



BUREAU DU 26/09/2007

Avis du Conseil national des villes sur les Ateliers Santé-Ville (ASV)

Conseil National des Villes — Pôle « santé, santé mentale, addictions »

Co-présidents

- François PUPPONI, maire de Sarcelles, conseiller régional d'Ile-de-France,
 - Jean-Luc ROELANDT, médecin

Membre du groupe de travail ASV

- Luc GINOT, médecin

Coordinatrice première période

- Clotilde TASCON MENNETRIER, Institut des Villes

Rapporteur pour le Secrétariat général du CNV

- Pierre BERTON



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

www.ville.gouv.fr/infos/cnv/

Rappel des objectifs du groupe de travail

Le groupe de travail, sur saisine en date du 7 juin 2006 de Madame Catherine Vautrin, alors ministre déléguée à la Cohésion sociale et à la Parité, s'est attaché à faire le point des connaissances et des pratiques, et à parfaire son jugement sur **les atouts et les freins éventuels de cet outil qu'est l'Atelier Santé-Ville**, qui connaît aujourd'hui un mouvement de généralisation à l'ensemble des territoires prioritaires de mise en œuvre des Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS).

Les quartiers prioritaires de la politique de la ville sont principalement visés, puisque les études menées dans les zones urbaines sensibles (ZUS) montrent que les difficultés d'accès aux soins y persistent et que l'état de santé s'y dégrade davantage que sur le reste du territoire.

Deux thématiques d'approfondissement ont été choisies par le groupe et particulièrement étudiées au travers d'auditions :

- **l'accès aux soins** : il s'agit de savoir si la mise en œuvre du dispositif ASV a amélioré l'accès de tous au système de santé (offre de soins de proximité et de qualité, à la fois curative et préventive) ;
- **la santé mentale** : il s'agit ici de se demander si la mise en œuvre des ASV a permis une amélioration de la gestion des troubles de la vie sociale, et une meilleure prise en compte de la souffrance psychosociale des personnes.

Les travaux

Trois rencontres prévues par le groupe lors de sa mise en place ont eu lieu :

- **l'audition de quatre acteurs** impliqués dans la mise en œuvre de l'ASV **avec des postures diverses** : des représentants d'institutions centrales et déconcentrées (Délégation interministérielle à la ville, Direction générale de la santé), d'une collectivité locale (agent de développement santé à Villeurbanne) et un enseignant-chercheur spécialiste de ces questions, le 28 mars à l'Assemblée nationale ;
- l'audition d'acteurs concernés par **l'ASV d'Aubervilliers**, sur la thématique de la santé mentale, le 4 avril 2007 ;
- **une visite sur le site de Marseille** où deux ASV sont en place, avec audition de l'ensemble des acteurs concernés (cf. compte-rendu annexé) le 21 juin 2007.

Complémentairement aux auditions, et comme prévu également dans la note en date du 8 janvier 2007, au titre des propositions méthodologiques pour la conduite du travail et l'investigation sur les ASV, **un travail d'inventaire de l'ensemble des productions écrites concernant les Ateliers Santé-Ville** a été réalisé. Il a été remis le 30 avril 2007.

Sa première partie pose le cadre contextuel de la création du dispositif ASV, ses objectifs et enjeux, et donne les premiers éléments de son développement.

Une notice bibliographique classe et annonce l'ensemble des écrits dont le contenu essentiel a été dégagé ensuite sous forme de tableau.

Le travail se termine par le résumé des éléments recueillis sur les expériences locales d'ASV, suite à une enquête effectuée auprès des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS).

Les principaux constats

A l'issue de ce travail, plusieurs points semblent se dégager :

a) Les ASV bénéficient d'une **littérature scientifique abondante** et ont été accompagnés dès leur création d'un appareillage d'évaluation externe qualitative et parfois d'indicateurs de processus ou de résultats relativement détaillés. On dispose ainsi, depuis plusieurs années, de documents de référence, généralement très accessibles (cf. annexe).

b) Le déploiement des ASV sur le territoire (qu'il s'agisse du territoire national ou du territoire « politique de la ville ») est extrêmement **contrasté**, et ce même après l'application de la circulaire du 13 juin 2000, et des décisions du Comité interministériel des villes (CIV) de 2006. Ce déploiement est important en région parisienne (particulièrement en Seine-Saint-Denis, mais aussi dans les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne), en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en Rhône-Alpes. Il est moins net ailleurs, et apparaît faible dans certaines régions. Ces contrastes pourraient s'expliquer par **des dynamiques variables**.

Les ASV sont mis en œuvre en **fonction de l'engagement de collectivités territoriales** (celles-ci pouvant soit y trouver un complément à une politique de santé publique déjà en œuvre, soit au contraire l'occasion de l'initier), des Préfets et sous-Préfets et des DDASS. Ainsi, leur développement traduit les différences d'engagement de ces partenaires auxquels se sont parfois associés la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou le Conseil général. Dans tel département de région parisienne, les élus semblent par exemple ne pas même avoir été informés par le Préfet de l'existence de ce dispositif, alors que dans un département limitrophe, élus de toutes tendances, DDASS et Préfet convergent dans la mobilisation. Ces différences interrogent, au demeurant, sur l'égalité de traitement de la question par l'Etat sur l'ensemble du territoire.

Dans certaines régions déjà parti-prenantes d'actions dans le domaine de la santé (Bretagne, Nord-Pas-de-Calais), les ASV ont parfois été perçus comme redondants avec d'autres dispositifs de santé publique, territorialisés, voire contractuels.

c) Le contenu des ASV est lui-même d'une grande variabilité.

Cette variabilité est induite par la **souplesse** volontaire de la démarche et par sa **nature négociée**. Les ASV peuvent aller d'une posture de simple coordination à une démarche de maîtrise d'œuvre, de conduite d'actions, ou de « boîte à outils » méthodologique, en fonction des contextes locaux.

L'un des points essentiels des discussions, voire des divergences, est la légitimité ou non des ASV à conduire des actions « en direct » : certains les limiteraient à la coordination et au diagnostic.

L'autre point important est la question du **territoire d'application de l'ASV**, et de l'articulation entre action sur le/les quartier/s en politique de la ville et action municipale globale. Cette question est évidemment moins prégnante dans les **villes « de banlieue »**, mais assez nette dans les **grandes villes centres**.

L'ancrage progressif des ASV dans la politique « de droit commun » (cf. plus bas) portée par les actions des Groupements régionaux de santé publique (GRSP) devrait rapprocher les stratégies.

d) Cependant, plusieurs points communs se dégagent :

- l'attention portée au **diagnostic** préalable à la décision (ce qui ne signifie pas que la notion de diagnostic recouvre des concepts homogènes) ;
- l'attention portée à l'association des acteurs de terrain et notamment des associations, ainsi que l'attention portée à la participation des **habitants** ;
- l'attention portée à **l'échelle territoriale** paraissant la plus pertinente au regard de l'action (allant jusqu'à l'échelle du quartier) ;
- l'attention portée à **l'évaluation**, certains acteurs trouvant cependant que les outils proposés peuvent être lourds.

e) L'examen des quelques sites visités ou entendus montre que des résultats ont été obtenus, d'une **ampleur** probablement **sous-estimée**. Ces résultats portent, pour l'instant, majoritairement sur des processus d'implication des personnes, de création de réseaux, de partenariats, de collaborations institutionnelles. Mais des impacts directs sont également perceptibles, au moins en termes de services rendus à la population.

A titre d'exemples :

- à Aubervilliers (93), dans le cadre de l'ASV, des situations complexes associant problèmes de santé mentale, de violence, d'insertion, ont bénéficié d'une prise en charge partagée ;
- à Marseille (13), c'est également dans le cadre de l'ASV que la question de l'accès aux soins des plus démunis est l'objet de négociations et de programmations entre l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille et les associations caritatives ou de médecins libéraux, débouchant sur la création de dispositifs intra-hospitaliers.

L'ensemble des acteurs rencontrés (professionnels libéraux, hospitaliers, associations, habitants, administrations de l'Etat...), ainsi que les élus, soulignent, de façon quasi unanime, **l'apport spécifique et majeur de la démarche ASV**. Ceci est d'autant plus important que les principaux sites visités sont marqués par des politiques de santé publique et des politiques de la ville fortement développées et préexistantes aux ASV. Même dans ces contextes, **la « plus-value » de l'ASV** se dégage aussi nettement que dans les sites où ce dispositif **a déclenché une démarche de santé publique**. La DDASS de Marseille a de son côté souligné, en qualité d'autorité instructrice, **la qualité méthodologique** des projets portés par les ASV.

A cet égard, les mouvements de juillet et août derniers sont révélateurs du **consensus établi autour de la démarche** : quel que soit l'avis que l'on ait sur l'opportunité et la légitimité des inquiétudes qui se sont exprimées à propos d'une éventuelle suppression des ASV¹, la rapidité des réactions, en période estivale, et l'extrême diversité des personnes (professionnels, libéraux et de santé publique, et élus de toutes appartenances politiques) qui se sont exprimées signent un attachement à la démarche qui a surpris tout le monde, au moins par la vivacité de son expression.

Il faut toutefois noter que, si ces expériences et ces résultats bénéficient d'un consensus local, **la lisibilité et la mutualisation** au niveau national restent insuffisantes, en raison sans doute de la **jeunesse relative** de la démarche, de son **caractère resté longtemps expérimental**, mais aussi du fait que l'énergie des acteurs a été longtemps mobilisée autour de la question des financements et de leur pérennité, au détriment de la valorisation des actions. Cet état de fait est susceptible d'évoluer (cf. plus bas).

1- Semble-t-il évoquée lors d'une réunion interministérielle, puis abandonnée.
Avis du CNV sur les AVS

f) L'articulation avec le droit commun

Il s'agit d'un sujet particulièrement important : l'articulation politique de la ville/politique de droit commun pose non seulement la question, récurrente au sein du CNV, de la mobilisation des interventions publiques de droit commun sur les quartiers fragiles, mais surtout elle touche le cœur des inégalités sociales de santé. Il apparaît qu'après une phase d'observation et d'interrogations (au sein des structures « santé publique », sur la nature et la professionnalisation des démarches ASV, et au sein des collectivités locales, sur le risque d'immixtion), l'articulation interventions de droit commun/ASV soit devenue le principal atout de ce dispositif.

Deux des régions rencontrées² en témoignent :

- en **Provence-Alpes-Côte d'azur**, l'ensemble des acteurs confirme la convergence dans le Programme régional de Santé Publique des actions portées pas les ASV ;

- en **Ile-de-France**, où la Conférence régionale de santé a adopté un Plan Régional prioritairement centré sur la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé, le **programme régional de santé publique (PRSP)** tient compte de **l'apport spécifique des ASV comme mode de priorisation de l'intervention publique sur les territoires fragiles.**

L'ensemble des structures et acteurs départementaux et régionaux de santé (au moins au sein de l'Etat, parfois, notamment en Seine-Saint-Denis, au sein de l'Assurance Maladie, la position de l'ARH étant probablement moins nette) manifestent une **volonté concrète de s'emparer des ASV pour agir sur cette question des inégalités territoriales.** Des professionnels des ASV sont membres des différents groupes de travail ; le conseil d'administration du GRSP prend en compte les territoires de la politique de la ville...

Cet acquis est d'autant plus important qu'il intervient dans un cadre où :

- la régionalisation des politiques de santé, prévue par la loi de 2004, avait en son temps créé de vraies inquiétudes sur la possible absence de prise en compte des réalités territoriales et sociales et les risques de démobilité des acteurs des villes ;

- la mise en place de dispositifs nouveaux par la même loi, et d'un mode de gouvernance très centralisé, a créé des interrogations, des recherches de positionnement et de légitimité à tous les niveaux.

Parmi les **facteurs favorisants** de cette situation, on citera notamment **le niveau méthodologique fort affiché par les ASV** : la santé publique est un domaine où l'expertise et la rigueur méthodologique sont considérés comme indispensables. Les ASV ont, ici ou là, été porteurs de discussions techniques importantes, mobilisant des outils en sciences humaines, en épidémiologie ou géographie de la santé : ils ont, par là-même, acquis une autre forme de légitimité.

Il est d'ailleurs significatif que, au décours des interrogations de ces dernières semaines, la Société Française de Santé Publique³ ait décidé de créer en son sein un outil de développement méthodologique des ASV.

En résumé, la politique de la Ville, après avoir promu un volet santé dans les contrats de ville, puis en créant les ASV, est reconnue comme **un outil pertinent de réduction des inégalités de santé.**

Il serait cependant illusoire de penser que cette posture soit uniforme au niveau national. Si le Directeur général de la santé, en plusieurs occasions, a manifesté son intérêt pour le sujet, si certaines régions, on l'a vu, s'en sont emparé, on peut penser que des blocages persistent ailleurs, et qu'une impulsion plus ferme de la Direction générale de la santé serait bienvenue.

2- cf. en annexe la présentation et le rôle des structures de santé publique créées par la loi de 2004 : GRSP, PRSP, CRS.

3- Société savante qui rassemble les intervenants en santé publique, épidémiologie..., et publie la revue « Santé Publique ».

Les propositions

Pré-requis

Pré-requis 1 – Importance de la santé dans la politique de la Ville

Le CNV rappelle en préalable que la santé est aujourd'hui un élément majeur de la politique de la ville, pour trois raisons :

- a) les habitants des quartiers fragiles ont un état de santé reconnu comme plus mauvais que les autres, certains disant même que cet état de santé est plus mauvais « toutes choses égales par ailleurs » ;
- b) cette dégradation de l'état de santé semble elle-même un frein, particulièrement pour les jeunes, à leur insertion sociale et professionnelle ;
- c) les difficultés du système de soins français (accès aux médecins libéraux, permanence des soins, effets seuils CMU/ Couverture médicale universelle...) sont fortement aggravés dans les quartiers de la politique de la Ville.

Pré-requis 2 – Les ASV comme outil unificateur

Si l'on considère que la santé doit être, comme l'a affirmé le CIV, le « 5^e pilier » de la politique de la ville, il est indispensable qu'un outil pérenne, validé et reconnu soit disponible. Les éléments vus plus haut montrent que les ASV se sont affirmés comme cet outil.

Propositions

Les objectifs généraux nous semblent être de trois ordres :

- a) assurer la pérennisation, l'extension et, par conséquent, une programmation pluri-annuelle des moyens de financement de la démarche ASV ;
- b) continuer à jouer l'articulation entre politique de la ville et droit commun ;
- c) améliorer la lisibilité régionale et nationale des résultats, et approfondir le travail méthodologique engagé à l'occasion des ASV.

Pour cela, le CNV propose de retenir les grands principes suivants.

—> Rendre obligatoire un Atelier Santé-Ville dans chaque CUCS

Sauf exception dûment justifiée, aucun CUCS ne devrait être signé sans un volet santé : les ASV ont vocation à être l'ossature de ce volet.

—> Pas de Plan régional de santé publique sans référence aux Ateliers Santé-Ville pour l'élaboration du plan local de santé publique.

Les PRSP doivent lutter contre les inégalités sociales de santé, de façon concrète et non incantatoire. Pour cela, les ASV sont un outil prioritaire, notamment en ce qu'ils permettent un abord territorialement priorisé. Aucun PRSP ne devrait être adopté sans que les ASV n'y soient pris en compte. Cette prise en compte ne devrait en aucun cas être limitée au volet « précarité/exclusion » (ex Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins) des PRSP, mais devrait être transversale aux différents axes : en particulier, mais pas exclusivement, aux axes cancer, santé mentale, et santé environnementale (programme régional santé environnement).

—> **Pas d'Atelier Santé-Ville sans politique concernant toute la population de la ville**

La ville dans son ensemble pourrait bénéficier des avancées des Ateliers Santé-Ville de son territoire. La précarité et le nonaccès aux soins ne sont pas l'apanage des quartiers de la politique de la ville.

L'Atelier Santé-Ville doit être le ferment d'une politique de santé publique pour toute la ville.

Les représentants concernés des professionnels et des habitants des autres quartiers doivent être invités aux réunions de la plate-forme Atelier Santé-Ville pour l'extension des programmes utiles de santé publique au reste de la ville, de l'intercommunalité. Le rôle des élus locaux dans cet « effet levier » est décisif.

—> **Pas de dispositif sans pérennisation**

Faire des Ateliers Santé-Ville le point d'implication locale des plans de santé publique nationaux signifie pérennisation des personnels dans le cadre des contrats pluriannuels. Une politique de santé publique ne peut se faire avec des à coups. Elle nécessite continuité et sécurité.

—> **Intégrer les politiques de prévention en santé mentale dans les Ateliers Santé-Ville**

Les politiques de santé mentale et de psychiatrie tentent de s'enraciner depuis 1960 dans le territoire du secteur. La prévention des troubles psychiques est l'affaire de tous, habitants, usagers, familles, élus, professionnels sanitaires et sociaux, autres privés en psychiatrie et les équipes de psychiatrie publique adulte et enfant qui sont le pilier de la politique de santé dans le domaine.

Les Ateliers Santé-Ville sont le lieu de convergence des professionnels, usagers concernés.

Les enquêtes en santé mentale montrent que les usagers vont voir préférentiellement en premier en cas de problème leur médecin traitant et en parlent à leur entourage et à leur famille.

De plus, les maladies psychiques au long cours nécessitent un travail adapté, un suivi en logement thérapeutique, un accès à la culture, dont l'offre est essentiellement insérée dans les villes. En conséquence, la plate-forme de concertation la plus adéquate pour ces actions est l'Atelier Santé-Ville qui peut devenir le conseil de santé mentale de la ville, voire du secteur.

Il possède la dynamique nécessaire pour cette ambition. Il peut permettre l'application locale municipale, au niveau des quartiers et des territoires du plan national santé mentale par ses actions de réhabilitation, de réinsertion et de prévention.

—> **Demander l'avis des ASV concernant l'offre de soins** pour améliorer la prise en compte des besoins locaux dans l'élaboration des politiques **d'implantation et de restructuration hospitalière**, comme de façon plus générale dans le champ de **l'accès aux soins libéraux** et de leur implantation dans la cité. Les ASV pourraient être l'occasion de mieux faire entendre la voix des élus locaux (notamment lorsque ceux-ci ne sont pas présidents de conseils d'administrations hospitaliers) et des populations concernées dans l'élaboration des principaux choix. Cela passe par le rapprochement des ASV, et plus généralement de la politique de la ville, avec les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et éventuellement les futures agences de santé, et ce malgré des cultures et des rapports à la participation indubitablement contradictoires.

—> **Inciter Conseil général et Conseil régional** à apporter leur participation aux Ateliers Santé-Ville, pour une meilleure implication dans les politiques locales de santé publique.

- > **Créer les moyens d'une mutualisation des acquis et des méthodes**, par :
- la mise en place de colloques scientifiques et méthodologiques de présentation des résultats,
 - l'amélioration des systèmes (bases internet...) de présentation d'expériences,
 - l'amélioration des rapports avec le monde de la recherche en santé publique,
 - la relance d'une politique de formation de professionnels de haut niveau en santé publique, dotés de compétences polyvalentes (incluant à la fois des compétences en sciences sociales et politiques, des compétences en santé publique, et des compétences en sciences quantitatives : épidémiologie, statistiques, géographie...) pour permettre le pilotage technique des Ateliers Santé-Ville.

Annexes

- Annexe 1 Rapport d'étape,
- Annexe 2 Comptes rendus des auditions d'Aubervilliers et de Marseille,
- Annexe 3 Etude de l'Association S2D.