des activités d'apprentissage et d'évaluation (dans les approches « *traditionnelles* » c'est principalement l'enseignant qui fait seul ce travail)<sup>118</sup>.

Ainsi, les principaux éléments de qualité, souhaitables dans les formations en promotion de la santé, qui ont été pris en compte dans la stratégie pédagogique de cette formation-action, sont :

- > la prise en compte des valeurs énoncées précédemment en adoptant la même attitude que celle préconisée pour l'action auprès des publics, ainsi que des publics eux mêmes ;
- > la mise en place d'un processus d'acquisition de compétences qui cible simultanément les trois registres des savoirs, savoir-être et savoir-faire ;
- > une démarche centrée sur le sujet, qui part des attentes des personnes en formation, de leurs représentations, en les aidant à prendre conscience de leurs propres capacités ;
- > phases de mise en situation et d'expérimentation, de recherche d'informations et d'apports de connaissances, de questionnement, d'analyse de pratiques, d'échanges avec leurs pairs... ;
- > La formation en promotion de la santé repose sur un grand nombre de disciplines et celles-ci sont intégrées dans le processus de formation en évitant la juxtaposition ;
- > Les équipes de formateurs reflètent cette pluridisciplinarité ;
- > La formation interprofessionnelle est favorisée.

Enfin, signalons que pour faciliter l'adhésion et participation de toutes les catégories d'acteurs des Ateliers Santé Ville à ces formations, les principes suivants d'organisation ont été adoptés avec les promoteurs de la formation (DIV, DGS, DGAS). La formation a évolué au fil des années grâce notamment aux expériences des régions d'Île de France et de Languedoc Roussillon qui ont permis de bâtir un cadre conceptuel et opérationnel de formation tout en permettant une grande souplesse afin de s'adapter au mieux aux demandes spécifiques des

<sup>118</sup> Sur ces aspects, voir notamment : Barthélémy L, Cloart L, Goudet B., Lapostolle-Dangréaux C, Le Grand E, Perrot M. : *Formations en éducation pour la santé: repères pratiques, éthiques, méthodologiques et pédagogiques, Education pour la santé pour mieux vivre, 2000;1-53* ; Sandrin-Berthon B. : *Education pour la santé, éducation thérapeutique: quelles formations en France? Etat des lieux et recommandations, 1-85. 2002* ; Ferron C. : *Développer la formation en éducation pour la santé, CFES, 1998*

régions participantes. Il s'agit d'une formation-action qui exige un engagement important car il est souhaitable de participer à l'ensemble de la formation qui est de 6 jours et de participer à quelques jours d'accompagnement sur le terrain.

La démarche de mise en œuvre de la formation est la suivante :

- > proposer des formations subventionnées par des crédits centraux (DIV) et décentralisés (PRAPS, politique de la ville, FNPEIS) servant à la promotion des politiques territorialisées de santé et de lutte contre les exclusions (la seule exigence à l'égard des participants étant l'engagement à participer à la totalité de la formation) ;
- > aller vers les territoires de la politique de la ville, en organisant des sessions de formation sur site, en mode « *résidentiel* », de manière à se rapprocher de l'ensemble des catégories d'acteurs engagés dans les Ateliers Santé Ville (notamment les professionnels libéraux et associatifs, qui accèdent difficilement aux actions proposées par l'ENSP à Rennes ou à Paris) ;
- > travailler avec les DRASS et les DDASS dans le montage des formations, de manière à leur permettre de (re)prendre le relais de l'animation post formation dans le cadre d'un programme de promotion et de suivi des Ateliers Santé Ville de la région ;
- > après un repérage de 3 à 4 régions prioritaires par les services centraux, un appel d'offres est fait auprès des DRASS concernées, qui devront faire état de leur souhait de mettre en place la formation ;
- > un soutien technique est assuré par les formateurs auprès des services déconcentrés pour le montage et suivi de la formation ;
- > organiser la formation en deux sessions de 3 jours, espacées de 6 à 8 mois, avec cependant un travail à réaliser dans le cadre de ma formation entre les deux sessions ;
- > pour promouvoir la qualité des programmes de santé des Ateliers Santé Ville, à chaque fois que possible il est prévu d'associer un opérateur expert en santé publique de la région à la formation (CRES, laboratoire universitaire, etc), afin notamment qu'il puisse apporter une guidance méthodologique aux acteurs de terrain pendant les travaux de l'intersession, et éventuellement s'engager au delà de la formation dans les Ateliers Santé Ville de la région ;
- > un dossier documentaire réunissant un recueil de textes réglementaires en rapport avec les Ateliers Santé Ville, ainsi que des documents relatifs aux problématiques abordées, est remis à chaque participant.

## Conclusions

Les pratiques mobilisées, les expériences conduites dans le cadre des Ateliers Santé Ville illustrent les tensions sur lesquelles les différents acteurs se sont mobilisés au service de l'évolution des déterminants de santé dans les quartiers.

Ces derniers ont en effet su conjuguer les nécessités d'ordre public que l'on retrouve dans les politiques et les programmes de santé publique, mais également les pratiques et les cultures des populations en les associant à l'amélioration globale de leur état de santé. Ils ont également su faire preuve d'innovation pour imaginer des actions prenant en compte les préoccupations les plus intimes des habitants en matière de santé, en agissant ainsi sur l'évolution maîtrisée et voulue des comportements.

Les Ateliers Santé Ville sont à cet effet de précieux lieux permettant de donner corps au concept que posait l'O.M.S. dès 1946 : la notion de bien-être (y compris comme facteur de paix et de progrès de l'humanité) peut enfin trouver une place dans ces quartiers les plus marginalisés, où des pratiques collectives et communautaires sont porteuses de nouvelles formes de lien social.

D'autre part, les Ateliers Santé Ville nous invitent à concevoir des actions de santé publique où l'offre de soin n'est plus l'axe structurant de l'intervention des acteurs de santé. Prévention, éducation, promotion trouvent alors toute leur place, en complémentarité de l'offre de l'appareil de soin.

Pour autant, les méthodologies de projets et les pratiques en réseau doivent encore être cultivées et développées pour rendre effectif l'amélioration des conditions de santé dans les zones sensibles. En ce sens, l'ensemble des sujets de société : qualité de l'emploi et du travail, qualité de logement, qualité des conditions de vie et de l'environnement... sont autant de paramètres à prendre en compte dans toute action touchant directement ou indirectement aux problématiques de santé, à tel point que la santé devient de fait une question transversale qui se doit d'être abordée dans toute problématique de développement au service d'une démocratie renforcée.

A cet effet, les élus des collectivités locales trouvent pleinement au sein des Ateliers Santé Ville leur légitimité dans leur pouvoir de convocation afin de mobiliser, dans le cadre d'une obligation nationale portée par les politiques publiques, l'ensemble des acteurs et des habitants, dans une prise en charge collective et prospective des questions de santé, donnant ainsi tout leur sens tant à la politique de la ville qu'aux politiques des villes. L'Atelier Santé Ville est ainsi une construction sociale permettant d'imaginer pour demain de nouvelles contributions entre les habitants et leurs représentants ; habitants devenus sujet et acteurs de la santé de tous et non objets de dispositifs stigmatisants conçus dans des espaces échappant à leur implication.





## SITOGRAPHIE

Quelques sites à consulter :

> **Banque de données santé publique**

<http://www.bdsp.tm.fr>

> **Centre Collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale / EPSM Lille Métropole**

<http://www.epsm-lille-metropole.fr>

> **Institut national de prévention et d'éducation pour la santé**

<http://www.inpes.sante.fr/>

> **Institut de Recherche en Documentation Economique de la Santé**

<http://www.irdes.fr>

> **Institut de veille sanitaire**

<http://www.invs.sante.fr/>

> **Ministère de la ville**

<http://www.ville.gouv.fr/>

<http://i.ville.gouv.fr/>

> **Ministère de la santé**

<http://www.sante.gouv.fr/>

> **Organisation Mondiale de la santé**

<http://www.who.int/fr/>

> **Portail des Agences sanitaires**

<http://www.sante.fr>

> **Pratiques en santé**

<http://www.pratiquesensante.info>

> **Société française en Santé Publique**

<http://www.sfsp.info>



## TEXTES RÉFÉRENTS

### > Fiche CUCS santé

#### LE PROGRAMME SANTE DES CONTRATS URBAINS DE COHESION SOCIALE

L'Atelier Santé Ville (ASV) est défini comme le point de convergence de deux politiques, fondé à partir du volet santé de la politique de la ville et du volet santé de la loi contre les exclusions. Il est le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets de santé publique, faisant l'interface entre les élus des villes et la politique de santé de l'Etat. Il a, entre autres missions, la charge de décliner les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins dans le cadre des Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP/PRAPS). L'ASV est un outil coproduction de projets locaux de santé publique et de déclinaison territoriale de la politique de santé publique, contractualisé entre l'Etat et le Maire. Il est représenté par une équipe d'élus de la commune ou de l'agglomération, de directeurs de services communaux concernés, de chefs de projet politique de la ville et du coordinateur dont le poste est financé pour partie par la ligne budgétaire « *Equité sociale et territoriale* » de la Délégation Interministérielle à la Ville (DIV).

Il est question d'atteindre la population en situation de précarité qui touche 20 à 25 % de la population française et dont le taux de la population concernée par la CMU (parmi les usagers consommateurs de soins) est proche des 10 % (chiffre CNAMTS 2005)

Les caractéristiques de la population des quartiers prioritaires sont par évidence retrouvées dans les données traitées par l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles. Les études sur les inégalités et ruptures sociales dans 7 quartiers en Ile de France (Inserm U444) et les écarts territoriaux constatés par l'ONZUS (rapport 2006) donnent des éléments de contexte et d'orientation aux actions préventives à établir avec les populations concernées.

Le PRAPS représente une programmation essentielle dans la lutte contre les inégalités sociales en matière de santé dans le cadre des P.R.S.P. Ainsi, la mise en œuvre des ASV au niveau local constitue le niveau de programmation et de développement des projets de santé publique afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Dans le cadre de la politique de santé publique, de la ville et de la cohésion sociale, les ASV ont pour mission :

- d'identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en situation de vulnérabilité et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie : habitat, logement, emploi, éducation, ressources ;

- la coordination des différents acteurs : création et renforcement des réseaux médico-sociaux de proximité, établissements de santé, centres de santé, santé scolaire, etc. ;
- d'intervenir suivant l'analyse des besoins par site (élaboration de projets) ;
- de rendre effectif l'accès aux services sanitaires et sociaux de droit commun ;
- de favoriser la participation active de la population à toutes les phases des programmes, ainsi que la concertation avec les professionnels et les institutions intervenants dans ce domaine.

## I > Présentation de la démarche ASV

L'A.S.V. permet aux collectivités locales de faire le lien avec les services déconcentrés de l'état et inversement. A partir des problématiques de santé identifiées, il est une aide à la décision dans le cadre d'une stratégie de développement de projets de santé publique, y associant notamment les déterminants de santé qui conditionnent collectivement une amélioration de l'état de santé (ex : habitat)

Il est un lieu d'élaboration de projets permettant d'appréhender, compte tenu des spécificités des territoires, les objectifs de santé publique en veillant à ce que de nouvelles pratiques soient adaptées à l'intérêt des populations.

L'ensemble de la démarche met la prévention et la promotion de la santé au cœur de la cohérence sociale du projet territorial en ce qu'elles doivent, à la fois s'articuler avec la qualité de l'offre de soins et avec les autres politiques publiques qui concourent à l'amélioration de la santé de la population.

Les projets locaux de santé publique développés par les ASV sont les instruments appropriés pour répondre aux besoins de santé au plus près des populations en permettant de définir des stratégies d'intervention concertées avec les ressources de proximité (services municipaux, professionnels de santé publics privés, établissements de santé, centres de santé, PMI, et plus largement ceux des centres sociaux, des Missions locales, de l'Anpe, des foyers, des associations ...)

### **Les thèmes de travail concernent :**

- la connaissance de l'état de santé de la population des communes ayant au moins un site prioritaire,
- la définition des objectifs d'amélioration de l'état de santé et de ses déterminants,
- l'accessibilité aux droits sociaux, aux soins, à la prévention et à la santé,
- l'analyse des principaux dysfonctionnements de l'accès à la prévention et aux soins,
- les questions concernant les pratiques professionnelles sanitaires, sociales et d'insertion,

- la qualité et l'organisation de l'offre de soins,
- les besoins en formation des professionnels accueillant les publics en situation de précarité.

L'ASV implique une fonction d'animation locale conjuguant des compétences d'ingénierie de projet et des compétences en matière sanitaire et sociale.

### ***1- Un enjeu de développement et de proximité pour la politique de santé publique***

Dans cette optique, il a été décidé dans le cadre de l'élaboration des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) de généraliser la démarche des Ateliers Santé Ville, expérimentée dans le cadre de la politique de la ville. Dès 2006, 160 nouveaux Ateliers Santé Ville (on en compte aujourd'hui 140) seront créés, pour couvrir d'ici 2008 l'ensemble des quartiers prioritaires de la politique de la ville.

L'engagement des maires et des présidents d'intercommunalités sur les questions de santé publique est essentiel, puisqu'ils sont notamment garants d'une meilleure qualité des politiques publiques pour un mieux vivre de leurs concitoyens. Ils sont des partenaires privilégiés de la politique de santé publique aux côtés du Préfet, du Conseil général, de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, des Caisses d'assurance maladie, de la Caisse d'allocations familiales, des ordres professionnels, des associations et des opérateurs locaux, comme les réseaux de santé médico-sociaux.

### ***2- Un enjeu de programmation pertinente des ASV***

Le niveau de programmation des ASV existant se fait selon trois échelles territoriales principales distinctes et sur lesquelles se développent les projets de santé publique : commune, intercommunalité, agglomération pour leurs quartiers prioritaires. L'agglomération constitue une configuration relativement inédite de l'action locale en santé, qui émerge avec les A.S.V.

Ainsi, la programmation des ASV n'a pas d'échelle territoriale spécifique. Le choix de l'échelon territorial pertinent dépend des choix analytiques, des organisations institutionnelles, ainsi que du degré de structuration du champ local de la santé.

### ***3- Un enjeu de mobilisation des services de droit commun au niveau régional et départemental.***

L'élaboration du plan ou du projet local de santé développé par l'ASV nécessite un diagnostic participatif qui permettra de recueillir les divers points de vue : des élus, des services municipaux, des professionnels, des associations, de la population, etc. Le niveau de proxi-

mité permet de croiser différentes sources de données à traiter et à analyser avec les partenaires de l'Etat, afin de rendre compte des situations spécifiques et/ou globales des personnes, lesquelles conditionnent grandement l'état de santé.

Dans ce sens, les comités départementaux de partenaires spécifiques aux ASV, piloté par la DDASS et le préfet chargé de la cohésion sociale et de la politique de la ville, contribuent à la mobilisation des données et des ressources de proximité tels que les PMI, les établissements de santé pour ne citer qu'eux afin de soutenir les projets de prévention articulés aux structures.

Pour le développement et le suivi de projets locaux de santé publique entre les élus et les services déconcentrés de l'état, les Ateliers Santé Ville doivent présenter une programmation dont les préalables sont structurés par trois composantes :

**la composante connaissance et identification des besoins (diagnostic)** a pour objet d'objectiver l'état de santé de la population locale et ses déterminants, notamment les conditions de vie souvent mises en cause dans les perceptions des acteurs locaux de la santé.

**la composante santé publique et prévention** consiste, par la connaissance territoriale de la situation sanitaire et sociale au niveau local, à définir les objectifs prioritaires des projets locaux de santé publique, au titre des ASV dans le cadre des CUCS, et à mettre en œuvre les moyens de leur réalisation (ex : programmation des activités ASV suivant les objectifs stratégiques et opérationnels concernant les thématiques de santé mentale, addictions, nutrition, accessibilité et offre de soin, habitat, dépistages, formations, .... )

**la composante accès et recours au système de soins et de santé** doit conduire à préciser et aider à résoudre les difficultés d'accès au système de santé et à l'offre de soins, compte tenu des éléments d'analyse contenus dans le Schéma Régional de l'Offre de Soins (III) et le PRAPS, s'agissant en particulier des liens entre les établissements de santé (projets locaux de santé) et les publics isolés et démunis des territoires prioritaires des communes.

Outre un maillage plus fin de l'organisation socio-sanitaire (établissement de santé, centre de soins, médecine de ville...), **il convient de favoriser l'implantation de dispositifs spécifiques tels** : les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie (EMP), **les médiateurs sociaux engagés en santé publique** (Adultes-Relais), les maisons de santé et espaces de prévention, les permanences hospitalières d'accès aux soins de santé, les réseaux de santé médico-sociaux de proximité, en veillant particulièrement à l'articulation avec les dispositifs existants et les acteurs de la politique de la ville.

*La démarche doit répondre à une méthodologie rigoureuse intégrant des éléments de pilotage commun, de suivi et d'évaluation. Un référentiel*

*de « tableau de bord » relatif au pilotage et au suivi de la démarche des Ateliers Santé Ville sera testé (fin 2006 et sur 2007) sur 3 régions\* en vue d'être généralisé. Il présente un tronc commun d'informations quantitatives et qualitatives qu'il convient de renseigner localement selon les objectifs stratégiques et opérationnels des ASV.*

## II > Priorités de l'Etat

La santé est affirmée comme un des cinq thèmes prioritaires de la politique de la ville pour la cohésion sociale afin d'encourager les acteurs locaux à mieux prendre en compte la prévention et l'accès aux soins pour les habitants des quartiers en difficulté.

La politique de santé et la politique de la ville convergent donc aujourd'hui pour reconnaître la nécessité de prendre en compte la situation de certains territoires où se concentrent des difficultés sociales et urbaines, et de faire de la démarche des ateliers santé ville l'une des déclinaisons territoriales des plans régionaux de santé publique (PRSP).

Les pouvoirs publics ont inscrit les principes d'une politique de prévention dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et repris ces principes dans la définition du champ de la politique de santé publique. **Cette loi traduit la volonté de l'Etat de développer une approche préventive dans tous les secteurs ayant un impact sur la santé.** Elle poursuit le processus de régionalisation des politiques de santé initié depuis quelques années : un groupement régional de santé publique mettra désormais en œuvre dans chaque région le plan régional de santé publique. La « *territorialisation* » des politiques de santé constitue un très fort enjeu pour les années à venir.

Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP), ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels, constitue un cadre structurant de l'intervention en santé publique. Le PRSP comprend l'ensemble des priorités partagées dans l'espace régional et infra-régional. Un groupement d'intérêt public, le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) met en œuvre le Plan régional de santé publique. Le GRSP vise à mettre en cohérence les actions de santé publique menées par les partenaires institutionnels (les différents départements ministériels de l'Etat, les établissements publics concernés, l'Assurance Maladie/CRAM et les collectivités territoriales...), les Unions Régionales Médecins Libéraux, en collaboration avec les différentes missions concourant à la mise en œuvre des actions : missions régionales de santé, les comités d'experts et Observatoires Régionaux de Santé.

---

\* Champagnes-Ardenne, Rhône-Alpes, IDF.

**Le PRSP a vocation à bénéficier à l'ensemble de la région, mais tient compte de la géographie des territoires : inégalités observées, territoires de santé du SROS, compétences territoriales notamment sur le cadre de vie et doit cibler les ressources locales au vu des priorités.**

Il est prévu que les communes et leurs groupements puissent adhérer aux GRSP. Les représentants de ces communes et groupements au conseil d'administration des GRSP seront des relais importants pour aider au développement de la politique de santé publique au niveau local.

**Dans ce cadre, le niveau régional est le niveau territorial décisif de mise en œuvre des politiques de santé de l'Etat. Dans les instances de concertation et d'orientation des politiques, les représentants de l'Etat doivent rappeler d'une part les territoires prioritaires des CUCS (Rôle des DRASS auprès des GRSP) et d'autre part, la démarche ASV comme développement local de projets en santé publique dans les Commissions des Affaires Régionales (Rôle des préfets dans les CAR)**

**Il importe que le pilotage et la mise en œuvre de la programmation des ASV au sein des CUCS soient accompagnés par les DRASS et les DDASS sous l'égide des préfets.**

*Fin 2006 et courant 2007, avec l'appui des services déconcentrés de l'Etat, la DIV met en place sur 3 régions des formations-actions qui devront impliquer les DRASS, DDASS, préfectures chargée de la cohésion sociale et de la politique de la ville et les collectivités locales dans le but d'accompagner le développement des ASV : mise en oeuvre et suivi sur 2007.*

### III > Les crédits de fonctionnement

Les crédits d'intervention de la DIV destinés aux priorités des CUCS, seront gérés par l'Agence Nationale de la Cohésion Sociale et à l'Egalité des Chances dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Les 11 M € seront réservés au fonctionnement de l'équipe Atelier Santé Ville (Elus, directeurs de service municipal, coordinateur ASV, chefs de projets politique de la ville) Ces crédits concernent pour une part le recrutement du coordinateur pour l'ingénierie de projet : médecin ou DESS en santé publique en CDD sur 3 ans et aux besoins sollicités en termes de connaissance, d'animation et de suivi.

Le positionnement de l'A.S.V. et du coordinateur doit permettre de fédérer l'ensemble des acteurs promoteurs de projets et bénéficier d'une légitimité forte facilitant les articulations avec les autres dispositifs de la politique de la ville (ERE, CLS, ...)

En référence à la circulaire DIV/DGS/DHOS du 4 septembre 2006, ils seront délégués aux GRSP sur la base de 50 000 € en moyenne par ASV pour les villes relevant des CUCS.

Les crédits ASV comprennent les crédits FIV (1/2 à 2/3), des communes et des DRASS (GRSP).

Les crédits de droit commun (GRSP) servent à financer les projets de santé publique couvrant les territoires de la géographie prioritaire et suivis dans le cadre de l'A.S.V.en particulier les crédits URCAM dont la mobilisation suppose une attention et un engagement fort des DRASS (GRSP), Préfets (CAR) et des Elus (CUCS)

*Novembre 2006*

**Contact DIV :** Catherine RICHARD, chargée de mission,  
[catherine.richard@ville.gouv.fr](mailto:catherine.richard@ville.gouv.fr)

TEL : 01 49 17 46 57 ;

Fax : 01 49 17 46 94.

## > Fiche type de présentation ASV

### I > Identité

**Echelle du (des) territoire (s) d'intervention  
(commune, communauté de communes, agglomération)**

**Nom de la commune ou des communes impliquées dans la démarche :**

**Nombre et noms des ZUS et quartiers prioritaires concernées par les projets locaux de santé publique :**

**Nombre de population concernée :**

**Date de création de l'Atelier Santé Ville :**

**Equipe responsable référent de l'ASV :** Elu (es) référent(s) chargé(es) de (mettre le thème): ... Nom, prénom : ... Tel : ... Courriel : ... Adresse postale : ...

**Service municipal ou autre structure porteuse, nommez :**

Nom, prénom : ... Titre : ... Tel : ... Courriel : ... Adresse postale : ...

**Coordinateur ASV :**

Nom, prénom : ... Titre : ... Tel : ... Courriel : ... Adresse postale : ...

**et Chef de projet politique de la ville:**

Nom, prénom : ... Titre : ... Tel : ... Courriel : ... Adresse postale : ...

### II > Cadre opérationnel de l'Atelier Santé Ville

**II.1 Membres du comité de pilotage départemental : OUI NON**

Animé par qui ? : ... Fréquence des réunions de travail :

**Membres du comité de pilotage local : OUI NON**

Animé par qui ? : ... Fréquence des réunions de travail : ...

**Date du ou des diagnostics réalisés : ... - année : ...**

- à quelle échelle territoriale territoriale ? : ...

**II.2 Nombre de projets locaux de santé publique suivis par l'ASV (PLSP) :**

- et budget global alloué /an :

**II.3 Coût annuel de l'ASV :** - Contribution des partenaires financeurs de l'ASV ( en % ) : .... - Contribution des partenaires financeurs des programmes locaux de santé publique de l'ASV (en %) :

**II.4 . Programmation de la démarche ASV :** Année : 2006-2007

(indiquez en une page les phases de programmation, éléments de méthode, etc...)

### III > Présentation synthétique d'un projet local de santé publique (PLSP) suivi directement par l'ASV

**Motivation du programme (contextuel, déterminants, indicateurs santé/social) :**

**Nature des besoins identifiés :**

**Nature du programme :** (ex promotion de la santé, prévention et /ou accès aux soins et/ou offre de soins...)

**Thème du programme :**

**Objectifs principaux :**

**Public visé :**

**Méthodologie mise en oeuvre:**

**Acteurs associés à ce programme :** professionnels /institutions/associations/ comité de pilotage

**Effets attendus et/ou obtenus du PLSP :**

**Éléments d'évaluation et de suivi :**

**Observations et commentaires :**

#### **IV > Informations complémentaires**

**Programmation de l'activité de l'ASV sur l'année :** OUI – NON

**Articulation avec l'Équipe de Réussite Educative :** OUI - NON - Pas de ERE  
- thème du (des) programme (s) :

**Bilan d'activités annuel :** OUI - NON

**Utilisation d'un tableau de bord :** OUI – NON

**Bibliographie :** OUI - NON - référence :

**Partenariat avec une Université :** OUI – NON - Coordonnées :  
- sur quel(s) programme(s) : - nature de leur travail :

**Recours à des formations existantes (DU, LMD , formation professionnelle,...) :**  
- concernant vos champs d'actions, lesquels ? - intitulé de la formation :  
- pour quels acteurs ? : - coordonnées de la structure :

**Recours à des experts /consultants :** OUI - NON - Appel d'offre : OUI – NON – AUTRE - Coordonnées du prestataire choisi : - Nature de la prestation : - Durée de la prestation : - Echelle de satisfaction de la prestation : A (très satisfaisant) – B (satisfaisant) – C (moyennement satisfaisant) – D (insatisfaisant)

**Productions liées à l'activité de l'ASV :** OUI - NON - citez les documents :  
- sont ils disponibles et sous quelle forme ?

**Utilisation du Centre de Ressources Politique de la Ville :** OUI - NON, AUTRE  
- Pour quel objet ?

**Communication de la démarche ASV par votre commune :** OUI - NON , AUTRE  
- sous quelle forme : précisez, ..... - adresse site Internet de votre ville :

*Fait par : ... Votre adresse mail pour tout contact : ...  
A renvoyer par mail à : [catherine.richard@ville.gouv.fr](mailto:catherine.richard@ville.gouv.fr) , merci.*

## LISTE DES PUBLICATIONS

### Production de la DIV

- > « *Amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville* », Rapport du groupe de travail présidé par le Dr Jacques Lebas, mars 2002.
- > DVD « *Politiques de santé, Territoires et santé publique au niveau local* » réalisé à partir des interventions de la journée nationale initiée par le Centre de ressources et la DDASS de Seine Saint Denis du 4 décembre 2003.
- > Etudes et Recherches « *Territoires, santé publique et politiques de santé au niveau local* » mars 2004. Préface du Directeur général de la santé et de la Déléguée interministérielle à la Ville.
- > Actes du séminaire DIV « *Les élus et les programmes territoriaux de santé* » 27 janvier 2005 ; août 2005.
- > Etudes et Recherches « *Les Elus face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique* » novembre 2005.
- > Etudes sur 27 contrats de ville des ASV, réalisée par Fernando Bertolotto avec la DIV, de novembre 2003 en mars 2004. (site politique de la ville)
- > Rapports de l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles 2004, 2005, 2006 ; disponibles sur le site de la politique de la ville, I-Ville.

### Co-Edition DIV/ERES

- > « *Santé Mentale, Ville et Violence* », sous la direction de Michel Joubert, 2003.
- > « *Toxicomanies et Ville* », sous la direction de Michel Joubert et Pilar Giraux, juin 2005.

Ces deux publications sont issues d'une série de deux séminaires DIV/RESSCOM

### DIV/INSERM

- > « *Santé et recours aux soins des populations vulnérables* », sous la direction de Pierre Chauvin, Isabelle Parizot, chapitre I, santé, inégalités et ruptures sociales, étude faite dans sept zones urbaines sensibles, mars 2005.

## Centre de Ressources Politique de la Ville Profession Banlieue

15, rue Catulienne-93200 Saint Denis.  
E mail : [profession.banlieue@wanadoo.fr](mailto:profession.banlieue@wanadoo.fr)  
[www.professionbanlieue.org](http://www.professionbanlieue.org)

Publications à partir de groupes de travail acteurs politique de la ville, chercheurs, services de l'état sur la démarche Atelier Santé Ville :

- > « *Expérimentation en Seine Saint Denis* », mars 2003.
- > « *Politique de la Ville, Territoire et santé* », réflexions autour des ateliers santé ville et leurs enjeux en Seine St Denis, juillet 2004.
- > « *L'atelier santé ville, une démarche territoriale de santé publique* », mai 2005.
- > Contribution de Profession Banlieue aux Assises de la ville à propos des Ateliers Santé Ville, avril 2005.

Centre de Ressources et D'échanges pour le développement social et urbain – Rhône-Alpes ; Les cahiers du DSU n°43, Santé et précarité sociale, vers une politique publique locale ?

### Documents à consulter sur le site :

[www.ville.gouv.fr](http://www.ville.gouv.fr) et [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)



Les « ateliers santé ville », développés à partir de l'année 2000 dans le cadre des volets santé de la politique de la ville et de la loi de lutte contre les exclusions, ont pour objet de fournir le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets locaux de santé publique. Leur méthode d'élaboration les place en interface entre les élus des villes et la politique de santé de l'Etat ; elle permet en particulier d'associer des groupes d'habitants au diagnostic local et d'adapter ainsi les projets de santé publique au plus près des besoins locaux.

**Délégation Interministérielle à la Ville**

194, avenue du Président Wilson  
93217 Saint-Denis La Plaine Cedex  
Tél. : 01 49 17 46 46

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



ISBN 2-11-094875-2  
ISSN 1629-0321

Prix : 12 euros