
Conseil – Etudes - Evaluations – Formations

Fernando BERTOLOTTO

en collaboration avec

Michel JOUBERT - Marie-Ange VINCENT - Chantal MANNONI 9 Mas de Pérols - 34470 -
PEROLS

Tél. : 0603078089 - E-Mail : fernando.bertolotto@orange.fr

N° SIRET : 349 386 870 000 35 – Code APE : 8559A

**ANALYSE CRITIQUE
DU VOLET SANTE
DES CONTRATS URBAINS DE COHESION SOCIALE**

**Mission pour le compte du
Ministère du Logement et de la Ville
Délégation Interministérielle à la Ville**

**ANNEXES
AU
RAPPORT FINAL**

Septembre 2009

SOMMAIRE

ANNEXE A : FICHE DE SYNTHÈSE DU RAPPORT FINAL	7
I) LA THÉMATIQUE SANTÉ DANS LES CUCS – PLACE, SIGNATAIRES, ACTEURS, PROJETS	8
1) Enjeux et problématisation de l'analyse critique du volet santé des CUCS.....	8
2) Le volet santé des CUCS : le « cinquième élément » de la politique de la ville	9
II) LES OUTILS DU VOLET SANTÉ DES CUCS	12
Les diagnostics	12
Le pilotage du volet santé – stratégie de légitimation et évaluation	12
Fonctions et place de l'évaluation	13
III) LE DEGRÉ D'INTÉGRATION DU VOLET SANTÉ À LA STRATÉGIE GÉNÉRALE DE LA COHESION SOCIALE ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET URBAIN.....	13
La coordination : condition de développement d'une politique de santé publique.....	13
Articulations du Volet Santé avec les autres volets du CUCS.....	14
Logiques de financement	14
IV) PROJETS LOCAUX DE SANTÉ PUBLIQUE ET PROGRAMMES RÉGIONAUX : UNE DYNAMIQUE PROPRE AUX CUCS DISPOSANT D'ATELIERS SANTÉ VILLE.....	15
Publics et thématiques de santé entrant dans les programmations.....	15
Les plans locaux de santé publique	15
V) LA DÉMARCHÉ ASV : UN CADRE DE RÉFÉRENCE STRUCTURANT RECONNU	16
L'ASV : un vecteur et support de structuration du volet santé des CUCS, sensible à la cohérence politique du projet	16
Une approche concertée des processus de vulnérabilisation.....	16
Un cadre privilégié pour la participation de la population	17
L'intercommunalité	17
VI) CONTRIBUTION À LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ.....	17
10 préconisations en vue de consolider et développer le volet santé de la politique de la ville ...	19
LES 60 CUCS SÉLECTIONNÉS POUR L'ÉTUDE APPROFONDIE.....	20
ANNEXE B : MONOGRAPHIES DES 10 SITES VISITÉS.....	21
LE VOLET SANTÉ DU CUCS DE L'AGGLOMÉRATION DU GRAND ALES	22
Introduction.....	24
1) Situation générale des Villes concernées.....	29
2) Diagnostics de référence.....	39
3) Équipe et articulations du volet santé.....	43
4) Le positionnement politique de la santé.....	48
5) La programmation locale en santé publique	53
6) Mobilisation et partenariat	59
7) Participation de la population	62
8) Position institutionnelle et éléments de méthode	65
9) Conclusions et perspectives	72
Annexe 1 : Liste des documents consultés.....	74
Annexe 2 : Autres personnes interviewées	78

<i>Annexe 3 : Personnes qui se sont rendues disponibles pour un entretien téléphonique qui n'ont pas pu être interviewées</i>	78
<i>Annexe 4 : Fiche type de la DIV pour la présentation de l'ASV Actualisée (2006/2007/2008)</i>	80
LE VOLET SANTE DU CUCS DE LA VILLE D'ARGENTAN.....	99
1) Principaux éléments de contexte.....	102
2) Positionnement du volet santé dans le CUCS.....	105
3) Diagnostic(s) de référence : une démarche de diagnostic doublée par la mise en place d'une veille	106
4) Positionnement politique de la santé sur le territoire.....	107
5) Synergies territoriales.....	110
6) Programmes et actions « santé » engagés dans le cadre de l'ASV.....	110
7) Mobilisations engagées (partenariats)	113
8) Participation des habitants	114
9) Eléments de méthode.....	114
10) Conclusions et perspectives	116
<i>Annexe 1 : Liste des personnes contact</i>	118
<i>Annexe 2 : Les indicateurs de l'axe « santé » tels que définis par le CUCS</i>	119
LE VOLET SANTE DU CUCS DE LA VILLE DE BLOIS.....	120
Introduction.....	123
1) Bref historique de la démarche ASV et de la place de la santé sur le territoire.....	135
2) Diagnostics de référence et données sanitaires et sociales jugées pertinentes pour le territoire considéré	137
3) Positionnement politique, modalités d'organisation du volet santé du CUCS.....	143
4) Le positionnement politique de la santé, interfaces du volet santé et des autres volets du CUCS d'un point de vue organisationnel.....	147
5) Les synergies territoriales instituées.....	153
6) Les actions de santé dans le CUCS, actions engagées dans le cadre de l'ASV, interfaces et opportunités.....	155
7) La mobilisation engagée sur le plan du partenariat.....	161
8) Les habitants partenaires : des atouts, des défis à relever	163
9) Les éléments de méthode, la qualification des acteurs	166
10) Conclusion et perspectives.....	172
<i>Annexe 1 : Tableau récapitulatif des instances de l'ASV de Blois en 2008</i>	175
LE VOLET SANTE DU CUCS DE LA VILLE DE BOURGES.....	181
Introduction.....	184
1) Bref historique de la démarche ASV et de la place de la santé sur le territoire.....	199
2) Diagnostics de référence et données sanitaires et sociales jugées pertinentes pour le territoire considéré	200
3) Positionnement politique, modalités d'organisation du volet santé du CUCS.....	217
4) Le positionnement politique de la santé, interfaces du volet santé et des autres volets du CUCS d'un point de vue organisationnel.....	225
5) Les synergies territoriales instituées.....	230
6) Les actions de santé dans le CUCS, actions engagées dans le cadre de l'ASV, interfaces et opportunités.....	232
7) La mobilisation engagée sur le plan du partenariat.....	239
8) Les habitants partenaires : des atouts, des défis à relever	244
9) Les éléments de méthode, la qualification des acteurs	246
10) Conclusion et perspectives.....	252

<i>Annexe 1 : Détail des partenaires dans les différentes instances de l'ASV Bourges - Février 2009</i>	254
<i>Annexe 2 : Exemples de fiches thématiques – PLSP - CUCS-ASV de Bourges</i>	262
LE VOLET SANTE DU CUCS DE LA VILLE DE BREST	272
<i>Introduction</i>	275
<i>1) Bref historique de la démarche ASV et de la place de la santé sur le territoire</i>	297
<i>2) Diagnostics de référence et données sanitaires et sociales jugées pertinentes pour le territoire considéré</i>	302
<i>3) Positionnement politique, modalités d'organisation du volet santé du CUCS</i>	308
<i>4) Le positionnement politique de la santé, interfaces du volet santé et des autres volets du CUCS d'un point de vue organisationnel</i>	318
<i>5) Les synergies territoriales instituées</i>	322
<i>6) Les actions de santé dans le CUCS, actions engagées dans le cadre de l'ASV, interfaces et opportunités</i>	324
<i>7) La mobilisation engagée sur le plan du partenariat</i>	336
<i>8) Les habitants partenaires : des atouts, des défis à relever</i>	340
<i>9) Les éléments de méthode, la qualification des acteurs</i>	342
<i>10) Conclusion et perspectives</i>	353
<i>Annexe 1 : Détail des partenaires dans les différentes instances de l'ASV – Brest Mars 2009</i>	356
LE VOLET SANTE DU CUCS DE LA VILLE DE CHANTELOUP LES VIGNES	360
<i>1) Principaux éléments de contexte</i>	361
<i>2) Positionnement du volet santé</i>	368
<i>3) Diagnostics de référence</i>	368
<i>4) Positionnement politique de la santé sur le territoire</i>	371
<i>5) Synergies territoriales</i>	372
<i>6) Programmes et actions « santé » engagés</i>	373
<i>7) Mobilisations engagées (partenariats)</i>	374
<i>8) Participation des habitants</i>	374
<i>9) Eléments de méthode</i>	375
<i>10) Conclusions et perspectives</i>	378
<i>Annexe 1 : liste des personnes contact</i>	380
<i>Annexe 2 : préconisations issues du diagnostic de référence</i>	382
LE VOLET SANTE DU CUCS DE LA VILLE D'EPINAY SUR SEINE	384
<i>Introduction</i>	386
<i>1) Situation générale de la Ville</i>	386
<i>2) Diagnostics de référence</i>	389
<i>3) Equipe et articulation du volet santé</i>	394
<i>4) Le positionnement politique de la santé</i>	394
<i>5) Les synergies territoriales</i>	396
<i>6) Démarche ASV : les programmes thématiques de santé publique</i>	396
<i>7) Mobilisation et partenariat</i>	402
<i>8) Participation de la population</i>	403
<i>9) Position institutionnelle et éléments de méthode</i>	403
<i>10) Conclusions et perspectives</i>	406
LE VOLET SANTE DU CUCS DE LA VILLE DE GRASSE	408
<i>Introduction</i>	411
<i>1) Bref historique de la démarche ASV et de la place de la santé sur le territoire</i>	428

2) <i>Diagnostics de référence et données sanitaires et sociales jugées pertinentes pour le territoire considéré</i>	430
3) <i>Positionnement politique, modalités d'organisation du volet santé du CUCS</i>	434
4) <i>Le positionnement politique de la santé, interfaces du volet santé et des autres volets du CUCS d'un point de vue organisationnel</i>	438
5) <i>Les synergies territoriales instituées</i>	442
6) <i>Les actions de santé dans le CUCS, actions engagées dans le cadre de l'ASV, interfaces et opportunités</i>	443
7) <i>La mobilisation engagée sur le plan du partenariat</i>	451
8) <i>Les habitants partenaires : des atouts, des défis à relever</i>	457
9) <i>Les éléments de méthode, la qualification des acteurs</i>	458
10) <i>Conclusion et perspectives</i>	463
<i>Annexe 1 : INSTANCES- DETAIL DES PARTENAIRES- ASV DE GRASSE 11/03/09</i>	466
LE VOLET SANTE DU CUCS LILLE / LOMME	469
1) <i>Principaux éléments de contexte</i>	472
2) <i>Positionnement du volet santé dans le CUCS</i>	477
3) <i>Diagnostics de référence de l'ASV de Lomme</i>	478
4) <i>Positionnement politique de la santé sur le territoire</i>	479
5) <i>Synergies territoriales</i>	480
6) <i>Programmes et actions « santé » engagés</i>	481
7) <i>Mobilisations engagées (partenariats)</i>	483
8) <i>Participation des habitants</i>	483
9) <i>Eléments de méthode</i>	484
10) <i>Conclusions et perspectives</i>	486
<i>Annexe 1 : liste des personnes contact</i>	488
LE VOLET SANTE DU CUCS DE LA COMMUNAUTE URBAINE DU GRAND NANCY	491
1) <i>Principaux éléments de contexte</i>	493
2) <i>Positionnement du volet santé</i>	501
3) <i>Diagnostics de référence</i>	501
4) <i>Positionnement politique de la santé sur le territoire</i>	504
5) <i>Synergies territoriales</i>	506
6) <i>Programmes et actions « santé » engagés</i>	506
7) <i>Mobilisations engagées (partenariats)</i>	508
8) <i>Participation des habitants</i>	509
9) <i>Eléments de méthode</i>	510
10) <i>Conclusions et perspectives</i>	512
<i>Annexe 1 : liste des personnes contact</i>	515
<i>Annexe 2 : composition des Comité de pilotage CUCS et santé</i>	517
ANNEXE C : ECHANTILLONS DE CUCS SELECTIONNES POUR LES ETUDES APPROFONDIES	519
ANNEXE D : PROCEDURE D'ENGAGEMENT DES ETUDES	521
ETUDES SUR SITE (10 CUCS)	521
ETUDES DOCUMENTAIRES APPROFONDIES (50 CUCS)	523
ANNEXE E : GRILLE D'ENTRETIEN ET D'ANALYSE DOCUMENTAIRE	524
ANNEXE F : CALENDRIER DES TRAVAUX	534

Annexe A :Fiche de synthèse du rapport final

ANALYSE CRITIQUE DU VOLET SANTE DES CONTRATS URBAINS DE COHESION SOCIALE

SYNTHESE du RAPPORT FINAL

Mai 2009

Sommaire

I) LA THEMATIQUE SANTE DANS LES CUCS – PLACE, SIGNATAIRES, ACTEURS, PROJETS.....	8
1) Enjeux et problématisation de l'analyse critique du volet santé des CUCS.....	8
2) Le volet santé des CUCS : le « cinquième élément » de la politique de la ville.....	9
II) LES OUTILS DU VOLET SANTE DES CUCS.....	12
Les diagnostics.....	12
Le pilotage du volet santé – stratégie de légitimation et évaluation.....	12
Fonctions et place de l'évaluation.....	13
III) LE DEGRE D'INTEGRATION DU VOLET SANTE A LA STRATEGIE GENERALE DE LA COHESION SOCIALE ET DU DEVELOPPEMENT SOCIAL ET URBAIN.....	13
La coordination : condition de développement d'une politique de santé publique.....	13
Articulations du Volet Santé avec les autres volets du CUCS.....	14
Logiques de financement.....	14
IV) PROJETS LOCAUX DE SANTE PUBLIQUE ET PROGRAMMES REGIONAUX : UNE DYNAMIQUE PROPRE AUX CUCS DISPOSANT D'ATELIERS SANTE VILLE.....	15
Publics et thématiques de santé entrant dans les programmations.....	15
Les plans locaux de santé publique.....	15
V) LA DEMARCHE ASV : UN CADRE DE REFERENCE STRUCTURANT RECONNU.....	16
L'ASV : un vecteur et support de structuration du volet santé des CUCS, sensible à la cohérence politique du projet.....	16
Une approche concertée des processus de vulnérabilisation.....	16
Un cadre privilégié pour la participation de la population.....	17
L'intercommunalité.....	17
VI) CONTRIBUTION A LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE.....	17
10 préconisations en vue de consolider et développer le volet santé de la politique de la ville ...	19
LES 60 CUCS SELECTIONNES POUR L'ETUDE APPROFONDIE.....	20
ANNEXE 2 : MONOGRAPHIES DES 10 SITES VISITES.....	21
ANNEXE 3 :ECHANTILLONS DE CUCS SELECTIONNES POUR LES ETUDES APPROFONDIES.....	519
ANNEXE 4 : PROCEDURE D'ENGAGEMENT DES ETUDES.....	521

ETUDES SUR SITE (10 CUCS).....	521
ETUDES DOCUMENTAIRES APPROFONDIES (50 CUCS).....	523
ANNEXE 5 : GRILLE D'ENTRETIEN ET D'ANALYSE DOCUMENTAIRE	524
ANNEXE 6 : CALENDRIER DES TRAVAUX.....	534
ANNEXE 7 : EXEMPLES DE FICHES THEMATIQUES – PLSP - CUCS-ASV DE BOURGES.....	262

Rappel de la commande

Analyser le contenu des volets santé intégrés dans les CUCS et leur « insertion dans les projets de développement social et urbain local. » L'analyse critique devait (article 2 – objet du marché) :

- caractériser l'interprétation de cette thématique par les signataires et les acteurs associés au CUCS, à travers le type de projets mis en œuvre et le point de vue des différents acteurs associés ou pas associés
- évaluer l'impact du volet santé relevant de la cohésion sociale sur la stratégie présentée par la démarche Atelier Santé Ville d'une part et sur les déterminants de la santé d'autres part.
- mettre en exergue les projets santé des CUCS issus des politiques régionales de santé déclinés territorialement avec et sans ASV et les lier aux caractéristiques des populations des territoires.
- expliciter les résultats attendus par les signataires et les acteurs associés et les moyens mis en œuvre pour y parvenir.

L'analyse devait comprendre plusieurs niveaux d'interrogation (Cahier des Clauses particulières) :

- le degré d'intégration du volet santé à la stratégie générale de la cohésion sociale et du développement social et urbain
- le contenu du volet santé et son adaptation aux problématiques locales;
- les partenaires du pilotage du volet santé et la présentation d'une évaluation ;
- les éléments propres aux contrats ou à leur déclinaison en plan local de santé publique;
- les partenaires financeurs et leur part en % des crédits.

1) La thématique santé dans les CUCS – Place, signataires, acteurs, projets

1) Enjeux et problématisation de l'analyse critique du volet santé des CUCS

L'analyse critique du volet santé des CUCS supposait d'éviter une lecture centrée sur la seule « mécanique » ou la « la conformité » des expériences à un modèle supposé de référence quant à la place de la santé dans la politique de la ville. Aujourd'hui, la réflexion critique sur le volet santé des CUCS passe d'abord par une prise en compte des conditions historiques ayant présidé à l'introduction de cette thématique dans la politique de la ville. Si l'intégration pleine et formelle de la dimension « santé » en tant qu'axe thématique prioritaire de la politique de la ville est récente (CIV du 9 mars 2006), il a fallu un long processus de conquête de légitimité, initié dès le lancement de cette politique sur la scène locale, avec une somme importante d'expériences cumulées. Le développement des ASV et les perspectives de mise en place des Contrats Locaux de Santé, gagnent à être replacés dans ce cadre. La vision de l'absence d'enjeux politiques autour des questions de santé, qui a longtemps prévalu au niveau local, a beaucoup évolué. L'évolution des besoins (attention à la santé, compréhension des effets de la précarisation au niveau local, impact des épidémies), de la demande et de l'offre de services de santé (démographie médicale, demande de services de proximité, gestion des coûts) ont contribué à replacer avec force la santé dans le débat politique local. Les cadres de diagnostic et de concertation mis en place par la politique de la ville ont modifié la géopolitique des stratégies de santé en repositionnant la scène locale dans une position clé sur le plan de l'élaboration des nouvelles politiques publiques. S'il en ressort une légitimité en voie de construction pour la démarche incarnée actuellement par les Ateliers Santé Ville, celle-ci repose essentiellement sur sa capacité à questionner et à renouveler les paradigmes de l'action publique au travers d'une démarche de promotion de la santé au cœur de la communauté des habitants des quartiers subissant d'importantes inégalités. Mais des résistances fortes continuent à s'exprimer

dans ce champ, liées à la tentation d'instrumentalisation de cet espace pour exercer un plus grand contrôle social sur les publics « en difficultés » ou « à risques » (encadrement, stigmatisation), liées aussi au retour cyclique des orientations hygiénistes. L'analyse critique est d'autant plus intéressante et difficile que ce contexte est chargé d'enjeux de définition stratégique.

2) Le volet santé des CUCS : le « cinquième élément » de la politique de la ville

L'analyse engagée a procédé par étapes : en premier lieu une reconstitution des bases de données nécessaires à la construction d'un choix raisonné des terrains sur lesquels nous pourrions engager une investigation approfondie. Nous avons ainsi travaillé sur 497 CUCS, dont 394 disposant des informations de base pour engager un traitement et 342 ayant réellement intégré un « volet santé » ; 262 ASV ont été identifiés, sans que nous ayons été en mesure de vérifier, comme Kynos l'a fait pour l'ACSé, ceux qui avaient disparu ou n'avait pas véritablement commencé à exister. Sur ces ASV, nous n'avons pu accéder qu'à 151 fiches ou équivalents permettant d'entrer dans l'analyse de leur organisation et de leur activité. A partir de ces bases, nous avons construit un échantillon représentatif de 60 CUCS : 50 ont fait l'objet d'une analyse approfondie à partir des documents envoyés par les équipes et d'entretiens téléphoniques et 10 ont été appréhendés au travers d'enquêtes de terrain et d'entretiens approfondis avec les principaux protagonistes.

77,3% des CUCS considérés intègrent la thématique santé - 43,5% des CUCS ont au moins un ASV

56,2% des CUCS ayant un volet santé ont au moins un ASV

Principales variations territoriales du volet santé des CUCS

- **La lecture de la prise en compte de la santé dans les CUCS fait apparaître quelques différences régionales (conditions variables d'animation de ce volet par les services de l'Etat) :** alors que dans la majorité des régions (58%) plus de la moitié des CUCS ayant un volet santé ont un ASV (notamment en Guyane, Champagne Ardennes ou Pays de la Loire où c'est le cas pour plus de 80% des CUCS), dans certaines régions, la thématique santé reste peu prise en compte (Haute Normandie avec 54% des CUCS sans volet santé), et d'autres où la thématique est essentiellement traitée en dehors du cadre ASV (Martinique, Lorraine et Franche Comté) ;
- **Le volet santé des CUCS s'organise à partir d'un seuil populationnel supérieur à 17000 habitants, et la démarche ASV s'impose comme le cadre organisateur du volet :** 44% des CUCS de moins de 17000 habitants n'ont pas de volet santé, 53,5% des CUCS entre 17000 et moins de 41000 habitants ont un volet santé. La proportion de CUCS avec volet santé et ASV augmente avec la taille de la population concernée (33% pour les CUCS de moins de 17000 habitants, 53% pour ceux ayant entre 17000 et 40000 habitants, 73% pour ceux entre 41000 et 100000 habitants et 78% pour les plus de 100000 habitants).
- **La participation de certains acteurs institutionnels importants reste relativement modeste :**
 - Les **Conseils régionaux**, cosignataires de 20% des CUCS, présents dans 22% des CUCS dotés d'un volet santé. Les plus engagées : Basse Normandie, Limousin, Midi-Pyrénées, Poitou Charente, PACA, Rhône Alpes (absence quasi-totale pour les autres régions) ;
 - **Les Départements**, cosignataires de 36% des CUCS informés engagés modérément sur le registre de la santé, bien qu'ils soient concernés par la majorité des questions abordées. Des équipes de terrain participent aux activités inscrites au volet santé des CUCS ; un soutien financier ponctuel est apporté à certains projets ;
 - **Les CAF**, cosignataires de 38% des CUCS étudiés et de 41% des CUCS ayant un volet santé. Engagement qui reste relativement modeste : peu présentes dans les dispositifs de pilotage

du volet santé (3,7%), leur participation aux politiques de prévention semblent avoir diminué, alors que les besoins directement en relation avec leur public et les difficultés des familles identifiées dans les diagnostics ne font que croître ;

- Les **bailleurs sociaux** : participation très réduite (28% des sites), alors que nombre de problèmes de santé abordés dans les CUCS les concernent (qualité et accès au logement, incidence de la santé mentale et des conduites à risque sur les troubles du voisinage).
- **L'intercommunalité émerge comme une figure particulièrement sensible à la thématique santé, et la politique de la ville comme un cadre facilitateur de leur intégration au champ de la santé publique** : alors que les intercommunalités représentent 41% des CUCS de la base de référence, la part des CUCS en intercommunalité ayant un volet santé est de 43,2%, et celle des CUCS en intercommunalité ayant un ASV de 49%. L'analyse des expériences étudiées (ASV Grand Nancy, ASV de CA du Grand Alès en Cévennes, ASV Lomme, CUCS Lille-Lomme, ASV Chanteloup-les-Vignes / Carrières-sous-Poissy, Volet santé Creutzwald...), met en évidence des processus dans lesquels le volet santé de la politique de la ville, et les ASV en particulier, apparaissent comme le cadre dans lequel s'élabore une nouvelle culture territoriale en santé publique, qui définit un nouveau champ d'intérêt pour ces collectivités.

Le cadre d'intervention : un lieu de reconfiguration du champ local de la santé

Une démarche tridimensionnelle à géométrie variable

Il n'existe pas de configuration type du volet santé des CUCS, mais des figures typiques locales, qui révèlent la principale spécificité de la démarche : son caractère d'« a-dispositif »¹ qui facilite l'émergence des dynamiques observées, qui peuvent dans un cadre souple, exprimer le potentiel local. L'analyse des différentes configurations a permis de mettre à jour le caractère tridimensionnel du volet santé de la politique de la ville, qui apparaît à chaque fois déterminé par la combinaison de facteurs qui opèrent sur trois plans différents : historique, santé publique et fonctionnel/stratégique.

Le plan historique rend compte des spécificités du contexte et de l'histoire locale de la politique de la ville, ainsi que des conditions dans lesquelles la santé a pu y être intégrée. Trois configurations principales ont été identifiées :

- les **CUCS avec volet santé, mais sans ASV**, souvent dépourvus de comité de pilotage avec des démarches tournées vers la mise en place d'un diagnostic susceptibles de fournir des clés de programme ;
- les **CUCS intégrant des ASV de première génération (2000-2006)**, avec des comités de pilotage centrés sur le territoire (commune, CU), et des objectifs tournés sur les diagnostics de besoins au niveau de la population générale ; l'Etat y est souvent le financeur principal ; on y trouve la proportion la plus significative d'inscription au niveau des communautés urbaines ;
- les **CUCS avec ASV de la seconde génération (2007-2009)**, souvent nés de l'impulsion du volet santé inscrit dans les CUCS ; les objectifs sont plus tournés sur la coordination des actions et la mise en place d'une politique de santé publique au niveau local (proportion plus forte de PEB), un comité départemental est plus souvent présent en complément du pilotage local ; la base d'action est plutôt mono-communale.

Le plan de la santé publique, sur lequel se définissent les orientations principales des expériences observées selon le mode de prise en compte de la santé, la manière dont le volet santé a été conçu

¹ Dans le sens d'un modèle d'action pré-formaté qu'il suffirait d'implanter et de déployer sur n'importe quel point du territoire (cf. Giorgio Agamben, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, Éditions Petite Bibliothèque Rivage, mars 2007).

et intégré dans le CUCS. Le volet santé peut être dominé par l'une ou l'autre de quatre configurations (avec des assemblages de plusieurs composantes²) :

- **un pôle santé sociale** : plaçant la précarité au centre des problématiques de santé, on cherchera à agir en priorité sur ces déterminants, en s'inspirant de la promotion de la santé, les actions s'organisent au sein de PLSP différenciés (multiples programmes ciblés sur des objectifs spécifiques). Entre 10% et 15% des CUCS étudiés sont concernés par cette configuration ;
- **un pôle promotion de la santé / santé communautaire** dont les activités sont guidées par cette approche avec un accent particulier porté sur la participation des publics vulnérables. La programmation renvoie à un seul PLSP. Entre 35 et 40% des CUCS étudiés répondent à cette configuration, et entre 15 et 20% d'entre eux apparaissent particulièrement sensibles aux actions communautaires³. Cette configuration s'accorde particulièrement avec la démarche ASV.
- **un pôle santé locale** dans lequel les démarches de santé communautaire sont aussi centrales avec une dose particulière de coordination et de santé publique, mais où la politique de santé qui domine reste relativement standardisée, avant tout tournée vers la mise à disposition de la population des ressources de santé de base. Entre 25 et 30% des CUCS étudiés sont concernés ;
- **un pôle santé publique générique / prévention**, où les activités sont tournées sur l'intégration des liens entre différents volets des CUCS (prévention de la délinquance, éducation, formation) : la démarche de santé publique engagée travaille plus sur des problématiques collectives (prévention en direction des jeunes, lutte contre le saturnisme, actions sur des publics vulnérables : précaires, allocataires du RMI, femmes seules avec enfants, problèmes liés à la consommation d'alcool..), en ASV ; souvent des actions séparées ayant émergé sur les financements PRAPS, puis PRSP et enfin ACSé. A défaut d'actions localement plus concertées et/ou communautaires, cette modalité permet de réduire certains risques et de mobiliser les acteurs de la prévention et des soins (entre 10 et 15% des CUCS pour apprécier la « consistance » de la problématique santé du CUCS, les ressources et l'intérêt des acteurs locaux, les opportunités de développer des projets, de cadrer une approche débordant le territoire spécifique du CUCS, de s'assurer des possibilités de pérennisation, etc. ces éléments peuvent constituer une première référence, sans pour autant engager des actions plus conséquentes (coordinateur, groupes de travail thématiques, programmes, etc.) ;

Le plan fonctionnel/stratégique, renvoie aux conditions d'utilisation, par les différentes catégories d'acteurs d'un territoire, du cadre de la politique de la ville, en particulier de la démarche Atelier Santé Ville. Trois formes de fonctionnement et d'usage ont été mises à jour à l'analyse :

- **une fonction de starter** : dans des contextes où les acteurs sont encore faiblement engagés et expérimentés et qui s'interrogent sur la pertinence locale d'ouvrir ce volet, la possibilité (facilitée par la démarche, le financement et la logistique des ASV) d'engager une réflexion et un diagnostic
- **une fonction d'échafaudage**, une fois la construction avancée (idée de processus), la démarche devrait laisser place aux ressources de droit commun. Il s'agit de créer les conditions et le cadre d'un nouvel échelon de la politique de santé au niveau local. Conditions de l'intégration dans le droit commun elle devrait alors avoir vocation à fusionner ou à se convertir dans ces dispositifs.
- **une fonction « switch » (opérateur d'interconnexion)** renvoyant à la qualité du système de santé local et à son développement : les méthodes (participation des habitants, instances de coordination, système de programmation, diagnostics et évaluations) sont considérées comme une composante essentielle au bon fonctionnement global ayant vocation à s'y intégrer. Une fois cet opérateur mis en place, il a vocation à constituer une pièce centrale du système ; lieu de régulation, il permet de gérer les interactions entre les grandes composantes du système médico-

² Des analyses factorielles de correspondance ont été effectuées pour saisir la distribution des principales co-variations.

³ Considéré, non dans une acception « communautarisme », mais dans le sens anglo-saxon ou plus précisément québécois de travail dans et avec la « communauté locale d'appartenance » .

social local (services de prévention et de soins, relais sociaux) et les publics vulnérables, il permet de stabiliser des ressources locales dans un cadre politique légitime (réseaux de santé). La co-existence de ces registres interroge le sens du développement des actions locales en santé publique : s'agit-il de maintenir une logique de démarche (méthodologie) ou d'évoluer vers un dispositif intégré ?

II) Les outils du volet santé des CUCS

Les diagnostics

La grande majorité des CUCS ayant un volet santé (80%) font référence à un ou plusieurs diagnostics.

Deux **approches** se distinguent des expériences étudiées, avec des combinaisons pour les ASV :

- des diagnostics « **participatifs** » (40%) avec une méthodologie de co-construction avec les acteurs concernés : professionnels de première ligne et habitants ;
- des diagnostics partant « **d'indicateurs** » **sanitaires et sociaux** (28%) ; qui s'en tiennent aux données de base (Insee, Inserm) et à divers indicateurs d'activité (PMI, ASE, service social, vaccinations, santé scolaire, CCAS..) et de prestations (CAF, RMI, CMU) ;

Les diagnostics participatifs, plus fréquents lorsqu'il y a un ASV, réfèrent à l'éducation (liens avec PRE), engagent plus souvent les élus et à une approche de type communautaire. Ils permettent de fédérer un partenariat local sur des objectifs de santé publique. Les protocoles et l'évaluation ne sont pas toujours explicités. Il s'agit de déboucher sur une meilleure utilisation de l'existant au travers d'une réflexion collective et une meilleure articulation des ressources.

La méthodologie et le travail diagnostiques apparaissent comme des opérateurs essentiels dans une politique de santé publique de proximité (cf. rapport pp. 42-63) ; ils ont permis de faire apparaître des composantes négligées de l'action publique rendues invisibles par la sectorisation des interventions pour lesquelles les réponses standardisées ne fonctionnent pas, en particulier celles de la santé mentale et des conduites à risques (incluant la consommation de psychotropes). Les démarches proposées cherchent à identifier les leviers pour réduire les facteurs de vulnérabilisation des populations en difficulté. Cette méthodologie, engagée au départ par des prestataires extérieurs, a fini par devenir un élément central des démarches ASV. Les diagnostics coûtent entre 15000 et 50000 €, sans que des écarts de qualité soient enregistrés. Tout dépend de l'extension, du temps et de l'importance de l'existant.

Le pilotage du volet santé – stratégie de légitimation et évaluation

La fonction de pilotage est une composante importante pour la mise en place d'une démarche de qualité : il est indispensable à la construction d'un périmètre de réflexion et d'intervention reconnu et partagé localement, au positionnement de la thématique et des articulations des activités, à l'optimisation de l'impact des approches par les déterminants de la santé. **Dans la majorité des cas (55% des CUCS étudiés), un Comité de Pilotage du volet santé a été mis en place. Il peut se trouver à distance des enjeux de la démarche.** Les projets en mal de légitimité politique auront tendance à privilégier le « suivi » gestionnaire des activités, au détriment de la fonction de concertation politique et institutionnelle et de suivi des orientations adoptées. Les comités de pilotage sont le plus généralement dirigés et animés par un élu (en général le maire-adjoint à la santé, quelquefois le maire : 42% des cas) ; viennent ensuite le chef de projet politique de la ville ou CUCS, doublé du coordinateur ASV quand cette fonction a été pourvue (27%) ; puis la DDASS et la Préfecture (10%).

Souvent, l'élu n'est pas présent et, dans ce cas là, l'Etat suit. **Des liens explicites avec le pilotage PRU n'ont été identifiés que rarement. Même chose pour les représentants des autres composantes du CUCS** (seule exception le Projet de réussite éducative pour 10% des ASV). L'existence d'un ASV contribue à introduire ce type d'instance⁴. 87% des CUCS-ASV disposent d'un tel comité et les autres sont en train de le mettre en place. La formule qui prime est le « comité de pilotage local » (38% du total des CUCS, 59% des CUCS-ASV), et dans 15% des CUCS-ASV il est fait référence à un comité de pilotage départemental. **Un comité de pilotage régional est en vigueur sur la région Aquitaine, et des coordinations similaires existent sur les régions Poitou Charente, Centre, Rhône Alpes. La présence de ces instances constitue manifestement un élément facilitateur et fédérateur pour les démarches locales.**

Fonctions et place de l'évaluation

La formulation des objectifs des activités tend à s'accompagner (rôle des compétences en santé publique des coordinateurs), **de critères** (sinon d'indicateurs) **susceptibles d'approcher le processus et les résultats du travail effectué sur le volet santé.** Mais le manque d'expertise ou de disponibilité des acteurs chargés de l'animation contribuent à limiter la mise en application des protocoles ou la documentation des indicateurs. Plus d'un quart des CUCS-ASV n'ont pas encore intégré de dispositif lisible d'évaluation dans leur programmation. Des indicateurs et des tableaux de bord n'ont été mis en place que dans un tiers des CUCS-ASV. Des procédures d'évaluation participative et des techniques d'auto-évaluation sont aussi utilisées (pour 14% et 19% des ASV), ainsi que des évaluations externalisées en général à un bureau d'étude (11% du total des volets). **Si l'évaluation n'est pas encore bien intégrée dans l'ordinaire des ASV, des exceptions indiquent que des évolutions significatives peuvent être obtenues par un travail d'animation et d'accompagnement des animateurs d'ASV au niveau départemental (Seine-Saint-Denis) ou régional (Aquitaine, Centre, Poitou Charente, Rhône Alpes, La Réunion, Languedoc Roussillon).**

III) Le degré d'intégration du volet santé à la stratégie générale de la cohésion sociale et du développement social et urbain

La coordination : condition de développement d'une politique de santé publique

L'étude des expériences confirme l'importance stratégique de la fonction de coordination pour le volet santé. Elle apparaît comme un véritable dynamisateur local du champ de la santé, lorsqu'elle s'avère à la hauteur des enjeux et de la complexité de la tâche. Or, une situation paradoxale apparaît en termes de recrutement : alors qu'on observe une évolution importante en termes de profil et

de qualification, **on déplore des difficultés pour recruter et stabiliser les personnes dans le poste.** Deux facteurs contribuent à cette situation : les décalages constatés entre le niveau de qualification et la spécificité du poste (seuls 40% des coordinateurs ASV ont une formation en santé publique) (Kynos, ACSé) et un positionnement inapproprié dans l'agencement de la démarche (isolement dans une fonction transversale, localisation dans des services inappropriés). **Ils gagnent à participer aux diagnostics mais sont souvent recrutés à leur issue. Les initiatives d'animation et d'accompagnement départementales ou régionales, jouent un rôle majeur de stabilisation des personnes et donc du volet santé des CUCS.**

⁴ Cf. *Elements pour une labellisation du projet ASV et du suivi de la démarche*, DIV, 2007

Articulations du Volet Santé avec les autres volets du CUCS

Elles restent peu explicites dans les documents, en dehors du volet « réussite éducative » ; **30% des CUCS disposant d'un PRE intègrent une articulation avec le volet santé**. Peu de liens lisibles avec les volets « Droits, citoyenneté, prévention de la délinquance » (18% des CUCS avec volet), « Logement, habitat » (12,5 %) ; « Emploi, insertion » (11% quand ASV). Un paradoxe propre à l'organisation des CUCS explique en partie cette situation : l'architecture globale n'intègre pas une dialectique et des régulations dans les relations entre volets sur le plan de l'action sur les déterminants des inégalités sociales. Cette difficulté se retrouve à l'intérieur même de certains volets santé. Six CUCS sur dix ont des projets par quartier (Amnyos) dont beaucoup **sont segmentés, indépendants** (fiches de financement et évaluations autonomes). **Peu d'entrecroisement des diagnostics entre volets, peu de croisement des pilotages**. Les articulations avec le PRE abordent principalement des questions de santé mentale et de conduites à risque au travers de programmes de prévention. Quelques projets transversaux intéressants croisent plusieurs volets (jeunesse-adolescence, accès aux droits, qualité de vie et lien social). Mais dans l'ensemble, les **articulations** ne sont pas assez explicites (absence de stratégie en référence aux **déterminants sociaux de la santé**).

Autres articulations : les territoires concernés relevant du Plan Espoir Banlieue sont sur-représentés dans les CUCS avec volet santé (40%, 54% des CUCS-ASV). Les dispositifs d'animation et d'intervention se retrouvent sur des registres comme le travail de proximité, l'amélioration de la lisibilité des ressources et des possibilités d'accès aux services publics. La nécessité de trouver une articulation avec le Plan MILDT apparaît clairement au regard de l'importance prise par la prévention des conduites à risques. Les liens sont explicites pour moins de 20% des ASV. **Lorsqu'ils sont mobilisés, les centres ressources de la politique de la ville jouent un rôle essentiel de sensibilisation et d'animation sur les interfaces à l'échelle des départements** (Profession Banlieue dans le 93, Villes au carré pour Centre et Poitou Charente...)

Logiques de financement⁵

Le premier contributeur est l'Etat. Il figure en première place pour les 111 fiches ASV informées présentes dans notre base, dans plus de 60% des cas, en couvrant en moyenne plus de 50% du budget. En second contributeur arrivent les collectivités territoriales (plus de 42%), essentiellement les villes ou ECPI, avec des contributions quelquefois significatives du département (Conseil Général) et de la région. Le budget consacré à la santé dans le cadre de ces CUCS⁶ est en moyenne de 64000€, avec des variations importantes d'un site à l'autre (de 5000 à 340000 €⁷). Dans 41% des cas, le budget ne dépasse pas les 50000 € qui constituent un chiffre emblématique (enveloppe évaluée comme nécessaire à l'engagement d'un diagnostic sur un territoire donné, avec groupes de travail, programmation et constitution du plan de recrutement d'un coordinateur). 40 autres % des CUCS disposent de budgets entre 50000 et 100000 € ; 17% disposent d'un budget supérieur à 100000 €. Une grande partie de ces variations se justifie au regard de la diversité des échelles territoriales (cf. les CUCS regroupant plusieurs ASV et un nombre important de communes). Dans d'autres cas, elle

⁵ Les informations sont ici essentiellement relatives aux CUCS-ASV, les seuls à avoir rempli systématiquement des fiches où ils indiquent les trois principales sources de financements des actions engagées au titre de la santé. Le travail réalisé sur l'échantillon apporte des informations complémentaires pour les CUCS disposant d'un volet santé mais pas d'ASV.

⁶ Avec une part d'erreur et d'incertitude liée aux déclarations qui incluent ou non (consigne donnée) le budget propre à la coordination dans le budget global.

⁷ Ecart-type de 50000 €.

renvoie à l'éclatement de la distribution des quartiers prioritaires sur le territoire. Enfin, le budget peut tendre à intégrer le financement d'actions engagées dans la durée, ce qui fausse évidemment la compréhension de la logistique du volet santé. Sur l'échantillon témoin (n=60), nous avons enregistré, à peu de choses près, la même distribution (40% à 50000 € et moins ; 42% entre 50 et 100000€ ; 15% à plus de 100000€). Les variations de budget santé sont importantes d'un site à l'autre, le volet santé pouvant occuper les 3, 4 ou 5^{ème} place dans la hiérarchie des financements mobilisés sur chacun des volets. L'ordre varie suivant que l'on intègre, ou non, le poste de coordination (pour les ASV) : pour ce qui est d'évaluer les financements qui vont effectivement contribuer à la mise en œuvre d'actions, il est logique de le soustraire.

IV) Projets locaux de santé publique et programmes régionaux : une dynamique propre aux CUCS disposant d'ateliers santé ville

Publics et thématiques de santé entrant dans les programmations

Le tableau (rapport pp.73-74) des publics montre que 37% des activités des CUCS ciblent les **publics les plus défavorisés**, 33,6% des activités ciblent des **groupes structurellement fragiles** du point de vue de la santé et objet des grands programmes nationaux de santé (enfants, adolescents, jeunes et femmes), 16,8% des activités s'adressent à **l'ensemble de la population**, et 12,6% aux **professionnels**. Les CUCS ayant un volet santé, notamment ceux ayant un ASV, travaillent sur les grandes thématiques de santé publique nationales et/ou régionales.

Les problématiques les plus abordées parmi les CUCS disposant d'un volet santé (rapport pp. 75-88) croisent les grandes thématiques nationales et régionales de santé publique avec une perspective dominante de promotion de la santé. Les CUCS assurent une fonction de caisse de résonance des grandes campagnes nationales en les rendant abordables à des publics défavorisés. Les huit premières thématiques sont : l'accès aux soins, la santé mentale, la nutrition, la promotion de la santé, la coordination et mise en réseau des acteurs, la prévention globale, la prévention des conduites à risques et des toxicomanies. Les diagnostics participatifs apparaissent corrélés avec les thématiques « Accès aux soins », « Problèmes de nutrition, alimentation » et « Souffrance psychique ».

Les plans locaux de santé publique

Les acteurs du volet santé ne maîtrisent pas tous la **signification de ce que représente un PLSP**. La **capacité de programmation des équipes** connaît d'importantes variations d'un site à l'autre. L'absence de programmes sur certaines fiches ASV renvoie soit au stade de mise en place (démarrage) soit au choix de se cantonner à un programme « global » regroupant l'ensemble des actions recensées sur la ville. Quelquefois, **les programmes sont assimilés à des actions** : chaque fiche action soumise à financement étant considérée comme un programme.

30% des CUCS avec volet santé n'avaient pas de PLSP, 19,6% un PLSP « global », 12,5% un PLSP par action, et 5,4% étaient engagés dans le programme d'élaboration. L'absence d'ASV est fortement corrélée avec l'absence de PLSP. Les PLSP existants concernent majoritairement les **quartiers prioritaires** d'une même ville (58%) ; 25% sont inscrits dans l'**intercommunalité**, 4% concernent une ville dans sa globalité. La consistance et l'existence même des PLSP vont de pair avec l'effort porté sur la **coordination** (objectif principal à 39%) ; les programmes nutrition et santé mentale y sont plus

développés ; des liens plus forts établis avec le volet réussite éducative (presque 70% des CUCS ayant mis en place des PLSP).

V) La démarche ASV : un cadre de référence structurant reconnu

La démarche ASV⁸ se trouve aujourd'hui largement adoptée sur le terrain, puisque au moins la moitié des CUCS l'ont mis en place. Quatre grandes phases de développement ont été identifiées : celle de lancement et d'implantation de la démarche ASV entre 2000 et 2001 (6%) celle de la montée en charge qui couvre la période 2002/2005 (26% des ASV), celle de l'expansion qui couvre la période 2006/mars 2009 (68% des ASV), et La phase actuelle marquée par l'incertitude des conditions de leur pérennisation.

L'ASV : un vecteur et support de structuration du volet santé des CUCS, sensible à la cohérence politique du projet

Dans 84% des sites ayant au moins un ASV, la thématique santé est clairement inscrite et prise en compte au sein du CUCS. Dans la grande majorité des cas (**41%**), l'ASV apparaît comme le **support structurant** de l'axe thématique santé, c'est-à-dire correspond bien à la dynamique escomptée pour une stratégie de santé publique. Le recours à un « **volet cadre** » (après un diagnostic classique) constitue un moyen de différer la mobilisation (**22% des ASV**). L'ASV fonctionne ici plus comme un support méthodologique permettant aux acteurs de dégager – à parti des priorités régionales – des orientations locales sur le plan de la santé publique (réduction à un rôle de relais de proximité). Les villes et agglomérations ayant connu des politiques importantes sur le plan de la santé (mise en place de CMS, de réseaux associatifs, de projets dans le cadre des ASV de première génération) sont conduits, de leur côté, à engager un travail de remise en forme (**19% des CUCS**) qui pourra évoluer vers la formule du « support structurant » ou ne constituer qu'un habillage. Enfin, **11%** des CUCS avec ASV se trouvent en phase d'initialisation ; les outils (l'ASV « **catalyseur** » avec son budget de démarrage) au service d'un travail de sensibilisation et de recherche des conditions de possibilité partenariales, financières et politiques. Malgré le développement important des ASV, une **dissociation** semble parfois demeurer **entre le projet institutionnel** d'engager la démarche et le soutien et l'engagement réels sur le terrain qui peuvent tarder à s'exprimer.

Une approche concertée des processus de vulnérabilisation

L'appréhension négociée, dans le cadre d'un ASV, des difficultés et des ressources rencontrées par une même catégorie de population conduit à effectuer des liens entre situation sociale, économique, familiale et difficultés rencontrées sur le plan de la scolarisation, de l'insertion, du travail, de la place dans la cité, etc. Cette approche existe souvent déjà sans être reconnue et valorisée dans plusieurs secteurs (pédopsychiatrie, conduites à risques, personnes vieillissantes, soins palliatifs..) ainsi que dans la plupart des réseaux. Ce support-cadre d'action publique permet d'interagir avec **les politiques de santé publique** en ouvrant des opportunités à l'articulation avec d'autres politiques de droit commun, sur le CUCS lui-même (volets) ainsi qu'en **articulation avec les politiques régionales et nationales**. L'implication des élus locaux est alors nécessaire. Un **double mouvement de déclinaison des priorités des programmes régionaux et de remontée de démarches innovantes** sur

⁸ Du fait notamment de l'absence d'un système actualisé et centralisé d'enregistrement de cette information, des aléas qui déterminent la réalisation, le maintien de ce type de projets, les abandons, ainsi que la possible multiplicité de démarches développées au sein d'un même CUCS (en particulier lorsque ceux-ci sont intercommunaux et concernent des territoires importants et complexes). Cela explique les légères variations de comptage au fil des documents, ainsi que le décalage avec le chiffrage de l'étude effectuée par Kynos.

des thématiques mal identifiées (question des vulnérabilités, de la santé mentale, des conduites à risques) s'est fait jour ces dix dernières années et trouve, en partie, sa cohérence avec les échanges CUCS-région. Le travail sur les « contextes » est également entrepris⁹ visant à réduire les phénomènes d'amplification des inégalités par exposition à un environnement défavorable et à mobiliser les ressources locales (personnes-relais, prévention par les pairs, travail en réseau, *empowerment* des acteurs et des publics, etc.)

Un cadre privilégié pour la participation de la population

La participation de la population constitue un des vecteurs de base de la méthodologie et de la problématique prônées par les ASV depuis le début de leur mise en place. Mais si la volonté d'associer les publics aux actions menées sur les territoires de la politique de la ville est largement partagée, les capacités et conditions pour le faire sont plus difficiles à rassembler.

Nous avons distingué des modes **d'intégration active d'habitants dans des actions ou des dispositifs de travail relatifs à la santé** (20% du total des CUCS, 23% des CUCS-ASV) ; la « **consultation des habitants** » (16,5% des CUCS, 20% des CUCS-ASV), les **enquêtes** (16% des CUCS et 18% des CUCS ASV) et les **groupes de travail et groupes de parole**.

La participation, pour les problématiques dominantes dans les ASV, peut constituer en elle-même une modalité d'action (sortir de l'isolement, du mal-être, des tensions inter-générationnelles, des prises de risques).

L'intercommunalité

49% des CUCS-ASV s'inscrivent dans un cadre intercommunal. Cela ne signifie pas que nous ayons des ASV intercommunaux, ce qui peut déséquilibrer les conditions de développement des programmes relevant du volet-santé. Or, **la démarche ASV dans son principe est applicable à l'échelle de l'agglomération**. D'autant plus que pour certains axes de travail, le dépassement du cadre communal va permettre d'atteindre une échelle plus appropriée (observation / coordination / prévention / psychotropes / santé mentale). Quand les objectifs et programmes se déclinent au niveau de l'agglomération, la démarche ASV doit pouvoir s'organiser autour de cette échelle (enjeu de cohérence). Ce n'est encore que rarement le cas.

VI) Contribution à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

A la question de savoir si les programmes locaux développés dans le volet santé et avec les ASV contribuent à la construction de stratégies cohérentes de santé publique, la réponse est positive.

L'évolution des problèmes de santé et de leurs modes de manifestation suppose l'engagement d'approches globalisées (intersectorielles) travaillant dans la proximité, avec des moyens articulant le registre territorial local (quartiers, ville, agglomération) avec les synergies régionales. Les démarches de programmation n'ont pas encore été toutes évaluées, mais forment aujourd'hui une « trame conductrice » indispensable au développement de politiques concertées de santé publique mobilisant acteurs et ressources d'une manière lisible et dynamique. Malgré les inégalités de développement des démarches, la « valeur ajoutée » des ASV tient à leur capacité à « porter » l'axe thématique santé de la politique de la ville, en lui offrant un cadre d'expression suffisamment

⁹ Caroline Allonier, Thierry Debrand, Véronique Lucas-Gabrielli, Aurélie Pierre, Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage, *Questions d'économie de la santé*, n°139, février 2009

structurée et structurant pour qu'il puisse avoir la « consistance » et la légitimité qui conditionnent l'adhésion croissante d'acteurs relevant de ce champ, jusqu'ici insuffisamment mobilisés par cette politique (élus, services du conseil général, CAF, bailleurs sociaux, acteurs de l'économie sociale, médecine libérale). Les avancées sur le plan de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé vont de pair avec la reconnaissance du rôle que peuvent jouer les CUCS en matière de prévention, ainsi qu'au raccordement **aux politiques et dispositifs territorialisés de santé publique de droit commun** et les moyens donnés aux instances de gouvernance locales (élus, collectivités territoriales, institutions compétentes en matière de santé, action sociale, éducation, sécurité publique) en matière **d'expertise et de décision sur les questions de santé**.

10 préconisations en vue de consolider et développer le volet santé de la politique de la ville

Elles visent trois objectifs stratégiques pour le développement d'un nouveau cycle du volet santé de la politique de la ville :

A) Consolider le cadre d'intervention en améliorant le dispositif opérationnel actuel

- 1) Promouvoir la (re)mobilisation des partenaires-clés de toute démarche santé
- 2) Systématiser les acquis méthodologiques et positionner les capacités des coordinateurs.
- 3) Augmenter les compétences des équipes locales identifiées sur ce thème pour assurer une programmation transversale et des programmes spécifiques (CUCS/ASV)
- 4) Augmenter les moyens en animation, suivi et évaluation des actions spécifiques du niveau local au régional

B) Finaliser la reconfiguration de l'action publique de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, en intégrant les dynamiques locales avancées du volet santé des CUCS au système de gouvernance et d'action en santé publique de droit commun

- 5) Expérimenter un cadre d'inscription dans le droit commun des expériences avancées, par exemple par le biais des Contrats Locaux de Santé
- 6) Soutenir et qualifier l'expérience de l'intercommunalité dans leur intégration au champ de la santé, par exemple dans le cadre des CLS
- 7) Développer une stratégie de développement et d'intégration dynamique au droit commun de la démarche ASV : garantir le caractère d'« *a-dispositif* »
- 8) Préciser le cadre et les conditions d'évolution du volet santé des CUCS
- 9) Clarifier et simplifier les modes de financement des PLSP

C) Préparer la programmation du prochain cycle du volet santé : son intégration régionale, sa visibilité et sa reconnaissance

- 10) Lancer un programme de recherche et d'évaluation

Les 60 CUCS sélectionnés pour l'étude approfondie

50 CUCS sélectionnés pour étude documentaire approfondie	Régions	50 CUCS sélectionnés pour étude documentaire approfondie	Régions	50 CUCS sélectionnés pour étude documentaire approfondie	Régions
10 CUCS sélectionnés pour étude approfondie sur site		10 CUCS sélectionnés pour étude approfondie sur site		10 CUCS sélectionnés pour étude approfondie sur site	
Brest Métropole Océane	Bretagne (3)	Argentan	Basse-Normandie (3)	Chanteloup-les-Vignes	Ile-de-France (4)
CUCS Lannion		CUCS CU de Cherbourg		CUCS Les Mureaux	
CUCS Rennes Métropole		CUCS Pays de Fiers		CUCS Valenton	
CUCS de Vannes		CUCS Agglomération Caennaise		CUCS Pré saint Gervais	
CUCS agglomération de Chartres	Centre (2)	CUCS Dôle	Franche-Comté (2)	CUCS Paris	
CUCS Agglomération Tourangelle		CUCS Pontartier		Epinay-sur-Seine	
Blois / Bourges	PACA (4)	CUCS Metz	Lorraine (2)	Colmar	Alsace (1)
Grasse		CUCS Creutzwald		CUCS Le Puy-en-Velay	Auvergne (2)
CUCS Martigues		Nancy		CUCS Vichy	
CUCS Carros		CUCS Agglomération Nantaise	Pays de la Loire (2)	CUCS Agglomération Chalonnaise	Bourgogne (2)
CUCS Marignane	Rhône-Alpes (2)	CUCS La Roche-sur-Yon	Nord-Pas-de-Calais (3)	CUCS Autun	Champagne-Ardenne (3)
CUCS Marseille		CUCS CA de Valenciennes Métropole		CUCS Sainte-Ménéhould	
CUCS Montélimar		CUCS Communauté Urbaine de Dunkerque		CUCS Reims	
CUCS CU de Lyon	Haute-Normandie (1)	Etaples		CUCS Sedan	Corse (1)
CUCS Dieppe		Lille/Lomme		CUCS Ajaccio	
CUCS Ambarès-et-Lagrave	Aquitaine (2)	CUCS CA de Brive	Limousin (1)	CUCS La Possession à la Réunion	Outre-Mer (1)
CUCS Eysines		CUCS CC du Carmausin	Midi-Pyrénées (2)	CUCS Tergnier	Picardie (3)
Alès	CUCS Montauban	CUCS Chauny			
CUCS Carcassonne – Trèbes – Berriac	Languedoc-Roussillon (2)	CUCS Saintes	Poitou-Charentes (2)	CUCS Laon	
CUCS Sète		CUCS Poitiers			

Annexe B : Monographies des 10 sites visités

Le Volet Santé du CUCS de l'Agglomération du Grand Alès

ELEMENTS DE SYNTHESE ET D'ANALYSE

VISITE SUR SITE :

ALES

LES 30 JANVIER ET 27 FEVRIER 2009

Fernando Bertolotto

Sommaire

CUCS DE L'AGGLOMERATION DU GRAND ALES.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
INTRODUCTION	24
1) SITUATION GENERALE DES VILLES CONCERNEES	29
AGGLOMERATION DU GRAND ALES (DONNEES BASE SIG DE LA DIV)	33
PIEMONT CEVENOL (DONNEES BASE SIG DE LA DIV)	34
2) DIAGNOSTICS DE REFERENCE	39
3) EQUIPE ET ARTICULATIONS DU VOLET SANTE	43
4) LE POSITIONNEMENT POLITIQUE DE LA SANTE	48
5) LA PROGRAMMATION LOCALE EN SANTE PUBLIQUE.....	53
6) MOBILISATION ET PARTENARIAT	59
7) PARTICIPATION DE LA POPULATION.....	62
8) POSITION INSTITUTIONNELLE ET ELEMENTS DE METHODE	65
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	72
ANNEXES.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
ANNEXE 1- LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES	74
ANNEXE 2- AUTRES PERSONNES INTERVIEWEES	78
PERSONNES QUI SE SONT RENDUS DISPONIBLES POUR UN ENTRETIEN TELEPHONIQUE QUI N'ONT PAS PU ETRE INTERVIEWEES	78
ANNEXE 3- FICHE TYPE DE PRESENTATION DE L'ASV DIV ACTUALISEE (2006/2007/2008)	80

Introduction

Le site d'Alès a été retenu au regard des éléments de méthode de l'échantillonnage.

Le CUCS du Grand Alès répondait aux critères suivants :

- 1 site en Région Languedoc Roussillon, dans le département du Gard.
- A la lecture du CUCS CS9104, existence d'un volet santé structuré autour d'1 ASV intercommunal (création : octobre 2001)
- 1 population comprise entre 20 000 et 80 000 habitants. La population de la Communauté d'Agglomération d'Alès, selon les sources INSEE de 2006 est de 54 883 habitants.
- 1 Communauté d'Agglomération signataire
- Existence d'un SCHS

(Alès est par ailleurs signataire de la Charte Agenda 21)

PREPARATION DES VISITES SUR SITE

Après lecture de la Fiche DIV pour l'ASV 2006-2007, et les CUCS CS9104 Grand Alès et CS9118 Piémont Cévenol, des échanges téléphoniques et via Internet avec la coordinatrice de l'ASV ont permis de recueillir un certain nombre de documents complémentaires (cf. annexe 1) qui ont servi à préparer les visites : deux temps ont été jugés utiles pour appréhender au mieux cette expérience riche et complexe.

Dans le même temps, nous avons interviewées le 24 février 2009 Mme Bonnard, IPAS - Chargée de mission auprès du SGAR du Languedoc Roussillon – Chargée du développement économique, la santé, le social et l'emploi, l'économie solidaire, et son adjointe, Mme Sylvie HERVE, afin d'avoir un panorama de l'évolution du volet santé de la politique de la ville dans la région.

VISITES SUR SITE : les 30 janvier et 27 février 2009

Les contacts préalables avec la coordinatrice de l'ASV nous ont permis d'organiser une première rencontre avec l'équipe chargée de l'animation de l'ASV le 30/1/09, et ensuite une seconde rencontre avec les participants à la réunion du Comité technique de l'ASV élargi aux élus, consacrée à l'évaluation des activités réalisées en 2008 et aux perspectives 2009, le 27/11/09.

Les réunions ont à chaque fois eu lieu dans les locaux de RESEDA à la Maison de la Santé au 9 rue du Dr Serres – 30100 Alès, se sont déroulées sur une journée et demie, et nous ont permis de rencontrer (R) et/ou de les interviewer (I) les personnes signalées dans le tableau suivant :

Services déconcentrés de l'Etat		
Christine BRUNEAU	Chargée de mission ACSé Direction Languedoc Roussillon	(R) (I)
Marie-Hélène MALBOS	Secrétaire Générale Préfecture du Gard	(R) (I)
Christine BONNARD	IPAS - Chargée de mission auprès du SGAR du Languedoc Roussillon – Chargée du développement économique, la santé, le social et l'emploi, l'économie solidaire	(I)
Sylvie HERVE	Appui aux Chargés de mission auprès du SGAR du Languedoc Roussillon <i>Politique de la ville, logement, affaires sociales, dossiers emploi et formation professionnelle</i>	(I)
Elus référents		
Jany SANS	Présidente Communauté des communes Vivre en Cévennes	(R)
Christiane CADILHAC	Présidente Communauté des communes Cévennes Actives	(R)
Mireille GAL	Elue à la Santé Mairie d'Alès	(R) (I)
Jean-Michel SUAU	Conseiller Général du Gard	(R)
Responsables des CUCS		
Amélie CLEMENT	Chef de projet CUCS Piémont Cévenol	(R) (I)
Elodie SABATIER-CHASTANG	Animatrice ASV bassin alésien - Association RESEDA	(R) (I)
Françoise DEMATEÏS	Médecin de Santé Publique - Directeur SCHS ville d'Alès	(R) (I)
Thierry CUBEDO	Coordinateur RESEDA	(R) (I)

L'accueil a été chaleureux et l'organisation s'est faite au mieux dans les contraintes de temps imposées.

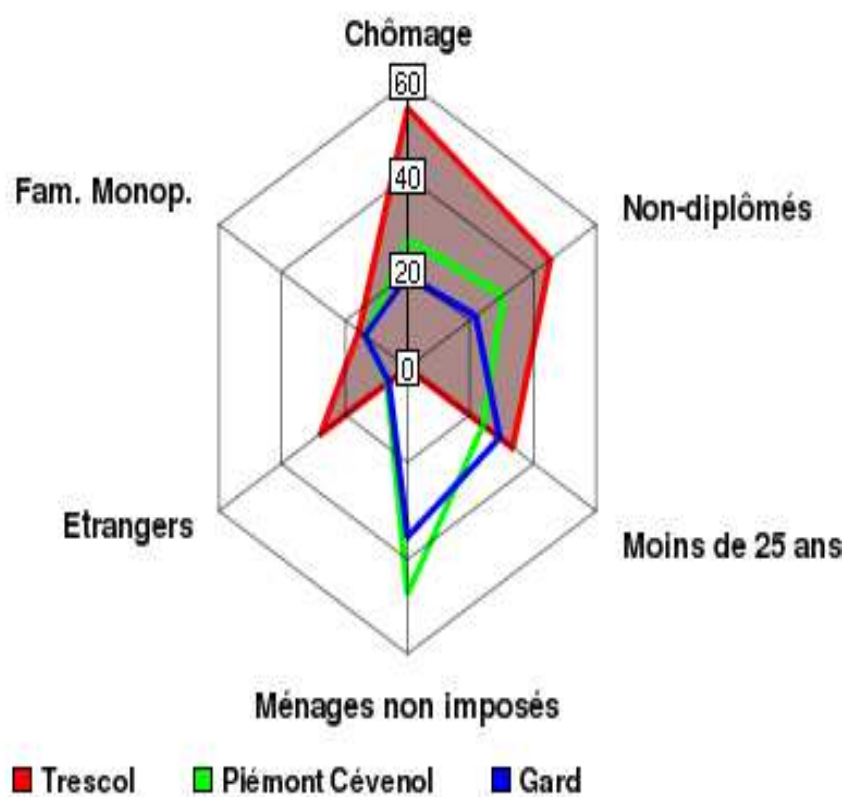
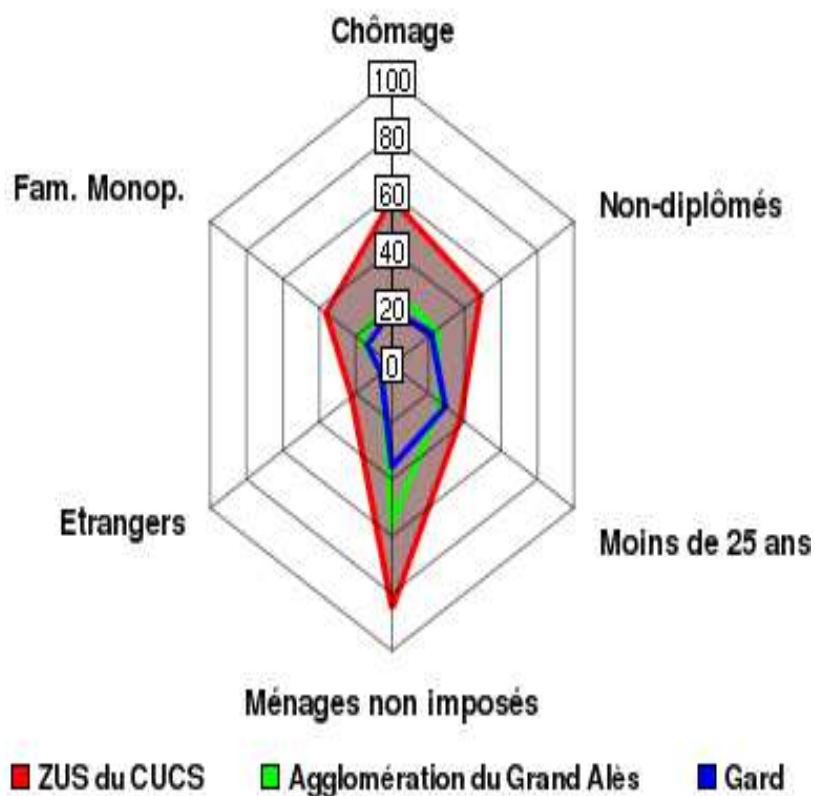
Les personnes qui se sont rendues disponibles souhaitent un retour de la visite sur site.

Le volet santé du CUCS du Grand Alès est singulier à plusieurs titres, mais apparaît particulièrement intéressant à considérer ici parce qu'il permet d'éclairer trois dimensions sensibles de cet axe de la politique de la ville, soit :

- d'une part, celle qui renvoie aux conditions de son institutionnalisation au sein du CUCS qui, comme dans des nombreux autres cas, apparaît ici particulièrement déterminée par le processus historique d'inscription de la problématique de santé publique dans les politiques publiques locales. En effet, on peut observer ici que si l'ASV est dans ces cas clairement mis au service d'une démarche locale qui le précédait, il apporte néanmoins des moyens et un cadre intéressants qui facilitent le processus de structuration du projet local ainsi que son articulation aux politiques publiques de santé territoriales ;
- le deuxième point marquant renvoi à la question de la pertinence du territoire de l'ASV qui, lorsqu'elle est posée de manière restrictive (soit en ne considérant que le périmètre spécifique du CUCS), apparaît souvent comme un problème aux acteurs de terrain dans la mesure où les lieux d'expression des problématiques, la distribution des facteurs de risque et des ressources relatifs à la santé correspondent rarement avec la géographie de la politique de la ville. Il est intéressant d'observer qu'à l'heure de la mise en place de l'ASV en 2001 dans le cadre du Contrat de Ville, le choix a été fait de privilégier la cohérence territoriale de l'approche locale, centrée sur une logique de développement de réseaux de santé couvrant le bassin de vie, ce qui conduit à une configuration relativement atypique, puisque la démarche ASV « couvre » ici deux CUCS : celui du Grand Alès (4 des 16 communes de la Communauté d'Agglomération d'Alès y sont concernées) et celui du Piémont Cévenol (8 des 22 communes organisées dans les communautés de communes Cévennes Actives, Vivre en Cévennes et Pays Grand Combien, y sont concernées) ;
- le troisième trait marquant que nous retiendrons ici concerne le mode d'animation de la démarche, fonction stratégique dont la pertinence et portée apparaissent souvent déterminées par le positionnement de la fonction de coordination, selon sa distance plus ou moins proche du dispositif de pilotage du CUCS. Il est intéressant d'observer qu'en cohérence avec la démarche territoriale locale de santé publique, comme dans d'autres situations observées sur le terrain, le choix a été fait ici de confier l'animation de l'ASV à l'association RESEDA, qui assure en même temps la coordination du principal support d'action local concertée en santé du bassin alésien, soit les réseaux de santé « Alimentation / Obésité Infantile », « Diabète », « Santé Vie Sociale », « Commission Santé Jeunes du réseau SVS », « Soins palliatifs », « Addictologie », « Santé respiratoire » et « Périnatalité ».

Ces spécificités contribuent à faire de ce site un lieu particulièrement intéressant à considérer dans la perspective de la mise en place des Contrats Locaux de Santé, car elles semblent dessiner aujourd'hui

l'un des scénarios sur lesquels pourrait se concrétiser demain, dans le cadre du droit commun, l'échelon local du système de santé.



Agglomération du Grand Alès (données base SIG de la DIV)

- [Synthèse](#)
- [Tableaux](#)
- [Documents](#)
- [Cartographie dynamique](#)

Population total **1999** : **52 106 hab.**

dont 5 423 (10%) sur 2 ZUS

dont 1 743 (3%) sur 6 Quartier non-ZUS

Population totale **2006** : **54 883 hab.**

dont 4 645 (8%) sur 2 ZUS

Superficie : **6 868 ha**

dont 60 ha (1%) sur 2 ZUS

dont 1 217 ha (18%) sur 6 quartiers non-ZUS

Composition communale (4) : [Alès](#), [Saint-Christol-lès-Alès](#), [Saint-Martin-de-Valgalgues](#), [Salindres](#)

Contrat de Ville (1) : [Alès](#)

ZUS (2) : [Les Cévennes](#), [Pré Saint-Jean](#)

Quartiers non-ZUS (6) : [Cauvel-la-Royale](#), [Cavalas](#), [La Royale](#), [Les Cévennes-Tamaris \(Extension ZUS\)](#), [Les Promelles](#), [Salindres \(Commune\)](#)

Quartiers en rénovation urbaine (2): Convention n° 230 : ZUS Les Cévennes., Convention n° 230 : ZUS Prés Saint Jean.

Dispositifs de la Politique de la Ville (5): 1 ML, 1 ASV, 1 PLIE, 1 CLS, 1 PRE

Téléchargement: [Télécharger le document du CUCS](#)

Piémont Cévenol (données base SIG de la DIV)

- [Synthèse](#)
- [Tableaux](#)
- [Documents](#)
- [Cartographie dynamique](#)

Population total **1999** : **21 501 hab.**

dont 957 (4%) sur 1 ZUS (0%) sur 8 Quartier non-ZUS

Population totale **2006** : **22 375 hab.**

dont 746 (3%) sur 1 ZUS

Superficie : **12 118 ha**

dont 24 ha (0%) sur 1 ZUS

dont 6 860 ha (57%) sur 8 quartiers non-ZUS

Composition communale (8) : [Bessèges](#), [Cendras](#), [La Grand-Combe](#), [Les Salles-du-Gardon](#), [Molières-sur-Cèze](#), [Rousson](#), [Saint-Florent-sur-Auzonnet](#), [Saint-Julien-les-Rosiers](#)

Contrat de Ville (1) : [Alès](#)

ZUS (1) : [Trescol](#)

Quartiers non-ZUS (8) : [Abbaye](#), [Bessèges \(Commune\)](#), [L'Arboux](#), [Les Salles du Gardon \(Commune\)](#), [Molières \(Commune\)](#), [Rousson \(Commune\)](#), [Saint-Florent-sur-Auzonnet \(Commune\)](#), [Saint-Julien-les-Rosiers \(Commune\)](#)

Dispositifs de la Politique de la Ville (2): 1 ML, 1 CEL

Téléchargement: [Télécharger le document du CUCS](#)

Le tableau ci-dessous résume les informations de la Fiche ASV 2006/2007/2008 relatives aux spécificités du territoire de la démarche, et montre que si l'ASV du Bassin Alésien prend en considération un territoire un peu moins important que dans la période précédente (soit 12 communes au lieu des 16 considérées dans le Contrat de Ville), la part de population qui y est concernée par ses activités (32453 habitants) reste importante, puisqu'elle représente 42% de la population totale recensée en 2006 sur ces territoires.

Cependant, les données démographiques indiquent également la complexité propre à cet ASV, dont l'ampleur et l'impact des activités qui y sont développées sont sensiblement différents d'un CUCS à l'autre. En effet, lorsqu'on considère la part relative des populations directement concernées par l'ASV, on peut observer que si la répartition totale des publics concernés par la politique de la ville est relativement équilibré d'un CUCS à l'autre (47,2% habitent le territoire du CUCS Grand Alès contre 52,8% celui du CUCS Piémont Cévenol), la part des mêmes publics dans les populations totales de chaque site sont significativement différentes, puisqu'elles représentent 28% des habitants du territoire du Grand Alès, contre 76,5% des habitants du Piémont Cévenol. Ces différences sont particulièrement importantes à considérer lorsqu'on prend en compte l'expérience des ASV intercommunaux, où l'on observe une tendance à la concentration des activités dans la ville principale au détriment de la ville périphérique, du fait notamment de la concentration des populations et de la répartition territoriale des ressources, comme c'est le cas ici.

CUCS	Populations	Intercommunalité	Communes	Zone de priorité 1	Zone de priorité 2	Zone de priorité 3
Grand Alès (16 communes regroupées en une CA)	15337 (population totale en 2006 : 54883 habitants)	CA du Grand Alès	Alès	Quartier des Près St Jean (ZUS), Cévennes (ZUS) et Tamaris	Quartier de Cauvel et de la Royale	Quartier des Promelles
			Saint Christol lez Alès		Quartier de Cavalas	
			Salindres			
			St martin de Valgagues		Quartier de la Royale	
Piémont Cévenol (22 communes regroupées en trois CC)	17116 (population totale en 2006 : 22375 habitants)	CC Cévennes Actives	Bessèges			Commune de Bessèges
		CC Vivre en Cévennes	Molières sur Cèze			
			Rousson			Commune de Rousson

			Saint Florent sur Auzonnet			Commune de St Florent sur Auzonnet
			Saint Julien les Rosiers			Commune de Saint julien les Rosiers
		CC Pays Grand Combien	Cendras		Quartier de l'Abbaye	
			La Grand Combe		Quartiers de l'Arboux et Trescol	
			Les salles du Gardon		Quartier Cendras et de l'Habitarelle	

Santé publique et territoire : un bassin sanitaire à part entière

Du point de vue sanitaire les territoires d'Alès et des Cévennes présentent une complexité spécifique qui a été reconnue dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006/2010, qui le considère désormais comme un bassin sanitaire à part entière.

Il semble intéressant de signaler, encore ici, l'importance de l'engagement des autorités locales dans la dynamique sanitaire locale, notamment dans leur rôle d'impulsion d'instances susceptibles d'améliorer la cohérence et la qualité des services de santé sur le territoire. Ainsi, alors que se profilait à l'horizon 2009 la mise en service d'un hôpital neuf comprenant 285 lits et places, le président du Grand Alès a mis sur pied, début 2006, une cellule de réflexion chargée de la construction du schéma sanitaire du bassin alésien, dont la mission était d'adapter l'offre de santé aux besoins réels de la population afin de faciliter le plus possible le respect des principes du choix des malades et de la proximité de soins. La recherche d'une meilleure intégration des services apparaît également dans le processus de création de deux pôles de santé public et privé complémentaires, soit notamment :

- la mise en place d'un pôle public de santé début 2006, qui a permis d'intégrer l'hôpital de Rochebelle au Centre Hospitalier alésien, améliorant significativement l'accès aux soins en cancérologie, chimiothérapie, pneumologie et rééducation fonctionnelle ;
- la réorganisation d'un pôle privé de santé engagé en septembre 2007, avec la fusion des cliniques Bonnefon et Mistral en un seul établissement, donnant ainsi naissance à la deuxième clinique plus importante de la région Languedoc-Roussillon ;

Par ailleurs, on peut également noter la présence d'un tissu diversifié de structures de santé constitué notamment des structures suivantes :

- CAMSP : Centre d'Action Médico Sociale Précoce
- Centre d'Addictologie Alésien qui regroupe trois structures :
 - > Le CSST (Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes) Logos. Consultations pour les jeunes de 15 à 25 ans et les familles
 - > L'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie)
 - > L'Unité d'addictologie de liaison du Centre hospitalier
- Centre de consultation des nourrissons de la DGADSS (Direction Générale Adjointe du Développement Social et de la Santé)
- Centre de dépistage anonyme et gratuit du SIDA
- CMIST : Centre Médical Interprofessionnel Santé au Travail
- CMPEA : Centre Médico Psychologique pour Enfants et Adolescents
- CMPA : Centre Médico Psychologique de l'Adolescent
- CMPP : Centre Médico Psycho Pédagogique

- Centre Médico Scolaire
- Centre Médico Sportif
- Maison de la Santé qui regroupe deux structures :
 - > Service Communal d'Hygiène et de Santé
 - > L'association RESEDA de coordination des 8 réseaux de santé d'Alès
- Maison Médicale de Garde
- Maisons de retraite de l'Hôpital

2) Diagnostics de référence

La question du diagnostic apparaît comme un préalable à l'action depuis les origines de la démarche engagée sur ce territoire, qui a facilité la mise en place de l'ASV. On remarquera ici l'existence d'une véritable culture locale en matière de diagnostics de santé partagés, particulièrement développée dans le cadre des démarches participatives qui ont notamment conduit à la création des différents réseaux de santé du territoire coordonnés par l'association RESEDA.

Ainsi, lorsqu'on confia à cette dernière le processus de mise en place et d'animation de l'ASV du Grand Alès dans le cadre du Contrat de Ville en 2001, c'est sur ce capital que le projet initial sera élaboré. Une « cellule de veille » sera créée et chargée d'actualiser les diagnostics, ce qui sera notamment fait en 2004, 2005 et ensuite en 2007 sur le nouveau territoire de référence de l'ASV, soit celui englobant des quartiers des CUCS du Grand Alès et du Piémont Cévenol.

La méthodologie utilisée fait appel à une analyse et mise en perspective locale de données disponibles, ainsi qu'à des consultations et réflexions partagées entre les membres des réseaux de santé du bassin alésien, ainsi qu'avec des groupes de publics divers rencontrés dans le cadre des activités spécifiques de l'ASV, en particulier celle développées par le groupe accès aux soins.

On observera ici encore l'importance du travail de fond réalisé sur ce territoire qui, au fil des ans, a progressivement banalisée et facilité l'inscription de la thématique santé dans les différents diagnostics territoriaux, comme cela a encore été le cas en 2007 à l'occasion de la préparation des projets du CUCS du Grand Alès (cf. diagnostic préalable réalisé par le cabinet Nicaya Conseil) et du CUCS Piémont Cévenol (cf. diagnostic préalable réalisé par l'Association Passim). On peut également observer ici que la sensibilité à la problématique santé n'est pas moindre au Piémont Cévenol qu'à Alès (où la dynamique santé existe depuis longtemps), comme signalé dans son CUCS :

↳ *Une situation sanitaire et sociale particulièrement préoccupante sur les territoires de l'ancien bassin industriel et minier*

La santé constitue un domaine préalable à tout ce qui peut se faire en matière d'insertion. C'est un investissement social majeur dans le devenir des populations concernées par la politique de la ville.

L'intégration d'un volet santé dans la politique de la ville est, par conséquent, primordiale.

D'autant plus primordial que la situation, en matière de santé, sur les territoires de l'ancien bassin industriel et minier, est particulièrement préoccupante.

Ces territoires connaissent, sur fond de baisse d'effectifs des médecins généralistes, des populations dont la santé est dégradée, fragilisée par des problèmes de précarité sociale et rencontrant de lourdes difficultés d'accès aux soins (Diagnostic, PASSIM).

Le tableau récapitulatif suivant met en correspondance les principaux résultats des derniers diagnostics réalisés à l'occasion de la préparation des CUCS et celui engagé dans le cadre de la définition d'une démarche territorialisée de santé (DTS) commanditée à l'association RESEDA par la communauté d'agglomération. Comme on peut l'observer, à chaque fois les diagnostics pointent quatre thématiques principales qui vont organiser l'action de l'ASV, soit : Hygiène alimentaire / nutrition ; Accès aux soins ; Conduites addictives et Santé mentale.

Diagnostics	Thématiques dominantes			
	Hygiène alimentaire / nutrition	Accès aux soins	Conduites addictives	Santé mentale
Diagnostic CUCS Piémont Cévenol	<p>Précarité importante, en particulier dans la vallée de la Cèze et de l'Auzonnet, Pays Grand Combien</p> <p>Personnes âgées : maintien à domicile décent (vallées minières)</p> <p>Jeunes et enfants : Malnutrition et pauvreté</p>	<p>Accès aux soins difficile pour les plus démunis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de spécialistes, éloignement des structures de prise en charge sanitaire et de maintien à domicile (très prégnant dans la vallée de la Cèze et de l'Auzonnet) - Services de santé scolaire (médecins, psychologues et infirmiers insuffisant en particulier vallée de la Cèze et de l'Auzonnet) 	<p>Jeunes et enfants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corrélation alcoolisme et désordres psychiatriques (canton de Bessèges) - Alcoolisme des femmes - Diffusion de drogues (aspect social : comportement inciviques, dealers) 	<p>Jeunes et enfants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perte de repères et hyperactivité avec difficultés de scolarisation
Diagnostics CUCS Grand Alès / Réseau santé vie sociale / Cellule de veille ASV (GIP contrat de ville)	Malnutrition et problèmes de surpoids et d'obésité	Précarité Difficultés d'accès aux soins et aux urgences	Difficultés de prise en compte des conduites addictives	Souffrance psychosociale et non prise en charge

<p>Projet Territorialisée de Santé (association RESEDA)</p>	<p>Démarche de Santé</p> <p>Populations précarisées avec mauvaise alimentation,</p>	<p>Personnes âgées isolement dépendance (hauts cantons)</p> <p>Accès aux soins : obstacles géographiques et ressources en structures et professionnels de santé limitées ou inexistantes</p> <p>Baisse de démographie médicale (en particulier pour le secteur psychiatrie alors que les besoins augmentent), difficulté de mise en lien de la santé scolaire (paupérisée) avec les secteurs sanitaires extra scolaire.</p>	<p>Populations précarisées avec mauvaise alimentation, alcoolisme, consommation de toxiques, souffrance psychosociale, détérioration de la santé mentale.</p> <p>Jeunes en difficulté (souffrance psychologique et consommation de produits)</p>
--	--	---	--

3) Equipe et articulations du volet santé

La singularité du montage institutionnel de l'ASV du bassin alésien qui découle du processus historique décrit plus loin mérite d'être pointé ici car il correspond à une figure rencontrée sur d'autres sites, où l'animation de la démarche est confiée à une instance tierce qui, comme ici, est souvent une association locale spécialisée en matière de santé ou de prévention. L'analyse de la situation alésienne révèle ainsi la complexité des processus qui peuvent conduire à ce type de stratégies, et montre que si elles permettent de résoudre « rapidement » les problèmes d'opérationnalisation de cette démarche (notamment pour des raisons d'expertise et/ou de choix politique quant au mode d'engagement de la municipalité sur cette thématique), à plus ou moins long terme elles peuvent aussi générer des difficultés politiques de portage du projet, liées aux contraintes qu'impose la délégation de gestion d'une politique publique à un opérateur privé ayant des intérêts sur le champ.

Pour comprendre les enjeux relatifs au choix alésien il faut d'abord rappeler l'historique du rôle stratégique joué sur ce territoire par l'association RESEDA, chargée de l'animation de l'ASV depuis sa création en octobre 2001. En effet, il est important de rappeler ici que les réseaux de santé du Bassin Alésien existent depuis 1994 et sont portés par cette association depuis 1998, dans le cadre d'un souci partagé par les principaux acteurs locaux de la santé de développement d'une stratégie territoriale cohérente en santé publique. Dans ce cadre et avant la création de l'ASV, l'association RESEDA animait notamment deux actions qui poursuivent les mêmes objectifs stratégiques de la politique de la ville en matière de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé sur le bassin alésien soit :

- d'une part, le réseau « Santé Vie Sociale » qui depuis 1994 s'intéresse tout particulièrement à la problématique de l'accès à la prévention et aux soins des publics défavorisés dans le cadre d'une stratégie de promotion de la santé,
- et d'autre part, l'association a été chargée de l'élaboration des bases d'une Démarche Territorialisée de Santé (DTS) pour le Pays des Cévennes qui devrait structurer le volet santé de la politique de l'agglomération du Grand Alès (l'association devrait ensuite pouvoir aussi animer cette politique).

Ainsi, considérant l'animation territoriale en matière de santé que l'association avait développée avec le soutien et à la demande des principales collectivités du bassin alésien, lorsque le Contrat de Ville ouvre la possibilité de mettre en place une démarche ASV en 2000, c'est tout « naturellement » l'association RESEDA qui sera chargée d'engager la mise en place du projet. Cependant, trois objections majeures ont été de suite levées par certains acteurs, à savoir : . Un débat existe au sein de l'association autour des enjeux politiques de ces options qui apparaissent en relative contradiction avec les intérêts et finalités de celle-ci, ainsi qu'au niveau des instances de gestion des CUCS, où l'on observe, d'une part, les difficultés d'intégration au cadre de l'action publique qui pose le positionnement externe au CUCS du dispositif d'animation de ce volet de la politique de la ville, et

d'autre part, les conflits d'intérêts qui apparaissent pour l'association qui par ailleurs développe des actions spécifiques dans ce même cadre qu'elle anime ...).

Ainsi, lorsque l'ASV a été mis en place dans le cadre du Contrat de Ville c'est à l'association RESEDA qu'on confia l'animation en « sous-traitance », et c'est le même schéma qu'on souhaita maintenir lorsqu'on décida d'étendre la même démarche ASV pour les CUCS Grand Alès et Piémont Cévenol.

On notera également ici la complexification (sinon fragilisation) de la fonction de coordination (confirmé lors de l'entretien avec la coordinatrice) du fait, d'une part, de son positionnement relativement éloigné du dispositif d'animation de la politique de la ville et d'autre part, de la démultiplication des pôles de référence politique de l'ASV, puisque la coordinatrice doit référer :

- aux directeurs de projet des 2 CUCS : Mme. Amélie Clément pour le Piémont Cévenol et Mr. Jean Marc Drioux pour l'Agglomération Grand Alès, qui assurent l'encadrement hiérarchique de la coordinatrice sur chaque CUCS,
- aux référents du groupe technique de l'ASV : chargé de soutenir et faciliter l'articulation des activités de l'ASV aux autres dispositifs d'action locale en santé, il est composé : du Dr Françoise Demateis pour l'agglomération ; de Mme. Annick Bourgoïn, du Dr Béatrice Coste Seignovert et des représentant des circonscriptions d'action sociale concernées pour le Conseil Général du Gard ; de Mr Philippe Veyrunes pour la DDASS du Gard, des représentants techniques des 3 communautés de communes concernées, un représentant de la CAF, des représentants des CCAS de Salindres, Saint Martin de Valgalgues et Saint Christol, d'un représentant de la CPAM du Gard et d'un représentant du centre hospitalier alésien,
- au Comité de pilotage de l'ASV : chargé de la définition des orientations stratégiques et de la validation des actions mises en œuvre par les membres du groupe technique, il est composé des référents techniques et des élu(e)s référents pour les questions de santé qui interviennent au niveau des territoires couverts par le dispositif politique de la ville.

Notons par ailleurs que, comme nous le confirma la coordinatrice lors des entretiens sur site, des difficultés de développement d'une démarche équilibrée sur les deux sites existent, qui semblent favoriser le site du CUCS Grand Alès faute de pouvoir développer une animation de proximité sur le site du CUCS Piémont Cévenol. Cela semble encore en rapport avec la tentative de maintien d'une cohérence historique lors de l'intégration de l'ASV à la démarche territorialisée de santé développée par l'association RESEDA : en effet, afin de maintenir la logique d'ensemble et de retrouver la cohérence entre la démarche de la politique de la ville et celle qui développait déjà l'association, il a

été décidé de confier la coordination de l'ASV à la coordinatrice du réseau Santé Vie Sociale (SVS), en complétant le mi temps consacré au réseau par un mi temps consacré à l'ASV. Cependant, lorsqu'on observe la répartition du temps total de travail un déséquilibre apparaît à la faveur du site du Grand Alès (50% d'un ETP pour le réseau SVS + 25% ETP dédié à l'ASV sur le territoire du CUCS du Grand Alès = 75% d'un ETP), qui ajouté aux difficultés géographiques d'accès au site du CUCS Piémont Cévenol depuis Alès, expliquent les difficultés rencontrées pour assurer la continuité de l'intervention de la coordinatrice sur le terrain, et par conséquent la capacité d'atteinte de l'un des objectifs stratégiques de la démarche, qui visait à promouvoir une culture de promotion de la santé sur le CUCS Piémont Cévenol, largement répandue sur l'autre site (l'absence d'une programmation d'actions de santé en 2008 sur ce site est certainement en partie en rapport avec ces difficultés de coordination et d'animation d'un tissu d'acteurs local insuffisamment sensibilisé à ce type d'approches).

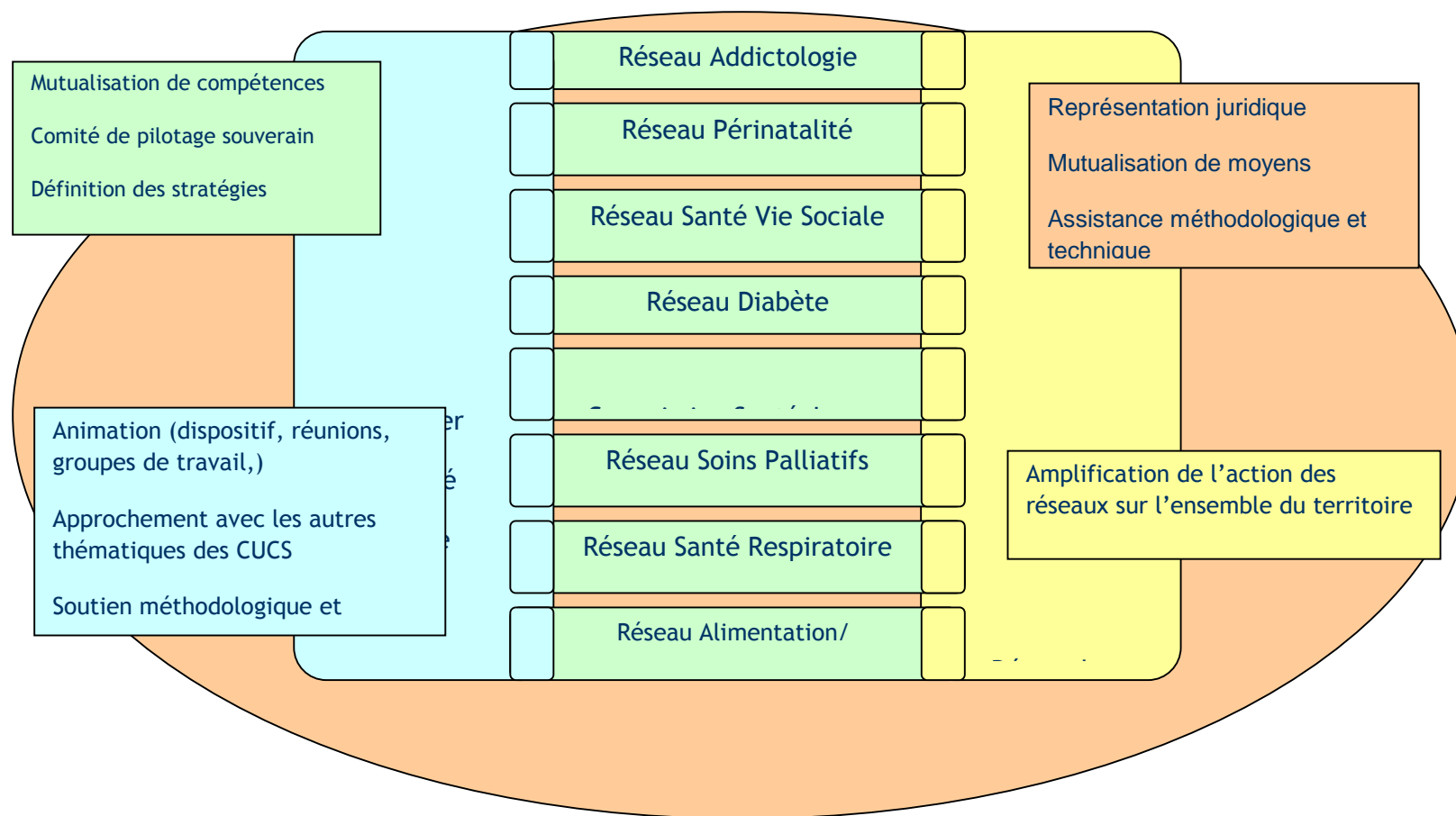
Les témoignages des personnes interviewées ont, par ailleurs, permis de confirmer l'importance du degré d'engagement politique des municipalités sur la thématique santé, qui apparaît comme un déterminant majeur de la qualité du positionnement de la démarche ASV au sein des CUCS. En effet, lorsqu'elles ont pu aborder la question de l'importance relative accordée par les municipalités à la thématique santé, il apparaît clairement que même dans des sites aussi expérimentés que celui d'Alès le positionnement politique de la santé dans les politiques municipales reste difficile, ce qui ne facilite pas l'articulation de l'ASV aux CUCS. Ainsi, les personnes interviewées ont fait état de cette situation paradoxale sur ce territoire où ils constatent que le débat politique local autour de la thématique santé du territoire s'opère surtout au sein de l'association RESEDA, certes avec la participation des élus locaux les plus sensibles à la question (y compris le propre maire de la ville d'Alès), mais pratiquement pas dans les instances de décision des propres municipalités. Ainsi, si cette situation indique la confiance des élus locaux dans l'association porteuse de l'ASV (*« ils nous font confiance... [...] il n'y a pas de luttes de pouvoir entre les municipalités sur ces questions.. [...] les élus ont des questions et des attentes très concrètes en matière de santé, auxquelles RESEDA doit répondre : continuité de l'offre de soins, ordre public et alcoolisme... »*), elle n'indique pas pour autant une réelle intégration politique du projet aux politiques locales, ce qui constitue un véritable facteur de diminution de l'impact et surtout de la portée et durabilité des effets de la démarche : *« [...] ...il y a très peu de débats entre les élus sur la santé dans les municipalités... même à Alès il n'y a presque jamais de débats sur cette question... même moi qui suis là depuis plus de vingt ans... je suis autorisée à développer cette démarche aussi bien à la municipalité qu'à l'agglomération, car le Maire me fait confiance et me soutien... mais en même temps je n'arrive pas à avoir un débat de fond avec le Maire !... [...] depuis que je suis là il y a eu un seul débat sur la santé au Conseil Municipal !... les élus ont rarement une vision globale des problèmes de santé... ils sont surtout préoccupés par leurs propres problèmes... ils veulent participer à des actions où ils apparaissent... »*.

Un des élus à la santé rencontrés confirmait cette difficulté d'explicitation des conditions d'inscription de la thématique santé au sein de la stratégie municipale dans les termes suivants : *« La santé on en parle finalement très peu, je crois qu'il faudrait faire plus d'informations auprès des gens... des élus aussi !... on ne se rencontre pas assez entre élus pour parler de la santé... j'aimerais*

qu'on prenne conscience que la santé est partout... j'ai participé à une réunion au niveau régional sur le nouveau PNS2 qui va se mettre en place et là on voit vraiment que la santé est partout.. et il est vrai qu'au sein de la municipalité les différentes dimensions de cette question sont prises en compte, mais il n'y a pas de cohésion... c'est des morceaux dissouts... »

Le schéma suivant permet de comprendre le mode d'articulation entre la démarche ASV (centrée sur le périmètre des deux CUCS) et la Démarche Territorialisée de Santé (centrée sur le périmètre de l'agglomération du Grand Alès et au bassin sanitaire alésien), et de distinguer les fonctions que l'association RESEDA développe dans chaque démarche :

Le volet santé des CUCS du Grand Alès et du Piémont Cévenol : articulation de l'ASV commun et de la démarche territoriale de Santé



Animation de l'ASV : RESEDA – Association pour la coordination des réseaux de santé du bassin alésien

(Schéma présenté par Mme Sébastien Chastanier - Coordinatrice de l'ASV à la journée Santé Montale organisée par l'ASV de Bassin du Cèze le 12/04/2009)

4) Le positionnement politique de la santé

Comme le rappelle le Maire de la ville d'Alès dans le courrier dont nous reproduisons ci-dessous un extrait¹⁰, l'ASV a été adopté dès 2001 parce qu'il s'agissait d'une démarche qui correspondait naturellement avec les orientations politiques en matière de santé que les collectivités locales du bassin alésien développaient depuis au moins huit ans.

On perçoit ainsi une situation souvent rencontrée sur le terrain, dans laquelle l'ASV apparaît comme un support de développement d'une politique locale engagée bien avant la mise en place de la politique de la ville, à laquelle cette démarche devra s'adapter. On peut en effet clairement percevoir ici cette situation relativement typique dans laquelle la démarche ASV ne pouvait se développer sans intégrer les dynamiques et dispositifs reconnus localement, au risque de déborder le cadre et la logique de l'action publique prévus (nous verrons plus loin que si le choix fait de déléguer l'animation de l'axe thématique santé du CUCS à un opérateur privé du champ, l'association RESEDA, apparaissait évident et logique au niveau local, cela n'empêchera pas de poser quelques difficultés de lisibilité et d'acceptabilité au niveau des institutions publiques partenaires engagées dans la démarche, en particulier les services de l'Etat).

« La ville d'Alès, persuadée qu'elle avait un rôle à jouer dans le champ de la santé en tant qu'institution de proximité et ce, en complémentarité avec les services de l'Etat et du Conseil Général, a initié et soutenu dès 1993, la mise en place d'une politique de santé publique locale basée sur le développement des pratiques de réseau. Elle a apporté, aux différents professionnels désireux de dépasser les clivages institutionnels et d'apporter continuité, cohérence et qualité aux prises en charges des personnes, son concours sur le plan financier, logistique et conceptuel.

De fait, ce travail confié au Service Communal d'Hygiène et de Santé de la ville s'est organisé sur l'ensemble du Bassin Sanitaire Alésien, dépassant largement le territoire propre de la commune d'Alès.

¹⁰ Lettre du 25 août 2003 adressée à la DRASS – Languedoc Roussillon lors de la présentation du dossier de demande de subvention à la DATAR dans le cadre de l'appel à projets conjoint avec le ministère de la santé "Expérimentations de démarches locales partagées de santé et d'action sociale dans le cadre de projets territoriaux de développement", document communiqué par le Dr F. Demateis

Dès 1994, le développement de la dynamique de réseau a été soutenu par la Politique de la Ville, dans le cadre du XI^{ème} plan par un PACT Urbain couvrant plusieurs communes et dont le volet social incluait des actions de santé. A partir de 1996, ce travail a été mené en articulation étroite avec les Programmes Régionaux de santé (PRS) et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

C'est dans ce contexte que plusieurs réseaux de santé de proximité, thématiques ou populationnels se sont développés et, avec le soutien et la participation de la ville d'Alès et du conseil général, se sont regroupés depuis 1998 au sein d'une coordination de réseaux, l'association RESEDA.

Les recommandations pour la mise en œuvre des volets santé des Contrats de Ville ont conforté les professionnels sanitaires et sociaux de la ville d'Alès dans leur travail. Dans le cadre du Contrat de Ville 2000-2006 recouvrant lui aussi plusieurs communes, l'Atelier Santé Ville, parce qu'il existait déjà une organisation de l'ensemble des acteurs sur le bassin sanitaire, a pu rapidement se mettre en place, définir de priorités et déboucher sur des actions concrètes.

De fait, ce travail auquel, avec l'adjoint délégué à la santé, le Docteur Marc Bavard, également délégué communautaire, j'attache une grande importance, constitue une véritable démarche de territoire, territoire qui recouvre largement celui de la Communauté d'agglomération.

Cette démarche correspond tout à fait aux recommandations des "schémas des services collectifs sanitaires" prévus par la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire

C'est bien sur ces mêmes principes que la politique locale du bassin sanitaire alésien s'est construite : organisation graduée et en réseau de l'offre de soins, évolution vers des pratiques professionnelles coordonnées, correction des inégalités, amélioration de l'accès aux soins approche globale de la santé, articulation du soin et de la prévention, du soin et du social, développement de la prévention et de la promotion de la santé, coopération étroite entre les différents secteurs : sanitaire, social et médico-social,

A ce jour, cette démarche territoriale de santé, alors qu'elle existe de fait en pratique, ne figure pas encore parmi les compétences institutionnelles de la Communauté d'agglomération.

Compte tenu des enjeux et des dimensions à maîtriser pour la mise en œuvre de l'ensemble de leur projet de développement, les responsables communautaires estiment en effet indispensable que chaque volet fasse l'objet d'une réflexion et d'une maturation suffisante pour parvenir à une appropriation collective.

C'est l'objet de la fiche 1 du projet "animation et assistance à la mise en œuvre du projet d'agglomération" qui prévoit la poursuite du processus sur différents thèmes et

permettra à la commission des affaires sociales d'intégrer, à terme, un volet santé et d'affirmer ainsi le soutien apporté aux réseaux de santé de proximité du Bassin alésien. »

Max ROUSTAN

Maire de la ville d'Alès

Député du Gard

Président de la Communauté d'Agglomération du Grand Alès

Ainsi, l'analyse des conditions de gestion politique du volet santé des CUCS Grand Alès et Piémont Cévenol révèle une situation paradigmatique des conditions dans lesquelles la politique de la ville opère dans le champ de la santé publique locale, lorsque celui-ci apparaît structuré par un projet qui la précède, dans ce cas en développant la fonction de « *switch* » décrite dans le document de synthèse.

Les principaux moments du long processus qui conduisit à la situation actuelle nous ont été rappelés par les personnes interviewées, en particulier par le Dr Demateis, que nous pouvons résumer de la manière suivante :

- constitution d'un « *socle d'action local* » avec le développement des réseaux de santé (Ville Hôpital Sida et toxicomanies au départ), en 1993,
- articulation de la démarche locale aux nouvelles politiques publiques territorialisées de santé engagée dès 1996, en participant à la mise en œuvre du PRSP,
- actions ciblant des publics socialement vulnérables développées dans le cadre du PRAPS à partir de sa mise en place en 1998,
- création d'une structure de mutualisation et aide au développement des réseaux différenciée de la municipalité d'Alès (qui portait le projet) en 1998. L'association pour la coordination des réseaux de santé du bassin alésien « RESEDA » sera ainsi créée pour :
 - d'une part, assurer la représentation juridique, apporter un soutien méthodologique et de gestion, et assurer la valorisation et la communication des réseaux,
 - d'autre part, animer des projets de santé transversaux sur le territoire ;

- engagement d'une expérimentation de coopération locale en santé publique avec l'Etat et les principaux partenaires concernés par la question dans le cadre du Contrat de Ville 2000/2006 de la politique de la ville, en adoptant notamment la démarche ASV dès sa mise en place en 2001, dont la coordination sera confiée à RESEDA ;

- engagement d'une réflexion et sensibilisation des collectivités territoriales du Pays des Cévennes et de la Communauté d'Agglomération du Grand Alès, sur l'intérêt d'inclure la thématique santé dans leurs projets de territoire, notamment à l'occasion de la participation à l'appel à projet lancé par la DATAR pour l'élaboration des Schémas de services collectifs sanitaires, en 2003,

- engagement début 2006, d'une réflexion sur l'opportunité d'intégrer la thématique santé au schéma directeur du Pays, à la demande des élus qui siègent dans les commissions du Pays ;

- élaboration d'une « Démarche Territorialisée de Santé » (DTS) à l'échelle du Pays des Cévennes en participant aux travaux du SROS III (en correspondance avec le Territoire de recours et d'hospitalisation de cette programmation), en 2006,

- inscription d'un volet santé dans le cadre du projet Agenda 21 de la ville d'Alès pour la période 2006/2008, lors de l'adhésion formelle de celle-ci en 2006,

- en cohérence avec le projet d'une DTS pour du Pays des Cévennes et de la Communauté d'Agglomération du Grand Alès, adoption d'un ASV commun aux CUCS Grand Alès et Piémont Cévenol, en 2007, dont la coordination sera confiée à RESEDA ;

- le repositionnement de la DTS au niveau de la Communauté d'Agglomération du Grand Alès : stabilisation de l'équipe technique chargé de l'animation de l'ASV qui sera mis à la disposition de l'association RESEDA, en octobre 2008,

- adoption en décembre 2008 du principe d'intégration de la dimension santé dans le schéma directeur du Pays et intégration de plusieurs fiches santé dans l'avenant au contrat de Pays dont une fiche sur la concertation (un dossier de demande de subvention a été déposé auprès des services des Conseils Général et Régional) ;

- la poursuite du processus visant à positionner, à terme, la DTS au niveau du Pays (considéré comme le niveau territorial le plus pertinent sur le bassin alésien), en 2009...

Ainsi, dans cette configuration on peut dans un premier temps apprécier la « plasticité » du cadre santé de la politique de la ville et la plus value qui peut apporter aux dynamiques locales la démarche ASV : sans nécessairement mettre en cause ni limiter la définition d'orientations locales spécifiques qui peuvent dépasser le cadre du CUCS, celle-ci peut apporter, par sa méthode et moyens propres, une contribution positive à la structuration d'une politique territorialisée de santé locale et faciliter l'articulation de celle-ci aux politiques publiques correspondantes.

Le cas de l'expérience d'Alès permet aussi d'observer que la temporalité du processus de structuration du champ local de la santé est long (15 ans au moins dans ce cas), ce qui permet d'inférer que lorsque la politique de la ville joue le rôle d'initiateur ou de facilitateur de ce type de processus (cf. les ASV ayant une fonction « *starter* » et « *échaffaudage* » décrits dans la synthèse finale), les « résultats » qu'elle produit ne pourront pas être envisagés à court terme.

Par ailleurs, on observera également ici que le positionnement et la dynamique du volet santé des deux CUCS apparaît particulièrement marqué par deux facteurs déterminants dans la structuration des démarches ASV soit, d'une part, par l'engagement fort des acteurs locaux de la santé sur des problématiques de santé publique prioritaires (ils ont été à l'origine de la stratégie de réseaux qui caractérise l'approche privilégiée dans ce site), et d'autre part, par un soutien croissant des élus et collectivités locales du territoire aux porteurs du projet (le soutien politique des gouvernants locaux apporte la légitimité et assure la durabilité nécessaire au développement du projet).

Un autre enseignement généralisable à extraire de l'expérience alésienne (parce que répondant à une question souvent posée sur les sites étudiés), renvoi à la question de la territorialité formelle des ASV, qui correspond rarement avec la territorialité des dynamiques et carte des déterminants de la santé des populations ciblées par la politique de la ville (déterminée notamment par les lieux de résidence des publics). En effet, l'expérience (plutôt rare) de l'adoption sur ce site d'une même démarche ASV pour deux CUCS afin de retrouver le périmètre le plus proche de la réalité territoriale de la problématique santé considérée confirme, d'une part, que le périmètre territorial et social de la politique de la ville est souvent en deçà des dynamiques de santé locales¹¹, et d'autre part, que le cadre d'action ASV est suffisamment plastique pour que sa territorialité formelle puisse être adaptée aux réalités locales sans porter atteinte à la cohérence de la politique qui le définit (à condition, bien entendu, que la problématique territoriale soit suffisamment maîtrisée par les planificateurs et qu'une dynamique locale puisse porter un projet, comme semble être le cas ici).

¹¹ « *le territoire vécu, n'est pas nécessairement celui défini dans un bureau par des experts, ici c'est le Pays, de ce point de vue l'ASV n'est pas pertinent, c'est trop petit... en fait il correspond plutôt avec le territoire de recours et d'hospitalisation utilisé pour le SROS III...* », dira l'une des personnes interviewées...

L'analyse du processus de mise en œuvre de l'ASV alésien montre également qu'en matière de santé publique la politique de la ville offre, comme dans d'autres secteurs de son champ, un cadre qui contribue à raccorder les projet locaux aux politiques et dispositifs publics territorialisés, ainsi que quelques ressources financières et méthodologiques qui aident à structurer les dispositifs d'animation de ces projets.

5) La programmation locale en santé publique

Depuis 2006 les orientations d'actions inscrites dans l'ASV conforment des programmes locaux de santé publique (PLSP) qui, comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous, ont toujours été organisés autour des 4 principales thématiques identifiées dans les diagnostics (cf. commentaires précédents) :

Les PLSP de l'ASV du bassin alésien		
Année 2006	Année 2007	Année 2008
Equilibre alimentaire et prévention de l'obésité	Malnutrition et problèmes de surpoids et d'obésité	Malnutrition et problèmes de surpoids et d'obésité
L'urgence et son fonctionnement dans les représentations sociales des habitants	Difficultés d'accès aux soins et aux urgences	Difficultés d'accès aux soins et aux urgences
Addictions et Risques Professionnels, Alcool, Tabac, Cannabis et médicaments au travail	Difficultés de prise en compte des conduites addictives	Difficultés de prise en compte des conduites addictives
	Souffrance psychosociale et non prise en charge	Souffrance psychosociale et non prise en charge

Rappelons également ici que les objectifs assignés à l'ASV sont complémentaires de ceux définis et réalisés dans le cadre des activités coordonnées par l'association RESEDA par ailleurs à partir des 8 réseaux de santé thématiques, soit :

- *Gérontologie (thématique abordée sur le territoire depuis 1992),*
- *Addictologie (thématique abordée sur le territoire depuis 1993),*
- *Soins Palliatifs (thématique abordée sur le territoire depuis 1995),*
- *Périnatalité (thématique abordée sur le territoire depuis 1996),*
- *Santé Vie Sociale (privilégiant une approche de promotion de la santé, sont abordées ici diverses thématiques intéressant notamment les publics socialement vulnérables, depuis 1996),*
 - *Diabète (thématique abordée sur le territoire depuis 1999),*
 - *Santé Respiratoire (thématique abordée sur le territoire depuis 2001),*
 - *Obésité Infantile (thématique abordée sur le territoire depuis 2006).*

Enfin, le tableau suivant permet d'apprécier le degré de correspondance entre les orientations des PLSP réalisés en 2006, 2007 et 2008 et ceux déclinés tant au niveau régional dans le cadre du PRSP LR 2006-2009, qu'au niveau national dans la période 2001-2010.

Comme on peut le voir il y a une forte convergence entre les différents niveaux de programmation et d'action, qui confirme la cohérence entre la démarche locale et les orientations prioritaires des politiques de santé publique territorialisées.

Plans et programmes de santé nationaux prioritaires	Objectifs prioritaires du PRSP LR	PLSP de l'ASV bassin alésien et Autres contributions de RESEDA		
		2006	2007	2008
2001 – 2010	2006 – 2009			
Plan national "nutrition santé (2001- 2005 : 2006 - 2010)"	Objectif 1 - Promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique quotidienne	Equilibre alimentaire et prévention de l'obésité	Malnutrition et problèmes de surpoids et d'obésité	Malnutrition et problèmes de surpoids et d'obésité
Programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2 (2002-2005)		Autres contributions de RESEDA : réseau Diabète (depuis 1999)		
Programme de santé scolaire et d'éducation à la santé		Autres contributions de RESEDA : réseau Obésité Infantile (depuis 2006)		
Plan national d'éducation pour la santé (2003-2007)	Objectif 6 - Promouvoir les campagnes d'information du public en faisant émerger des stratégies régionales de communication	L'urgence et son fonctionnement dans les représentations sociales des habitants	Difficultés d'accès aux soins et aux urgences	Difficultés d'accès aux soins et aux urgences
Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004- (2008)	Objectif 5 - Prévenir les usages répétés, excessifs et nocifs de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis...)	Addictions et Risques Professionnels, Alcool, Tabac, Cannabis et médicaments au travail	Difficultés de prise en compte des conduites addictives	Difficultés de prise en compte des conduites addictives
Plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives (2004)	Objectif 7 - Prévenir les violences et leurs conséquences sur la santé			
	Objectif 14 - Repérer précocement les usages			

addictives (2004)	nocifs de substances psychoactives et améliorer la prise en charge des personnes à risques	Autres contributions de RESEDA : réseau Addictologie (depuis 1993)		
Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2008)	Objectif 18 - Reconnaître et prendre en charge précocement la souffrance psychique quels qu'en soient les différents modes d'expression		Souffrance psycho sociale et non prise en charge	Souffrance psycho sociale et non prise en charge
Stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005)				

Plans et programmes de santé nationaux prioritaires	Objectifs prioritaires du PRSP LR	PLSP de l'ASV bassin alésien et Autres contributions de RESEDA		
		2006	2007	2008
2001 – 2010	2006 – 2009			
Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2005-2008	Objectif 16- Réduire la contamination par le SIDA, les hépatites et les infections sexuellement transmissibles (IST) et veiller à une prise en charge de qualité	Autres contributions de RESEDA : réseau Santé Vie Sociale (depuis 1996)		
Plan national hépatites virales C et B 2002-2005	Objectif 8 - Préserver la santé bucco-dentaire			
Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage (mars 2001)	Objectif 20 - Organiser la détection et la prise en charge des troubles des apprentissages			
Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002-2009	Objectif 22 - Prévenir la perte d'autonomie de la personne vieillissante	Autres contributions de RESEDA : réseau Gériatrie (depuis 1992)		
Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007	Objectif 24 - Améliorer la qualité de vie et de prise en charge des personnes âgées et des aidants			
Programme de développement des soins palliatifs 2002-2005		Autres contributions de RESEDA : réseau Soins Palliatifs (depuis 1995)		
Programme d'actions de prévention et prise en charge de l'asthme 2002-2005		Autres contributions de RESEDA : réseau Santé Respiratoire (depuis 2001)		
Plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement	Objectif 23 - Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et de maladies rares ou d'incapacités et des aidants			
Plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques				

Plan périnatalité : humanité, proximité, sécurité, qualité 2005-2007	Objectif 21 - Développer la prévention, le dépistage et la prise en charge durant la période périnatale et organiser le suivi de certaines catégories de nouveaux nés à risque	Autres contributions de RESEDA : réseau Périnatalité (depuis 1996)
	Objectif 9 - Améliorer la couverture vaccinale de la population générale et des populations cibles	

6) Mobilisation et partenariat

Alors que la capacité de mobilisation des professionnels et diverses associations du territoire autour de la thématique santé par l'association RESEDA (cf. notamment aux activités développées sur le territoire alésien dans le cadre des 8 réseaux de santé qu'elle coordonne) est largement reconnue et apparaît comme l'un de ses principaux atouts mis à profit de la démarche ASV, des témoignages de certains partenaires institutionnels rencontrés lors de notre visite sur site révèlent que le processus d'intégration à l'ASV de la dynamique portée par RESEDA est encore inachevé.

Ainsi, les observations recueillies mettent notamment en évidence, d'une part, des difficultés de « lisibilité » de la démarche ASV en rapport avec la spécificité du mode de coordination choisi (qui ne semble pas toujours faciliter la mise en place du climat de confiance indispensable à l'adhésion des acteurs du champ), et d'autre part, des difficultés liées aux résistances culturelles et organisationnelles à la mise en place d'une démarche territorialisée en matière de santé reposant sur l'intersectorialité.

En effet, la difficulté à développer une démarche reposant sur des partenariats suffisamment structurants et durables ont été pointés en rapport avec le conflit d'intérêts de principe qui apparaît lorsqu'on confie l'animation d'une démarche publique comme l'ASV à un opérateur local ayant un statut associatif, qui par ailleurs développe aussi des activités qui peuvent entrer en concurrence avec celles développées par les autres opérateurs locaux. Notons que ce n'est pas tant sur le fond que portent les critiques, mais plutôt sur la forme du dispositif d'animation de la démarche et les effets contre-productifs que cela produit aussi bien au niveau du terrain que des institutions.

Ainsi, alors que l'une des personnes rencontrées tout en reconnaissant l'intérêt des apports de RESEDA, signalait : « [...] en même temps il est vrai aussi que sur le terrain il y a des acteurs qui ne comprennent pas facilement quel est son rôle... dans la mesure où la coordinatrice est membre d'une association impliquée dans des actions locales, il y en a qui craignent qu'on vienne marcher sur leurs plats de bande... il y a une espèce de non compréhension du rôle de coordination et du rôle de développeur qui peut avoir RESEDA... Par exemple sur le Pays du Grand Combien il y a toute une réflexion qui se met en place avec des associations locales importantes [...], mais là le rôle de RESEDA est mal perçu dans la mesure où elle est surtout considérée comme une association à même de déposer des projet aussi... potentiellement concurrente... et il y a aussi la question du territoire : ils se demandent qu'est-ce qu'une association d'Alès vient faire dans ce territoire ?... » ...Une autre rappelait : « C'est vrai que sur Alès il y a une antériorité et c'est plus difficile à comprendre, mais dans notre territoire la situation est beaucoup plus claire, dans la mesure où RESEDA est une association implantée sur Alès... et cela permet, dans la mise en place de politiques publiques territoriales cohérentes, de sortir des contradictions financeur / financé...dans notre territoire la fonction de RESEDA est bien identifié... elle a un rôle d'intermédiation intéressant, et sur la thématique santé en particulier ils jouent aussi un rôle important d'accompagnement des associations locales... ».

Par ailleurs, un représentant d'un financeur d'actions de l'ASV a aussi pointé la difficulté à faire comprendre aux responsables institutionnels le double rôle de cette association, qui en même temps qu'elle aide des acteurs locaux à élaborer des projets dans le cadre de l'ASV, dépose d'autres projets qui captent le même type de crédits : *« J'ai encore des difficultés à trouver la place entre RESEDA et l'ASV... je suis membre de droit du Comité de Pilotage [...] et je suis informée... mais j'ai du mal à comprendre l'articulation entre RESEDA et l'ASV... c'est difficile... je commence juste à comprendre que l'un est dans l'autre... et quand on comprend comment ça fonctionne on comprend que c'est satisfaisant... c'est au niveau de l'articulation de l'un avec l'autre... je pense cependant que s'il y avait une structure mieux différenciée ça serait plus clair... je crois de toutes façons que le fait d'être une association engagée dans des actions de terrain et bénéficiant de financements publics l'empêche d'avoir un regard impartial... ».*

Un autre participant a rappelé que la difficulté de lisibilité du projet et rôle de RESEDA venait probablement du maintien de l'une de ces actions, en apparente concurrence avec la propre politique de la ville : *« [...] certains de ses projets semblent en concurrence directe avec les objectifs de la politique de la ville, comme par exemple le réseau « Santé Vie sociale » qui a les mêmes objectifs que l'ASV, et induisent une certaine confusion dans la représentation qui s'en font de cette association certains décideurs politiques et institutionnels ou certains acteurs de terrain... alors que cela ne se produit pas pour autant avec ses interventions sur d'autres thématiques plus « précises » et « typiquement sanitaires » comme le diabète par exemple... ».*

Le positionnement de la fonction de coordination en dehors des équipes chargées de l'animation des CUCS, a également été évoquée pour expliquer les difficultés à comprendre la démarche ASV : *« C'est vrai que les choses sont compliquées dans la mesure où pour gérer la politique de la ville il y a un GIP qui coordonne avec des thématiques bien précises avec des chargés de mission sur des thématiques qu'on considère comme prioritaires, par exemple en matière de réussite éducative... cela paraît beaucoup plus cohérent et plus clair qu'il y ait un chargé de mission par thématique... maintenant cela semble, à l'heure actuelle, difficile de le faire pour la santé dans la mesure où il y a un seul ASV pour deux CUCS... idéalement un chargé de mission développeur local en matière de santé rattaché à une structure plus institutionnelle faciliterait le travail de développement local qui n'est pas toujours très clairement fait sur ces territoires... »*

Enfin, on a également pointé ici la difficulté d'intégration durable de partenariats dans le cadre d'une politique publique contractuelle comme celle-ci en ayant comme interlocuteur une structure associative : *« Par contre, il est vrai que RESEDA a aussi un certain nombre de handicaps qui ne font pas le partenaire idéal pour la conduite d'une politique publique, comme par exemple la fragilité financière propre aux associations, qui ne permet pas de la considérer comme un partenaire fiable pouvant inscrire son action de manière durable ».*

Par ailleurs, les personnes rencontrées ont également noté que les difficultés de développement de partenariats cohérents et efficaces étaient en rapport avec le poids des représentations et modes opératoires cloisonnés propres aux acteurs professionnels et institutionnels des différents secteurs d'activité qui sont convoqués dans le cadre de la démarche ASV. En effet, les acteurs rencontrés ont ici confirmé que, comme dans d'autres champs de la politique de la ville, l'intersectorialité en matière de santé apparaît comme un objectif particulièrement difficile à atteindre, face auquel les

acteurs chargés de le réaliser dans le cadre de l'ASV se trouvent souvent relativement impuissants. L'approche globale proposée dans le cadre de l'ASV est souvent limitée par l'absence d'une culture de promotion de la santé des acteurs de terrain, mais aussi par le mode d'organisation et le découpage des champs de compétence professionnels et institutionnels :

« L'articulation de la santé aux autres volets de la politique de la ville est dans le projet mais se formalise peu à peu, des obstacles de terrain apparaissent : les opérateurs ne sont pas en capacité d'intégrer cette thématique... par exemple les centres sociaux qui sont de acteurs majeurs... parfois les professionnels ne sont pas capables de déceler ce qui se passe devant eux depuis cette perspective... par exemple les animateurs jeunesse des fois ne voient pas et n'abordent pas les questions de santé alors que les responsables et l'institution y sont prêts à le faire... Cela explique que par exemple cette année il n'y a aucune action santé inscrite au programme du CUCS... »

« Il ya des réticences entre les acteurs des différents secteurs à sortir de leurs cultures propres et accepter une approche globale ou transversale... les chargés de mission sur la question comprennent ces choses, mais quand on est avec les services de terrain... c'est autre chose !... au niveau des services du CG par exemple c'est très difficile... entre les vœux pieux de la politique de la ville et la réalité des services de l'Etat et du CG... c'est très difficile... ce sont des représentations mais aussi des champs de compétences... c'est comme la question de l'intégration de la politique de la ville et le droit commun... ».

« Sur l'inscription du volet santé au sein du CUCS je crois qu'il y a des très bonnes liaisons qui sont faites et l'action de RESEDA va vraiment dans cette direction, mais ensuite sur le terrain souvent les choses sont plus compliquées parce qu'on se heurte à des représentations et des modes d'organisation qui sont très cloisonnées, qui n'appréhendent pas la globalité des problématiques, par exemple en liant santé et habitat... Le CUCS avec l'ASV en particulier devrait aider à améliorer la compréhension de cette problématique... cela est l'une des principales missions de l'ASV, par des formations et de la communication... mais comment faire?... on se heurte toujours aux représentations et aux réticences institutionnelles... »

Cependant, certains commentaires recueillis confirment l'intérêt du recours à l'association RESEDA, qui par ses activités en réseau semble apporter des réponses aux problèmes d'intersectorialité :

« mais les problèmes de mobilisation s'expliquent aussi parce que le droit commun existe et que des actions comme celles menées par RESEDA apportent également des réponses aux problèmes du territoire en réduisant la nécessité d'interventions spécifiques depuis le CUCS... ce sont des réponses intéressantes également parce que ce sont des mises en réseau des ressources locales... »

« [...] lorsque la question s'est posée en 2001 de mettre en place un ASV, qui a été le premier du département... on a décidé de proposer la coordination à RESEDA même si on savait que ce n'était pas la solution idéale... mais on l'a fait par la facilité d'accès et de mobilisation des professionnels du territoire que l'association pouvait avoir, par la possibilité de travailler sur des thématiques prioritaires comme le diabète ou les toxicomanies avec les réseaux coordonnés par l'association ainsi que la possibilité de bénéficier de l'expertise de son équipe... tout ça apparaissait comme des atouts qui permettaient de lancer l'ASV dans les meilleures conditions... ».

7) Participation de la population

Une des principales missions de l'ASV (cf. Circulaire DIV/DGS ; 13/06/2000) est de développer d'une part, la participation active de la population à toutes les phases des programmes (diagnostic, définition des priorités, programmation, mise en œuvre, évaluation) et d'autre part, la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes. Bien que l'ensemble des activités coordonnées dans le cadre de l'ASV cherchent à développer ces objectifs, des actions spécifiques sont notamment développées dans le cadre du Réseau Santé Vie Sociale, réseau populationnel créé en 1996 pour qui cela constitue l'objectif stratégique majeur.

L'analyse des formes de participation de la population au sein des multiples actions destinées à la faciliter dans le cadre de l'ASV, montrent qu'il s'agit d'actions relativement classiques qui n'intègrent pas encore cette catégorie d'acteurs aux instances chargées de la gouvernance de la démarche. En effet, l'appréciation du degré de participation sociale dans les activités santé à l'aide de l'échelle de Sherry Arnstein¹², montre une configuration qui correspond essentiellement au 2^{ème} niveau de participation qualifiée par cette auteure de « coopération symbolique »¹³, même si certaines activités correspondent aussi avec le premier degré du troisième niveau de participation (celui de la « véritable » participation d'après l'auteur caractérisée par le partage du pouvoir), soit celui qui consiste en la formation d'un partenariat, ce qui revient à une redistribution du pouvoir par une formule de négociation entre les citoyens et ceux qui le détiennent. Ces partenariats se concrétisent dans la formation de comités associant ces parties, qui deviennent responsables des décisions et de la planification des opérations.

Ainsi, la reproduction ci-dessous d'un extrait de la fiche de présentation et synthèse des activités réalisées en 2007 par le Réseau Santé Vie Sociale, illustre le mode et la portée de ses activités engagées depuis 2003 dans le cadre des « rencontres professionnels usagers » (dans le cadre de sa commission de travail professionnels/usagers de la santé, l'association RESEDA a engagé un travail d'échanges avec 4 des 8 associations de quartier identifiées sur une période d'un an, avec la participation de 12 personnes en moyenne aux 15 rencontres qui ont eu lieu, et 20 professionnels de santé différents mobilisés).

RESEAU SANTE VIE SOCIALE Du Bassin Alésien - BILAN ACTIVITES ANNEE 2007

IV / Rencontres entre professionnels et usagers de la santé

En 2001, le Réseau Santé Vie Sociale a été l'initiateur de rencontres entre des professionnels

¹² Pour une explication et application de cette échelle à la politique de la ville, voir notamment l'article de Jacques Donzelot et Renaud Epstein : *Démocratie et participation : l'exemple de la rénovation urbaine*, publié dans la revue Esprit (dossier « forces et faiblesses de la participation »), n°326, 2006 – pp. 5-34

¹³ Le second niveau comporte trois degrés :

- en premier, l'information, phase nécessaire pour légitimer le terme de participation mais insuffisant tant qu'elle privilégie un flux à sens unique, sans mise en place de canaux assurant l'effet retour (*feed back*).
- en second, vient la consultation également légitimante, mais à peine plus conséquente, car n'offrant aucune assurance que les attentes et suggestions des personnes consultées seront prises en compte. Il s'agit alors d'un simple rituel le plus souvent sans conséquence,
- en troisième, arrive la réassurance (*placation*) qui consiste à autoriser ou même inviter des citoyens à donner des conseils et à faire des propositions mais en laissant ceux qui ont le pouvoir, seuls juges de la faisabilité ou de la légitimité des conseils en question.

des secteurs médico-sociaux et des citoyens usagers de la santé.

Depuis 2002, ces rencontres s'organisent grâce aux compétences des professionnels des différents réseaux de santé, en fonction des thèmes demandés par les membres des associations.

Pour ces rencontres entre professionnels et usagers de la santé, les rôles se répartissent comme

suit :

Rôle des associations :

Les animateurs mobilisent le public autour du sujet qui les préoccupe et ils organisent la rencontre dans les locaux de l'association.

Rôle de la coordinatrice technique du Réseau Santé Vie Sociale :

En fonction des préoccupations des usagers de la santé recueillies, au préalable, par les animateurs, la coordinatrice technique s'attache à cibler le professionnel adapté à la thématique sollicitée et à organiser la rencontre avec ce professionnel.

Ainsi, les échanges entre les usagers de la santé et les professionnels visent à **répondre aux interrogations du public** présent en créant un climat de confiance, propice aux échanges entre habitants et professionnels : les débats amènent parfois une prise de conscience collective de l'influence des facteurs environnementaux sur l'état de santé. De plus, ils visent à **repérer les problématiques et les points positifs** autour de 3 axes :

- l'accès aux soins
- les relations avec le dispositif de soins et les professionnels de santé
- les connaissances et les comportements en matière de prévention

En 2007, **19 rencontres** ont eu lieu.

Les rencontres ont eu lieu avec 10 associations différentes (AGFAS, ASPI, Langue et Partage, Carrière Formation Conseil, Collectif d'action contre le chômage, Rencontre et Amitiés d'Ici et d'Ailleurs, Main dans la Main, Centre social des gens du voyage, Mosaïque, la Ruche). Elles ont concerné directement **313 usagers**.

Les thèmes abordés ont été :

- Contraception et sexualité (2 fois)
- Alimentation (4 fois)

- Gestion du stress et de l'angoisse (3 fois)
- Les relations parents enfants (1 fois)
- Les premiers secours (2 fois)
- La ménopause (2 fois)
- La prévention bucco-dentaire (1 fois)
- Le dépistage cancer du sein. *Cette thématique s'est adressée à l'ensemble des associations de quartier du bassin alésien ainsi qu'à deux actions collectives d'insertion (Les Jardins et La Ruche, Association de Soutien Pour l'Insertion).*
- La toxicomanie (1 fois)
- La toxicomanie, l'alcool et le tabac, (1 fois)
- Les addictions (1 fois)

8) Position institutionnelle et éléments de méthode

Comme il a déjà été signalé précédemment, le positionnement institutionnel de l'ASV apparaît paradoxale caractérisée, d'une part, par une très forte acceptation et degré d'intégration à la politique de développement territorial de l'Agglomération du Grand Alès, et d'autre part, relativement fragilisée par un ancrage politique insuffisant de la thématique santé au sein des municipalités participantes, ainsi que par des choix stratégiques et méthodologiques qui ne semblent pas faciliter l'adhésion à la démarche, en particulier ce qui réfère au choix de mettre en place une seule démarche pour deux CUCS avec un système de coordination confiée à une instance associative située en dehors du dispositif de gestion des CUCS, dans l'incapacité d'assurer la continuité de l'animation parce qu'insuffisamment dotée en temps.

Les tableaux suivants récapitulent les principales catégories d'acteurs participant à l'ASV.

Elus locaux chargés du suivi de l'A.S.V.				
Nom	Fonction	Adresse	E-mail	Téléphone
Régis PONGE	Président Communauté des communes Pays Grand Combien	37, rue Anatole France 30110 La Grand Combe	regisponge@wanadoo.fr	06 85 76 23 10
Jany SANS	Présidente Communauté des communes Vivre en Cévennes	230, route de Saint Ambroix 30340 ROUSSON	communaute@v- cevennes.com	04 66 85 61 85
Christiane CADILHAC	Présidente Communauté des communes Cévennes Actives	B.P. 4 52, rue de l'Eglise 30160 GAGNIERES	chris.mairie@laposte.net	04 66 25 00 01
Max ROUSTAN	Président Communauté d'Agglomération Grand Alès	Mairie d'Alès Place de l'Hôtel de Ville BP 345 30115 ALES CEDEX		
Mireille GAL	Elue à la Santé Mairie d'Alès	Mairie d'Alès Place de l'Hôtel de Ville BP 345 30115 ALES CEDEX		
Jean-Michel SUAU	Conseiller Général du Gard	Conseil Général du Gard 10, rue		

		Villeperdrix 30 044 NIMES Cedex		
--	--	---------------------------------------	--	--

Services déconcentrés de l'Etat				
Nom	Fonction	Adresse	E-mail	Téléphone
Christine BRUNEAU	Chargée de mission ACSé Direction Languedoc Roussillon	15, Passage Lonjon CS 89033 34967 MONTPELLIER Cedex	christine.bruneau@lacse.fr	04 99 74 25 12
Philippe VEYRUNES	Inspecteur DDASS	6, rue du Mail 30906 NIMES Cedex	philippe.veyrunes@sante.gouv.fr	04 66 76 80 00
Marie-Hélène MALBOS	Secrétaire Générale	Sous-préfecture Boulevard Louis BLANC BP 339 30107 ALES Cedex	marie-helene.malbos@gard.pref.gouv.fr	04 66 56 39 01
Chefs de projet CUCS				
Amélie CLEMENT	Chef de projet CUCS Piémont Cévenol	Sous-préfecture Boulevard Louis BLANC BP 339 30107 ALES Cedex	gip.cvaales@wanadoo.fr	04 66 56 39 09
Jean-Marc DRIOUX	Chef de projet CUCS Grand Alès	Mairie PRIM Rue Michelet 30 100 ALES	jm.drioux@ville-ales.fr	04 66 56 43 98

Coordinateur Technique ASV				
Nom	Fonction	Adresse	E-mail	Téléphone
Elodie SABATIER- CHASTANG	Animatrice ASV	Association RESEDA 9, rue du Docteur Serres 30 100 ALES	elodie.reseda@orange.fr	04 66 34 51 05
Principaux partenaires de terrain				
Carol AUBERT	Aménagement du Territoire Politiques contractuelles	Conseil Général du Gard 10, rue Villeperdrix 30 044 NIMES	aubert_c@cg30.fr	06 83 88 81 80

		Cedex		
Benjamin DECEUNINCK	Coordinateur Enfance Jeunesse Communauté des communes Vivre en Cévennes	Com.des communes Vivre en Cévennes 230 Route de Saint Ambroix 30 340 ROUSSON	enfancejeunesse@v- cevennes.com	04 66 85 90 18
Danielle MEJEAN	Communauté des Communes Pays Grand Combien	37, rue Anatole France 30 110 La Grand Combe	direction.pgc@gmail.com	04 66 34 10 96
Malika CHALA	Médiatrice Sociale	Association RAIA 1, Place d'Alembert 30 100 ALES	asso.raia@orange.fr	04 66 34 32 53
Chantal BRES	Directrice	SESAMES 9, rue de l'Aigoual 30 100 ALES	sesames.admi@no-log.org	04 66 30 37 42

Les éléments budgétaires de l'année 2008 ci-dessous (il s'agit d'une synthèse réalisée par nous à partir des données qui nous ont été communiquées par l'équipe de RESEDA) permettent aussi d'apprécier la place et l'importance relative du volet santé des CUCS alésiens. Comme on peut le voir, alors que d'après les estimations initiales le budget estimé nécessaire pour répondre aux problèmes de santé identifiés représenterait près du tiers (29%) du budget total des CUCS, un écart significatif existe entre le budget demandé et celui qui est finalement accordé, puisque le programme d'activités devra finalement être réalisé avec 54% du budget prévu (soit l'équivalent de 10% du budget global des CUCS).

Ce tableau montre également que le financement des activités est essentiellement assuré par les crédits de l'Etat (l'ACSé y apporte 71,9%), et ensuite par le Conseil Général qui en apporte un quart, alors que la participation des collectivités locales reste modeste (moins de 3%).

Postes	Montant en euros
Budget Global CUCS P. Cévenol et G. Alès	3869492
Budget Global Santé des CUCS	1121337
% budget Santé / budget Global CUCS	29,0%
Subventions demandées	83759

Proportion Subventions demandées / Budget global	7,5%
Subventions Proposées par financeurs	45240
Différence Proposé / Demandé	-38 519
Proportion du budget Demandé pris en compte par financeurs	54,0%
Proportion participation ACSé sur budget proposé	71,9%
Proportion participation CG sur budget proposé	25,4%
Proportion participation Ville + Agglo sur budget proposé	2,7%

Le tableau suivant récapitule plus en détail la répartition du budget santé des CUCS, et permet d'observer que la majorité de celui-ci ne sera pas consacré à l'ASV, qui recevra finalement moins de la moitié du budget.

Extrait activités santé incluses dans tableau : "Copie du tableau Prog 2008 Final"

N°	Porteur	Intitulé	Quartiers	Coût Global	Subvention demandée	Subventions proposées				TOTAL	% proposé / demandé	% demandé / coût global	
						Ville		Etat	CG				Autres (REAAP)
						Poli. Ville	Com. Agglo	Acsé					
43	RESEDA	Animation des ateliers santé ville	Alés	58 143	25 000			27 540			27540	110,2	43,0
44	RESEDA	Prévention de l'obésité : alimentation / activité physique / environnement	Alés	111 375	5 000			500			500	10,0	4,5
45	RESEDA	Journée de formation pluridisciplinaires sur les violences intrafamiliales	Alés	721 880	1 000	1 000			0		1000	100,0	0,1
46	RESEDA	Commission Santé jeunes du bassin alésien	Alés	54 557	10 000						0	0,0	18,3
21	Sésames	La Mémoire	Alés	10 038	6 000				2 500		2500	41,7	59,8
22	Sauto Cabre	Activités socio-thérapeutiques et culturelles sur l'hôpital de jour du Mas Chalon	Alés	4 000	4 000			0	1 000		1000	25,0	100,0

29	MOSAIQUE	Prévention de l'obésité	Alès	450	450	200		0			200	44,4	100,0
42	ADEIC 30	Education à l'alimentation en classes de maternelles ZEP	Alès	10 492	4 000						0	0,0	38,1
55	Association Atouts Faire	Promotion de la santé et développement du lien social	Alès	13 070	10 000						0	0,0	76,5
72	CLCV St Christol les Alès	Mon alimentation, c'est ma santé	Saint Christol Les Alès	16 085	3 000			500	1 000		1500	50,0	18,7
99	CEDIFF du GARD	Pôle de prévention et de prise en charge des violences conjugales	Alès	66 938	5 000		0	0	5 000		5000	100,0	7,5
117	Caisse Régionale de la Sécurité Sociale dans les mines du Sud Est	Acquisition de connaissance pratique en nutrition	Alès	3 271	3 271			1 000	1 000		2000	61,1	100,0
120	Alès Sport Adapté	Développement de la motricité des personnes handicapées	Alès	51 038	7 038			3 000	1 000		4000	56,8	13,8
TOTAL				1 121 337	83 759	1 200	0	32 540	11 500	0	45240	54,0	7,5

Enfin, il semble intéressant de pointer également ici les différences de point de vue qui apparaissent autour de l'évaluation de la démarche, qu'informent une fois encore des difficultés de lecture de celle-ci qui peuvent avoir certains participants.

En effet, alors qu'une grande rigueur méthodologique dans la construction des activités de l'ASV peut être vérifiée dans les fiches correspondantes avec systématiquement l'inclusion d'un volet évaluation comportant à chaque fois une batterie d'indicateurs d'activité et de résultats ; l'absence d'une évaluation globale synthétisant les résultats produits concourt à que certains acteurs rencontrés ne perçoivent pas cette dimension et aient l'impression que la mise en œuvre des protocoles d'évaluation n'est pas affective : *« il faut faire des évaluations même si c'est difficile... quantitatives (combien de publics touchés ?) et qualitatives (est-ce que les gens ont apprécié ?)... cela devrait se faire mais ce n'est pas encore suffisamment fait... le mot évaluation n'apparaît pas... il fait peur... »*

9) Conclusions et perspectives

Au terme de cet exercice de lecture critique il apparaît clairement que le volet santé des CUCS concernés est pris en compte dans le cadre d'une démarche ASV relativement sophistiquée, qui s'intègre de manière positive aux dynamiques locales qui l'ont précédé, en apportant notamment un cadre d'articulation de l'expérience locale aux politiques territorialisées de santé publique, ainsi que des ressources financières structurantes pour la construction des politiques locales de santé.

Le choix stratégique de développer une seule démarche ASV pour les deux CUCS, fait en cohérence avec le projet local d'élaboration d'une Démarche Territorialisée de Santé pour l'Agglomération du Grand Alès génère néanmoins des difficultés de mise en œuvre, liés aux différences significatives de la perméabilité des milieux locaux à ce type de démarches (ancienne sur le territoire du CUCS Grand Alès et initiale sur celui du Piémont Cévenol), ainsi qu'à l'insuffisance des moyens d'animation qui ne permettent pas de couvrir de manière adéquate les deux territoires (au moins un mi-temps supplémentaire affecté notamment au territoire du Piémont Cévenol paraît nécessaire pour assurer une animation équilibrée de la démarche).

Le choix de confier l'animation de la démarche à un tiers associatif apparaît également paradoxal dans ses effets, puisque s'il capitalise et met au service des intérêts de l'ASV l'expertise et l'expérience de RESEDA, génère en même temps un trouble dans la lisibilité et par conséquent dans l'adhésion à la démarche, du fait du conflit d'intérêts qui résulte de la position d'opérateur local de cette association. Une révision de cette stratégie en rapprochant davantage le dispositif d'animation de l'ASV de ceux chargés de l'animation des CUCS devrait améliorer la lisibilité de la démarche et optimiser la qualité, cohérence et durabilité de l'action publique.

Du point de vue de la cohérence et qualité méthodologique de la démarche, il semble possible de constater la conformité de l'expérience en cours avec les instructions de référence, ainsi que la bonne cohérence et degré d'articulation avec les politiques territoriales de santé publique régionale et nationale. Une synthèse globale évaluative reste néanmoins à faire, qui permettrait de mieux apprécier l'impact et les résultats des activités réalisées jusqu'ici.

Le cadre d'action intercommunal en santé publique qui semble émerger à la fois de l'action de l'agglomération et de la démarche ASV, créent des conditions particulièrement intéressantes pour expérimenter, dans ce site, les futurs Contrats Locaux de Santé.

Annexe 1 : Liste des documents consultés

- CUCS de l'Agglomération du Grand Alès – Convention cadre 2007 - 2009
- Fiche Internet du CUCS de l'Agglomération du Grand Alès (CS9104) , base SIG
- CUCS du Territoire des Cévennes 2007 - 2012 – Convention - Cadre, mars 2007
- Fiche Internet du CUCS Piémont Cévenol (CS9118), base SIG
- Fiche DIV de l'ASV commun aux CUCS du Piémont Cévenol et du Grand Alès 2007, actualisée pour la période 2008/2009
- « Bulletin des Réseaux » édité par l'association RESEDA : N°9 - Novembre 2003 (en particulier l'article du Maire d'Alès : « Une démarche territorialisée de santé », p7), N°10 - Juillet 2004, N°11 - avril 2005 (en particulier l'article du Groupe de travail ASV : « Résultats des travaux de la cellule de veille : ASV – Contrat de ville du territoire alésien », p5), N°12 - Février 2006 (en particulier l'article de Mr Crause – Conseiller régional délégué à la santé : « Tribune libre », p7), N°13 - Juin 2006, N°14 - Janvier 2007 (en particulier l'article du Dr Demateïs et Mme Conard : « La démarche territorialisée de santé dans le cadre du Pays : concrètement c'est quoi ? », p7-6), N°15 - Septembre 2007 (en particulier les articles du Dr Demateïs et Mme Conard : « La démarche territorialisée de santé : chronique ? », p6-7, et celui du Dr Demateïs et de Mme Sabatier-Chastang : « Un Atelier Santé Ville transversal aux deux Contrats Urbains de Cohésion Sociale », p7)
- Plaquettes de présentation de l'association RESEDA 2007 et mars 2008
- PRSP de la région Languedoc Roussillon 2006 - 2008
- SROS de la région Languedoc Roussillon 2006 / 2010
- Documents relatifs aux activités de l'ASV du Bassin Alésien, communiqués par Internet les 3 et 4 février 2009 par Mme Elodie SABATIER-CHASTANG - Animatrice de l'Atelier Santé Ville - Association RESEDA :
 - Bilans d'activités 2007 et janvier-juin 2008 de l'ASV,
 - RESEAU SANTE VIE SOCIALE Du Bassin Alésien - BILAN ACTIVITES ANNEE 2007, Association de coordination des réseaux de santé du bassin alésien (document pour le GRSP du 3/VI/08)

- Fiche prioritaire thématique Santé, CUCS Piémont Cévenol (fichier Excel),
- Statistiques d'activités santé 2007/2008 du CUCS Piémont Cévenol (fichier Excel),
- Programme Pluriannuel d'actions – Atelier Santé Ville – CUCS Piémont Cévenol et CUCS Grand Alès (validé en réunion du 8 avril 2008),
- Thématiques prioritaires du Territoire Sanitaire Alésien 2006,
- Contrat de ville du territoire alésien – Introduction à la Présentation des résultats de la Cellule de veille – 16 décembre 2004,
- Contrat de ville du territoire alésien - Présentation des résultats Atelier Santé Ville – Cellule de veille – 16 décembre 2004,
- PF thématique santé (fichier Excel),
- Organisation des CUCS / Organisation de l'Atelier santé Ville, Réunions du 12 juin et du 21 juin 2007,
- Grille d'évaluation des réseaux élaborée dans la cadre de la démarche territorialisée de santé (2 pages, ND)
- CUCS Piémont Cévenol - Les Actions 2008 sur les territoires prioritaires,
- Fiche DIV de l'ASV 2006/ 2007/2008,
- Présentation PPT du volet Santé Mentale de l'ASV du Bassin Alésien, présenté par Mme Elodie SABATIER-CHASTANG - Animatrice Atelier Santé Ville - Association RESEDA, à la journée de l'ASV de Bagnols-sur-Cèze le 12 novembre 2008 (communiqué par Internet le 13 novembre 2008),
- Relevés des conclusions des réunions du Groupe Régional ASV du 6/XI/08, 17/XII/08 et 28/I/09
- Copie des tableaux de programmation 2008 des CUCS du Piémont Cévenol et du Grand Alès (fichier Excel),
- Liste et coordonnées des membres de l'ASV (2/II/09),
- Compte Rendu de la réunion de l'ASV du 16/XII/04, relative à la restitution du travail conduit pendant près d'un an autour des problématiques de l'accès aux soins

- Documents communiqués le mardi 3 février 2009 par Internet par le Dr Françoise DEMATEIS - Directrice du SCHS de la ville d'Alès, relatifs à l'historique d'inclusion de la thématique santé au sein de l'Agglomération et accompagnant la remise de documents, et message afférant :
- Réflexions écrites du Dr DEMATEIS : « 5 complexités des politiques publiques de terrain », été 2008,
 - Fiche action RESEDA pour le schéma directeur des services au public,
 - Dr DEMATEIS, J. CONARD : Présentation PPT et article correspondant relatif aux enjeux de construction d'une Démarche territorialisée de santé « Développement des réseaux de santé du Bassin Alésien », présentés au congrès de l'APFP, Tours, 25-26/01/2005,
 - Courrier du 25 février 2005 envoyé aux élus de la Communauté d'Agglomération du Grand Alès par son Président et le Président de la Commission des Affaires Sociales, les invitant à prendre connaissance de l'action de RESEDA « *afin que le domaine de la santé prenne toute sa place dans le développement du territoire* »,
 - Note interne du Dr DEMATEIS du mois de mai 2004 à un élu de la Communauté d'Agglomération du Grand Alès, relatif à la possibilité de bénéficier d'une subvention de la DATAR (23 000 euros), suite au dossier présenté par RESEDA en réponse à l'appel à projets conjoint ministère de la santé et DATAR "*Expérimentations de démarches locales partagées de santé et d'action sociale dans le cadre de projets territoriaux de développement*",
 - Lettre du Maire d'Alès du 25 août 2003 à la DRASS - LR, accompagnant le dossier de demande de subventions à la DATAR dans le cadre de l'appel à projets conjoint avec le ministère de la santé "*Expérimentations de démarches locales partagées de santé et d'action sociale dans le cadre de projets territoriaux de développement*"
 - Contrat d'agglomération du Grand Alès - § 10 « Santé » : *Fiche 182 - Soutien à une démarche territorialisée de santé*, NICAYA Conseil, 18/11/03 (prévoit l'intégration de la santé au projet territorial, l'intégration de la Communauté d'Agglomération du Grand Alès au Conseil d'Administration de RESEDA en tant que membre de droit, la signature d'une convention formalisant un partenariat basé sur des objectifs communs),

Annexe 2 : Autres personnes interviewées

Christine BONNARD	IPAS - Chargée de mission auprès du SGAR du Languedoc Roussillon – Chargée du développement économique, la santé, le social et l'emploi, l'économie solidaire
Sylvie HERVE	Appui aux Chargés de mission auprès du SGAR du Languedoc Roussillon <i>Politique de la ville, logement, affaires sociales, dossiers emploi et formation professionnelle</i>

Annexe 3 : Personnes qui se sont rendues disponibles pour un entretien téléphonique qui n'ont pas pu être interviewées

Nom	Fonction	Adresse	E-mail	Téléphone	Comité de pilotage 27/02/2009
Jany SANS	Présidente Communauté des communes Vivre en Cévennes	230, route de Saint Ambroix 30340 ROUSSON	communaute@v-cevennes.com	04 66 85 61 85	Absente (excusée)
Christiane CADILHAC	Présidente Communauté des communes Cévennes Actives	B.P. 4 52, rue de l'Eglise 30160 GAGNIERES	chris.mairie@laposte.net	04 66 25 00 01	Présente
Services déconcentrés de l'Etat					
Philippe VEYRUNES	Inspecteur DDASS	6, rue du Mail 30906 NIMES Cedex	philippe.veyrunes@sante.gouv.fr	04 66 76 80 00	Absent (excusé)
Chefs de projet CUCS					
Jean-Marc DRIOUX	Chef de projet CUCS Grand Alès	Mairie PRIM Rue Michelet 30 100 ALES	jm.drioux@ville-ales.fr	04 66 56 43 98	Absent (excusé)
Chargée de mission pour « Communautés de communes »					
Danielle MEJEAN	Communauté des Communes Pays Grand Combien	37, rue Anatole France 30 110 La Grand Combe	direction.pgc@gmail.com	04 66 34 10 96	Présente



Annexe 4 : Fiche type de la DIV pour la présentation de l'ASV Actualisée (2006/2007/2008)

**Fiche¹⁴ type de présentation
Atelier Santé Ville 2006 2007 2008**

I- Identité

La particularité de l'Atelier Santé Ville (ASV) du Bassin Alésien est d'être un ASV transversal à deux CUCS. De 2001 à 2006, l'ASV se situait sur le territoire du contrat de ville regroupant 16 communes.

Echelle du (des) territoire (s) d'intervention (commune, communauté de communes, agglomération) :

- ***CUCS de l'Agglomération du Grand Alès***
Et
- ***CUCS du Piémont Cévenol qui rassemble trois communautés de communes : Cévennes Actives, Vivre en Cévennes et Pays Grand Combien***

Nom de la commune ou des communes impliquées dans la démarche :

Pour l'agglomération du Grand Alès :
Quatre communes des seize de la communauté d'agglomération sont concernées : Alès, Saint Christol lez Alès, Salindres et St martin de Valgalgues.

Pour le CUCS Piémont Cévenol :

¹⁴ Ces fiches sont destinées à être mise en ligne sur le site de la politique de la ville pour toute consultation. Pour les nouvelles créations ASV 2006, remplissez I « identité » et II « cadre opérationnel » et perspectives de programmation .

Huit communes sur vingt-deux que regroupent les trois communautés de communes sont concernées :

- **Cévennes Actives : Bessèges.**
- **Vivre en Cévennes : Molières sur Cèze, Rousson, Saint Florent sur Auzonnet, et Saint Julien les Rosiers.**
- **Pays Grand Combien : Cendras, La Grand Combe, Les salles du Gardon.**

Nombre et noms des ZUS et quartiers prioritaires concernées par les projets locaux de santé publique :

Quartiers prioritaires du CUCS Grand Ales :

Zones de priorité 1 : sur Ales : quartier des Près st Jean (ZUS), quartier des Cévennes (ZUS) et quartier de Tamaris

Zone de priorité 2 : sur Ales : quartier de Cauvel, quartier de la Royale

Zone de priorité 2 : sur Saint Martin de Valgalgues : quartier de la Royale

Zone de priorité 2 : sur Saint Christol lez Ales : quartier de Cavalas

Zone de priorité 3 : sur Ales : quartier des Promelles

Zone de priorité 3 : commune de Salindres.

Quartiers prioritaires du CUCS Piémont Cévenol :

Zone de priorité 2 : quartier de l'Arboux et de Trescol (ZUS) à la Grand combe, quartier de l'Abbaye à Cendras, quartier de l'Habitarelle aux Salles du Gardon

Zone de priorité 3 : communes de St Florent sur Auzonnet, de Bessèges, de Molières sur Cèze, de Rousson et de Saint Julien les Rosiers

Nombre de population concernée :

CUCS Agglomération du Grand Ales : 15 337

CUCS Piémont Cévenol : 17 116

Date de création de l'Atelier Santé Ville : Octobre 2001. Restructuré au moment de la création des CUCS. A ce jour, transversal à deux CUCS.

Equipe responsable référent de l'ASV :

Elu (es) référent(s) chargé(es) de (mettre le thème) la politique de la ville pour le CUCS Grand Ales :

Nom, prénom : ROUSTAN Max

Tel : 04 66 56 43 98

Courriel : politique@ville-ales.net

Adresse postale : Hôtel de Ville, BP 345, 30107 ALES

Nom, prénom : GAL Mireille
Fonction : Elue, Adjointe à la santé
Tel : 04 66 91 20 95

Courriel : francoise.demateis@ville-ales.fr

Adresse postale : Hôtel de Ville, BP 345, 30107 ALES

Elu (es) référent(s) chargé(es) de (mettre le thème) la politique de la ville pour le CUCS Piémont Cévenol :

Pays Grand Combien : Régis PONGE, Communauté de Communes Pays Grand Combien, 37 rue Anatole France, 30110 La Grand Combe.

Tel : 06 85 76 23 10

Mail : regisponge@wanadoo.fr

Vivre en Cévennes : Jany SANS, Communauté de Communes Vivre en Cévennes, 230, route de Saint Ambroix, 30340 ROUSSON.

Tel : 04 66 85 61 85

Mail : communaute@v-cevennes.com

Cévennes Actives : Christiane CADILHAC, Communauté de Communes Cévennes Actives, BP 452 rue de l'Eglise, 30160 GAGNIERES.

Tel : 04 66 25 00 01

Mail : chris.mairie@laposte.net

Elu référent chargé de la politique de la ville pour les CUCS Grand Alès et Piémont Cévenol :

Conseil Général du Gard : Jean-Michel SUAUX, Vice-président du Conseil Général délégué à l'Inclusion et au Développement Social, Hôtel du Département, Rue Guillemette, 30044 NÎMES CEDEX

Service municipal ou autre structure porteuse, nommez : Association Reseda, association de coordination des réseaux de santé du Bassin Sanitaire Alésien, mandatée pour l'animation de l'ASV.

Nom, prénom : Guillemette DUFOR et Muriel PERRIN

Titre : Co présidentes de Reseda

Tel : 04 66 34 51 05

Courriel : resedales@wanadoo.fr

Adresse postale : Maison de la Santé, 9 rue du Dr Serres, 30100 Alès

Coordinateur ASV :

Nom, prénom : Elodie SABATIER-CHASTANG

Tel : 04 66 34 51 05

Courriel : elodie.reseda@orange.fr

Adresse postale : Maison de la Santé, 9 rue du Dr Serres, 30100 Alès

Et Chefs de projet politique de la ville:

Pour le Grand Alès :

Nom, prénom : Jean-Marc DRIOUX

Tel : 04 66 56 43 98

Courriel : politique@ville-ales.net

Adresse postale : Contrat Urbain de Cohésion Sociale, Mairie PRIM, rue Michelet, 30 100 Alès

Pour le CUCS Piémont Cévenol :

Nom, prénom : Amélie CLEMENT

Tel : 04 66 56 39 09

Courriel : gip.cvaales@wanadoo.fr

Adresse postale : GIP CUCS Piémont Cévenol, Sous Préfecture d'Alès, Boulevard Louis Blanc, BP 339, 30100 Alès

II- Cadre opérationnel de l'Atelier Santé Ville

Membres du comité de pilotage départemental :

~~OUI~~

NON

.....

Animé par qui ? :

.....

Fréquence des réunions de travail :

Membres du comité de pilotage local :~~OUI~~ NON

Comité technique ASV Bassin Alésien :

Marie-Hélène MALBOS pour l'Etat ; Carol AUBERT pour le Conseil Général du Gard ; Benjamin DECEUNINCK pour Vivre en Cévennes ; Stéphanie MATHIEU pour Cévennes Actives ; Danielle MEJEAN pour le Pays Grand Combien ; Des représentants des CCAS de Salindres, Saint Martin de Valgalgues et de Saint Christol ; Christine BRUNEAU, Chargée de mission ACSE.

Amélie CLEMENT, Responsable du CUCS Piémont Cévenol ; Jean Marc DRIOUX, Responsable du CUCS Grand Alès.

Référents techniques : Dr Françoise DEMATEIS pour le Grand Ales ; Dr Béatrice COSTE SEIGNOVERT et Dr Catherine FENECH pour le Conseil Général du Gard ; Philippe VEYRUNES pour la DDASS.

Remarque : le comité de pilotage de l'ASV du Bassin Alésien correspond au comité technique élargi aux élus.

Animé par qui ? : Elodie SABATIER-CHASTANG, coordinatrice de l'ASV, association RESEDA

.....
Fréquence des réunions de travail : ... 1 par mois sauf pour le dernier semestre 2008

Coût annuel de l'ASV en 2008 : 27540 euros pour l'Acsé ; 5000 euros pour le CG 30 ; 1385 euros CCAS Ville d'Alès ; 100 euros Mairie de la Grand Combe et mise à disposition de la Mairie d'Alès : 5000 euros.

- Contribution des partenaires financeurs de l'ASV (en %) :
Etat : 70.5 % ; CG 30 : 13 % ; CUCS Grand Alès : 16 % ; CUCS Piémont Cévenol : 0.25 %.

Nombre de projets locaux de santé publique (PLSP) : 3 en 2006 ; 4 en 2007 et 4 en 2008

2006 :

- « **Equilibre alimentaire et prévention de l'obésité** »
- « **L'urgence et son fonctionnement dans les représentations sociales des habitants** »
- « **Addictions et Risques Professionnels, Alcool, Tabac, Cannabis et médicaments au travail** »

2007 :

- « **Souffrance psycho sociale et non prise en charge** »
- « **Difficultés d'accès aux soins et aux urgences** »
- « **Malnutrition et problèmes de surpoids et d'obésité** »
- « **Difficultés de prise en compte des conduites addictives** »

2008 :

- « **Souffrance psycho sociale et non prise en charge** »
- « **Difficultés d'accès aux soins et aux urgences** »
- « **Malnutrition et problèmes de surpoids et d'obésité** »
- « **Difficultés de prise en compte des conduites addictives** »

- et budget global alloué /an :

Reseda est officiellement mandatée pour l'animation mais non pour la gestion des financements attribués aux actions conduites dans le cadre

de la politique de la ville et n'est pas en capacité de répondre à cette question.

- Contribution des partenaires financeurs des programmes locaux de santé publique de l'ASV (en %)

Idem

- Date du ou des diagnostics réalisés

- **Diagnostic cellule de veille 2004, 2005.**
- **Diagnostics préalables réalisés en janvier 2007 pour le CUCS du Grand Alès par le cabinet Nicaya Conseil et pour le CUCS Piémont Cévenol par l'Association Passim**
- **Novembre 2007 : diagnostic santé partagé**

- à quelle échelle territoriale ? :

Sur le territoire du contrat de ville pour 2004 et 2005 et sur les territoires des 2 CUCS pour 2007

C'est dans un souci de cohérence de cette démarche que les partenaires des CUCS ont opté en faveur d'un ASV transversal aux deux territoires et en lien avec les politiques de santé locales et régionales.

Programmation de la démarche ASV 2007 - 2008

(Indiquez en une page les phases de programmation, éléments de méthode, etc...)

Les actions propres:

- **Cellule de veille** : observer les dysfonctionnements du secteur sanitaire et du secteur social et alerter les services publics concernés
- **Force de proposition** : concevoir des solutions alternatives propres à minimiser les dysfonctionnements et proposer des réajustements
- **Co-construction** (élus, institutions, professionnels, associations et habitants) du programme d'actions
- **Soutien aux associations** : information, orientation, mise en lien, soutien méthodologique de leurs projets et coordination des actions

Méthodes:

- Réalisation de diagnostics réguliers, évaluation des actions (cellule de veille)

- Identification de priorités
- Rendu des résultats, valorisation

- **Les actions menées par les associations**

Méthodologie transversale :

- La participation citoyenne des habitants est retenue comme une des priorités méthodologiques de l'ASV
- Repérer l'émergence de pratiques sociales et de santé sur les territoires de la Politique de la Ville.
- Soutenir les actions des habitants/usagers et des associations.
- Soutenir les actions des professionnels.
- Favoriser les passerelles entre ces deux entités.
- Préciser les groupes de population et les moyens de les atteindre.
- Faire apparaître les liens entre : Violence et santé ; Santé et habitat ; Santé et travail ; Santé et citoyenneté.

III- Présentation¹⁵ synthétique d'un projet local de santé publique (PLSP) suivi directement par l'ASV

ACTION 1

Motivation du programme (contextuel, déterminants, indicateurs santé/social) :

Nature des besoins identifiés :

Difficultés d'accès aux soins et aux urgences

Nature du programme : (ex prévention et /ou accès aux soins et/ou offre de soins...)

Accès aux soins ;

Thème du programme :

Accès aux soins ;

Objectifs principaux :

Faciliter l'accès aux droits et aux soins des publics en situation de précarité

Public visé :

Public des territoires de la politique de la ville

..... ;

Méthodologie mise en oeuvre:

Méthodologie

La participation citoyenne des habitants est retenue comme une des priorités méthodologiques de l'ASV

Repérer l'émergence de pratiques sociales et de santé sur les territoires de la politique de la ville

Soutenir les actions des habitants/usagers et des associations

Soutenir les actions des professionnels

Favoriser les passerelles entre ces deux entités

Préciser les groupes de population et les moyens de les atteindre

Méthodologie spécifique

Vérifier et faciliter et adapter l'accès aux droits santé et aux soins selon les territoires

Modifier les représentations que les usagers ont des professionnels comme celles que les professionnels ont des usagers pour démythifier les relations entre professionnels et usagers, en particulier en ce qui concerne les médecins, et faciliter la relation de confiance.

Identifier et repérer les refus de soins

¹⁵ Présentation à faire pour chacun des programmes, svp, remplissez autant de fois la partie 2 que vous avez de programmes inscrits dans le cadre de l'ASV, 3 pages maximum/PrLSP.

Faciliter le rapprochement géographique des structures sanitaires et des services au plus près des populations / faciliter les services de santé de proximité

Développer le bon usage des services d'urgence

***Acteurs associés à ce programme : professionnels
/institutions/associations/comité de pilotage
Pompiers, Maison Médicale de Garde, Service des Urgences,
Gendarmerie, associations de quartier, Réseau santé vie sociale***

Effets attendus et/ou obtenus du PLSP :

Obtenus en 2006-2007

Un travail de repérage des problématiques des urgences réalisé avec les associations et les acteurs de l'urgence a fait émerger un besoin de travailler sur la représentation de l'urgence, sur l'information et éducation du public, ainsi que sur la lisibilité et l'organisation du dispositif. Une programmation a été envisagée et les premiers contacts pris pour inviter les professionnels de l'urgence à parler de leur métier avec les associations et les relais. Ce travail n'a pu se concrétiser compte tenu de la transition entre les 2 dispositifs.

Attendus

- ***Meilleure lisibilité et donc meilleure connaissance des services d'urgence, entre autres***
 - ***Meilleur accès et meilleure orientation***
 - ***Modification des représentations***

Eléments d'évaluation et de suivi :

***En construction pour les actions qui seront menées.
Diagnostic régulier à travers la cellule de veille***

Observations et commentaires :

III- Présentation¹⁶ synthétique d'un projet local de santé publique (PLSP) suivi directement par l'ASV

ACTION 2

Motivation du programme (contextuel, déterminants, indicateurs santé/social) :

Nature des besoins identifiés :

Souffrance psycho sociale

..... ;

Nature du programme : (ex prévention et /ou accès aux soins et/ou offre de soins...)

Accès aux soins et prévention ;

Thème du programme :

Souffrance psycho sociale

Objectifs principaux :

Contribuer à diminuer les facteurs d'origine sociale (habitat, cadre de vie, structure familiale, emploi) induisant le mal être.

Public visé :

Public des territoires de la politique de la ville

Méthodologie mise en oeuvre:

Méthodologie transversale

La participation citoyenne des habitants est retenue comme une des priorités méthodologiques de l'ASV

Repérer l'émergence des pratiques sociales et de santé sur les territoires de la politique de la ville

Soutenir les actions des habitants/usagers et des associations.

Soutenir les actions des professionnels.

Favoriser les passerelles entre ces deux entités.

Préciser les groupes de population et les moyens de les atteindre

Méthodologie spécifique

Sensibiliser les décideurs à cette problématique

Identifier les facteurs, les mécanismes et les modes d'expression du mal être

Développer la formation et l'information sur la souffrance psycho sociale

Développer la connaissance des services spécialisés

Développer des réseaux de personnes relais formés

¹⁶ Présentation à faire pour chacun des programmes, svp, remplissez autant de fois la partie 2 que vous avez de programmes inscrits dans le cadre de l'ASV, 3 pages maximum/PrLSP.

Favoriser les lieux d'expression et de soutien collectifs en priorisant les territoires les plus démunis

**Acteurs associés à ce programme : professionnels /institutions/associations/comité de pilotage
Secteur psychiatrie, CMP, CMPEA, Mission Locale d'Insertion, Associations de quartier, professionnels sanitaires et sociaux du Réseau Santé Vie Sociale.**

Effets attendus et/ou obtenus du PLSP :

Obtenus en 2006-2007-2008

Repérage de la souffrance psychosociale par les relais des associations de quartiers ; Participation des acteurs à la permanence psychiatrie/action sociale du réseau santé vie sociale ; rencontres professionnels usagers sur le mal être, le stress ; meilleure connaissance des structures par les relais associatifs

Attendus

Meilleure connaissance de la souffrance psycho sociale, meilleur repérage, orientations adaptées organisation de lieux de soutien collectifs

Meilleure information des habitants/usagers et des professionnels sur les dispositifs existant en santé mentale, sur les modalités d'accès aux soins, sur la prévention

Formation des membres des associations pour favoriser les fonctions de repérage, l'aide à l'écoute, à l'accompagnement et à l'orientation, dans les espaces existants ou à créer (locaux des associations, lieux d'activité des associations, espaces institutionnels..)

Développement d'un langage commun entre les habitants/usagers et les professionnels : rencontres, échanges

Soutien des initiatives citoyennes d'associations dans des projets autour de la souffrance psychique

Éléments d'évaluation et de suivi :

En construction pour les actions qui seront menées.

Diagnostic régulier à travers la cellule de veille

III- Présentation¹⁷ synthétique d'un projet local de santé publique (PLSP) suivi directement par l'ASV

ACTION 3

Motivation du programme (contextuel, déterminants, indicateurs santé/social) :

Nature des besoins identifiés :

Malnutrition et problèmes de surpoids et d'obésité

Nature du programme : (ex prévention et /ou accès aux soins et/ou offre de soins...)

Prévention, accès aux soins

Thème du programme :

Nutrition

Objectifs principaux :

Infléchir les habitus sociaux favorables à la santé : nutrition, rythmes de vie,

Public visé :

Public des territoires de la politique de la ville

..... ;

Méthodologie mise en oeuvre:

Méthodologie transversale

La participation citoyenne des habitants est retenue comme une des priorités méthodologiques de l'ASV

Repérer l'émergence de pratiques sociales et de santé sur les territoires de la politique de la ville

Soutenir les actions des habitants/usagers et des associations

¹⁷ Présentation à faire pour chacun des programmes, svp, remplissez autant de fois la partie 2 que vous avez de programmes inscrits dans le cadre de l'ASV, 3 pages maximum/PrLSP.

Soutenir les actions des professionnels

Favoriser les passerelles entre ces deux entités

Préciser les groupes de population et les moyens de les atteindre

Méthodologie spécifique

Faciliter l'accès à l'information sur l'alimentation

Faciliter l'identification des lieux ressources pour l'information et établir des complémentarités

Développer la connaissance des services spécialisés

Développer des réseaux de personnes relais formés

Développer les actions participatives de promotion de la santé en travaillant sur les représentations et les pratiques quotidiennes en matière de nutrition

Reconnaître le travail effectué à travers des opérations de valorisation des actions

Acteurs associés à ce programme : professionnels

/institutions/associations/comité de pilotage

Réseau diabète et réseau santé vie sociale, projet de prévention obésité, professionnels de santé (médecins, diététiciens, psychologues, infirmiers) hospitaliers et libéraux, associations

Effets attendus et/ou obtenus du PLSP :

Obtenus en 2006-2007

Préparation avec et par des habitants d'une journée alimentation (repas, goûter, conférence, ateliers) avec participation de près de 100 personnes, issues des publics des associations partenaires, adultes et enfants.

En 2008 :

Création d'ateliers cuisine partenariaux en direction d'adultes et de jeunes

Soutien à la mise en œuvre d'actions sur la nutrition dans le cadre des projets d'école pour 4 écoles :

- Ecole Élémentaire – Paul LANGEVIN – Quartier des Cévennes
- Ecole Maternelle – Quartier des Près Saint Jean
- Ecole Élémentaire – Quartier des Près Saint Jean
- Ecole Élémentaire – Quartier des Promelles

Attendus

Modification des pratiques alimentaires des habitants

Éléments d'évaluation et de suivi :

***En construction pour les actions qui seront menées
Diagnostic régulier à travers la cellule de veille***

III- Présentation¹⁸ synthétique d'un projet local de santé publique (PLSP) suivi directement par l'ASV

ACTION 4

Motivation du programme (contextuel, déterminants, indicateurs santé/social) :

Nature des besoins identifiés :

Difficultés de prise en compte des conduites addictives

Nature du programme : (ex prévention et /ou accès aux soins et/ou offre de soins...)

Prévention et accès aux soins

Thème du programme :

Conduites addictives

Objectifs principaux :

Améliorer la prévention, le repérage, le dépistage et l'accompagnement vers le soin des personnes ayant des conduites addictives.

Public visé :

Public des territoires de la politique de la ville

Méthodologie mise en oeuvre:

Méthodologie transversale

La participation citoyenne des habitants est retenue comme une des priorités méthodologiques de l'ASV

Repérer l'émergence de pratiques sociales et de santé sur les territoires de la politique de la ville

Soutenir les actions des habitants/usagers et des associations.

Soutenir les actions des professionnels.

Favoriser les passerelles entre ces deux entités.

Préciser les groupes de population et les moyens de les atteindre.

Méthodologie spécifique

Faciliter l'accès à l'information sur les addictions

Faciliter l'identification des lieux ressources pour l'information et établir des complémentarités

Développer la connaissance des services spécialisés

Développer des réseaux de personnes relais formées

Développer les actions participatives de promotion de la santé en travaillant sur les représentations et les pratiques quotidiennes en matière de santé

¹⁸ Présentation à faire pour chacun des programmes, svp, remplissez autant de fois la partie 2 que vous avez de programmes inscrits dans le cadre de l'ASV, 3 pages maximum/PrLSP.

Lever le tabou autour des consommations licites et illicites

Privilégier des approches pluridisciplinaires multi professionnelles permettant d'accompagner les personnes

Identifier les rituels favorisant les consommations abusives

***Acteurs associés à ce programme : professionnels
/institutions/associations/comité de pilotage***

Réseau addictologie, réseau santé respiratoire et réseau santé vie sociale ; services spécialisés ; professionnels sanitaires et sociaux, hospitaliers et libéraux, professionnels des secteurs éducatif et judiciaire

Effets attendus et/ou obtenus du PLSP :

Obtenus en 2006-2007

Sensibilisation des professionnels de l'emploi, de la formation et de l'orientation professionnelle, à la prise en compte de ce problème de conduites addictives dans le monde du travail.

Mise en place de plusieurs journées de formation / sensibilisation à la prévention des conduites addictives en direction des professionnels de l'éducation nationale et des professionnels de l'animation socio-culturelle.

Attendus

Meilleure connaissance des structures, des relais, changement des représentations des addictions; Plus grande implication du public dans les actions de santé ; meilleure prise en compte des conduites addictives.

Éléments d'évaluation et de suivi :

En construction pour les actions qui seront menées.

Diagnostic régulier à travers la cellule de veille

IV - Informations complémentaires.

**Programmation de l'activité de l'ASV sur l'année : OUI –
NON**

Articulation avec l'Equipe de Réussite Educative : OUI-NON- Pas de RE
- **Thème du (des) programme (s) : projet prévention obésité enfant**

Pour 2008 : plus d'articulation avec l'équipe de réussite éducative

Bilan d'activités annuel : OUI - NON

Utilisation d'un tableau de bord : OUI –NON

En cours de construction

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 :.....**

**Etat des lieux cellule de veille, diagnostics CUCS,
Compte rendus groupes de travail alimentation et urgences 2006 ,
Actes journée conduites addictives et travail
Bilan d'activité 2006 des ASV
Volet santé des conventions cadres des CUCS
Bilan d'activités 2007 de l'animation
Diaporama – Présentation de la démarche ASV du Bassin Alésien
Comptes-rendus des comités techniques de l'ASV
Comptes-rendus des commissions thématiques**

- **sont ils disponibles et sous quelle forme ?oui , forme papier et forme électronique**

Utilisation du Centre de Ressources Politique de la Ville : OUI -NON, AUTRE

- **Pour quel objet ? informations générales, publications**

Communication de la démarche ASV par votre commune : OUI-NON , AUTRE

- **sous quelle forme : précisez,l'ASV est une démarche intercommunale et la communication a été réalisée par le GIP contrat de ville à travers les activités. Elle sera réalisée par les comités de pilotage des 2 dispositifs.**

- **adresse site Internet de votre ville :**

Fait par : Association Réséda

Votre adresse mail pour tout contact : resedales@wanadoo.fr

A renvoyer par mail à : catherine.richard@ville.gouv.fr , merci.

Le Volet Santé du CUCS de la Ville d'Argentan

ELEMENTS DE SYNTHESE ET D'ANALYSE

VISITE SUR SITE :

ARGENTAN

MARS 2009

Marie Ange Vincent

SOMMAIRE

1) LISTE DE PERSONNES CONTACT	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
2) PRINCIPAUX ELEMENTS DE CONTEXTE	102
A. PRESENTATION GENERALE	102
B. DONNEES SIG	103
3) POSITIONNEMENT DU VOLET SANTE DANS LE CUCS	105
4) DIAGNOSTIC(S) DE REFERENCE : UNE DEMARCHE DE DIAGNOSTIC DOUBLEE PAR LA MISE EN PLACE D'UNE VEILLE	106
A. DEMARCHE ENGAGEE ET DONNEES CONSIDEREES	106
B. UNE SPECIFICITE DE L'ASV D'ARGENTAN	106
5) POSITIONNEMENT POLITIQUE DE LA SANTE SUR LE TERRITOIRE	107
A. MODES ET MOYENS DE PILOTAGE	107
B. LE COLLECTIF COORDONNATEUR	109
C. INTERFACES AVEC LES AUTRES VOLETS DU CUCS	109
6) SYNERGIES TERRITORIALES	110
7) PROGRAMMES ET ACTIONS « SANTE » ENGAGES DANS LE CADRE DE L'ASV	110
A. EVOLUTIONS DES OBJECTIFS GENERAUX DE L'ASV	110
B. MOYENS DE L'ASV	112
<i>Les groupes thématiques</i>	<i>112</i>
<i>L'équipe MOUS</i>	<i>112</i>
C. ACTIONS SOUTENUES DANS LE CADRE DE L'ASV	112
8) MOBILISATIONS ENGAGEES (PARTENARIATS)	113
9) PARTICIPATION DES HABITANTS	114
10) ELEMENTS DE METHODE	114
COORDINATION	114
FINANCEMENTS	115
EVALUATION	115
11) CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	116
PRINCIPAUX ATOUTS POUR L'ACTION LOCALE EN SANTE	116
PRINCIPALES LIMITATIONS DU CADRE CUCS ET/OU ASV POUR L'ACTION LOCALE EN SANTE	116
EVALUATION GLOBALE DE LA PERTINENCE ET DE L'EFFICACITE DU CADRE CUCS ET/OU ASV	116
PERSPECTIVES ET ENJEUX	117

ANNEXES 117

ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES CONTACT 118

ANNEXE 2 : LES INDICATEURS DE L'AXE « SANTE » TELS QUE DEFINIS PAR LE CUCS 119

1) Principaux éléments de contexte

a. Présentation générale

Argentan, sous-préfecture de l'Orne (Basse-Normandie), fait partie avec ses 16596 habitants¹⁹ de la Communauté de Communes du Pays d'Argentan. La politique de la ville y est menée depuis 2000, d'abord dans le cadre du contrat de ville, puis du CUCS.

Dans le cadre du contrat de ville, la politique de la ville s'appliquait au territoire communal avec un focus particulier sur la géographie prioritaire du quartier Saint Michel. Elle avait entre autres pour objectif d'assurer la cohésion sociale par un accès égal pour tous à la santé. Cet objectif devait passer principalement par la coordination des acteurs du Contrat de Ville, ainsi que la participation des habitants. Sur la base de constats réalisés (consommations problématiques d'alcool et de drogues illicites, offre d'accompagnement psychologique et psychiatrique déficitaire sur Argentan et des personnes « hors dispositifs » santé), il a été défini qu'il s'agirait de :

- améliorer la lutte et la prévention de toutes les formes de dépendances ;
- favoriser l'accès aux soins et renforcer l'offre de santé sur la ville d'Argentan ;
- rendre les habitants acteurs de leur santé.

L'opérationnalisation de ces objectifs, au-delà de renforcer la mise en réseau et la coordination des partenaires, devait constituer à soutenir les actions de communication (guides, journées d'information, de rencontres...), le tout en liaison avec la convention thématique « Education, culture et parentalité ».

A mi-parcours du contrat de ville, sur la base d'une évaluation, un double constat a été posé, à savoir que la mise en réseau et la coordination des acteurs était insuffisante et que finalement peu d'actions étaient mises en œuvre. Un ASV a alors été initié en 2004. Cet ASV, porté par la Ville d'Argentan, est animé par l'équipe de la M.O.U.S.. Il avait pour action prioritaire l'organisation des « Rencontres Santé », journée d'information et de prévention.

Le passage en CUCS et notamment la constitution d'une nouvelle équipe en 2007 a remodelé ce contenu. Le territoire prioritaire concerne alors 3 quartiers : un quartier en ZUS : Saint Michel (2956 habitants) et deux quartiers en en priorité 2 : Les Provinces (3201 habitants) et Vallée d'Auge (1760 habitants)²⁰. Cela a aussi été l'occasion pour l'équipe de repenser le volet santé, tout en gardant l'articulation avec le volet « réussite éducative ».

Quartier Saint Michel : il concentre les populations en situation de précarité. Un habitant sur trois vit en dessous du seuil de pauvreté. Il est aussi à noter un faible niveau de qualification et une surreprésentation

¹⁹ INSEE 1999, nombre en baisse en 2006.

²⁰ INSEE 1999

des métiers peu qualifiés. Les problématiques repérées en termes de santé sont la souffrance psychique et l'alcoolisme. C'est aussi un quartier qui concentre un nombre important d'associations et de service. L'équipe MOUS y a ses bureaux.

Quartier Les Provinces : ce quartier, isolé du centre-ville et relativement récent rassemble les familles avec enfants à la différence de Saint Michel où les personnes âgées et seules habitent. Le taux de chômage (notamment celui des jeunes et des femmes) y est particulièrement élevé, avec là aussi une prédominance des emplois peu qualifiés et un faible niveau de qualification. Les services publics et les associations y sont présents :

Quartier Vallée d'Auge : un quartier finalement résidentiel avec un îlot d'habitat social dégradé. La part des chômeurs y est moindre que sur l'ensemble de la commune, mais parmi les personnes au chômage, la part des femmes et la part des chômeurs depuis plus d'un an y sont importantes. Les services publics, commerces, associations y sont peu nombreux et le centre social est l'un des rares équipements présents.

b. Données SIG

<u>Profil Général</u>				
<u>Sources INSEE RP 1999/DGI 2004 (données fiscales)/ Min. de l'Intérieur (2005) / Min. de l'Educ. Nat. (2004) / CNAM (2006)</u>				
	<u>ZUS Saint Michel</u>	<u>CUCS Argentan</u>	<u>ZUS du département</u>	<u>ZUS de la région</u>
<u>Chômage (1999)</u>	<u>26.3 %</u>	<u>17.1 %</u>	<u>27.7 %</u>	<u>30.5 %</u>
<u>Non-diplômés (1999)</u>	<u>36.1 %</u>	<u>25.8 %</u>	<u>36.8 %</u>	<u>34.7 %</u>
<u>Moins de 25 ans (1999)</u>	<u>33.7 %</u>	<u>31.7 %</u>	<u>37.9 %</u>	<u>40.3 %</u>
<u>Etrangers (1999)</u>	<u>1.7 %</u>	<u>2.7 %</u>	<u>11.5 %</u>	<u>8.8 %</u>
<u>Familles monoparentales (1999)</u>	<u>25.0 %</u>	<u>14.7 %</u>	<u>25.0 %</u>	<u>27.1 %</u>
<u>Locatifs HLM (1999)</u>	<u>76.8 %</u>	<u>51.0 %</u>	<u>72.1 %</u>	<u>75.8 %</u>
<u>Ménages non-</u>	<u>63.3 %</u>	<u>47.9 %</u>	<u>55.7 %</u>	<u>59.2 %</u>

<u>imposés sur revenus (2005)</u>				
<u>Bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (2006)</u>	<u>25.9 %</u>	<u>13.7 %</u>	<u>28.3 %</u>	<u>31.0 %</u>

QuickTime™ and a
TIFF (non compressé) decompressor
are needed to see this picture.

2) Positionnement du volet santé dans le CUCS

Déjà présente dans le contrat de ville, la santé est une thématique explicitement abordée dans le CUCS. L'ASV est alors le cadre structurant de cette thématique et ses principes relèvent du développement social local, de la méthodologie de projet et de la participation des habitants (extrait CUCS).

Suite à la création de l'ASV en 2004 et la réalisation des « Rencontres Santé » en juin 2005 (une journée d'information et de prévention santé), cette démarche a finalement connu une baisse de régime en 2007, du fait du changement d'équipe étalé sur toute l'année (recrutement de la chef de projet du CUCS qui avait initialement la charge de toutes les thématiques, puis recrutement de la chargée de mission ASV/Education). L'ASV n'a finalement retrouvé ses marques qu'en 2008.

Entre-temps, une réflexion sur ce que l'ASV devrait être (et ne pas être) a été menée en 2007, ce qui a abouti à sa reformulation. La démarche s'est alors recentrée sur un objectif de coordination et de diagnostic. La spécificité de l'ASV a permis une légitimation de l'équipe MOUS quant à cette coordination qui manquait. Cette démarche garantit que des porteurs de projets en lien avec les publics politiques de la ville soient effectivement soutenus dans leurs actions (apports méthodologique et financier).

C'est aussi la possibilité sur ce territoire que les porteurs de projets se rencontrent et qu'ils ne soient pas en situation uniquement interindividuelle.

3) Diagnostic(s) de référence : une démarche de diagnostic doublée par la mise en place d'une veille

a. Démarche engagée et données considérées

En complément des éléments de diagnostics sur lesquels le Contrat de Ville et le CUCS se basaient (cf présentation générale), d'autres travaux ont été réalisés. Ceux-ci rassemblent trois types de données :

- des données démographiques, sanitaires et sociales. Issues soit de l'INSEE, soit de la DRASS, ces données portent sur 3 niveaux de territoires (national, régional et départemental) avec leurs évolutions entre 1997 et 2004. Elles rassemblent les informations disponibles concernant les différents taux démographiques, les ressources médicales (dont le secteur de la psychiatrie), celles en professionnels de santé, en accueil (préscolaire, personnes âgées et personnes handicapées), les nombres d'allocataires (CMU, API, RMI, ...), Si le travail réalisé balaie bien l'ensemble des données intéressantes pour un diagnostic, l'information pâtit du manque d'information au niveau communal, et *a fortiori* infra-communal.
- des données issues d'un travail d'enquête mené en 2006 dans le cadre du partenariat avec l'Université de Caen (master Professionnel 2 « Politiques de la ville, Morphologies Urbaines, Interventions sociales »). Il s'agissait principalement d'entretiens avec 9 structures du territoire qui avaient un double objectif : le recueil des besoins repérés, des actions et des publics visés et l'élaboration de pistes permettant l'adhésion à la démarche ASV des professionnels socio-sanitaires locaux qui travaillaient déjà en réseau d'une manière plus ou moins formalisée avant la création de l'ASV et qui, malgré une présentation générale de celle-ci, méconnaissaient et étaient encore éloignés de cette démarche. Une enquête postale complétait les entretiens.
- des données issues de *focus groups* mis en place, en 2008, par les étudiants du Master. Il s'agissait de rassembler professionnels et habitants, afin de compléter l'état des lieux et de produire des pistes d'actions. Deux *focus groups* sur le thème de l'accès aux soins et deux autres sur celui du mal-être des jeunes ont permis les échanges entre 10 habitants et 11 professionnels du champ social, sanitaire et médico-social. Ces échanges ont permis de poser les diverses problématiques en lien avec ces thématiques et de formuler quelques pistes d'action.

b. Une spécificité de l'ASV d'Argentan

Il est à noter qu'une veille constante sur les problématiques et ressources du territoire a été mise en place avec l'aide des acteurs du collectif de coordination, suite au constat de la plus-value d'un regard continu quant aux besoins et ressources.

Il s'agit dans le cadre de ces groupes de travail de faire émerger l'information, les priorités à travailler, d'aller chercher des porteurs de projets et de leur proposer de travailler sur une thématique (ou alors les porteurs de projets du groupe de travail vont proposer eux-mêmes des actions selon les priorités dégagées ensemble) ou encore d'aller plus loin dans le diagnostic par la mise en place d'une étude. Cette veille a été réalisée par le groupe "réseau pour des actions coordonnées".

De ce fait, l'ASV Argentan remplit pleinement son rôle de soutien à la remontée des problématiques, besoins et ressources du territoire et favorise le partage de ces informations avec les acteurs. Il y trouve par là même, et auprès des professionnels qui travaillaient en réseau hors ASV, une légitimité qui lui faisait défaut à ses débuts et qui permet le raccord à la démarche de ceux-ci.

4) Positionnement politique de la santé sur le territoire

L'organisation de l'ASV d'Argentan est significative de sa volonté à la fois d'être actif et de se fondre, de s'intégrer dans le territoire, non pas en bousculant les dynamiques, mais en les accompagnant. Une fois les réseaux et dynamiques identifiés, il s'agissait de ne pas « faire doublon », mais de s'y intégrer.

Le mode de pilotage tel qu'il a été mis en place permet 1) de mieux faire connaître la démarche ASV et de donner une identité à celle-ci auprès des partenaires et 2) de produire, en rassemblant institutions et acteurs dans les instances de pilotage, un « appel d'air » pour des actions sur Argentan, territoire moins pourvu que d'autres sur le département (cf synergies territoriales »).

a. Modes et moyens de pilotage

Le Comité de pilotage :

Ce qui est mis en avant par l'équipe, c'est le rattachement de l'ASV avant tout à la politique de la ville et donc au CUCS. L'ASV d'Argentan se positionnant dans le cadre de la Politique de la Ville, l'instance décisionnelle de cette démarche se devait d'être le Comité de pilotage du CUCS. Ce Comité est une instance politique d'arbitrage. Il comprend les décideurs et les représentants politiques de l'Etat et de la Ville, du Conseil Régional, du Conseil Général, de la CAF et de la Communauté de Communes.

Toutefois, l'ensemble des thématiques du CUCS y étant abordées, il s'est posé la nécessité d'avoir une instance plus spécifique au volet santé : c'est le rôle de l'instance plénière.

L'instance plénière :

Cette instance plénière composée de l'élue à la santé, d'institutions et d'acteurs de terrain se tient 1 à 2 fois par an. Plutôt qu'un rôle décisionnel, elle a plutôt pour missions de réaffirmer les priorités de la démarche, de faire un bilan et de poser les orientations possibles. C'est une instance de mutualisation de l'information et de consultation devant aboutir à la mise en œuvre d'actions.

On est plus sûr de l'information aujourd'hui ce qui permet de donner une identité à l'ASV auprès des professionnels présents, qu'il s'agisse de professionnels de la santé, de l'insertion ou du social, qui sont porteurs de projets (et qui donnent alors à voir ces projets) ou partenaires qui travaillent plus de manière connexe sans être porteurs de projets. L'ASV est en effet une démarche qui est longue à être identifiée et le fait de l'expliquer de façon répétée lors des réunions de cette instance fait qu'une identité lui est donnée.

Les réunions de l'instance plénière sont par ailleurs l'opportunité pour passer de porteurs d'actions isolés à un travail plus collectif dans une idée d'échanges et de cohérence et aussi le seul moment le secteur privé est présent.

b. Le collectif coordonnateur

Le collectif coordonnateur est une instance créée à l'origine afin de permettre la mobilisation des acteurs autour des « Rencontres santé » de juin 2005. Ses missions sont donc de rassembler, de coordonner, de fédérer les acteurs impliqués dans cette action. La volonté est alors et toujours d'avoir une animation collective avec les acteurs clé en termes de territoire et de compétences.

Ce collectif a une vie : mis entre parenthèses pendant 1 an (en 2007) du fait de remaniement de l'équipe Politique de la Ville, puis réactivé, il tente actuellement de véritablement s'élargir au delà des trois acteurs clé qui lui donnaient vie (le Contrat de Ville avec la chef de projet, le CG avec l'animatrice locale d'insertion et le Centre social). Il devrait rassembler :

- la coordonnatrice ASV (référente du groupe souffrance psychique)
- le CCAS (aussi référent groupe nutrition)
- la Maison du Citoyen
- la DDASS
- le Conseil Général (référente du groupe souffrance psychique)
- le CLIC
- le CODES61 s/c Monsieur le Directeur
- le Centre Hospitalier d'Argentan avec la PASS

Il constitue aussi un lieu facilitant la communication, l'information inter-structures et par la même d'éviter des doublons ou des incohérences d'actions.

c. Interfaces avec les autres volets du CUCS

Un des éléments fort du mode organisationnel de la Politique de la Ville d'Argentan est de croiser la réflexion transversale quant à la santé avec notamment l'axe Réussite éducative, mais aussi les autres axes.

Les liens entre les diverses thématiques étaient déjà formulés dès le Contrat de Ville où, en ce qui concerne les deux thématiques santé et éducation, il était stipulé que « l'importance du rôle des parents a notamment été reconnu lors de l'élaboration du document commun d'orientation comme un sujet transversal à l'ensemble des thématiques ». Le Contrat de ville posait aussi la nécessité de croiser la thématique santé avec la thématique "sécurité et tranquillité publiques – C.L.S" en ce qui concernait la lutte et la prévention de toutes les formes de dépendances.

En ce qui concerne le CUCS, l'équipe CUCS a la volonté, une fois les problématiques et besoins identifiés, dans le cadre de diagnostic ou de la veille, de réfléchir non pas d'emblée par catégorie de problèmes (éducation, logement, ...), mais plutôt en fonction des moyens qui seront le mieux appropriés pour traiter ces problématiques et si celles-ci seront le mieux prises en charge dans la cadre du volet santé, alors un processus sera entamé dans ce cadre-là. Une approche par territoires est favorisée à une approche par thématiques, ce qui évite de segmenter celles-ci.

La santé n'est donc pas abordée uniquement dans le cadre de l'ASV, mais aussi dans les groupes mis en place dans le cadre des autres axes du CUCS, principalement l'axe « insertion - emploi », l'axe « réussite éducative », mais aussi, même si dans une moindre mesure, l'axe « habitat - cadre de vie » et l'axe « citoyenneté et prévention de la délinquance ». C'est en ce sens que l'on peut estimer que la santé y est comprise dans son acception « OMS », à savoir son sens le plus large.

Au-delà du fait que le comité de pilotage de l'ASV soit celui du CUCS (ce qui permet une réflexion croisée entre les thématiques du CUCS), les liens sont aussi favorisés le travail de bilan et d'orientation fait par l'équipe entière.

Par ailleurs, la chargée de mission ASV est aussi la chargée de mission Réussite Educative (un mi-temps sur chaque poste).

5) Synergies territoriales

Même si Argentan est sous-préfecture de l'Orne, il n'empêche que beaucoup de structures et d'associations phares en lien avec la santé, le social et l'insertion et qui s'occupent des publics politique de la ville ont leurs antennes plutôt sur Alençon ou sur Caen (Calvados). Du coup, ces structures développent des actions plutôt sur ces centres urbains que sur Argentan. Ainsi, le CODES qui a certes développé son équipe depuis et qui participe aux instances de l'ASV ne va pas forcément privilégier Argentan pour ses actions. Toutes les actions potentielles de ces structures sont alors moins évidentes à mettre en place sur Argentan.

Par ailleurs, dans d'autres communes du département, il y a déjà des structures qui s'occupent d'impulser des actions, ce qui n'est pas le cas à Argentan.

Ces deux raisons ont participé à la nécessité de créer les conditions favorisant l'émergence d'actions de santé, le soutien aux porteurs de projets et la coordination de leurs actions envers les publics de la politique de la ville.

Effet d'appel d'air : Le fait de rassembler dans le cadre des diverses instances de l'ASV ces structures qui s'occupent déjà d'impulser des actions hors Argentan permet finalement qu'elles s'y investissent. Un des enjeux donc de la démarche ASV a consisté à créer les conditions favorisant l'émergence d'actions de santé, le soutien aux porteurs de projets et la coordination de leurs actions envers les publics de la politique de la ville.

6) Programmes et actions « santé » engagés dans le cadre de l'ASV

a. Evolutions des objectifs généraux de l'ASV

L'objectif général définissant la « colonne vertébrale » de l'ASV d'Argentan consiste en la mise en œuvre d'un programme local de santé en faveur des populations prioritaires et des

territoires de la Politique de la Ville. L'ASV doit permettre de mettre en œuvre une démarche locale de prévention et d'éducation pour la santé en faveur des publics en difficulté.

Début 2006, une réorganisation de l'ASV en modifie ses objectifs qui sont alors les suivants :

- adapter les interventions de prévention et d'éducation à la santé des publics en difficultés
- faciliter la mobilisation et la coordination des acteurs.

Ils se déclineront de la manière suivante :

Missions	Actions	Moyens
<i>Dresser et actualiser un état des lieux sur la santé des publics en difficultés</i>	- diagnostiquer les besoins des publics	Expression des professionnels
	- observer l'état de santé de la population	Mise en place de baromètres actualisés annuellement
	- inventorier les structures et les actions	Fiches sur les acteurs et les actions
<i>Fédérer les actions</i>	- informer sur les projets et les évaluer	Présentation des actions et compte rendu sur leur mise en oeuvre
<i>Promouvoir des actions collectives</i>	- susciter la participation des acteurs aux journées et campagnes nationales autour de la santé	Mise en place d'actions autour des journées santé

En 2008, puis en 2009, suite à un gel des crédits, le comité de pilotage du CUCS décide de fonctionner par priorités. Il définit, en ce qui concerne l'axe « santé » et dans un premier temps, trois ensemble d'actions prioritaires (sur les thèmes des conduites à risques, de la prévention et de la nutrition), puis trois orientations :

- Renforcer et stabiliser la composition du collectif coordonnateur ;
- Permettre au collectif de devenir une instance de veille sur les questions de santé ;
- Permettre au collectif d'assurer la transversalité et la mutualisation sur les questions de santé.

b. Moyens de l'ASV

Les groupes thématiques

Dans l'architecture de l'ASV d'Argentan, en supplément du comité de pilotage du CUCS, de l'instance plénière de l'ASV et du collectif coordonnateur, trois groupes thématiques sont à l'œuvre. Ils ont pour objectifs de départ :

- le diagnostic ;
- le partage d'expériences et interconnaissances ;
- la mutualisation des moyens ;
- la recherche la cohérence des actions sur le territoire ;
- les actions collectives.

Ont été mis en place :

- le groupe « nutrition » porté par le CCAS ;
- le groupe « souffrance psychique » animé par la MOUS et le Conseil Général dont la réflexion s'organise autour de deux axes, le besoin de formation des professionnels quant à l'orientation des personnes, avec à la clé un projet d'action en 2009 et les lieux « passerelles » dont la concrétisation est encore en réflexion.
- le groupe « alcool » animé par le Conseil général. Ce groupe notamment préexistait à la création de l'ASV. Son action se centre sur l'accompagnement des professionnels, par le biais de formation, d'analyse de pratiques. Il doit permettre de mutualiser les ressources autour des démarches de soins des personnes alcoolo-dépendantes.
- Il existe aussi le groupe "réseau pour des actions coordonnées" qui est plus territorialisé : bailleurs sociaux, travailleurs sociaux services municipaux, centre social, ... sont là pour établir la veille, montrer les difficultés.

L'équipe MOUS

L'équipe opérationnelle du Contrat Urbain de Cohésion Sociale est rattachée à de la direction Education, Seniors et Cohésion Sociale (cf http://www.argentan.fr/iso_album/organigramme_04-2009.pdf pour l'organigramme).

Elle est composée de 3 personnes : un chef de projet (personne initialement en charge de toutes les thématiques avant le recrutement de la chargée de mission), une chargée de mission atelier santé Ville et réussite éducative (mi-temps sur chacun des postes) et un secrétariat.

c. Actions soutenues dans le cadre de l'ASV

Au moment de l'élaboration du CUCS, il était prévu que l'ASV décline les orientations prioritaires du Plan Régional de Santé Publique, et permette des projets de prévention et d'éducation à la santé, sur les thèmes suivants :

- violence et santé sur le plan individuel/suicide et santé mentale (souffrance psychique...)
- violence et santé avec retentissement social (alcool, toxicomanies...)
- cancer
- facteurs environnementaux et santé (dont santé au travail...)
- maladies chroniques (diabète, asthme, maladies cardio-vasculaires...)
- comportements à risque d'infections transmissibles (SIDA, IST, hépatites)
- périnatalité, IVG et régulation des naissances
- déterminants comportementaux : nutrition, alcool, tabac et toxicomanies

En parallèle et dès la création de l'ASV, il est décidé avec le Conseil Général de ne pas faire de doublon thématique. Argentan est finalement un petit territoire et les professionnels y sont déjà sollicités par le Conseil Général. Il était alors important d'utiliser les groupes préexistants et donc de travailler plutôt la cohérence sur le territoire.

Les actions soutenues (financièrement et éventuellement méthodologiquement parlant) dans le cadre de l'ASV sont les suivantes :

- passeport pour la forme (la Maison du Citoyen = le centre social) ;
- information et sensibilisation de proximité avec le Proxi'bus (la Maison des Mots) ;
- actions d'éducation nutritionnelle (CCAS) ;
- sensibilisation et prévention sur le thème du rapport au corps (CIDFF) ;
- actions de prévention sur les addictions (Drog'aide61) ;
- formation des acteurs sur les conduites addictives (ANPAA) ;
- la veille.

7) Mobilisations engagées (partenariats)

Du fait du mode d'organisation du pilotage de l'ASV, le partenariat avec certaines institutions ou structures s'avère fort. Le Conseil Général (par le biais de l'animatrice locale d'insertion), le Centre social sont des acteurs centraux de la démarche animée par la coordonnatrice. A ceux-ci s'ajoutent le CCAS et la DDASS.

Certains liens sont en cours de développement notamment ceux avec :

- le Centre hospitalier, en particulier la PASS qui était certes impliquée au début de la démarche, mais qui n'a pas encore pris une vraie place. Depuis le recrutement récent d'une nouvelle personne à la PASS, la question du partenariat se repose et sera fonction de ses missions et de comment le Centre hospitalier va s'approprier la démarche ASV. Celui-ci reste en tout cas intégré dans le collectif coordonnateur non pas sur la base d'une participation aux réunions, mais les cadres santé sont tenus informés de ce qui y est fait.
- le CODES qui a aujourd'hui plus de moyens et qui peut donc plus s'investir sur Argentan.
- le CLIC.

8) Participation des habitants

L'ASV ne mettant plus d'actions en place (exit les « Rencontres santé » qui devaient être annuelles), la participation des habitants dépend finalement de ce que ces acteurs proposent suite aux appels à projets.

La place des habitants est assez facilitée quand il s'agit de recueil de besoins (exemple : le centre social municipal dont les usagers sont souvent questionnés sur leurs problématiques et attentes) ou de participer à l'organisation d'une action logistique (installer une salle, partager l'info). Par contre, peu de porteurs de projets proposent des actions où les habitants sont au coeur de la réflexion, sont accompagnés méthodologiquement par les professionnels et sont aussi en partie porteurs du projet.

La démarche ASV est alors le cadre permettant de travailler cette question. Dans ce cadre, les actions dans la proximité sont renforcées, l'équipe vient en appui à la vie associative, ce qui constitue une façon de travailler la participation des habitants, car ces associations se font principalement sur une idée de solidarité, de vivre ensemble, de mieux être, ce qui concorde avec les objectifs du volet santé.

Par ailleurs, une formation des porteurs de projets à la notion de participation est en prévision.

9) Eléments de méthode

Coordination

-
- Ses missions
- Elle s'appuie sur le réseau IRDSU, l'ASV de Cherbourg.
- L'ASV d'Argentan s'inscrit avant tout dans le cadre de la politique de la ville. De ce positionnement découle le rattachement et le profil choisi pour la coordination. Le renouvellement de l'équipe CUCS en 2007 (pour un ASV créé en 2004) a été l'occasion de repenser ce que l'ASV devrait être et ne pas être. Cette réflexion a abouti à une reformulation de l'ASV qui s'est alors recentré sur un

objectif de coordination et de diagnostic, plutôt que sur la mise en place d'actions, ce qui évite l'impression de « compétition » chez les porteurs de projets que l'ASV est supposé coordonner. Rattachée au CUCS, la chargée de mission santé-éducation recrutée fin 2007 a alors un profil « politique de la ville » et développement local, puisqu'il s'agit avant tout de faciliter la coordination, de mettre en place une veille quant aux problématiques du territoire et d'être en soutien méthodologique quant à la programmation auprès des porteurs de projets. Plus précisément, ses missions consistent en :

- l'organisation, mise en œuvre évaluation de l'Atelier Santé Ville et de la réussite éducative ;
 - l'animation des groupes de travail des deux dispositifs et notamment de l'équipe de réussite éducative ;
 - la coordination des actions conduites au sein de ces deux programmes ;
 - la préparation et suivi du programme annuel du volet santé et réussite éducative ;
 - la veille sur les problématiques éducatives et sanitaires ;
 - et l'appui technique et méthodologique aux porteurs de projets des champs concernés.
- L'ASV Argentan favorise une communication forte sur l'ASV : constitution en 2008 d'une plateforme Internet consacrée à l'ASV d'Argentan (<http://asv.argentan.info>), espace de diffusion et de partage d'informations relatives aux questions de santé, doublée par la création d'un guide de communication sur l'Atelier Santé Ville. L'ASV d'Argentan aussi un logo.

Financements

- La répartition du financement des projets locaux est à l'image des partenariats engagés dans la démarche ASV. En effet, sur les 28 472 euros alloués en 2006, 39% provenaient du Conseil Général, 37% de l'Etat (Politique de la Ville), 14% de la ville et 10% de la DDASS.
- Le poste de chargée de mission est financé par moitié par la ville et par l'Etat.

Evaluation

- Le CUCS avait initialement défini des indicateurs de résultats et de moyens pour la thématique santé (cf annexe 2). L'utilisation éventuelle de ces indicateurs n'a pas émergé des entretiens. Toutefois, des bilans d'actions, des bilans concernant la Politique de la ville, des points « étapes » entre les membres de l'équipe MOUS sont réalisés et permettent des repositionnements de l'ASV .

10) Conclusions et perspectives

Principaux atouts pour l'action locale en santé

- une communication forte sur l'ASV : constitution en 2008 d'une plate-forme Internet consacrée à l'ASV d'Argentan (<http://asv.argentan.info>), espace de diffusion et de partage d'informations relatives aux questions de santé, doublée par la création d'un guide de communication sur l'Atelier Santé Ville.
- une approche globale de la santé favorisée par le croisement des approches (insertion, éducation...);
- une instance plénière où le privé est invité et associé ;
- un noyau dur (CUCS – centre social – CG) dans le collectif coordonnateur et une volonté d'ouvrir ce collectif ;
- une veille constante sur les problématiques et ressources du territoire ;
- une compétence forte en méthodologie de projet et développement local de la chargée de mission ASV qui est à même d'accompagner les porteurs de projets ;
- un recentrage des objectifs de l'ASV sur la coordination plutôt que sur la mise en place d'actions, ce qui évite l'impression de « couche » supplémentaire chez les porteurs de projets.

Principales limitations du cadre CUCS et/ou ASV pour l'action locale en santé

- Des porteurs de projets qui, d'après l'équipe, considèrent plus l'ASV dans son soutien financier que dans ses autres possibilités.
- Au moment du recrutement pour la coordination ASV, les compétences « politiques de la ville » ont été privilégiées à celles en matière de santé, en cohérence avec la volonté d'inscrire le volet « santé » dans le cadre général du CUCS. Les porteurs d'actions de santé, s'ils peuvent s'appuyer sur ces premières manquent peut-être d'accompagnement sur ce qui relève de la prévention, de la promotion, de l'éducation à la santé.
- Les liens entre ASV et politique locale de santé n'ont pas émergé des entretiens.

Evaluation globale de la pertinence et de l'efficacité du cadre CUCS et/ou ASV

- Une architecture de l'ASV qui fonctionne, qui est à la fois ferme (un mode organisationnel qui perdure depuis la création de l'ASV) et flexible (ouverture du collectif coordonnateur aux acteurs essentiels à avoir au moment donné) .
- L'ASV remplit pleinement son rôle de soutien à la participation de remontée des problématiques, besoins et ressources du territoire et favorise le partage de ces informations avec les acteurs.

- Un ASV qui ne met pas un accent fort sur l'accès aux soins et aux droits. Les entretiens n'ont pas permis de voir si l'ASV permettait l'analyse des principaux dysfonctionnements de l'accès à la prévention et aux soins. Toutefois, la question de l'accès aux soins va être développée en 2009, notamment en ce qui concerne les jeunes.

Perspectives et enjeux

- soutenir la formation sur le thème de la participation, à la fois pour ajouter à la légitimité de la coordination, développer cette approche (inscrite dans l'ASV) mais pour l'instant laissée à la décision des acteurs porteurs de projets et favoriser ainsi une culture commune sur ce thème. Cette formation pourrait aussi inclure la notion d'*empowerment*.
- utiliser un tableau de bord pour faciliter le suivi et l'évaluation de la démarche ASV.
- assurer le partenariat avec la PASS et le CODES ;
- développer plus en avant la compétence santé pour la coordination de l'ASV pour une reconnaissance et une facilitation de la coordination ;
- réduire l'isolement « départemental » de l'ASV en développant son accès à des réseaux, à d'autres personnes ressources du territoire ;
- clarifier le lien avec l'ASV et la politique locale de santé ;
- préciser la place de la CAF cosignataire du CUCS.

Personnes contact	Fonctions	Dates d'entrevue	Adresses	Téléphones	Adresses courriel
Sterenn de Lafargue	Coordonnatrice ASV et RE	sur place le 3 mars	3 impasse Giraud 61200 Argentan	02 33 67 00 10	contraturbain-cohesionsociale@argentan.fr
Cécile Raous	Responsable CUCS	sur place le 3 mars	3 impasse Giraud 61200 Argentan	02 33 67 03 04	contraturbain-cohesionsociale@argentan.fr
Muriel Legriffon	animatrice locale d'insertion	par téléphone le 10 mars	Conseil Général de l'Orne – circonscription d'action sociale d'Argentan 16, rue des Capucins B.P. 222 - 61203 Argentan	02 33 12 16 57 ou 06 83 88 46 16	diss.aliargentan@wanadoo.fr
Bernadette Fouasnon	DDASS de l'Orne	par téléphone	13, rue Marchand Saillant BP 539 61016 ALENÇON CEDEX	02 33 80 83 33	dd61-contact@sante.gouv.fr
Isabelle Gaudemer	adjointe santé, solidarité, action sociale, enseignement, seniors	RV téléphoniques posés, sans suite		02 33 36 40 00 (11 en semaine)	isabelle.gaudemer@mairie-argentan.fr

Annexe 2 : Les indicateurs de l'axe « santé » tels que définis par le CUCS

Indicateurs de résultats pour les 3 quartiers

- Nombre de bénéficiaires de la CMU de base et complémentaire
- Nombre de contrat des bénéficiaires du RMI portant sur la santé
- Répartition par tranche d'âge du nombre de boîte d'anxiolytiques et d'antidépresseurs délivrés
- Taux de participation des femmes de 50-74 ans aux différentes campagnes de dépistage du cancer du sein
- Défaut de la vision, observé pendant l'examen, chez les élèves de grande section maternelle et de CM2
- Surpoids et obésité chez les élèves de grande section maternelle et de CM2
- Nombre d'IVG
- Nombre de consultation au centre de planification
- Nombre de permis retenus ou suspendus pour alcoolémie ou stupéfiants

Indicateurs de moyens

- Nombre et qualité des projets soutenus par l'ASV
- Nombre et qualité des réunions dans le cadre de l'ASV
- Qualité du partenariat avec l'hôpital et sa formalisation par une convention
- Cohérence entre la politique de santé publique régionale et sa déclinaison locale au sein de l'ASV

Le Volet Santé du CUCS de la Ville de Blois

ELEMENTS DE SYNTHESE ET D'ANALYSE

VISITE SUR SITE :

BLOIS

LE 4 MARS 2009

Chantal Mannoni

Sommaire

INTRODUCTION :	123
LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES	126
FICHE DE SYNTHESE DE LA VISITE SUR SITE	127
A) PRINCIPAUX ELEMENTS DU CONTEXTE (SOURCE : CUCS, DIAGNOSTIC DE SANTE).....	127
B) RAISONS QUI ONT CONDUIT A PARTICIPER ET EXPERIENCE ANTERIEURE D'UN CADRE SIMILAIRE D'ACTION	127
C) THEMATIQUE(S) / ACTIVITE(S) ABORDEE(S)	128
D) ELEMENTS DE SYNTHESE PLACE DE SANTE DANS VOLET CUCS	128
E) PRINCIPAUX APPORTS SPECIFIQUES DU CADRE CUCS ET/OU ASV A L'ACTION LOCALE EN SANTE (DIFFERENCE AU REGARD DE CE QUI ETAIT DEJA FAIT OU POURRAIT ETRE FAIT SUR LE SUJET DANS CE TERRITOIRE)	129
F) LES SYNERGIES AU SEIN DU CUCS	129
G) LES SYNERGIES AVEC LES AUTRES INSTITUTIONS, DISPOSITIFS DEPARTEMENTAUX ET REGIONAUX	129
H) PRINCIPAUX ATOUTS POUR L'ACTION LOCALE EN SANTE	129
I) PRINCIPALES LIMITATIONS DU CADRE CUCS ET/OU ASV POUR L'ACTION LOCALE EN SANTE ..	130
J) EVALUATION GLOBALE DE LA PERTINENCE ET DE L'EFFICACITE DU CADRE CUCS ET/OU ASV	130
K) PERSPECTIVES ET ENJEUX.....	130
ELEMENTS GENERAUX CONCERNANT LE CONTRAT URBAIN SOCIAL DE BLOIS ET DONNEES DE CADRAGE	132
1) BREF HISTORIQUE DE LA DEMARCHE ASV ET DE LA PLACE DE LA SANTE SUR LE TERRITOIRE	135
2) DIAGNOSTICS DE REFERENCE ET DONNEES SANITAIRES ET SOCIALES JUGEES PERTINENTES POUR LE TERRITOIRE CONSIDERE	137
3) POSITIONNEMENT POLITIQUE, MODALITES D'ORGANISATION DU VOLET SANTE DU CUCS :	143
LA PLACE DES ELUS ET LA SANTE.....	143
LA RE-ORGANISATION ACTUELLE DES SERVICES, PLACE DE LA COORDINATRICE ASV ET LIENS AVEC LE CUCS :	144
LES INSTANCES MISES EN PLACE ET LES GROUPES DE TRAVAIL.....	145
4) LE POSITIONNEMENT POLITIQUE DE LA SANTE, INTERFACES DU VOLET SANTE ET DES AUTRES VOLETS DU CUCS D'UN POINT DE VUE ORGANISATIONNEL	147
5) LES SYNERGIES TERRITORIALES INSTITUTEES	153
6) LES ACTIONS DE SANTE DANS LE CUCS, ACTIONS ENGAGEES DANS LE CADRE DE L'ASV, INTERFACES ET OPPORTUNITES	155
A) LES ACTIONS DE SANTE REPEREES A LA LECTURE DU CUCS	155
B) LES THEMATIQUES SANTE DEVELOPPEES DANS L'ASV ET LES PUBLICS PRIORITAIRES	157

7) LA MOBILISATION ENGAGEE SUR LE PLAN DU PARTENARIAT	161
8) LES HABITANTS PARTENAIRES : DES ATOUTS, DES DEFIS A RELEVER.....	163
9) LES ELEMENTS DE METHODE, LA QUALIFICATION DES ACTEURS	166
REGARD SUR LA CONSTRUCTION DU CUCS	166
LA SANTE DANS LE CUCS ET LE VOLET SANTE (ASV)	167
LE DIAGNOSTIC AVAIT AUSSI POINTE L'INTERET DES ACTEURS ET LA NECESSITE DE FORMATIONS ET D'OUTILS PRAGMATIQUES	170
10) CONCLUSION ET PERSPECTIVES	172
LES PRINCIPALES PERSPECTIVES QUI SE DEGAGENT SUR BLOIS RECOUVRENT LES POINTS PRINCIPAUX :	172
ANNEXE :TABLEAU RECAPITULATIF DES INSTANCES ASV DE BLOIS EN 2008.....	175

Introduction

Le site de Blois a été retenu au regard des éléments de méthode de l'échantillonnage.

Le CUCS de Blois répondait aux critères suivants :

- 1 site en Région Centre dans le département du Loir-et-Cher.
- Existence d'un volet santé à la lecture du CUCS 2404 et 1 ASV (création : novembre 2007)
- Quartiers relevant du Plan Espoir Banlieue
- 1 population comprise entre 20 000 et 80 000 habitants. La population de Blois selon les sources INSEE de 2006 est de 50 704 habitants.
- 1 commune signataire
- Existence d'un SCHS

(Blois par ailleurs partie aussi du réseau des villes OMS)

VISITE SUR SITE : 4 MARS 2009

Un entretien téléphonique avec la coordinatrice de l'atelier santé ville a été organisé le 26 février 2009 pour clarifier un certain nombre d'éléments suite aux documents initialement reçus et préparer la visite du 4 mars.

La visite s'est déroulée sur la journée avec l'ensemble des personnes signalées ci-dessous et l'après midi a été dédié à un travail plus approfondi avec la coordinatrice.

Un autre entretien téléphonique a été réalisé le 26 mars et le 28 mars avec le chef de projet CUCS.

Le groupe lors de la visite regroupait l'élue à la santé et des représentants institutionnels. La référente ASV de la DDASS n'a pu malheureusement se rendre disponible de même que la préfecture et aucun partenaire associatif n'a été présent. Néanmoins, les questions d'intérêt pour l'étude ont pu être cernées en grande partie et des échanges ont eu lieu concernant divers sujets dont les inquiétudes concernant les évolutions réglementaires et le flou entourant la lettre concernant les contrats locaux de santé publique.

L'accueil comme sur toutes les visites a été chaleureux et l'organisation s'est faite au mieux dans les contraintes de temps imposées. Les personnes qui se sont rendues disponibles souhaitent un retour de la visite sur site.

Nom	Prénom	Organisme/collectivité	Positionnement CUCS/ ASV	Mode de participation (M : mandaté, P : personnel	Ancienneté sur le territoire concerné à la date de la visite	Téléphone	Mail
BAGHADOUST	Marylène	Directrice de la DDASS	(référente ASV non disponible ce jour-là)	M	3 ans	02 54 55 78 78	Dd41-direction@sante.gouv.fr
GARCIA-CALLOUX	Corinne	Conseillère municipale	Adjointe à la santé	M	Adjointe depuis 2008	02 54 44 50 50	Corinne.garcia@ville-blois.fr
FONTAINE	Thierry	Mairie de Blois	Chef de projet CUCS	M	Professionnel dans la PdV depuis 2005	02 54 51 31 05	thierry.fontaine@ville-blois.fr
CLOUE	Anne-Marie	Mairie de Blois	Coordinatrice ASV	M	30 ans	02 54 51 31 02	anne-marie.cloue@ville-blois.fr
CRASTRES (excusée)	Annie	Préfecture Loir-et-Cher	Chargée de mission PdV	M	3 ans	02 54 81 54 81	annie.crastres@loir-et-cher.pref.gouv.fr
LELU (excusée)	Pascale	Mairie de Blois	Adjointe au chef de projet CUCS	M	2 ans	02 54 51 31 06	pascale.lelu@ville-blois.fr

Une série de documents dont la liste apparaît ci-dessous a pu être consultée en amont de la visite ou après la visite pour compléter les entretiens. La fiche DIV initialement non disponible a été mise à jour à l'occasion de la visite sur site.

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

- PRSP de la région centre 2005- 2009
- SREPS de la région centre 2003- 2007
- CUCS 2404
- Tableau Excel de programmation 2009
- Diagnostic de santé, juillet 2008, (Agence LH conseil) + résumé
- Extrait de l'enquête sur les problématiques de vie des lycéens de Blois, Observatoire de l'Economie et des Territoires de Loir-et-Cher, juillet 2005 (tableaux non commentés, diaporama)
- Fiche résumé du Grand projet de Ville (non daté)
- Fiches observatoire, fiches de synthèse concernant les différents volets du CUCS, novembre 2008
- Fiche ASV – DIV 2007 actualisée lors de la visite
- Bilan de l'ASV, 2008 (5 pages)
- Comité technique de l'Atelier Santé Ville de Blois, 24 septembre 2008 (diaporama)
- Compte rendu du Comité de pilotage, 30/06/08
- Compte rendu du Comité technique 09/08
- Fiche documentaire, volet éducatif, COPAS, 16 mars 2009
- Compte rendus des groupes thématiques :
 - Accès aux soins : octobre et novembre 2008
 - Santé des jeunes : octobre et novembre 2008
 - Nutrition : octobre, novembre et décembre 2008
 - Souffrance psychique : octobre et novembre 2008

Deux tableaux supplémentaires ont été demandés comme sur tous les sites visités (un tableau des instances ASV et un tableau croisant les instances ASV et les instances CUCS).

FICHE DE SYNTHÈSE DE LA VISITE SUR SITE

a) Principaux éléments du contexte (source : CUCS, diagnostic de santé)

Les quartiers Nord de Blois (ZUS priorité 1) regroupe 29,3 % de la population blésoise. La ville elle-même préfecture du Loir-et-Cher, regroupe 51,8% de l'agglomération (26 communes à ce jour). Ces quartiers comporte 4 secteurs distincts, marqués par des indicateurs défavorables, qui pour certains se creusent (taux de chômage) au regard de ceux de la ville (sources : SIG DIV, [diagnostic de santé, 2008](#)). L'habitat date de plus de 30 ans, l'enclavement du quartier est important avec des zones de ruptures avec la ville (déficits de transports) et au sein des quartiers Nord (organisation du réseau routier).

La ville de Blois affirme fortement dans le CUCS le désir de réduire les écarts entre ce quartier et la ville.

Quelques rappels :

- Les jeunes représentent plus d'un tiers de la population,
- Le pourcentage de familles monoparentales atteint presque le double de celui de la ville,
- Une concentration de population étrangère de 2,5 fois supérieure à celui de la ville et 120 nationalités répertoriées. Cette richesse culturelle est valorisée dans le CUCS, elle implique des défis pour des actions ajustées,
- Un chômage qui augmente. Les quartiers Nord représentent presque 60% des demandeurs d'emploi sur la ville,
- Une baisse de la délinquance notée depuis 2000.

Le PRU est actuellement une priorité avec à ce jour 75 % de la population relogée dans le même quartier (*l'objectif de mixité sociale reste un défi*). Les mouvements de populations liés au PRU ont créé des incertitudes, des ruptures de liens sociaux au niveau de toutes les générations même si ces changements ont été accompagnés. Ces bouleversements pour certaines familles sont à prendre en compte dans leur implication dans les projets (de santé entre autres) et dans l'ancrage des dynamiques partenariales ou leur ré-ajustement nécessaires.

b) Raisons qui ont conduit à participer et expérience antérieure d'un cadre similaire d'action

La ville de Blois est engagée depuis plus de 20 ans sur les questions de santé, le tissu associatif est riche même si ce tissu s'est un peu affaibli sur les quartiers Nord. Déjà la santé était présente dans le dernier contrat de ville qui avait formulé des recommandations concernant la santé.

La conjonction de l'élaboration des CUCS et l'opportunité de la démarche ASV ont alors permis de développer et d'engager une meilleure coordination des différentes initiatives, d'en amorcer d'autres.

La volonté politique de la ville est très forte en ce sens et les efforts portent actuellement sur la réduction des inégalités entre les quartiers Nord et le reste de la ville. La santé des jeunes, les aspects éducatifs et culturels sont mis de l'avant même si le CUCS reste aujourd'hui tourné principalement vers le PRU.

L'ASV est très récent, mis en place en novembre 2007. Le diagnostic de santé a été réalisé sur le premier semestre 2008.

c) Thématique(s) / Activité(s) abordée(s)

Les thématiques « santé » portées par l'ASV sont directement issues du diagnostic mis en place dans le premier semestre 2008 :

→ Accès aux soins, santé des jeunes, souffrance psychique, alimentation et activité physique.

→ D'autres thématiques apparaissent dans le CUCS dans d'autres volets que celui de la santé : parentalité, accidents domestiques, addictions (licites, illicites), violences faites aux femmes et « mal-être ». Les interfaces émergent actuellement avec l'ASV.

d) Eléments de synthèse place de santé dans volet CUCS

D'un point de vue budgétaire, [la part de la santé dans le CUCS, reste globalement la même entre 2007 et 2008 sachant que le budget global a diminué.](#)

Ainsi, la santé représente environ 12% du budget global, le plus gros volet financier étant dédié au « lien social, citoyenneté, participation à la vie publique » selon les tableaux de synthèse du CUCS.

La santé traverse la plupart des volets du CUCS soit directement par des thématiques abordées explicitement sous forme « d'actions de santé », soit via les déterminants influençant la santé. [L'ASV est le volet structurant du volet « santé »](#). Il donne actuellement suite au diagnostic, installe différentes instances, anime les groupes de travail tout en réalisant concrètement des actions avec des partenaires. Les interfaces se créent peu à peu avec les différents volets du CUCS.

e) Principaux apports spécifiques du cadre CUCS et/ou ASV à l'action locale en santé (différence au regard de ce qui était déjà fait ou pourrait être fait sur le sujet dans ce territoire)

La mise en œuvre du diagnostic de santé a permis de clarifier les priorités et de rendre plus lisible les acteurs du territoire et leur contribution en matière de santé.

Les engagements et les dynamiques sont récents dans le cadre du CUCS et de l'ASV. Il apparaît clairement que ces cadres fournissent à la fois des possibilités concernant les synergies locales pour une meilleure efficacité des actions, de même qu'à d'autres échelles territoriales (les paramètres échappent par contre au seul pouvoir de décision local). L'ASV, en concordance avec la circulaire de juin 2000, s'implante progressivement.

Les ressources affectées à la fonction de coordination sont essentielles. Ceci est largement partagé par les différents partenaires interrogés lors du diagnostic et lors de la visite sur site.

f) Les synergies au sein du CUCS

Ces synergies se construisent actuellement, pour certaines depuis peu :

- avec différentes actions existantes
- avec le volet éducatif et la coordinatrice du PRE
- avec le volet emploi insertion
- avec l'habitat/cadre de vie et l'accompagnement social mis en place.

D'autres potentiels existent mais un travail de maillage plus serré doit être réalisé entre les instances de l'ASV et celles du CUCS. Les interfaces avec la thématique « addictions » se tissent dans les groupes de travail mis en place.

g) Les synergies avec les autres institutions, dispositifs départementaux et régionaux

Le nombre de partenaires impliqué est conséquent et couvre tout spécialement les champs de la santé, insertion, éducation, sport, etc. Les articulations avec les dispositifs les plus notables sont celles avec celui du PRU, du PRE, de [la PMI du Conseil Général](#), du secteur de l'insertion (Mission locale). [Au niveau régional, l'espace créé pour les élus, institutionnels et coordinateurs ASV est salué par tous. Les thématiques travaillées dans le CUCS sont en concordance avec le PRSP, le SREPS. On note peu d'articulation directe avec le SROS.](#)

h) Principaux atouts pour l'action locale en santé

- a. La ville de Blois est fortement porteuse des questions de santé et de la réduction des inégalités. La santé des jeunes est une des priorités et constitue un thème fédérateur.
- b. Le tissu d'acteurs est riche, ce qui comporte aussi la difficulté de renforcer les synergies même dans le cadre d'une ville moyenne.
- c. Le diagnostic a permis de flécher des axes de travail et des mises en œuvre concrètes en s'appuyant sur l'existant.

- d. Les responsables du CUCS et de l'ASV connaissent le territoire depuis de nombreuses années.
- e. Un nombre important de partenaires donne suite au diagnostic dans des groupes de travail.
- f. Les articulations avec le niveau régional concernant les ASV de la Région Centre est un élément important : il concerne élus, institutionnels et coordinateurs ASV.

i) Principales limitations du cadre CUCS et/ou ASV pour l'action locale en santé

- i. La santé ne traverse pas forcément l'ensemble des élus, même s'il existe une sensibilité pour la santé et que l'engagement de plusieurs élus est fort (ville OMS).
 - ii. Les représentations concernant la santé et certaines thématiques sont différentes (élus, institutionnels, acteurs, habitants) limitant parfois les synergies.
 - iii. L'engagement des partenaires, soit d'un point de vue politique soit concernant les financements provoque des incertitudes (CAF, Conseil Général et niveau national).
 - iv. Des déséquilibres sont notables dans le développement du CUCS centré sur le PRU et le mode d'organisation des pilotages doit être consolidé.
- Le travail intersectoriel permettant de monter des projets de façon décloisonnée n'est pas encore suffisamment inscrit (ceci ne concernant pas seulement le site de Blois). Les facteurs sont pluriels dont les modes de financement.
- v. Les évolutions réglementaires actuelles instaurent un climat d'insécurité. Les répercussions sur l'implication des partenaires, eux-mêmes parfois fragilisés sont palpables.
 - vi. Les inquiétudes portent aussi sur le maintien de la fonction de coordination jugée pourtant essentielle dans le cadre des PLSP.

j) Evaluation globale de la pertinence et de l'efficacité du cadre CUCS et/ou ASV

A ce jour, la mise en œuvre de l'ASV s'inscrit de façon cohérente dans les axes de la circulaire de juin 2000.

Avec le peu de recul disponible, les différents acteurs (CUCS/ volet ASV) consolident leurs priorités tout en cherchant à créer de meilleures interfaces qui vont sans doute se développer dans les mois à venir. Les efforts de l'ASV sont à ce titre à relever.

Les instances actuelles de l'ASV semblent opérantes ; celles du CUCS, absorbé par le PRU, devraient être consolidées.

k) Perspectives et enjeux

Outre la résolution des limitations signalées ci-dessus, les enjeux les plus importants sont, au regard de l'aspect récent du CUCS (premier exercice réalisé rapidement pour rappel) et de l'ASV sur Blois :

1. Un portage politique et institutionnel inscrit dans la constance *du niveau national au niveau local*, pour faciliter la place de la santé dans le CUCS et maintenir des équilibres entre les différents volets du CUCS et les articulations régionales.
2. Des modalités de pilotage consolidées au sein du CUCS de Blois et des espaces différenciés entre les différents comités techniques sur le territoire.

3. Un renforcement particulier avec le PRU, l'Education Nationale. La place du Conseil Général met en scène des choix politiques et organisationnels qui échappent aux acteurs de terrain. Si des avancées sont bien réelles, elles doivent être soutenues et amplifiées.
4. Le développement de stratégies impliquant plus fortement les habitants et de façon plus diffuse est essentiel en tenant compte des bouleversements liés au PRU.
5. Les aspects de méthode sont à consolider: (programmation, indicateurs). Le travail intersectoriel doit être soutenu par des méthodologies de travail appropriées.
6. La communication doit être aussi un axe de réflexion méthodologique pour promouvoir des stratégies différenciées autour de la santé et des projets portés.
7. La consolidation de l'observation et les outils mis à disposition au niveau local constituent un thème récurrent à Blois, comme sur la plupart des sites.

L'ASV est tout récent. Les dynamique enclenchées sont autant d'atouts à façonner pour évoluer vers un PLSP avec la mise en place des contrats locaux de santé publique, opportunité à saisir dans le respect des équilibres de la politique de la ville et de droit commun.

ELEMENTS GENERAUX CONCERNANT LE CONTRAT URBAIN SOCIAL DE BLOIS ET DONNEES DE CADRAGE
(Source : SIG de la DIV)

Contrat Urbain de Cohésion Sociale Blois

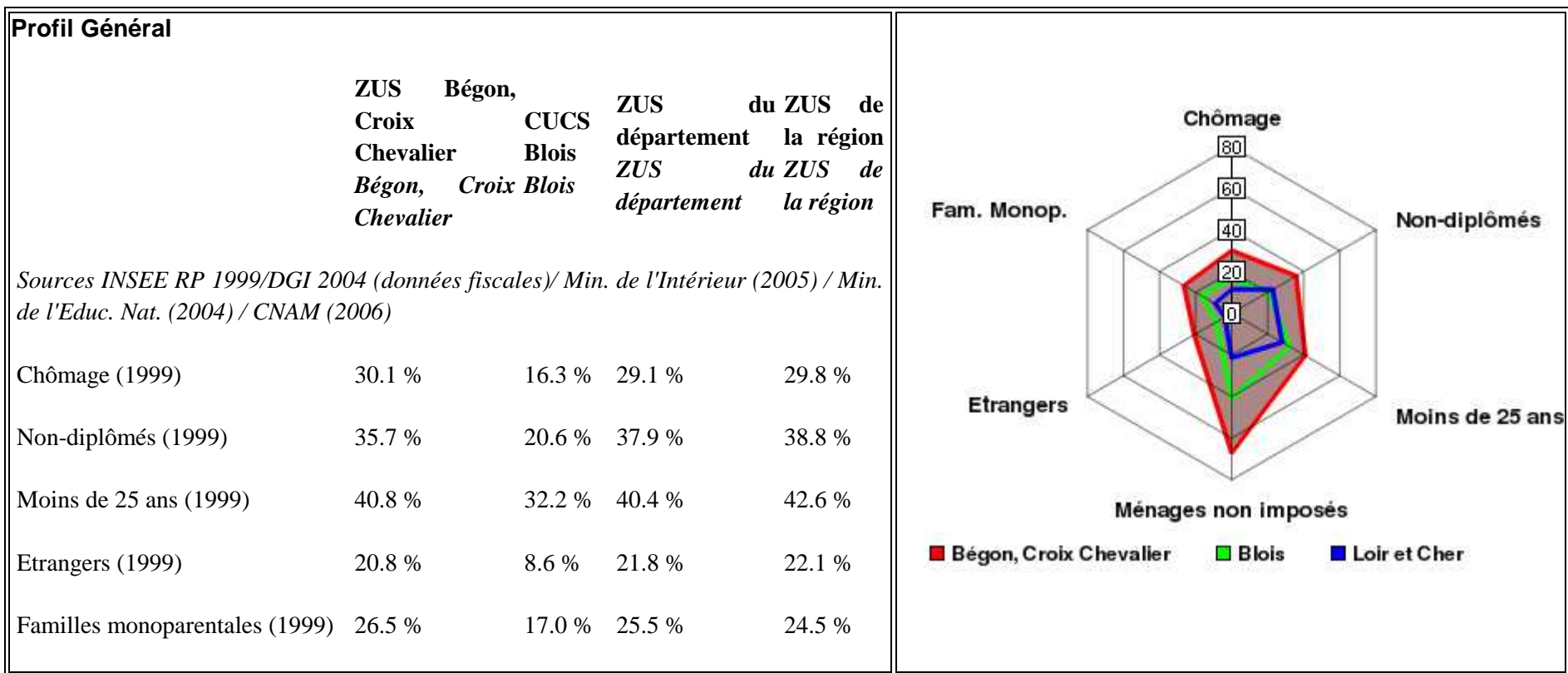
[France](#) > [Région Centre](#) > [Département Loir et Cher](#)

Population du CUCS : 49 062 habitants , dont 14 378 (29%) sur 1 ZUS
Superficie du CUCS : 3 749 ha , dont 153 ha (4%) sur 1 ZUS
Composition communale (1) : Blois
Contrat de Ville (1) : Blois
ZUS (1) : Bégon, Croix Chevalier
ZFU (1) : Bégon, Croix Chevalier
Autres Quartiers Prioritaires (3) : Cornillettes , Quinière , Vienne
Quartiers en rénovation urbaine (1) : Convention n° 054 : ZUS Bégon, Croix Chevalier
Dispositifs de la Politique de la Ville (6) : 1 ML, 1 CEL, 1 PLIE, 1 CLS, 1 MJD, 1 PRE

→ Les dernières données démographiques donnent une population pour Blois en 2006 de 50 704 hbts (les différentes sources des documents consultés peuvent faire apparaître d'autres informations selon les sources et années consultées, d'où les décalages avec le diagnostic réalisé en 2008 et la fiche concernant le volet éducatif de COPAS)

→ Les quartiers prioritaires énoncés dans le CUCS de 2007 mentionnent les quartiers Nord avec 4 secteurs : Bégon, Croix Chevalier, Kennedy et Coty

→ L'atelier santé ville a été créé en novembre 2007 puis un diagnostic a été mis en place sur le premier semestre 2008.



Locatifs HLM (1999)	84.7 %	36.5 %	85.4 %	80.2 %	
Ménages non-imposés sur revenus (2005)	61.1 %	37.7 %	58.3 %	54.2 %	
Bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (2006)	34.8 %	15.6 %	32.1 %	28.8 %	

→ Les données disponibles sur le site montre des données grossièrement similaires entre la ZUS Bégon/ Croix Chevalier et les autres ZUS du département et de la région mais certains indicateurs marqueurs des processus de précarité sont notables sur la ZUS de Blois : taux de chômage important et qui a augmenté depuis, taux de ménage non imposés, et pourcentage des personnes bénéficiaires de la CMU C.

1) Bref historique de la démarche ASV et de la place de la santé sur le territoire

De nombreuses associations réalisent directement ou indirectement des actions autour de la santé depuis de nombreuses années, le tissu associatif étant bien développé sur la ville.

Il existe depuis les années 80 une « perméabilité » aux questions de santé même au regard des changements des élus. La ville appartient au réseau Ville OMS. A ce jour, le Maire est tout à fait moteur sur les questions de santé, étant lui-même un ancien professionnel de santé sur les quartiers Nord ; l'impulsion politique est donc forte, l'adjointe à la santé est également très impliquée dans différents types de commissions permettant le lien avec d'autres champs sectoriels.

C'est la thématique du handicap qui a été la porte d'entrée la plus fédératrice sur la santé à Blois (Handicap et place dans la cité, signature d'une charte en 1989, intégration des enfants en milieu scolaire malgré les réticences....). Paradoxalement à ce jour, la thématique du handicap est traitée sous l'angle de l'accessibilité physique et l'appréhension globale de la thématique s'est réduite.

Par la suite, sous l'impulsion de la DDASS, c'est autour du sida et des hépatites que des acteurs ont été fédérés permettant de travailler sur le continuum prévention- soins, le lien ville – hôpital (associations, CDAG, médecins libéraux, planning familial, centre hospitalier).

Les problématiques autour du mal-être ont amené certains acteurs (ville, DDASS, ADES) à travailler aussi sur les problématiques du suicide (priorité en Région Centre dans le PRSP actuel). Une amorce de coordination à travers l'ADES se profile autour du mal –être, des dépendances, du VIH/sida, de la nutrition.

Concernant les quartiers Nord, dans les années 80, face aux problématiques déjà identifiées autour des processus de précarisation et de l'accès aux soins, l'idée d'un observatoire est née. Elle marque la sensibilité de la ville à mieux connaître son territoire et à disposer de données. *Le désir de réaliser un diagnostic avant la mise en place de l'ASV est aussi liée à cette sensibilité.* L'observatoire n'a pas abouti en raison de la complexité à le construire, des moyens disponibles comme dans de nombreuses villes de taille moyenne.

Ce processus a donné naissance à l'association ONS (Osons Nous soigner) pour prendre en compte spécifiquement l'accès aux droits, aux soins des populations vulnérables (création dans les années 90).

L'idée de personnes relais (toujours présente sous différentes formes aujourd'hui) émerge aussi dans une stratégie de proximité et de créer une chaîne facilitant l'accès aux droits et aux soins.

Des dépistages bucco-dentaires sont alors réalisés dans les écoles via des financements de l'Etat, la CPAM, la mutualité française et de la ville. Des conventions sont signées avec des dentistes pour réaliser un accès effectifs aux soins après les dépistages.

Ces dynamiques reflètent à la fois un soutien politique et une dynamique partenariale dans les quartiers Nord forte. Par contre, aujourd'hui, ces acquis ont été fragilisés par des changements administratifs et le départ de dentistes (il n'y a plus de dentiste sur les quartiers Nord à ce jour).

Enfin, la place de la santé était déjà explicite dans le dernier contrat de ville. Les constats des groupes de travail pour l'évaluation du CdV montraient déjà :

- des problématiques de santé mentale en augmentation avec un déficit dans l'offre de prise en charge,
- Un isolement croissant notamment pour les publics vivant des processus de précarisation,
- Des difficultés d'accès aux soins, impliquant de travailler sur la prévention, la sensibilisation et l'accompagnement des publics fragilisés.

Cette implication politique et institutionnelle, même si des fluctuations ont eu lieu dans le temps explique le soutien aux associations, l'inscription dans le contrat de ville de thématiques santé ainsi que dans le CUCS, et la mise en place d'un ASV.

Ces actions sont aujourd'hui parfois « hors ASV » mais celui-ci a été formalisé après l'élaboration du CUCS.

➔ Ainsi, la formulation du volet santé du CUCS énonce des priorités liées aux constats antérieurs et à celles établies dans le PRSP de la Région Centre. On note un manque de visibilité à l'époque de la rédaction du CUCS de la place de l'ASV dans le CUCS puisque le diagnostic n'avait pas été conduit. Ce dernier a permis de clarifier la place et le rôle de l'ASV tout en insistant sur les interfaces entre les différents volets du CUCS et les priorités régionales.

La démarche ASV s'est développée sous l'impulsion de la DDASS. Il a été créé en novembre 2007 et le diagnostic enclenché en 2008.

Initialement la démarche a été vécu dans une (nouvelle) logique programmatique et non pas comme la mise en synergie sur un territoire donné des acteurs autour de la santé dans le

cadre de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Les acteurs s'en sont finalement emparés et la coopération avec la DDASS est bonne.

La force de l'ASV dès le début repose sur des partenaires ancrés depuis longtemps sur le territoire, une coordinatrice (et un chef de projet CUCS) qui connaissent bien les problématiques et les acteurs en particulier sur les quartiers Nord. Par contre, le diagnostic a permis de

- Rendre plus explicite la démarche ASV auprès des acteurs rencontrés
- Mieux faire comprendre le maillage des dispositifs divers
- D'identifier 4 axes thématiques prioritaires et de proposer des axes concrets mettant en réseau des acteurs spécifiques sur différentes initiatives à mettre en œuvre.
- ...et de mettre à jour l'impressionnant travail de coordination à différentes échelles.

Le SCHS ne semble pas avoir joué un rôle dans cette maturation vers la construction du volet santé. Les missions sont abordées d'un point de vue technique et non dans une vision « promotion de la santé »²¹. Ceci est noté par ailleurs sur nombre de sites, indépendamment de l'existence d'un ASV ou non. Une fois encore, il s'agit de cultures professionnelles qui marquent la façon d'aborder la santé et comment les acteurs peuvent alors s'impliquer dans des démarches intégrées. Aujourd'hui cependant, des partenariats se tissent entre l'ASV, le SCHS et le PRU.

2) Diagnostics de référence et données sanitaires et sociales jugées pertinentes pour le territoire considéré

Le diagnostic engagé dans le cadre de la mise en place de l'atelier santé ville s'est déroulé sur 6 mois au premier semestre 2008 (cabinet LH –conseil), après l'élaboration du CUCS et dans les premiers mois de la mise en place de l'ASV.

Il a porté essentiellement sur les quartiers Nord de la ville dans ses 4 secteurs (Bégon, Croix Chevalier, Kennedy et Coty).

La méthodologie utilisée peut être jugée optimale compte tenu des contraintes de temps

²¹ On insistera ici sur la double définition de la promotion de la santé, celle mettant en valeur la notion de processus, et celle, moins véhiculée mettant en valeur des stratégies et modes de programmations spécifiques qui en découlent :

« La Promotion de la santé est un processus qui permet aux populations d'améliorer leur propre santé en leur donnant les moyens d'un plus grand contrôle sur celle-ci » (WHO, Ottawa, 1986). « La promotion de la santé est le changement planifié des conditions de vie et des modes de vie relatifs à la santé via une gamme de stratégie individuelles et environnementales » (Source : O'Neill M., Gagnon, F., Dallaire, C. 2006).

- utilisation de travaux antérieurs
- recherche de données existantes
- entretiens avec 90 personnes (élus, institutionnels, associations)
- rencontre de collectifs d'habitants
- journée de restitution intermédiaire

Le diagnostic a pris en compte le cadre du CUCS, celui d'un ASV, de même que les articulations avec le Plan Régional de Santé Publique. Par ailleurs, la commande portait aussi sur la participation optimale des partenaires. Cette étape a donc consolidé d'emblée les articulations à mettre en place et le positionnement de l'ASV. Le coût de ce diagnostic a été de 28 510 euros. Il faut ajouter à ceci le temps accordé par les différents partenaires et celui de la coordinatrice qui a facilité l'organisation du diagnostic.

Le diagnostic aborde successivement

- o « la santé en chiffre »
- o « le paysage local » : acteurs et partenaires : c'est un point fort du diagnostic permettant le repérage d'acteurs pour des perspectives concrètes.
- o La préfiguration des priorités débattues lors d'une rencontre collective et mises au débat travaux de groupes)
- o Les priorités établies et pistes de développement
- o Puis, une feuille de route finalise le document pour organiser le démarrage de la démarche dans les mois à venir : d'un point de vue de la méthode, cette feuille de route est essentielle pour faciliter la montée en charge de la démarche sans se diluer.

Les sources statistiques utilisées dans le diagnostic couvrent un panel important, chaque fois que possible des comparaisons entre les quartiers Nord et les autres échelles territoriales ont été faites. Un certain nombre d'indicateurs permettent de mesurer des tendances dans le temps mais sans forcément pouvoir expliquer les raisons de ces tendances (exemple d'une augmentation de file active qui peut répondre soit à un problème croissant, soit à des changements organisationnels, soit les deux....)

Parmi les limites rencontrées sur certains indicateurs on notera l'absence de comparaison possible, la difficulté à agréger des données de sources différentes, des tranches d'âge différentes selon les dispositifs, enfin, la difficulté à obtenir certaines données comme le taux de recours aux soins (comparatif Blois/ Quartiers Nord).

Le diagnostic a pu bénéficier de l'évaluation du contrat de ville et d'autres enquêtes récentes, comme celle de 2005 concernant les problématiques de vie des lycéens de Blois (Observatoire de l'économie et des territoires de Loir-et-Cher ; informations synthétiques seulement disponibles et reprises dans le diagnostic de santé de LH conseil). Cette enquête permet d'entrevoir les problématiques des lycéens mais aussi leur mode de vie. Il donne des pistes à la fois de thématiques santé à prendre en compte (cyberdépendance par exemple) et de trouver des stratégies les plus ajustées pour faire « avec » les jeunes et leur environnement. Cette enquête pourrait être reproduite comme les baromètres santé pour

mesurer des évolutions qui ne sont pas si facilement retraçables par les données statistiques disponibles en routine.

Quelques remarques :

*Pas de données retracées concernant la PMI

*Une PASS qui reçoit essentiellement des personnes du secteur de Blois et un nombre de patients en diminution. Une des hypothèses possible à avancer concernant l'origine géographique des patients est celle du manque de transport à l'époque. Par contre, la baisse de fréquentation n'est pas expliquée.

Les thématiques les plus informées dans le rapport sont les 4 axes prioritaires :

- Santé des jeunes pour lesquels plusieurs déterminants et thématiques santé s'entrecroisent.
- Souffrance psychique
- Alimentation et activité physique
- Accompagnement vers les soins

Par contre, les acteurs évoquent lors de la visite sur site des zones d'ombre concernant

-l'appréhension du thème « souffrance psychique »

- la difficulté à cerner les conduites addictives

- les grossesses précoces et les taux d'IVG sont aussi une préoccupation

Le diagnostic a permis de mobiliser soit directement soit indirectement un nombre important d'acteurs : 123 au total au travers des entretiens individuels ou collectifs.

Les représentants des institutions suivantes ont ainsi été impliqués : préfecture, DDASS, Ville de Blois (élus – maire première adjointe, adjointe du quartier Nord, déléguée à la santé et au handicap) et techniciens, dont le chef de projet CUCS). Il y a eu vacance pendant quelque temps sur la fonction d'adjoint à la politique de la ville qui n'apparaît pas dans les personnes rencontrées. Les autres institutions rencontrées et associations couvrent le panel du champ de la santé (ville et centre hospitalier, secteur public et privé, professionnels indépendant ou réseaux), celui de l'éducation dont la coordinatrice du PRE, de l'insertion et les équipe du PRU ont aussi participé au diagnostic. Treize associations ont été impliquées.

A noter l'implication des habitants via deux collectifs : le collectif d'habitantes de l'école Mirabeau et les personnes suivant des cours d'alphabétisation.

On peut penser que l'implication des habitants via espaces aurait pu être optimisée mais compte tenu des délais de ce diagnostic et des moyens disponibles il semblait difficile d'être plus ambitieux.

Au total le diagnostic sans entrer dans chacune des thématiques d'un point de vue compréhensif a permis de cerner les grands axes de travail, de repérer les maillages possibles et de fixer une feuille de route (peut être un peu ambitieuse au regard de la mise en œuvre actuelle) afin de centrer la démarche de façon pragmatique les mois qui ont suivi la mission du cabinet.

La recommandation concernant l'organisation des actions à mener alliant travaux sur le fond des questions (réflexion), actions concrètes sur le long terme, temps forts ponctuels et temps de débats avec les habitants sur les questions qui leur sont proches et concrètes est de notre point de vue une bonne manière de cadencer le temps dans l'année et de pouvoir croiser les intérêts des élus, professionnels et des habitants.

Le diagnostic a enfin permis de repérer les atouts de la ville, les recommandations et points de vigilance. Ces éléments disponibles dans le diagnostic sont insérés ici car ils permettent de comprendre les dynamiques partenariales abordées plus loin et les enjeux autour du volet santé des CUCS aussi bien dans le domaine de la gouvernance que des modalités concrètes :

Extrait du diagnostic :

Les atouts de la ville (source : diagnostic de santé, 2008 : 44):

- *Il existe de nombreuses ressources sur la ville, dédiées à la santé, de façon spécifique ou non.*
- *La volonté politique locale, soutenue et encouragée par les pouvoirs publics départementaux et régionaux (DDASS, Préfecture...) est un facteur essentiel pour voir se concrétiser les pistes de développement avancées.*
- *La capacité à mobiliser les acteurs qui se connaissent et se croisent lors des réunions initiées ou non par la ville est également un atout majeur.*
- *Dans la ville, il est possible de relayer bon nombre d'actions. Il est important que celles-ci soient relayées par tous les acteurs locaux. Le continuum prévention/dépistage/soins s'en trouverait ainsi renforcé.*
- *Pour développer des actions et leur rendre un caractère optimal, il faut trouver les moyens de démultiplier cette information et les initiatives auprès de l'ensemble des acteurs relais. Supports de communication, bulletins municipaux, site internet, événements pour la population : la ville a compétence et légitimité pour développer ces informations santé utiles au plus grand nombre.*

- *Sur les axes de prévention et de soin, il est beaucoup question de communication. Il est intéressant d'imaginer comment la ville de Blois et ses services liés à ces fonctions de communication et d'information peuvent y répondre.*
- *Plan santé (où se situent l'offre de soin, les acteurs, les associations sur la ville...) et annuaire santé sous un mode facilement compréhensible et utile peuvent démarrer rapidement. Les supports à l'intention des jeunes doivent revêtirent une forme ludique et participative ».*

Les points de vigilance notés suite à la journée de rencontre nous paraissent importants à retracer ici car ils seront marquants pour la suite du processus (diagnostic de santé, 2008 : 43)

« Ces rencontres entre acteurs et partenaires engagés dans la démarche ASV doivent intégrer à la fois une dimension relative à la structuration partenariale mais aussi une dimension liée aux enjeux financiers.

Les personnes présentes peuvent être motrices dans une réflexion stratégique de territoire et également porteuses de projets existants ou potentiels. Des réponses précises seront attendues sur les possibilités offertes dans le cadre de l'ASV.

« Il importe de rappeler que l'ASV n'est pas un simple dispositif « d'appel à projet » mais qu'il s'affirme en tant que cadre de programmation ouvert, incitant à l'organisation locale et à la cohérence partenariale, logiques préalables à toute réponse financière des partenaires réunis au sein du Comité de pilotage ».

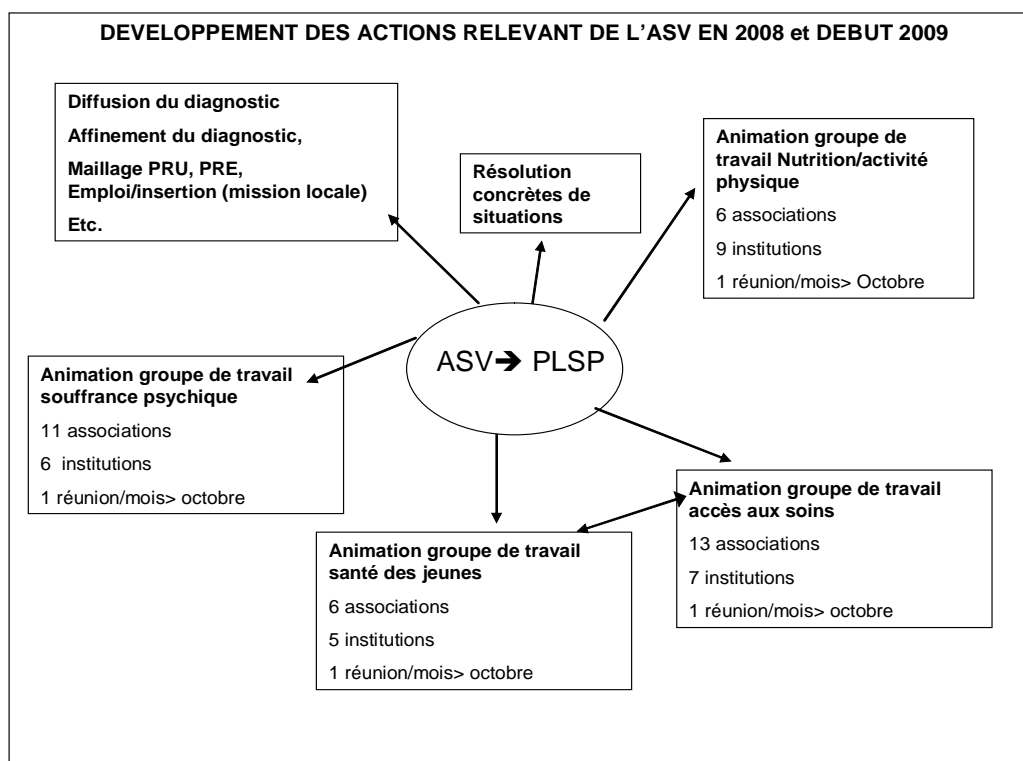
Les recommandations et points de vigilance (diagnostic de santé, 2008 : 45)

- *Un préalable : une définition de la santé à partager*
- *Affirmer les complémentarités stratégiques au sein du Comité de pilotage*
- *Mettre en place un Comité technique de l'Atelier santé ville*
- *Présenter aux acteurs et partenaires des quartiers prioritaires les politiques respectives poursuivies et les dispositifs locaux mis en œuvre*
- *Présenter aux acteurs et partenaires des quartiers prioritaires les missions poursuivies par les différents réseaux et coordinations actifs sur le territoire*
- *Dans le cadre de l'ASV, associer systématiquement les équipes du Contrat Urbain et de Cohésion Sociale et les équipes du Conseil Général aux actions engagées*
- *Repérer et valoriser les coordinations de proximité : têtes de réseau et relais*
- *S'appuyer sur des lieux d'accueil fortement repérés par les habitants pour impulser des dynamiques de santé*
- *S'assurer de la participation effective de la population en amont de chaque action engagée dans le cadre de l'ASV*
- *Engager une réflexion de fond sur la mise en place éventuelle d'une Maison de santé*
- *« ouverte sur le territoire » susceptible de renforcer les coopérations locales entre les divers champs d'intervention*

- *Prévoir des temps de concertation entre les différents comités techniques actifs sur la ville (Comité technique relogement, Comité consultatif réussite éducative, Veille gestion urbaine de Proximité, CLSPD)*
- *Au sein des dynamiques de quartiers, inscrire des temps forts santé conviviaux et attractifs (centre social Mirabeau, fêtes des écoles, fête de quartier, fête des voisins, événements sportifs ...)*

Les axes du diagnostic marquent fortement l'organisation actuelle de l'ASV. La participation entre autre du chef de projet CUCS a permis de créer des interfaces à développer dans le futur mais elle reste à diffuser à l'ensemble des professionnels de chaque volet du CUCS pour en permettre une réelle appropriation. De fait, la remise au débat du diagnostic entre les différents acteurs du CUCS - qui n'auraient pas pu participer aux différentes étapes de celui-ci – semble importante à réaliser mais de façon pragmatique en interrogeant la façon dont chacun peut contribuer aux axes de travail définis.

Plaçons les axes de travail principaux de l'ASV à ce jour, engagés depuis septembre 2008, ils seront développés ultérieurement :



* La diffusion d'un résumé du diagnostic a permis à ceux qui avaient participé d'avoir une vision synthétique du diagnostic.

* La reprise du diagnostic a été réalisée dans chaque groupe de travail mis en place par la suite pour centrer les groupes de travail autour des constats et des recommandations. Enfin, les interfaces avec les habitants sont à mettre en œuvre.

* Les enjeux actuels tournent autour de la gouvernance pour le volet santé des CUCS et de l'ASV et de la capacité à structurer dans le temps la démarche.

Le montage de l'ASV et les axes de travail qui en découlent sont totalement concordants avec la circulaire de juin 2000 et les orientations des CUCS.

Modalités d'organisations, actions mises en œuvre, partenariats du volet santé du CUCS et interfaces avec les autres volets entretiennent des liens de réciprocité.

Il faut prendre en compte dans cette dynamique que la démarche ASV est très récente.

Des processus encourageants sont retrouvés, des points de vigilance ont été discutés lors de la visite sur site.

3) Positionnement politique, modalités d'organisation du volet santé du CUCS

La place des élus et la santé

Le soutien politique pour développer la santé sur son territoire et tout d'abord sur les quartiers Nord est fortement énoncé.

Une partie de l'équipe municipale est issue du milieu médical ou paramédical. La santé semble par ailleurs être une sensibilité relativement partagée par le conseil municipal même si aujourd'hui, on ne peut affirmer que les différentes délégations questionnent leur prise de décision au regard de la santé dans une vision de promotion de la santé.

→ Un exemple concret sur le handicap montre que rien n'est jamais acquis, avec une considération globale qui s'est resserrée sur l'accessibilité physique et le découpage des compétences ville/agglomération ne facilite pas toujours les choses. L'engagement des élus apparaît plutôt ouvert sur une politique de promotion de la santé que selon une approche biomédicale, atout non négligeable mais sans doute à mieux partager.

→ Des interfaces avec l'environnement sont faciles.

→ Par contre avec la culture, les liens ne sont pas si simples. Le souhait exprimé lors des entretiens est de mieux exploiter le champ de la culture pour travailler les questions de santé et diversifier les modalités d'actions, les traiter d'un point de vue pédagogique, ludiques et attractives.

Ces exemples montrent que l'impulsion systématique dans le conseil municipal d'une vision de promotion de la santé permettrait de faciliter l'engagement des professionnels sur des chantiers mieux partagés.

Le contact de l'adjointe à la santé, la coordinatrice ASV et le chef de projet CUCS sont très fréquents. L'adjointe, dans les restructurations actuelles sera bientôt en charge de la santé et de la politique de la ville permettant alors de soutenir les mises en cohérence attendues entre ces champs.

La ré-organisation actuelle des services, place de la coordinatrice ASV et liens avec le CUCS :

Les services de la ville sont actuellement en ré-organisation complète. La coordinatrice qui dépendait de la direction de l'action sociale et de la politique de la ville a un statut pérenne (recrutement en interne), atout important à noter à l'inverse de nombre de coordinateurs.

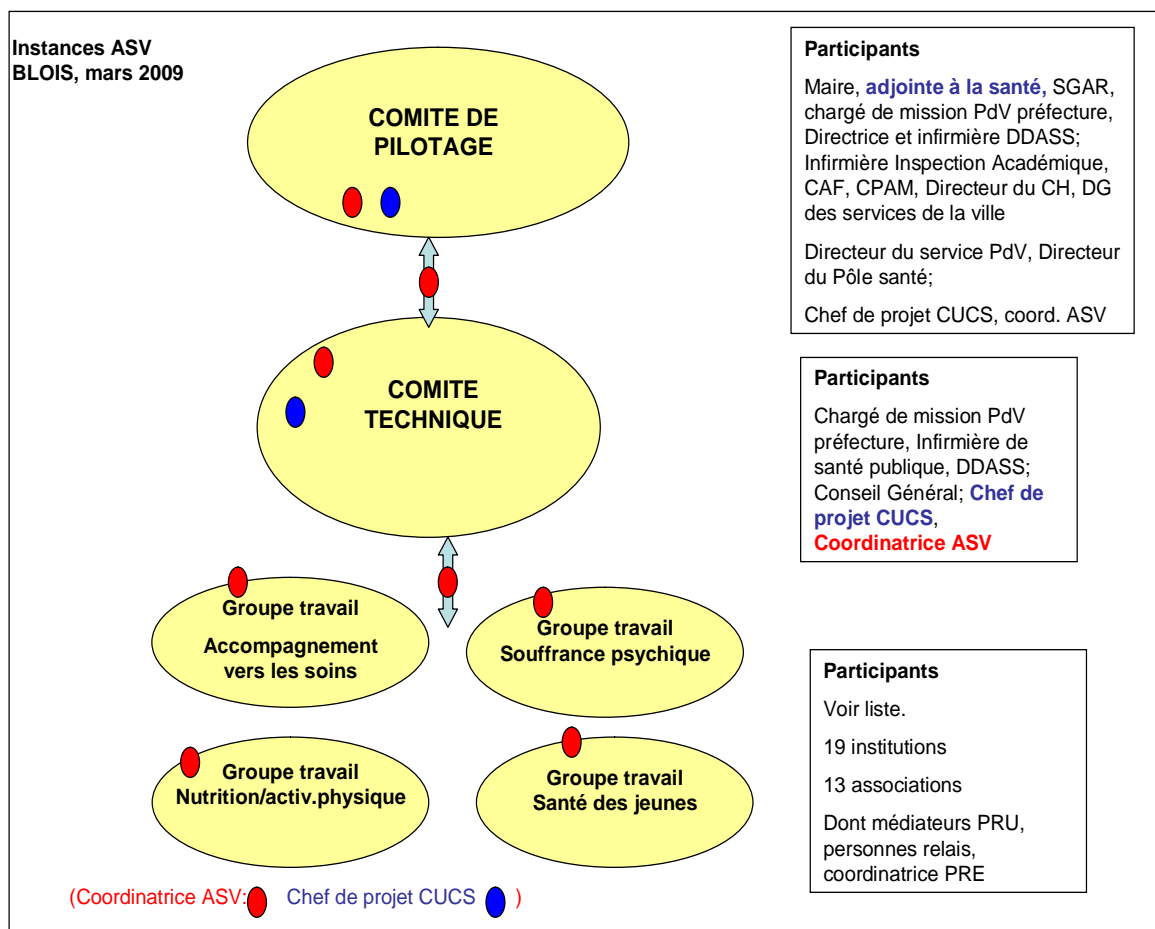
La ré-organisation des services regroupe de façon très récente sous une seule direction « Proximité, prévention, politique de la ville, solidarités » un ensemble de services. Les services qui porte l'ASV « relais information, échange » est devenu très récemment « espace projet et citoyenneté ».

→ Seront ainsi sous la même direction, le chef de projet CUCS, la coordinatrice ASV et l'équipe PRU par exemple. L'attente concernant de meilleures cohérences est fortement attendue (cependant le directeur général n'est pas encore en poste). Un bureau est affecté à l'élue dans ce service, traduisant le souci de proximité entre élue et acteurs de terrain (les contacts étant d'ailleurs fréquents).

Les instances mises en place et les groupes de travail

Tout en bénéficiant d'un climat politique favorable, l'organisation structurelle du volet santé et de son animation sont des points clés à forger dans l'étape actuelle de la démarche. Le comité technique recommandé lors du diagnostic est en place.

L'organisation des instances de l'ASV se présente schématiquement sous cette forme (source : schéma issu des informations recueillies en amont de la visite et sur site) :



La mise en place du **comité de pilotage**²² s'est faite dès la mise en place du diagnostic. Les acteurs sont les mêmes, à l'exception du Conseil Général qui est positionné après le diagnostic sur le comité technique²³. Il semble que le CG se soit mis en retrait sur les questions de santé au sens large et dans les instances décisionnelles de l'ASV. Il est

²² Voir en annexe le détail des partenaires.

signataire du CUCS. Les liens à resserrer avaient été signalés dans le diagnostic. A ce jour, les articulations se profilent néanmoins concrètement (PMI).

Les personnes qui semblent assurer avoir un rôle clé dans les liens entre comité de pilotage/ comité technique et groupes de travail sont essentiellement la coordinatrice ASV et l'élue adjointe à la santé. La DDASS est très présente aussi avec la même personne (infirmière de santé publique) dans le comité de pilotage et le comité technique.

Dans le **comité de pilotage et le comité technique**, la présence entre autre et du chef de projet CUCS et de la coordinatrice ASV constituent une bonne base pour faire passerelle avec les différents volets du CUCS tout en remarquant que la place de la santé au sein du CUCS reste encore à renforcer.

Les 4 groupes de travail mis en place depuis septembre 2008 sont animés par la coordinatrice et constituent le socle pour construire dans le temps le PLSP.

La composition de ces groupes est importante dans sa diversité (19 institutions, et environ 13 associations. On notera en particulier la présence

- De l'Inspection académique dans les 4 groupes de travail
- De la coordinatrice PRE dans 3 groupes de travail
- De la présence de l'association de personnes relais dans les 4 groupes de travail.
- De la PASS dans le groupe accès aux soins.

Actuellement les dynamiques bougent avec par exemple :

- 1 médecin libéral intégré dans le groupe santé des jeunes.
- la Maison des adolescents qui rejoint aussi ce groupe.

Les professionnels libéraux médicaux ou paramédicaux n'apparaissent pas excepté le médecin qui vient de rejoindre le groupe santé des jeunes.

On aurait pu dans la configuration de la dynamique de Blois, voir des membres de l'équipe PRU dans le groupe « souffrances psychiques, bien-être/mal-Etre et trajectoire de vie » en raison de ce qui a émergé lors des accompagnements réalisés dans le cadre du PRU et des liens entre cadre de vie – bien-être – lien social, implication des habitants dans l'organisation de leur environnement ou la ré-organisation de celui-ci. Des articulations fragiles mais réelles existent avec le volet santé à ce jour.

Le diagnostic fait la recommandation que les différents référents des volets CUCS soient associés par exemple au comité technique de l'ASV. Les instances du CUCS allant évoluer, il faudra trouver la meilleure façon d'articuler les acteurs dans différentes instances en veillant à ne pas les multiplier, en les construisant dans un souci de synergies opérationnelles. La réflexion doit aussi être articulée avec l'idée de provoquer plus d'interfaces entre les divers comités techniques des multiples dispositifs.

L'animation de ces groupes de travail est une zone de vigilance à travailler (voir chapitre méthodologique).

De façon générale, si l'ASV gagne en visibilité, il est nécessaire, comme le suggérait déjà le diagnostic, d'assurer via des moyens de communication diversifiés et ajustés aux publics auxquels on s'adresse, avec le soutien de la ville, des points d'étapes aux différents partenaires.

4) Le positionnement politique de la santé, interfaces du volet santé et des autres volets du CUCS d'un point de vue organisationnel

** Si la santé est une volonté politique forte pour développer l'ASV, son positionnement politique est plus difficile au sein du CUCS. Les éléments budgétaires donnent aussi quelques informations venant préciser les orientations politiques.

- a) **Les éléments budgétaires (tous financeurs confondus - ville – ACSé- CG) : la santé est placée en troisième position au regard des autres axes du CUCS**
(informations issues des entretiens suite à la visite sur site)

La présentation de la ventilation du budget diffère un peu de la présentation du dossier du CUCS. Cette ventilation se fait effectivement selon les 10 rubriques suivantes demandées par l'ACSé:

EDUCATION ACCES AUX SAVOIRS DE BASE
ACCES A L'EMPLOI ET DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE
HABITAT ET CADRE DE VIE
SANTE ET ACCES AUX SOINS
CULTURE EXPRESSION ARTISTIQUE
<i>LIEN SOCIAL CITOYENNETE ET PARTICIPATION A LA VIE PUBLIQUE</i>
<i>ACCES AUX DROITS/ LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS</i>
<i>PREVENTION DE LA DELINQUANCE</i>
EVALUATION COORDINATION
COMMUNICATION

→ L'axe « citoyenneté/prévention de la délinquance » du document du CUCS est donc identifié sous 3 rubriques différentes dans les éléments budgétaires :

1. lien social, citoyenneté et participation à la vie publique
2. Accès aux droits/lutte contre les discriminations
3. Prévention de la délinquance

Principaux constats

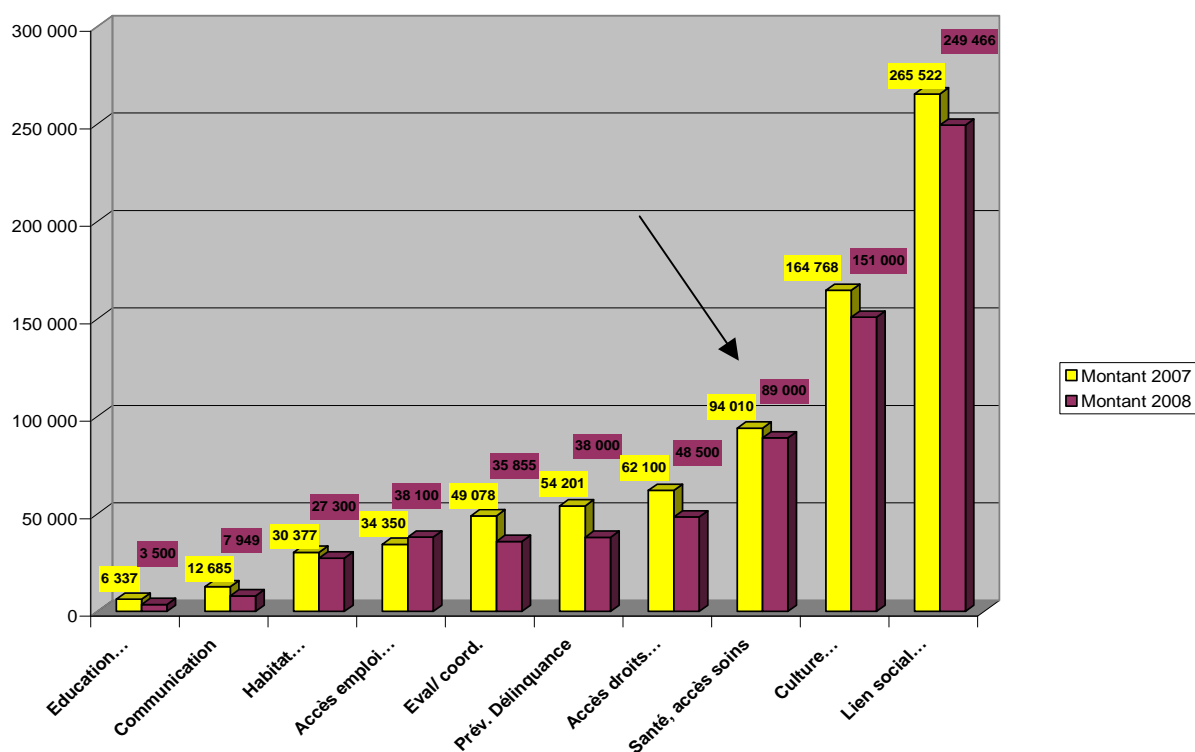
→ Ce budget diminue entre 2007 et 2008 (respectivement 773 428 et 688 670 euros)

→ La part la plus importante du budget est attribuée à la rubrique « lien social, citoyenneté et participation à la vie publique » sur 2007 (34,6%) et sur 2008 (36,22%)

→ L'axe santé, accès aux soins » est resté relativement stable, en 3^e position, avec respectivement 12,15% et 12,93 % du budget global sur les années 2007 et 2008 (comptes arrêtés en mai 2008) ; Cette part n'inclut pas le poste de la coordinatrice (celui-ci apparaît pour partie dans l'axe « évaluation / coordination »).

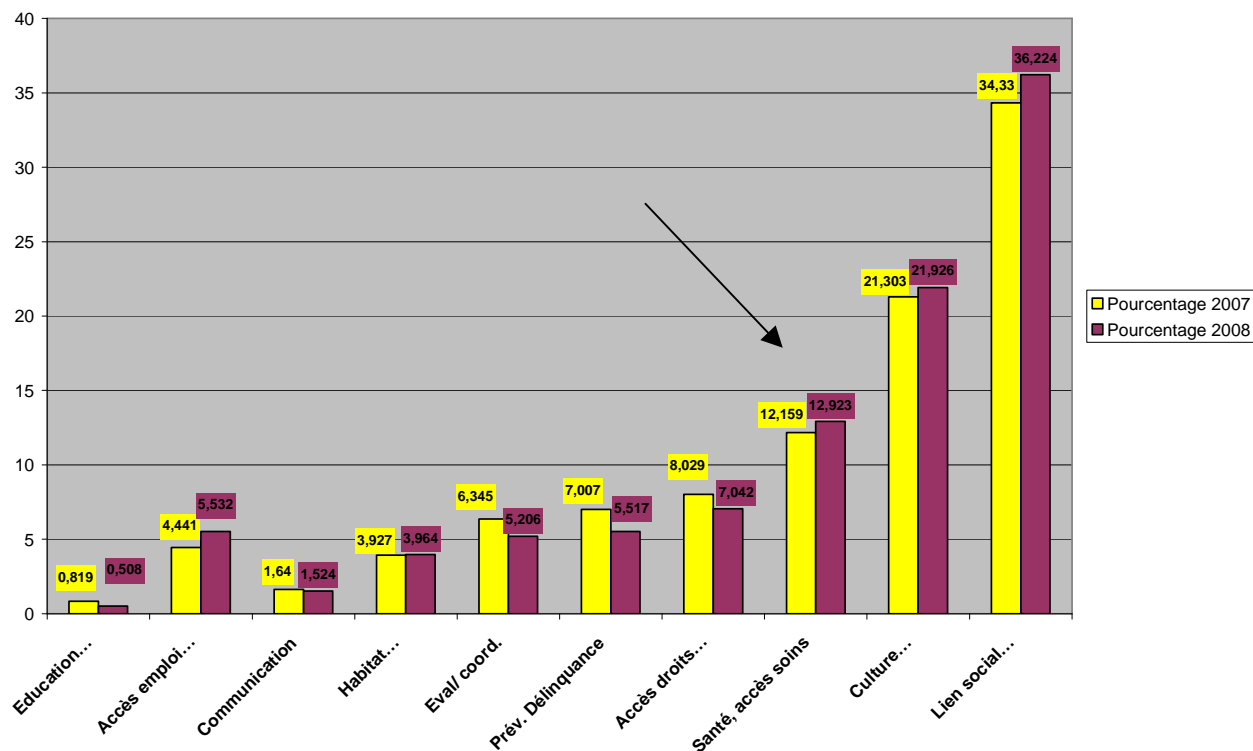
Les schémas suivants donnent la vision globale de cette ventilation budgétaire :

Ventilation par axe du budget sur les années 2007 et 2008 (euros)



Globalement les budgets sur les différents axes diminuent mais la part de l'axe « santé, accès aux soins » n'a pas varié notablement au sein du budget global en tenant compte de ces 10 rubriques :

Part relative du budget par axe, 2007, 2008 (%)



b) Du point de vue thématique, il existe des actions de santé hors volet santé, expliqué de façon historique ; des liens et opportunités existent donc.

La bonne entente du chef de projet CUCS et de la coordinatrice ASV, l'engagement du Maire et Président de l'Agglomération, la forte présence de l'élue adjointe à la santé sont des atouts pour forger la place de la santé et renforcer les synergies entre les différents volets du CUCS. Des opportunités sont tout à fait explicites dans le CUCS.

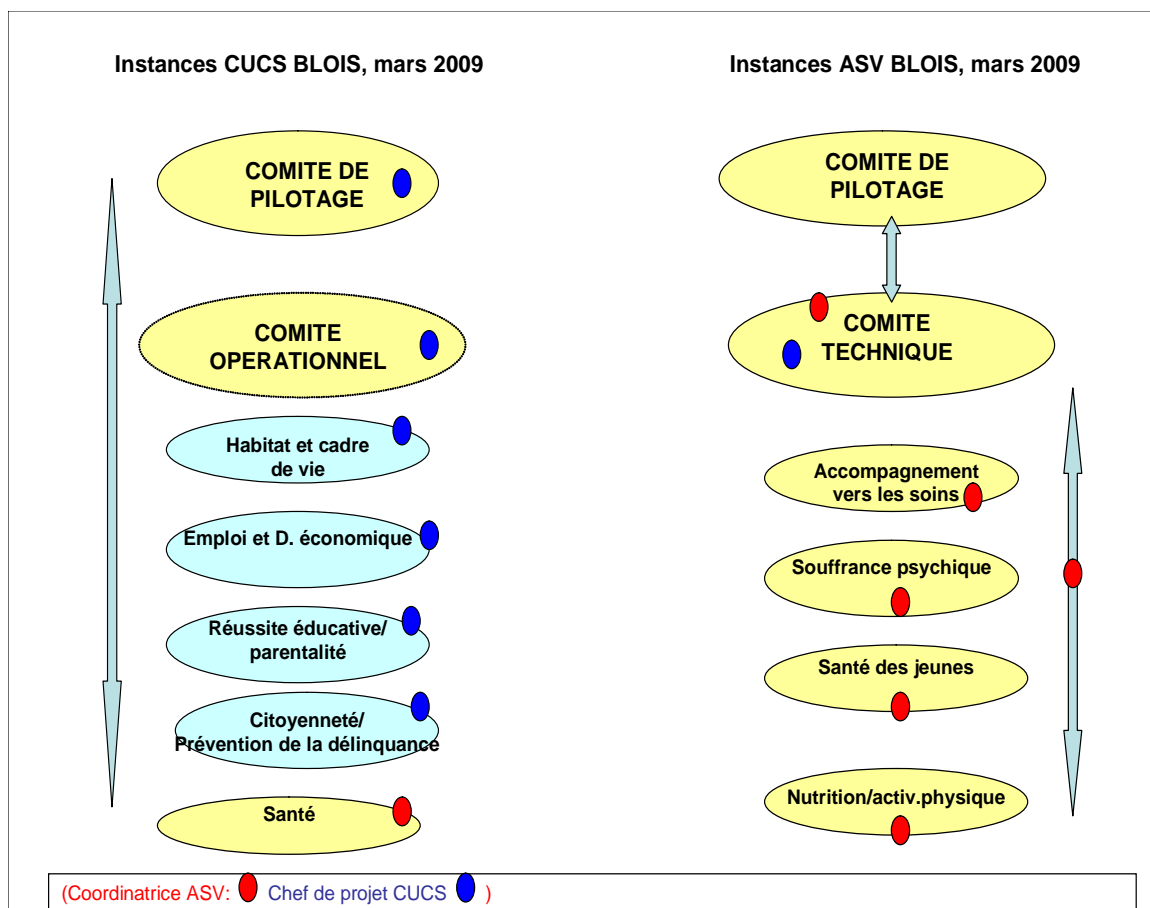
Par contre, le CUCS est centré sur le PRU ce qui produit actuellement un déséquilibre important pour le fonctionnement des instances et pour le développement plus équilibré de l'ensemble des volets du CUCS. Le pilotage général se trouve mis en défaut.

L'organisation actuelle du CUCS n'est peut être pas si favorable ni au fonctionnement global du CUCS, ni à sa contribution à une vision globale en favorisant en particulier la place de la santé.

D'ailleurs, sur le volet éducatif, les énergies mises sur le PRE ont un effet de frein sur le volet éducatif du CUCS. Les commentaires des fiches du COPAS notaient que le volet éducatif ne pouvait se développer idéalement et le CUCS « na pu générer une réflexion globale et approfondie sur l'éducation et ses enjeux ». On note aussi que l'importance du PRE et la mobilisation des énergies a en quelque sorte « figé » la réflexion sur l'action éducative locale » (fiche CPOAS, 2009 : 3).

Ces mobilisations d'énergie sur un ou l'autre des axes montrent bien que l'impulsion des différents dispositifs demande d'abord une « prise de marques » mais ce processus doit rester ouvert aux autres volets et ne pas mettre en péril le développement synergique des différents axes de travail.

Le schéma suivant montre l'organisation actuelle d'une part du CUCS et d'autre part du volet santé (ASV) :



Actuellement :

Le **comité de pilotage** du CUCS est représenté en théorie par les personnes décisionnelles des institutions signataires. Le **Comité Opérationnel** est représenté théoriquement par les techniciens des mêmes institutions.

De fait, le Comité Opérationnel ne fonctionne pas à ce jour et c'est le Comité technique du PRU qui semble prendre toute la place.

En pratique, les techniciens des différents volets du CUCS se retrouvent d'emblée dans le comité de pilotage avec le chef de projet CUCS selon les thématiques traitées.

La fréquence des réunions et leur nature ne peuvent remplacer une instance où les différents techniciens se retrouvent, discutent, proposent des interfaces et élaborent des propositions à valider par le Comité de Pilotage. La place de la santé doit aussi s'en trouver renforcée.

Ceci montre la nécessité d'organiser les instances de façon différente d'une part et de les animer de façon équilibrée d'autre part. Ces questionnements apparaissent aussi sur d'autres sites dans différentes configurations :

L'organisation générale du CUCS peut évoluer de façon à contribuer à développer chacun des volets de façon plus équilibrée, de veiller à exploiter au mieux les interfaces.

Si le signal est donné au niveau politique, une ré-organisation plus favorable peut être trouvée, inciter les coopérations transversales et enfin donner sa place à la santé comme d'ailleurs aux autres volets.

Les signataires, en tout état de cause le Maire, l'ACSé, la CAF (mais qui semble s'être mise en retrait sur un des plus gros équipements socioculturel (source : fiche COPAS, 2009), le Conseil Général devraient être des acteurs clés pour que la santé trouve pleinement sa place dans le CUCS et au-delà, insuffler les synergies entre les volets du CUCS.

Revisiter l'organisation des instances, leur mandat, leur composition, mettre en place des modes de circulation d'information efficaces pourrait contribuer à renforcer l'efficacité des actions même s'il ne s'agit là que d'un des déterminants de la dite efficacité.

Le chef de projet CUCS souhaite développer ainsi, sur le modèle de ce qui se réalise dans l'ASV, une animation plus effective de chacun des volets.

Le chef de projet CUCS doit également se porter garant en collaboration avec la coordinatrice ASV des interfaces à développer sur la santé. Reste à savoir quelles sont les marges de manœuvre et les soutiens dont chaque acteur peut disposer.

Enfin, des indicateurs d'évaluation de processus pourraient apprécier ce degré de synergie et en expliquer les leviers ou les obstacles.

5) Les synergies territoriales instituées

* Le nombre de partenaires impliqué est conséquent et couvre tout spécialement les champs et les dispositifs de la santé, de l'insertion, de l'éducation. Les articulations les plus notables sont celles avec PRU, PRE, la PMI du Conseil Général (malgré un certain retrait de celui-ci sur les questions de santé au sens large).

* La question de l'intercommunalité se pose peu sur Blois puisqu'il n'y a qu'une commune signataire dans le CUCS. Néanmoins, il existe un CIAS, Centre Intercommunal d'Action Sociale, qui pourrait véhiculer et placer la santé comme un axe stratégique à développer au niveau de l'intercommunalité. Cependant une culture partagée autour de la santé semble devoir aussi à cette échelle être partagée afin de renforcer les interfaces santé –social et de promouvoir une politique de promotion de la santé dans ce cadre.

* Par contre la thématique handicap qui a été portée il y a quelques années selon une approche globale aurait pu être une porte d'entrée intéressante non seulement en terme d'intercommunalité mais aussi à l'échelle de l'agglomération puisque la question des transports relève de ses compétences ; d'autres thématiques comme les addictions qui questionnent la pertinence de l'échelle à laquelle travailler). Cependant, l'approche actuelle semble privilégier l'accessibilité physique et n'est pas favorable à développer une approche de type promotion de la santé. Un levier à activer ?

* Au niveau départemental, l'ASV travaille avec les associations qui intègrent le plan départemental d'accueil pour les demandeurs d'asile.

* Les articulations entre les thématiques identifiées et la mise en œuvre de l'ASV montrent la cohérence dans les choix qui ont été fait déjà lors du diagnostic avec le PRSP et le SREPS. Les interfaces avec le SROS sont plus floues mais le travail en lien avec la souffrance psychique et les acteurs de la psychiatrie mènera sans doute à ces maillages plus explicites.

Le lien existant au niveau régional et animé par la DRASS pour les ASV de la Région Centre est aussi une modalité d'articulation importante d'autant que les élus y sont présents (réunions 1 fois/ trimestre). Il existe ainsi en Région Centre un espace créé suite aux formations de Gres Médiation Santé auprès des élus et décideurs concernant les ASV. Les partenaires ont décidé de poursuivre ces rencontres réunissant élus, institutionnels, coordinateurs ASV).

Le soutien à la fois politique, institutionnel et méthodologique est ressenti par les coordinateurs de la Région : rupture de l'isolement, partage des expériences, des difficultés, promotion de l'entraide entre les coordinateurs sont des facteurs importants de mobilisation et de cohérence tout en maintenant de la souplesse selon les contextes. Les liens avec la DDASS s'en trouvent aussi renforcée sur Blois. Un point mérite aussi d'être mentionné dans ces échanges régionaux à savoir les discussions autour de la dynamique ASV, les instances à mettre en place et le positionnement du coordinateur. Ce travail autour de l'organisation structurelle est essentiel, en revanche, les articulations avec le CUCS pour en renforcer les synergies n'ont pas été mentionnées dans les visites.

Ce type de dynamique pourrait se décliner au niveau départemental mais il n'existe qu'un ASV pour le moment dans le Loir-et-Cher.

Les lieux où se débattent les différentes politiques territorialisées se trouvent au niveau local, au sein des instances mises en place. Les synergies des politiques territorialisées dépendent donc directement de la qualité des instances et de leurs interfaces.

Cette dynamique régionale qui ne se retrouve pas partout, semble être un gage pour soutenir les processus de façon articulée avec les DDASS qui restent les interlocuteurs « au quotidien ». Ceci doit être mis en perspective avec la création des Agences Régionales de Santé et des enjeux de dynamique territoriale dans le cadre des futurs contrats locaux de santé publique.

L'implication des élus locaux et des acteurs du niveau infra régional doit être actée comme la garantie de mener à bien une politique de santé publique dont l'objectif central porte sur la réduction des inégalités sociales et territoriales aux différentes échelles. L'articulation entre politique de droit commun et politique de la ville doit aussi être une des priorités, avec es objectifs concrets et des indicateurs pour les évaluer, dans ce souci de cohérence affiché lors de la création des ARS.

6) Les actions de santé dans le CUCS, actions engagées dans le cadre de l'ASV, interfaces et opportunités

a) Les actions de santé repérées à la lecture du CUCS

La présence d'actions de santé citées de façon explicite dans le CUCS « hors volet santé », est repérée sur plusieurs volets :

* Travail autour de la parentalité avec des activités diverses, réduction des accidents domestiques sont identifiés dans le volet réussite éducative / parentalité.

* Violences faites aux femmes, accès aux droits, aide aux victimes sont des thématiques du volet prévention de la délinquance, accès aux droits, aides aux victimes.

* Toxicomanie et alcoolisme sont traités dans le même volet. Il regroupe la déclinaison du plan MILDT et des actions de réduction des risques menée par des associations. Actuellement les liens ne sont pas identifiés clairement en terme d'actions avec l'ASV mais les participants au groupe de travail de l'ASV concernant la santé des jeunes regroupent entre autres l'ADES, l'ANPAA et le CSST « vers un réseau de soins » (en voie d'élaboration d'un CSAPA), le réseau addiction 41 et le centre hospitalier, la Maison des adolescents vient d'intégrer le groupe. La MILDT en revanche ne participe pas à ce groupe de travail.

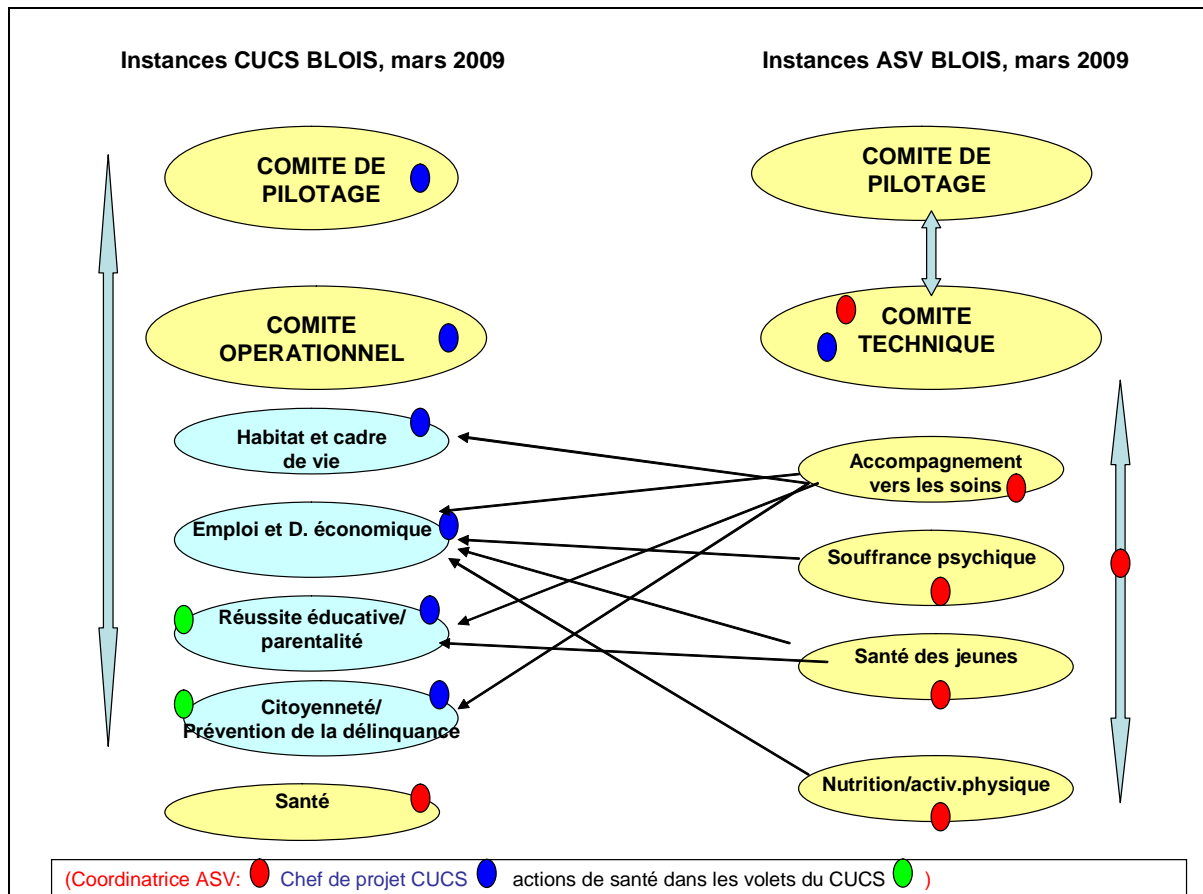
Cet ancrage avec l'ASV est essentiel. Il permet de développer les addictions sous un autre regard que celui de la prévention primaire et d'actions plutôt de nature répressives.

La maison des adolescents actuellement située en ville donc à distance des quartiers Nord est plutôt appréciée. Cette « mise à distance » permet aux jeunes des quartiers Nord de ne pas être stigmatisés s'ils veulent avoir accès à une consultation « cannabis » donné pour exemple ou à une autre orientation. Par ailleurs, très connotée « psy », la Maison des adolescents a plus de chances d'être fréquentée un peu à distance du quartier Nord.

La réflexion s'amorce aussi autour des cyberaddictions, problème corroboré dans l'enquête sur la vie des lycéens réalisé par l'Observatoire de l'économie et des territoires de Loir-et-Cher.

Ces différentes thématiques « hors volet santé » sont autant d'opportunités d'interfaces concrètes avec l'ASV.
--

On remarquera aussi qu'il existe un degré de correspondance fort déjà entre les thématiques santé de l'ASV et les actions de santé « hors ASV » comme le montre le schéma suivant :



Il est important de relever les points suivants :

- il existe dans certains volets des actions de santé à articuler avec l'ASV, la coordinatrice identifie les liens opérants.
- Par ailleurs, il n'y avait pas de lien explicite dans le CUCS entre la santé et d'autres volets : habitat et cadre de vie, emploi/insertion tout spécialement : ces articulations sont récentes mais elles se mettent en place (flèche vers un volet sans pastille verte) sous l'impulsion de l'ASV.

On voit ici l'intérêt des acteurs de terrain à créer des liens ce qui pourra aussi nourrir l'écriture du prochain CUCS.

b) Les thématiques santé développées dans l'ASV et les publics prioritaires

Les déterminants influençant la santé dans une perspective de promotion de la santé, dont les déterminants sociaux traversent les constats réalisés dans le CUCS. Ces déterminants sont tous présentés sous forme de déterminants négatifs (alors qu'en promotion de la santé on repère aussi les déterminants positifs).

Les groupes de réflexion et les actions déjà impulsées par l'ASV mais aussi par d'autres associations (par contre, nous avons peu de visibilité) tiennent compte principalement des conditions démographiques, des trajectoires migratoires, des cultures, de la situation des familles, du lien social, du niveau de qualification, etc. Ils sont intégrés dans la stratégie de l'ASV et expliquent la recherche des interfaces avec d'autres partenaires. Cependant, si cette approche par déterminants était étayée d'un point de vue théorique, elle faciliterait les interfaces avec différents partenaires. Lors de la visite sur site, les différentes opportunités de travailler sur les différents axes et déterminants ont été abordées.

Pour chaque thématique, les groupes de travail approfondissent le diagnostic, complètent le repérage des ressources, proposent des actions concrètes ou encore demandent des soutiens. De nombreuses actions sont déjà en place sur chacune des thématiques.

L'accès aux droits, aux soins : cet axe est celui qui nous paraît être le plus investi actuellement. Il concerne toute la population des quartiers Nord mais plus particulièrement les enfants et les jeunes, les familles relogées.

- En 2003, la Maison de l'Europe a été mise en place dans les quartiers Nord pour permettre l'installation de médecins libéraux dans ses locaux. En revanche, il n'existe plus de dentiste sur le quartier à ce jour. Les soins dentaires sont problématiques. On note comme ailleurs mais sans proportion définies, des refus de soins liés à la CMU, et les relations professionnels / patients sont parfois complexes. Les multiplicités de langues, la difficulté de parler français ou pour les professionnels de parler certaines langues est un des déterminants sur lesquels agir (personnes relais évoquées).

- Il existe deux équipes mobiles précarité/psychiatrie et santé/précarité dont les liens sont à renforcer de même que ceux avec la PASS.

Le travail engagé suite au diagnostic et en complément de celui-ci s'oriente autour de différentes initiatives qui pour certaines renforcent les liens avec les autres dispositifs territorialisés :

- Le travail avec l'agglomération a permis depuis janvier de débloquent l'isolement des quartiers Nord avec l'hôpital : une ligne directe a été ouverte depuis janvier 2009.

- Les liens avec l'équipe PRU se précisent avec l'ASV sur l'accès aux droits, aux soins, l'accompagnement social quand lors du relogement des situations particulières sont repérées. Une enquête en cours actuellement sur le parcours des personnes dans le cadre du PRU associe l'ASV²⁴.

- La rupture entre les dépistages scolaires (audition, vue, bucco-dentaire, poids) et les soins effectifs vient de trouver une résolution avec l'embauche d'une infirmière à l'association ONS qui sera chargée (lien PRE) d'accompagner les familles de ces enfants pour que les soins effectifs soient réalisés. Une signature a pu être signée avec l'Inspection Académique et le lien avec les médecins et infirmières scolaire pourra ainsi se faire. Ceci concerne les élèves de CP, CM2, 6è et 3è des quartiers Nord. Les enfants en surpoids seront orientés vers le réseau diabète.

- Enfin, avec la mission locale, alors que le lien avec la santé n'est pas explicite dans le CUCS actuel, bilans, dépistage et accès aux droits se mettent en place ou se consolident.

- Les vaccinations non à jour chez les jeunes ont été évoquées

- Une étude est à mettre en place avec la CPAM, car il semble au regard des acteurs du terrain que de plus en plus de familles feraient des prêts pour pouvoir se faire soigner y compris dans le secteur public. *Ce point dénote de la capacité d'observatoire locale qui doit être appuyée pour mettre à jour des difficultés croissantes pour se faire soigner.*

Souffrance psychique :

La thématique touche toute tranche d'âge ; un accent est mis sur les jeunes dont la proportion est importante pour rappel dans les quartiers Nord.

²⁴ Des liens entre PRU/ SCHS et ASV sont aussi en émergence.

Actuellement le groupe de travail débat autour de ce la notion recouvre pour la partager, préciser les ressources existantes. A la lecture des comptes rendus, il semble que ce soit la thématique la plus complexe à identifier. La question du manque de lien social est un des déterminants récurrent à la lecture des documents. Tout en assumant que la souffrance psychique relève de multiples facteurs, un des axes transversaux serait à rajouter au travail de l'ASV : chaque fois que possible, les actions mises en place doivent promouvoir interaction et lien social.

→ RESAD et conseil local de santé mentale sont évoqués.

→ Une formation est programmée avec l'ADES pour le repérage de la crise suicidaire.

Alimentation / activité physique

Le groupe à creuser les ressources.

Différentes initiatives sont en cours : (extrait du bilan ASV 2008)

* Des ateliers bien-être pour des femmes fréquentant le centre Mirabeau vont être couplés à la question de l'équilibre alimentaire, avec une conseillère en économie sociale et familiale. Cette action se fera avec le PRE.

* L'ADES va mettre en place une formation à la lecture des étiquettes et à l'équilibre alimentaire auprès des participants du groupe de travail intervenant eux-mêmes auprès de publics en difficulté.

* Des ateliers cuisine seront proposés par la ville. Ils s'appuieront sur les associations existantes et le centre social Mirabeau pour développer des actions nutrition auprès des populations en tenant compte des habitudes culturelles, afin de développer l'équilibre alimentaire dans les quartiers Nord, travail à poursuivre dans le cadre des petits déjeuners auprès des jeunes.

* La pratique sportive sera favorisée et des activités physiques encadrées par les moniteurs sportifs de la ville telle que la marche nordique. Ce dernier projet est à relier à « faites » du sport, manifestation organisée en septembre.

Santé des jeunes : (les moins de 25 ans)

Cette porte d'entrée populationnelle croise les autres thématiques abordées antérieurement et celle des dépendances. Outre les réflexions du groupe de travail, des propositions concrètes ont été énoncées :

* Travail sur le suivi des dépistages pour un accès effectif aux soins en lien avec l'infirmière recrutée par l'association ONS et l'articulation avec le PRE,

* Travail sur accès aux droits, bilans et dépistages en lien avec la mission locale (renforcement du lien avec la santé comme déterminant de l'insertion et accès effectif aux soins suite aux dépistages),

* 1 journée santé à la Maison des adolescents aura lieu (sur la thématique cancer ? *est-ce une bonne porte d'entrée ?*)

* 1 journée débat sera organisée autour des cyberdépendances

* Enfin, l'équipe mobile du CMP prend en charge les enfants de 15 ans et 3 mois.

* Il est prévu de faire le point sur les actions en direction des parents avec les Maisons de quartier.

Des lieux existants dans les quartiers Nord ne sont pas investis par les jeunes. Il serait intéressant de creuser les obstacles qu'ils rencontrent qui peuvent relever de différents facteurs. Là encore, il s'agit d'une occasion d'associer des jeunes à différentes réflexions.

On voit d'ores et déjà que l'ASV met rapidement en place les recommandations du diagnostic selon les opportunités existantes. L'enjeu sera très rapidement:

** d'établir une programmation générale et des feuilles de route pour les groupes de travail, permettant ainsi de préparer les évaluations.

** de continuer à créer les liens qui manquaient

** de mener de façon articulée dans le temps et l'espace : réflexion, temps forts, projets sur le long terme, actions centrées sur les pôles d'intérêts des habitants et particulièrement des jeunes.

** Garder une vigilance avec d'autres publics (dépendance/handicaps et personnes âgées

7) La mobilisation engagée sur le plan du partenariat

La ville de Blois est de taille moyenne, les acteurs sont nombreux se connaissent, sans avoir nécessairement une vision globale : le diagnostic a aussi apporté une plus value sur ce point.

L'implication politique de la ville, le soutien sur les questions de santé, la sensibilité autour de la santé des jeunes ressortent fortement.

Cette mobilisation couvre l'ensemble des champs, de l'éducation, du social, de la santé (excepté avec les praticiens libéraux), de l'insertion, du sport...bien sûr à des degrés divers d'implication (régularité dans les rencontres, contributions effectives). Les participants sont en moyenne très assidus aux groupes de travail entre 11 et 16 réguliers sur 3 groupes et 6 pour un groupe (nutrition).

Les représentations dans les groupes de travail sont reprises ci-dessous sous forme synthétique:

- a) Habitants représentant une association _____X
- b) Professionnels de santé /secteur public _____X
- c) Professionnels de santé /secteur privé _____X
 - a. Dont médecins généralistes _____1
- d) Professionnel du secteur social _____X
- e) Professionnel du secteur éducatif _____X
- f) Professionnel du secteur insertion _____X
- g) Professionnels autres (préciser) _____
 - a. Dont adultes relais _____X
 - b. Dont médiateurs de santé publique _____X

La liste des partenaires identifiés dans les instances, les groupes de travail et les articulations qui se nouent aujourd'hui montre une forte capacité de mobilisation.

Cet aspect a été évoqué dans le chapitre concernant les instances.

Une attention particulière concernant les groupes de travail montre

- a) une implication diversifiée des partenaires sur les thématiques concernés
- b) l'implication de partenaires clés avec parfois des modes d'implication récents mais importants pour le futur.

Le tableau suivant nous donne la vision sur l'ensemble des groupes de travail des partenaires spécialement impliqués – par ordre alphabétique-; la liste exhaustive se trouve en annexe :

ACESM (Association des Centres Educatifs et de la Sauvegarde des Mineurs et Jeunes Majeurs du Loir et Cher)
ADES 41
ANPAA 41 / Vers un réseau de soins (VRS)
Association "Osons Nous Soigner"
Association ARIANE
Association d'Aide aux Victimes Et Conciliation
Association ECLAIR
Association Personnes Relais
Association Quartiers Proximité (médiateurs)
C.P.A.M de Loir-et-Cher (plusieurs services)
Centre Hospitalier
Chemins Faisant
CHRS Le Prieuré
CIAS du Blaisois (centre intercommunal d'action sociale)
CMP / ECSAD
Conseil Général (dont UPAS Blois agglomération (aide à l'enfance)
Coordinatrice PRE
CRAM

Inspection Académique
Les Restos du Coeur
Mission Locale
Réseau Addictions 41

A noter que 42 % de ces partenaires sont impliqués sur 2 ou 3 groupes de travail.

Le SCHS n'est pas identifié mais des liens de façon très récente entre PRU et ASV.

Enfin nous avons signalés les rapprochements plus importants entre le PRU, le PRE, le Conseil Général.

Actuellement, l'organigramme de la ville est refondu, la prise de marque de différents partenaires institutionnels va devoir s'effectuer avec de nouvelles directions parfois. L'enjeu sera donc aussi d'intégrer ces changements pour que la dynamique partenariale enclenchée puisse se poursuivre.

Au titre des facteurs freinant, on identifie des axes à travailler

- a) Le manque de culture partagée autour de la santé et de certaines thématiques est de fait est un chaînon manquant pour dégager des processus intersectoriels
- b) On peut dire aussi que certaines institutions ou programmes sont développés au regard des compétences presque exclusivement techniques, ne laissant pas suffisamment de place pour développer une approche intégrée de la santé.
- c) la nécessité tout en développant des axes de travail (PRE, PRE) de garder un équilibre global entre les différents volets CUCS.
- d) Le manque d'implication des praticiens libéraux dans les réflexions relève de divers facteurs. Un travail s'engage sur le continuum prévention – soins. Leur formation initiale ne favorise pas l'approche par déterminants au sens large du terme ni de façon intersectorielle et collective. La démographie médicale est aussi un poids supplémentaire. Des espaces se profilent, le droit commun doit être respecté.
- e) La fragilité ressentie par certaines associations est un facteur qui freine l'engagement des acteurs d'autant plus dans le contexte actuel des évolutions réglementaires où l'inquiétude prévaut.
- f) Enfin, les modalités de financements font perdurer la logique en « tuyau d'orgue » et contribuent aussi pour partie aux difficultés du travail intersectoriel.

8) Les habitants partenaires : des atouts, des défis à relever

Les habitants ont été consultés lors du diagnostic, surtout via les associations et 2 collectifs, une journée de débat a été réalisée.

Actuellement, il n'y a pas de stratégie explicite concernant cet axe alors qu'il pourrait contribuer à lancer ou relancer le lien avec les habitants et chercher par quels processus ils peuvent être intégrés dans les actions (conception, mise en œuvre...). D'un point de vue politique ce souhait de participation des habitants est exprimé dans le CUCS, il ressort aussi du diagnostic et a été présenté comme un des axes transversaux lors du comité technique du 24 septembre.

La vigilance à porter sur les axes dits transversaux est de veiller à les décliner systématiquement et concrètement dans les différentes actions. Par exemple, l'importance d'impliquer les habitants dans les réflexions, et pas seulement dans les actions, ne ressort pas très fortement des réflexions des groupes de travail (dans les comptes rendus pour le moins). Une des hypothèses serait que les professionnels ressentent pour le moment le besoin de forger leur propre dynamique

D'autres espaces peuvent se mettre en place en s'appuyant en particulier sur le diagnostic. Cette remise au débat de façon différenciée (lieux, thématiques, publics) peut faire partie des stratégies pour (re)mobiliser les habitants, nourrir également de leurs perceptions le diagnostic, enclencher des réflexions et des actions très concrètes proches de leur centre d'intérêt de façon à les impliquer en s'appuyant sur les préoccupations du moment.

Des idées sont là : partir des petits groupes existants (ateliers cuisine, groupes en alphabétisation, etc.) ; il existe donc des opportunités pour ajuster la restitution du diagnostic, amener aussi à discuter « santé » dans les groupes d'alphabétisation comme énoncé dans le diagnostic par exemple.

Les personnes ressources de proximité comme les « ambassadeurs », et les agents de proximité peuvent aussi avoir un rôle important ; ils sont reconnus dans le quartier. Les « ambassadeurs » tiennent une place particulière : ils sont issus de diverses communautés (5), sont rémunérés et jouent

actuellement un rôle de médiation dans le PRU et ils dépendent du service « espace projet et citoyenneté ».

Les équipes de proximité sont plutôt des agents de médiation rémunérés par une association financée par la ville « quartier proximité ». Ils travaillent le soir jusqu'à minuit, jouent un rôle dans les conflits et violences, la sécurité mais peuvent aussi apporter des médicaments à des personnes âgées, etc. De fait, leur mission initiale portait plus sur des aspects sécuritaires, mais cette logique a évolué et les équipes sont en particulier en lien avec les jeunes qui occupent l'espace public et initialement « vécu » ou étiqueté sous le terme d'errance. La mission initiale s'est donc transformée. Elle se positionne plus désormais comme une interface avec les jeunes, là où ils se trouvent, ce qui présente un atout supplémentaire si les missions d'interface, de relais avec des structures non investies peuvent être consolidées. Cette stratégie, accompagnée, est un véritable atout.

Ambassadeurs et équipes de proximité sont des personnes ressources clés selon la coordinatrice ASV. Lors des discussions sur site, l'idée de les intégrer selon leurs choix dans les groupes de travail est effectivement à creuser, tout en mettant en place des conditions pour qu'ils trouvent leur place dans les groupes constitués. Cela nécessite sans doute aussi de clarifier les interfaces entre les différents volets du CUCS puisqu'ils sont affectés sur d'autres volets que celui de la santé

→ Il faut donc que les décideurs, chefs de services adhèrent à cette idée.

Le collectif d'habitantes d'une école, le réseau d'échanges réciproques de savoirs, la Maison du quartier Bégon, le centre social Mirabeau, la Maison des adolescents et d'autres espaces sont autant d'opportunités pour, dans une démarche méthodologique à la fois structurée et souple, impliquer les personnes dans les réflexions autour de la santé et de ses déterminants

Dans le contexte actuel, les difficultés pour impliquer les habitants suite au diagnostic de santé relèvent aussi du remodelage du quartier en cours, mais des opportunités peuvent aussi émerger. Par la suite, comité de pilotage et techniques, groupes de travail doivent affirmer cette volonté à impliquer les

personnes et clarifier les modes de participation pour ne pas tomber dans la participation utilitariste mais bien faire de cette implication une réelle stratégie de lutte contre les exclusions.

9) Les éléments de méthode, la qualification des acteurs

Regard sur la construction du CUCS

La construction actuelle du CUCS, incluant le volet santé et les actions « hors volet santé » montre un effort dans la définition d'objectifs généraux et des prémices en terme d'élaboration d'indicateurs (surtout de processus).

Les tableaux Excel donnent une vision un peu approximative des actions de santé : on identifie différentes thématiques santé « hors volet santé », celles inscrites dans le volet citoyenneté/ lutte contre la délinquance, accès aux droits, aide aux victimes. Les actions concernant les dépendances sont toutes regroupées dans cet axe comme nous l'avons souligné antérieurement avec les questionnements que cela pose.

Cette vision un peu « macro » nous permet d'identifier quelques passerelles à faire avec l'ASV ou des thématiques qui pourrait être insérer d'emblée dans le volet santé.

Les limites de l'outil actuel

La programmation générale du CUCS pour 2009 montre essentiellement un type de programmation centrée sur les aspects budgétaires et répond dans ce cadre aux exigences des décideurs, mais ne permet pas d'avoir une vision plus analytique sur le contenu des actions et les interactions (identification de partenaires par exemple).

Il est par ailleurs difficile de retracer le pourcentage relatif des ressources demandées et encore moins affectées²⁵ aux actions de santé dans ce type de tableau. La nature des actions de santé n'est pas forcément identifiée de façon exhaustive puisque ce sont les porteurs de projet qui sont souvent nommés et non la nature des actions portées ou sous une forme générique trop floue pour qu'on puisse de l'extérieur en comprendre la nature et affecter telle ou telle action au champ de la santé.

Ces modes de programmations par ailleurs issues d'une culture de programmation avant tout budgétaire ne satisfait pas les acteurs de terrain. Cette logique de programmation pourrait favorablement évoluer en faisant apparaître dans une colonne la nature des actions portées d'une part et en faisant apparaître a minima les articulations existantes avec les autres volets du CUCS. L'enjeu de transversalité pourrait ainsi être mieux retracé de même que ses évolutions dans le temps et des indicateurs simples pourraient permettre de mesurer cette transversalité.

→ Il existe donc là en terme méthodologique des espaces à investir. Actuellement les acteurs de terrain souhaitent faire évoluer leurs outils, mais ne trouvent pas forcément les ressources opérantes.

La santé dans le CUCS et le volet santé (ASV)

A ce jour, des actions de santé sont inscrites « hors du volet santé » et un ASV apparaît aujourd'hui structurant sur les questions de santé. Les interfaces entre les thématiques et les publics sont en cohérence avec les axes définis pour l'ASV, par contre, l'exercice de programmation n'est pas encore à ce jour articulé entre les différentes actions. Ce processus est en cours de définition.

Concernant l'ASV : le diagnostic a été très structurant dans sa démarche et a permis de donner des pistes concrètes pour travailler.

→ Une pré-programmation apparaît dans la présentation faite au comité technique le 24 septembre avec :

²⁵ Les dossiers sont en court d'instruction encore en mars.

** 3 axes transversaux (implication systématique de la population, renforcement des coopérations, articulations avec le PRSP) et

** des axes de travail fléchés sur les 4 thématiques.

Cette base pourra servir à formaliser les axes de façon plus précise dans une vision programmatique.

* La programmation doit être travaillée avec les groupes de travail en cours et par ailleurs comporter un axe explicite sur la coordination. Ces éléments méthodologiques permettent de tracer la feuille de route concrète qui sert de point de repères à tous et d'identifier en même temps des indicateurs quantitatifs, des informations qualitatives à collecter pour préparer les évaluations.

Au vue de la dynamique actuelle, de la lecture des documents, on voit que les groupes de travail remettent au débat les éléments du diagnostic. Cette étape est incontournable. Par contre, sur des thématiques complexes comme l'appréhension de la souffrance psychique, les addictions il faut rester vigilant sur le risque de « tourner en rond ». Insuffler des formations ou des apports extérieurs pour que le groupe puisse avancer peut être une bonne opportunité. La feuille de route de chacun des groupes sert aussi de garantie pour ne pas « perdre le cap » tout en restant souple dans les modalités.

Ces différents éléments montrent l'importance de clarifier les stratégies et la déclinaison opérationnelle par des programmations plus explicites, servant à ancrer les processus sans les figer.

La personne référente à la DDASS qui travaille en direct de façon régulière avec la coordinatrice sur le montage de projets, les demandes de subvention devrait être aussi une personne ressource pour soutenir la montée en charge de l'ASV non seulement sur le montage d'actions ponctuelle, mais aussi sur l'ingénierie de l'ASV dans sa globalité.

Du point de vue de l'évaluation, diverses pistes ont été évoquées pour avancer sur les questions d'indicateurs :

- travail en cours avec l'Observatoire de l'Economie et des territoires de Loir-et-Cher d'une part,
- espace régional soutenu par la DRASS
- réflexion à partir du tableau de bord de la DIV, des fiches ACSé, des plans locaux, départementaux, des réseaux existant tout particulièrement le réseau nutrition- diabète.

Les données sur le volet santé du CUCS de l'Observatoire datent de novembre 2008. Il est précisé qu'il ne s'agit que d'une préfiguration. Le travail d'élaboration progressive est tourné autour de 3 grandes catégories d'indicateurs : contexte/environnement, moyens et résultats, efficience selon les orientations de l'ACSé (source : fiches observatoire, Numéro 66, novembre 2008).

Pour le moment les indicateurs de moyen et de résultats sur le volet santé et accès aux soins identifiés sont :

- Nombre de bilans réalisés par les infirmières scolaire chez les enfants de CE2
- La part des problèmes identifiés chez les enfants de CE2 et en 6è (vaccinations, dents, vue, audition)
- Proportion d'enfants en surpoids (CE2 et 6è)
- Consommation de médicaments (en nombre de boîte) en population générale

Les indicateurs de performance relèvent du nombre de médecins, de praticiens paramédicaux, le pourcentage de la population blaisoise ayant recours aux médecins généralistes, spécialistes, dentistes, biologiste, pharmacien, consommation totale d'actes et de soins médicaux libéraux.

Le contenu et l'organisation en indicateurs de moyen et de résultat, indicateurs d'efficience devra être révisité ; de fait il semble que les indicateurs de moyen et de résultats peuvent être plus élaborés maintenant que l'ASV est mis en

œuvre. Quant aux indicateurs de performance, ils nous semblent en décalage avec la définition donnée (efficacité des actions).

Il existe déjà des bases qui ne semblent pas servir de repères (travaux d'autres régions, tableau de bord DIV, fiches ACSé mais récentes).

Par ailleurs, l'ASV souhaite aussi intégrer des données qualitatives, intégrer la mesure de satisfaction des habitants sur les actions (divers outils sont à ce titre intéressants tout en veillant à les adapter comme ceux utilisés sur le site de Grasse).

Le diagnostic avait aussi pointé l'intérêt des acteurs et la nécessité de formations et d'outils pragmatiques

→ Ces formations pourraient être pensées de façon décloisonnée de manière à faciliter les interfaces avec les différents volets du CUCS, d'une part et en lien avec l'échelle départementale et régionale.

Les atouts :

→ La coordinatrice issue du champ du social, a bénéficié des formations par le CNFPT de Nancy sur les questions d'évaluation, mais l'ensemble des coordinateurs doivent être soutenus sur ce point

→ Les centres de ressources, comme l'ADES du Loir-et-Cher, le pôle régional mis en place dans le cadre du SREPS en Région Centre (FRAPS), le centre de la politique de la ville (Ville2, www.villeaucarre.org) peuvent venir en soutien aux aspects méthodologiques. Le renforcement des pôles de compétences en promotion de la santé est à ce titre essentiel dans les futures ARS. Les centres de politique de la ville doivent aussi être consolidés.

→ L'espace d'animation régionale et le soutien de la DDASS sont à ré-affirmer.

Les incidences de la démarche ASV sur l'évolution des compétences est d'ores et déjà palpables grâce au diagnostic, aux groupes de travail mis en place dans lesquels émergent aussi des zones d'ombre à travailler.

→ A ce jour sont déjà identifiées des formations qui peuvent s'inscrire dans une programmation globale : elles viennent renforcer des compétences méthodologiques et thématiques, des approches de proximité, s'inscrivent sur des projets long terme ou peuvent servir de point d'ancrage pour développer d'autres thématiques. A titre d'illustration, les formations suivantes ont été énoncées :

- Formations de personnes relais, éducation par les pairs dans le cadre du renforcement des stratégies de proximité en s'appuyant sur l'existant
- Culture partagée autour de la santé : ce point nous paraît essentiel afin de légitimer les acteurs qui travaillent sur les déterminants influençant la santé et faciliter par là même les espaces de coopération.
- Culture partagée autour de la prévention des addictions chez les jeunes
- Formations croisées (insertion/ éducation, psychiatrie, social) pour optimiser les orientations et prises en charge de personnes vulnérables
- Formation aux gestes qui sauvent (type de formation utile, accessible, courte et concrète qui ouvre sur d'autres espaces)
- Formation au repérage de la crise suicidaire
- Formations autour de la méthodologie, de l'évaluation de projet.
- Santé des jeunes et souffrance psychique sont aussi deux aspects à cerner, les formations peuvent contribuer à l'évolution des compétences mais d'autres formes peuvent aussi être trouvées.
- Le travail intersectoriel nous paraît comme sur les autres sites, un espace à investir sous diverses formes.

L'évolution des compétences qui ne se réduit pas à des formations, pourrait être l'occasion de favoriser des espaces de qualification sous des formes différenciées.

Cet effet de levier de l'ASV est une opportunité pour construire des espaces qui favorisent la transversalité (au sein du CUCS en particulier), renforcent les réseaux, impliquent aussi selon le cas des élus, des décideurs, les médiateurs identifiés, des collectifs d'habitants ou des habitants non organisés, etc.

Ceci nécessite de construire un plan de qualification à déclinaison variable (forme et fond) et d'activer les lieux ressources ou personnes ressources de la région ou d'autres régions. Les espaces de formation médicale continue pourraient aussi être investis, tout comme les IFSI, les liens avec les universités peuvent aussi être activés, etc.

10) Conclusion et perspectives

Le processus de construction de l'ASV, désormais démarche structurante du volet santé du CUCS est très récent. Le diagnostic, la mise en œuvre du volet santé du CUCS font déjà émerger des questions à résoudre d'ordre divers politique, institutionnel, organisationnel, méthodologiques pour avancer dans le processus.

La ville de Blois dispose d'atouts indéniables, les dynamiques renforcées grâce au diagnostic doivent être soutenues à la fois politiquement et d'un point de vue opérationnel : il s'agit de mettre en place ou consolider les conditions favorables à des projets de territoires visant à réduire les inégalités.

La construction d'un plan local de santé est annoncée pour cette année dans le contexte de mise en place des contrats locaux de santé publique. Il peut être une des contributions pour mieux mailler les différentes initiatives, impulser une vision partant des déterminants de santé, valorisant les synergies selon des approches politiques et méthodologiques soucieuses de cette mise en cohérence.

Les principales perspectives qui se dégagent sur Blois recouvrent les points principaux :

→ Un portage politique et institutionnel inscrit dans la constance *du niveau national au niveau local*, et ce, dans le souci de faciliter la place de la santé dans le CUCS en général et à Blois en particulier, de maintenir des équilibres entre les différents volets du CUCS et les articulations régionales. L'encouragement des innovations tout comme promu dans le PRSP de Bretagne est essentiel pour trouver des modes opératoires qui nourrissent les questions de santé publique du local au régional.

→ Des modalités de pilotage sont à consolider au sein du CUCS tout comme les espaces différenciés entre les différents comités techniques existant sur le territoire.

→ Des renforcements particuliers avec le PRU, l'Education Nationale constituent un point de vigilance. La place du Conseil Général met en scène des choix politiques et organisationnels qui échappent aux acteurs de terrain. Si des avancées sont bien réelles, elles doivent être soutenues et amplifiées.

→ Le développement de stratégies impliquant plus fortement les habitants sera à structurer en tenant compte des bouleversements liés au PRU.

→ Les aspects de méthode sont à consolider sur les bases déjà posées : suivi des éléments de diagnostic, programmation, indicateurs représentent un champ à approfondir avec le soutien des tutelles. Blois compte aujourd'hui avec des atouts à différents niveaux. Le travail intersectoriel doit être soutenu par des méthodologies de travail appropriées. La communication doit être aussi un axe de réflexion méthodologique.

→ Les questions d'observation et d'outils mis à disposition au niveau local constituent un espace qui apparaît récurrent sur tous les sites.

L'ASV est tout récent. Les bases sont posées, les atouts sont explicites. les axes de travail de l'ASV fléchés. Ils sont à approfondir, engageant des modalités d'animation et de méthodologie de projet solides pour faire vivre la dynamique existante. Les liens amorcés avec les autres actions santé du CUCS et les autres volets du CUCS relève aussi de stratégies et d'éléments de méthode à soutenir dans le temps.

La construction du PLSP relève de la mise en cohérence de nombre de facteurs identifiés dans cette visite et la mise en place des contrats locaux de

santé publique est une opportunité à saisir dans le respect des équilibres de la politique de la ville et de droit commun.

Si les acteurs rencontrés sont fortement impliqués dans leurs missions, le souci de cohérence est partagé mais des éléments contradictoires sont émis :

- Des cohérences à construire dans des temps record,
- Des changements réglementaires fragilisant les processus et provoquant des mises en retrait,
- Des complexités administratives persistantes et une logique essentiellement budgétaire (qui devrait se croiser avec une logique de santé publique).
- Des modalités de financement freinant l'engagement des acteurs (subventions touchées trop tardivement),
- Des charges pesant sur les villes, des fonctions fragilisées (coordinations pourtant essentielles, tissu associatif, etc.)

Les inquiétudes à ce sujet sont ressenties fortement sur Blois, comme sur les autres sites alors que les acteurs rencontrés sont fortement impliqués dans la réduction des inégalités de santé.

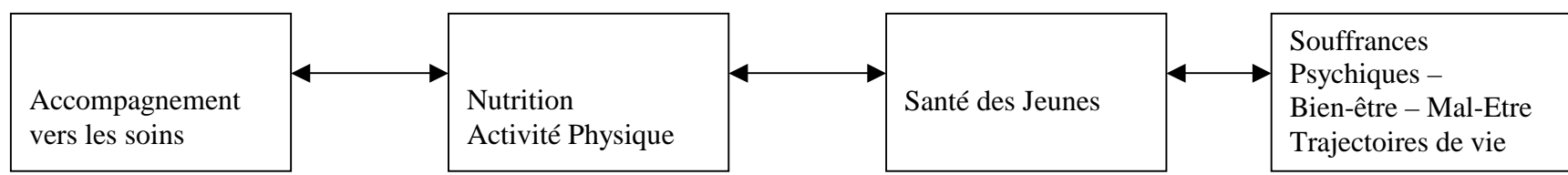
Annexe 1 : Tableau récapitulatif des instances de l'ASV de Blois en 2008

(source : coordinatrice ASV)

I - Montage général

COMITE DE PILOTAGE : Le Maire – Le Conseiller Municipal délégué à la Santé – Secrétaire Général Préfecture – Chargée de Mission PDV Préfecture – Directrice DDASS – Infirmière DDASS – Infirmière Conseillère Technique Inspection Académique – CAF – Directeur du Centre Hospitalier – CPAM – Directeur service PDV Ville de Blois – Directeur Pôle Santé Ville de Blois – Directeur Général des Services – coordinatrice ASV – Chef de projet CUCS

COMITE TECHNIQUE RESTREINT : Chargée de mission PDV Préfecture – Infirmière de Santé Publique DDASS – Conseil Général – Chef de projet CUCS Ville de Blois – Coordinatrice ASV



En appui à la coordinatrice, il y a la coordination régionale ASV pilotée par la DRASS

II - Détails des instances**Comité de pilotage créé en 2007**

Le Maire

Le Conseiller Municipal délégué à la Santé

Le Secrétaire Général de la Préfecture

La Chargée de Mission PDV à la Préfecture

La Directrice de la DDASS

Une infirmière de Santé Publique de la DDASS

La DPASS

Une infirmière Conseillère Technique de l'inspection Académique

Le Directeur de la CAF

La CPAM (au départ, la Présidente, maintenant la chargée de com)

Le Centre Hospitalier de Blois (le Directeur, représenté par le responsable du Service Social PASS)

Le Directeur service PDV Ville de Blois

Le Directeur du Pôle Santé Ville de Blois

Le Directeur Général des Services

Le Chef de projet CUCS Ville de Blois

La Coordinatrice ASV

Comité technique créé en 2007 (synthèse des institutions et associations participants aux différents groupes de travail décrits ci-dessous)**Ville**

Equipe CUCS : Chef de projet – Coordinatrice ASV – Directeur de l'Action Sociale (réfèrent ASV) –
Coordinatrice PRE – Ambassadeurs PRU Ville de Blois

Etat

Réfèrent territorial DDASS
Réfèrent Politique de la Ville Préfecture
Service Promotion de la santé en faveur des élèves
DDJS

Centre Hospitaliers

PASS / Psychiatrie

Conseil Général du Cher

PMI / ASE

Responsables UPAS – MDPH – Responsable PA

CIAS

Responsables de services (SASI...)

Caisse d'allocations familiales

Responsable Action Sociale + REAPP

CPAM

Référent GRSP (chargé de prévention)

Responsable Centre Examen de Santé

Professionnels de santé

Représentants des professionnels de santé libéraux (médecin libéral, dentiste, psychiatre)

Mutualité de Loir-et-Cher

Service Prévention

Bailleurs sociaux

Associations santé

ONS

Réseau Addictions 41

ADES

ANPAA – VRS

Comité de Ligue Contre le Cancer

Associations autres

Personnes Relais

Association ARIANE

Les Restos du Cœur

AE2

Art de Vivre

ACESM

ECLAIR

Quartiers Proximité

Groupe de travail « Accompagnement vers les soins » :

Association "Osons Nous Soigner"

Réseau Addictions 41

Inspection Académique

Association "Ariane"

C.P.A.M de Loir-et-Cher

Les Restos du Coeur

A-E2

CMP – ECSAD

CIAS du Blaisois

Association Art de Vivre

CSST – Vers un Réseau de Soins

ACESM / SPS

Comité de la Ligue contre le Cancer 41

Association ECLAIR

CPAM

Conseil Général

Centre Hospitalier

Association Personnes Relais

ADES

ANPAA 41 / VRS

Groupe de travail « Nutrition – Activité Physique » :

Association "Osons Nous Soigner"

ADES 41

Réseau Santé Nutrition Diabète

Association ARIANE

Inspection Académique

Mutualité Française de Loir-et-Cher
Association « Quartiers Proximité »

CMP – ECSAD

UPAS

Collège Rabelais

Centre d'Examen de Santé
Coordinatrice PRE
Maison des Adolescents
Service des Sports Ville de Blois

Groupe de travail « Santé des Jeunes » :

Personnes Relais

ADES 41

C.P.A.M de Loir-et-Cher

Inspection Académique

Réseau Addictions 41

Association "Osons Nous Soigner"

Association Quartiers Proximité

CSST / Vers un Réseau de Soins

CMP / ECSAD

UPAS Blois Agglomération

Association d'Aide aux Victimes Et Conciliation

Planning Familial

CAF

DDJS

Centre Hospitalier

Maison des Adolescents

Mission Locale

Groupe de travail « Souffrances Psychiques – Trajectoires de Vie » :

Association "Osons Nous Soigner"

Blois-Ch. Mannoni-02.04.09

ADES 41

Réseau Santé Nutrition Diabète 41
A-E2

CIAS du Blaisois

Les Restos du Coeur

Association "Ariane"

Inspection Académique

Réseau Addictions 41

CSST / Vers un Réseau de Soins

CMP – ECSAD

CHRS Le Prieuré

Chemins Faisant

ACESM

Personnes Relais

Quartiers Proximité

Bailleurs HLM

Mission Locale

Maison des Adolescents

Le Volet Santé du CUCS de la Ville de Bourges

ELEMENTS DE SYNTHESE ET D'ANALYSE

VISITE SUR SITE :

BOURGES

LE 23 FEVRIER 2009

Chantal Mannoni

Sommaire

INTRODUCTION :	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES	188
FICHE DE SYNTHESE DE LA VISITE SUR SITE	190
A) PRINCIPAUX ELEMENTS DU CONTEXTE (SOURCE : CUCS, DIAGNOSTIC DE SANTE).....	190
B) RAISONS QUI ONT CONDUIT A PARTICIPER ET EXPERIENCE ANTERIEURE D'UN CADRE SIMILAIRE D'ACTION	190
C) THEMATIQUE(S) / ACTIVITE(S) ABORDEE(S)	191
D) ELEMENTS DE SYNTHESE PLACE DE SANTE DANS VOLET CUCS	191
E) PRINCIPAUX APPORTS SPECIFIQUES DU CADRE CUCS ET/OU ASV A L'ACTION LOCALE EN SANTE (DIFFERENCE AU REGARD DE CE QUI ETAIT DEJA FAIT OU POURRAIT ETRE FAIT SUR LE SUJET DANS CE TERRITOIRE)	191
F) LES SYNERGIES AU SEIN DU CUCS	192
G) LES SYNERGIES AVEC LES AUTRES INSTITUTIONS, DISPOSITIFS DEPARTEMENTAUX ET REGIONAUX	192
H) PRINCIPAUX ATOUTS POUR L'ACTION LOCALE EN SANTE	192
I) PRINCIPALES LIMITATIONS DU CADRE CUCS ET/OU ASV POUR L'ACTION LOCALE EN SANTE ..	192
J) EVALUATION GLOBALE DE LA PERTINENCE ET DE L'EFFICACITE DU CADRE CUCS ET/OU ASV	193
K) PERSPECTIVES ET ENJEUX	193
ELEMENTS GENERAUX CONCERNANT LE CONTRAT URBAIN SOCIAL DE BOURGES ET DONNEES DE CADRAGE	195
1) BREF HISTORIQUE DE LA DEMARCHE ASV ET DE LA PLACE DE LA SANTE SUR LE TERRITOIRE	199
2) DIAGNOSTICS DE REFERENCE ET DONNEES SANITAIRES ET SOCIALES JUGEES PERTINENTES POUR LE TERRITOIRE CONSIDERE	200
3) POSITIONNEMENT POLITIQUE, MODALITES D'ORGANISATION DU VOLET SANTE DU CUCS :	217
LA PLACE DES ELUS ET LA SANTE.....	219
PLACE DE LA COORDINATRICE ASV ET LIENS AVEC LE CUCS :.....	219
LES INSTANCES MISES EN PLACE ET LES GROUPES DE TRAVAIL.....	220
4) LE POSITIONNEMENT POLITIQUE DE LA SANTE, INTERFACES DU VOLET SANTE ET DES AUTRES VOLETS DU CUCS D'UN POINT DE VUE ORGANISATIONNEL	225
5) LES SYNERGIES TERRITORIALES INSTITUTEES	230
6) LES ACTIONS DE SANTE DANS LE CUCS, ACTIONS ENGAGEES DANS LE CADRE DE L'ASV, INTERFACES ET OPPORTUNITES	232
A) LES ACTIONS DE SANTE REPEREES A LA LECTURE DU CUCS	232
B) LES THEMATIQUES SANTE DEVELOPPEES DANS L'ASV ET LES PUBLICS PRIORITAIRES	234
7) LA MOBILISATION ENGAGEE SUR LE PLAN DU PARTENARIAT	239
8) LES HABITANTS PARTENAIRES : DES ATOUTS, DES DEFIS A RELEVER	244

9) LES ELEMENTS DE METHODE, LA QUALIFICATION DES ACTEURS	246
REGARD SUR LA CONSTRUCTION DU CUCS	246
LA SANTE DANS LE CUCS ET LE VOLET SANTE (ASV)	247
10) CONCLUSION ET PERSPECTIVES	252
ANNEXE : DETAIL DES PARTENAIRES ASV DANS LES DIFFERENTES INSTANCES – BOURGES, FEVRIER 2009	254

Introduction

Le site de Bourges a été retenu au regard des éléments de méthode de l'échantillonnage. Il répondait aux critères suivants :

- 1 site en Région Centre dans le département du Cher.
- Existence d'un volet santé à la lecture du CUCS 2402 et 1 ASV (création : juin 2007)
- Quartiers relevant du Plan Espoir Banlieue
- 1 population comprise entre 20 000 et 80 000 habitants. La population de Bourges selon les sources INSEE de 2006 est de 72 434 habitants.
- 1 commune signataire
- Existence d'un SCHS

(Bourges n'appartient au réseau des villes OMS)

VISITE SUR SITE : 23 FEVRIER 2009

Plusieurs entretiens téléphoniques (5 personnes) ont pu être réalisés avant la visite. Les partenaires informés de l'étude souhaitaient fortement être impliqués alors qu'ils ne pouvaient se rendre disponibles le jour fixé de la visite.

Ces entretiens ont concerné :

- Mr Michel Verdier, Maire adjoint à l'action sociale,
- Mr Bensizerara Responsable du Pôle développement social – CCAS, et
- Me Melot, infirmière au centre de soins infirmiers rattaché au CCAS.
- Mr Audineau, CPAM,
- Me Bilani, DDASS

La coordinatrice Me Jarret a été contactée (entretien le 11/2) pour faire le point sur les documents reçus et préparer la visite. Un second point téléphonique a été réalisé le 3 avril avec le chef de projet CUCS.

PERSONNES INTERVIEWEES

Nom	Prénom	Organisme/collectivité	Positionnement CUCS/ ASV	Mode de participation (M : mandaté, P : personnel	Ancienneté territoire concerné à la date de la visite	Téléphone	Mail
VERDIER Interview Le 9/02/09 (45 mn)	Michel	Maire adjoint action sociale Ancien adjoint à la PdV	Référent ASV Président du CODES Vice président du CCAS	M Anime le Copil	Anciennement impliqué sur la politique de la ville > 5 ans	02.48.57.81.49	michel.verdier@ville-bourges.fr
BENSIZERARA Interview le 9/02/09 (45 mn)	Saadane	CCAS responsable Pôle Dvpt social	Structure hébergeant la coordination ASV Membre du Copil	M	Anciennement impliqué sur la politique de la ville (agent de développement, DSQ, > 10 ans	02.48.23.25.00	saadane.bensizerara@ville- bourges.fr
MELOT Interview le 10/02/09 (30min)	Marie- Claude	Infirmière centre de soins (structure pour l'ASV)	Partenaire	M	8 ans	02.48.70.93.27	marieclaude.melot@ville- bourges.fr
BILANI Interview le 13/02/09 (1 h)	Naima	DDASS	Membre du Copil et référent au GRSP	M	En charge du dossier depuis Février 08	02.48.23.71.00	naima.bilani@sante.gouv.fr
AUDINEAU Interview le 13/02/09 avec Me Bilani, (1 h)	Alain	CPAM Anciennement à la prévention/solidarité – CPAM	Membre du Copil	M	> 10 ans sur le territoire	02.48.55.49.45	alain.audineau@cpam- bourges.cnamts.fr

PERSONNES PRESENTES A LA VISITE SUR SITE

Nom	Prénom	Organisme/collectivité	Positionnement CUCS/ ASV	Mode de participation (M : mandaté, P : personnel)	Ancienneté territoire concerné à la date de la visite	Téléphone	Mail
JARRET	Valérie	CCAS	Coordinatrice ASV	M	Octobre 2008	02.48.65.61.32	valerie.jarret@ville-bourges.fr
SARRAMALHO	Virginie	CUCS	Chef de projet, Membre du Copil et comité technique (CT) de l'ASV	M	Septembre 2006	02.48.70.89.70	virginie.sarramalho@ville-bourges.fr
GOUSSARD	Sonja	CUCS	Agent de développement membre du CT en alternance avec le chef de projet	M	Juin 2008	02.48.70.89.70	sonja.goussard@ville-bourges.fr
PAITIER	Emilie	Préfecture	Chargée de mission politique de la ville Membre du Copil et du CT	M	Septembre 2006 (sur le départ)	02.48.67.35.19	emilie.paitier@cher.pref.gouv.fr
Me BIGUIER	-----	CAF	Agent de développement - La Chancellerie Ateliers bien-être, Membre d'un groupe de travail	M	33 ans	02.48.24.18.47	valerie.debroye@cafbourges.cnafmail
COUADE	DOMINIQUE	Centre de santé, CMP Louise Michel	Membre d'un groupe de travail (GT).	M	3 ans hôpital de jour, 1 an CMP	02 48 27 62 90	-----
COTE GRUMEL	Marie	CODES du Cher	Chargée de mission Impliquée dans un GT	M	2 ans	02 48 24 38 96	codesducher@wanadoo.fr
JAMET	Cécile	GIP Renouvellement urbain	Impliqué dans le CT et 1 GT	M	5 ans	0248 27 58 66	c.jamet@gip-rubourges.fr

Etaient excusés :

- Maire adjoint à la politique de la ville, Mr Maginiau
- Conseil Général (insertion), Me Peisakovitch
- CCAS du Val d'Auron, Me Sandra Bourogaa
- DDJS, prévention des conduites addictives chez les jeunes, Mr Bergeault E.

L'accueil comme sur toutes les visites a été chaleureux. L'organisation s'est faite au mieux dans les contraintes de temps imposées.

La coopération des acteurs présents et de l'équipe CUCS/ ASV est à saluer.

Les personnes qui se sont rendues disponibles souhaitent un retour de la visite sur site.

Une série de documents dont la liste apparaît ci-dessous a pu être consultée en amont de la visite ou après la visite pour compléter les entretiens. La fiche DIV initialement non disponible a été mise à jour à l'occasion de la visite sur site.

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

- PRSP de la Région Centre 2005- 2009
- SREPS de la région centre 2003- 2007

- Evaluation intermédiaire du contrat de ville 2000 – 2006 au 9 décembre 2003 (cabinet ARGOS, développement local) (document mis à disposition : diaporama)
- Plan Social territorial (PST): diagnostic partagé, 2006 (Mr Bernous, sociologue)
- Etat des lieux sur la santé à La Chancellerie- Les Giboncs, Bourges, rapport final, mai 2007 (Institut Renaudot)
- CUCS 2402
- Programmation du CUCS 2007- 2009
- Avis de la DDASS concernant la création de l'ASV, 23 aout 2008
- Fiche DIV ASV 2008
- Bilan ASV 2008
- Plan local de santé 2009 - 2011

1 tableau supplémentaire a été demandé concernant les instances de pilotage de l'ASV.

De la même façon des informations concernant la part de la santé dans le CUCS ont pu être mis à disposition.

FICHE DE SYNTHÈSE DE LA VISITE SUR SITE

a) Principaux éléments du contexte (source : CUCS, diagnostic de santé)

« Préfecture du département du Cher (18), Bourges est la 3^{ème} ville de la Région Centre.

Elle compte 71 000 Berruyers. Bourges s'inscrit au sein de la Communauté d'agglomération « Bourges Plus », créée par arrêté préfectoral en date du 21 octobre 2002, sur la base d'un périmètre cohérent et continu regroupant 14 communes (environ 100 000 habitants).

Initiée depuis 1973, la Politique de la Ville de Bourges a toujours eu « pour ambition de lutter contre les processus de ségrégation urbaine et sociale par la mise en place de divers dispositifs successifs Développement Social des Quartiers (DSO) en 1983, contrats de ville 1994-1999 et 2000-2006 » (extrait du CUCS). Cette politique a été mise en œuvre par la signature en 2000 d'un Contrat de Ville → Le Contrat Urbain de Cohésion Sociale s'inscrit dans la continuité de la Politique de la Ville de Bourges, en renforçant certains aspects dont la santé.

On notera tout spécifiquement

→ La participation des habitants comme méthode transversale de travail dans les différents documents consultés.

→ Un désir d'approche globale de la santé : « atelier santé ville, prévention, protection maternelle et infantile, conduites addictives » (CUCS, 2007-2009).

L'évaluation du contrat de ville, la réflexion autour du CUCS ayant fait le constat du faible nombre de projets de santé sur le quartier, une méconnaissance des problématiques de santé spécifiques du territoire a conduit à retenir l'Institut Renaudot pour réaliser un diagnostic de santé (premier semestre 2007). La municipalité a voté la mise en place d'un ASV (créé en juin 2007 mais avec des prises de fonction décalées).

→ Les quartiers prioritaires classés en priorité 1 sont ceux des quartiers Nord, spécifiquement La Chancellerie et les Gibjoncs.

L'AS voit ses actions centrées sur ces territoires, sans exclure l'extension de la démarche à d'autres quartiers. Le nombre d'habitants concernés est de 14 720 habitants

b) Raisons qui ont conduit à participer et expérience antérieure d'un cadre similaire d'action

Le manque de projets identifiés sur les quartiers Nord, le désir de renforcer les synergies d'acteurs et la cohérence des initiatives ont été à l'origine de 2 diagnostics complémentaires : un diagnostic social (2006) en complémentarité au PRU et un diagnostic de santé (2007).

La conjonction de l'élaboration du CUCS et l'opportunité de la démarche ASV ont permis de poser les bases d'un axe santé structurant au sein du CUCS.

c) Thématique(s) / Activité(s) abordée(s)

Les thématiques abordées dans le volet santé du CUCS suite aux diagnostics sont actuellement :

- Accès aux droits, à la prévention et aux soins
- Santé mentale et mal-être
- Nutrition et précarité
- Santé des jeunes, accompagnement à la parentalité

D'autres thématiques (handicap, santé et vieillissement, environnement et qualité de vie, addictions) sont en voie d'exploration pour certains.

Des actions « santé » sont identifiées dans 2 autres volets du CUCS :

→ Volet Education – Jeunesse : soutien à la parentalité (facettes diverses)

→ Volet citoyenneté et prévention de la délinquance :

- ** Lutte contre les violences faites aux femmes
- ** Addictions : lutte contre les drogues illicites, tabac et alcool
- ** Soutien à la fonction parentale
- ** Développement de l'accès aux droits

Les interfaces entre volet santé et autres actions de santé du CUCS sont actuellement travaillées.

d) Eléments de synthèse place de santé dans volet CUCS

La thématique santé semblait être initialement fortement portée par les différents signataires. Aujourd'hui ce portage « collectif » semble moins prégnant. Par ailleurs, l'organisation des instances et les modalités de pilotage aux différents niveaux ne favorisent pas la place de la santé dans le CUCS ni le travail intersectoriel. D'autres facteurs interviennent aussi et relèvent des déterminants assez classiquement rencontrés dans les partenariats. Par contre, le souhait de consolider les instances du CUCS sont explicites. Des pistes concrètes ont été partagées lors des discussions et seraient à mettre en œuvre.

e) Principaux apports spécifiques du cadre CUCS et/ou ASV à l'action locale en santé (différence au regard de ce qui était déjà fait ou pourrait être fait sur le sujet dans ce territoire)

A ce jour, ces cadres apportent un niveau de structuration identifiable dans l'analyse des aspects méthodologiques du CUCS et de l'ASV, même si ces aspects peuvent être renforcés.

L'ASV a connu des années 2007 et 2008 complexes avec une embauche tardive du coordinateur, une rupture de poste qui n'ont pas permis d'optimiser la démarche dans le sillage du diagnostic même si des modes de tuilage se sont organisés.

La reprise en main de la démarche ASV est très récente (octobre 2008). Elle hérite de problèmes antérieurs mais permet de relancer les dynamiques et de structurer la démarche d'un point de vue méthodologique. La référence aux cadres (circulaire ASV) doit rester présente dans l'évolution du volet santé du CUCS.

f) Les synergies au sein du CUCS

Les liens entre partenaires sont pour certains anciens sur les quartiers Nord de Bourges. Les interfaces au sein du CUCS pourraient être optimisées si les changements souhaités dans les instances mises en place sont rendus plus opérants.

L'ASV crée actuellement ses interfaces de façon plus construite avec le volet emploi, citoyenneté, et éducation/ jeunesse. Les liens avec le PRU pourront se faire avec la reprise du projet « Bien-Etre ».

g) Les synergies avec les autres institutions, dispositifs départementaux et régionaux

Ces synergies existent, avec le champ médico-social surtout. L'articulation avec la plateforme départementale d'accès aux droits se fait par le biais de partenaires de l'ASV. Les liens avec la PMI existent même si les moyens ne permettent pas toujours aux services d'être présents dans les différentes instances. L'éducation nationale est absente, en pratique, malgré des professionnels qui ont pu être fortement impliqués. Les articulations avec le PRSP/ SREPS sont effectives. Un espace régional regroupant les ASV de la Région Centre est animé par la DRASS.

Les liens avec la préfecture se sont distendus : le poste de la chargée de mission politique de la ville vient d'être supprimé. Des interrogations sur l'implication de la préfecture sont suscitées de même que la mise en place des ARS et des contrats locaux de santé publique.

h) Principaux atouts pour l'action locale en santé

On peut noter à travers les documents et les rencontres des atouts importants :

- Un portage politique sur les questions de santé, sans doute à mieux partager mais réel au niveau de la ville
- Des implications politiques, institutionnelles et associatives fortes, pour renforcer les actions de santé) avec aussi des jeux d'acteurs sur lesquels rester vigilants.
- Des cadres structurants qui doivent permettre de garder le cap pour l'ASV
- Des évolutions du pilotage du CUCS possibles à court terme
- Des diagnostics ayant fait émerger des déterminants essentiels et ayant réussi à soutenir les interfaces entre les acteurs (qui restent à potentialiser)
- Des habitants présents depuis le début de la démarche
- Une cohérence avec les priorités régionales

i) Principales limitations du cadre CUCS et/ou ASV pour l'action locale en santé

1. Culture partagée autour de la santé et du travail intersectoriel à travailler à différents niveaux : élus, financeurs, acteurs de terrain.
2. Des modes de pilotage à repenser
3. Des postures institutionnelles et un positionnement de la fonction de coordination à clarifier afin de protéger la nature même de la démarche ASV et la concordance avec la circulaire.
4. Une remise à plat nécessaire d'un des projets de santé
5. Des incertitudes quant aux évolutions réglementaires.....et aux financements

j) Evaluation globale de la pertinence et de l'efficacité du cadre CUCS et/ou ASV

- Partant de l'historique de la ville dans son implication sur la santé via des acteurs privilégiés, des cadres structurants du CUCS et de l'ASV,
- Tenant compte de 2 diagnostics complémentaires
- Tenant compte des ruptures de poste sur la fonction de coordination mais de la reprise en main actuelle,

→ On peut dire qu'à ce jour, si les limitations pré-citées sont traitées de façon rapide et effective, alors, le volet santé pourra capitaliser ses acquis et éviter les risques de dérive de la démarche ASV soulignés dans ce document.

k) Perspectives et enjeux

1. Il existe un portage politique par la commune sur les questions de santé, sans doute à mieux partager et à articuler avec la politique de la ville. Ce portage politique est interrogé à d'autres niveaux (départ de la chargée de mission ville de la préfecture). DDASS et DRASS jouent un rôle important dans le soutien aux pilotages et mises en œuvre locaux des projets tout en permettant les articulations entre le niveau local et régional, facilité aussi par la présence de l'élue, référent de l'ASV au CA du GRSP. Cependant, la logique des financements privilégiera les priorités régionales in fine.

Ce constat rejoint donc comme pour le site de Blois, la nécessité de meilleures articulations dans la constance, des politiques du national au local dans une double dynamique.

2. Les cadres structurants CUCS et ASV permettent de consolider l'existant et d'engager les changements souhaités au niveau du CUCS pour optimiser les transversalités

3. Le lien avec l'Education Nationale échappe en grande partie aux acteurs locaux et demande à mobiliser d'autres ressorts.

4. Le désir de consolider le PLSP est noté, le souhait de pérenniser des dispositifs ou démarches ressort de l'analyse. L'extension territoriale de la démarche ASV a été évoquée à partir du territoire actuellement considéré.

Les contrats locaux de santé peuvent être perçus comme une opportunité mais la mise en place des ARS génère actuellement des inquiétudes.

5. Les fortes implications institutionnelles/associatives locales aussi bien dans les instances décisionnelles que dans la mise en œuvre des actions montrent à ce jour une empreinte forte du CCAS, qui nous semble devoir garantir :

- un portage de l'ASV en concordance avec les orientations de la circulaire,
- une posture et des modes de communication clairs qui facilitent l'appropriation de la démarche ASV par d'autres partenaires.

6. L'implication des habitants et d'associations telles que le RERS constituent un des atouts importants pour pérenniser, développer les pratiques participatives.

7. D'un point de vue plus opérationnel, la reprise en main de la coordination de la démarche est notable depuis octobre 2008. Outre la consolidation des acquis, les zones à explorer sont :

- La santé des jeunes
- La souffrance psychosociale
- Les addictions
- Le projet autour du Bien-Etre pourrait être revisité, de façon à reprendre les stratégies évoquées tout en les complétant et en utilisant le lien avec le cadre de vie et le PRU.

8. Les aspects de méthode montrent à ce jour un effort notable de clarification dans le cadre de l'ASV sur les 3 ans à venir.

Enfin, les questions d'observation et d'outils mis à disposition au niveau local constituent aussi à Bourges un enjeu pour le futur.

**ELEMENTS GENERAUX CONCERNANT LE CONTRAT URBAIN SOCIAL DE BOURGES ET DONNEES DE CADRAGE
(Source : SIG de la DIV)**

Contrat Urbain de Cohésion Sociale Bourges

[France](#) > [Région Centre](#) > [Département Cher](#)

Population du CUCS : **72 434 habitants**, dont 15 649 (22%) sur 2 ZUS

Superficie du CUCS : **6 847 ha**, dont 186 ha (3%) sur 2 ZUS

Composition communale (1) : [Bourges](#)

Contrat de Ville (1) : [Bourges](#)

ZUS (2) : [Aéroport](#), [Bourges Nord: Chancellerie-Gibjoncs-Turly-Barbottes](#)

ZFU (1) : [Bourges Nord : Chancellerie, Gibjoncs, Turly, Barbottes](#)

Autres Quartiers Prioritaires (3) : [Bigarelle](#), [Prado](#), [Val d'Auron](#)

Quartiers en rénovation urbaine (2) : Convention n° 049 : ZUS Aéroport, Convention n° 049 : ZUS Bourges Nord : Chancellerie, Gibjoncs, Turly, Barbottes

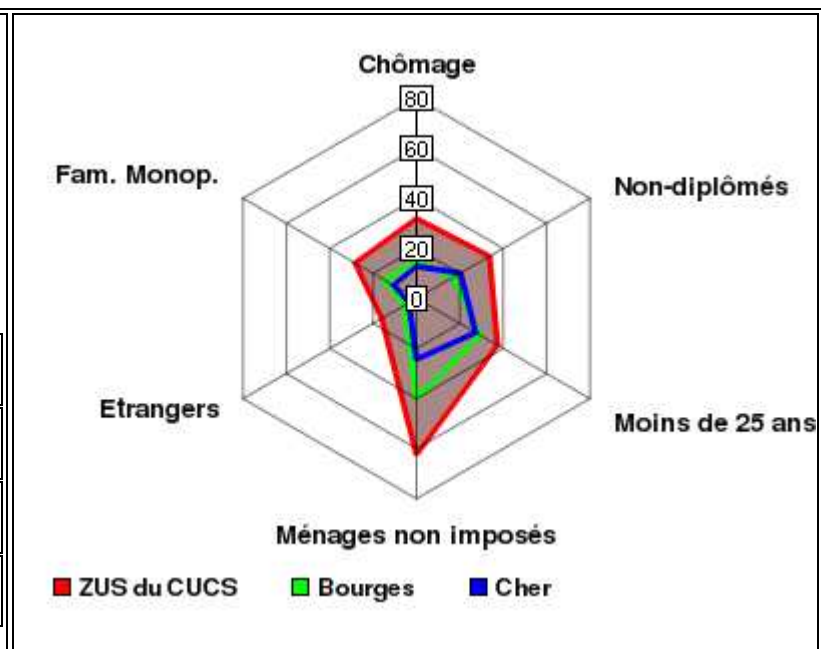
Dispositifs de la Politique de la Ville (4): 1 ML, 1 CEL, 1 CLS, 1 PRE

→ Les quartiers prioritaires énoncés dans le CUCS de 2007 mentionnent la ZUS de Bourges Nord avec 4 secteurs : La Chancellerie, les Gibjoncs, Turly et Barbottes (deux petits quartiers en termes populationnels) dont la population totale est de 14 726 habitants.

Si l'on tient compte uniquement de la ZUS classée en catégorie 1, la population (1999) représente alors 20% de l'ensemble de la ville, proportion moins élevée que sur Blois dont la ZUS de même catégorie représente 29% de la population (la ZUS Aéroport est de population réduite < 1000 habitants).

→ L'atelier santé ville a été créé en 2007 avec un diagnostic organisé sur le premier semestre et une prise de fonction de la coordinatrice en septembre 2007. La période de transition en attendant le recrutement a été assuré par le prestataire externe. *Les quartiers dans la fiche DIV ne font apparaître que 2 des 4 secteurs : La Chancellerie et Les Gibjoncs*

Profil général	ZUS du CUCS	CUCS Bourges	ZUS du département	ZUS de la région
<i>Sources INSEE RP 1999/DGI 2004 (données fiscales)/ Min. de l'Intérieur (2005) / Min. de l'Educ. Nat. (2004) / CNAM (2006)</i>				
Chômage (1999)	31.9 %	14.7 %	33.3 %	29.8 %
Non-diplômés (1999)	33.7 %	17.0 %	34.1 %	38.8 %
Moins de 25 ans (1999)	37.4 %	29.3 %	37.8 %	42.6 %
Etrangers (1999)	16.0 %	5.6 %	17.2 %	22.1 %



Familles monoparentales (1999)	28.3 %	14.8 %	27.9 %	24.5 %
Locatifs HLM (1999)	81.3 %	29.2 %	79.9 %	80.2 %
Ménages non-imposés sur revenus (2005)	56.7 %	37.2 %	55.6 %	54.2 %
Bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (2006)	32.5 %	12.8 %	32.1 %	28.8 %

→ Les données de la ZUS de Bourges, comparées à celle de Blois sont globalement comparables excepté le taux de chômage qui apparaît plus important sur la ZUS de Bourges et le taux de familles monoparentales. Les autres indicateurs sont plus marqués de façon défavorable sur Blois.

Si l'on compare les écarts entre la ZUS de Bourges et la ville tout comme sur Blois, on s'aperçoit que les écarts ZUS – Ville sont plus marqués à Bourges concernant

- le nombre de non diplômés,
- le taux de familles monoparentales,
- les bénéficiaires de la CMU - C (2006 pour cette dernière données, les autres datant de 1999).

En revanche les écarts ZUS – Ville concernant le pourcentage de ménages non imposés est moins important sur Bourges.

1) Bref historique de la démarche ASV et de la place de la santé sur le territoire

La santé est une préoccupation de longue date avec un réseau d'acteurs qui a donné naissance au CODES du Cher et ce, déjà dans un souci de regrouper les acteurs.

L'évaluation du contrat de ville montrait la nécessité de développer des priorités et des actions en matière de santé et de prévention (diaporama, cabinet ARGOS, décembre 2003).

La ville a tenté de réunir les données existantes (CPAM, éducation nationale, PMI...) mais outre la difficulté d'obtenir ces données (souvent centrées sur des pathologies), leur traitement s'est avéré complexe.

Le CUCS et l'ASV ont été les facteurs déclenchants pour organiser un diagnostic de santé, pour renforcer les partenaires travaillant autour de la santé et mieux structurer les actions auprès de populations en situation de précarisation.

Parmi les différents signataires du CUCS, la préfecture, la DDASS, la CPAM, la CAF la Ville apparaissaient, initialement, fortement porteurs. L'Education Nationale, signataire du CUCS, n'est cependant pas impliquée sur le volet santé. Le moment des appels à projet est toujours un moment privilégié mais par la suite la co-animation d'actions reste aléatoire. Un médecin de l'éducation nationale s'est ainsi fortement impliqué dans le diagnostic réalisé en 2006/2007, dans des formations à la méthodologie de projet, organisées par le centre de ressource régional en éducation pour la santé (FRAPS). A ce jour, il ne peut plus s'impliquer.

L'ASV est de fait le volet structurant de la santé du CUCS. Des interfaces avec d'autres actions santé hors volet santé et d'autres dispositifs se sont tissés et surtout se consolident actuellement.

Le SCHS ne semble pas avoir influencé la dynamique partenariale autour de la santé sur la commune.

Le processus de l'ASV a été marqué par un diagnostic enclenché avant le recrutement d'un coordinateur. Une période de « tuilage » a été soutenue par le prestataire en attendant un

premier recrutement. Des périodes de ruptures se sont installées et la reprise en main effective de l'ASV est récente : octobre 2008. La coordinatrice est rattachée au CCAS.

Le territoire de l'ASV a été volontairement concentré sur les quartiers Nord. La fiche DIV signale deux des quatre quartiers mentionnés sur le SIG de la DIV : La Chancellerie et les Gibjongs.

Il semblait plus raisonnable de concentrer les efforts sur un petit territoire, puis d'étendre la démarche de façon à observer les méthodes, effets, et reproduire ailleurs ou développer l'ASV sur d'autres échelles de la ville en ciblant les quartiers prioritaires (extrait d'interview).

2) Diagnostics de référence et données sanitaires et sociales jugées pertinentes pour le territoire considéré

→ Un premier diagnostic engagé en 2006 : étude sociologique vers un Plan Social de Territoire (PST)

Cette étude a été réalisée en 2006 (Plan Social territorial (PST) : « diagnostic partagé », 2006 (Mr Bernous, sociologue) pour poser les bases avec les habitants et les partenaires d'un Projet Social de Territoire (PST) en complément au Programme de Rénovation Urbaine (PRU). Le document disponible est seulement sous forme de diaporama²⁶ mais il donne des informations intéressantes qui, couplées à celle du diagnostic qui a suivi (« diagnostic de santé », Institut Renaudot, 2007), donnent une compréhension des différents secteurs constituant les quartiers Nord, aborde nombre de déterminants qui influencent la santé dans une vision « promotion de la santé » sous forme de déterminants positifs (présentés comme atouts) ou de déterminants négatifs (sous forme de faiblesses) dans l'analyse organisée en plusieurs composantes :

1. Le quartier
2. La vie dans le quartier
3. Les partenaires du quartier
4. Les réponses aux besoins du quartier

Les déterminants mis à jour différentient les territoires, faisant ressortir, richesses ou faiblesses selon les secteurs au sein des quartiers Nord. Les déterminants sociaux sont bien développés dans cette partie.

Différentes propositions ont émergé. Elles prennent sens avec le diagnostic de santé ultérieur.

²⁶ Les sources d'informations ne sont pas identifiables dans ce type de document.

Le premier diagnostic met en évidence *l'importance de travailler sur les déterminants, d'utiliser les atouts, fait émerger les interfaces nécessaires dans le déploiement des différents dispositifs ou initiatives*. Il donne de bonnes bases pour enclencher avec les données supplémentaires du diagnostic santé, un réel projet de développement territorial, incluant la santé, utilisant de façon différenciée selon les secteurs les atouts, les faiblesses. Au-delà des caractéristiques négatives, assez classiques d'un quartier en ZUS, de réels atouts peuvent servir de tremplin et sont peut être sous utilisés.

On donnera à titre d'exemple quelques atouts pour faire sens avec la suite du document (extraits du diaporama) :

- Quartier attachant avec selon les secteurs un fort sentiment d'appartenance
- Des secteurs avec un habitat mixte
- Richesse d'un quartier « multiethnique (« richesses inexploitées »)
- Des tensions variables selon les secteurs
- Des secteurs bien entretenus par la ville sur un quartier (la Chancellerie) mais de façon inégale selon les secteurs, impactant la vie des habitants
- Un PRU souhaitable tout en créant aussi des pertes de repères, des écoles qui se vident. D'autres atouts émergent : habitat plus agréable, espaces verts à développer, nouvelles solidarités, revitalisation économique à engager, etc.
- Une dynamique sociale existante particulièrement sur le quartier de la Chancellerie avec des enfants qui font lien entre les générations, un mélange des cultures pacifique sous réserve des identités propres, des liens de solidarités, des relations intergénérationnelles, des anciens qui jouent le rôle de médiation (secteur Moulon), des initiatives d'habitants pour se faire entendre ou créer de la convivialité.

→ Au tire des réponses à apporter, des recommandations concrètes sont faites, elles ont servi de base pour certaines dans le diagnostic de santé ultérieur.

Ces recommandations portent sur :

- L'importance de faciliter les transports dans les quartiers Nord et avec la ville,
- De renforcer les espaces de loisirs et de convivialité
- De sécuriser les espaces de loisirs
- De mettre en place des activités de développement personnel
- De créer un espace ressources : écrivain public, conseiller juridique, services de proximité
- De loger gratuitement les associations (sauf charges)

→ Un deuxième diagnostic engagé sur les quartiers Nord (La Chancellerie, Les Gibjoncs) dans le cadre du CUCS : vers un Plan Local de Santé Publique :

Ce diagnostic a pu bénéficier des études antérieures et des constats identifiés dans l'évaluation à mi parcours du Contrat de Ville qui notait déjà des opportunités à

saisir pour développer la thématique santé. Lors de l'élaboration du CUCS le constat du faible nombre de projets « santé » sur le quartier et une méconnaissance des problématiques de santé spécifiques du territoire amène à retenir l'Institut Renaudot pour un diagnostic dans le cadre de la démarche ASV.

Le diagnostic lui-même a été réalisé sur une période de 4 mois, ce qui représente un réel défi pour engager des synergies à la fois avec les élus, les partenaires institutionnels et les habitants et par ailleurs recueillir des données pertinentes.

Par la suite, compte tenu de la difficulté concernant le poste de coordination pour l'ASV, le prestataire a poursuivi une mission d'accompagnement pour faciliter la mise en œuvre de 2 des projets retenus par le comité de pilotage sur la période octobre – janvier 2008. Le coût total a été de 27 934 euros.

Les sources statistiques et documents d'orientation apparaissent de façon explicite dans le document qui s'est appuyé, entre autre, sur le PST mené en 2006.

L'institut Renaudot a mené ce diagnostic dans une démarche participative tout à fait intéressante au regard des acteurs et a pu bénéficier, entre autres soutiens, du RERS (réseau d'échanges réciproques de savoirs). Compte tenu des délais si courts, les thématiques santé n'ont pu être toutes approfondies. Le diagnostic a permis :

- de repérer les préoccupations prioritaires en les étayant avec quelques données statistiques
- de repérer pour chaque thématique les acteurs ressources disponibles
- de faire des propositions concrètes, dont 2 sont centrées sur la mise en place de structures.

Le travail s'est réalisé en mobilisant élus, institutionnels, professionnels, habitants (via les structures recevant des personnes en situation de précarité ou via des modes d'organisation tels que des collectifs). A ce titre, élaboration du CUCS et de l'ASV ont été des leviers dans l'organisation du diagnostic et la revitalisation des synergies entre les divers acteurs.

Les acteurs impliqués dans le diagnostic (diagnostic de santé, 2007 : 6):

L'Institut Renaudot a travaillé avec différents acteurs des territoires :

- *des habitants et notamment les habitants les plus en difficulté (à travers les bénéficiaires des structures, ...),*
- *des habitants regroupés en collectifs (ex : associations d'habitants, comité de quartier, ...),*
- *des professionnels exerçant dans les deux quartiers concernés (médecins, infirmières, centre de soins, centre social, associations ...),*
- *les élus concernés,*
- *des institutionnels (Préfecture, DDASS, Assurance Maladie, Conseil Général, Education Nationale, ville...).*

Le diagnostic s'est appuyé dans son organisation sur

- a) **Un comité de pilotage** (la DDASS, la CPAM, l'Inspection d'Académie, le Conseil Général, la CAF, le CCAS, la Préfecture du Cher, la Mairie de Bourges, le Centre Hospitalier Jacques Cœur, le Centre Hospitalier Spécialisé Georges Sand – centre intercommunal/ santé mentale)
- b) **Un comité technique** : invitation de secteurs larges dans le champ de la santé : (hôpital, centre de soins, médecins, infirmières, pharmaciens, CMP,...), des acteurs du champ social (CAF, CCAS, associations, centres sociaux) et éducatif (lycées, collèges, écoles, associations) et des personnes ressources issues de la population (représentants du Comité d'habitants en particulier).

- c) Des temps forts pour impliquer les habitants se sont réalisés sur 2 jours avec un noyau dur de 35 personnes environ. Au total 60 habitants ont participé à un des temps au cours de ces journées.

Ce temps fort a été conçu pour (diagnostic, 2007 : 12)

- Valider ce qui posait problème quant à leur santé,
- Imaginer une situation de santé idéale dans leur vie et leur quartier,
- Identifier les ressources existantes et,
- Elaborer des actions concrètes.

Il est difficile via les documents d'apprécier la dynamique tout au long de la démarche mais in fine, la réflexion autour des propositions, les axes concrets de travail proposés ont été validés par le Comité de pilotage et se mettent en œuvre.

L'état des lieux confirme les indicateurs de précarité avec une tendance qui va en s'aggravant, de façon générale dans le Cher, et particulièrement sur Bourges. Le lien avec les déterminants sociaux est explicite.

Les sources statistiques utilisées dans le diagnostic pour les données socio-démographiques utilisent les sources classiques et disponibles. Elles font apparaître les données ZUS et hors ZUS sur quelques indicateurs.

Les principales thématiques abordées dans le diagnostic viennent conforter une partie des priorités du PRSP, mettent en évidence des points particuliers propres au territoire sur les thématiques prioritaires et les publics vulnérables ainsi que sur les ressources potentielles mobilisables.

Les thématiques abordées permettent de faire le lien avec différents déterminants de la santé et certains volets du CUCS « hors l'axe santé spécifiquement ».

Les principales thématiques développées dans le diagnostic :

- **Accès à la santé (de façon générale)**
- **Accès aux soins et aux droits (dont l'analyse des déterminants)**
- **Santé mentale et mal être**
- **Nutrition et précarité**
- **Santé des jeunes, accompagnement à la parentalité**
- **Handicap et vieillissement**
- **Environnement et cadre de vie**

Parmi les thématiques les moins documentées, on notera les addictions même si la thématique a souvent été abordée.

Les points saillants du diagnostic :

A) Les constats freinant l'accès à la santé (extrait de la fiche DIV mise à jour suite à la visite sur site) sont les suivants. Ils reprennent de façon très synthétique les informations disponibles dans le diagnostic :

- **Facteurs d'ordre économique**
- **Problèmes d'accès aux droits (différentes dimensions)**
- **Méconnaissance des habitants et des professionnels des ressources locales**
- **Pratiques cloisonnées des professionnels ne permettant pas une prise en charge globale et coordonnée de la personne**
- **Aptitudes et ressources personnelles à développer**
- **Manque de lien social**
- **Représentations sur la santé et sur la précarité à modifier (professionnels et habitants)**
- **Problématiques de santé insuffisamment analysées localement (ex : santé mentale, santé des jeunes)**
- **Système de santé en décalage avec les habitants : posture et discours professionnels non adaptés, amplitude horaire des structures insuffisantes, difficultés d'accès aux structures par les transports en commun.**

B) D'autres déterminants apparaissent selon les thématiques dans le diagnostic :**→ Accès aux soins :**

Les difficultés d'accès aux soins mettent l'accent sur plusieurs dimensions : difficultés économiques, refus de la CMU surtout pour les soins dentaires, difficultés liées à la langue, (les quartiers Nord de Bourges ayant une proportion de personnes d'origine étrangère 3 fois plus élevée que sur l'ensemble de la commune d'après le PST, 2006), les transports vers

l'hôpital, une densité médicale et paramédicale déficitaire sur le Cher de façon générale (pas d'information plus locales), une relation parfois difficile avec les assistantes sociales ou les professionnels de santé, une absence de maillage entre les acteurs et structures.

→ Alimentation :

Si l'obésité est marquée, le constat que des enfants ne mangent qu'un repas par jour est aussi mis de l'avant. La dénutrition des personnes âgées est aussi mentionnée.

Par contre, les données concernant les enfants en surpoids ou obèse s'améliorent selon les données sur un des quartiers (Les Gibjoncs) : un taux d'IMC passant de 12,5% en 2001 à 3, 64 % en 2005-2006 est constaté et relié aux actions menées sur la ZEP. Ces informations intéressantes seraient à vérifier et les stratégies mises en place à capitaliser pour la suite.

→ Mal-être :

Le Mal-être des populations est cité, avec un point souligné par les acteurs de terrain concernant les opérations de relogements. L'accompagnement des habitants en amont est donc souligné avec des pistes concrètes :

- Renforcement de la communication avec les habitants concernés
- Visites sur les nouveaux sites
- Attention particulières aux familles les plus en difficultés.

→ Parentalité

Les difficultés rencontrées par les familles dans leur rôle parental sont prises en compte dans les solutions proposées. Elles détaillent peu le champ lui-même.

→ Habitat/ cadre de vie

Le cadre de vie est abordé sous plusieurs angles interpellant dans les réponses des modes d'articulations opérants: insalubrité, manque d'insonorisation contribuant à des relations de voisinage parfois difficiles, diminution des commerces de proximité²⁷, transports permettant de renforcer le lien social entre les quartiers Nord et le centre de la ville, accessibilité renforcée pour les personnes en perte d'autonomie / porteuses d'un handicap, maintien du lien social (ou sa facilitation) quand les familles sont relogées, habitat adapté aux personnes souffrant de troubles psychiatriques mais ne nécessitant pas d'hospitalisation ou en voie d'insertion sociale après une prise en charge hospitalière. Ceci nécessite aussi le

²⁷ Dont on connaît la place dans les questions d'obésité et de lien social par ailleurs.

couplage avec les équipes médico-sociales. Même si les liens sont bons avec les structures publiques de psychiatrie, celles-ci sont en difficulté quant aux moyens possibles à mobiliser.

→ **Le manque de lien social** en tant que déterminant de la santé a été aussi travaillé, reprenant les constats qui trouveront en partie des réponses dans le futur en s'appuyant sur les structures ressources listées, mais qui nécessitent des interfaces avec d'autres types d'acteurs et au sein de l'équipe municipale et du CUCS : isolement de certaines personnes, discriminations, pas d'accueil pour les primo-arrivants, faibles liens de solidarités, etc.

→ Handicap

Cette problématique regroupe les différents types de handicap ou encore les dépendances liées au vieillissement. Les difficultés mentionnées ont trait à la difficulté de repérage précoce, à l'adaptation des logements.

→ Les **consommations excessives d'alcool, drogues et médicaments** sont mises en lien avec la précarité mais non approfondies.

→ La **santé des jeunes** est peu abordée en tant que telle, elle fait partie des axes de travail futurs mentionnés par les élus.

Les ressources sur lesquelles s'appuyer sont mentionnées dans le diagnostic.

a) Quatre axes structurants pour le Projet Local de Santé Publique (PLSP) ont été validés par le comité de pilotage. Ils se mettent en place progressivement au travers de l'ASV, sachant que les 2 premiers axes ont été priorisés pour le moment et que des retards sont imputables aux périodes de ruptures sur la fonction de coordination.

Ces 4 axes sont :

- a. La mise en place d'une plate forme « santé » (dénommé plus tard « espace santé, préventions et parentalité »)
- b. La mise en place d'une Maison du Bien-être
- c. La création d'un réseau d'habitants relais
- d. La création d'un espace convivial et d'entraide.

Chacun des axes proposés présente

- a) les objectifs à atteindre
- b) les partenaires pouvant être associés
- c) les moyens humains et logistiques nécessaires

b) 8 projets ont aussi été identifiés : ils relèvent de différents niveaux : stratégies complémentaires dans le cadre des 4 axes prioritaires (communication), modalités précises à impulser (collecte dans les pharmacies) ou encore moyens à mettre en œuvre (gestion de la propreté):

- a. Création d'un réseau du bien être au quotidien : « j'échange chez moi ou chez toi, je troque ».
- b. Création d'un garage coopératif, d'un système de co-voiturage et mise en place de « navettes à la demande ».
- c. Organisation de fêtes du quartier
- d. Echanges santé, développement du réseau santé.
- e. Collecte pharmacie (médicaments et seringues)
- f. Favoriser une meilleure connaissance et visibilité des structures.
- g. Faciliter l'implantation de petits commerces
- h. Entretenir la propreté des espaces collectifs et des logements

Les différents axes de travail reposent avant tout sur une mise en cohérence des acteurs, quelle que soit la thématique, et ce, dans une vision de promotion de la santé. Selon les différents axes, des problématiques spécifiques peuvent y trouver ancrage.

En principe, les différents publics mentionnés dans le diagnostic devraient pouvoir trouver des réponses tout spécialement dans l'espace santé, préventions, parentalité.

Les thématiques priorisées dans la fiche DIV font apparaître 5 points dont un axe transversal :

- ***Accès aux droits à la prévention et aux soins (logique de parcours cohérent)***
- ***Santé mentale et mal être***
- ***Nutrition et précarité***
- ***Santé des jeunes, accompagnement à la parentalité***
- ***Animation, communication, évaluation***

→ Deux groupes de travail ont été constitués pour approfondir La mise en place de « l'espace santé, préventions et parentalité » et la Maison du Bien-être.

Les orientations de ces deux structures sont rappelées ici, elles ont une influence sur l'évolution prise par la suite (extrait du diagnostic pp 34- 36):

ESPACE SANTE PREVENTIONS PARENTALITE

Objectifs

Répondre à un besoin de soins urgents et de proximité sur les quartiers.

Assurer un suivi et un accompagnement de qualité et dans la durée des personnes « avant et entre » la prise en charge socio-sanitaire.

Désengorger les urgences dans les structures de soins.

Développer l'information sur les ressources et leurs modalités de fonctionnement et renforcer l'orientation vers les ressources en santé de Bourges (publiques, libérales, associatives, préventives, curatives et de réadaptation).

Faciliter l'accès aux droits des habitants et la compréhension des démarches administratives.

Favoriser le travail en réseau et le décloisonnement entre secteur hospitalier, associatif et libéral.

Développer une coordination socio-sanitaire des intervenants.

Partenaires

Les structures (associations, et institutions) existantes sur les quartiers. D'autres structures non implantées sur le quartier, comme les hôpitaux par exemple, pourraient également participer à cette plateforme santé

Moyens humains et logistiques nécessaires

Un local central, accueillant, adapté et chaleureux

Des professionnels de santé salariés de la structure, des professionnels mis à disposition par les structures de quartier pour tenir des permanences, des adultes relais et des habitants bénévoles.

Une supervision, notamment en ethnopsychiatrie. Cette demande concerne la difficulté d'accès à la santé en lien avec la barrière culturelle énoncé lors du temps fort.

Ressources existantes et pouvant être mobilisés au service de la mise en place de ce projet

Cette plateforme pourrait être une évolution du Centre de soins municipal vers une organisation et des missions plus larges.

Certaines de ces missions correspondent aux missions d'un coordinateur ASV²⁸.

²⁸ Ce point de vigilance est discuté plus avant

Cette « Plateforme » devra être pensée en lien avec la Maison du Bien être (voir projet suivant Maison du Bien être)

Maison du Bien-être

Un lieu d'échange, d'écoute, un lieu où les gens peuvent se poser, se reposer, sans contrainte ni besoin d'être pris en charge pour un problème particulier,

Des salles aménagées pour prendre soins de son corps, pour la remise en forme et favorisant la rencontre intergénérationnelle (hammam, bains douches, massages, esthétique, hygiène, sport...)

Objectifs

Rendre accessible / possible le « bien être » dans les quartiers.

Etre un lieu ressource en termes de bien être et de prévention pour les habitants des quartiers,

Mettre en place des actions de promotion de la santé en privilégiant la participation des habitants.

Accompagner la mise en place des initiatives des habitants en ce qui concerne la santé et le bien être.

Des étapes pour la mise en œuvre :

Dans un premier temps, le groupe s'appuiera sur les initiatives qui existent déjà et qui fonctionnent bien comme par exemple : les ateliers bien être, le forum santé de la mission locale, Rivages et d'autres projets sur la parentalité, le RERS, entre autres, pour élargir le groupe porteur du projet en invitant d'autres habitants et personnes ressources à y participer.

Dans le même temps le groupe compte analyser les actions en matière de santé ayant « bien marché » dans les dernières années mais qui n'existent plus. Il s'agit d'identifier les conditions qui ont empêché leur pérennisation pour essayer de les contourner et ainsi assurer le bon déroulement des nouvelles initiatives.

Les partenaires potentiels de ce projet :

Le Centre Social CAF, le RERS, la Mission Locale, le Conseil Général, la CPAM, les habitants des quartiers,...

Cet espace pourrait se mettre en place en lien avec la « Plateforme santé²⁹ » pour assurer un accueil ouvert à tout public, mutualisant les ressources en prévention et pouvant recevoir et orienter largement les personnes.

« Plateforme santé » comme « Maison du Bien-être » sont deux projets qui proposent aux acteurs de travailler différemment, en partenariat et en cela ils répondent aux attentes du groupe technique de : « modifier nos pratiques, sortir de la logique de guichet cloisonnant des individus ».

Les moyens financiers et humains nécessaires et existants

- Un local accueillant, aménagé et chaleureux, dans un lieu central possédant un jardin si possible.
- Des professionnels de santé salariés de la structure, des professionnels mis à disposition par les structures de quartier pour tenir des permanences, des adultes relais et des habitants bénévoles.
- ...

Le groupe constate qu'il n'existe pas une structure similaire sur les quartiers.

²⁹ Ancien nom de l'espace santé préventions parentalité.

Au-delà de ces deux axes, des conditions de réussite générales ont été formulées dans le diagnostic pour la mise en place de l'ASV :

- Elles replacent le cadre de l'ASV et les éléments de la circulaire de juin 2000
- Elles précisent la fonction première du coordinateur : celle de la coordination générale.
- Elles rappellent les instances qui doivent venir soutenir l'ASV (comité de pilotage et technique)
- Elles donnent des éléments d'orientation sur le profil de la personne qui sont pertinents
- Le portage de l'ASV est aussi abordé avec des possibilités de rattachement
 - i. Service de santé ou CCAS
 - ii. CUCS
 - iii. Codes

Avantages et inconvénients d'un rattachement au CCAS sont évoqués (extrait du diagnostic page 44) :

	AVANTAGES	DIFFICULTES
Portage par le CCAS (Centre de soins)	<p>Il s'inscrit dans une structure de proximité sur les quartiers Nord.</p> <p>Le coordinateur, en faisant partie de l'équipe du centre de soins reste ancré dans la réalité du terrain.</p> <p>Le coordinateur peut participer plus facilement aux actions de prévention du centre de soins et être garant de la cohérence des actions de prévention et de promotion de la santé à l'échelle du territoire.</p> <p>Ce rattachement permet une mutualisation des moyens et une meilleure visibilité en concentrant soins, prévention et orientation dans une même structure.</p>	<p>Que l'intervention du coordinateur demeure centrée sur la structure et perde la dimension territoriale et inter-partenariale.</p> <p>Que le coordinateur soit « happé » par les actions et le quotidien du centre de soins, et que malgré sa fiche de poste, il n'arrive pas à assurer sa mission de coordination ASV.</p> <p>Que les partenaires se désengagent de la démarche ASV en constatant une concentration d'actions et de moyens dans une même structure.</p>

--	--	--

En guise de conclusion :

- Le diagnostic, réalisé dans des temps trop courts a optimisé selon nous les moyens disponibles.
- La recherche documentaire aurait pu être plus approfondie, mais la priorité a été, en accord avec le comité de pilotage de centrer sur un diagnostic perceptuel, avec l'opportunité de remettre en lien ou de provoquer ces liens avec les élus, partenaires et habitants.
- Les solutions proposées sont plus des modalités à mettre en œuvre pour couvrir les besoins de différents publics et la plupart des champs thématiques dans une vision de promotion de la santé et d'accès à des services de premiers recours. L'espace santé préventions parentalité apparaît être une bonne opportunité ; sa mise en œuvre est plus complexe.
- L'axe « Maison du Bien-être » a généré par contre des difficultés. Le processus de construction de cette Maison du Bien-être a visiblement été complexe et tendu, Des acteurs aujourd'hui sont donc en difficulté et certains habitants déçus. Ceci doit être mis en lien avec le temps court dont disposait le prestataire pour le diagnostic, l'accompagnement, la première coordination a semblé poser problème entre autres facteurs. Nous n'avons pas d'informations suffisantes et croisées pour clarifier cet aspect.

➔ En tout état de cause, le ressenti de partenaires autour de ce diagnostic est qu'il a pu générer une bonne dynamique, a permis de découvrir des partenaires. Ils se trouvent par là-même en meilleure capacité pour orienter les personnes si besoin dans le réseau socio-sanitaire.

➔ Il est intéressant de noter aussi que des actions entre partenaires se sont mises en place de façon très concrète, suite au tremplin donné dans la démarche diagnostic de l'ASV.

On citera à titre d'exemple : des liens plus faciles avec la CPAM pour résoudre les problèmes d'accès aux droits, des liens plus faciles avec l'hôpital général (des actions sont prévues entre centre de soins du CCAS, réseau ville –hôpital/ VIH, réalisation d'une semaine de vaccinations inter partenaires et des liens renforcés avec la PMI, dépistages mieux coordonnés de cancer du sein et du colon, etc.

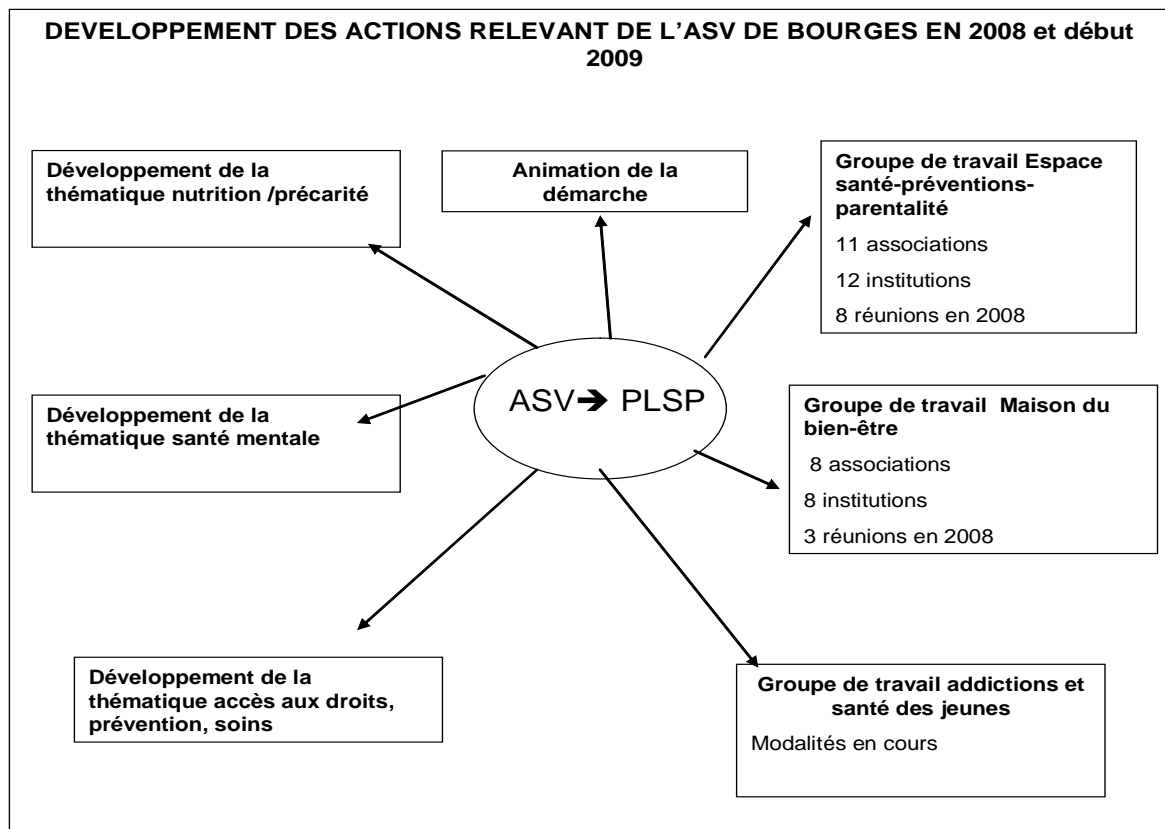
Le diagnostic a pu en outre provoquer la réflexion autour du fonctionnement de certaines structures : le centre de soins du CCAS va devoir s'orienter vers de la prévention et développer ainsi le continuum prévention – soins. Des personnes ressources sont là mais la perspective n'est pas forcément partagée en interne.

Les liens avec l'Education Nationale, dont certains médecins étaient fortement impliqués dans la démarche diagnostic restent actuellement figés.

Au total, le diagnostic PST (2006) et le diagnostic de santé mené sur l'année 2007 rendent explicites les relations entre les différents axes du CUCS et la santé. Ils sont totalement complémentaires.

On note que des diagnostics multidisciplinaires permettraient certainement de mieux croiser les acteurs et les synergies pour le futur. Cette organisation pourrait aussi soulager les équipes de terrain sollicitées en permanence sur études, enquêtes, etc.....Enfin, cela permettrait aussi de construire des modes d'observation partagés, d'éviter la redondance de certains indicateurs ou à l'inverse leur décalages rendant les synthèses impossibles alors qu'ils donnent des éclairages sur les mêmes champs.

Plaçons les axes de travail principaux de l'ASV à ce jour :



3) Positionnement politique, modalités d'organisation du volet santé du CUCS

Le CUCS de Bourges comporte deux documents avec un premier support très succinct suivi d'un programme d'actions 2007-2009.

➔ Trois axes transversaux ayant des implications sur le volet santé sont identifiés : intégration et lutte contre les discriminations, égalité des chances et participation des habitants.

➔ La santé est présentée comme un enjeu majeur sur les territoires de la politique de la ville. La thématique santé semble avoir été portée fortement par les signataires initialement, mais ce soutien paraît moins lisible aujourd'hui.

→ Les 4 axes retenus par le comité de pilotage suite au diagnostic de l'Institut Renaudot y sont présentés comme les bases du PLSP et l'ASV est positionné comme l'axe structurant de la santé dans le CUCS avant tout pour faciliter la coordination des acteurs. Mention est faite des articulations nécessaires avec le plan MILDT. Les interfaces avec les autres volets du CUCS ne sont pas mentionnées.

La place des élus et la santé

C'est l'adjoint au Maire chargé de l'action et du développement social à la santé actuel, ancien adjoint à la politique de la ville qui porte fortement la thématique santé depuis de nombreuses années. Professionnel de santé, il est par ailleurs président du CCAS et du CODES dont il a été à l'origine et membre du CA du GRSP.

L'historique montrait déjà l'implication des élus actuels et du CCAS dans le champ de la santé.

Le désir de développer les actions de santé et les projets plus articulés émerge dans l'ancien contrat de ville. Le Plan Social Territorial (PST) a été impulsé dans une logique de partenariats. Enfin, c'est la conjonction de l'élaboration des CUCS et la possibilité de mettre en œuvre la démarche ASV qui a permis de structurer le champ de la santé.

Au-delà du maire, l'équipe municipale soutient la thématique santé mais on ne peut parler d'une logique partagée totalement, au sens de la « promotion de la santé » (Charte d'Ottawa³⁰) et des principes du réseau des villes santé de l'OMS. Les liens entre les fonctions de maire et celle d'adjoint à la politique de la ville semblent difficiles.

→ La perspective des contrats locaux de santé sera une opportunité d'impliquer plus les différents élus et de développer la démarche ASV. Cependant, les réserves sont émises quant aux ARS et à la place des élus locaux.

Place de la coordinatrice ASV et liens avec le CUCS :

La fonction de coordination a finalement été rattachée au CCAS.

Cette fonction a été effective en janvier 2008 avec un premier recrutement qui n'a pas été satisfaisant. Il y a eu rupture de poste plusieurs mois. Cette vacance a été assurée par le CCAS. La coordinatrice actuelle a pris ses fonctions en octobre 2008.

La dynamique de l'ASV dans sa structuration et celle liée aux partenariats a été impactée par le manque de constance sur le poste. L'atout actuel est que la coordinatrice ASV, de par ses fonctions antérieures, a participé au diagnostic, connaît bien le réseau de partenaires, relance les dynamiques et reprend les projets de façon structurée. Les liens avec le chef de projet CUCS sont bons, des interfaces avec les autres volets du CUCS restent plus complexes.

³⁰ On insistera ici sur la double définition de la promotion de la santé, celle mettant en valeur la notion de processus, et celle, moins véhiculée mettant en valeur des stratégies et modes de programmations spécifiques qui en découlent :

« La Promotion de la santé est un processus qui permet aux populations d'améliorer leur propre santé en leur donnant les moyens d'un plus grand contrôle sur celle-ci » (WHO, Ottawa, 1986). « La promotion de la santé est le changement planifié des conditions de vie et des modes de vie relatifs à la santé via une gamme de stratégie individuelles et environnementales » (Source : O'Neill M., Gagnon, F., Dallaire, C. 2006).

Le choix du positionnement du poste de coordination de l'ASV au sein du CCAS exige dans le cas de Bourges, un soutien politique, organisationnel et un savoir faire entre l'utilisation des atouts de ce positionnement et des effets contreproductifs potentiels.

Ceci avait été pointé dans le diagnostic de l'Institut Renaudot et reprend des constats connus autour de la démarche ASV de façon plus générale, quand le portage se fait au sein d'un service spécifique couplé à une posture ambiguë potentielle de ce service concernant la fonction de coordination et la nature première de la démarche ASV : coordonner sur un territoire donné les acteurs et les actions relatives à la santé dans une vision large.

A ce jour, des inquiétudes de partenaires émergent, sur le captage potentiel de la démarche par le CCAS, les enjeux financiers associés, un leadership qui peut aussi exclure.

Les risques suivants sont retrouvés dans d'autres situations :

- risque de concentration de la coordination ASV et « absorption » dans le service concerné au fil du temps
- posture décalée du professionnel et de sa mission transversale dans la représentation que s'en font les autres acteurs impactant sa légitimité
- enjeux institutionnels indépendants de l'ASV mais qui peuvent avoir un impact négatif sur sa mission (enjeux concurrentiels autour du portage des actions, distribution des financements, etc.)
- Effet paradoxal de mise en retrait d'autres acteurs ou exacerbation de conflits latents.

Sur Bourges, il semble essentiel que des clarifications soient faites avec un positionnement politique clair, des modes de fonctionnement organisationnel qui évitent ces dérives.

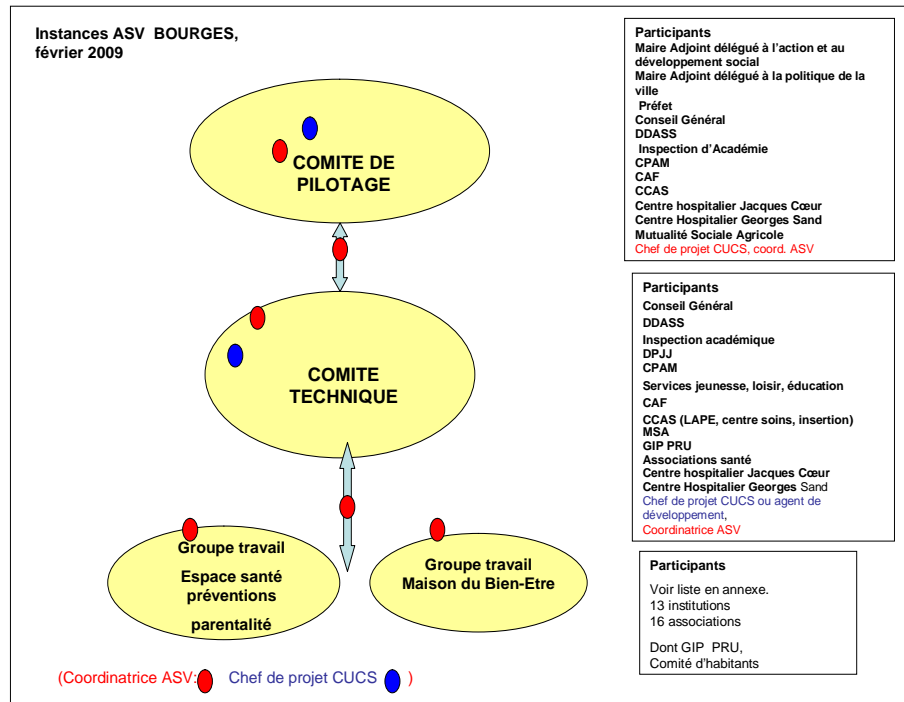
*Par ailleurs, la mise en place de la structure « **espace santé préventions parentalité**, va capter la coordinatrice dans sa mise en œuvre. La dérive potentielle est qu'elle soit identifiée à terme comme la coordinatrice de cet espace porté par le CCAS par ailleurs. La fonction première de l'ASV sera alors complexifiée.*

Ces modes d'organisations doivent s'accompagner d'une communication explicite et qui ne relève pas de la seule responsabilité du coordinateur ; les exemples connus par ailleurs sur ce point confortent ce constat et la vigilance à avoir.

Les instances mises en place et les groupes de travail

La composition du comité de pilotage et du groupe technique ou des groupes de travail montre les efforts de mise en réseau.

Les instances sont structurées en 3 niveaux : comité de pilotage, comité technique et groupes de travail centrés sur les 2 priorités définies : l'espace santé-préventions-parentalité et la maison du bien être.



Les liens entre ces deux instances et celles du CUCS sont assurées en termes opérationnels par la coordinatrice ASV et le chef de projet CUCS qui entretiennent des liens fréquents.

Le **comité de pilotage de l'ASV** regroupe les acteurs assez classique (Maire Adjoint délégué à l'action et au développement social, Maire Adjoint délégué à la politique de la ville, Préfet, Conseil Général, DDASS, Inspection d'Académie, CPAM, CAF, CCAS, Centre hospitalier Jacques Cœur, Centre Hospitalier Georges Sand, Mutualité Sociale Agricole).

2 réunions ont eu lieu en 2008, elles regroupaient les acteurs suivants (extrait du Rapport ASV, 2008):

Comité de pilotage	29/01/08	24/06/08
---------------------------	----------	----------

Etat	Préfecture	1	1
	DDASS	1	
	Santé Scolaire		1
Collectivité Territoriales	Ville de Bourges	1	3
	CCAS de Bourges	2	2
	Conseil Général		
Centres Hospitaliers	Jacques Cœur	1	1
	Georges Sand	1	1
Organismes sociaux	CPAM	1	1
	CAF	1	
	MSA		
Autres	CUCS	2	2
TOTAUX		11	12

→ L'absence de certains acteurs en 2008 est à interpréter avec précaution car des actions concrètes se mettent en place (MSA et accès aux droits), conseil général (ateliers bien-être, PMI...). A l'inverse, l'Inspection Académique a pu être présente mais les articulations concrètes peinent à émerger.

La vigilance reste de mise cependant pour ne pas désinvestir ces instances décisionnelles.

Le **comité technique** balaie la plupart des acteurs importants mais la préfecture est absente désormais ainsi que les professionnels libéraux médicaux ou paramédicaux. Alors que quelques pharmaciens avaient participé à des étapes du diagnostic, ils se sont retirés.

La dynamique du comité technique émerge aussi dans le rapport de l'ASV de 2008 :

Comité technique		29/01 08	26/02 08	23/04 08	14/05/ 08	21/05 08	12/06 08	25/09 08	7/11 08	5/12 08
Etat	Préfecture	1								
	DDASS	1	1	1		1		1	1	1

	Santé Scolaire	1	1					2		
	DPJJ		1	1		1	1	1		
Collectivité Territoriales	Ville de Bourges	1		2		1		1	1	
	CCAS de Bourges	2	4	4	4	3	1	3	4	4
	Conseil Général	4	1	1	1			2	3	3
Centres Hospitaliers	Jacques Cœur	2	1					1		
	Georges Sand	1		1	1			1		1
Organismes sociaux	CPAM	1		1		1		2	2	2
	CAF	3	1	1		1		1	1	1
	MSA								1	1
Associations	Santé		2	1	1			1	5	1
	Habitants	7	2	1	1	1	3			
	Autres	4	3	1	2	1	2	7	7	5
Autres	GIP PRU	1	1	2		1		1	1	
	CUCS		2	2				1	2	
Professionnels de santé libéraux										
Habitants			5	7	6		4	6	8	4
TOTAUX		29	24	26	17	12	11	31	36	23

** Les associations « santé » regroupent en théorie les acteurs suivants :

- CODES : directrice
- Centre d'accueil et d'Ecoute des Toxicomanes (CSST)
- ANPAA 18 (CCAA) : psychologue
- Vie Libre : bénévole
- UNAFAM : présidente
- Mission Locale pour les Jeunes : conseillère insertion référente santé
- Accueil et Promotion (étrangers, immigrés : accueil et formation) : directeur
- Mosaïque (demandeurs d'asiles) : coordinatrice
- Centre d'Information Droit des Femmes et des Familles
- Réseau d'Echanges Réciproques de Savoir : bénévoles

- Comité des Habitants : habitants
- Union Amicale des Locataires :
- La Charmille (FJT, CADA, ...) :
- Epicerie Solidaire : présidente
- Secours catholique : bénévole (infirmière de profession)
- ACEP (*éducateurs de rue, toxicomanies*)
- Famille de France : présidente
- Centre associatif Le Hameau : accompagnatrice socio professionnelle

➔ 4 de ces acteurs n'ont pas donné suite à leur implication après le diagnostic.

➔ La participation au comité technique a été fluctuante sur plusieurs mois avec une reprise en septembre.

Les 2 **groupes de travail** regroupent aussi de nombreux acteurs (voir annexe). Un noyau dur s'est créé autour de chacun des projets.

Institutions ou associations qui semblent actuellement être le plus investies :

CCAS / LAPE (pôle petite enfance)

CCAS (centre de soins infirmiers)

Centre social CAF

CMP

CMS

Codes

CPAM

CUCS

GIP PRU

Habitants :(4 à 7 femmes)

Mission locale

Mosaïque

RERS / rivage

Note :

La thématique addiction qui n'avait pas été approfondie dans le diagnostic va être l'objet sans doute d'un groupe « addiction/ santé des jeunes ». Actuellement la coordinatrice participe aux réunions départementales de la MILDT. La faisabilité d'un groupe *complémentaire* est à l'étude ; il permettrait en outre de faire lien avec d'autres thématiques d'autant qu'une enquête va être lancée auprès des jeunes concernant leur santé. Les addictions seront présentes mais l'interface avec d'autres thématiques se fera naturellement.

→ Certains partenaires ne viennent pas forcément mais se tiennent au courant (réseau VIH, la PASS, CSST, ANPAA)

→ La présence des habitants est à noter et Rivage, le réseau d'échanges de savoirs.

→ *Le centre social de la CAF va être transféré au CCAS et nombre de services se retrouveront dans la structure « espace santé, préventions parentalité ».*

→ A noter l'implication dans la durée des habitants.

→ **L'animation de la démarche** est explicitée dans la programmation, ce qui n'est pas toujours le cas. Les différents axes stratégiques mettent de l'avant l'explicitation de la démarche ASV. Ceci est d'autant plus nécessaire au vu des ruptures de postes et des confusions qui ont pu parasiter la démarche les premiers temps.

L'animation de la démarche doit aussi, et c'est là un aspect stratégique où le coordinateur doit être en posture pour le faire, avoir tout son rôle auprès des élus, pour faciliter les liens, les prises de décisions, impulser de la transversalité, obtenir du soutien lors de situations complexes, tout en étant positionné au sein du CCAS.

4) Le positionnement politique de la santé, interfaces du volet santé et des autres volets du CUCS d'un point de vue organisationnel

La santé est à Bourges une préoccupation des élus de la ville, à des degrés variables. Le manque d'interface avec la politique de la ville est une préoccupation dont nous n'avons pas les clés d'explication suffisantes pour avancer des hypothèses.

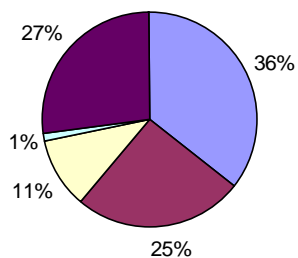
a) **Les éléments budgétaires** donnent des informations intéressantes aussi pour mesurer l'importance du volet santé au sein du CUCS. Ces données sont difficilement comparables avec d'autres sites.

Subventions aux associations 2007 -2009

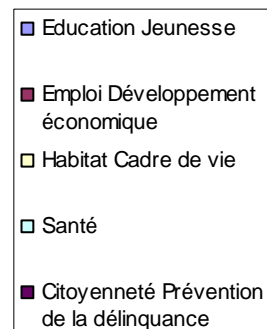
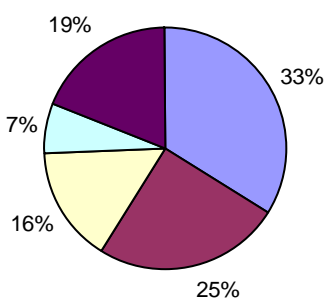
CUCS VILLE

(source : chef de projet CUCS)

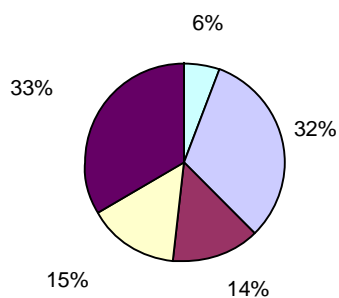
Programmation thématique 2007



Programmation thématique 2008



Programmation thématique 2009



→ On voit que la part de la santé augmente notablement depuis 2007 (sachant que sur 2009, on ne dispose que d'informations provisoires naturellement)

b) Du point de vue des thématiques il existe des actions « santé » hors du volet santé expliqué pour partie à la construction antérieure de l'ASV. Ceci dessine des opportunités d'interfaces ;

Le CUCS dans son organisation est marqué par les points suivant :

** PRU et Projet de Développement Social de Territoire (PDST) sont annoncés dans le CUCS comme deux axes majeurs de développement, insistant sur la nécessité de faire perdurer le volet social au-delà du PRU.

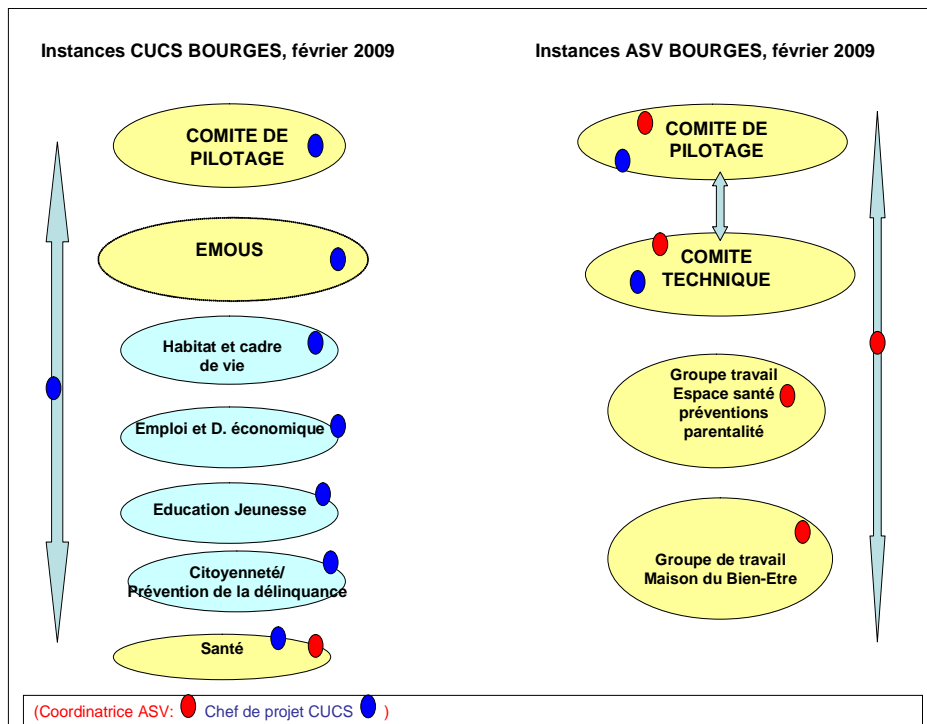
**Le Projet Social Territorial est annoncé comme le « chapeau » sous lequel viennent se greffer les autres dispositifs ou thématiques.

** L'organisation actuelle est le fruit de l'histoire locale, puisque le comité de pilotage instauré dans le cadre du PST est « devenu » celui du CUCS. Cependant, ce « transfert » a mis en scène des enjeux politiques et institutionnels, des zones de rupture impactant par là-même les synergies territoriales qui avaient pu se nouer.

** La santé est un des 5 axes présentés dans le CUCS se base sur le diagnostic de l'Institut Renaudot. Les liens dans ce chapitre ne sont pas faits avec le diagnostic social mené antérieurement alors que les constats faisaient émerger des articulations fortes avec la santé au sens systémique du terme.

Comme dans la construction d'autres CUCS, la déclinaison des différents volets ne précise par les interactions à générer entre les volets tout spécialement, excepté le lien entre l'ASV et la déclinaison du plan MILDT.

Le regard sur les instances et leur organisation donnent des éléments intéressants:



Actuellement les instances du CUCS sont organisées de la façon suivante :

Le Comité de pilotage inclut Préfet, Maire, Conseil Général, DDEA, DDTEF, Inspection Académique, DDASS, DDJS, DDSP , DDPJJ , Trésorerie Générale, Déléguée aux Droits des Femmes, Bourges Plus (agglomération), CPAM, ANPE, Caisse des Dépôts et Consignations, SA France Loire, Office Public d'HLM du Cher, OPAC, Bourges Habitat , CAF, Direction Jeunesse et Sports , Direction Culture, Direction de l'Enseignement et des Loisirs Éducatifs, Police Municipale.

→ On note aujourd'hui que nombre de signataires semblent s'être désengagés du volet santé du CUCS.

Le pilotage technique est assuré par l'EMOUS en lien théoriquement avec le chargé de mission Politique de la ville de la Préfecture mais le poste vient d'être supprimé.

Ce pilotage technique n'est pas jugé satisfaisant à ce jour car reproduisant des cloisonnements. Son rôle, centré sur l'animation de **commissions thématiques** (les différents volets du CUCS), la mise en synergie, l'impulsion et le soutien aux projets de façon

intersectorielle ne peut être réalisé pleinement pour plusieurs raisons qui seront approfondies dans les partenariats. Ici nous nous attacherons aux aspects organisationnels.

De fait, l'interface actuelle entre les commissions thématiques et le comité de pilotage n'est pas favorable au travail transversal et le chef de projet souhaiterait mettre en place une instance technique, permettant de réunir tous les acteurs dans un même espace temps, de façon régulière, pour faire émerger des projets portés collectivement, innover.

→ *La reconfiguration de ce pilotage technique doit effectivement se réaliser avec le soutien des membres du comité de pilotage.*

Les **commissions thématiques** si l'on se réfère au document du CUCS sont chargées « de Participer à l'élaboration et au suivi du programme d'action, Assurer la cohérence de l'ensemble du projet avec les dispositifs de droit commun existant sur le territoire, examiner les projets présentés dans le cadre de la programmation annuelle et les préparer pour le comité de pilotage ». De fait, c'est dans une instance intermédiaire que ces missions doivent être assumées. Il y a là une marge de manœuvre pour reconfigurer l'organisation actuelle.

Ces commissions thématiques intègrent en théorie selon les volets, les institutions et associations suivantes :

Volet thématique	<i>institutions et associations</i>
Santé	Ville, Préfecture, DDASS, Conseil Général, CCAS, Santé Scolaire, CAF, CPAM, Hôpital, Représentants d'habitants
Éducation-Jeunesse :	<i>Ville, Préfecture, IA, DDASS, DDJS, CG, CAF</i>
Habitat et cadre de vie :	Ville, Préfecture, DDEA, GIP RU, CG, bailleurs, CAF
Citoyenneté et prévention de la délinquance	Ville, Préfecture, DDSP, Droits des Femmes, DDPJJ, bailleurs
<i>Emploi- Développement économique :</i>	<i>Ville, Préfecture, DDTEFP, Bourges Plus, Mission Locale, ANPE, TG, CDC, CCI, GIP RU, Chambre des Métiers</i>

→ On note des articulations avec tout spécialement le PRU.

Au total :

- Les instances décisionnelles n'intègrent pas suffisamment la santé, et ce, de façon transversale,
- Le manque de soutien de la préfecture est une préoccupation, le poste sera-t-il assumé par un autre référent ?
- Les instances techniques reproduisent actuellement des modes de fonctionnement cloisonnés. Les évolutions souhaitées doivent pouvoir se mettre en œuvre.
- La place de la santé est aussi liée à l'histoire de l'ASV
- Enfin, le manque de vision partagée autour de la santé et de ses déterminants est un obstacle fréquemment rencontré.

5) Les synergies territoriales instituées

Les synergies territoriales mettent en scène l'absence de l'Etat actuellement au niveau de la préfecture et un désir du renforcement du rôle de la DDASS dans sa capacité de force de proposition et donc d'articulation avec les différents dispositifs territoriaux. Les évolutions réglementaires sont à prendre en compte dans les modes d'implication des différentes institutions.

L'organisation du pilotage et des instances du CUCS et la reprise en main de l'ASV montrent des potentiels pour engager de meilleures synergies si elles sont soutenues par les décideurs.

- Les articulations avec le PRU sont effectives. Les orientations actuelles du projet autour de la Maison du Bien-être n'a pas permis au PRU de trouver sa place. La reprise de ce projet s'avérant nécessaire, les articulations PRU et ASV seront facilitées dans une vision « qualité de vie » en lien avec l'environnement et par ailleurs sur l'accès aux droits et l'accompagnement social mis en place dans le cadre des familles relogées.
- Les interfaces avec le PRE ne sont pas effectives mais se tissent aujourd'hui. Le travail autour de la santé des jeunes et des addictions s'avère une opportunité pour travailler avec le dispositif. De la même façon, si le projet « bien-être » est repris, des espaces pourront se construire (lien parentalité entre autre). Enfin, la mise en place prochaine d'une enquête auprès des jeunes se fera en articulation avec le PRE.
- L'analyse faite en groupe lors de la visite sur le terrain en utilisant la porte d'entrée territoriale montre le manque de liens : pas de réunion collective entre le CUCS, le GIP renouvellement urbain, le PRE, l'ASV, les ZEP. On voit là, la plus value de trouver des modes de fonctionnement croisant les portes d'entrée, dont celle du territoire sans se limiter aux portes d'entrées populationnelles ou thématiques.
- Le travail avec le Conseil Général, impliqué dans le Comité de pilotage de l'ASV, se concrétise tout spécialement sur la thématique alimentation/ précarité, la thématique parentalité (REAAP).

- Des articulations existent avec le réseau départemental d'accès aux droits (CPAM, CAF, PASS impliquées). L'ASV n'est pas impliqué directement mais c'est le centre de soins infirmiers du CCAS qui participe au réseau. A noter que les associations impliquées dans la lutte contre les discriminations font partie des groupes de travail.
- Les liens avec l'agenda 21 de Bourges n'ont pas été mis de l'avant mais ils existent peut-être.
- La MILDT n'était pas présente lors des groupes de travail mais l'ASV s'inscrit désormais dans les réunions départementales organisées par la MILDT. Par contre, les interlocuteurs rencontrés jugent que la prévention primaire est insuffisante et qu'il faut par ailleurs, développer des méthodes ajustées dans la prise de contacts avec les usagers de produits illicites et surtout développer l'offre de prise en charge sur la ville.
- Les thématiques de santé et publics retenues dans la démarche ASV sont concordantes avec les priorités du PRSP et du SREPS. Par contre, il n'existe pas d'articulation avec le SROS.
- Au niveau régional, il existe un travail soutenu avec le GRSP. Le maire adjoint à l'action sociale, est membre du conseil d'administration, la DDASS est également impliquée et l'Assurance Maladie. Les problématiques locales remontent par ces interlocuteurs au niveau régional.

Des espaces formalisés de rencontres régionales ont été mis en place 1 fois par trimestre par la DRASS avec les élus, les différentes institutions et les coordinateurs. Cet espace est apprécié fortement pour se connaître, faire le point sur les évolutions politiques et réglementaires, échanger autour des expériences locales, faire le point sur les démarches engagées actuellement en région centre (Blois, Tours, Dreux-Vernouillet, Bourges), identifier les besoins de formation, etc. Cet espace semble aussi être une opportunité pour travailler des aspects plus méthodologiques.

Cet espace s'est mis en place suite à la formation organisée par la DIV et le cabinet GRES Médiation Santé autour des ASV pour les élus et personnels institutionnels autour des ASV. En Région Centre, le groupe a décidé de continuer à se rencontrer comptant par ailleurs sur l'engagement du directeur du GRSP autour des ASV dans la région.

Les interlocuteurs de Blois avaient également valorisé cet espace.

Une double dynamique existe donc dans les échanges, cependant, à l'heure de l'affectation des financements, il semble que les priorités du PRSP soient privilégiées et que pour des problématiques spécifiques locales, des sources de financement différentes soient recherchées.

La commune de Bourges est seule signataire du CUCS mais l'intercommunalité peut être interrogée.

La place de la santé dans l'intercommunalité et à l'inverse l'intercommunalité dans le champ de la santé n'est pas à l'ordre du jour. De fait, 14 communes sont impliquées dans l'agglomération. Bourges représente environ les $\frac{3}{4}$ des habitants. La politique de la ville n'est pas structurée dans les autres communes et par ailleurs, les préoccupations actuelles sont centrées sur l'habitat, l'emploi et le développement économique constituent les 3 axes concentrant les efforts du travail intercommunal. On peut considérer que ces axes sont des déterminants de la santé mais ils ne sont pas identifiés comme tels. Si l'habitat et le cadre de vie étaient rattachés à la qualité de vie, des espaces pourraient néanmoins s'ouvrir. Notons aussi que le centre hospitalier spécialisé, intercommunal pourrait permettre des dynamiques partagées autour de la santé mentale. Nous n'avons pu explorer l'existant à ce propos.

6) Les actions de santé dans le CUCS, actions engagées dans le cadre de l'ASV, interfaces et opportunités

A Bourges, plusieurs espaces, dispositifs ou démarches ont émergé avec la nécessité pour les acteurs « de trouver leurs marques ». PRU et projet social territorial sont mis de l'avant dans les documents.

Le PST réalisé qui avait drainé des synergies et des acteurs en 2005 surtout autour de l'habitat, de la précarité et du lien social représentait aussi une réelle opportunité d'articulation avec la santé et des déterminants qui l'influencent.

a) Les actions de santé repérées à la lecture du CUCS

La présence d'actions de santé ou d'actions autour des droits citées de façon explicite dans le CUCS « hors volet santé », est repérée sur 2 volets :

Volet citoyenneté et prévention de la délinquance :

- ** Lutte contre les violences faites aux femmes
- ** Addictions : lutte contre les drogues illicites, tabac et alcool,
- ** Soutenir la fonction parentale,
- ** Développer l'accès aux droits,

Volet éducation/ jeunesse :

** Ce volet pose les bases d'une approche globale de l'enfant et de son entourage. Les liens sont cités avec le PRE. Les objectifs de ce volet font allusion à la fois à la lutte contre l'illettrisme, déterminant influençant la santé d'une part et opportunité pour intégrer la santé à

cette lutte d'autre part. Le soutien à la parentalité est mis de l'avant. Les interfaces avec l'ASV ne sont pas explicitées.

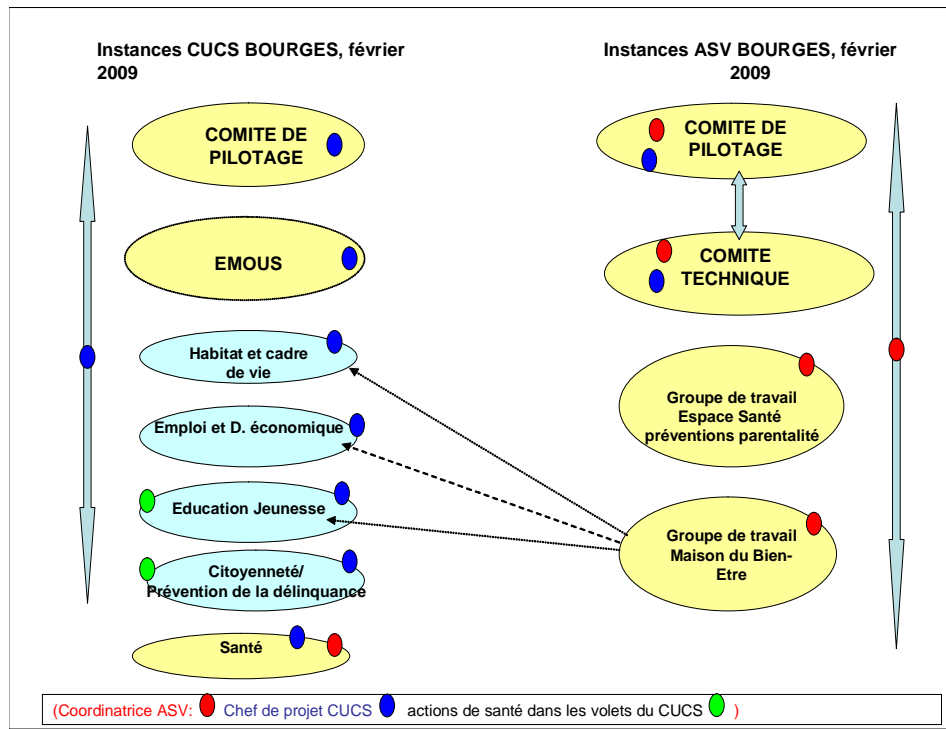
La lecture du CUCS comme sur d'autres sites, tout en annonçant un désir de transversalité, ne le décline pas dans les « fiches- action » :

- Les interfaces avec l'ASV dans le document du CUCS sont mentionnées uniquement de façon explicite avec le volet addictions.
- Le volet emploi ne considère pas l'aspect santé comme un des déterminants de l'accès à l'emploi
- Le volet habitat, cadre de vie ne fait pas les liens avec la santé alors qu'il en constitue un déterminant majeur et qu'à l'inverse, les questions de santé (dont mal-être) doivent s'appuyer sur l'organisation de l'espace physique et social sur un territoire donné. Des espaces peuvent néanmoins être formulés de façon plus explicite dans le prochain CUCS car ce volet comporte une rubrique « qualité de vie » ; c'est sans doute sur cette porte d'entrée qu'il faut s'appuyer pour favoriser les passerelles avec l'ASV et d'autres volets du CUCS d'autant que les porteurs de projets y sont favorables et sont impliqués dans l'ASV.

Il existe donc des opportunités à développer dans les prochaines déclinaisons du CUCS.

La déclinaison des objectifs de chaque volet pourrait faire l'objet d'identification d'interfaces avec les autres volets du CUCS. Le désir d'approche transversale doit aussi être traduit dans des objectifs et des mises en synergies affichées explicitement.

Actuellement, si nous résumons les interfaces qui se nouent, à partir de la lecture du CUCS et des informations relevées autour de la visite sur site, nous obtenons le schéma suivant :



Les flèches sont surtout orientées à partir de thématique « bien-être ». Elles existent ou se dessinent dans le futur dans le cadre des synergies territoriales mises de l'avant :

- Interfaces PRU / qualité de vie / bien-être à construire. Les acteurs concernés sont convaincus de ces interfaces.
- Interface Bien-être et parentalité
- Les liens existant avec le volet emploi se font par le biais d'ateliers « bien-être » financés par le Conseil Général.

Il resterait à rendre plus lisible insertion, accès aux droits, à la prévention et aux soins. La mission locale se situe sur Bourges, reçoit des jeunes des quartiers nord. Les contacts sont peut être à renforcer mais nous avons peu de visibilité.

b) Les thématiques santé développées dans l'ASV et les publics prioritaires

** Les principales thématiques santé énoncées ont été analysées via les constats des professionnels et des habitants et un certain nombre de déterminants ont émergé.

Les 4 thématiques développées actuellement sont le résultat des priorités établies et validées par le comité de pilotage en janvier 2009 (on exclut ici les axes propres à l'animation de la démarche).

- Accès aux droits, à la prévention et aux soins
- Santé mentale et bien être
- Nutrition et précarité
- Santé des jeunes

→ Les 3 premières thématiques concernent tous les publics des quartiers Nord,

→ Elles traversent aussi sans être limitatif la santé des jeunes

→ Les populations vieillissantes ou porteuses d'un handicap n'apparaissent pas de façon explicite (lien diagnostic de santé).

→ Ces thématiques sont en concordances avec la circulaire ASV de juin 2000, le SREPS et le PRSP de la Région Centre. Elles doivent aussi permettre d'intégrer au fil du temps d'autres thématiques, publics et territoires (Val d'Auron mentionné) en approfondissant et revisitant le diagnostic régulièrement.

→ Le groupe de travail potentiel « addiction / santé des jeunes » permettra de compléter les approches du plan MILDT.

La plupart des thématiques pourront être abordées dans une logique de premier recours dans l'espace santé, préventions parentalité, ou à partir de cette structure. Celle-ci intégrera le centre de soins qui devra investir le champ de la prévention.

C'est la programmation 2009 – 20011 qui permet un regard plus précis sur les différentes approches autour des thématiques retenues :

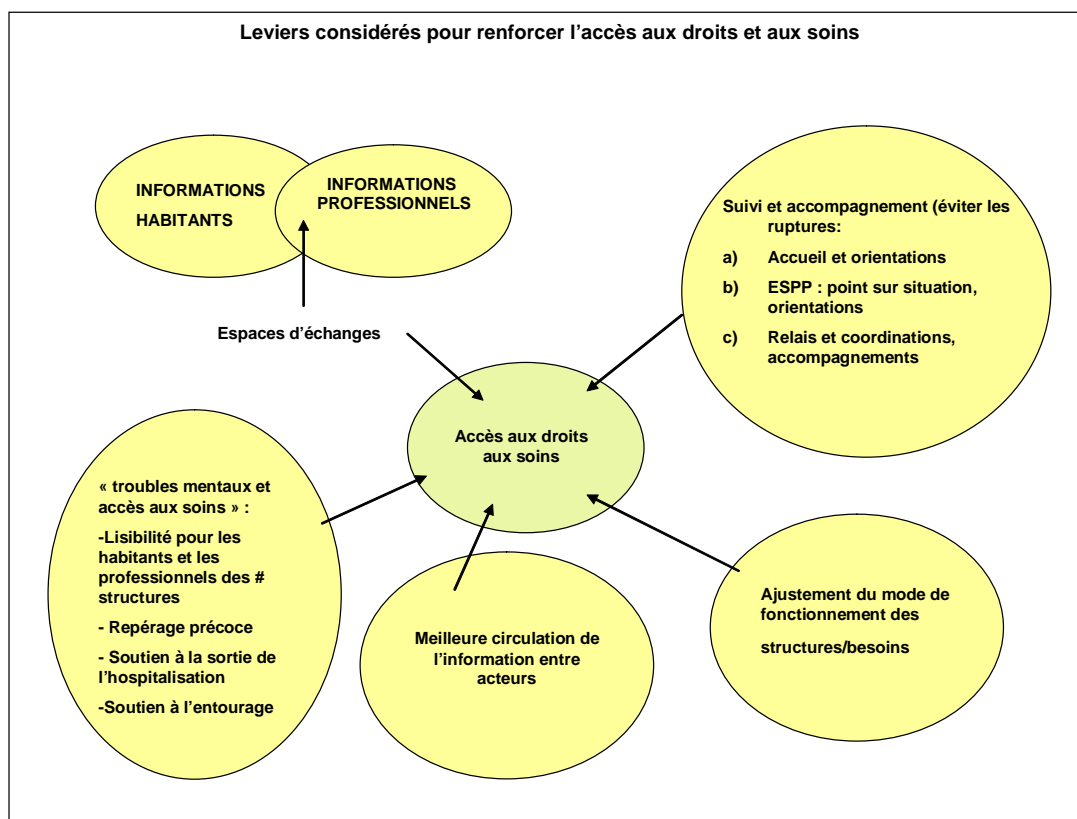
→ **L'accès aux droits à la prévention et aux soins** est le gros chantier des années à venir pour tous publics en situation de précarité et en tenant compte des spécificités des quartiers.

Le public mentionné fait part de l'ensemble des habitants des quartiers Nord, avec un accent concernant les personnes d'origine étrangère, les femmes isolées, les personnes porteuses d'une maladie chronique.

Les modes d'actions à mettre en place visent plusieurs types de déterminants influençant l'accès aux droits à la prévention et aux soins, des modes de partenariats et des procédures sont envisagées pour consolider les relais, des référents pour faciliter les démarches sont identifiés (CPAM, MSA) les représentations profanes/ professionnels sont pris en compte pour faciliter les relations, la dimension culturelle est abordée. Des modes de supervision sont envisagés.

Cette palette implique un réel travail en réseau en cohérence avec les idées émises lors du diagnostic.

Les différents axes stratégiques combinent pour les 3 ans :



Ils ne reprennent pas tous les déterminants (comme le refus de la CMU) mais on peut imaginer que chaque programmation annuelle permettra d'affiner cette première programmation qui permet une clarification des actions à mener dans différents champs.

→ **L'accès à la prévention** est décliné par la mise en synergie de différents acteurs et des priorités sont établies pour les 3 années à venir. Elles intégreront les données de la future enquête concernant la santé des jeunes.

Pour le moment 5 axes sont privilégiés en cohérence avec les mises en réseaux qui peuvent être effectives assez rapidement → On cherche donc à rendre le parcours prévention -soin plus opérant par un portage partagé et des modes de communications renforcés.

1 → Ainsi la **promotion des dépistages divers** se fera via l'information des professionnels et des publics. La promotion coordonnée de ces dépistages se ferait dans des espaces stratégiques comme l'espace santé, préventions parentalité.

Pour les cancers, les zones de stratégie doivent être affinées.

2 → Deux priorités sont retenues concernant les **maladies infectieuses** :

- le rattrapage vaccinal au vue des données du diagnostic local
- la tuberculose, avec des interfaces créées entre différentes structures (centre de soins, espace santé, préventions parentalité, CDAG, PMI, etc.

3 → La **santé des femmes** est centrée sur contraception et liens avec la PMI. Celle-ci fait partie des acteurs qui ne sont pas impliqués dans les instances mais qui sont disponibles pour s'articuler avec d'autres projets. Enfin, des espaces « groupe de parole » sont prévus tout spécialement pour les femmes primo-arrivantes.

Les maltraitances et violences conjugales font partie des axes de travail prévus, en lien avec ce qui se dégagera autour de la parentalité.

4 → **Concernant le Bien-être**, la programmation actuelle prévoit de reprendre cette thématique, de soutenir ce qui existe :

- ateliers « bien-être

- échanges de pratiques entre professionnels et habitants bénévoles qui seraient impliqués dans les ateliers bien-être et supervision.

5 → Concernant la santé mentale, au-delà de la « maladie mentale », la réflexion étant en cours, la déclinaison concrète vise sur 2009 – 2011 à renforcer la connaissance par les publics et les professionnels des structures, organiser des débats autour de la santé mentale. Il s'agit d'un vaste chantier qui devra passer au-delà de plaquettes d'information.

Des pistes sont à creuser : besoins en terme de formation autour de la santé mentale, du repérage du suicide (axe fort dans le PRSP).

La question des addictions permettra, si le groupe se met effectivement en place et perdure, la diversification des modes opératoires adaptés pour les populations concernées, de développer l'accès aux soins. L'ANPAA présente dans les groupes de travail, le CSST sont partants mais les moyens humains sont semblent-il insuffisants pour assurer une constance sur les groupes. Les liens difficiles avec l'hôpital général sur ce thème ne facilitent pas un travail multipartenaires. La réflexion engagée par ailleurs sur la souffrance psychosociale sera sans doute un moyen d'aborder aussi la nécessaire mise en œuvre d'actions concrètes autour des dépendances.

Les 2 structures imaginées pour « héberger » ces champs :

La concordance avec la circulaire ASV et les politiques régionales ont été soulignées. Cette concordance doit être aussi garantie de façon pérenne dans la mise en œuvre des choix réalisés.

Aujourd'hui 2 points de vigilance sont à prendre en compte pour conserver ces cohérences :

La « **Maison du Bien-être** » pose des problèmes difficiles à appréhender dans la mise en œuvre. Elle était issue du diagnostic, a mobilisé les habitants, provoqué des discordances dans les propositions et les choix réalisés.

→ A ce jour, il apparaît souhaitable pour que le groupe de travail ne s'enlise pas, de repartir des constats du PST et du diagnostic de l'Institut Renaudot.

→ Cette reprise des éléments de base permettrait de remettre au débats les stratégies adéquates qui permettent d'ouvrir avec des volets comme le cadre de vie, de raccrocher cet axe à celui de la santé mentale/souffrance psychique. La

réflexion centrée uniquement aujourd'hui sur le *moyen (une structure)* peut contribuer à provoquer des flottements.

L'espace santé, préventions parentalité se dessine comme le regroupement de divers services du CCAS dont l'intégration du centre de soins infirmiers avec une ouverture sur la prévention, le centre social de la CAF, transféré au CCAS. Ce projet est pertinent dans sa démarche initiale. La coordinatrice soutient l'émergence de cet espace. Des zones de flou apparaissent déjà, et sont ressenties par les partenaires :

- Le mode de raccordement de la coordinatrice a déjà été discuté et les confusions ou doutes qu'il provoque doivent être traités.
- le risque potentiel est que la coordinatrice soit identifiée comme la future coordinatrice de cette structure, donc au service du CCAS et non plus de la démarche ASV

→ Si la coordonatrice doit soutenir l'émergence de cet espace transdisciplinaire de premier recours, des garanties doivent être apportées et explicitées auprès des partenaires de l'ASV :

1. Les modes de fonctionnement doivent être garants d'une ouverture à des partenaires extérieurs,
2. La coordinatrice, une fois la mise en place de la structure avancée doit en être dégagée pour rester en cohérence avec sa fonction de coordination sur l'ASV. Dans cette logique, elle ne peut être sur le poste de coordination de la structure. Cet aspect est essentiel à prendre en compte pour ne pas tomber dans les pièges déjà évoqués dans le diagnostic de l'institut Renaudot.

Il est ainsi important de prévenir les dérives de la fonction de coordination. Elle aurait des effets négatifs sur

- la démarche ASV
- les extensions de la démarche à d'autres quartiers seraient pénalisées sachant que les fonctions de coordination doivent être envisagées sur un temps plein
- le développement et l'articulation de la thématique santé au sein du CUCS tout en veillant aux autres niveaux d'articulations.
- enfin, il faut prendre en compte la nécessité de consolider le plan local de santé et de se saisir des contrats locaux de santé publique. Ceci demande une fonction de coordination à temps plein a minima (notion d'équipe locale de santé publique à valoriser).

7) La mobilisation engagée sur le plan du partenariat

L'histoire locale est importante dans le tissage des partenariats, avec des atouts certains, des fluctuations, une phase actuelle complexe qui va être décisive pour la dynamique non seulement autour de la santé mais du CUCS en général.

Le souhait de mise en cohérence des acteurs remonte déjà au réseau d'acteurs qui a donné naissance en 1980 au CODES. Cette époque a pu paradoxalement avoir un effet de mise en retrait de certains partenaires.

Le Plan Social Territorial avait contribué à créer entre les différents partenaires dans une vision globale, de qualité de vie des habitants des quartiers nord. Les articulations autour de l'alimentation/précarité sont issues par exemple de la dynamique du PST et perdurent.

A ce jour, les différentes instances de l'ASV intègrent de nombreux partenaires et des potentiels réels existent, les difficultés actuelles peuvent être dépassées sous certaines conditions.

Les représentations dans les groupes de travail sont reprises ci-dessous sous forme synthétique:

- h) Habitants représentant une association ____ (collectif) X
- i) Habitants sans appartenance _____ X
- j) Professionnels de santé /secteur public _____ X
- k) Professionnels de santé /secteur privé _____ X
 - a. Dont médecins généralistes _____ non
- l) Professionnel du secteur social _____ X
- m) Professionnel du secteur éducatif _____ X
- n) Professionnel du secteur insertion _____ X
- o) Professionnels autres (préciser) _____ non
 - a. Dont adultes relais _____ non
 - b. Dont médiateurs de santé publique ____ non

Un certain nombre de partenaires sont particulièrement impliqués dans les groupes de travail impulsés par l'ASV. Les partenaires les plus présents sont pour rappel :

CCAS / LAPE (pôle petite enfance)

Centre de soins infirmiers (CCAS)

Centre social CAF

CMP

CMS

Codes

CPAM

CUCS

GIP PRU

Habitants (4 à 7 femmes)

Mission locale

Mosaïque

RERS / rivage

La diversité des partenaires réguliers est plus réduite que l'ensemble des partenaires théoriquement impliqués (voir annexe) mais ils constituent des points d'ancrage non négligeable.

** On notera tout spécialement les liens avec le CMP qui peut permettre de développer les questions autour de la souffrance psychique et de la santé des jeunes. Le manque de moyen de la structure entraîne une implication personnelle de personnes ressources, constituant à la fois une chance mais aussi des fragilités à terme.

** Les habitants sont présents ainsi que le RERS qui permet d'organiser des espaces d'échanges entre les habitants et pourrait jouer un rôle dans le croisement des savoirs profanes et professionnels (des professionnels sont déjà impliqués).

Enfin, 4 de ces partenaires intègrent les 2 groupes de travail en place à l'époque de la visite sur site, soit 30% de l'ensemble.

Quelques précisions :

L'absence de la PASS peut être interrogée. Les avis concernant sa mission sont contradictoires (pour les uns « fonctionne a minima » et pour les autres rempli sa mission). Les liens ne sont pas très intenses mais il existe à ce jour des amorces et la PASS fait partie du réseau départemental « accès aux droits ».

Les liens avec les structures hospitalières ou les réseaux se font :

- Via le réseau « caramel » (obésité / diabète)
- Via le réseau ville –hôpital VIH, dans lequel d'ailleurs s'implique aussi un des partenaires de l'ASV, le centre de soins municipal.
- Les liens entre l'hôpital et l'ASV se font par l'intermédiaire de personnes qui appartiennent à deux réseaux comme un médecin qui appartient à la fois au RERS et au réseau ville-hôpital VIH.
- Le travail autour du dépistage de la tuberculose se fait en lien avec l'hôpital général puisque le centre y est intégré (CLAT) via le centre de soins infirmiers du CCAS.

L'absence de l'Education nationale, pourtant impliquée théoriquement dans les instances décisionnelles est notable. Il est impossible pour les acteurs de terrain, même intéressés par la démarche de s'impliquer. Ceci intervient peut être aussi dans le manque d'articulation sur le volet éducatif, le PRE.

Les liens avec le SCHS sur le volet cadre de vie / habitat ne se nouent pas. Les acteurs du SCHS semblent investir leur mission d'un point de vue technique. Des difficultés de fonctionnement propres au service semble-t-il également interférer.

Des opportunités existeraient comme sur les vaccinations mais les articulations ne se font pas alors qu'elles se créent avec d'autres acteurs (CPAM, centre de soins, ASV..).

De façon paradoxale, le SCHS dans son historique faisait partie du réseau local d'acteurs. A cette époque, un professionnel avait été mis à disposition pour le réseau de santé. Par la suite, cette mise en réseau a produit plutôt un transfert de compétences sous forme de mises à disposition. Cette interface était donc « personne dépendant » et n'a pas permis (ou les conditions ne le permettaient pas) d'engager le service dans une autre approche de la santé. Aujourd'hui, il existe peut être d'autres facteurs explicatifs mais nous n'en n'avons pas la visibilité.

Au titre des facteurs freinant, on identifie des axes à travailler

On sent que sur Bourges l'enjeu des partenariats est posé de longue date. Aujourd'hui, tout en valorisant les liens existant, des freins existent.

Le pilotage de la politique de la ville avait été questionné lors de l'évaluation du contrat de ville à mi parcours. Celle-ci recommandait de renforcer le mode de pilotage, d'animation et de fixer des priorités dans les actions mises en œuvre pour éviter la dispersion (diaporama, cabinet ARGOS, décembre 2003).

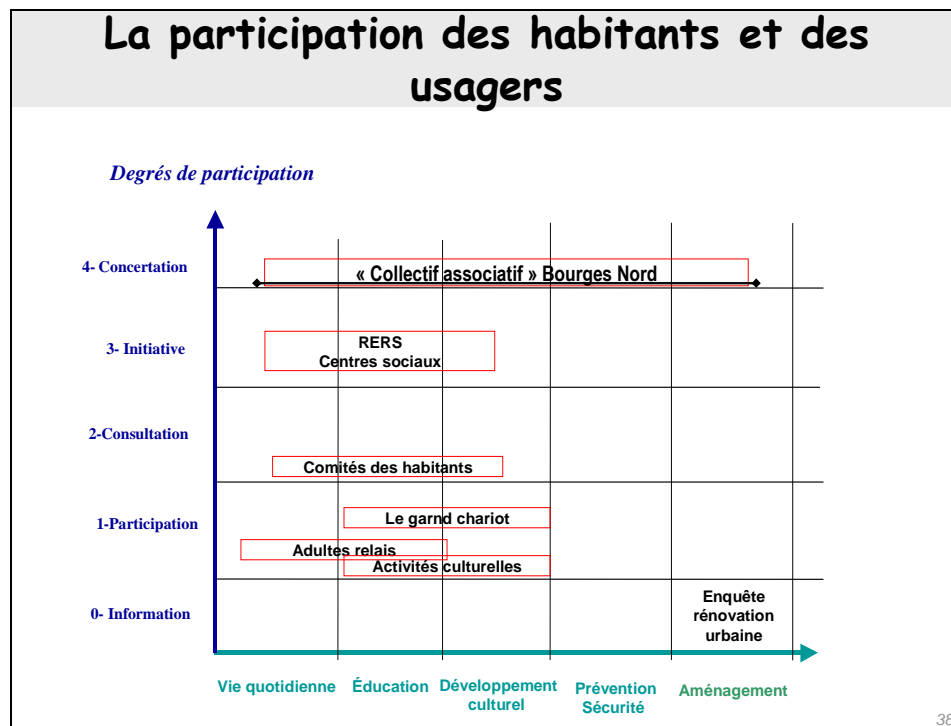
A ce jour différents facteurs nous semblent interférer dans les synergies possibles:

- a) Un axe santé qui semble désinvesti par les signataires du CUCS, rend son positionnement difficile. Les partenariats entre les volets du CUCS sont alors complexes même s'il existe d'autres facteurs à prendre en compte
- b) Une organisation du pilotage et de l'animation du CUCS qui semble entretenir les cloisonnements, mais des changements sont évoqués ; les marges de manœuvre ne sont pas identifiées. Un signal politique fort soit venir soutenir les changements souhaités.
- c) Des enjeux de pouvoirs sont évoqués
- d) Un sentiment de « main mise » palpable du CCAS dans le cadre du développement de l'ASV semble provoquer aussi des mises en retrait (clarté des missions et contributions de chacun, financements)
- e) Une posture du chef de projet CUCS et du coordinateur ASV complexe avec les organisations actuelles

- f) Un manque de culture partagée autour de la santé avec des visions techniques des missions de différents partenaires, un manque de légitimité pour s'impliquer sur des questions de santé. Ceci se croise avec des partenaires qui ont intégré la santé dans une approche systémique.
- g) Un manque de capitalisation d'actions qui rend les partenariats lourds, ne permettant pas de se saisir et d'avancer sur la base des expériences passées ou en cours (le bien-être a ainsi été nommé)
- h) Une professionnalisation des acteurs qui a eu pour effet de recentrer les personnes sur leurs missions propres car la notion de synergies et de partenariats n'a pas été intégrée à ce processus de professionnalisation. Ces missions ne sont pas par ailleurs replacées ni dans une perspective de promotion de la santé (déterminants, aspect collectifs) ni dans une perspective de développement territorial. Nombre de professionnels ont aussi des difficultés, de par leur formation, à passer d'une relation individuelle à une vision collective, donc pouvoir contribuer à des projets populationnels et intersectoriels.
- i) Une baisse des financements entraîne un manque de moyens pour un certain nombre de partenaires et un effet de recentrage sur les missions propres.

8) Les habitants partenaires : des atouts, des défis à relever

L'évaluation de l'ancien contrat de ville avait exploré la participation des habitants. A l'époque, les constats suivants avaient été faits (extrait du diaporama « Evaluation intermédiaire du contrat de ville 2000 – 2006 au 9 décembre 2003, cabinet ARGOS, développement local). Il n'existait pas d'axe santé pour rappel.



On voit ainsi apparaître différents niveaux d'implication avec la place centrale que tenait le RERS et les centres sociaux. Ce RERS avait été initié par la CAF, ainsi que le Hameau de la fraternité (espace inter associatif qui date de plus de 10 ans et de comité d'habitants).

Ces partenaires ont participé au diagnostic de santé, sont présents dans les groupes de travail actuellement. Cette implication est à soutenir.

La participation des habitants est un enjeu fort, affiché et souhaité par les intervenants que nous avons pu interviewer ou rencontrer.

Le croisement des perceptions lors du diagnostic a pu permettre à certains professionnels d'en tirer les bénéfices suivants :

- Confronter ses propres représentations à celles des habitants et le vécu de leurs problématiques
- Identifier que la seule perception des professionnels pour identifier les besoins n'était pas suffisante
- Faire évoluer les modes de fonctionnement (« automatismes professionnels ») et permettre une posture plus ouverte à l'écoute de ce que disent les habitants.
- Le croisement avec les autres professionnels et les habitants lors du diagnostic permet dans la pratique quotidienne de mieux orienter les personnes lorsque la structure concernée ne peut résoudre les questionnements posés.
- In fine, un certain nombre de professionnels ont pu aussi valoriser la capacité d'initiative des personnes « profanes ».

Les limites, « de l'utopie à la réalité » :

Des habitants se sont particulièrement investis dans le projet de la Maison du Bien-Etre, « jusqu'à s'impliquer pour faire les plans ». Initialement, cette Maison du Bien-être intégrait l'idée d'un hammam qui semble avoir cristallisé des malentendus et des tensions. A ce jour, le comité de pilotage n'a pas soutenu cette idée.

Sans disposer de toutes les clés explicatives, cet exemple met en évidence plusieurs niveaux de questionnements :

- la porte d'entrée de la thématique « bien-être »
- les interfaces de discussions créées entre habitants, professionnels, élus pour élaborer des processus chaque fois que possible consensuels

- la place que l'on veut bien accorder aux initiatives des habitants, mettant en scène des enjeux de pouvoir.

On retrouve ici les débats classiques autour de la place laissée aux habitants depuis l'identification des besoins jusqu'aux prises de décisions dans le champ des pratiques participatives. Quelles sont les conditions mises en œuvre pour jouer un rôle de « passerelle » et de médiation entre les différents acteurs impliqués dans ces processus ? Comment ne pas mettre les acteurs dans des situations paradoxales ? Etc.

La place des habitants et l'organisation d'une démarche participative devra sans doute être remise au débat. Ce dernier ne peut être déconnecté des éléments suivants et traités de façon synergique :

- posture des différentes instances quant à l'implication des habitants
- mode d'animation de la démarche.
- clarification du projet « Maison du Bien-Etre » de notre point de vue,
- projet « habitants relais »

9) Les éléments de méthode, la qualification des acteurs

Regard sur la construction du CUCS

Le CUCS actuel constituant la base pour 2007 – 2009 comporte deux documents présumant ainsi de la difficulté de l'exercice, qui a été souvent trop restreint dans le temps.

Le premier document est donc très généraliste et affiche néanmoins des axes forts tels que lutte contre les discriminations, l'égalité des chances et la participation des habitants. La notion de cohérence est très explicite.

Le deuxième document montre un degré de structuration supplémentaire, en rappelant le PST.

Chaque volet du CUCS comporte par la suite, un rappel des principaux constats. Le volet santé s'appuie sur les grandes lignes du diagnostic de l'institut Renaudot (il faut rappeler à ce titre que démarche diagnostic et élaboration du CUCS se sont superposées pour des raisons de calendrier).

Les volets thématiques sont tracés d'un point de vue méthodologique par des « fiches- actions » par thématique, la formulation d'objectifs larges. Ces objectifs ne sont pas quantifiés et à l'époque, ils ne pouvaient pas l'être. C'est certainement après le premier exercice, la mise en place des programmations de chaque volet qui permettra de préciser ces objectifs dans le futur.

Enfin, des indicateurs sont indiqués pour chaque volet. Il s'agit pour la plupart d'indicateurs de processus.

Le document énonce les grands principes du pilotage du CUCS. Nous en avons réalisé une analyse. Les atouts existent le renforcer.

Si chacune des thématiques du CUCS est assez bien fléchée, la prochaine programmation gagnerait à identifier les interfaces entre chacun des volets. Après ce premier exercice et l'expérience 2007- 2009, les acteurs ont pu identifier les passerelles potentielles à approfondir avec les autres axes du CUCS. Enfin, l'évolution du contenu de l'ASV permettra aussi de créer de nouvelles opportunités.

La santé dans le CUCS et le volet santé (ASV)

La place de santé au sein du CUCS discutée antérieurement a été pénalisée en raison des ruptures de fonction sur la coordination. Depuis fin 2008, il existe une réelle reprise en main de l'animation de la démarche. Des paradoxes et limites ont été évoqués au sujet de cette fonction par le portage actuel de la coordination.

Une programmation a été réalisée par l'ASV sur 2009 – 2011 sous forme de Plan Local de Santé. Celui –ci a été validé par le comité de Pilotage de l'ASV en janvier 2009. Des programmations annuelles viendront soutenir ce premier exercice.

→ Cette programmation a permis un travail de clarification important des chantiers à mener : thématique, porteurs/animateurs ou partenaires.

La programmation sur les 3 ans fait apparaître à la fois

- des actions à mettre en œuvre,
- les porteurs/animateurs sont identifiés,
- des zones d'ombre à creuser,
- considère aussi l'animation de la démarche et le renforcement méthodologique en particulier sur la mise en place d'indicateurs (ceci fait partie des réflexions au niveau régional).
- Fait apparaître la place des habitants
- Considère les éléments de formation nécessaire pour à la fois renforcer le travail en réseau, renforcer les interfaces publics/professionnels, renforcer la qualité de prise en charge sur certains axes.

On voit dans l'exercice de programmation qu'il a fallu changer de logique : ne pas entrer par des moyens à mettre en œuvre (Maison du Bien-être, « espace santé préventions parentalité », mais replacer les thématiques au cœur de la démarche programmatique, les structures étant un des moyens au service de différents objectifs.

Les thématiques privilégiées pour rappel (en concordance avec le PRSP, SREPS et la circulaire ASV) sont

- Accès aux droits à la prévention et aux soins
- Santé mentale et mal-être
- Santé des jeunes

Les actions en cours et les actions prévues sont distinguées.

→ 2 axes transversaux sont explicités : Animation de la démarche et communication, ce qui est à remarquer (dans nombre de programmations, n'apparaissent que les actions).

On manque de visibilité avec les autres volets du CUCS. Ceci se précise tout récemment. Les articulations pourraient être mieux explicitées aussi dans la prochaine programmation.

Les tableaux gagneraient en visibilité s'ils faisaient apparaître les partenaires (ou les préciser dans une annexe) ainsi que les indicateurs, les résultats attendus. Cette première base peut être utilisée pour préciser les programmations annuelles.

Ce premier exercice peut être jugé satisfaisant en tenant compte des conditions dans lesquelles il a été réalisé.

Cette programmation est donc pertinente et peut être renforcée. Elle est très ambitieuse au vu des difficultés de pilotage et d'organisation qui vont interférer avec la mise en œuvre de ce qui est prévu.

Les incidences de la démarche ASV sur l'évolution des compétences sont assez bien cernées à la lecture des différents documents.

La démarche diagnostique peut être considérée comme un des éléments de qualification des acteurs en favorisant les réflexions croisées et un changement de posture pour certains professionnels (noté dans les entretiens).

Les formations envisagées s'adressent aux partenaires impliqués sur certains axes ; on donnera pour exemple (extrait programmation 2009 – 2011) :

- Formation santé –précarité- culture
- Formation des accueillants prévus dans la structure « plate forme santé »
- Formation en éducation thérapeutique pour le personnel du centre de soins

- Formation de personnes relais dans le cadre de la prise en compte des personnes présentant une maladie chronique

Le repérage de besoins de formation est intégré à la thématique santé mentale dans la programmation : repérage du suicide pour les acteurs du champ sanitaire et social, en particulier les travailleurs sociaux du conseil général.

Par ailleurs, d'autres formes permettant de faire évoluer les compétences sont envisagées comme l'utilisation du théâtre pour travailler autour des postures professionnelles et des relations avec les usagers. Des sessions de supervisions et des séances d'échanges de pratiques sont prévues pour les professionnels et bénévoles participants aux ateliers bien être. De la même façon des échanges de pratiques sont prévues avec les bénévoles des structures alimentaires.

On notera donc des formes diversifiées pour renforcer les compétences et créer du lien, valoriser les savoirs profanes. Le RERS, réseau d'échanges réciproques de savoirs, est par exemple impliqué dans ce type de qualification.

Les besoins de formations en santé communautaire sont également ressentis comme une nécessité. Concernant ce sujet, tous les espaces favorisant la mise en commun professionnels/habitants prévus dans la programmation devrait favoriser ces rapprochements et changer les postures des uns et des autres pour faciliter le croisement des représentations, les échanges autour de la compréhension réciproque des solutions possibles autour de problématiques précises. Les élus, n'apparaissent cependant pas dans ces processus (ou alors sont peu lisibles dans les écrits). Resterait donc à rester vigilants sur ces espaces de croisement pour ne pas faire perdurer les décalages avec les décideurs quel qu'ils soient.

Enfin, les écrits et discussions font ressortir un besoin qui devrait être investi de façon stratégique sous des formes diverses :

Partage autour de la promotion de la santé et des déterminants permettant de

- déconnecter l'association systématique « santé – maladie - soins »,
- rendre les acteurs légitimes pour s'impliquer sur la santé tout simplement parce qu'ils travaillent sur les déterminants l'influençant.
- In fine favoriser les interfaces,

Les publics concernés par les espaces de qualification divers devraient aussi impliquer les élus, de façon adaptée, de même que les financeurs.

Lorsque ces leviers ne sont pas activés, les opérateurs de terrain passent beaucoup trop d'énergie à créer des passerelles qui n'ont pas été prévues en amont.

10) Conclusion et perspectives

Les éléments partagés lors des entretiens téléphoniques, la visite sur site et l'analyse documentaire permettent de souligner les éléments suivants :

Il existe un portage politique par la commune sur les questions de santé, sans doute à mieux partager et à articuler avec la politique de la ville. Ce portage politique est interrogé à d'autres niveaux par le départ de la chargée de mission ville de la préfecture, sans savoir sous quelles formes le soutien pourra perdurer. DDASS, DRASS, Assurance Maladie jouent un rôle important dans le soutien aux pilotages et mises en œuvre locaux des projets tout en permettant les articulations entre le niveau local et régional, facilité aussi par la présence de l'élu au CA du GRSP. Cependant, la logique des financements privilégiera les priorités régionales in fine.

Ce constat rejoint donc comme pour le site de Blois, la nécessité de meilleures articulations dans la constance, des politiques du national au local dans une double dynamique.

Il existe des cadres structurants CUCS et ASV devant permettre à la fois de consolider l'existant, de rendre opérants les souhaits d'amélioration concernant le pilotage du CUCS, faciliter les interfaces entre les différents volets, les articulations avec les autres dispositifs territoriaux. A ce titre, le PRU et le PRE ont été donnés en exemple. Le lien avec l'Education Nationale échappe en grande partie aux acteurs locaux et demande à mobiliser d'autres ressorts.

Le désir de consolider le PLSP est noté, le souhait de pérenniser des dispositifs ou démarches ressort de l'analyse. L'extension territoriale de la démarche ASV a été évoquée à partir du territoire actuellement considéré.

Les contrats locaux de santé peuvent être perçus comme une opportunité mais la mise en place des ARS génère actuellement des inquiétudes.

Les fortes implications institutionnelles/associatives locales aussi bien dans les instances décisionnelles que dans la mise en œuvre des actions montrent à ce jour une empreinte forte du CCAS, qui nous semble devoir garantir :

- un portage de l'ASV en concordance avec les orientations de la circulaire,
- une posture et des modes de communications clairs qui facilitent l'appropriation de la démarche ASV par d'autres partenaires.

→ La structure « espace santé, préventions, parentalité » est au cœur des enjeux politiques et institutionnels actuels. Ces enjeux croisés avec les dynamiques partenariales et les conditions à mettre en place pour les potentialiser sont majeurs sur 2009.

→ L'implication des habitants et d'associations telles que le RERS constituent un des atouts importants pour pérenniser, développer les pratiques participatives.

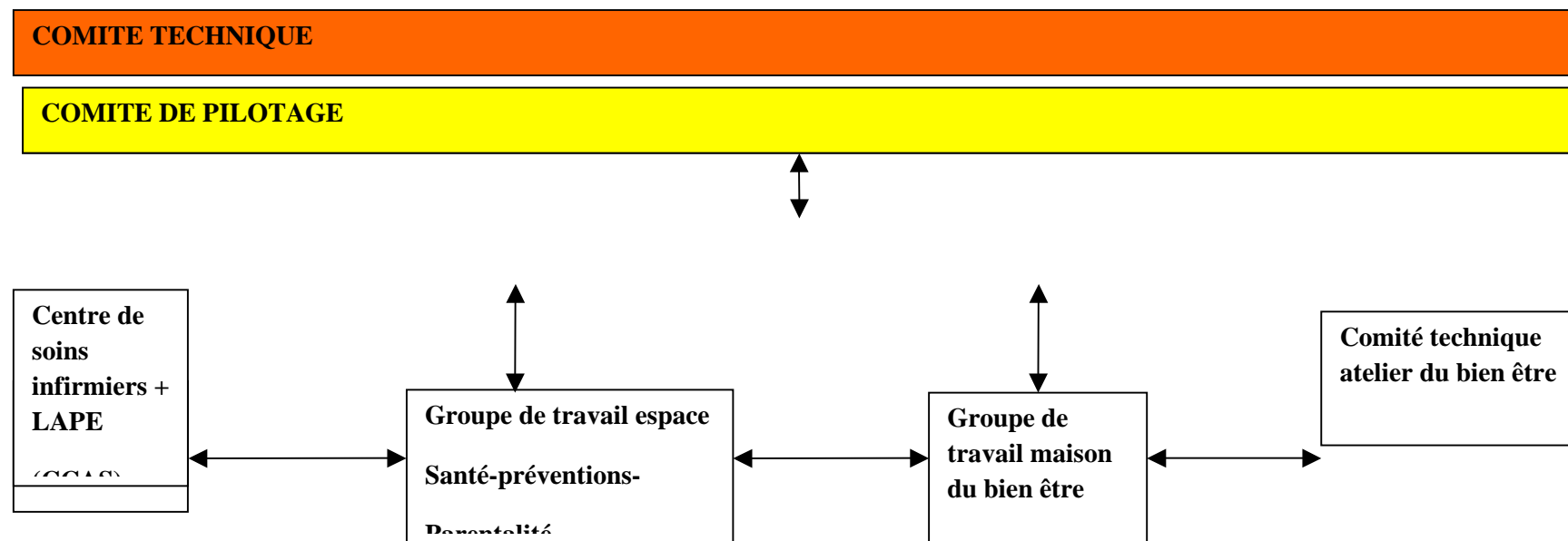
→ D'un point de vue plus opérationnel, la reprise en main de la coordination de la démarche est notable depuis octobre 2008. Outre la consolidation des acquis, les zones à explorer sont : la santé des jeunes, la souffrance psychosociale, les addictions, le projet autour du Bien-Être pourrait être revisité, de façon à reprendre les stratégies évoquées tout en les complétant et en utilisant le lien avec le cadre de vie.

Les aspects de méthode montrent à ce jour un effort notable de clarification dans le cadre de l'ASV sur les 3 ans à venir. Les enjeux porteront sur une déclinaison annuelle de cette programmation et un travail autour des indicateurs et de l'évaluation. Enfin, les questions d'observation et d'outils mis à disposition au niveau local constituent aussi à Bourges un enjeu pour le futur.

Annexe 1 : Détail des partenaires dans les différentes instances de l'ASV Bourges - Février 2009

(Source : ASV)

Montage général



En appui à la coordination ASV : coordination régionale ASV pilotée par la DRASS

Détails des instances

Comité de pilotage créé en 2007

Le Maire Adjoint délégué à l'action et au développement social

Le Maire Adjoint délégué à la politique de la ville

La préfecture du Cher – service politique de la ville

Le conseil général – vice présidente

La DDASS

L'éducation nationale

La CPAM

La MSA

La CAF

Le CCAS

Le centre Hospitalier général

Le centre hospitalier spécialisé

Comité technique créé en 2007

Ville de Bourges

Equipe CUCS : agent de développement

Service Jeunesse : chef de service

Service Loisirs Educatifs : chef de service

Régie de quartier (*invitée mais ne vient pas aux réunions*)

GIP PRU : chargé de mission accompagnement social

Etat

DDASS : référent GRSP

Education Nationale : Service Santé Scolaire

Education Nationale : coordinateur ZEP

Protection Judiciaire de la Jeunesse : infirmière

DDJS : conseiller jeunesse + coordinateur MILDT

Centre Hospitaliers

CH Jacques Cœur : assistante sociale de la PASS, + infirmière du CLAT (tuberculose)

Les réseaux ville hôpital : réseau VIH et réseau caramel (diabète)

CH Georges Sand : cadre CMP

Conseil Général du Cher

Circonscription d'Action Sociale : Assistante sociale des CMS du quartier

Service de la PMI : médecin et /ou puéricultrice

Service RMI : animatrice CLI de Bourges

CCAS

Pôle Petite Enfance : responsable du LAPE

Comité local d'Information et de Coordination Gérontologique CLIC : responsable du service *(ne vient plus aux réunions depuis plusieurs mois)*

Centre de Soins Infirmiers : infirmière référente prévention

Caisse d'allocations familiales

Centre Social : agent de développement

CPAM

Référent précarité

Chargé de mission partenariat et santé publique / référent territorial GRSP

MSA : référent prestationProfessionnels de santé

Les pharmaciens du quartier qui s'étaient investis au départ dans le diagnostic santé étaient destinataires des comptes rendus de réunions. Mais depuis le diagnostic, ils n'ont plus participé ni même donner des avis sur les différents documents produits par l'ASV.

Associations santé

CODES : directrice

Centre d'accueil et d'Ecoute des Toxicomanes (CSST) : psychologue *(ne participent pas aux réunions mais suivent les différents travaux de l'ASV)*

ANPAA 18 (CCAA) : psychologue

Vie Libre : bénévole

UNAFAM : présidente

Associations autres

Mission Locale pour les Jeunes : conseillère insertion référente santé

Accueil et Promotion (étrangers, immigrés : accueil et formation) : directeur

Mosaïque (demandeurs d'asiles) : coordinatrice

Centre d'Information Droit des Femmes et des Familles : *ne sont venus à aucune réunion*

Réseau d'Echanges Réciproques de Savoir : bénévoles

Comité des Habitants : habitants

Union Amicale des Locataires : *ne viennent plus depuis le diagnostic santé*

La Charmille (FJT, CADA, ...) : *ne viennent plus depuis le diagnostic santé*

Epicerie Solidaire : présidente

Secours catholique : bénévole (infirmière de profession)

ACEP : *ne viennent plus depuis le mois de juillet 2008*

Famille de France : présidente

Centre associatif Le Hameau : accompagnatrice socio professionnelle

Groupe de travail espace santé préventions parentalité créé en 2007

Centre de soins infirmiers : infirmière référente prévention

LAPE : responsable de la structure

CODES : directrice

CPAM : référent précarité + chargé de partenariat santé publique

CMP : cadre de santé

CUCS : agent de développement

DDASS : infirmière

Education nationale : infirmière + coordinatrice ZEP

CCAS / CLIC gérontologique : la responsable

Mosaïque : coordinatrice (association d'aide aux demandeurs d'asile – dispositif accompagnement psychologique)

Réseau échanges réciproques de savoir pour son action Rivage (accompagnement à la parentalité) : psychologue + bénévole

Association vie libre (mouvement d'anciens buveurs)

Famille de France : présidente

CMS : assistante sociale

PMI : invité mais ne vient pas

Réseau VIH et réseau caramel : peu présents aux réunions mais suivent les comptes rendus

Le CH : assistante sociale de la PASS : non présente mais suit les comptes rendus

ANPAA : ne viennent pas aux réunions

CAET : ne viennent pas aux réunions

DDPJJ : infirmière (ne vient plus depuis le départ de l'infirmière)

Comité des habitants

Habitants

Groupe de travail maison du bien être créé en 2007

GIP PRU : chargé de mission accompagnement social

Centre social CAF : agent de développement

CUCS : agent de développement

CMP : cadre de santé

Intervenant des ateliers bien être : socio esthéticienne

RERS – Rivage : psychologue + bénévoles

Mission locale : conseillère insertion référente santé

Habitants

Famille de France : présidente

UNAFAM : présidente

CMS : assistante sociale

ACEP : éducateur spécialisé

Epicerie solidaire : présidente

LAPE : responsable

Comité des habitants

Accueil et promotion : président

Un autre groupe de travail se mettra en place sous peu (modalités à voir) : addictions/ santé des jeunes.

Annexe 2 : Exemples de fiches thématiques – PLSP - CUCS-ASV de Bourges

FICHE THEMATIQUE N°1 / ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS**Objectif général :** faciliter l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité**Public visé:** les bénéficiaires de la CMU, AME et les assurés sociaux sans mutuelle

Objectif spécifique N°2 : Faciliter les échanges entre les habitants et le système de soins														
<u>Objectif opérationnel N°1:</u>					<u>Objectif opérationnel N°2 :</u>					<u>Objectif opérationnel N°3 :</u>				
Développer des actions permettant aux usagers, aux professionnels du champ sanitaire et social de se connaître, de confronter leurs représentations					Faciliter la communication entre usagers ne maîtrisant pas la langue française et les professionnels					Accompagner l'utilisateur dans sa démarche de soins				
Action	Porteur	2009	2010	2011	Action	Porteur	2009	2010	2011	Action	Porteur	2009	2010	2011
	Animateur					Animateur					Animateur			
Echanges santé du RERS	RERS	*	*	*						Faciliter l'accès aux structures de soins: Relayer les	ASV	*		

										besoins en transports en commun				
										Étudier les aménagements possibles pour faciliter l'accès aux consultations et aux urgences des femmes isolées avec enfants				

Objectif spécifique N°3 : Favoriser une prise en charge coordonnée et continue de l'utilisateur									
Objectif opérationnel N°1 :					Objectif opérationnel N°2 :				
Permettre la circulation de l'information et les échanges entre les secteurs sanitaires et sociaux					Étudier les possibilités d'adaptation du système de soins afin qu'il permette une continuité de prise en charge pour les usagers des quartiers Nord				
Action	Porteur Animateur	2009	2010	2011	Action	Porteur Animateur	2009	2010	2011
Elaborer un site internet informant sur les ressources sanitaires et sociales locales	ASV	*	*	*	Analyser plus finement la problématique de la permanence des soins sur les quartiers.	ASV	*		
					Étudier la pertinence d'avoir des vacations d'un médecin de santé publique sur la plate forme santé , dans le cadre d'action de prévention	ASV	*		

FICHE THEMATIQUE N°2 / ACCES A LA PREVENTION**Objectif général** : faciliter l'accès à la prévention et diminuer les facteurs de risques**Public visé** : population générale

Objectif spécifique N°1 : Favoriser l'accès aux bilans de santé et aux dépistages														
<u>Objectif opérationnel N°1</u> :					<u>Objectif opérationnel N°2</u> :					<u>Objectif opérationnel N°3</u> :				
Favoriser l'accès aux bilans de santé					Améliorer le taux de participation des habitants de Bourges Nord aux dépistages des cancers					Favoriser le dépistage et la prévention des maladies infectieuses				
Action	Porteur	2009	2010	2011	Action	Porteur	2009	2010	2011	Action	Porteur	2009	2010	2011
	Animateur					Animateur					Animateur			
										Évaluer le besoin de délocaliser la CDAG sur la plateforme santé	ASV et CH jacques Cœur	*		

Objectif spécifique N°2: améliorer l'accès à la contraception et aux consultations santé maternelle des femmes en situation de précarité									
Objectif opérationnel N°1 : Favoriser le travail en réseau					Objectif opérationnel N°2 : Mettre en place des actions de prévention sur l'axe santé sexualité / santé maternelle				
Actions	Porteur Animateur	2009	2010	2011	Actions	Porteur Animateur	2009	2010	2011
Identifier les besoins en terme d'accompagnement vers la maternité pour certaines femmes	ASV	*			Les actions de la PMI	PMI	*	*	*
Identifier les modalités de mise en œuvre sur la plate forme santé d'un espace d'échanges autour de la santé de la femme	ASV	*	*		Identifier les actions menées auprès du public jeune (éducation nationale, service « éducatif enfance jeunesse de la ville)	ASV	*		
Identifier les collaborations possible entre la plate forme santé et le centre de planification et association planning familial	Centre de soins	*			Exposition sur la contraception + animation auprès du public	Centre de soins et planning familial	*		

Objectif spécifique N°3 : Favoriser la prévention et la prise en charge des maladies chroniques : diabète, maladie cardio-vasculaire														
Objectif opérationnel N°1 :					Objectif opérationnel N°2:					Objectif opérationnel N°3 :				
Favoriser la prévention et le dépistage des maladies chroniques sus citées					Accompagner les patients atteints de ces maladies chroniques					Améliorer le dispositif des déchets de soins sur les quartiers nord				
Action	Porteur	2009	2010	2011	Action	Porteur	2009	2010	2011	Action	Porteur	2009	2010	2011
	Animateur					Animateur					Animateur			
Au cours des échanges santé du RERS aborder ces pathologies	RERS	*	*	*	Étudier la pertinence d'intégrer le centre de soin aux réseaux ville/hôpital et travailler plus en lien avec les médecins généralistes du quartier	Centre de soins	*			Mettre en place un dispositif de proximité d'évacuation des déchets de soins sur les quartiers nord, se coordonner avec la croix rouge	Centre de soins	*	*	

FICHE THEMATIQUE N°3 / SANTE MENTALE ET MAL ETRE

Objectif général: favoriser une réflexion globale et une prise en charge pluri partenariale de la souffrance psychique des habitants des quartiers Nord

Public visé : personnes vulnérables

Objectif spécifique N°1 : Améliorer l'accès aux soins des personnes souffrant de pathologies mentales				
Objectif opérationnel N°3 :				
Repérage précoce des personnes souffrant de pathologie mentale				
Action	Porteur Animateur	2009	2010	2011
Analyser le besoin en terme de formation : des professionnels du champ sanitaire et social des quartiers Nord ainsi que ceux des bénévoles Identifier les suites données à la Formation / santé mentale des travailleurs sociaux du CGcelle sur le repérage de la crise suicidaire de la DRASS action de formation	ASV Conseil général DRASS ??	*	*	*
identifier le besoin d'une permanence d'écoute, en dehors des horaires d'ouverture des structures de soins	ASV	*		
Dispositif santé mosaïque	Mosaïque	*	*	*

Objectif spécifique N°3 : Diminuer les symptômes de la souffrance psycho sociale														
Objectif opérationnel N°1 :					Objectif opérationnel N°2 :					Objectif opérationnel N°3 :				
Développer les compétences psycho sociales					Améliorer la prise en charge des personnes ayant une consommation abusive de produits psycho actifs					Favoriser la prévention des maltraitances et leur prise en charge				
Action	Porteur	2009	2010	2011	Action	Porteur	2009	2010	2011	Action	Porteur	2009	2010	2011
	Animateur					Animateur					Animateur			
Développer les ateliers bien être	Centre social CAF- conseil général (CLI Bourges)	*	*	*	Intégrer les groupes de réflexions du plan départemental MILDT	ASV	*	*	*	Identifier les besoins en terme d'accompagnement à la parentalité	CUCS PRE REAAP ASV	*		
Identifier les freins à l'accès aux activités développant du lien social – se rapprocher du Groupe PST lien social Relayer et se mettre en lien avec des actions du PDI telles que les Espace de Réadaptation à l'Emploi	ASV	*	*	*	Elaborer une action pilote sur les quartiers Nord sur l'accès aux soins – addictologie Favoriser le travail en réseau des structures intervenant en addictologie et les structures ayant un public souffrant de conduites addictives	ASV phase opérationnelle ASV	*		*	Actions soutenant le lien parent / enfant : FARANDOLE RERS /rivage PMI -CMS Service éducatif enfance jeunesse de la ville éducation nationale	Les structures citées	*	*	*

FICHE THEMATIQUE N°5 / SANTE DES JEUNES

Objectif général : avoir un état des lieux des besoins en terme d'accès aux soins et à la prévention des jeunes de 16 – 25 ans du territoire

Public visé : jeunes 16-25 ans et les parents

Objectif spécifique N°1: identifier les problématiques de santé spécifiques des jeunes des quartiers Nord				
Objectif opérationnel N°1 : faire un état des lieux participatif de la santé des jeunes de 16-25ans				
Actions	Porteur Animateur	2009	2010	2011
Diagnostic santé des jeunes 16-25ans sur les quartiers Nord de Bourges	ASV	*		

Objectif spécifique N°2: identifier les besoins en terme d'accompagnement à la parentalité sous l'angle santé sur les quartiers Nord				
Objectif opérationnel N°1 : faire un état des lieux participatif de la parentalité sur les quartiers Nord (angle santé)				
Actions	Porteur Animateur	2009	2010	2011
Diagnostic parentalité sur les quartiers Nord sous l'angle santé	ASV	*		

Le Volet Santé du CUCS de la Ville de Brest

ELEMENTS DE SYNTHESE ET D'ANALYSE

VISITE SUR SITE :

BREST

LE 3 MARS 2009

Chantal Mannoni

Sommaire

INTRODUCTION :	275
LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES	279
FICHE DE SYNTHÈSE DE LA VISITE SUR SITE	280
A) PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DU CONTEXTE.....	280
B) RAISONS QUI ONT CONDUIT À PARTICIPER ET EXPÉRIENCE ANTERIEURE D'UN CADRE SIMILAIRE D'ACTION	283
C) THÉMATIQUE(S) / ACTIVITÉ(S) ABORDEE(S)	284
D) ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE PLACE DE SANTÉ DANS VOLET CUCS	284
E) PRINCIPAUX APPORTS SPÉCIFIQUES DU CADRE CUCS ET/OU ASV À L'ACTION LOCALE EN SANTÉ (DIFFÉRENCE AU REGARD DE CE QUI ÉTAIT DÉJÀ FAIT OU POURRAIT ÊTRE FAIT SUR LE SUJET DANS CE TERRITOIRE)	285
F) LES SYNERGIES AU SEIN DU CUCS	285
G) LES SYNERGIES AVEC LES AUTRES INSTITUTIONS, DISPOSITIFS DÉPARTEMENTAUX ET RÉGIONAUX	286
H) PRINCIPAUX ATOUTS POUR L'ACTION LOCALE EN SANTÉ	287
I) PRINCIPALES LIMITATIONS DU CADRE CUCS ET/OU ASV POUR L'ACTION LOCALE EN SANTÉ ..	287
J) ÉVALUATION GLOBALE DE LA PERTINENCE ET DE L'EFFICACITÉ DU CADRE CUCS ET/OU ASV	288
K) PERSPECTIVES ET ENJEUX.....	288
 ÉLÉMENTS GÉNÉRAUX CONCERNANT LE CONTRAT URBAIN SOCIAL SITE DE BREST, DONNÉES DE CADRAGE	 290
1) BREF HISTORIQUE DE LA DÉMARCHE ASV ET DE LA PLACE DE LA SANTÉ SUR LE TERRITOIRE	297
2) DIAGNOSTICS DE RÉFÉRENCE ET DONNÉES SANITAIRES ET SOCIALES JUGÉES PERTINENTES POUR LE TERRITOIRE CONSIDÉRÉ	302
3) POSITIONNEMENT POLITIQUE, MODALITÉS D'ORGANISATION DU VOLET SANTÉ DU CUCS :	308
LA PLACE DES ÉLUS ET LA SANTÉ.....	308
LA RE-ORGANISATION ACTUELLE DES SERVICES, PLACE DE LA COORDINATRICE ASV ET LIENS AVEC LE CUCS.....	309
LES INSTANCES MISES EN PLACE AU NIVEAU DE L'ASV	316
4) LE POSITIONNEMENT POLITIQUE DE LA SANTÉ, INTERFACES DU VOLET SANTÉ ET DES AUTRES VOLETS DU CUCS D'UN POINT DE VUE ORGANISATIONNEL :	318
5) LES SYNERGIES TERRITORIALES INSTITUÉES	322
6) LES ACTIONS DE SANTÉ DANS LE CUCS, ACTIONS ENGAGÉES DANS LE CADRE DE L'ASV, INTERFACES ET OPPORTUNITÉS	324
A) UN VOLET SANTÉ EXPLICITE « PROMOTION ET ÉDUCATION À LA SANTÉ »	324
B) LES THÉMATIQUES SANTÉ DÉVELOPPÉES PAR L'ASV ET LES PUBLICS PRIORITAIRES	329
7) LA MOBILISATION ENGAGÉE SUR LE PLAN DU PARTENARIAT	336
8) LES HABITANTS PARTENAIRES : DES ATOUTS, DES DÉFIS À RELEVER	340

9) LES ELEMENTS DE METHODE, LA QUALIFICATION DES ACTEURS	342
A) REGARD SUR LA CONSTRUCTION DU CUCS ET LES ELEMENTS DE PROGRAMMATION.....	342
B) LE VOLET SANTE DU CUCS, PROGRAMMATION ET OUTILS UTILISES PAR L'ASV	344
10) CONCLUSION ET PERSPECTIVES	353
ANNEXE : DETAIL DES PARTENAIRES ASV DANS LES DIFFERENTES INSTANCES – BREST MARS 2009	356

Introduction

Le site de Brest a été retenu au regard des éléments de méthode de l'échantillonnage et du croisement avec le choix avec la DIV lorsque des choix restaient à opérer.

- 1 site en Région Bretagne, département du Finistère
- Existence d'un volet santé à la lecture du CUCS 5301 de l'Agglomération Brest Métropole Océane et 1 ASV (création : novembre 2006)
- Quartiers relevant du Plan Espoir Banlieue
- 1 population de plus de 80 000 habitants. La population de Brest selon le recensement de 1999 était de 149 649 habitants. Le dernier recensement de 2006 indique 148 316 habitants.
- EPCI signataire : Communauté Urbaine de Brest Métropole Océane (8 communes signataires)
- Existence d'un SCHS. Aujourd'hui le Service de Santé Publique au sein de la direction de la Santé de la ville porte l'ASV

Par ailleurs, Brest appartient au réseau des villes OMS

VISITE SUR SITE : 3 MARS 2009

Un entretien téléphonique avec la coordinatrice de l'ASV a permis de préparer la visite sur site et d'aborder divers éléments issus de la documentation et de la compléter. Plusieurs entretiens ont eu lieu par la suite pour préciser des éléments manquants ou apparaissant parfois contradictoires.

Des informations complémentaires suite à la visite ont aussi été sollicitées auprès de :

- Me Sovrano, référente à la DDASS du Finistère pour les ateliers santé ville du Finistère, impliquée à la fois sur la politique de la ville et les politiques de droit commun.

- Me Prieur, chef de projet CUCS qui était indisponible le jour de la visite sur site.

- Me Pouliquen, chargée de mission au niveau de l'agglomération pour la mise en place des indicateurs au niveau du CUCS.

La visite s'est déroulée sur la journée avec l'ensemble des personnes signalées ci-dessous dont un certain nombre étaient inscrites récemment dans la démarche santé/CUCS (coordinatrice ASV, responsable de l'équipe santé du Service de Santé Publique, ou encore le délégué au préfet).

La visite s'est déroulée dans les meilleures conditions possibles. Le matin a été destiné à une mise en commun autour des objets de l'étude et des questionnements des participants. L'après midi a fait l'objet d'un travail plus approfondi avec la coordinatrice ASV.

Les personnes qui se sont rendues disponibles souhaitent un retour de la visite sur site.

VISITE SUR SITE - BREST LE 3 MARS 2009

Nom	Prénom	Organisme/collectivité	Positionnement CUCS/ASV	Mode de participation (M : mandaté, P : personnel	Ancienneté sur le territoire concerné à la date de la visite	Téléphone	Mail
LE GOÏC	Julie	adjointe au maire, déléguée à la santé publique	Elue	M	Election de mars 2008	02.98.00.82.06	julie.le-goic@mairie-brest.fr
MARIN	Jean- Denis	chef de service santé publique VDB	Responsable de l'équipe santé	M	Prise de fonction récente	02 98 00 84 89	jean-denis.marin@mairie-brest.fr
BOURLLOT	Lucile	Service de Santé Publique - Ville de Brest	Coordonnatrice ASV	M	1 an	02.98.00.84.84	lucile.bourlot@mairie-brest.fr
SOVRANO	Sylvie	Conseillère Technique, DDASS 29	Chargée du suivi des ASV Finistère Nord	M	22 ans	02.98.64.50.50	Sylvie.SOVRANO@sante.gouv.fr
LAURANS	Yvon	Sous-préfecture	Délégué du Préfet	M	1,5 mois		yvon.laurans@finistere.pref.gouv.fr
FUSTEC	Jacques	CPAM – service santé citoyenneté	Membre du comité d'orientation de l'ASV	M	-----	02 98 34 17 35	jacques.fustec@cpam-brest.cnamts.fr
ESPERANDIEU	Elizabeth	Santé scolaire – Médecin	Membre du comité d'orientation de l'ASV ; Impliquée	M	30 ans	02 98 80 88 24	elisabeth.esperandieu@ac-rennes.fr

			sur le travail autour de l'observation				
--	--	--	--	--	--	--	--

Etait excusée

Me Christien Chantal, CCAS, responsable du service interventions sociales.

LISTE DES PERSONNES INTERVIEWEES

Nom	Prénom	Organisme/collectivité	Positionnement CUCS/ ASV	Mode de participation (M : mandaté, P : personnel	Ancienneté territoire concerné au moment de la visite (année)	Téléphone	Mail
PRIEUR	Lucile	Direction DSU de BMO (Brest Métropole Océane)	Chef de projet CUCS	M	18 ans	02 98 34 67 11 0673922622	<u><i>beatrice.prieur@brest- metropole-oceane.fr</i></u>
POULIQUEN	Christine	Chargée de Mission – BMO	Mise en place d'outils /indicateurs	M	Chargée de mission CDD	02 98 34 67 16	<u><i>Christelle.pouliquen@brest- metropole-oceane.fr</i></u>

Une série de documents a pu être consultée en amont ou après la visite pour compléter les entretiens. La fiche DIV initialement non disponible a été mise à jour à l'occasion de la visite sur site.

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES

- PRSP BRETAGNE 2006- 2010
- PREPS BRETAGNE 2003 – 2007 (Programme Régional d'Education pour la Santé)
- Contrat de ville de l'agglomération brestoise, 2000- 2006
- Politique de la Ville, caractérisation du système d'actions (2000 – 2003), document final, janvier 2005, groupe REFLEX.
- CUCS 5301 de Brest Métropole Océane
- Géographie prioritaire 07- 09
- Tableau des personnes référentes au sein du Service de Santé Publique, Direction de la Santé, février 2009.
- « Fonctionnement des instances transversales d'animation et de pilotage du CUCS », 2008 (tableau synthétique des contenus abordés par les différentes instances)
- Programmation par tranche sur l'année 2008 du CUCS (tableaux Excel) et budgets prévisionnels
- Bilan 2008 CUCS (document rendu disponible diaporama)
- Documents de travail concernant les indicateurs, CUCS Brest Métropole Océane (« questionnements et indicateurs », « fiche concernant la santé », mars 2009
- Fiche ASV 07-08 (pas de diagnostic préalable) [actualisée lors de la visite](#)
- Schéma des axes opérationnels de l'ASV, 2007-2009
- Schéma des réalisations en 2008 et propositions pour 2009 de l'ASV
- Compte rendu du Comité d'Orientation et d'Evaluation de l'ASV de Brest, 5 février 2009.
- Fiche documentaire, volet éducatif du CUCS de Brest Métropole, COPAS, 16 mars 2009

Deux tableaux supplémentaires ont été demandés (un tableau des instances ASV et un tableau croisant les instances ASV et les instances CUCS).

FICHE DE SYNTHÈSE DE LA VISITE SUR SITE

a) Principaux éléments du contexte

La ville de Brest est à la fois le centre de l'agglomération et du pays brestois. La ville accueille des populations socialement les plus fragiles du bassin de vie, 7% de la population de la ville vivait en 1999 sur 3 ZUS (SIG, DIV).

Les indicateurs classiques des quartiers prioritaires montrent des écarts avec le reste de la ville de façon différenciée : les dynamiques populationnelles, le tissu social, les indicateurs disponibles autour de la pauvreté sont particulièrement marqués pour certains quartiers.

Ces derniers sont dispersés dans la ville à l'inverse d'autres sites où l'on note des zones de relégations excentrées du centre de la commune correspondante.

On retiendra un certain nombre de constats dans le cadre de l'Agglomération et plus spécifiquement de la commune de Brest (CUCS 2007-2009 : 5-6) :

→ La dynamique démographique est plutôt favorable à l'échelle de l'agglomération et Brest constitue une zone d'attractivité pour les jeunes.

→ Le développement économique semble plutôt favorable sur le long terme malgré les transformations lourdes qui ont affecté les secteurs de l'agroalimentaire et les chantiers de construction navale.

→ Le revenu des ménages augmente sur le bassin de Brest de façon globale. Cependant des écarts persistent voire augmentent aussi bien à l'échelle de l'agglomération qu'au niveau infra communal sur Brest. Il existe une augmentation des bas revenus chez les personnes actives.

→ Si la part des personnes non diplômées est de 11,8% sur la zone du CUCS de l'agglomération Brest Océane, elle est proche de 30% sur les ZUS de Brest.

→ Les populations issues de l'immigration sont en faible nombre mais parfois concentrées dans certains quartiers avec des difficultés persistantes d'intégration et vivant divers processus de discrimination.

→ Malgré les efforts faits, l'accès pour tous à l'éducation, aux savoirs se fragilise.

Le CUCS met de l'avant les interactions pauvreté, isolement, mal-être, difficultés dans l'emploi et lien social induisant une perte de perspective d'amélioration possibles pour les populations.

« Le vivre ensemble dans la ville, les espaces publics et les services, nécessitent de plus en plus de régulations, d'impulsions au niveau local ».

Dans ce contexte, le CUCS où les quartiers brestois tiennent une place particulière, note que nombre de déterminants échappent à la seule action locale.

Les engagements de la ville de Brest dans le cadre du CUCS d'agglomération portent sur plusieurs axes (CUCS 2007 -2009 : 43) :

- **Citoyenneté, participation des habitants et démocratie locale** en s'appuyant sur les conseils de quartiers actifs sur l'ensemble de la ville. Le développement des démarches de quartiers depuis 5 ans contribue fortement à ces évolutions. Le soutien à la vie associative est par ailleurs un engagement historique de la ville.

- **Education à tous les âges et sur l'ensemble du temps de vie des enfants** : un projet éducatif local territorialisé par quartier est engagé depuis de nombreuses années. Les programmes de réussite éducative ont été mis en place depuis 2006.

- **Santé et action sociale** mettent en scène une évolution des compétences, des actions territorialisées sur la ville tout en ayant des interfaces avec l'agglomération et en soulignant l'implication des usagers.

Un atelier santé ville (ASV) est créé au sein du Service de Santé Publique (direction de la santé de la ville) en 2006.

- **Action sportive et culturelle** croisent les champs des solidarités, du développement social, tant en relation avec les politiques éducatives, qu'en soutien à l'expression et à la valorisation des populations, ou en relation avec les politiques d'insertion.

- **Prévention de la délinquance, sécurité et tranquillité publique** sont portées autour de l'animation du CLS, conseil local de sécurité et pour le compte de l'intercommunalité, du CISPD, conseil intercommunal de sécurité et de prévention de la délinquance.

Le champ de responsabilité de la ville de Brest autour de l'animation est précisé dans le contrat urbain de cohésion social (CUCS 2007 – 2009 : 44) :

- Assure l'animation et l'organisation de l'intervention globale sur les quartiers prioritaires en relation avec son organisation territoriale, politique et technique,

- Assure l'animation du volet éducatif sur la ville de Brest à travers le comité d'orientation du projet éducatif,

- Assure l'animation du volet santé sur la ville et l'agglomération, à travers l'instance de pilotage de l'atelier santé ville,

- Contribue par ses apports techniques à l'animation du volet prévention sécurité sur la ville de Brest et l'agglomération,

- Organise en interne de ses instances un débat annuel sur la base du rapport produit dans le cadre du Contrat Urbain de Cohésion Sociale, débat intégrant le rapport annuel d'utilisation de la dotation sociale urbaine.

A ce titre la ville de Brest organise sa représentation et participe aux instances de pilotage du contrat, s'inscrit dans, voire impulse, des dynamiques intercommunales sur des sujets particuliers (CISPD, santé, éducation ...).

On voit déjà se dessiner un maillage territorial autour de quartiers, commune, pays brestois et agglomération. Ces éléments impliquent l'intégration de l'ASV tout spécialement dans des échelles territoriales différenciées.

b) Raisons qui ont conduit à participer et expérience antérieure d'un cadre similaire d'action

La politique de la ville sur l'agglomération brestoise s'est renforcée surtout après les années 2000. L'engagement de la ville et de l'agglomération autour de la santé ont été affichés depuis le dernier contrat de ville.

Des avancées sont notées dans plusieurs champs avec le renforcement de la coordination des acteurs, une dynamique forte portée par le Service de Santé Publique, l'impulsion de la prévention dans les quartiers.

Cependant, malgré les efforts, la thématique santé semble être restée au second plan et la dynamique partenariale reste encore difficile à organiser

Ces constats expliquent le choix de la ville de Brest pour s'engager en 2006 dans la démarche ASV afin de soutenir, d'optimiser les efforts réalisés en matière de partenariats. L'objectif mentionné dans le CUCS est bien de construire un plan local de santé publique sur les quartiers prioritaires de la ville

En revanche les échelles territoriales différenciées d'intervention de l'ASV ne sont pas affichées au regard des enjeux du CUCS lui-même. A l'inverse, le CUCS présente l'ASV comme la démarche structurante pour le volet santé du CUCS.

c) Thématique(s) / Activité(s) abordée(s)

Les principales thématiques énoncées pour l'ASV sont transversales sur certains axes : observation et implication des habitants.

Du point de vue des thématiques santé, les axes portés par l'ASV au sein du Service de Santé Publique sont les suivants :

- Accès aux droits, aux dépistages et aux soins
- Santé mentale
- Alcool/ toxiques
- Alimentation
- Santé des femmes

La coordinatrice est aussi en charge de la mise en cohérence des thématiques portées par les autres porteurs de projets (promotion de la santé des adolescents, sida/ réduction des risques....).

(L'organisation territoriale des projets est portée sur 5 quartiers, avec 5 référents santé, dont la coordinatrice ASV)

d) Eléments de synthèse place de santé dans volet CUCS

Le volet santé est porté par l'élue à la santé sur la ville de Brest. Cette délégation n'existe que depuis 2001, période marquant un affichage plus marqué de la place de la santé dans le contrat de ville.

La santé dans son acception la plus large ne semble pas traverser l'ensemble du conseil municipal mais la *thématique santé mentale a influencé des dynamiques transversales*.

Dans le cadre du CUCS, la santé apparaît comme un volet clairement identifié avec des interfaces pour certaines explicites avec d'autres volets (insertion, prévention/sécurité) et pour d'autres moins explicites. Le bilan 2008 fait apparaître des avancées sur le volet « promotion de la santé ».

L'axe santé est porté par les signataires mais avec des limites et on ne peut dire aujourd'hui que la santé soit appropriée de façon transversale.

Ce manque de transversalité n'exclut pas pour autant des liens concrets qui se tissent entre la santé et d'autres volets du CUCS.

e) Principaux apports spécifiques du cadre CUCS et/ou ASV à l'action locale en santé (différence au regard de ce qui était déjà fait ou pourrait être fait sur le sujet dans ce territoire)

Les différents cadres sont structurants et permettent d'avoir des repères pour chacun des volets. Le CUCS signale aussi des interfaces tout en notant qu'elles sont sous représentées par rapport aux potentiels repérés et dans une vision de promotion de la santé au sens de la Charte d'Ottawa, qui marque pourtant le PRSP.

Ces cadres ont été rendus opérationnels depuis peu, celui de l'ASV s'est inscrit au moment où des difficultés émergeaient au sein du Service de Santé Publique. Malgré tout, les cadres ont permis de rendre opérant un certain nombre de processus. Par ailleurs, ils permettent de mettre en lumière des difficultés, des zones à investir tant au niveau de l'organisation territoriale, que des modes de pilotage et des synergies à renforcer.

Par contre, ces cadres rencontrent des limites surtout dans la mise en œuvre de la transversalité.

La fonction de coordination concernant l'ASV doit être protégée en tenant compte de son inscription dans le Service de Santé Publique, des différentes échelles territoriales à maîtriser.

La ré-organisation qui marque aujourd'hui le Service de Santé Publique doit pouvoir consolider la fonction de coordination, renforcer les concordances avec la circulaires sachant qu'aujourd'hui, l'ASV s'y inscrit de façon générale.

f) Les synergies au sein du CUCS

L'élue à la santé, le chef de projet CUCS et la coordinatrice de l'ASV sont des personnes clés pour les interfaces entre les différentes instances ASV et CUCS. Chaque mode

d'organisation est actuellement en cours de renforcement pour disposer d'instances techniques plus opérantes.

Des liens explicites sont faits entre CUCS et volet santé sur plusieurs volets comme

- santé/insertion professionnelle,
- accès aux droits/discriminations,
- précarisation et santé, droits,
- exclusion et santé (sortants de prisons),
- santé/ éducation.

Des liens se sont tissés ou se mettent en place autour de

- Santé mentale et habitat
- Alcool/toxiques et volet prévention, sécurité
- Santé et éducation, dispositif de réussite éducative.

Des interfaces potentielles sont repérées également à la lecture transversale de la programmation du CUCS :

- Alimentation et lien social (projet de jardins collectifs liant cadre de vie, alimentation, lien social) inscrit dans le volet habitat et renouvellement urbain
- Les actions inscrites au titre du volet « éducation comme les espaces festifs sans alcool ou encore parentalité, « mieux vivre ensemble »,
- Violences conjugales inscrites au registre de la lutte contre la délinquance.

g) Les synergies avec les autres institutions, dispositifs départementaux et régionaux

Les partenaires au niveau local font apparaître les différents secteurs de la santé, de l'insertion et de l'emploi, de l'éducation, du sport. On notera l'implication des élus dans le cadre du conseil local de santé mentale, la participation du CHU dans différentes instances et l'implication de représentants d'usagers autour de la santé mentale également. Les liens avec le PRE existent tout en devant être renforcés. **Ceux avec le PRU n'ont pas émergé des discussions ni dans les documents révisés.**

Les articulations concrètes se font avec la PMI, elles sont en cours avec la protection de l'enfance pour ce qui relève du Conseil Général.

Les liens avec l'agenda 21 (2006) porté par le Conseil Général du Finistère n'apparaissent pas.

Un groupe départemental « PRAPS » existe depuis 2001 et permet de réunir les principaux partenaires autour de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations en situation de précarité.

Les synergies régionales sont explicites dans les thématiques retenues sur le site de Brest : elles s'inscrivent au sein des axes prioritaires du PRSP et du PREPS (programme régional éducation/promotion de la santé). Du point de vue de l'ingénierie en promotion de la santé, il semble exister des espaces à investir.

Les articulations avec le SROS n'ont pas émergé des entretiens. Cependant, la thématique santé mentale peut offrir des interfaces de même que la thématique autour des addictions et du soin au CHU.

h) Principaux atouts pour l'action locale en santé

Brest est une commune où le tissu d'acteurs est fort, dense, diversifié. Les engagements autour de la santé que ce soit au niveau des déterminants ou d'actions ciblées « santé » sont multiples. Cette vitalité est alors complexe pour repérer les différentes initiatives, comprendre les logiques d'acteurs, comprendre les micros contextes dans lesquels ils s'intègrent.

Un certain nombre d'atout ressortent de l'analyse des documents et de la visite sur site. On citera en particulier :

- Un engagement historique autour de la santé
- Des cadres structurants
- Des partenaires engagés autour de la lutte contre les exclusions,
- Un investissement fort de la ville autour du lien social qui traverse l'ensemble de la politique municipale
- Des actions existantes autour de multiples thématiques en matière de santé avec la nécessité de renforcer les articulations et les décroissements
- Des volets santé investis autour de la thématique alcool/ toxiques (il existe un plan alcool sur la ville de Brest
- Une thématique « santé mentale » qui réunit des différents élus, le champ de la prévention et du soin et qui peut faire évoluer la notion de transversalité dans d'autres champs.
- Un engagement important pour la construction d'un observatoire.

Pour l'ASV, l'année 2008 a été une année de remise à plat des actions menées au titre de l'ASV (transversales ou territoriales), avec une équipe de référents territoriaux qui ont en charge les actions de santé sur les différents quartiers prioritaires de Brest.

Des appuis au niveau de la Métropole en termes d'ingénierie sont aussi à noter.

i) Principales limitations du cadre CUCS et/ou ASV pour l'action locale en santé

→ Des clarifications importantes nous semblent devoir être apportées au regard des différents documents analysés : parle-t-on de politique locale de santé publique, de plan local de santé publique, ou d'éducation pour la santé ?

→ Si les thématiques sont en cohérence avec le PRSP, le PREPS, la déclinaison méthodologique de la promotion de la santé promut dans le PRSP n'apparaît pas, posant la question des moyens mis en œuvre pour cette appropriation.

→ La déclinaison opérationnelle du CUCS énonce une série d'axes de travail concrets qui paraissent très ambitieux au regard de la dimension court terme du CUCS, des moyens mobilisables à l'époque et des changements institutionnels que ces orientations supposent.

→ Le désir de transversalité affiché dans les documents et les différents entretiens semble se heurter entre autres facteurs aux modalités de financement.

→ Les difficultés du Service de Santé Publique depuis 2006 ont impacté certaines actions, la montée en charge de l'ASV et les liens avec le CUCS.

Le travail effectué en 2008 et la ré-organisation actuelle du service permettront de reprendre en main le volet santé avec les enjeux et perspectives signalés plus avant.

→ L'implication des partenaires autour de la santé ne semble pas acquise au sein du CUCS et relève de différents facteurs qui viennent en résonance aussi avec les difficultés rencontrées par le service porteur de l'ASV. Aujourd'hui tout particulièrement, les évolutions réglementaires entraînent aussi des positions de replis.

→ Une série d'enjeux territoriaux concernant l'ASV et le CUCS constituent actuellement des zones à clarifier aussi bien en termes de contenu que de moyens à affecter.

j) Evaluation globale de la pertinence et de l'efficacité du cadre CUCS et/ou ASV

Ces éléments doivent être perçus au regard de processus relativement récents ; ils nous semblent pertinents. L'ASV s'inscrit et renforce son degré de cohésion avec la circulaire. Le dépassement des limites signalées à différents niveaux, l'appui sur les avancées notées devraient rendre ces cadres plus opérants.

k) Perspectives et enjeux

Ces perspectives et enjeux relèvent de niveaux différents. On notera tout spécialement les points suivant:

- La clarification et l'engagement autour d'un plan local de santé publique au-delà de l'éducation pour la santé.
- Le renforcement de l'engagement des partenaires décisionnels autour de la santé dans le cadre du CUCS.
- La consolidation du service porteur de l'ASV et la clarification des missions de ce dernier en interface avec les autres niveaux territoriaux.
- Le renforcement des interfaces initiées avec les différents volets du CUCS tout en les croisant avec celles du niveau régional.
- La consolidation de l'observatoire
- Le renforcement l'implication des habitants aussi bien dans l'identification des problématiques que dans leurs modes de résolution.
- La perspective d'un ASV au niveau de l'agglomération pourrait être discutée

**ELEMENTS GENERAUX CONCERNANT LE CONTRAT URBAIN SOCIAL SITE DE BREST, DONNEES DE CADRAGE
(Source : SIG de la DIV)**

Contrat Urbain de Cohésion Sociale Brest Métropole Océane

[France](#) > [Région Bretagne](#) > [Département Finistère](#) >

Population du CUCS : **149 649 habitants**, dont 10 177 (7%) sur 3 ZUS

Superficie du CUCS : **4 894 ha**, dont 66 ha (1%) sur 3 ZUS

Composition communale (1) : [Brest](#)

Contrat de Ville (1) : [Brest](#)

ZUS (3) : [Kérourien](#), [Kérédern](#), [Pontanezen](#)

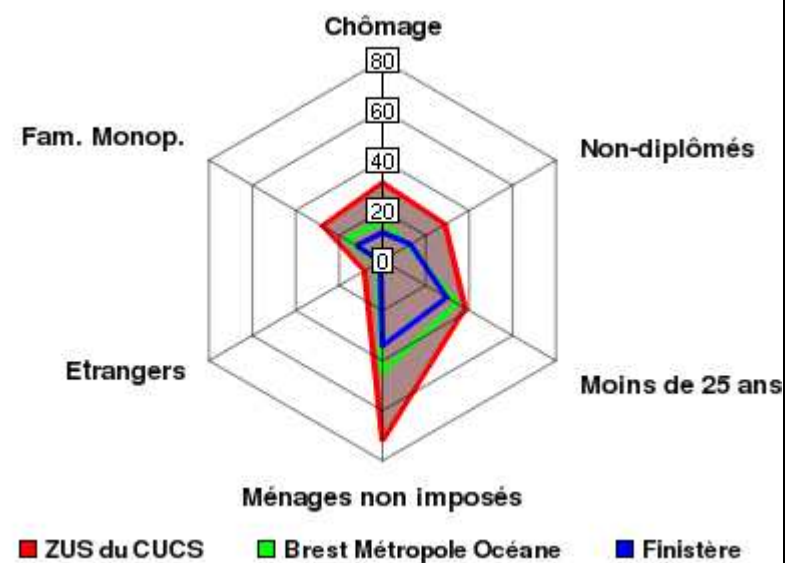
Autres Quartiers Prioritaires (9) : [Bellevue](#), [Kerbernier](#), [Kérangoff](#), [Lambézellec Bourg](#), [Pen Ar Créarch](#), [Queliverzan](#), [Recouvrance](#), [Saint-Martin](#), [Saint-Pierre](#)

Quartiers en rénovation urbaine (1) : Convention n° 169 : ZUS Pontanezen.

Dispositifs de la Politique de la Ville (8): 1 ML, 1 ASV, 1 PLIE, 1 CLS, 3 GUP, 1 PRE

Profil Général

	ZUS du CUCS	CUCS Brest Métropole Océane <i>Brest Métropole Océane</i>	ZUS du département <i>ZUS du département</i>	ZUS de la région <i>ZUS de la région</i>
Chômage (1999)	31.0 %	15.9 %	29.0 %	23.0 %
Non-diplômés (1999)	28.9 %	11.8 %	26.5 %	24.5 %
Moins de 25 ans (1999)	38.2 %	34.3 %	37.5 %	37.5 %
Etrangers (1999)	8.4 %	2.0 %	8.5 %	7.5 %
Familles monoparentales (1999)	27.7 %	16.9 %	30.7 %	26.9 %
Locatifs HLM (1999)	85.6 %	20.1 %	77.8 %	64.6 %
Ménages non-imposés sur revenus (2005)	63.5 %	41.8 %	61.2 %	52.1 %
Bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (2006)	23.2 %	10.4 %	24.1 %	21.3 %



*Sources INSEE RP 1999/DGI 2004 (données fiscales)/ Min. de
l'Intérieur (2005) / Min. de l'Educ. Nat. (2004) / CNAM (2006*

Commentaires :

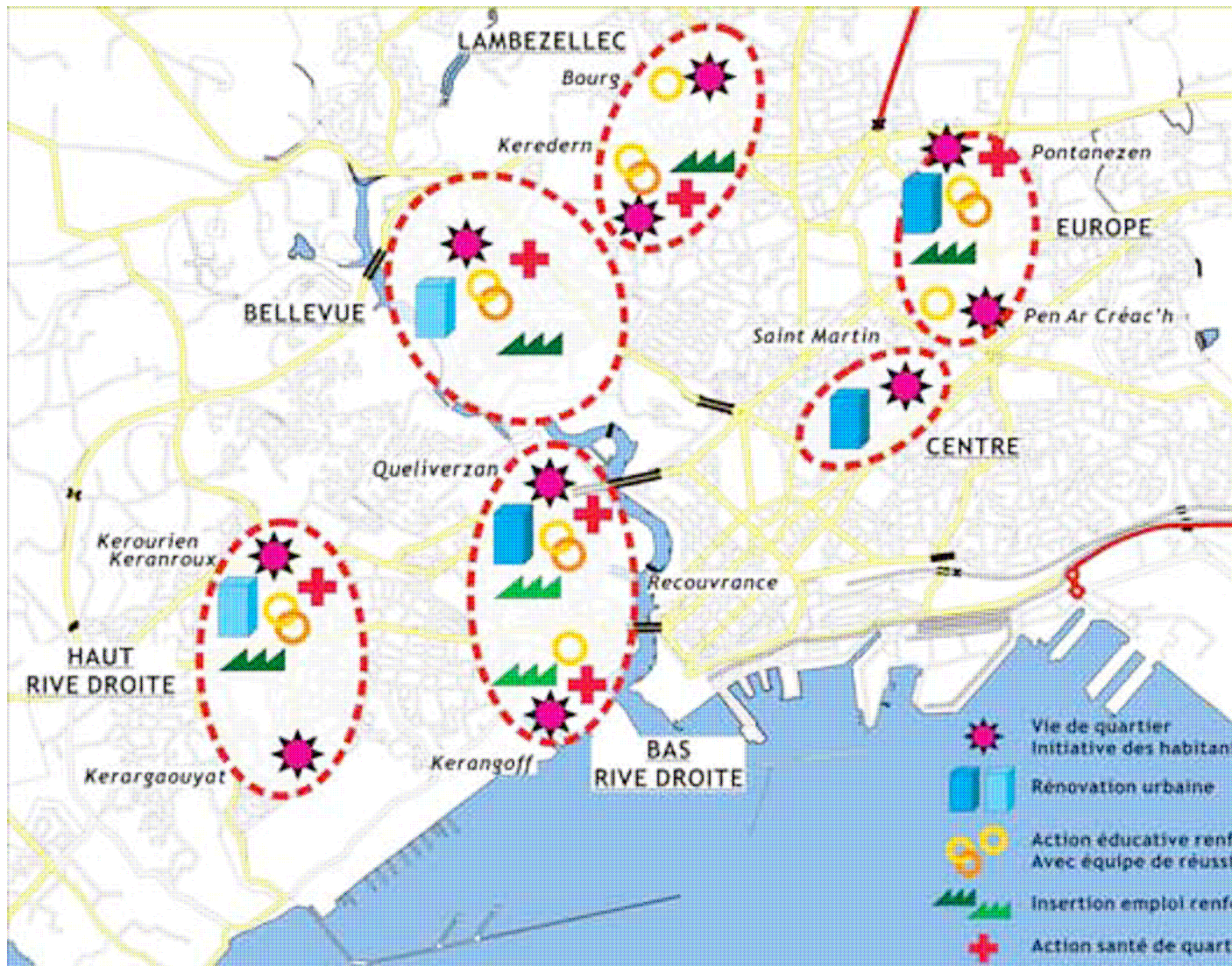
Les écarts constatés entre les ZUS du CUCS de Brest et de l'agglomération les plus notables portent sur le taux de chômage, le taux de personnes non diplômées, le pourcentage de personnes étrangères et le taux des logements HLM.

Ces moyennes cachent des situations particulières au niveau infra communal. Certains éléments du CUCS permettent ainsi de noter des déterminants négatifs particulièrement marqués sur certains quartiers classés en priorité 1 : Pontanézen, Kéréderen, Kérourien / Valy-Hir). Les écarts ou tendances dans le temps ne sont pas toujours chiffrés.

La géographie prioritaire du CUCS de Brest est constituée de micro-quartiers

où se lit une concentration d'indicateurs de fragilité sociale.

Tous situés sur Brest intra-muros, ils comptent environ 42 000 habitants.



1^{ère} priorité

(9350 habitants)

2^{ème} priorité

GRAND LAMBE	Kéréderne	Lambézellec
EUROPE	Pontanézen	Kerbernard / Petit Paris
HAUT R-D	Kérourien / Valy-Hir	Saint-Pierre
BAS R-D		Kérangeoff
		Quéliverzan
		Recouvrance - Pontaniou
BELLEVUE		Quizac
		Le Bergot
		Kergoat Ouest

		Kerbernier
--	--	------------

Quelques extraits du CUCS 2007 – 2009 viennent illustrer les écarts entre les quartiers et comparer les taux avec ceux de la ville s'ils sont disponibles :

→ Pontanézen vient en tête pour tous les indicateurs de priorité avec des écarts notables en comparaison avec la ville (CUCS 2007-2009 : 49- 52)

Ce quartier connaît :

- Le plus fort taux de chômage des quartiers prioritaires bretons.
- Près du tiers des familles ont des adultes sans emploi.
- Un quart des salariés ont des emplois précaires.
- Les revenus fiscaux sont les plus bas de Brest.
- Le taux de retard scolaire à l'entrée en CM2 est deux fois supérieur à la moyenne brestoise
- Près de la moitié des jeunes sortis du système scolaire n'avait pas de diplôme en 99
- Plus du tiers des ménages ne disposait pas de véhicule en 99.

→ Sur le quartier de Kéréderm :

- La population diminue (- 10% au recensement de 1999 avec une tendance selon le CUCS qui se confirme)
- La part de la population vivant sous le seuil de bas revenus augmente
- *Les enfants vivant sous le seuil de revenus bas représentent 67 % des enfants sur le quartier d'après les données du CUCS ; il est de 22% sur la ville.*

→ Sur les quartiers de Kérourien / Valy-Hir, inclus dans « les quartiers du Haut de la Rive Droite »

- La population est jeune : les moins de 20 ans étaient de 10% plus important en 1999 que le taux de la ville.
- Le vieillissement de la population est marqué sur certains quartiers.
- La population d'ouvriers est de 75% contre 50% pour la ville.
- Les revenus des ménages montre des taux de 28% pour Kérourien / Val-Hir et tend à augmenter dans le temps.
- *Les enfants vivant sous les seuils de bas revenus représentent 46% pour Kérourien/Val-Hir.*

Ces quelques illustrations démontrent l'importance de pouvoir disposer de données au niveau infra communal bien sûr. Elles marquent aussi des tendances négatives particulièrement préoccupantes au regard des enfants.

1) Bref historique de la démarche ASV et de la place de la santé sur le territoire

La démarche ASV de Brest est née en 2006 pour soutenir la coordination des acteurs et actions de santé. Elle est intégrée au Service de Santé Publique (SSP) de la ville de Brest.

La ville est adhérente au réseau ville OMS depuis 1994. Le document du CUCS 2007-2009 rappelle la forte impulsion politique au niveau de la ville qui organise son SSP en 1998/1999 pour impulser une politique de santé sur la commune.

La santé est déjà explicitée dans le contrat de ville de l'Agglomération brestoise 2000 – 2006 ; elle apparaît dans la lignée de la Loi contre les exclusions du 29 juillet 1998. *Elle ne fait pas partie des axes principaux* mais apparaît dans un des axes complémentaires, (toujours d'après la même source ces axes complémentaires ne sont pas considérés comme secondaires, mais traversent d'une part les autres volets du contrat de ville et d'autre part, comportent, comme la santé son réseau d'acteurs et sa propre cohérence).

Les objectifs concernant la santé sont définis (extrait du contrat de ville 2000 – 2006 : 41) :

« L'objectif en ce domaine est de rendre lisible et cohérente, dans le long terme, l'action publique en matière de santé des publics défavorisés. La coopération entre tous les acteurs permettra d'être plus pertinent dans le choix des actions à soutenir et de construire un outil rapidement mobilisable et réactif aux orientations régionales des S.D.R.O.S. et des P.R.A.P.S ».

Les grandes lignes d'action consisteront à:

- Evaluer et identifier les besoins en termes de santé
- Faire prendre en compte les enjeux de santé dans l'ensemble des actions du Contrat de Ville.
- Animer et coordonner les actions santé en fédérant les institutions et les associations d'usagers

Des modalités d'organisation sont annoncées : un groupe technique est piloté par le SSP de la ville de Brest et regroupe les institutions telles que DDASS, CPAM, DPAS (Direction de la Protection et de l'Action Sociale), CRAM, CHU, et Commission Locale d'Insertion.

Des fiches programmes montrent un degré de formalisation et un désir d'opérationnalisation effectif :

Ces fiches font référence aux « actions d'éducation sanitaire en direction des publics », des « actions de prévention et de dépistage en direction des publics prioritaires », des « actions visant à assurer l'accès des publics prioritaires aux soins préventifs et curatifs ». L'articulation entre le sanitaire et le social est rappelée et la fonction d'observation d'évaluation et le renforcement des compétences en santé publique apparaissent également.

→ L'implication des habitants fait aussi partie des axes transversaux annoncés dans ce contrat de ville.

→ Le territoire d'intervention explicite un double niveau :

- Agglomération → définition et mise en œuvre des principales démarches thématiques,
- Commune → secteurs prioritaires pour le traitement des difficultés liées à la concentration de populations en situation précaire sur certains territoires urbains.

On notera aussi la création en 2002 d'un comité de pays de lutte contre les exclusions (CLLE) l'échelle du pays de Brest avec des déclinaisons locales.

Si la politique de la ville s'est considérablement renforcée par rapport à la période précédente (Communauté Urbaine de Brest Politique de la ville, caractérisation du système d'actions (2000- 2003), janvier 2005 : 58 – 59), la santé est toutefois restée au deuxième plan dans le contrat.

Le CUCS 2006 – 2009 rappelle ainsi les avancées et limites sur la thématique santé (CUCS 2006-2009 : 27)

« La période précédente a permis la formalisation de la coordination des acteurs l'organisation des grands enjeux de santé dans un objectif commun de cohésion sociale, et d'impulser une animation d'éducation et de prévention sur les quartiers. Les actions soutenues ont concerné l'ensemble des 7 objectifs de départ : réduction des inégalités de santé, promotion de l'éducation à la santé, soutien au rapprochement des services, amélioration de l'accès aux soins, articulation entre le sanitaire et le social, promotion des habitants acteurs de leur santé, observation / connaissance et évaluation des actions.

Toutefois malgré son dynamisme et la pertinence des actions, cette thématique est restée secondaire et sans réelle organisation politique partenariale ».

La décision de créer un atelier santé ville est prise à cette époque :

*....« C'est pourquoi la ville de Brest et ses partenaires se sont engagés en 2006 dans la mise en place d'un **atelier santé ville** qui devrait permettre d'optimiser l'ambition d'un véritable programme local de santé publique sur les quartiers et consolider les dynamiques partenariales engagées ».*

Le CUCS ré-affirme donc la santé comme un volet à part entière avec la promotion « **d'un projet local de promotion et d'éducation à la santé pour améliorer le bien-être et la qualité de vie des habitants** ».

Les enjeux sont explicités, ils reprennent et complètent les orientations du dernier contrat de ville (CUCS 2007 - 2009: 27- 28):

** Améliorer la connaissance et l'état de santé et de bien être de la population de l'agglomération,

** Donner plus de cohérence et de lisibilité aux actions d'éducation et de promotion de la santé,

** Conduire les actions de prévention et d'éducation à la santé au plus près des habitants dans les quartiers prioritaires par le biais notamment des pratiques de santé communautaire,

** Continuer et accentuer les actions dans le domaine de la prévention des consommations alcooliques et de produits toxiques,

** Constituer un conseil local de santé mentale.

On notera qu'au fil du temps et dans les différents documents, les terminologies utilisées tout en ré-affirmant une volonté politique, placent le champ de la santé dans des perspectives différentes :

On retrouve ainsi la volonté de consolider une *politique locale de santé*, de construire un *plan local de santé*, puis on énonce un *volet promotion de la santé/ éducation pour la santé*.

Sans avoir pu réellement creuser cette question, elle doit nous interpeller car les termes promotion de la santé et éducation pour la santé sont souvent utilisés de façon interchangeable. La promotion de la santé dans son approche méthodologique n'est pas lisible dans les documents hormis celui du PRSP de Bretagne.

Par ailleurs, si l'éducation pour la santé est une composante indispensable, elle ne peut résumer à elle seule une politique de santé centrée sur la réduction des inégalités de santé sociale et territoriales.

Cette remarque appelle sans doute une meilleure lisibilité dans les différents documents, elle peut aussi appeler à une réflexion qui engage à clarifier les concepts et stratégies qui sous-tendent une politique de santé au niveau local. Tout en prenant en compte les limites des informations disponibles, un certain nombre de difficultés rencontrées dans le développement du volet santé du CUCS peuvent aussi être liées à ce manque de clarification.

→ Les années 2006, 2007 et 2008 sont marquées par des périodes de turbulences institutionnelles. Le Service de Santé Publique est particulièrement touché avec des ruptures de postes, un renouvellement des $\frac{3}{4}$ des acteurs, une rupture sur le premier poste de la coordination ASV.

Les difficultés internes sans doute liées aussi à des facteurs externes ont entraîné des difficultés sur le maintien de certaines missions, la montée en charge de l'ASV.

Ces difficultés émergent aussi dans un contexte où les missions du Service de Santé Publique et de l'ASV sont d'abord communales mais avec des missions qui de fait, sont engagées sur certains volets au niveau de l'Agglomération. Actuellement, la difficulté de ces interfaces et des engagements à différents niveaux territoriaux est palpable au niveau de l'ASV.

La recomposition de l'équipe se réalise courant 2008 et début 2009.

Les défis à relever concernent non seulement le SSP, mais aussi d'autres services de la ville et institutions, l'ensemble du réseau de partenaires, dans le cadre des changements réglementaires en cours actuellement tout spécialement.

On voit donc à travers cet historique :

- Des cadres structurant une politique de la ville en matière de santé publique qui nous semble devoir être clarifiée
- Une volonté politique pourtant affirmée depuis des années autour de la santé mais difficile à opérationnaliser,
- Un axe qui s'est structuré surtout autour du volet lutte contre la délinquance,
- Un volet orienté actuellement vers l'éducation pour la santé
- Des partenaires par ailleurs engagés autour de la lutte contre les exclusions,
- Des maillages territoriaux complexes à conjuguer (compétences respectives, jeux d'acteurs...),
- Des effets issus de la décentralisation, des évolutions réglementaires actuelles à prendre en compte avec des opportunités mais aussi des replis de certaines institutions.

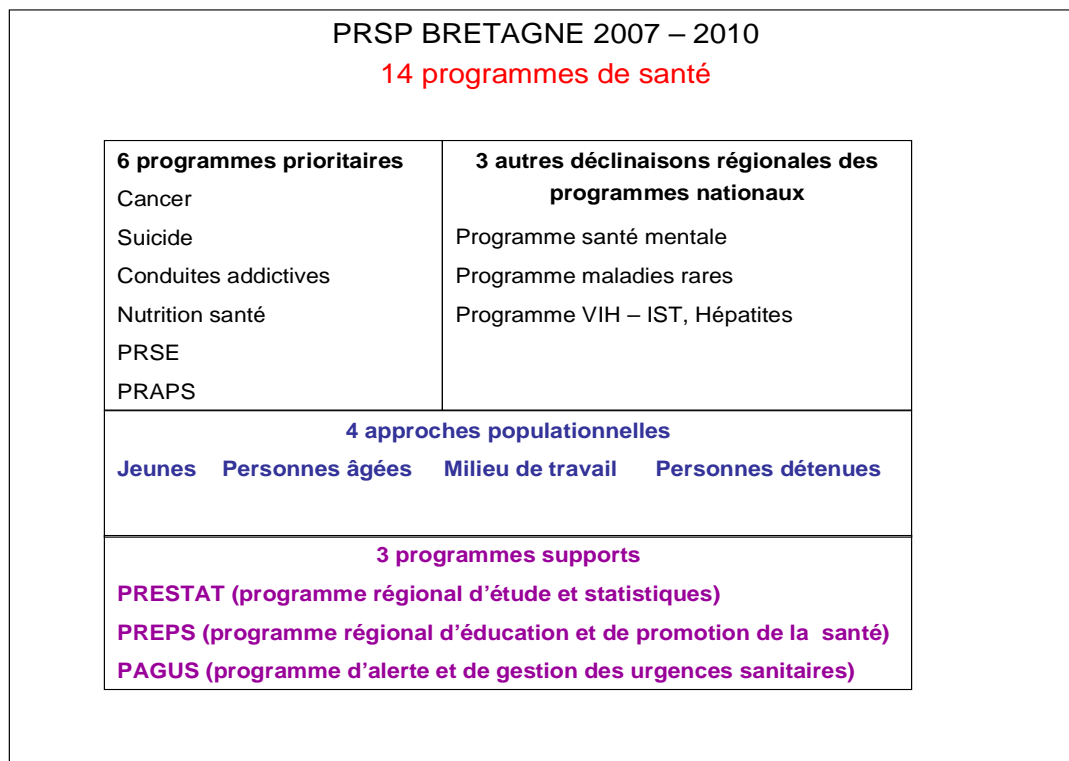
Pour l'ASV, l'année 2008 a été une année de reprise en main avec une remise à plat des actions menées au titre de l'ASV (transversales ou territoriales), avec une équipe de référents territoriaux qui ont en charge les actions de santé sur les différents quartiers prioritaires de Brest.

2) Diagnostics de référence et données sanitaires et sociales jugées pertinentes pour le territoire considéré

Il n'y a pas eu de diagnostic santé à proprement parler sur les quartiers prioritaires.

Les diagnostics auxquels on fait référence pour le volet santé du CUCS 2009 – 2010 sont ceux engagés dans le cadre du diagnostic du PRSP de Bretagne et celui de l'agglomération dans le cadre du CUCS qui présente le contexte général des quartiers prioritaires et les déterminants qui influencent la santé sont très explicites sur nombre de champs. Des enquêtes ponctuelles ont par ailleurs été réalisées.

A → Le PRSP apporte des éléments de compréhension sur les priorités régionales avec des données objectives au niveau régional et différents programmes à décliner localement (PRSP 2007-2010 : 51):



Ces priorités sont pour la plupart chiffrées et l'on voit déjà se structurer au niveau régional la consolidation des données. Celles-ci sont centrées sur des pathologies et sont essentiellement quantitatives. Les déterminants qui apparaissent permettent d'avoir des zones de repères pour orienter l'action locale mais le niveau régional comporte à la fois un cadre structurant, à la fois des limites pour développer au niveau local des politiques de santé.

Au-delà des éléments de connaissance, les principes méthodologiques promus par le PRSP de Bretagne méritent d'être soulignés car ils mettent explicitement de l'avant le cadre méthodologique de la promotion de la santé au sens de la Charte d'Ottawa (intervenir simultanément sur différents axes autour d'une problématique particulière), souligne l'importance des démarches ascendantes, insiste sur un triple approche : territoriale, populationnelle et thématique. L'approche territoriale intègre en Bretagne la notion de pays (comme le pays brestois par exemple). Le PRSP encourage les innovations. Le lien avec le développement durable est explicite.

La déclinaison du PRSP peut être jugée difficile par certains acteurs et les conditions de son appropriation n'apparaissent pas suffisamment dans le document. De fait, travailler

selon les approches méthodologiques de la promotion de la santé demande de mettre en place des conditions ad hoc pour l'appropriation de son ingénierie.

B → Les éléments de diagnostic dans le cadre du CUCS :

Les éléments disponibles de diagnostic et traités au niveau de l'agglomération sont quasiment inexistantes (CUCS 2007 -2009: 27) :

Les éléments disponibles sont ceux du niveau national ou régional, qui précisent entre autre la situation de l'ouest breton autour de la mortalité prématurée : suicides, cancers du poumon et des voies aéro-digestives, pathologies liées à l'alcoolisme, maladies cardio-vasculaires, accidents de voies publiques et domestiques, sida.

Les données sur l'arrondissement santé de Brest viennent préciser certaines informations avec une surmortalité de + 9% par rapport à la moyenne régionale qui se caractérise par :

- Une plus grande proportion de cancers de la trachée (+15% par rapport à la moyenne régionale), des bronches et du poumon (+46%) et des voies digestives supérieures (+25%),
- Plus de décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire (+5%).
- La mortalité liée aux accidents de la circulation est toutefois plus faible que la moyenne régionale avec une sous-mortalité par accidents « voie publique » de l'ordre de -36%.

Par rapport à la moyenne de la Bretagne, on retrouve un Indice moyen pour le suicide, l'alcoolisme, le cancer colorectal et le cancer du sein.

Ces données, tout en restant partielles, donnent des points de repères pour cibler les orientations en matière de prévention, de soins. Elles font appel à des déterminants qui dépassent le champ des habitudes de vie et sont en particulier à replacer pour certaines avec l'environnement et les milieux de travail qui caractérisent l'ouest breton dans son passé et son actualité.

B1 → Localement, des approches partielles de l'état de santé, du recours à la prévention et aux soins de la population ont pu préciser certains champs par des études locales et par l'analyse de certaines actions.

a) Les diagnostics dentaires des enfants des écoles ont mis en évidence des écarts importants entre les quartiers les plus pauvres et le reste de la ville quant à la présence de caries lors de ce dépistage systématique en primaire. Pour autant le passage aux soins malgré des actions fortes d'incitation et de prise en charge ne parvient pas à modifier véritablement la situation. Ces constats ont permis d'enclencher des actions, qui aujourd'hui permettent l'accès effectif aux soins pour un certain nombre d'enfants.

b) Les freins à l'insertion liés à la santé sont de plus en plus souvent repérés, qu'ils s'agissent de souffrance psychique, des conséquences de consommations toxiques, ou de maladie handicapantes diverses.

c) Les freins à l'accès aux soins ont fait l'objet d'une étude en 1999 qui demanderait à être réactualisée. De fait, les déterminants influençant cet accès aux soins ont évolué et leur connaissance actualisée doit pouvoir orienter les réponses d'aujourd'hui.

B 2 → Les diagnostics sur les territoires prioritaires :

Le CUCS donne des informations concernant les quartiers prioritaires. Il met de l'avant une série de déterminants de façon différenciée selon les quartiers (chômage, niveau de revenus, retards scolaires, jeunes sans diplômes, mobilité résidentielle, cadre de vie, logement, action éducative, équipement, degré d'enclavement de certaines zones, opérations de rénovations urbaines, processus de disqualification, etc....)

Des liens explicites sont faits sur plusieurs volets comme santé/insertion professionnelle, accès aux droits/discriminations, précarisation et santé, droits, exclusion et santé (sortants de prisons), santé/ éducation.

C → D'autres diagnostics ou éléments d'enquête et d'observation complètent ou illustrent des champs particuliers :

**** Le rapport de l'ONZUS 2008 est cité.**

**** L'enquête menée autour de la santé des étudiants en 2007 (FNORS, USEM, Ministère de la santé de la jeunesse et des sports : (<http://www.orsb.asso.fr>))** apporte des

éclairages sur les conditions de vie, la souffrance psychologique, les consommations d'antidépresseurs ou de tranquillisants, de produits illicites et licites (alcool, tabac), la sexualité, les troubles du sommeil et leur connaissance des ressources universitaires en matière de santé. A noter les implications avec l'Université de Rennes.

**** Une enquête a été réalisée sur le temps libre de l'ensemble des collégiens brestois** (public & privé, de la 6 à la 3ème) en partenariat avec l'Education Nationale et avec un appui sociologique au sein de la mission PEL31. Différents types de données sont disponibles en particulier sur les rythmes de vie, le temps passé devant les écrans, ainsi que sur les relations garçons-filles (<http://www.pel-brest.net>). Ces données seront approfondies en fonction des résultats bruts.

**** Un profil santé est en cours d'élaboration sur Brest.** Ce processus a fait l'objet de conventions signées entre d'ADEUPA³², opérateur technique et deux fournisseurs de données : la CPAM et l'ADEC³³. De plus, certaines données ont été achetées auprès de l'ORSB. L'idée est de pouvoir actualiser les données tous les 2 ans.

Les premières données permettent soit de pointer des déterminants marqueurs de précarité soit de préciser des données sur la morbidité, mortalité, recours aux services, etc.

Certains indicateurs sont particulièrement intéressants pour orienter les actions et mesurer les évolutions à terme comme sur les dépistages de masse. Les données interpellent les acteurs pour identifier les freins à l'accès aux dépistages, innover dans les stratégies d'intervention.

**** L'observatoire doit aussi intégrer un recueil plus précis au niveau de l'enfance** avec un travail qui avait été initié avec l'Education Nationale et le Conseil Général. Il semble que sur cet aspect les priorités ne convergent pas toujours puisque pour l'Education Nationale, la priorité reste centrée sur les visites des 6 ans.

Des données sont disponibles et peuvent permettre des comparaisons à l'échelle locale et nationale (bucco-dentaire, IMC en particulier. Par contre, leur mise à disposition semble poser problème de façon à intégrer des indicateurs pertinents dans l'observatoire.

³¹ Projet Educatif Local

³² Agence de développement et d'urbanisme du Pays de Brest

³³ Association pour le Dépistage des Cancers

** L'observatoire explore aussi l'**exploitation future du Score Epice**³⁴ utilisé dans les centres d'examen de santé.

** Enfin, **L'enquête santé mentale lancée au niveau national** par le Centre collaborateur de l'OMS a inclut le site de Brest.

Les résultats seront utilisés sur les quartiers et le désir d'enclencher un diagnostic partagé avec les habitants sera sans doute l'occasion de mettre à jour des problématiques non ou insuffisamment lisibles, de mieux comprendre les déterminants et freins concernant l'accès à la santé en termes de qualité de vie. Le SSP souhaite par ailleurs développer ce diagnostic perceptuel dans les quartiers où il intervient tout spécialement.

Au total

→ Les actions mises en place au fil du temps se sont tissées au regard des priorités identifiées par les professionnels et des initiatives en cours, des ressources locales déjà en mouvement. Ce processus explique pour partie le déploiement de thématiques sur certains quartiers et pas sur d'autres à ce jour. Nous verrons que la ré-organisation du service devra prendre en compte comment développer de façon synergique sur l'ensemble des territoires prioritaires certaines thématique, tout en laissant suffisamment de flexibilité pour identifier aussi des actions particulières, des innovations sur des territoires spécifiques. Un diagnostic partagé avec les habitants est en cours de réflexion ; il permettrait sans doute d'affiner les questions de santé, de mieux comprendre les déterminants, de mettre en scène les atouts et les freins en matière d'accès à la prévention et aux soins, de préciser les ressorts existants, etc. Cette approche permettrait ainsi de croiser connaissance et dynamique locale alors qu'on réduit trop souvent la notion de diagnostic à des données objectivées.

→ Les différentes sources de données mettent de l'avant les complémentarités entre les niveaux territoriaux du régional au local qui permet d'affiner les questions problématiques, les déterminants qui y sont liées, les ressources, etc.

³⁴ Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

On note que la question du recueil d'informations opérantes est une préoccupation datant déjà du dernier contrat de ville d'après les documents disponibles.

Aujourd'hui, la mise en place de l'observatoire est valide, complexe au regard de la mise en cohérence des différentes études, enquêtes, du choix des indicateurs pertinents et de la contribution de différents partenaires pour construire une base de données articulées. Elle permet peu à peu de clarifier des priorités.

Diagnostic couplé à la mise en œuvre d'observatoire semble être une situation idéale mais elle n'est pas réalisable sur un certain nombre de sites. Dans le cas de Brest, la mise en place de l'ASV s'est fait dans un contexte où les conditions n'étaient pas non plus réunies pour réaliser un diagnostic. La question de l'outillage des équipes locales est donc impérative.

A ce jour, la reprise en main de l'ASV, le mouvement opéré dans le cadre du CUCS permet de pointer ces éléments de méthode et doivent permettre d'apporter des réponses les plus ajustées possibles.

L'ASV à ce jour s'inscrit dans l'histoire du Service de Santé Publique. Il vient à la fois renforcer des actions de prévention sur un territoire, doit aussi tenir compte d'échelles territoriales telles que l'intercommunalité et l'agglomération. Il est en charge de thématiques transversale telle que l'observation, l'implication des habitants et doit être garant de la mise en cohérence des actions classées sous une rubrique « quartiers prioritaires » qui recouvre des projets de prévention portés par une équipe, constituée au total de 5 référents, dont la coordinatrice.

3) Positionnement politique, modalités d'organisation du volet santé du CUCS

La place des élus et la santé

Le volet santé est fortement porté par l'élue à la santé sur la ville de Brest. Cette délégation n'existe que depuis 2001, période marquant un affichage plus marqué de la place de la santé dans le contrat de ville. Par contre, il n'y a pas d'adjoint à la politique de la ville, faisant supposer que chacun des adjoints porte dans son champ de compétence les croisements politique de la ville et de droit commun.

Il existe par contre une adjointe en charge de la coordination de l'activité municipale, organisation qui devrait faciliter les interfaces entre les différentes compétences et renforcer la synergie de l'action municipale de même que dans le cadre du CUCS.

La santé dans son acception la plus large ne semble pas traverser l'ensemble du conseil municipal. Par contre, la *thématique santé mentale a influencé des dynamiques transversales*. Ainsi les élus en charge du logement, de l'action sociale, de la tranquillité publique, du handicap sont partie prenante dans ce champ qui génère aussi une dynamique intercommunale.

Ce point d'ancrage nous paraît intéressant à explorer pour engager d'autres transversalités sur différentes thématiques ;

Dans le cadre du CUCS, la santé apparaît comme un volet clairement identifié sous la rubrique « promotion de la santé » avec des interfaces pour certaines explicites avec d'autres volets du CUCS (insertion, alcool, toxiques) et pour d'autres moins explicites.

Le bilan 2008 fait apparaître des avancées sur le volet « promotion de la santé », et ce, malgré les difficultés mentionnées antérieurement.

→ L'axe santé est porté par les signataires mais avec des limites et on ne peut dire aujourd'hui que la santé soit appropriée de façon transversale.

A ceci, plusieurs hypothèses en interaction :

- Une impulsion politique partagée autour de la santé qui semble devoir être forgée,
- Un manque de vision partagée de la promotion de la santé au sens de la Charte d'Ottawa,
- Un repositionnement de certains signataires comme le Conseil Général même si en pratique il reste présent
- Des difficultés récentes au sein du Service de Santé Publique qui n'ont pas permis de s'impliquer dans les différentes instances du CUCS de façon constante depuis 2006. Ce point néanmoins ne peut suffire à expliquer le manque d'appropriation de la thématique santé de façon transversale puisque depuis 2000, ce souhait est explicite.

Ce manque de transversalité n'exclut pas des liens concrets qui se tissent entre la santé et d'autres volets, des opportunités à développer comme nous le verrons.

La ré-organisation actuelle des services, place de la coordinatrice ASV et liens avec le CUCS

Le Service de Santé Publique de la ville des Brest est en cours de réorganisation avec une période complexe à gérer depuis 2006. Le deuxième recrutement concernant la fonction de coordination a été effectif en janvier 2008. Le responsable du service a quitté ses fonctions en début d'année, un recrutement est en cours. Le Directeur a également changé.

Le Service de Santé Publique porte différentes actions, croise approche thématique, populationnelle et territoriale.

Certains axes de travail sont propres au SSP, d'autres sont spécifiquement appuyés par la démarche ASV comme le précise le tableau ci-dessous (*à prendre avec précaution puisqu'une ré-organisation des services est en cours*).

:

Service de Santé Publique de la Ville de Brest		
<u>Chef de Service</u> : Jean-Denis MARIN		
<u>Diététicienne vacataire</u> : Lucie CONSTANTIN		
<u>Accueil - secrétariat</u> : Yvette CHOISY		
CHARGEES DE PROJETS EN EDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTE		
Personnes de référence	Territoire	Thématiques
Lucile BOURLOT	EUROPE	<ul style="list-style-type: none"> - Atelier Santé Ville (<u>ASV</u>) - suivi du groupe observation de la santé (<u>Axe 1</u> de l'ASV) - synthèse des projets de territoires (dont alimentation) (<u>Axe 2</u> de l'ASV) - suivi du groupe accès aux soins (<u>Axe 3</u> de l'ASV)
Gaëlle CADIOU	GRAND LAMBEZELLEC	<ul style="list-style-type: none"> - programme prévention alcool toxiques (<u>Axe 4</u> de l'ASV) - réflexion et propositions sur la promotion de la santé à l'adolescence - promotion des activités physiques et sportives et santé / quartiers
Carine HERNOT	QUATRE MOULINS	<ul style="list-style-type: none"> - programme d'éducation bucco-dentaire (<u>Axe 2</u> de l'ASV) - conseil local de santé mentale (<u>Axe 5</u> de l'ASV)

		- collectif SIDA et réduction des risques
Anne LE CONTELLEC	SAINTE PIERRE	- programme Alimentation précarité - suivi du comité permanent de la souffrance psychique et des phénomènes suicidaires - accessibilité pour les personnes handicapées
Anne-Cécile LE PAPE	BELLEVUE	- santé au féminin (Axe 2 de l'ASV) - sensibilisation au dépistage des cancers - commission sexualité et contraception

L'analyse de ce tableau montre une approche croisant 3 approches : territoriale, populationnelle et thématique.

→ La présentation actuelle induit à la fois une difficulté de lisibilité et traduit aussi sans doute le besoin de clarification à réaliser, antérieur à la démarche ASV, mais que celle-ci pointe tout spécialement.

→ Les thématiques de santé portées sont différenciées selon les 5 grands quartiers incluant les micros quartiers.

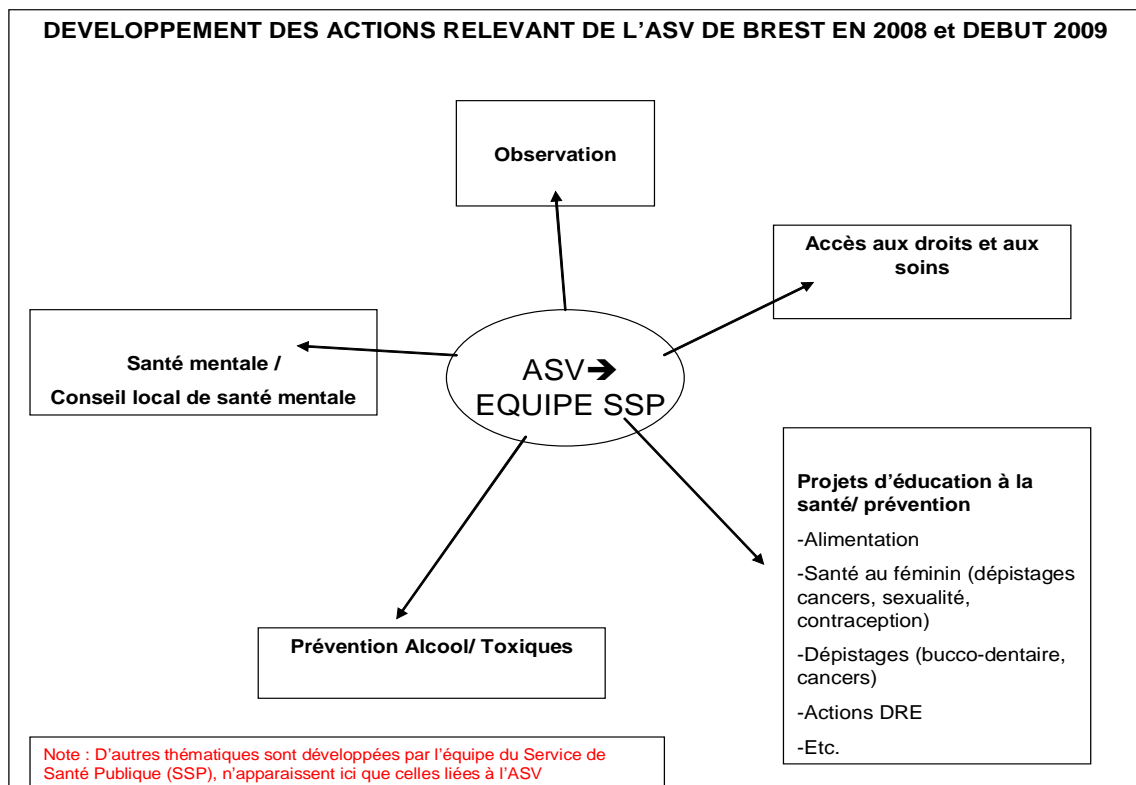
→ Certaines thématiques relèvent de l'ASV, d'autres non mais la coordinatrice ASV est en charge de la mise en cohérence des actions portées par les 5 référents territoriaux.

→ Les différenciations territoriales des thématiques relèvent de l'histoire locale

→ Ce tableau est probablement à ajuster puisque la thématique alimentation est travaillée dans tous les quartiers d'après les entretiens.

On voit émerger dans l'analyse à la fois des atouts et des limites à retravailler :

Les thématiques portées par l'ASV peuvent être illustrées par le schéma suivant :



La place de la coordinatrice dans l'organisation existante à ce jour montre son implication sur

- La coordination sur le quartier dont elle est référente pour le service
- Le suivi des projets dits de territoire qui regroupent les actions de promotion et d'éducation pour la santé autour de diverse thématiques sur les quartiers prioritaires
- La coordination de l'axe « observation »
- Le suivi du groupe de travail « accès aux soins » qui traverse l'ensemble des autres axes.
- Le suivi de la thématique alcool/toxiques avec la prochaine mise en place d'un groupe de travail
- Le soutien au conseil local de santé mentale.

L'analyse fait émerger la complexité du positionnement de la coordinatrice et les interfaces à gérer au sein du service et par voie de conséquence avec les partenaires, donc ceux du CUCS.

Plusieurs remarques s'imposent :

→ La notion d'équipe portant un ASV est un atout

→ La répartition de thématiques sur certains quartiers seulement interroge et demande sans doute une approche synergique thématique et territoriale pour renforcer les synergies discutées pour avant

→ La fonction de coordination doit être « protégée » : en effet tout en étant référente sur un quartier, la coordinatrice est aussi en charge de la mise en cohérence des actions portées par les 4 autres référentes à ce jour. Si l'implication directe sur des actions concrètes est souvent nécessaire pour ne pas être décalé des réalités, la gestion de la fonction de coordination est à clarifier :

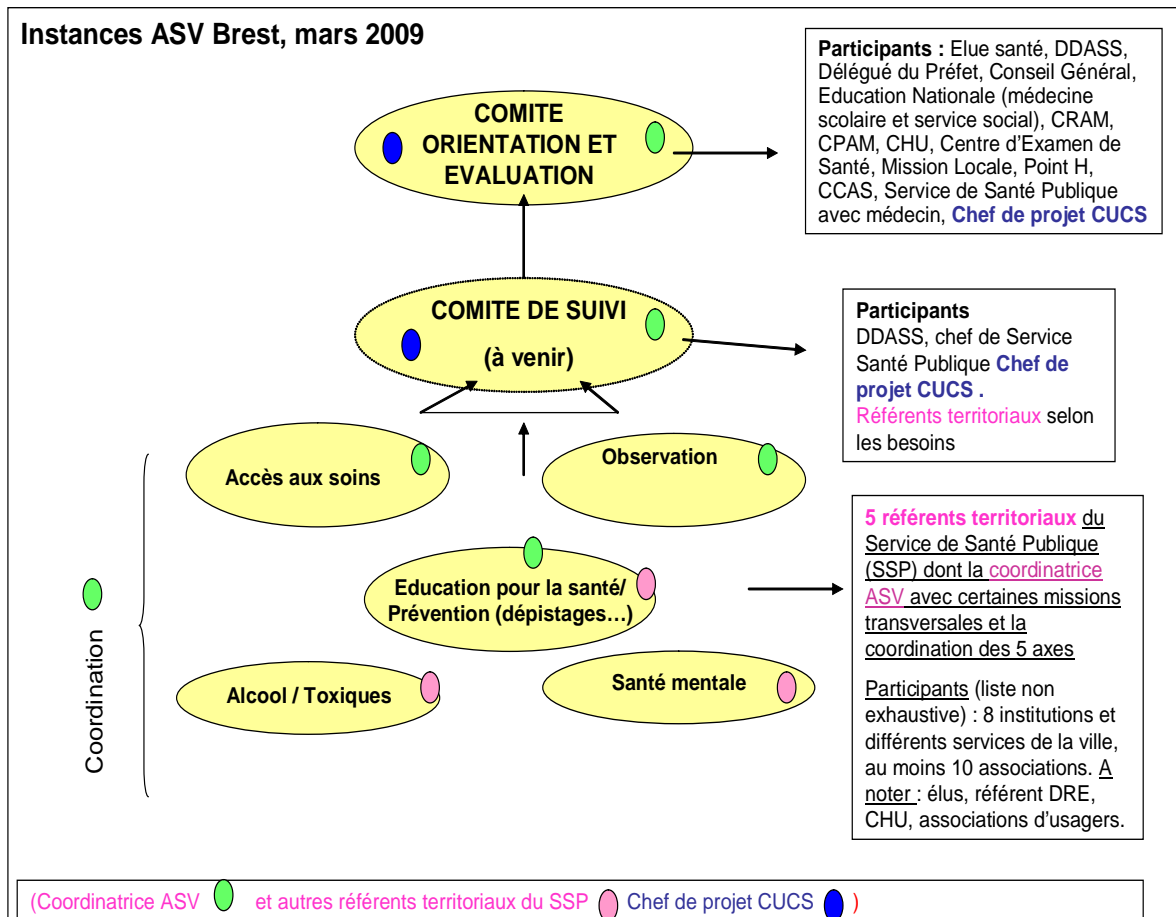
- Au sein des équilibres tenant compte de l'organisation de l'ensemble du SSP
- Pour avoir la disponibilité suffisante sur des missions transversales en concordance avec la circulaire
- Pour relever aussi les enjeux annoncés à l'échelle de l'intercommunalité et de l'agglomération.

La ré-organisation des services en cours sera probablement l'opportunité de clarifier les modes d'organisation et le niveau de coordination dont chaque professionnel est en charge. La réflexion doit en outre prendre en compte le territoire de l'agglomération. Le cadre de la circulaire ASV doit pouvoir permettre d'organiser le positionnement de la coordinatrice tout confortant les axes de travail qui, à ce jour, s'inscrivent dans la circulaire.

Par contre, la configuration locale et le maillage de différentes échelles territoriales demande un ajustement du positionnement des acteurs en privilégiant les fonctions transversales et de coordination.

Les instances mises en place au niveau de l'ASV

Les instances de l'ASV sont actuellement revisitées pour garantir une meilleure cohérence entre les différents niveaux d'articulation existant déjà :



→ Le **comité d'orientation et d'évaluation**, dont les fonctions sont celles d'un comité de pilotage intègre les principaux partenaires, politiques, institutionnels. La composition illustrée dans le schéma est celle de 2007 (source : fiche DIV et ajustements avec la visite sur site et les entretiens qui ont suivi). Elle fait apparaître les champs de la santé, de l'éducation, du social et de l'insertion.

L'élue à la santé, le chef de projet CUCS et la coordinatrice de l'ASV permettent de faire les liens avec le CUCS d'un point de vue organisationnel.

L'implication des partenaires sur le pilotage semble inégale à ce jour avec une moindre implication du Conseil Général, du CHU et de la mission locale dans cette fonction de pilotage. On peut énoncer à ce titre les hypothèses suivantes :

- Les difficultés récentes du SSP

- Une mise en retrait du Conseil Général dans le cadre du recentrage sur ses missions *tout en étant un partenaire effectif sur certains aspects des actions de santé*

- Une multiplicité des instances couplées au manque de ressources humaines de certaines structures ou associations.

→ De fait, les acteurs précités sont impliqués dans d'autres espaces, groupes de réflexion ou de travail selon les thématiques portées. Il est par contre assez rare de voir les instances hospitalières siéger dans les instances de pilotage locales et l'implication du CHU serait une réelle plus value si les moyens le permettent permettant. Il permettrait ainsi de travailler sur le continuum prévention – soins, ville-hôpital.

→ **Un comité de suivi en perspective** : ce comité comporterait un nombre d'acteurs restreint. Il s'est avéré nécessaire car il n'y avait pas d'instance intermédiaire permettant un suivi plus soutenu des programmes et le traitement de questions qui ne relève pas du comité d'orientation et d'évaluation.

Ce comité intégrerait aussi le chef de projet CUCS et la coordinatrice ASV, ce qui permettrait de consolider les interfaces CUCS – ASV.

→ Enfin, les différentes thématiques mettent en scène des modes d'organisation diverses selon la nature de l'axe de travail de même que les partenariats mis en place.

Deux thématiques s'organisent sous formes de groupes de travail à savoir l'accès aux soins et la santé mentale. Un troisième groupe de travail sera créé autour de la thématique alcool/toxiques.

Le groupe de travail « accès aux soins », repris récemment du point de vue de sa dynamique intègre actuellement : Le CHU, la CPAM, le centre d'examen de la CPAM, la CRAM, la mission locale, la MSA et le CCAS. Les actions mises en place impliquent aussi le Point H (accueil de personnes en situation de précarité). Il s'agit visiblement pour le Service de Santé Publique de renforcer cet axe. C'est l'ASV qui est responsable de l'animation du groupe. Ce groupe doit être mis en lien avec la plate forme départementale « PRAPS » : plusieurs niveaux de concertation existent donc aussi sur cette thématique.

Le groupe de travail santé mentale est centré autour de la configuration d'un conseil local de santé mentale (CLSM). D'un point de vue organisationnel, il illustre comment une telle thématique peut fédérer à plusieurs niveaux (local, intercommunal), intégrer des élus de différentes délégations, des professionnels de différents services de la ville, structures hospitalière, associations d'usagers.

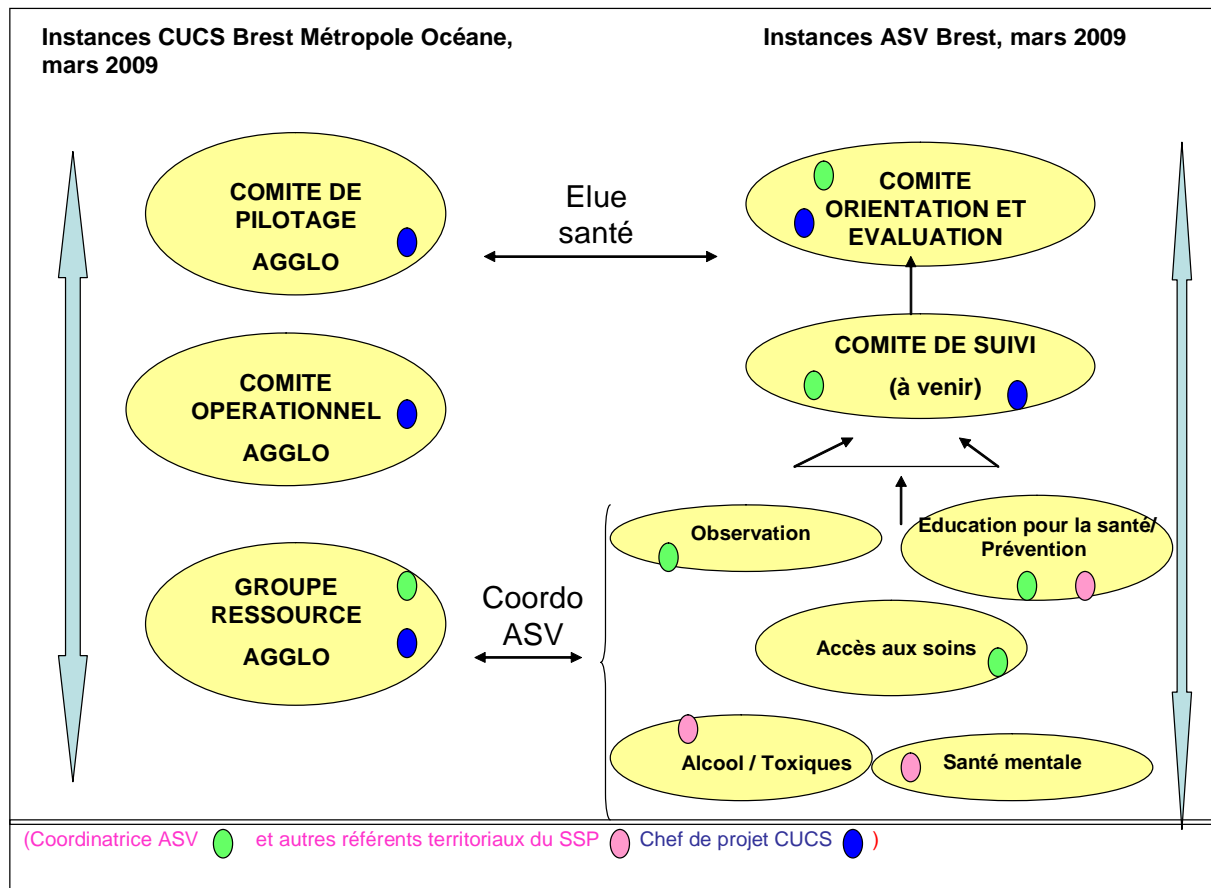
Le travail du CLSM est organisé en 4 commissions, chacune pilotée par un partenaire différent :

- Observation, état des lieux
- Formation, information et accompagnement
- Guide de recommandations
- Accès et maintien dans le logement

Enfin, il faut souligner une instance départementale animée par la DDASS 29 et réunissant les acteurs tels que: Conseil Général 29, Villes Brest et Quimper, Education Nationale, CPAM nord et sud, Mutualité du Finistère, MSA, DDJS...Les coordinateurs des 4 ASV ont été invités 1 fois pour le moment et des réflexions sont en cours pour les intégrer de façon plus soutenue ou trouver d'autres modes d'interfaces.

4) Le positionnement politique de la santé, interfaces du volet santé et des autres volets du CUCS d'un point de vue organisationnel

Le schéma suivant montre l'organisation actuelle du CUCS et celle du volet santé (ASV) :



Les instances mises en place sont à ce jour en cours de renforcement également au sein de l'organisation du CUCS :

Le comité de pilotage du CUCS est représenté par les signataires ainsi que les responsables des différentes thématiques portées par le CUCS. Il se réunit 2 à 3 fois par an et décide des orientations politiques du CUCS. Il est aussi garant de la cohérence de l'ensemble des dispositifs actuels.

Le lien avec l'ASV se fait via l'élue à la santé et le chef de projet CUCS qui appartiennent aux deux instances : comité d'orientation et d'évaluation de l'ASV et comité de pilotage du CUCS.

Le comité opérationnel est représenté par les différents signataires et les responsables des thématiques des différents volets du CUCS. Il se réunit 3 à 5 fois par an et veille à la mise en œuvre des décisions politiques. Il prépare les comités de pilotage, veille à la cohérence des programmes spécifiques avec les objectifs du CUCS, valide et engage les financements propres au CUCS.

Actuellement, une redéfinition des instances du CUCS est à l'ordre du jour.

De fait, les missions du comité de pilotage et du comité opérationnel sont jugées trop floues avec des superpositions mais aussi un espace manquant du point de vue opérationnel.

Le **groupe ressource** est hérité du passé. Il se réunit une fois par mois. Il intègre différentes institutions (Conseil Général, CAF, Education Nationale, etc.) et les responsables des différents volets du CUCS, dont la santé.

Ce groupe ressource permet de favoriser la transversalité, il est valorisé comme un espace de culture commune, d'expertise globale et permet le suivi opérationnel régulier du contrat sur l'ensemble des volets. Son mandat et sa composition devront également être ajustés au regard de la conformation du comité opérationnel.

Le coordinateur ASV est impliqué dans ce groupe mais en 2008, la présence n'a pu être assurée en raison des dysfonctionnements mentionnés antérieurement.

Les articulations entre ASV et CUCS sont reprises depuis peu et nécessite la constance du volet santé pour contribuer à forger les interfaces avec les autres volets du CUCS tout en rappelant le rôle du comité de pilotage à ce titre en matière d'impulsion et des moyens à mobiliser. Ces articulations et celles du SSP seront interdépendantes tout en étant sur des échelles territoriales différenciées.

Le désir de transversalité affiché dans le document et les différents entretiens semble se heurter aux modes de pilotage de l'Etat, qui tout en affichant transversalité et intersectorialité, fait tendre les acteurs vers une gestion séparée, voire cloisonnée des différents dispositifs (fiche Coppas, volet éducatif : 5). Les logiques de financements ne facilitent donc pas les interfaces et cette remarque est récurrente sur différents sites.

L'analyse de la place de la santé d'un point de vue budgétaire n'a pas été possible sur les années 2007 et 2008 ; les seuls tableaux disponibles donnent les informations suivantes (source : chef de projet CUCS) :

PROGRAMME CUCS 2007/2008 AGGLOMERATION BRESTOISE

	nb de projets	2007	%
Dispositif d'animation, ingénierie	5	55 016	6,20%
Participation des habitants, lien social	24	175 981	19,83%
Habitat et cadre de vie	9	69 645	7,85%
Insertion sociale et professionnelle	16	189 910	21,40%
Education Enfance Jeunesse	30	211 791	23,87%
Prévention et Sécurité	21	185 015	20,85%
Total programme	105	887 358	

	nb de projets	2008	%
Dispositif d'animation, ingénierie	8	66 782	6,87%
Participation des habitants, lien social	18	117 265	12,06%
Habitat et cadre de vie	10	163 835	16,85%
Insertion sociale et professionnelle	14	141 197	14,52%
Education Enfance Jeunesse	35	253 072	26,03%
Prévention et Sécurité	16	229 981	23,66%
Total programme	101	972 132	

→ Le volet éducation, enfance, jeunesse vient en première place suivi du volet prévention / sécurité.

→ On remarquera dans les tendances

- Une diminution de la part relative attribuée à l'axe « participation des habitants, lien social », insertion sociale et professionnelle
- Une augmentation autour de l'axe « habitat et cadre de vie », « éducation, enfance, jeunesse », prévention /sécurité.

Le manque de visibilité concernant la santé, est lié sans doute au manque de retour ces années-là au niveau du CUCS, mais elle pose question en matière de lisibilité des crédits.

Les autres documents mis à disposition montrent une extrême précision dans la ventilation des actions et des crédits (répartition des crédits par thématique, structure des cofinancements, taux d'intervention par thématique (crédits spécifiques ou non), répartition des interventions par territoire³⁵ et le manque de visibilité de la santé ne relèvent donc pas d'un problème d'outils insuffisants.

5) Les synergies territoriales instituées

Ces synergies existent à différents niveaux territoriaux, différents dispositifs où instances mises en place du local au régional.

- a) L'approche territorialisée sur le site de Brest s'organise sur les quartiers prioritaires autour des 5 référents santé. Les liens avec le dispositif de réussite éducative se renforcent actuellement.
- b) Le maillage intercommunal prend forme essentiellement autour de la thématique *alcool/toxiques* via le CISPD (conseil intercommunal de prévention de la délinquance) mis en place depuis plusieurs années.

Actuellement, les différents élus de Brest ainsi que d'autres partenaires se saisissent du *CLSM* et des liens pourront se forger à partir de l'expérience communale au niveau de l'intercommunalité. Pour le moment il existe peu de recul.

- c) Les interfaces au niveau de l'agglomération se tissent spécifiquement concernant la santé autour l'habitat, le volet éducation, le volet emploi insertion et le volet lutte contre la délinquance et sécurité.

³⁵ 60% des crédits sont affectés aux territoires prioritaires.

On voit ainsi se dégager des dynamiques réciproques entre l'échelle communale et l'agglomération en passant par des liens intercommunaux spécifiques. Sur certaines thématiques comme la santé mentale, c'est la commune qui peut impulser des synergies, sur d'autres, les autres échelons peuvent à l'inverse modifier les dynamiques communales, sachant que celle de Brest occupe une place spécifique par rapport aux autres communes signataires du CUCS.

On rappellera à ce titre que pour des raisons d'organisation, de champ de compétences (territoriales) et de moyens, les interfaces demandent un repositionnement réciproque des institutions et des acteurs au sein de cadres réglementaires qui sont parfois paradoxaux.

d) L'articulation avec les **compétences du Conseil Général**, partenaire de longue date de la politique de la ville, est explicitée dans le CUCS concernant la santé tout spécialement :

« *Le Conseil général n'a pas vocation à intervenir directement, au-delà de sa compétence en Protection Maternelle et Infantile, sur la santé. Néanmoins, pour les publics dont il est chargé (enfants confiés, personnes âgées, handicapées ou en insertion) et à l'occasion de ses permanences d'accueil - accès aux droits, il peut être amené à identifier une problématique de santé pour laquelle il sera nécessaire de trouver une réponse adaptée. Aussi, le Conseil général contribuera dans les Ateliers Santé Ville, aux côtés des institutions en pilotage de ce volet, à la recherche de solutions, construites à partir d'un diagnostic objectif de la situation et avec les acteurs réglementairement ou volontairement à l'œuvre* » (CUCS 2007-2010 :42).

Sur le volet insertion et santé mentale par exemple si le Conseil Général se tient en retrait il soutient le volet insertion par le biais de psychologues et de psychiatres. Des liens se tissent actuellement avec la protection de l'enfance et l'ASV.

Les liens avec l'agenda 21 (2006) porté par le Conseil Général du Finistère n'ont pas émergé des entretiens alors que les interfaces avec la santé sont explicites à la fois sur les déterminants et sur certaines thématiques citées comme la lutte contre l'obésité ou encore la lutte contre le syndrome d'alcoolisme fœtal. Se pose alors la transversalité au sein même des services, la visibilité de l'agenda 21, qui est récent et de son raccordement effectif aux actions de prévention, de sa représentativité au sein des différentes instances de l'ASV et du CUCS.

e) De la même façon, un **groupe départemental « PRAPS »** existe depuis 2001 et permet de réunir les principaux partenaires autour de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations en situation de précarité.

- e) **Les synergies régionales sont explicites dans les thématiques retenues sur le site de Brest** : elles s'inscrivent au sein des axes prioritaires du PRSP et du PREPS (programme régional éducation/promotion de la santé). Du point de vue de l'ingénierie en promotion de la santé, il semble exister des espaces à investir.

Il n'existe pas à l'inverse de la Région Centre par exemple d'espace régional régulier permettant la rencontre des élus, des institutionnels et des ASV. Le lien avec la Région se fait via la DDASS et les référents élus au sein du GRSP.

Les articulations avec le SROS n'ont pas émergé des entretiens. Cependant, la thématique santé mentale peut offrir des interfaces de même que la thématique autour des addictions et du soin au CHU.

6) Les actions de santé dans le CUCS, actions engagées dans le cadre de l'ASV, interfaces et opportunités

Un volet santé explicite « promotion et éducation à la santé »

→ Le CUCS de l'agglomération Brest Océane précise les enjeux concernant la santé de façon explicite dans une vision « promotion de la santé/éducation pour la santé (CUCS 2007 - 2009: 28):

- Améliorer la connaissance et l'état de santé et de bien être de la population de l'agglomération,

- Donner plus de cohérence et de lisibilité aux actions d'éducation et de promotion de la santé,

- Conduire les actions de prévention et d'éducation à la santé au plus près des habitants dans les quartiers prioritaires par le biais notamment des pratiques de santé communautaire,

- Continuer et accentuer les actions dans le domaine de la prévention des consommations alcooliques et de produits toxiques,

- Constituer un conseil local de santé mentale.

Au-delà de ces principe, on constate un effort particulier pour

- Décliner ces champs par des axes opérationnels explicites.
- Identifier les liens avec le PRAPS tout spécialement et les autres politiques de droit commun
- Identifier sur certains axes les articulations avec le volet éducatif, l'insertion professionnelle, la prévention de la délinquance dans le cadre de l'usage des produits psychoactifs et de la sécurité routière.

La lecture des déclinaisons opérationnelles et les échelles d'intervention différentes soulignent une série d'enjeux qui touchent les articulations entre la démarche ASV et celle du CUCS :

*** La déclinaison opérationnelle du CUCS énonce une série d'axes de travail concrets qui paraissent très ambitieux au regard de la dimension court terme du CUCS, des moyens mobilisables à l'époque et des changements institutionnels que ces orientations supposent.*

Il ne s'agit pas de remettre en question la cohérence de ce qui est proposé, mais de pouvoir l'envisager sur du plus long terme et de renforcer la mobilisation des moyens ou encore de donner une autre dimension territoriale aux démarches ou dispositifs.

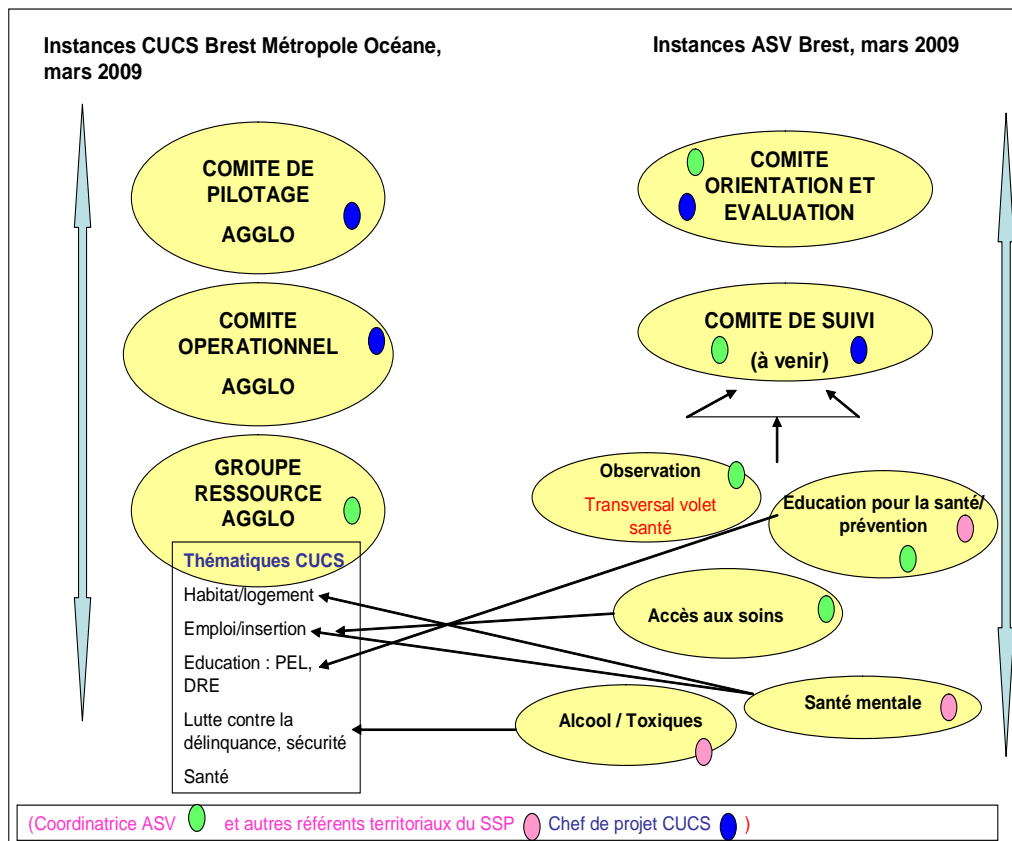
*** Le CUCS se décline sur l'agglomération et l'ASV se développe sur la commune :*

La démarche ASV dans son principe est applicable sur la dimension d'agglomération. A ce jour, certains axes de travail dépassent le cadre communal (observation/ outils, alcool/toxiques et santé mentale). Par contre, si l'ensemble des axes de travail énoncés dans le CUCS se développent au niveau de l'agglomération, alors la démarche ASV doit pouvoir s'organiser autour de l'échelle de l'agglomération.

Cette réflexion incite donc sans doute, d'une part à consolider la démarche ASV sur Brest et de réfléchir à la faisabilité dans le contexte de l'agglomération d'une démarche ASV d'une envergure territoriale plus ajustée avec celle du CUCS et en complément à celle en cours à ce jour.

Les interfaces existantes à ce jour entre l'ASV de Brest et les thématiques du CUCS :

Le schéma suivant illustre le type d'interfaces existantes à ce jour :



On constate que des synergies qui se dégagent à ce jour portent sur les différents volets du CUCS à des degrés divers et à consolider dans le futur.

➔ Les liens entre habitat et cadre de vie sont surtout abordés via la thématique de la santé mentale en favorisant l'accès et le maintien dans un logement.

→ Les liens alcool/toxiques et le volet lutte contre la délinquance et sécurité se font et se renforceront mais une des difficultés rencontrées est celle de conjuguer une approche « sécurité » avec une approche plus de santé publique. Un groupe de travail doit consolider les orientations sur la thématique alcool/ toxiques sur Brest, tout en tenant compte du plan alcool existant au niveau communal.

→ Les articulations avec le volet éducation et le dispositif de réussite éducative en 2007 s'étaient mises en place via des échanges d'information, la mise en place en commun de structures comme la maison des adolescents, l'inscription des jeunes dépistés en surpoids dans des actions déjà existantes.

D'autres aspects comme le dépistage bucco-dentaire des enfants apparaissent dans le bilan 2008 tout en précisant que le suivi individuel des enfants doit être mieux réfléchi.

Toujours pour la même année des échanges thématiques concernant les ressources en santé ont permis des passerelles entre la santé et le DRE (prise en charge dans les CMP, estime de soi, etc.).

Il existe le souhait d'élaborer avec le dispositif de réussite éducative des projets en lien avec le repérage au fil du temps des problèmes constatés par les professionnels. Les articulations se tissent au niveau des quartiers avec les 5 référents sur la santé et les 3 référents DRE.

→ Enfin, les liens santé/insertion – emploi sont explicites dans le CUCS. Leur mise en œuvre apparaît plus complexe en raison de la posture du Conseil Général, mais des liens existent en pratique comme nous l'avons évoqué (santé mentale/insertion) et le renforcement de ces articulations est en cours de réflexion.

D'autres interfaces repérées avec la santé : des opportunités à travailler

La lecture transversale des autres volets du CUCS fait émerger des interfaces avec la santé au-delà de celles qui ont été signalées et rendues effectives. De fait, la programmation du CUCS est traversée par nombre d'actions qui visent à renforcer le lien social, facteur protecteur en matière de promotion de la santé. Elle signale aussi des modes d'articulations avec d'autres volets du CUCS. On citera pour exemple :

- Alimentation et lien social (projet de jardins collectifs liant cadre de vie, alimentation, lien social) inscrit dans le volet habitat et renouvellement urbain.

- Les actions inscrites au titre du volet « éducation comme les espaces festifs sans alcool ou encore parentalité, « mieux vivre ensemble ».
- Violences conjugales inscrites au registre de la lutte contre la délinquance.

On voit ainsi que la santé qui a historiquement des difficultés à trouver une place dans le contrat de ville et le CUCS est dans une dynamique qui permet de retravailler les interfaces.

Celles-ci seront dépendantes de la ré-organisation du SSP, des évolutions des modes de pilotage du CUCS et de l'ASV, des engagements des différents partenaires pour soutenir la santé dans une vision « promotion de la santé ».

Les thématiques santé développées par l'ASV et les publics prioritaires

L'organisation des axes de l'ASV sur Brest, apparaît dans les divers documents sous les intitulés d'axes transversaux et d'axes thématiques.

La présentation des documents disponibles tout en valorisant les actions enclenchées de façon différenciée sur chacun des territoires induit une difficulté de lisibilité.

Les axes qui traversent l'ensemble des thématiques sont l'observation et l'implication des habitants.

Du point de vue des thématiques santé, elles se développent de façon différenciée sur les territoires avec l'équipe des 5 référentes, excepté l'alimentation qui est inscrite sur l'ensemble des quartiers.

Les thématiques principales concernées par l'ASV:

- Accès aux droits et aux soins, dépistages (cancer du sein, colon rectum, bucco-dentaire...)
- Santé mentale
- Alcool/ toxiques
- Alimentation
- Santé des femmes

L'ASV est porteur par ailleurs de l'observatoire et de la mise en cohérence des projets d'éducation à la santé sur les quartiers prioritaires.

→ **L'observatoire est en cours de constitution.** Il concerne les habitants des quartiers prioritaires mais non exclusivement. Différentes stratégies sont mises à l'œuvre pour coupler différentes sources de données. Cette partie sera détaillée dans les éléments de méthode.

→ **L'accès aux droits et aux soins :** il s'agit de promouvoir ou consolider l'accès aux droits et aux soins pour les publics en situation de précarité. Cet axe se configure autour d'un groupe de travail et le public concerné est celui de toute la ville même si la référente est affectée au quartier de l'Europe.

Le travail est destiné aussi en direction de professionnels, de bénévoles des structures associatives.

Le groupe de travail local inclut la PASS, la CRAM, la CPAM, la MSA, le Centre d'examen de santé de la CMPA, le CCAS, la DDASS, la Mission Locale, le Point H, et le Service de Santé Publique de la ville.

Les axes en cours de développement :

- information et édition de plaquettes, communication autour de la CMU-C qui est peu connue si on se réfère aux différentes données nationales sur le sujet.
- Travail autour du refus de soins pour les personnes ayant la CMU. Il existe à ce jour peu de remontée au niveau de la CPAM mais il est connu sans pouvoir le chiffrer. Il y a là un biais car pour les populations en situation de précarité dont le parcours de soins est complexe, il est fort probable que les démarches auprès de la CPAM ne soient pas faites.
- Développement de permanence de la CPAM au point H (accueil des personnes démunies) : ces permanences qui permettent de développer un travail de proximité, permet d'éviter les ruptures de droits, de rester dans le droit commun et de faciliter l'accès au centre d'examen de santé de la CPAM.
- De la même façon des permanences sont tenues en maison d'arrêt par la CPAM pour éviter la rupture des droits à la sortie puisqu'il s'agit d'un problème récurrent.
- La continuité de la couverture auprès des étudiants est aussi un axe de travail.

Ce réseau est par ailleurs à mettre en lien avec la plate-forme départementale « PRAPS » et des rapprochements avec le volet emploi/insertion du CUCS.

→ **Le programme bucco-dentaire** est co-piloté par l'ASV et la CPAM, financé pour partie par le Conseil Général et réalisé en partenariat avec la faculté d'odontologie. L'Education nationale a donné son accord.

Les actions menées visent les enfants des classes de CP des quartiers prioritaires. Il s'agit de développer une session d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire (couplé aussi à une session d'éducation nutritionnelle).

Les enfants bénéficient soit d'un dépistage via une unité mobile, soit d'un accompagnement vers le soin dans le cadre du projet national « M'T dents ».

Les couvertures des enfants touchés par cette action sous ses différentes formes ne sont pas connues. Par contre, lors des entretiens, on souligne que grâce à l'assistante sociale de le CRAM dans le cadre du projet « M'T dents », le taux de recours aux soins après dépistage a approché les 100% d'après les entretiens.

De la même façon que pour les dépistages des cancers, des données pourraient être recueillies dans le cadre de l'observatoire afin de définir par quartiers l'indice CAO, les taux d'accès effectifs aux soins suite à un dépistage positif. Cette porte d'entrée est aussi un moyen de repérer les familles ayant des problèmes de droits, de renforcer les stratégies d'accès aux soins effectifs. Ces éléments de réflexion apparaissent pour partie dans le dernier compte rendu du comité d'orientation et d'évaluation de l'ASV.

Les articulations avec le dispositif de réussite éducative n'apparaissent pas de façon précise sur cette thématique mais il est souligné que le suivi individuel des enfants âgés de 2 à 16 ans doit être mieux réfléchi.

→ Le programme de prévention alcool/toxiques

Cette thématique est portée à différents niveaux territoriaux : quartiers, commune, intercommunalité et constitue un axe prioritaire du CUCS. Il s'adresse particulièrement aux jeunes mais non exclusivement.

Le programme brestois « alcool » mené en partenariat avec l'ANPAA, le Service de Santé Publique de la ville, le CISPD, la sauvegarde de l'enfance et l'association Vie Libre se développe autour de différents axes :

- a. Intervention dans les manifestations publiques (le « jeudi du pont », fête de la musique, festival sans alcool, semaine santé....
- b. Tenue de stand dans les collèges et lycées
- c. Campagne « j'aime la fête, j'assume pour moi et les autres » avec distribution de flyers (prévention, indications pour mettre en position latérale de sécurité) et distribution de bouteille d'eau.
- d. Elaboration d'un guide de recommandations en lien avec les associations et les habitants,

e. Les liens avec le secteur soins sont aussi pris en compte au CHU. D'ailleurs, l'association le « Défi brestois » qui développait des actions ponctuelles tous les 2 ans, souhaite par ailleurs développer des actions dans les quartiers. Cette association est née avec le chef de service addictologie du CHU de Brest.

Un groupe de travail doit être mise en place pour mieux identifier les ressources et les articuler, préciser les orientations dans les années à venir et les stratégies concrètes et articulées.

Au niveau intercommunal, la thématique s'inscrit dans le CISP, conseil intercommunal de sécurité et de lutte contre la délinquance. Elle est aussi traitée dans le volet correspondant du CUCS.

La difficulté exprimée par les acteurs relève de la conjugaison de deux logiques comme sur le champ des addictions en général : la logique « sécurité » et celle de la santé publique ou encore de la réduction des risques.

L'implication de l'ASV sur le champ des produits illicites n'apparaît pas directement mais une des référente de l'équipe santé du SSP travaille avec le collectif sida et réduction des risques.

➔ La santé mentale : Conseil Local de Santé Mentale

Il s'agit d'un des axes soutenu par l'ASV et dont la dynamique se forge.

Actuellement le travail sur la santé mentale est centré sur l'accompagnement et la mise en œuvre des actions du Conseil Local de Santé Mentale.

Les objectifs sont précisés, alors que sur d'autres axes de travail ils resteraient à clarifier, ils précisent en particulier le lien avec le volet habitat du CUCS :

- Améliorer la coordination des professionnels concernés par la santé mentale
- Améliorer l'information, la formation et l'accompagnement des familles
- Améliorer l'accès et l'accompagnement dans le logement
- Intégrer les indicateurs de santé mentale

C'est l'axe qui permet une transversalité importante au niveau des élus, des professionnels, des usagers.

Actuellement les réalisations se sont faites autour de

- a. L'enquête sous l'égide du Centre Collaborateur de l'OMS ; 900 questionnaires ont été réalisés
- b. La réalisation d'un colloque « Maladie psychique et isolement »
- c. La mise en place d'une cellule de veille en lien avec l'accès au logement
- d. La réalisation d'un guide de recommandations autour des hospitalisations d'office
- e. La participation au colloque organisé par l'association ESPT, Elus, Santé Publics et Territoire, le 4 décembre 2008.

Le lien avec le groupe de travail alcool/toxiques n'apparaît pas, il sera peut être développé ultérieurement. Il en est de même avec l'accès aux droits et aux soins.

Enfin sous la rubrique « Quartiers prioritaires » on retrouve une série de thématiques qui recouvrent pour certaines les articulations avec le plan éducatif local et en favorisant la mobilisation des habitants.

Des actions ciblées auprès des bénéficiaires du dispositif de réussite éducative sont aussi mentionnés ainsi que l'incitation aux différents dépistages.

Les différents projets mentionnés mobilisent les partenaires présents sur un territoire donné, le travail en réseau est hétérogène et il est en voie de consolidation. Les ressources sont nombreuses, les objectifs institutionnels ne sont pas forcément les mêmes et qu'il s'agit de travailler à plusieurs niveaux, pour qu'à l'échelle des quartiers certains maillages puissent se réaliser.

Les thématiques mentionnées sans détail sont diverses :

- **La nutrition** : thématique récurrente, elle apparaît sur l'ensemble des quartiers (lutte contre l'obésité, alimentation et précarité). Les publics concernés sont les habitants des quartiers concernés et spécifiquement les personnes bénéficiant du RMI, les professionnels (liés alimentation et budget) ; elle se décline de façon différenciée selon les quartiers (ateliers de cuisine avec les habitants, alimentation Atout Prix, sandwich équilibré, etc.)

- la **santé au féminin** se développe autour de la contraception, la sexualité, le dépistage du cancer du sein sur un des quartiers. Cette thématique sera reprise car il y a eu rupture de poste au sein du Service de Santé Publique. Le public est celui des femmes en lien avec les centres sociaux. L'incitation au dépistage du cancer du sein est abordée dans cette rubrique.

- D'autres actions vont se déployer sur certains quartiers comme des formations à destination des professionnels sur les **risques suicidaires**, la prévention des **accidents domestiques** autour de la tranche d'âge des 0 – 6 ans.

On voit au travers de l'analyse des actions plusieurs éléments :

→ Les thématiques sont en cohérence avec le PRSP, le PREPS. Par contre la déclinaison méthodologique de la promotion de la santé promu dans le PRSP n'apparaît pas, on est plus dans le registre de l'éducation pour la santé. Certaines thématiques prioritaires sont portées par d'autres opérateurs également au sein tout spécialement du Service de Santé Publique.

→ Nous avons mentionnés la concordance avec le CUCS et les passerelles avec différents volets qui se consolident à ce jour avec des opportunités aussi possible à développer dans une logique de synergies à renforcer.

→ Des actions ont été mises en veille comme la santé au féminin, mais d'autres se sont poursuivies.

→ Le volet accès aux droits s'étoffe et peut s'appuyer sur les autres synergies existantes au niveau local ou départementales.

→ L'ASV depuis sa création et les actions portées par ailleurs par le service dans lequel il est inscrit ont été pénalisées par des difficultés de fonctionnement interne. La visibilité de l'ASV a aussi été impactée. Aujourd'hui, la coordinatrice refait du lien avec les différents partenaires.

→ La préoccupation constante de croiser territoire, populations et thématique. Cette approche est complexe et les différentes échelles territoriales sont prises en compte chaque fois que possible.

La démarche actuelle de l'ASV s'inscrit dans la circulaire de juin 2000 avec des axes forts à consolider ou à développer tout spécialement :

- les éléments de connaissance,
- l'accès aux droits à la prévention et aux soins,
- la plus forte implication des habitants et

- le soutien à l'ingénierie de projet.

Par contre la fonction de coordination doit être renforcée en tenant compte des enjeux autour des échelles territoriales différenciées.

7) La mobilisation engagée sur le plan du partenariat

Brest est une commune où le tissu d'acteurs est fort, dense, diversifié. Les engagements autour de la santé que ce soit au niveau des déterminants ou d'actions ciblées « santé » sont multiples. Les services de la ville ont toujours travaillé étroitement avec le tissu associatif. Cette vitalité est par ailleurs complexe pour repérer les différentes initiatives, comprendre les logiques d'acteurs, comprendre les micros contextes dans lesquels ils s'intègrent.

Cette année 2008 pour la nouvelle coordinatrice ASV a été centré sur la compréhension de l'existant tout en maintenant et en impulsant les actions relevant de l'ASV en lien avec l'équipe de référents santé du Service de Santé Publique.

Les enjeux sont donc de fédérer sans étouffer cette vitalité. Les partenariats dont nous avons la vision aujourd'hui sous-estiment sans doute les potentiels ne serait-ce que sur la commune.

Considérant l'ASV de Brest, les représentations des champs représentés dans les partenariats (indépendamment des instances) sont reprises ci-dessous sous forme synthétique:

Habitants représentant une association_____X

Professionnels de santé /secteur public_____X

Professionnels de santé /secteur privé_____

Dont médecins généralistes_____

Professionnel du secteur social_____X

Professionnel du secteur éducatif_____X

Professionnel du secteur insertion_____X

Professionnels autres (préciser) Urbanisme/ observatoire

Dont adultes relais_____ND

Dont médiateurs de santé publique_____ND

La liste exhaustive des partenaires impliqués dans les 5 axes de l'ASV est donnée dans l'annexe.

a) Les partenaires les plus présents dans 4 des 5 axes de travail qui structurent l'ASV sont les suivants :

- ADEC (Association pour le dépistage des cancers)
- ADEUPA (Agence de développement de l'Urbanisme du Pays de Brest)
- CCAS
- CPAM (différents services)
- CHU
- CRAM
- Mission Locale
- MSA
- Service de Santé Publique
- AGHEB (accueil de jour pour les personnes en situation de précarité)
- Don Bosco (SAVS = service d'Accompagnement à la vie sociale),
- Elus
- Service habitat BMO,
- Usagers (GEM)

Ces partenaires reflètent l'impulsion donnée sur les axes forts de l'ASV aujourd'hui : observatoire, accès aux soins et santé mentale. Le CHU impliqué dans l'accès aux soins et la santé mentale peut permettre d'élaborer d'autres collaborations permettant le déclouonnement souhaité entre la prévention et le soin, la ville et l'hôpital.

➔ Des partenaires tels que le Conseil Général et l'Education Nationale sont présents dans la pratique avec les limites mentionnés concernant le positionnement du Conseil Général.

Les liens avec les personnes l'Education Nationale sont bons sur le terrain. Il s'agit plutôt d'une posture peu flexible de l'institution qui rend les collaborations complexes.

→ On notera la présence des élus concernant les champs de la santé, du logement, de l'action sociale, de la tranquillité urbaine et du handicap

→ La représentation d'usagers est également à noter.

→ Le secteur libéral n'apparaît pas.

b) Les partenaires impliqués dans les actions territorialisées par quartier autour de la prévention sont multiples et la représentation du secteur autour de la petite enfance et de la jeunesse est marquante.

- Crèches / Haltes-Garderies / Accueils Parents – Enfants
- Centres de Loisirs / Accueils Périscolaires
- Centres sociaux / Maisons Pour tous / Patronages Laïques
- Ecoles / Collèges / Lycées (CESC = comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté)
- Agents de développement local (PEL - CCQ),
- Référent DRE
- Service des sports
- Coordonateur jeunesse
- Equipe de prévention
- Médiathèque,
- PMI,
- RAM = Relais Assistantes Maternelles, FJT...)
- Associations

Les facteurs freinant les partenariats sur Brest sont au moment de la visite à mettre en regard de l'histoire récente qui a marqué le service porteur de l'ASV.

Plusieurs registres et déterminants s'entrecroisent :

- L'appréhension différenciée des questions de santé et de promotion de la santé nous semble un facteur freinant tout en valorisant des efforts de décloisonnements actuels autour de la santé mentale par exemple.

- Sur la question des produits illicites, la conjugaison des approches différentes n'est pas toujours facilitante pour des actions mieux coordonnées dans une logique de santé publique et de réduction des risques.

- La difficulté à appréhender la richesse des initiatives locales est nettement exprimée.

- Les difficultés rencontrées par le SSP ont à la fois rendu la visibilité du service plus difficile, celle de l'ASV en particulier, et ce, malgré la poursuite d'un certain nombre de missions. Le rôle de leadership annoncé dans les divers documents a été impacté par les difficultés internes.

- Les différents niveaux territoriaux sur lesquels le SSP doit s'impliquer tout spécialement dans le cadre du CUCS, génère la nécessité de repositionnement du service avant tout communal. Ce repositionnement doit par ailleurs être croisé avec les moyens humains du service.

- Le manque de liens entre services de la ville a été noté.

- Les cloisonnements historiques traversent nombre d'institutions mais l'Education Nationale ressort fortement avec des priorités qui semblent difficiles à négocier au-delà des missions propres.

- Les difficultés entraînées par la décentralisation sans moyens ad hoc entraînent aussi des positions plus rigides, un recentrage des missions comme c'est le cas pour le conseil général mais aussi pour d'autres institutions et associations.

- Une autre difficulté a été mentionnée lors des entretiens et par différents partenaires touche aux logiques de financement qui rendent les pratiques intersectorielles difficiles alors qu'elles

devraient venir renforcer les enjeux autour de la cohésion sociale et faire levier pour faciliter les interfaces entre partenaires.

- Enfin, le « travailler ensemble » fait aussi émerger la difficulté à sortir des schémas de fonctionnement cloisonnés mettant en scène les formations initiales et continues.

Ces quelques éléments de réflexion ne doivent pas venir occulter les acquis dans le champ de la politique de la ville et de droit commun sur les avancées mentionnées antérieurement.

A ce titre, on peut souligner que les cadres du PRSP, et spécialement celui de Bretagne, du CUCS et de l'ASV sont structurant pour influencer sur des pratiques partenariales plus fortes mais les moyens mis en œuvre doivent éviter de reproduire les logiques en tuyau d'orgue trop souvent constatées.

Les fonctions de coordination (ASV, CUCS) sont à ce titre valorisées car sans ces fonctions supports il est impossible d'avancer sur le champ des partenariats tout spécialement.

8) Les habitants partenaires : des atouts, des défis à relever

L'implication des habitants a été difficile à appréhender lors de la visite et des entretiens.

→ Le CUCS fait de cette implication un axe fort (CUCS 2007 – 2009 : 7) via différentes stratégies

- Soutien à certaines dynamiques et actions structurantes au service du vivre ensemble, de l'initiative et de la valorisation des compétences des habitants : fonds d'aide à l'initiative, support d'expression

- Accompagnement des animations territoriales et projets de quartier

- Accompagnement des démarches participatives : réseau, qualifications des acteurs et des habitants

- Renforcement des démarches d'implication des habitants les plus en difficulté dans une perspective d'ouverture et d'intégration à l'ensemble de la vie locale.

→ Le bilan 2008 du CUCS énonce des avancées sur le champ de l'implication des habitants mais le document disponible (diaporama) ne permet pas de cerner plus précisément les éléments de participation.

→ La programmation 2008 du CUCS fait aussi état de nombreuses actions où l'on sent nettement la recherche d'une interaction forte au titre de la cohésion sociale sur les registres de l'éducation, de la culture, du sport, du cadre de vie.

On constate une vie associative importante sur Brest, des actions où le lien social est explicite et une forte impulsion sur ce champ dans différents documents.

- Les conseils de quartiers sont valorisés dans le document du CUCS, mais nous avons peu de visibilité sur leur fonctionnement.

- Les habitants sont consultés dans différentes enquêtes, surtout les collégiens et les étudiants. L'enquête autour de la santé mentale s'est réalisée par contre en population générale.

- Des ateliers autour de l'alimentation « la santé dans l'assiette » sur un des quartiers prioritaires témoigne aussi d'initiatives qui impliquent les habitants d'une autre manière. Ces actions font appel aux compétences des habitants, favorisent leur mise en lien, déterminant de notre point de vue pour tendre vers des pratiques participatives.

- L'implication des usagers dans le CLSM nous semble aussi à valoriser.

- L'axe de travail « santé au féminin » semble être celui où les pratiques participatives ont été les plus avancées.

Des accroches concrètes pourraient également faire levier autour de réflexions partagées avec les habitants : les enquêtes différentes engagées, certaines informations de l'observatoire peuvent servir de leviers pour engager avec les habitants réflexion,

identification des ressources propres des personnes, valorisation de leurs compétences : les difficultés d'accès aux soins, aux dépistages sont deux des exemples qui pourraient conjuguer différents objectifs dont celui de la prise en compte des constats et mesures plus ajustées à mettre en place au regard de leurs perceptions.

Actuellement la coordinatrice est sensibilisée à l'importance des pratiques communautaires.

L'implication des habitants nécessite un repérage plus abouti des supports existants, impulser les conditions favorables à cette participation.

L'implication des habitants n'est pas un enjeu suffisamment partagé à différents niveaux et la posture des décideurs ou professionnels est hétérogène à ce propos.

9) Les éléments de méthode, la qualification des acteurs

a) Regard sur la construction du CUCS et les éléments de programmation

Le document du CUCS de l'Agglomération Brest Océane constitue un bon document de référence en s'appuyant sur les constats établis antérieurement tout spécialement autour de l'ancien contrat de ville. Des éléments de diagnostic généraux et sur les quartiers prioritaires sont disponibles sans faire de focus spécifiquement sur les questions de santé.

Des axes de travail sont précisé et on note un effort particulier (CUCS 2007 – 2009 : 28) pour :

- a. décliner ces champs par des axes opérationnels explicites.
- b. Identifier les liens avec le PRAPS tout spécialement et les autres politiques de droit commun
- c. Identifier sur certains axes les articulations avec le volet éducatif, l'insertion professionnelle, la prévention de la délinquance dans le cadre de l'usage des produits psychoactifs et de la sécurité routière. Le lien est fait avec une instance intercommunale : le CISPDP (conseil intercommunal de prévention de la délinquance).

L'analyse de la programmation 2008 du CUCS montre de façon générale le développement des différentes thématiques en faisant apparaître pour chacun des volets :

1. le territoire concerné
2. L'intitulé de l'action
3. le porteur
4. des éléments du bilan de l'année antérieur

5. le cout et les subventions de l'année antérieure
6. Le cout et les demande de subvention pour l'année de la programmation et
7. une rubrique, avis et propositions.

Pour l'année 2008, le volet santé n'apparaît pas en raison de difficultés énoncées concernant le Service de Santé Publique et l'ASV.

Cette programmation s'accompagne de la même façon pour chaque volet et actions le coût total et la ventilation par financeurs en précisant les montants autofinancés. Les éléments concernant la santé n'apparaissent pas non plus pour les mêmes raisons.

La programmation est claire, la description et les éléments de bilan permettent de décoder les actions liées à la santé ou à certains déterminants.

Elle gagnerait pour rendre lisible la volonté de transversalité à faire apparaître les interfaces créées ou à créer entre les volets du CUCS. Ainsi sur chacun des volets, on pourrait identifier dans une colonne les articulations à opérer. Ce type de document annuel existe peut être mais nous n'en disposons pas.

La difficulté rencontrée dans la programmation est de faire apparaître la notion de résultats attendus sur chacun des volets. Sur des champs comme l'habitat et le « bâti » ces résultats attendus sont plus aisés à intégrer ; sur d'autres champs, l'exercice est plus complexe, d'autant de que la programmation est faite à partir des porteurs ou actions soutenues mais que les objectifs restent implicites.

Le bilan 2008 au niveau du CUCS montre aussi une structuration organisée autour des rubriques suivantes

- Le fonctionnement du dispositif d'animation
- Le bilan sur les domaines transversaux
- Le bilan par thématique
- Le bilan financier

→ Les constats des réalisations sont mis en regard des orientations qui avaient été prise pour l'année correspondante.

→ Le volet santé apparaît dans ce bilan même s'il n'avait pas pu être intégré au moment de la programmation excepté dans les éléments budgétaires.

→ Le bilan financier qui n'a pu prendre en compte cette année là le volet santé, détaille

- f. la contribution des partenaires (Etat, ville, BMO, conseil général, CAF)
- g. La répartition des financements par thématique et par partenaires (excepté la santé pour cette année là)
- h. La répartition des crédits selon les territoires. On voit ainsi que 60% des crédits sont affectés aux territoires prioritaires pour l'année 2008,
- i. La répartition des actions dans le temps permettant d'identifier les actions nouvelles et celles inscrites sur une durée plus ou moins longue.

Ceci permet d'identifier les innovations et sur quels champs, de voir aussi les actions qui se déroulent sur le long terme....

Programmation et bilans apparaissent dans leur structure même si elle est perfectible des éléments de pilotage de visibilité importants.

Un travail essentiel est en cours autour des indicateurs ; il sera détaillé en fin de chapitre car il intègre l'ASV.

b) Le volet santé du CUCS, programmation et outils utilisés par l'ASV

→ Les difficultés rencontrées par l'ASV ne permettent pas de disposer pour l'an passé et l'année antérieure d'éléments de programmation ni de bilan détaillé au moment de la visite. Les actions se sont poursuivies avec les orientations qui avaient émergé pour 2008.

La programmation de 2009 était en cours d'élaboration au moment de la visite sur site. Il faut noter à ce titre que la programmation au niveau de l'Agglomération intègre les éléments principaux de chacun des volets, ces derniers étant responsables de définir des programmations plus fines. Ils peuvent servir de support dans les grands axes à la programmation plus détaillée de l'ASV et de façon plus large aux actions portées par le Service de Santé Publique. A l'inverse, la programmation de l'ASV permettra d'affiner celle du CUCS.

Reste donc pour le volet santé à organiser une programmation propre, en quantifiant chaque fois que possible les objectifs ou en précisant les résultats attendus, en faisant apparaître les interfaces avec les volets du CUCS, les partenaires, les territoires et publics concernés.

→ La réflexion autour des indicateurs concernant l'ASV est en cours. Elle se fait à 2 niveaux au niveau de l'Agglomération en groupe restreint avec le service santé, la DDASS et les référents CUCS d'une part, et d'autre part au niveau du Comité d'orientation et de suivi de l'ASV.

c) Le volet observation à l'échelle communale et de l'agglomération

Les outils sont en cours et produisent des résultats concrets actuellement. Il s'agit d'un axe investi fortement. Cet axe transversal à l'ensemble des priorités de santé déclinées actuellement est porté par la coordinatrice ASV et son service ainsi que différents partenaires.

La stratégie choisie s'est orientée autour de différents axes :

C 1) La structuration de observatoire

Le cœur de la démarche actuelle est celle de travailler avec différents partenaires pour collecter des données à l'échelle du territoire, structurer **un observatoire et définir un profil santé pour la ville de Brest dans un premier temps**. Les informations recherchées et disponibles ont pour objectif annoncé d'orienter les actions.

Ce travail est envisagé sur les autres communes conformément aux orientations du CUCS mais sur un plus long terme.

Trois partenaires ont ainsi fait l'objet d'une convention : ADEUPA (Agence de développement de l'Urbanisme du Pays de Brest), la CPAM et l'ADEC (Association pour le dépistage des cancers). Des données ont par ailleurs été achetées à l'observatoire régional de la santé. Le coût semble avoir orienté la ville vers ADEUPA.

Une base de données est actuellement en cours, elle doit être mise à jour tous les deux ans.

Quelques éléments de ce travail en cours informent sur

-la population couverte par la CMUC

- l'offre de soins
- La consommation de soins
- La morbidité et mortalité
- La participation au dépistage de masse (colon rectum, et sein avec des chiffres respectivement de 40,5% et de 60%)

Ces dernières données sont spécialement intéressantes, car elles donnent des bases pour mesurer les évolutions dans le temps et l'espace (cartographies en cours). Elles doivent aussi amener à réfléchir sur les freins aux dépistages et permettre d'améliorer les stratégies des actions.

Les données des centres de santé qui utilisent le « score épice » seront analysées à la fois pour dégager le profil des personnes reçues et pour tester la faisabilité d'étendre ce recueil à d'autres professionnels.

Les données relatives à l'enfance ont débuté avec un travail en partenariat entre l'Education nationale et le Conseil Général (PMI). Pour l'éducation nationale, la priorité reste la visite des enfants de 6 ans et la mise à disposition de données plus larges semble complexe. La réflexion porte sur l'identification et la résolution des obstacles au recueil de données pertinentes pour l'observatoire de la santé sur Brest.

C 2) Des enquêtes ponctuelles ont été réalisées ou le seront :

- a. Autour de la santé mentale (participation à l'enquête réalisée sous l'égide du Centre Collaborateur de l'OMS
- b. Autour de la santé autour des personnes en situation de précarité en faisant appel à des stagiaires.
- c. Une attention est portée aussi autour des publics du CCAS ou « hors dispositif » en lien avec les associations telles que les restos du Cœur, ATD quart Monde, etc.

C 3) Un recueil de données impliquant les habitants est envisagé sur les quartiers prioritaires : représentations autour de la santé,... Les modalités ne sont pas encore précisées.

Cet observatoire, couplé au travail au niveau de l'agglomération concernant les indicateurs d'évaluation montre les efforts réalisés pour mobiliser et rendre utilisable différentes sources de données.

Il est plutôt perçu comme une aide à la décision dans les actions mais il sera inévitablement le support pour préciser certaines questions comme nous l'avons mentionné autour du sens que prennent les données et en quoi elles interpellent les acteurs pour proposer, co-construire avec les habitants des modes opératoires plus efficaces si besoin.

Par contre, le recueil d'information ne semble pas (mais nous avons peu de matière à disposition) être considéré sous son double aspect : connaissance et dynamique locale.

De fait, les diagnostics ou recueil de données partagées permettent à la fois de se saisir des données statistiques disponibles, de croiser les données quantitatives et les informations d'ordre plus qualitatif, de mettre à jour aussi des phénomènes qui ne sont pas forcément mesurables. Le regard croisés élus/professionnels/habitants permet aussi de faire émerger des interfaces et de les travailler à partir du point de vue des différents acteurs.

L'observatoire en cours a toute sa pertinence, sa remise à jour est une exigence prévue. Le couplage à des enquêtes ponctuelles permettra de réaliser des focus sur des aspects précis. Sa plus value sera d'autant plus importante s'il peut inclure des données qualitatives et contribuer dans les méthodes utilisées à impulser des dynamiques aussi bien autour des partenaires que des habitants. Un autre type de méthode nous semble intéressant à adapter au niveau local, en tenant compte de ses limites aussi : les baromètres santé.

Enfin, le défi d'étendre l'observatoire à l'agglomération va mettre en scène des questions d'ordre méthodologiques mais aussi institutionnelles, tout comme sur Brest avec l'exemple des priorités de l'Education Nationale.

C 4) Le travail de l'Agglomération sur les indicateurs du CUCS

La construction d'indicateurs se réfléchit à différentes échelles

→ Niveau Agglomération :

Le chef de projet CUCS et une chargée de mission travaillent avec les référents de chaque volet thématique du CUCS pour renforcer l'ingénierie de projet dont l'identification d'indicateurs pertinents. La DDASS et un médecin du Service de Santé Publique sont associés à la réflexion concernant le volet santé.

→ Niveau Commune

Chaque référent thématique organise de façon articulée avec la réflexion menée avec l'équipe d'ingénierie du CUCS, son propre « tableau de bord ». Cette déclinaison permet d'être plus précis. Ce type de tableau de bord existe par exemple sur le volet éducation et le volet prévention de la délinquance. Il est en cours d'élaboration sur le volet santé.

Il a d'ailleurs fait l'objet d'un des points du récent comité d'orientation et d'évaluation, rappelant la priorité de ce chantier.

→ Le processus mis en place

La réflexion autour des indicateurs est centrée autour d'indicateurs « de situation » et d'indicateurs « d'action » pour mesurer l'impact des actions de droit commun ou spécifiques.

a) Une feuille de route

Une feuille de route est donnée pour exemple ci-dessous, elle concerne le volet santé (document de travail susceptible d'évoluer).

→ Elle permet de montrer le processus collectif : étapes, acteurs ou instances impliqués dans l'élaboration des indicateurs.

1. Recueil des données et mise à jour du tableau de bord technique	
Données de situation	Alimentées par l'observatoire de la santé. (ADEUPA) Les commentaires et analyses en sont extraits.
Données d'Impact des actions (<i>dernier trimestre</i>)	Recueillies par le chargé de mission de l'Atelier

N-1. début 1 ^{er} trimestre N)	Santé Ville. Ce dernier alimente le tableau de bord, le met en forme.
2. Commentaires partagés et écriture du tableau de bord stratégique	
1 ^{ère} lecture et écriture de commentaires (février N)	Petit groupe de travail ASV (DDASS, Service Santé, DSU ?) à partir du tableau de bord technique. Commente les données, les évolutions.
Analyse partagée avec tous les partenaires de l'Atelier Santé Ville (mars N)	A partir du tableau de bord technique et de la première ébauche de commentaires. Permet l'évaluation de la pertinence des objectifs, de leur atteinte ou non. Peut définir de nouveaux objectifs au vue des situations, des freins... Réunion organisée par le chargé de mission de l'Atelier Santé Ville.
Rédaction du tableau de bord stratégique	A partir du compte-rendu de la réunion et du tableau de bord technique, le chargé de mission de l'Atelier santé ville finalise le tableau de bord stratégique.
3. Transmission du tableau de bord complété au DSU	
Appropriation des résultats Aide au pilotage Programmations.	Groupe ressource Comité opérationnel Groupe de pilotage (juin N)

b) Une guidance dans les questionnements autour des questions évaluatives, indicateurs potentiels:

La guidance méthodologique qui traverse l'ensemble de volets du CUCS est basé sur :

- a. les bonnes questions à se poser selon le champ interrogé
- b. les informations potentielles / indicateurs susceptibles de renseigner ce champ

c. les informations disponibles ou à collecter.

Cette guidance permet non seulement au niveau du CUCS mais aussi pour chacun des volets du CUCS d'aborder la question des indicateurs de façon pédagogique.

→ Le choix pour le moment a été de rester centré sur les informations disponibles, tout en les rendant plus lisibles et de mobiliser les acteurs tels que l'ADEUPA dont le champ de la santé n'est pas l'expertise initiale, mais les prestations de l'ORS étant payantes, les collectivités ne peuvent parfois pas avoir accès à toutes les ressources que les ORS pourraient offrir.

→ Ce choix pragmatique fait émerger aussi des difficultés de transmission d'informations par certaines institutions.

→ Chaque fois que des taux pourront être calculés, ils le seront, mais souvent les informations nécessaires pour les calculer ne sont pas disponibles (Ex : on peut facilement calculer le taux de dépistage pour le cancer du sein, disposant du nombre de femmes susceptibles d'en bénéficier mais pour d'autres thématique, le dénominateur n'est pas disponible).

→ Des indicateurs seraient à généraliser sur l'exemple du bucco-dentaire avec in fine, l'obtention de l'indice CAO³⁶ sur les ZUS et hors ZUS. Les cartographies permettraient aussi de mettre en forme et de visualiser les évolutions de cet indicateurs dans le temps et selon des échelles territoriales différenciées. Le lien avec le taux d'enfants soignés de façon effective après un dépistage est aussi un indicateur extrêmement intéressant.

→ Pour le moment, des enquêtes, type baromètre santé ne sont pas envisagées, ni la recherche d'informations plus qualitatives sur différents champ au niveau du CUCS.

De fait, le choix pragmatique a été fait de rester au niveau du tableau de bord du CUCS

- a) sur des données quantitatives,
- b) faire des choix au niveau des données disponibles

→ **Des problèmes généraux rencontrés et des appuis :**

³⁶ Indice calculé sur le nombre de dents cariées, absentes, obturées.

Ce travail autour des indicateurs qui semble relativement simple dans la théorie s'avère en pratique extrêmement complexe surtout quand il est envisagé à différentes échelles territoriales. On citera pour illustration :

a) Obtention de données par diverses institutions parfois difficile : les taux d'IMC³⁷, les résultats des bilans de santé semblent difficiles à obtenir alors que sur d'autres sites ils sont accessibles → Cette hétérogénéité de mise à disposition de données qui ne concerne pas que l'Education Nationale, demande à être traitée à d'autres niveaux pour que les acteurs de terrain ne passent pas un temps inconsidéré à convaincre les acteurs de l'importance de ces données dans une logique de santé publique.

b) Données difficiles à retraiter au niveau infra communal

c) Données recueillies sur des tranches d'âge ou des périodes de l'année non concordantes (classes 2 – 16 ans pour les programmes de réussite éducative; tranches d'âge utilisées par les missions locale, utilisation de l'année civile ou de l'année scolaire),

d) Données à retraiter de façon anonymisée

e) Mise ne cohérence des données issues de sources multiples pour l'observatoire

Etc.

A noter que des indicateurs avaient été travaillés antérieurement spécifiquement au niveau des CUCS. Ils se sont avérés ou jugés trop théoriques et difficilement appropriables.

- Les moyens affectés à l'ingénierie sont décalés au regard de l'importance de ce champ et des priorités affichées par tous les acteurs, du national au local.

Ces difficultés pour l'élaboration des indicateurs et de façon plus générale, le renforcement des compétences des acteurs autour de l'évaluation sont soutenue au niveau Régional en lien avec ResOville avec un accompagnement des acteurs concernant programmation, évaluation. Reste à savoir si ces formations peuvent toucher suffisamment d'acteurs, si décideurs et acteurs de terrain sont associés.

³⁷ Indice de masse corporel

Enfin, la reprise en main de l'ASV est rendue complexe par l'absence de bilan détaillé des processus et actions engagées depuis sa création. Il s'agit d'un champ à investir également.

D) Les incidences de la démarche ASV sur l'évolution des compétences

Le regard sur l'ensemble du processus de l'ASV de Brest, les discussions partagées suite à la visite sur site mettent de l'avant plusieurs registres de compétences à renforcer pour mieux appréhender les questions de santé dans une vision de promotion de la santé :

Trois champs principaux sont été mis de l'avant :

1) Les pratiques participatives sont énoncées dans tous les documents mais les partenaires ne partagent pas forcément l'intérêt ni la légitimité de ces approches alors qu'il s'agit d'un enjeu essentiel dans le cadre de la lutte contre les exclusions.

Sur ce registre il semble nécessaire de travailler à plusieurs niveaux, de conjuguer l'importance de cette participation, travailler les enjeux de pouvoirs qu'elle sous-tend.

Il paraît nécessaire aussi de forger des modes opératoires plus participatifs même pour des acteurs acquis à cette participation. Les champs développés dans l'éducation, les outils issus de l'éducation populaires, les supports autour des approches culturelles qui semblent fortes sur la ville sont des opportunités pour croiser les approches et trouver des modes opératoires qui permettent de créer les conditions favorables à l'implication des habitants dans les questions de santé au sens large.

Ce champ interpelle donc le politique, les postures professionnelles et personnelles, le renforcement des savoir-faire.

2) Les enjeux autour des éléments de méthodes sont forts ; Ils sont déjà pris en compte comme nous l'avons vu, des outils de construisent et de soutiens sont organisés en particulier avec les centres de ressources. Les acteurs tels que le CRES, l'Université

apparaissent sur certains champs mais nous manquons de visibilité autour de leur implication concrète autour de l'ingénierie de projet.

Les enjeux autour de la méthodologie de projet sont à prendre en compte aussi d'un point de vue intersectoriel de façon à trouver des éléments de structuration qui permette une guidance mieux partagée dans le montage de projet.

3) Enfin, la capacité à travailler de façon intersectorielle a été citée, elle peut passer par des formations mais aussi par d'autres espaces où les représentations peuvent être partagées. Les groupes de travail servent à ce titre de supports mais leur pilotage doit intégrer aussi cette dimension.

10) Conclusion et perspectives

Le volet santé du CUCS de l'Agglomération Brest Océane, les structurations récentes du CUCS et de l'ASV font ressortir les éléments suivants :

La ville s'est engagée dans une politique prenant en compte la santé depuis longtemps avec son adhésion à divers réseaux (ville OMS) ou démarches plus récemment comme l'ASV.

On note que malgré les engagements surtout affirmés autour de la santé depuis 2000 et les gains illustrés en la matière, la santé trouve difficilement sa place dans sa déclinaison opérationnelle, et ce, depuis la période du dernier contrat de ville.

Les données relatives aux processus de précarisation montrent aussi que les écarts se creusent et que nombre de ces déterminants échappent à l'échelon communal voire de l'agglomération. Ces déterminants influencent directement la santé et les informations concernant les enfants qui étaient disponibles sur ce site sont alarmantes. Les efforts réalisés par la politique municipale autour de l'enfance et de la jeunesse sont là pour démontrer les défis à relever.

Du point de vue des engagements politiques, les documents pour rappel énoncent politique locale de santé, programme local santé publique ou promotion/éducation pour la santé

Il nous semble important de clarifier les champs sur lesquels on se situe car ils ont un impact sur l'importance donnée à la santé aux différentes échelles territoriales, les orientations prioritaires organisées de façon articulée, les instances mises en place, leur mode de fonctionnement et l'organisation concrètes des actions et les moyens dont on se dote pour l'ingénierie de projet, la coordination aux différentes échelles territoriales.

Les cadres mis en place (PRSP, PREPS, CUCS, ASV) sont structurants et servent de point d'ancrage. Le regard autour des processus à ce jour permet aussi de montrer les zones d'ombre ou les paradoxes à travailler tout en s'appuyant sur les acquis et en tenant compte des difficultés rencontrées ces derniers temps tout spécialement sur sein du Service de Santé Publique, mais aussi de partenariats institutionnels difficiles.

- Du point de vue méthodologique les outils de la métropole nous semblent opérants dans cette première phase. Ils devraient pouvoir évoluer en précisant pour chaque volet des objectifs hiérarchisés. La programmation de la Métropole doit être considérée comme une programmation « macro » qui doit pouvoir orienter celle des autres volets et à l'inverse, être alimentée par chacune des programmations. Les interfaces entre les différents volets du CUCS et les dispositifs en cours pourraient aussi être rendus plus lisibles.

Cet enjeu méthodologique interpelle l'Etat à différents échelons pour rendre les interfaces politique de la ville et politique de droit commun plus structurantes.

Les enjeux pour le futur nous semblent relever de plusieurs niveaux mais dont les interfaces sont étroites. Ils engagent à penser la santé non seulement au niveau de la commune de Brest, mais aussi au niveau de l'agglomération en passant par d'autres échelons comme nous avons pu l'illustrer. Cet exercice demande un repositionnement des différents acteurs et des évolutions institutionnelles.

- Les thématiques de santé et le travail sur leurs déterminants nous semblent devoir être mieux organisés sur les territoires prioritaires de Brest : les thématiques actuelles sont toutes pertinentes, elles devraient traverser l'ensemble des quartiers mentionnés.

- Le positionnement de la coordinatrice ASV doit sans doute être renforcé sur des missions transversales, d'ingénierie en interface avec les autres niveaux territoriaux.

- On peut aussi énoncer que la démarche ASV pourrait s'envisager aussi à l'échelle de l'agglomération pour impulser certaines démarches de santé dans d'autres communes en se servant d'appui sur les 2 thématiques qui aujourd'hui ont permis de dépasser l'échelon communal : la souffrance psychique, les addictions au sens large dans une perspective de santé publique.

- Les synergies au sein du CUCS se tissent malgré les périodes de rupture et elles peuvent être renforcées.

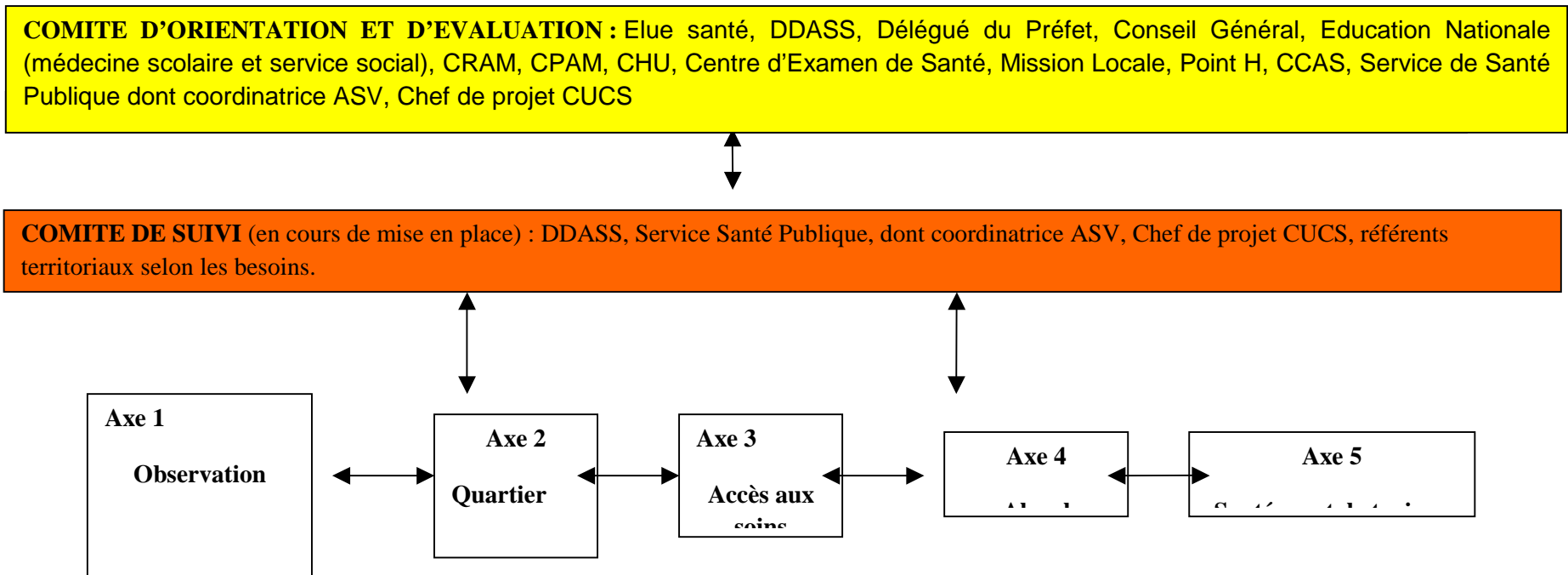
Les conditions pour cela mettent de l'avant un portage politique plus important de la thématique santé au sein du CUCS, des instances plus opérationnelles dont les perspectives futures ont été discutées et une implication plus forte des acteurs « santé » au sein même du CUCS. Cette implication redevient possible après 3 années complexes.

- Transversalité, intersectorialité doivent s'accompagner de conditions favorables à mettre en place du national au local (cultures professionnelles, modes de pilotage, financement, etc.). Sur Brest, il est important de s'appuyer sur les facteurs qui ont réussi à rassembler élus, différents services de la ville et servent aujourd'hui de tremplin au niveau intercommunal.

Annexe 1 : Détail des partenaires dans les différentes instances de l'ASV – Brest Mars 2009

(Source : coordinatrice ASV et documents de travail)

Montage général



Détails des instances**Comité d'orientation et d'Evaluation**

Elue santé,
DDASS,
Délégué du Préfet,
Conseil Général,
Education Nationale (médecine scolaire et service social),
CRAM,
CPAM,
CHU,
Centre d'Examen de Santé,
Mission Locale,
Point H,
CCAS,
Service de Santé Publique
Chef de projet CUCS

Groupe de suivi à venir (constitution à valider)

DDASS,
Service Santé Publique dont les référents santé /coordinatrice ASV,
DSU (et autre selon les besoins),
Chef de projet CUCS

Axe 1 : Liste de partenaires

- ADEUPA
- CPAM
- ADEC

- CG (PMI)
- EN (santé scolaire)
- CES

Axe 2 : Liste des partenaires Pas existence d'un groupe à par entière : Travail de réseau par l'équipe santé publique sur les territoires avec les acteurs locaux des quartiers ; les collaborations se font selon les quartiers et les territoires

- Crèches / Haltes-Garderies / Accueils Parents – Enfants
- Centres de Loisirs / Accueils Périscolaires
- Centres sociaux / Maisons Pour tous / Patronages Laïques
- Ecoles / Collèges / Lycées (CESC = comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté)
- Autres (associations, équipe de prev°, médiathèque, PMI, RAM = Relais Assistantes Maternelles, FJT...)
- agents de développement local (PEL - CCQ) + Référent DRE + Service des sports + coordo jeunesse

Axe 3 : Liste des partenaires

- service santé (Pilotage)
- CES
- CHU
- CPAM
- Mission Locale
- CRAM
- MSA
- CCAS

Axe 4 : Liste de partenaires (Groupe à créer en 2009)

- service santé ville
- ANPAA
- CISPDP
- sauvegarde de l'enfance
- Vie Libre

Axe 5 : Liste des partenaires

- Elus : santé, logement, action sociale, tranquillité urbaine, handicap
- Usagers : UNAFAM, GEM
- Professionnels : CHU Bohars, Service habitat BMO, CCAS, Don Bosco (SAVS = service d'Accompagnement à la vie sociale), AGHEB, CATTTP, SDIS 29 (pompiers), UDAF 29, An Treiz...

Le Volet Santé du CUCS de la Ville de Chanteloup les Vignes

ELEMENTS DE SYNTHESE ET D'ANALYSE

VISITE SUR SITE :

CHANTELOUP LES VIGNES

FEVRIER 2009

Marie Ange Vincent

1) Principaux éléments de contexte

a. Présentation générale

Au moment de la rédaction du CUCS pour chacune d'entre elles, les deux communes mitoyennes de Chanteloup-les-Vignes et de Carrières-sous-Poissy faisaient toutes deux partie de la Communauté de Communes des deux Rives de la Seine, créée fin 2005, comprenant 4 autres communes des Yvelines (Andrézy, Chapet, Triel-sur-Seine et Verneuil-sur-Seine) et rassemblant 64 746 habitants.

La Communauté de Communes s'est transformée en Communauté d'Agglomération au 1^{er} janvier 2009 avec, parmi l'ensemble des compétences qui lui incombant, celle de la Politique de la Ville dans la communauté (compétence obligatoire) et celle du développement de la santé, notamment ce qui a trait aux « Etudes et mise en œuvre d'actions d'intérêt communautaire en faveur des personnes âgées » (compétence facultative).

→ *CUCS de Chanteloup-les-Vignes* :

Une des particularités du document de référence est de centrer son action sur les habitants des quartiers prioritaires, en parallèle certes d'une action publique plus globale, mais en gardant comme objectif la compréhension des processus d'exclusion qui viennent éloigner les habitants des quartiers en Politique de la Ville de la santé. L'idée est ici de comprendre et d'agir sur les freins à la santé.

Le CUCS de Chanteloup-les-Vignes préconise les axes suivants :

- l'offre de services de personnels de santé et la couverture territoriale ;
- l'accès aux soins dans une vision plus préventive de sa santé et pas seulement dans une réponse de premiers recours ;
- la cohérence des actions publiques en matière d'éducation à la santé ;
- la lutte contre les addictions et les conduites à risques ;
- le maintien de l'offre et l'accès aux services de différentes institutions de droit commun.

Pour ce faire, la mise en place d'un Atelier Santé Ville semblait pertinente et le coordonnateur de l'ASV aurait alors pour missions :

- d'animer un réseau local d'acteurs publics et privés ;
- de poursuivre l'effort de diagnostic ;
- de mettre en place un programme d'actions de prévention, d'éducation à la santé et d'accès aux soins.

Il est à noter que Chanteloup-les-Vignes s'était déjà inscrit en 2004 dans une démarche ASV en intercommunalité avec les communes d'Achères et de Vernouillet. La chargée de mission santé – coordinatrice de l'ASV dépendait alors du SIPAICOV. Chanteloup-les-Vignes avait donc déjà à son actif :

- un long historique en matière de Politique de la Ville ;
- une démarche ASV entamée en intercommunalité. Cette démarche a pris fin en 2006 sur le constat que si le SIPAICOV a permis la création du poste de coordonnateur à l'échelle intercommunale et celle d'un Espace Ecoute Jeunes, il n'empêche que ceci est jugé insuffisant au regard des besoins des quartiers prioritaires.
- des actions de santé notamment celles en lien avec la santé mentale (formation des professionnels afin de faciliter le repérage et l'orientation des personnes) ou la nutrition.

→ *CUCS de Carrières-sous-Poissy* :

En termes de problématiques de santé sur le territoire communal, le CUCS fait état de la nécessité d'avoir une analyse locale des problématiques de santé communales, ce qui manquait à ce moment-là, et de favoriser la mise en réseau des acteurs locaux de santé autour de la mise en œuvre d'actions de santé en adéquation avec les problématiques identifiées et en cohérence avec les objectifs du PRSP .

De même que pour Chanteloup-les-Vignes, une démarche ASV semble alors pertinente et aurait pour axes thématiques d'action en plus de ce qui relève du diagnostic, du réseau :

- l'offre médicale ;
- la coordination d'actions ;
- la lutte contre les addictions ;
- le mal être.

C'est le double constat de la nécessité de 1) lancer une démarche ASV sur des thématiques finalement proches et de 2) mutualiser les moyens de la coordination qui a poussé les deux communes à s'associer. Une nouvelle démarche ASV est donc entamée avec Carrières-sous-Poissy avec comme principe un partage égal du temps de coordination entre les deux communes. Aucune n'avait en effet les moyens d'assurer un temps complet. C'était aussi pour Chanteloup-les-Vignes l'assurance d'avoir au moins un mi-temps de coordination santé, à la différence du précédent ASV.

Le territoire de l'ASV créé donc en septembre 2007 s'étend sur trois quartiers prioritaires à Chanteloup-les-Vignes et un quartier prioritaire à Carrières-sous-Poissy , pour un total de 13205 habitants, soit un peu plus de la moitié de la population des deux communes. Ces territoires sont :

Carrières-sous-Poissy : Les Grésillons en ZUS, Les Trois Tours et Ronceray

Chanteloup-les-Vignes : La Cité : La Noé, Les Feucherêts, quartier en priorité 1 qui se caractérise par un des taux de population étrangère les plus élevés des Yvelines, une forte proportion de jeunes (41,3% ont moins de 20 ans) et une offre de soins insuffisante en généralistes et spécialistes (ce dernier élément étant valable pour l'ensemble de la commune).

b. Données SIG - Chanteloup-les-Vignes

Profil Général				
<i>Sources INSEE RP 1999/DGI 2004 (données fiscales)/ Min. de l'Intérieur (2005) / Min. de l'Educ. Nat. (2004) / CNAM (2006)</i>				
	ZUS La Cité: La Noë-Les Feucherets	CUCS Chanteloup-les-Vignes	ZUS du département	ZUS de la région
Chômage (1999)	22.7 %	18.0 %	18.0 %	19.6 %
Non-diplômés (1999)	37.7 %	29.4 %	32.2 %	29.1 %
Moins de 25 ans (1999)	52.0 %	47.3 %	44.8 %	39.6 %
Etrangers (1999)	30.4 %	24.1 %	24.8 %	21.6 %
Familles monoparentales (1999)	20.0 %	15.9 %	18.7 %	21.7 %
Locatifs HLM (1999)	76.9 %	52.1 %	75.0 %	61.8 %
Ménages non-imposés sur revenus (2005)	47.2 %	36.7 %	41.6 %	42.1 %
Bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire	14.7 %	n.d.	12.1 %	15.0 %

(2006)				
--------	--	--	--	--

Carrières-sous-Poissy

Carrières-sous-Poissy Profil Général				
<i>Sources INSEE RP 1999/DGI 2004 (données fiscales)/ Min. de l'Intérieur (2005) / Min. de l'Educ. Nat. (2004) / CNAM (2006)</i>				
	ZUS Les Grésillons	CUCS Carrières-sous-Poissy	ZUS du département	ZUS de la région
Chômage (1999)	15.3 %	11.3 %	18.0 %	19.6 %
Non-diplômés (1999)	32.5 %	23.4 %	32.2 %	29.1 %
Moins de 25 ans (1999)	41.6 %	38.1 %	44.8 %	39.6 %
Etrangers (1999)	25.1 %	17.8 %	24.8 %	21.6 %
Familles monoparentales (1999)	18.7 %	13.3 %	18.7 %	21.7 %
Locatifs HLM (1999)	75.2 %	41.3 %	75.0 %	61.8 %
Ménages non-imposés sur revenus (2005)	38.4 %	27.1 %	41.6 %	42.1 %
Bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire	8.2 %	6.0 %	12.1 %	15.0 %

(2006)				
--------	--	--	--	--

2) Positionnement du volet santé

Que ce soit pour Carrières-sous-Poissy ou pour Chanteloup-les-Vignes, l'ASV a été posé comme le volet santé des CUCS afférents.

Créé en septembre 2007, le poste de coordonnatrice santé a un double rattachement : d'une part à la Direction de la Politique de la Ville et de la Démocratie locale à Carrières-sous-Poissy et, d'autre part, à la direction du développement local de Chanteloup-les-Vignes. Sur la base d'un mi-temps pour chacune de ses affectations, la coordonnatrice santé partage en deux parts égales son temps de présence dans chacune des deux communes, une situation qui n'est pas sans lien avec l'impression d'une double feuille de route, l'une pour Carrières-sous-Poissy et l'autre pour Chanteloup-les-Vignes (cf 6) synergies territoriales).

3) Diagnostics de référence

a. Diagnostic antérieur à l'ASV actuel :

Un premier diagnostic santé intercommunal avait déjà été réalisé dans le cadre de l'ASV d'Achères, Chanteloup-les-Vignes et Vernouillet. Il avait pour objectif de :

- i. définir des priorités de santé sur les villes ;
- ii. assurer la cohérence des actions de santé ;
- iii. obtenir une meilleure implication des différents acteurs.

C'est un opérateur externe³⁸ qui en a assuré le déroulement et qui a permis d'associer aussi bien les professionnels de la santé et du social, les services administratifs, les associations que des habitants des trois communes.

b. Diagnostic de démarrage de la démarche ASV actuelle :

Arrivée en poste en septembre 2007, la première tâche de la coordonnatrice santé a consisté à réaliser le diagnostic qui s'est déroulé de septembre à décembre 2007 : pas d'appel donc à un

³⁸ l'AFRESC

opérateur externe pour cela. Derrière l'intitulé de diagnostic participatif, il faut entendre la consultation de professionnels sanitaires et sociaux sur les deux communes. Le diagnostic devait initialement permettre la consultation des habitants, mais ni les délais, ni les moyens n'ont permis de le faire.

Le diagnostic s'est déroulé selon la méthode suivante :

1. entretiens exploratoires et lecture quant aux problématiques économiques, sociales et sanitaires au niveau des deux communes ;
2. état des lieux des ressources ;
3. entretiens semi-directifs avec des professionnels ;
4. analyse des données ;
5. constitution de propositions de travail ;
6. restitution dans une logique de mise en dynamique des acteurs.

Ce sont des professionnels sociaux, sanitaires des structures et associations suivantes qui ont été interrogés, à savoir :

- les services municipaux, les CCAS, les centres sociaux et culturels
- les structures de petite enfance et enfance (Protection Maternelle et Infantile, centres multi-accueil, crèches familiales)
- l'Education nationale (médecin scolaire, infirmières scolaires, assistante sociale)
- les structures et associations sociales ou d'accueil (Prévention spécialisée, AJIR, CHAT, foyer ADEF)
- les institutions (Espaces Territoriaux, médecin coordinateur du Conseil général, Centre Local d'Information et de Coordination)
- le Centre Hospitalier (Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé, secteur psychiatrique, Urgences)
- les professionnels de santé libéraux (4 médecins généralistes, 2 dentistes).

Ces professionnels ont été interrogés sur :

- les problèmes de santé prioritaires sur les deux communes ;
- les actions qu'ils mènent dans le domaine de la santé ;

- les projets pertinents à mettre en place.

Les thèmes et enjeux suivants ont émergé de l'analyse des données :

thèmes	enjeux
l'offre et la consommation de soins	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maintenir un nombre de médecins généralistes suffisant dans les années à venir 2. Faciliter le recours aux spécialistes 3. Travailler la relation ville-Hôpital
Le recours aux soins	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faire connaître l'importance de la prévention ainsi que les droits et les devoirs des bénéficiaires de la CMU 2. Travailler sur l'information des professionnels pour orienter la personne vers la structure la plus adaptée
Les problématiques de santé chez la petite enfance et l'enfance	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informer sur les conséquences de certains modes de vie conduisant à des problèmes de santé (alimentation trop riche, sédentarité, couché tardif, place de la télévision) tout en proposant des alternatives adaptées 2. Favoriser le recours aux soins des médecins spécialistes malgré les difficultés financières et les appréhensions (dentiste, ophtalmologiste, psychiatre...) 3. Redonner au CMPI toute sa place dans le partenariat ville-hôpital (<i>Chanteloup</i>)
Les problématiques de santé chez les jeunes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Travailler sur le respect de soi et le respect de l'autre pour les jeunes en souffrance 2. Favoriser le recours à un suivi psychiatrique pour les jeunes qui le nécessitent mais développer aussi un système d'écoute adapté pour les jeunes souffrant de mal-être et d'une image de soi dégradée 3. Informer les jeunes sur les conséquences sur la santé de leurs actes et consommations afin qu'ils soient acteurs de leur santé (sexualité non protégée, addictions et autres conduites à risque)
Les problématiques de santé chez les personnes en situation de vulnérabilité sociale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en place une démarche partenariale pour que chacun réfléchisse à ce qui pourrait être fait vis-à-vis des problèmes psychiatriques 2. Travailler sur les représentations autour de la santé
Les problématiques de santé chez les personnes âgées	Maintenir le partenariat déjà établi entre les CCAS et le CLIC pour mettre en place des actions de prévention

cf annexe 2 pour les préconisations

La restitution des éléments issus du diagnostic s'est déroulée sur les deux communes séparément, sur deux temps différents (février et juin 2008) et a permis de définir trois thèmes prioritaires qui sont par ailleurs en cohérence avec les éléments de recommandation du CUCS et les orientations du PRAPS :

- l'hygiène de vie dont nutrition ;
- les conduites à risques ;
- l'accès aux soins et offre médicale, notamment de santé mentale.

L'intérêt de ce diagnostic qui a finalement confirmé ce que l'on connaissait déjà du territoire réside du coup plus dans le constat de similitude (en termes de problématiques) entre les deux communes et dans sa finalité de mobilisation des acteurs de terrain.

Remarque : En ce qui concerne les actions envers les personnes âgées, il n'y a finalement pas eu de demandes ni de propositions de la part des partenaires. A charge donc du CCAS de mettre en place des actions envers ce public. Les partenaires ont plutôt exprimé des demandes en ce qui concerne les jeunes et les familles.

4) Positionnement politique de la santé sur le territoire

a. Modes et moyens de pilotage de la démarche ASV

Le pilotage est à deux niveaux pour cet ASV, l'un départemental et l'autre intercommunal.

Au niveau départemental, l'ASV participe au Comité de pilotage départemental animé par la DDASS depuis janvier 2009.

Au niveau communal, le Comité de pilotage est co-animé par les deux communes est rassemble des élus, le chef de projet CUCS santé et celui réussite éducative, la CPAM, des associations, la Sous-préfecture, la DDASS, l'Inspection académique, les acteurs de santé mentale.

b. Interfaces avec les autres volets du CUCS

Au-delà des liens préconisés entre les différents volets du CUCS dans le document de référence, il y a aussi, en termes de management de l'équipe constituant le pôle « développement local » de Chanteloup-les-Vignes, une volonté de favoriser les liens entre les différentes thématiques du CUCS et les habitudes de travail des chargés de mission. La coordonnatrice santé partage :

- avec la personne chargée du volet « réussite éducative – action culturelle et sportive » non seulement des actions (jeunes et conduites à risques par exemple), mais aussi un même bureau ce qui favorise les échanges;
- avec la personne chargée du volet « développement économique-emploi » un temps communs (« les journées de la rue ») où tous les chargés de mission « vont vers » les jeunes éloignés des structures.
- des temps de réunion avec l'ensemble des chargés de mission afin de croiser les actions.

5) Synergies territoriales

Un travail en réelle intercommunalité sous-entend que les deux communes aient une vision proche de ce que doivent être les fondements de la politique de santé à mener et qu'elles aient les mêmes priorités. Dans le contexte de cet ASV, il semble que la démarche soit plutôt scindée en deux. Il ne s'agit pas uniquement du fait que la coordonnatrice santé ait un mi-temps parfaitement séparé entre les deux communes, mais aussi la nature de sa feuille de route, l'une pour Carrières-sous-Poissy et l'autre pour Chanteloup-les-Vignes, cette dernière commune favorisant par exemple plus ce qui relève de la thématique « santé mentale ». Par ailleurs, en termes de partenaires locaux (Education nationale, Conseil général), ceux-ci peuvent être sectorialisés, et donc ne pas être les mêmes dans les groupes de travail. De ce fait, même si certaines thématiques sont communes, l'opérationnalisation de ces thématiques est séparée : demandes de subvention différentes (sauf pour le thème « nutrition »), partenaires différents...

Toutefois, les synergies territoriales ont été favorisées lors du temps fort « forum de la naissance et de la petite enfance ». En effet, organisé initialement en 2007 par la commune de Poissy, les deux communes de Chanteloup-les-Vignes et de Carrières-sous-Poissy ont rejoint en 2008 la dynamique et ont proposé en novembre la deuxième édition de ce forum qui prend la forme de deux journées d'informations avec des professionnels sanitaires.

Le passage de la compétence Politique de la ville à la Communauté d'agglomération et le fait que la Chef de projet Politique de la Ville de Chanteloup-les-Vignes soit mise à disposition sur la CA peut être un élément favorable au travail intercommunal.

6) Programmes et actions « santé » engagés

Programmation 2008

thèmes	déclinaison
hygiène de vie	<ul style="list-style-type: none"> - Ateliers nutrition - Interventions de professionnels de santé au centre social - Formation de professionnels de la petite enfance et de la restauration sur l'équilibre alimentaire - Ateliers santé lors de moments festifs sur la commune
conduites à risques :	<ul style="list-style-type: none"> - Interventions de professionnels sur la sexualité (Sida, contraception) - Formation d'animateurs et d'éducateurs sur les addictions - Atelier sur le respect de soi et le respect de l'autre
accès aux soins	<ul style="list-style-type: none"> - Participation au Forum de la Naissance - Partenariat avec les secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile (dont Equipe mobile de santé mentale).

Remarques :

- a. Ces thèmes sont en adéquation avec les recommandations du CUCS ;
- b. La prévention des risques liés à la sexualité avait déjà été posée comme thématique prioritaire dans le précédent ASV de Chanteloup-les-Vignes. Il y a donc une certaine logique de continuité.
- c. le mode d'appel à projet par Internet a montré ses limites : certains acteurs sont en difficulté pour remplir le document, la date limite de dépôt est dépassée,...

Groupes de travail :

La coordonnatrice santé participe aux réunions des groupes de travail thématiques :

- le groupe « relations garçons-filles et sexualité » dont l'objectif de programmation est entre autres le Rallye SIDA.
- le groupe « prévention » (dont prévention des conduites à risques) rassemblant institutions et association
- le groupe « Politique de la ville » rassemblant les chargés de mission du CUCS dont l'objectif est de favoriser les liens entre les différents axes du CUCS

7) Mobilisations engagées (partenariats)

Le CODES est un autre partenaire clé de la démarche, de par son accompagnement méthodologique et sa présence à des instances de travail. Il avait été sollicité par la DDASS pour mettre en place un programme de formation permettant le développement des volets santé des CUCS. Une réunion bimestrielle était prévue. Cette formation a permis à la coordonnatrice santé de développer ses compétences en matière de santé, de méthodologie de projet en santé communautaire, ainsi que de favoriser l'échange de pratiques avec d'autres coordonnateurs (montage de la démarche, construction de la programmation...)

Au niveau des communes, les centres sociaux et l'Education Nationale sont les partenaires principaux de la démarche.

A ceux-ci s'ajoutent le Centre hospitalier, le Conseil Général, le Conseil Régional, les services municipaux, la Mission locale, le Planning Familial, le Centre de Planification les associations de prévention, les professionnels de santé libéraux, la PMI, le CCAS, l'ANPE et les associations d'habitants.

8) Participation des habitants

Alors que pour d'autres ASV, le diagnostic est un temps où l'intégration des habitants dans la démarche peut se faire, pour des raisons de contraintes temporelles et de manque de moyens, cela n'a pas été le cas pour cet ASV. Il a été du coup décidé de favoriser la participation des habitants dans les actions. Toutefois, des freins à celle-ci se pose quand il s'agit de passer d'une « participation » des habitants à des actions à une co-construction des actions avec les habitants. La participation a finalement dans les actions plus trait à une mobilisation (participation = être présent lors de... comme c'est le cas pour le Forum naissance) qu'à une co-construction à l'action, à son suivi et évaluation.

Toutefois, les habitants trouvent néanmoins une place dans la démarche puisque certaines associations d'habitants prennent part à des groupes de travail.

9) Eléments de méthode

Coordination

Arrivée en poste après avoir fini sa formation à l'IEP de Rennes, la coordonnatrice santé³⁹ a bénéficié du soutien de la DDASS, ce qui lui a permis de suivre une formation du CODES relative à l'axe santé du CUCS et par là même de compléter ses compétences en méthodologie de projet par ce qui relève de la santé (concept et méthode).

L'objectif principal de la coordination tient ici plutôt :

- d. de la mobilisation des acteurs locaux, leur mise en réseau et l'animation de ce réseau ;
- e. du soutien dans la mise en place d'actions ;
- f. de l'identification des problématiques et ressources du territoire local (réalisation du diagnostic)

Trois coordonnatrices santé se sont déjà succédé à ce poste, depuis 2004, date de début de l'ancien ASV de Chanteloup-les-Vignes). Une quatrième était en cours de recrutement au moment des entretiens.

Nota bene : le terme de coordonnatrice santé a été préféré à celui de coordonnatrice ASV pour plus de clarté vis-à-vis des partenaires terrain.

Financements

L'évolution de la répartition de la contribution à l'ASV des différents financeurs illustre la volonté des deux communes d'être impliquées à part égale dans la démarche. En effet, alors que leur contribution actuelle est des 13 % chacune (en complément des 74% de la Mission Ville) sur un montant total de 36 000 euros, la répartition était pour l'ancien ASV :

³⁹ Il s'agit ici de la personne en poste au moment de l'entretien et qui devait quitter ses fonctions la semaine suivante.

- DDASS : 44,58 %
- Politique de la ville : 36,15 %
- Conseil Général : 7,23 %
- SIPAICOV : 7,23 %
- Ville d'Achères : 4,81 %

Evaluation

Le CUCS pose le principe d'une évaluation annuelle en continu (état d'avancement, évolution des territoires et une évaluation focalisée sur un point défini entre partenaires), ainsi qu'une évaluation en fin de CUCS. Afin d'aider à cette évaluation, il précise les axes et objectifs attendus par axes. En ce qui concerne le volet santé, ceux-ci sont :

Axe 1 : Pilotage du programme

Objectif 1 : Assurer la conduite opérationnelle et le suivi du programme

Objectif 2 : Mettre en place un Atelier Santé ville associant les acteurs publics et privés

Objectif 3 : Mettre en place un comité de pilotage associant les deux communes

Axe 2 : Poursuivre et développer les actions en matière d'éducation à la santé et à l'accès aux soins

Objectif 1 : Définir un programme global de prévention et d'éducation à la santé

Objectif 2 : Faciliter l'accès aux soins

Objectif 3 : Prévenir les conduites à risques

Les indicateurs sont ne toutefois pas définis plus en avant.

Dans le cadre de l'ASV, un des axes de travail prévu pour 2009 est la reformulation des fiches action qui devraient intégrer plus d'éléments d'évaluation et permettre ainsi aux porteurs de projet de mieux rendre compte des actions menées.

Par ailleurs, la coordonnatrice santé, au moment de sa prise de poste, avait cherché des outils des outils de suivi, mais a finalement été amenée à réaliser une auto-évaluation à l'aide de tableau de bord qu'elle a construit elle-même et qu'elle complète tous les deux mois. Cet outil permet de montrer l'évolution des actions.

10) Conclusions et perspectives

Principaux atouts pour l'action locale en santé

- un historique fort en matière de Politique de la Ville et une expérience préalable en matière d'ASV qui a permis un réajustement du mode opératoire de la démarche ;
- une capacité à mobiliser des partenaires différents autour d'une action
- un bon partenariat entre les associations et les services municipaux
- des croisements forts avec les autres thématiques du CUCS

Principales limitations du cadre CUCS et/ou ASV pour l'action locale en santé

- une participation des habitants qui était déjà absente du diagnostic et qui semble encore parfois cantonnée à la présence/absence aux actions de santé, alors qu'il y a un bon partenariat avec les associations locales qui pourraient être relais.
- Evaluation globale de la pertinence et de l'efficacité du cadre CUCS et/ou ASV
- les thématiques prioritaires de l'ASV sont bien en cohérence avec les orientations du PRAPS et celles des deux CUCS de référence.
- un accent fort sur l'accès aux soins
- Il y a une continuité dans les thématiques prioritaires sur le territoire qui ne peut être qu'au bénéfice de la qualité de la démarche (habitude de travail en partenariat, déclinaison plus fine et complète de la thématique, ...)
- Un mode d'organisation de la démarche qui devrait permettre un travail en intercommunalité mais qui au final à encore du mal à prendre (partenaires différents, peur d'empiéter sur le territoire de l'autre...)

Perspectives et enjeux

- Le passage de la compétence Politique de la ville à la Communauté d'agglomération et le fait que la Chef de projet Politique de la Ville de Chanteloup-les-Vignes soit mise à disposition sur la CA peut être un élément favorable au travail intercommunal. L'amélioration du travail en intercommunalité pourra être testée dans le cadre d'une action à venir pourtant sur les conduites à risques (prévention et sécurité routière). L'enjeu est ici de continuer à identifier les craintes et les leviers du travail en intercommunalité, puis d'étendre à d'autres thématiques (habitat, prévention,...) ou de bénéficier de l'expérience de ce qui se fait déjà pour ces autres thématiques.

- Favoriser une réflexion commune quant à la participation des habitants : quels savoirs et savoir-faire les partenaires locaux peuvent-ils partager ? Quels freins et quels leviers à cette participation peut-on identifier ? Quelle action commune pourrait constituer un galop d'essai ?
- Continuer à développer des actions sur le principe du développement des compétences psychosociales et non pas uniquement des actions de type « information »

Annexe 1 : liste des personnes contact

Aurélie Benoit Attention : a quitté ses fonctions en février 2009	Coordonnatrice santé	Hôtel de Ville rue du Général Leclerc 78570 CHANTELOUP LES VIGNES	Mairie de Carrières-sous-Poissy 01.39.22.36.23 Mairie de Chanteloup-les-Vignes 01.34.01.10.50 06.17.32.12.19	a.benoist@carrieres-sous-poissy.fr ou sante-clv-csp@orange.fr
Françoise Nung	Chef de projet Politique de la Ville	Hôtel de Ville rue du Général Leclerc 78570 CHANTELOUP LES VIGNES	06 62 88 45 89 01 34 01 10 50	f.nung@wanadoo.fr
Sylvain LERASLE	DDASS	143 boulevard de la Reine BP724 78007 VERSAILLES CEDEX	01 30 97 73 00	
Melle Marwa ABLOUH	adjointe chargée de la prévention, de l'insertion, de la culture et de	Hôtel de Ville Rue du général Leclerc 78570 CHANTELOUP	01.34.01.10.50	marwa_ab78@hotmail.com

	la santé	LES VIGNES		
--	----------	------------	--	--

Annexe 2 : préconisations issues du diagnostic de référence

Préconisations thématiques :

1. Agir sur les troubles psychiatriques et psychologiques des jeunes et des personnes en situation de vulnérabilité

- en améliorant l'offre en professionnels de santé pour une meilleure prise en charge
- en développant un système d'écoute

2. Montrer l'intérêt du recours aux soins spécialisés aux personnes en situation de vulnérabilité

- en faisant d'eux des acteurs à part entière de la santé publique
- en améliorant le partenariat entre institutions, associations et professionnels de santé hospitaliers et libéraux (représentations, échanges) pour les publics en insertion notamment

3. Lutter contre le surpoids et l'obésité des habitants

- en menant des actions de sensibilisation donnant des propositions concrètes pour les mères afin d'encourager l'équilibre alimentaire
- en favorisant le recours aux activités sportives

4. Mener des actions auprès des jeunes filles et des femmes du fait de la méconnaissance de leur corps et des risques liés à une sexualité non protégée

- en informant les jeunes filles sur les moyens de contraception et les IST/MST
- en promouvant des activités physiques qui développent l'épanouissement personnel pour les jeunes filles comme pour les mères

5. Travailler sur la toxicomanie avec les jeunes et les acteurs qui sont en contact avec eux

- en proposant des actions de sensibilisation sur les conséquences et les moyens
- en agissant sur le mal-être qui peut amener à l'addiction
- en formant les acteurs.

6. Envisager un travail global en prenant en compte l'environnement

- en améliorant l'image du quartier (enclavement, logements)
- en favorisant le lien social à travers des activités et des services

Préconisations transversales :**7. Travailler sur l'image et le respect de soi** qui sont à la source de nombreux problèmes de santé

- en mettant en place des ateliers spécifiques
- en développant des activités sportives et culturelles favorisant la réussite

8. Développer un partenariat entre les différents acteurs pour favoriser l'information et travailler sur des actions de santé publique

- en mettant en place deux groupes de travail (un pour chaque commune) au niveau de l'Atelier Santé Ville
- en créant une carte qui indique l'offre disponible sur le territoire afin que les professionnels aient toutes les informations concernant les structures existantes

9. Former des professionnels en contact avec les habitants sur des thématiques clés (notamment sur la toxicomanie et les troubles psychiatriques ou problèmes psychologiques)**10. Mener des actions participatives avec les habitants** visant à montrer l'intérêt de la prise en charge de sa santé et pour que les citoyens soient pleinement acteurs de leur santé, participent à la définition de projets qui les concernent et intègrent mieux les informations (utiliser des thématiques plus mobilisatrice que la santé pour favoriser la participation).

Le Volet Santé du CUCS de la Ville d'Epina y sur Seine

ELEMENTS DE SYNTHESE ET D'ANALYSE

VISITE SUR SITE :

EPINAY SUR SEINE

MARS 2009

Michel Joubert

1) SITUATION GENERALE DE LA VILLE :	386
PROFIL GENERAL.....	388
CONTEXTE ET CADRE – POSITIONNEMENT DU VOLET SANTE).....	389
2) DIAGNOSTICS DE REFERENCE	389
POSITIONNEMENT, ENJEUX.....	389
INDICATEURS, DONNEES.....	394
FORMATION DES PROFESSIONNELS.....	394
3) EQUIPE ET ARTICULATION DU VOLET SANTE	394
4) LE POSITIONNEMENT POLITIQUE DE LA SANTE	394
PILOTAGE	394
ARTICULATIONS	395
<i>Les autres volets du CUCS.....</i>	<i>395</i>
<i>Les autres projets santé sur la ville.....</i>	<i>395</i>
5) LES SYNERGIES TERRITORIALES.....	396
<i>Action inter-communale</i>	<i>396</i>
6) DEMARCHE ASV : LES PROGRAMMES THEMATIQUES DE SANTE PUBLIQUE.....	396
FICHES-PROJETS THEMATIQUES	396
<i>Nutrition</i>	<i>397</i>
<i>Conduites addictives.....</i>	<i>398</i>
<i>Santé mentale</i>	<i>399</i>
<i>Axes transversaux.....</i>	<i>400</i>
7) MOBILISATION ET PARTENARIAT	402
8) PARTICIPATION DE LA POPULATION.....	403
9) POSITION INSTITUTIONNELLE ET ELEMENTS DE METHODE	403
COORDINATION – LE CADRE D’EMPLOI.....	403
<i>Les incertitudes du recrutement</i>	<i>403</i>
<i>Trajectoires des coordinateurs.....</i>	<i>403</i>
FINANCEMENT DE L’ASV ET DES PROGRAMMES	404
EVALUATION	404
10) CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES.....	406

Introduction

La localisation de la commune d'Épinay-sur-Seine en Seine-Saint-Denis suppose de resituer ce cadre départemental particulier. En effet, la DDASS y a été engagée dès le début de la démarche ASV, en en faisant un département pilote lors de sa mise en place⁴⁰. Le centre ressources politique de la ville, Profession Banlieue, créé en 1993 a très largement contribué à inscrire dans l'environnement de ce département des conditions favorables au développement des initiatives innovantes dans beaucoup de domaines, y compris dans celui de la santé. Plusieurs rencontres, séminaires, formations et instances de réflexion (indicateurs, évaluation) sont nés de ce contexte favorable et ont permis aux coordinateurs et promoteurs d'actions sur le plan de la santé au niveau local d'échanger et d'améliorer leurs

Le projet d'ASV sur Epinay date de la première vague de mise en place (2001-2003), même s'il lui faudra quelques années de plus pour trouver son équilibre (problème de recrutement, contexte administratif).

Il faut savoir aussi que le maire d'Épinay-sur-Seine a longtemps été Gilbert Bonnemaïson, l'auteur du rapport sur la prévention de la délinquance⁴¹ qui a contribué à la mise en place des conseils communaux de prévention.

1) Situation générale de la Ville

La commune d'Épinay-sur-Seine est la plus occidentale du département de la Seine-Saint-Denis. Située à 12 km au nord de Paris sur la rive droite de la Seine, elle est limitrophe des communes de Saint-Denis, Villetaneuse et L'Île-Saint-Denis dans le même département de la Seine-Saint-Denis, Argenteuil, Saint-Gratien, Enghien-les-Bains, Deuil-la-Barre et Montmagny dans le département du Val-d'Oise. Proche également des Hauts-de-Seine.

La ville connaît une croissance relative, compte-tenu de la baisse de population enregistrée sur plusieurs départements d'Ile-de-France : elle est peuplée de plus de 51000 habitants en 2006 contre 46000 en 1999.

Elle appartient depuis 1999 à la Communauté d'Agglomération de Plaine Commune.

Un Projet de rénovation urbaine a été adopté en 2006. Les quartiers concernés (zones urbaines sensibles) sont La Source-Les Presles et Orgemont.

L'atelier santé ville a été mis en place en 2003 avec comme objectifs initiaux :

- de mieux identifier les besoins de santé de la population
- de mobiliser et coordonner les partenaires locaux autour de projets de santé répondant à ces besoins

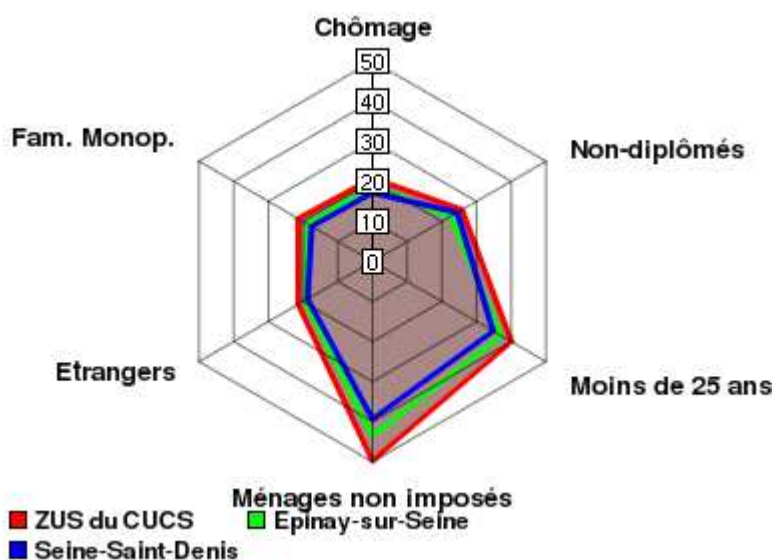
⁴⁰ Plus largement, l'Ile de France et le Languedoc Roussillon étaient les deux régions pilote qui ont bénéficié d'un accompagnement méthodologique sur le plan de la mise en place et de la coordination des ASV, dès 2001.

⁴¹ "Face à la délinquance : prévention, répression, solidarité" (décembre 1982)

- de faciliter l'accès aux dispositifs sanitaires et sociaux de droit commun
- de favoriser la participation des habitants à l'élaboration des actions de santé menées sur le territoire (de l'analyse des besoins à l'évaluation des actions)

Profil Général

	ZUS du CUCS	CUCS Epinay-sur-Seine	ZUS du département	ZUS de la région
Sources INSEE RP 1999/DGI 2004 (données fiscales)/ Min. de l'Intérieur (2005) / Min. de l'Educ. Nat. (2004) / CNAM (2006)				
Chômage (1999)	20.7 %	18.8 %	23.2 %	19.6 %
Non-diplômés (1999)	25.8 %	22.5 %	33.3 %	29.1 %
Moins de 25 ans (1999)	40.1 %	37.0 %	41.8 %	39.6 %
Etrangers (1999)	21.4 %	19.6 %	25.8 %	21.6 %
Familles monoparentales (1999)	21.4 %	18.7 %	22.7 %	21.7 %
Locatifs HLM (1999)	60.6 %	43.6 %	65.1 %	61.8 %
Ménages non-imposés sur revenus (2005)	43.7 %	39.0 %	46.6 %	42.1 %
Bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (2006)	14.0 %	12.2 %	18.1 %	15.0 %



Source : SIG Ville

Si les variables socio-démographiques et économiques (précarité, chômage) sont plutôt équilibrées (chiffres inférieurs dans la fourchette des quartiers sensibles), les questions de sécurité pèsent lourdement. Le taux de criminalité de la circonscription de police d'Épinay-sur-Seine incluant Villetaneuse (crimes et délits, chiffres 2005) était de 113,7 pour 1000 habitants ce qui était nettement supérieur aux moyennes nationale (83/1000) et du département de la Seine-Saint-Denis (95/1000). La situation n'a pas profondément changé, même si d'autres villes de ce département ont connu des évolutions importantes (Saint-Denis, La Courneuve..). Elle renvoie à la géographie particulière des réseaux d'activité délictueuse qui privilégient les territoires de passage et les carrefours de communication (frontières entre départements) facilitateurs pour les trafics.

Contexte et cadre – positionnement du volet santé

La Mission Ville et le CUCS dépendent de la Direction Générale des Affaires sociales, de la santé et de la petite enfance (intégrant la famille, les personnes âgées et les personnes handicapées). L'absence de direction santé et de service prévention constituent des éléments marquants du contexte de mise en place et de travail de l'ASV. C'est le CCAS qui a été choisi pour constituer l'instance porteuse de l'ASV. La ville se caractérise également par l'absence de centre de santé municipal. Jusqu'en 2006, un Centre Croix Rouge assurait en grande partie la couverture des besoins sur le plan des prestations de soins. Depuis sa fermeture, un Centre de santé associatif s'est installé sur l'un des quartiers (Orgemont), ainsi qu'un « Espace Santé pour tous » regroupant un médecin généraliste, un dentiste, un gynécologue et un projet pour l'ophtalmologie (auparavant installé sur Pierrefitte).

L'ASV a été conçu comme le volet santé du CUCS, même si d'autres projets y figurent également. Certains projets (nutrition) comportent un axe CUCS (projets spécifiques intégrés dans le volet santé) et d'autres axes de travail qui s'inscrivent sur d'autres registres (politique municipale, déclinaison politique du conseil général). Les objectifs de l'ASV correspondent aux axes définis dans le CUCS qui donnent lieu aux appels à projets. Le CUCS est pour l'instant très large, mais les protagonistes considèrent que, dans l'avenir, il devrait se resserrer : une stagiaire a été chargée d'effectuer un bilan du CUCS qui servira de référence.

2) Diagnostics de référence

Positionnement, enjeux

La ville d'Épinay-sur-Seine a connu plusieurs diagnostics. Le premier date de 1995 (effectué par une équipe de RESSCOM) et avait conduit à dégager un certain nombre de besoins (plusieurs groupes de travail d'acteurs et professionnels de la ville s'étaient réunis). Un stagiaire de la Mission Ville avait actualisé ce diagnostic quelques années plus tard. Il en était ressorti une demande d'approfondissement autour de ce que pourrait être une prévention des conduites addictives, compte tenu de l'importance des activités liées aux drogues sur certains quartiers.

En 2005, un rapport réalisé par SAFE était parti d'un diagnostic des ressources qui avait associé tous les acteurs locaux (santé, social) en dehors des libéraux. Un certain nombre de thématiques prioritaires avaient alors été mises en avant : santé bucco-dentaire, nutrition, santé mentale, accès aux soins, conduites addictives, vaccinations.

La fermeture du Centre de santé de la Croix Rouge en 2006, a changé la donne. La mission confiée à un prestataire (Agence Conseils développement Collectivités) proposait évaluer les effets de cette fermeture et de dégager des orientations relativement aux actions de prévention qui pourraient être engagées ou renforcées. Ce nouveau diagnostic, résolument participatif, a donné lieu à une restitution en octobre 2007 : avec des recommandations pour le PLSP, relatifs aux besoins considérés comme prioritaires : 1) la nutrition ; 2) les conduites à risques ; 3) la santé mentale ; 4) les violences ; 5) la répartition géographique de l'offre de soins. Avec deux axes transversaux : communication, informations sur les thématiques de santé prioritaires ; prévention et suivi sur différents projets. Et un public prioritaire : les adolescents (non exclusif d'autres publics).

L'organigramme dynamique de la démarche (cf. page suivante) fait apparaître plusieurs composantes :

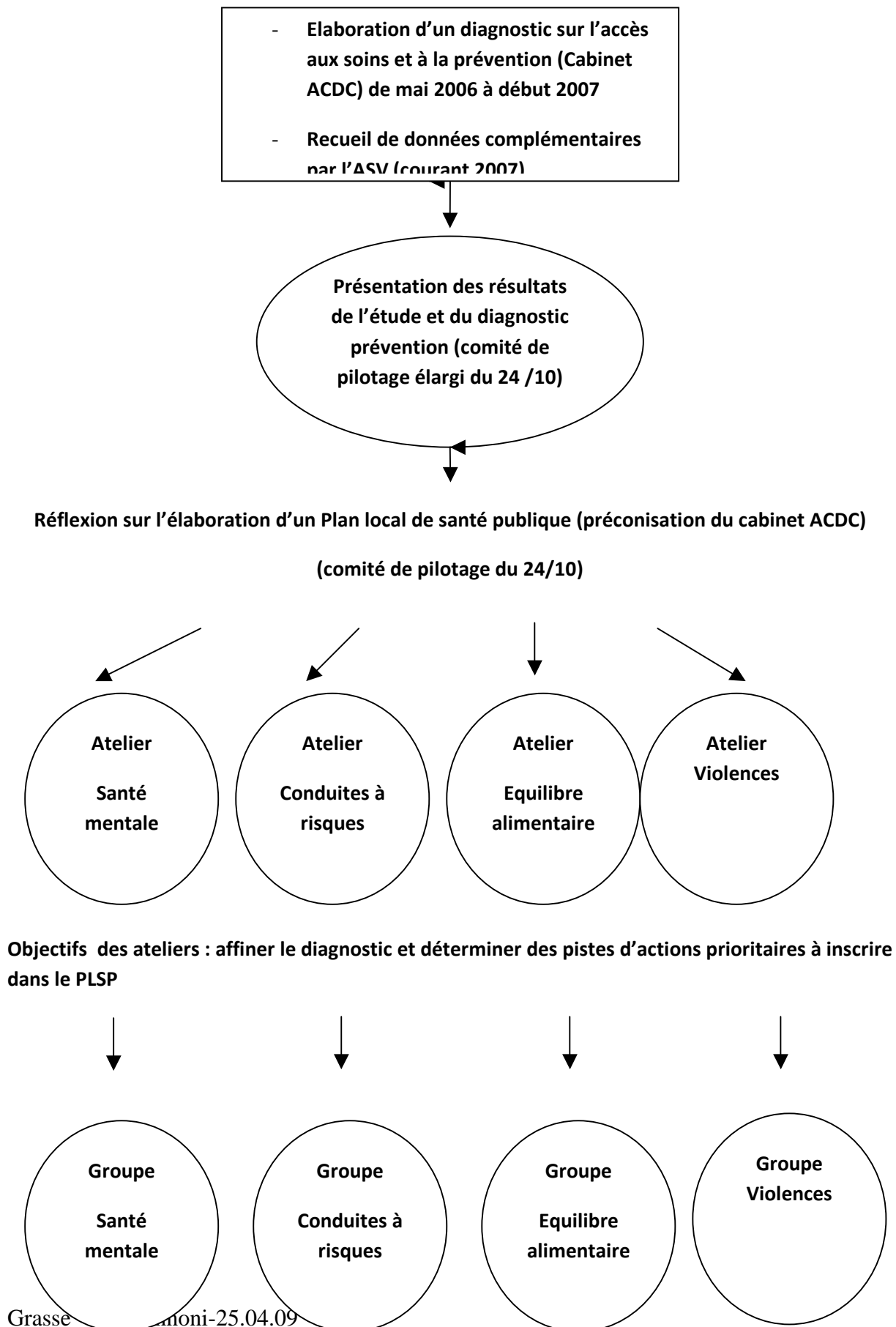
- une phase d'élaboration qui, en principe, associe dès le départ une réflexion collective et des entretiens avec les professionnels et les habitants (focus group) ainsi que des recueils de données et d'informations ;
- une phase de rédaction⁴² et de restitution des résultats en mairie, en présence des élus et des principaux acteurs ayant participé à la démarche, qui embraye immédiatement sur
- des approfondissements en ateliers thématiques autour des quatre entrées qui sont apparues comme prioritaires dans le cadre général appelé « Accès aux soins et à la prévention » : santé mentale – conduites à risques – équilibre alimentaire – violences. Mission de ces groupes : affiner le diagnostic (identification des déterminants), rechercher les leviers pouvant être activés, mais aussi les freins devant être surmontés et déterminer des pistes d'actions prioritaires à inscrire dans le PLSP ;
- la reprise des préconisations dans des groupes de travail pour travailler la faisabilité et préparer des montages et dossiers sur les engagements considérés comme possibles (fiches actions pour le PLSP)
- une phase de coordination et de validation par le comité de suivi ASV (agencement technique, recherche de cohérence, inventaire des besoins nécessaires à la mise en œuvre)
- le passage par le comité de pilotage de l'ASV (CUCS – Ville – Préfecture..), devant permettre de prioriser et finaliser les fiches entrant dans les PLSP
- la présentation et la validation dans la logistique du PLSP

Derrière ce schéma idéal de progression et de finalisation du diagnostic, se cache de nombreuses difficultés rencontrées par les protagonistes :

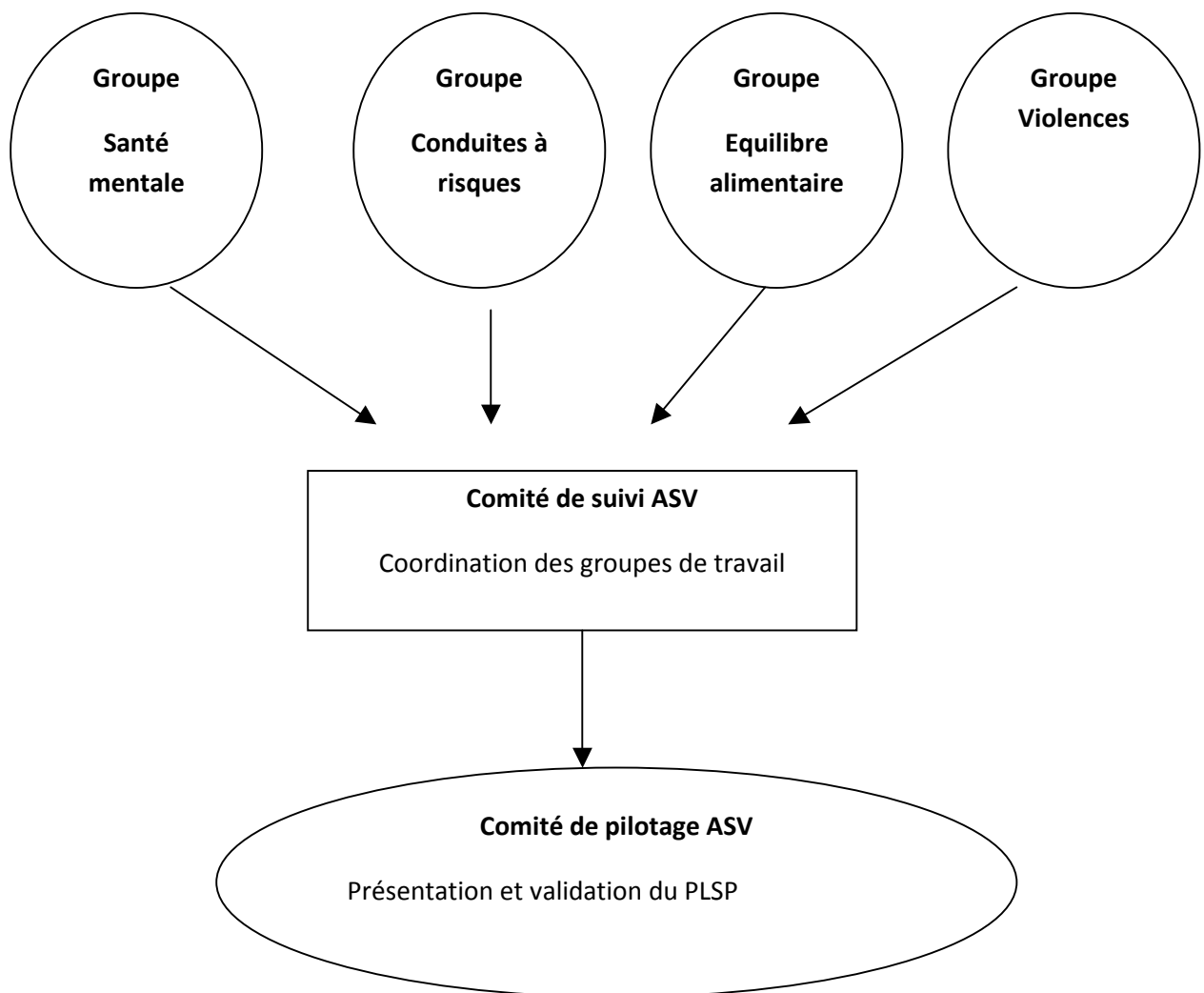
⁴² ACDC, *Diagnostic sur les besoins de santé des habitants. ASV Epinay sur Seine*, mars 2007

- le prestataire reconnaît plusieurs difficultés dans la réalisation de la démarche : problèmes de communication des données, qu'elles relèvent des services (retards de transmission, problèmes de communication entre services municipaux, hétérogénéité des bases de données relevant des principales sources statistiques, ancienneté des chiffres, etc.) ou de la mobilisation pour participer aux focus group (« La participation des habitants a été réduite.. malgré un effort important d'information. Les groupes de travail n'ont pas mobilisé de manière significative les professionnels de la santé, du social et de l'insertion ») ;
- le contexte est lui-même incriminé, avec des problèmes de communication et de la lisibilité de la stratégie : l'annonce de l'installation d'un centre de santé associatif (venant se substituer au centre de la Croix Rouge), mis en place indépendamment de la volonté municipale, va dissuader les professionnels libéraux de participer au diagnostic, y voyant un « outil de justification » de la mise en place d'une « concurrence déloyale ». L'absence de direction de la santé au niveau de la ville se fait ici clairement sentir.

PRESENTATION DE LA DEMARCHE DIAGNOSTIC



Objectifs des groupes de travail : Rédaction des fiches « actions » du PLSP (à partir des priorités définies en atelier le 24/10)



Indicateurs, données

Entre 2007 et 2009, il n'y aurait pas eu de suivi des données. Pour l'élaboration du PLSP, la coordinatrice s'est basée sur le diagnostic après l'avoir affiné. Les données utilisées relèvent essentiellement de la « santé perçue »..

Pour 2009, le CCAS souhaite recueillir des données chiffrées sur les besoins sanitaires et sociaux concernant la commune. L'Atelier santé ville étant rattaché au CCAS, est chargé de récolter les données concernant la santé. L'ORS a été contacté pour obtenir des données.

Formation des professionnels

Des cycles de formation ont été articulés avec les démarches d'élaboration et de mise en place des PLSP. Le CODES a participé à une formation sur la méthodologie de projet en matière d'éducation à la santé en 2008.

La Mission départementale de prévention des conduites à risques (Conseil Général) avait, dans la continuité des interrogations ressorties des premiers diagnostics, animé une « formation sur site » auprès des élus (2002).

Une nouvelle formation est en préparation avec la Mission (A. Josselin, L. Cavalcanti)

3) Equipe et articulation du volet santé

La coordinatrice travaille relativement seule, pour ce qui est de la gestion et l'impulsion de l'ASV. Il n'y a pas de secrétariat. Trois animateurs bucco-dentaires lui ont été rattachés. Cette situation est compensée par l'important réseau que la coordinatrice a réussi à se constituer.

En premier lieu avec la Mission Ville (Brice Philippon) qui était auparavant chef de projet au service Politique de la Ville. Il travaille aujourd'hui sur les questions de l'évaluation et du diagnostic de territoire. L'ancien chef de projet, parti suite aux élections, une réorganisation a été engagée. Un directeur chapeaute la démocratie participative, le Conseil municipal des jeunes, le conseil local de sécurité et est centré sur le CUCS (cf. organigramme).

4) Le positionnement politique de la santé

Pilotage

Un comité de pilotage s'est mis en place à l'occasion du diagnostic ACDC en mai 2006 (restitution en octobre 2006). Il restait une phase à piloter avec la mise en place des PLSP en 2009.

Un comité technique avait été prévu mais n'a pas été mis en place.

Par contre, des co-pilotes ont été mis en place sur chacun des groupes de travail.

Le comité de pilotage comprend aujourd'hui :

- les décideurs : avec les élus (maire, adjointe santé-social, prévision d'intégration de la conseillère municipale chargée de la santé et du handicap)
- le DGA et le directeur général des services
- les responsables de l'équipe Ville, de l'action sociale, de la Vie des quartiers, de la jeunesse, de l'éducation, du social, de la parentalité
- d'autres instances : le Conseil général (SPAS essentiellement, mais théoriquement sont également associés PMI, ASE et action sociale), la DDASS, la CPAM, la CRAMIF, la Maison de la Santé, le Médecin responsable de la santé scolaire, le CMP adultes/ enfants et ados, la CAF
- diverses structures associatives : Responsable de la Maison des parents – Responsable de la Cuisine Centrale– MIJ – Amicale du Nid – Club de prévention Jeunesse Feu vert – Représentants de l'association des professionnels de santé libéraux - -

Il a lancé et réceptionné le diagnostic et devra discuter et valider les préconisations ressortant du travail des groupes pour le PLSP (cf. schéma).

Articulations

Les autres volets du CUCS

Une situation de panne relative est constatée pour ce qui est de la réussite éducative (il n'y a plus de liens depuis un an, en absence de référent) ; des réunions transversales ont lieu, mais le plus souvent en interne (Éducation nationale, Maison des parents). Sur le volet emploi, des liens ont été établis avec la maison de l'emploi, la MLI et l'ANPE.. avec un travail d'information mutuelle sur les démarches engagées. Pour « Prévention-citoyenneté », si pour le CLS qui se met en place, il n'y avait jusqu'à présent que peu de liens avec la santé, des projets ont été engagés avec Jeunesse Feu Vert (un club de prévention spécialisée dépendant du Conseil Général) et l'Éducation nationale. Des questions interagissant directement avec la santé ont été engagées par ailleurs hors du périmètre ASV (Service vie des quartiers) qui pourraient trouver à s'articuler dans les années à venir : c'est le cas des violences faites aux femmes (groupe de réflexion avec le service social départemental et la Maison des Parents).

Les autres projets santé sur la ville

Des actions spécifiquement « ville » co-existent avec les actions programmées dans le cadre du volet santé du CUCS. Les questions de violence, par exemple, sont abordées dans le cadre de la « vie des quartiers », en partenariat avec le service social départemental et la Maison des Parents (la question de l'excision a été abordée dans ce cadre).

5) Les synergies territoriales

Action inter-communale

Le positionnement géographique de la ville vécu comme enclavé (pointe ouest du département) lui offre, pour le département de Seine-Saint-Denis, des liens privilégiés avec les communes de Pierrefitte et Villetaneuse.

Le CLS est intercommunal couvrant Épinay-sur-Seine et Villetaneuse (engagement d'une démarche commune dès 1998) ; le grand projet de ville (GPV) associe sur un pôle ces deux communes. Épinay-sur-Seine fait partie des villes concernées par la convention cadre politique de la ville et fait partie de la communauté d'agglomération Plaine Commune (avec Aubervilliers, Pierrefitte-sur-Seine, Saint-Denis, Villetaneuse). Parmi les orientations stratégiques relatives à l'amélioration de la vie quotidienne, figurent le renforcement de l'accès à la santé (accès aux soins, lutte contre le saturnisme).

Ces imbrications favorisent potentiellement les actions inter-communales, même si elles sont encore peu nombreuses.

Dans les projets en cours portés par l'ASV, une démarche proche de celle engagée par l'ASV d'Aubervilliers (RESAD, *cf.* plus loin) devrait être engagée entre Epinay, Pierrefitte et Villetaneuse.

6) Démarche ASV : les programmes thématiques de santé publique

La programmation conduite sur Epinay-sur-Seine a suivi la voie classique : réponse à l'appel à projets du PRSP avec plusieurs projets financés en lien avec les axes mis en évidence à l'occasion du diagnostic. Ce qu'il est intéressant ici de mettre en valeur, c'est l'interrogation du coordinateur relativement à la procédure de financement. La nécessité de calibrer les « axes prioritaires » de façon à ce qu'ils correspondent à ceux du PRSP et aux possibilités de financement, crée une difficulté pour les projets de type communautaire qui supposeraient une demande globalisée ; or ce type de financement ne peut trouver de financement en tant que telle. Or, beaucoup d'associations travaillent de cette manière et doivent jongler pour traduire leur démarche en projets segmentés correspondant aux axes. A l'inverse, il n'est pas non plus facile de ventiler des financements relevant d'une enveloppe globale.

Il y a un enjeu important ici, car beaucoup de projets ont une cohérence qui s'inscrit au niveau des liens entre plusieurs projets et à leur dimension communautaire ; cela disparaît dans la déclinaison segmentée et, de ce fait, conduit à affaiblir les démarches sur le plan de la lisibilité et de la pertinence.

Fiches-projets thématiques

Les fiches-projets résultent d'un travail de réflexion collective ayant suivi le diagnostic associant les acteurs travaillant sur la ville avec des experts extérieurs. Les groupes thématiques avaient une feuille de route où étaient inventoriés :

- les problèmes et publics concernés avec les formes de manifestation des difficultés
- les déterminants sociaux et environnementaux influençant la problématique concernée
- les leviers et freins existants
- les pistes possibles, préconisations issues du diagnostic ACDC

Ce tableau a permis d'approfondir et de cibler des orientations plus particulières pour alimenter des fiches-projets opérationnelles présentées dans la fiche ASV comme autant de PLSP

Nutrition

Plusieurs alertes et sollicitations ont conduit l'ASV à introduire un programme consacré à la nutrition ; des infirmières scolaires ont mis en avant la nécessité de travailler avec les élèves de primaire sur l'alimentation au regard des préoccupations relatives à un nombre croissant d'enfants en surpoids (exemple cité par une infirmière : sur une classe de 22 élèves, 11 enfants seraient en surpoids). Par ailleurs, les questions de nutrition étant corrélées à la précarisation, elles intéressent également tous les acteurs travaillant sur l'amélioration de la relation à la santé des publics en difficultés. Un programme de promotion de la santé relatif à l'équilibre alimentaire a donc été élaboré dans une optique préventive orientée en premier lieu en direction des enfants. Il s'agit de prévenir l'augmentation de la prévalence d'obésité infantile à travers la promotion d'une alimentation équilibrée et pour y arriver d'engager une réflexion avec les enfants autour de leurs comportements alimentaires. Il s'agit (fiche) d'aider les enfants à décrypter les publicités sur l'alimentation, à pointer les comportements à risques et à trouver des choix alimentaires adaptés à leurs besoins de croissance. Un travail est également prévu sur le contexte, au travers de la promotion d'une alimentation équilibrée dans les lieux de vie des enfants en associant les parents à cette réflexion.

L'ASV sur cette question (comme pour conduites addictives) dégage en même temps un objectif secondaire qui va consister à roder et développer la pratique du travail en partenariat autour d'un problème identifié comme prioritaire par des acteurs de terrain. Ce sujet considéré comme d'intérêt général renvoie à un souci largement partagé qui associe des variables relatives au mode de vie des familles, aux styles de consommation, aux modes fonctionnant dans les relations entre pairs, aux normes relatives au corps et à l'équilibre, etc.

Il fait, par ailleurs l'objet d'incitations fortes au niveau des programmes régionaux.

Ici, ce sont en premier lieu les élèves de CM1-CM2 qui sont visés, ainsi que leurs parents (200 élèves, 100 parents).

La mise en œuvre de l'action (fiche) se déroule en trois temps : une séance d'éducation nutritionnelle avec une diététicienne du CODES conduisant à travailler sur les représentations des enfants (groupes d'aliments, publicités alimentaires, facteurs de risques et de protection liés à l'alimentation) ; un petit déjeuner ludique conduisant à mettre en pratique les connaissances (constitution par les enfants d'un petit déjeuner équilibré à partir des informations diffusées lors de la première séance de travail) et une phase de sensibilisation des parents d'élèves (diététicienne du CODES) autour de la diffusion des messages donnés aux enfants. L'Education nationale (Infirmières scolaires, direction d'écoles), la Cuisine centrale et les agents d'entretien sont associés à la démarche.

Les critères et indicateurs d'évaluation concernent les processus comme les résultats :

Processus : Mise en place effective des séances d'éducation nutritionnelle auprès des enfants ; Organisation des petits déjeuners ; Organisation des rencontres avec les parents ; Satisfaction des enfants et des parents concernant l'organisation et le contenu du projet ; Mobilisation partenariale : nombre d'institutions/ou de services représentés dans l'organisation du projet ; Satisfaction des professionnels impliqués dans l'organisation de l'action ;

Résultats : Acquisition de connaissances sur l'alimentation (% d'enfants et des parents ayant retenu les informations principales diffusées lors des animations) ; Adoption d'habitudes alimentaires favorables à la santé : nombre d'enfants et de parents respectant les conseils donnés dans la pratique ; Mobilisation partenariale : nature de l'implication des différents partenaires

Méthodes : questionnaires avant/après les interventions + questionnaires quelques mois après pour évaluer les habitudes alimentaires (séances d'éducation nutritionnelle/ séances parents) – observation des petits déjeuners ludiques (messages de prévention intégrés : oui/non)

Conduites addictives

Les conduites addictives avaient été identifiées comme un problème prioritaire sur la ville bien que le diagnostic de 2006-2007 signale que les professionnels étaient bien en mal de donner un minimum de visibilité au phénomène qui aurait permis d'engager des programmes de prévention appropriés⁴³. Le phénomène avait été identifié dès 1995 (diagnostic Resscom), confirmé par l'étude réalisée en 2003 par l'association SAFE⁴⁴ jusqu'à ce que « les acteurs locaux (dans le cadre d'entretiens avec la coordinatrice ASV) pointent la nécessité d'intervenir sur la problématique des conduites addictives. » (fiche DIV).

Les recommandations formulées dans ces différents diagnostics n'avaient pas pu être appliquées (vacance de coordinatrice ASV pendant plusieurs mois...)

La fiche PLSP précise que les actions sont rares du fait de l'absence de soutien méthodologique et qu'elles manquent de visibilité et donc souvent de cohérence entre elles. De plus, le territoire n'est pas couvert par les associations de réduction des risques (actions auprès des usagers de drogues

⁴³ *Diagnostic sur les besoins de santé des habitants, op cit*

⁴⁴ *Perception du problème et regard sur les stratégies possibles d'intervention face aux consommations de drogues, 2003*

illicites). Face à ces constats, l'ASV va se positionner sur un plan réflexif en créant les conditions d'une **réflexion globale et collective**. C'est la formule du « groupe de travail » qui va rassembler les acteurs locaux confrontés à cette problématique.

La fiche-programme consacrée aux « conduites addictives » propose de constituer un réseau de partenaires autour de ce programme dans l'objectif de coordonner et d'améliorer les actions menées à Epinay sur la problématique des addictions. Pour ce faire, les partenaires locaux doivent être « impliqués » dans l'élaboration du PLSP et un plan de travail intégrant l'évaluation doit être mis en place.

La programmation sur ce plan est logique et cohérente : renforcer les pratiques professionnelles en matière de prévention des addictions sur la ville (méthodologie de projet, analyse des besoins, conception, mise en œuvre et évaluation) en informant sur les possibilités d'action. A partir de l'identification d'une trentaine de professionnels (santé, social, éducation, insertion), il est prévu d'engager une démarche participative. Le diagnostic partagé vise trois priorités pour les futures actions de prévention : la consommation de cannabis chez les jeunes, la sur-médication des adultes et notamment des personnes âgées, la consommation excessive d'alcool (tout public) et l'identification de déterminants sur lesquels agir, de ressources et de leviers pour engager des actions en conséquence.

La suite du programme inscrit dans ce projet (2007) a trait à l'engagement des actions proprement dites intégrant les évaluations (théâtre forum, journées de réflexion).

On le voit, agir dans ce domaine suppose de commencer par travailler avec les acteurs de proximité qui ne sont pas des spécialistes des drogues ni même des conduites à risques, mais qui sont en relation avec différents profils de personnes qui sont exposées ou concernées par ces consommations. Cette réflexion ouvre un espace de travail qui va permettre de prendre en compte ces questions, bien avant qu'il soit question de dépendance ou de toxicomanie.

Le diagnostic évoquait l'opportunité de travailler à ce niveau intermédiaire où l'expérimentation de produits n'est pas indépendance d'autres formes de prises de risque.

Sur ce site, la particularité, c'est qu'il n'y a pas de direction municipale de santé ni de mission de prévention. L'ASV, dans ce contexte, va constituer le support de la dynamique locale de prévention. Il active un réseau informel d'acteurs travaillant sur le territoire.

Le passage par les « conduites addictives » ouvrait la voie à la prévention (aborder les conditions de développement des comportements de consommation sur la ville aux différents stades de leur développement). Le groupe « addictions » qui s'est réuni pendant trois ans (en intégrant la police municipale) s'est ensuite engagé dans la mise en place d'une formation sur site en partenariat avec le conseil général.

Santé mentale

Un groupe « santé mentale » a travaillé à recenser les ressources et à engager une étude plus spécifique, mais il n'a pas été jusqu'à la réalisation de fiches-projets. Les projets ont évolué vers une démarche intercommunale, en lien avec les communes de Pierrefitte et de Villeteuse (pour correspondre au secteur psychiatrique, mais aussi pour donner une échelle moins « locale » à l'approche de ces questions). Un projet de RESAD (repris de ce qui a été mis en place par l'ASV d'Aubervilliers) pourrait être localisé au niveau du CMP : il s'agit, autour d'un réseau de professionnels concernés par les questions de santé mentale (insertion, action sociale, prévention et CMP..) d'analyser collectivement des situations problématiques d'adultes en difficulté et de dégager des orientations prenant en compte les différentes ressources locales.

Axes transversaux

Communication, informations sur les thématiques de santé prioritaires

Avec les moyens dont elle dispose, la coordinatrice effectue un important travail sur le plan de la communication auprès des différents acteurs qu'ils soient engagés dans les groupes de travail ou partenaires dans le cadre des actions ciblées dans le cadre des programmes locaux de santé publique. Le diagnostic participatif a donné lieu à une journée de restitution prolongée par des groupes de travail mis en situation de faire des préconisations (supra).

Des « Conférences santé bien-être » sont organisées sous la forme d'interventions-débats très proches des préoccupations quotidiennes des personnes âgées, en lien avec l'ASV et le pôle « population âgée et personnes handicapées » de la commune. Deux objectifs : informer et sensibiliser les personnes âgées aux problématiques de santé liées au vieillissement et leur apporter des informations sur les professionnels et structures intervenant dans leur direction. Elles concernent aussi bien les personnes âgées résidant à Epinay-sur-Seine que leur entourage et les professionnels et associations intervenant auprès d'eux. Parmi les thèmes d'intervention envisagés : le sommeil, l'audition (appareils auditifs), la santé des pieds avec une pédicure- podologue et pour l'activité physique, une démonstration avec les animatrices et quelques participants des ateliers santé ville.

Prévention et suivi

Les moyens réduits, le contexte local et la vocation transversale de l'ASV conduisent à positionner la prévention au premier plan de la stratégie engagée sur les différentes thématiques santé comme sur celui des liens avec les autres volets du CUCS (action sur les déterminants à la base de la production des inégalités sociales de santé). Le dernier diagnostic avait pointé cette exigence. Les projets de promotion de la santé initiés à la suite des groupes de travail (nutrition, bucco-dentaire, conduites à risques, santé mentale..) sont construits autour du schéma de la stratégie préventive consistant à partir d'éléments diagnostic participatif identifiant les différents facteurs et contextes pouvant concourir à voir se développer des difficultés accrues pour les publics les plus précaires. Le montage d'actions de prévention fonctionne ensuite un peu comme un mécano conduisant à assembler des déterminants pour lesquels une action apparaît possible (pour lesquels des acteurs sont prêts à coopérer), avec un rôle important accordé au suivi et à l'évaluation de façon à ajuster la stratégie et à introduire de nouveaux paramètres.

La difficulté – ici comme ailleurs - se joue au niveau de la temporalité : inscrire ces actions dans la durée, éviter les ruptures d'action trop longues, remobiliser régulièrement les partenaires (arrivée

constante de nouveaux professionnels), informer d'une manière dynamique et interactive la population. Sur plusieurs axes ces éléments semblent réunis et demandent à être soutenus pour assurer des résultats dans le moyen terme.

7) Mobilisation et partenariat

Parmi les partenaires de l'ASV la diversité et l'étendue des coopérations témoigne de l'ancrage des démarches engagées par l'ASV ; nous avons noté (liste incomplète) :

Aide aux mères et des familles à domicile

ASE

Assistantes maternelles (relais des)

Association Amicale du Nid

Associations de parents d'élèves

Association de prévention spécialisée (Jeunesse Feu Vert) qui a créé un poste d'adulte-relais en appui au travail des éducateurs et qui assure un travail en direction des familles du quartier d'Orgemont

Association des professionnels de santé libéraux

CAF

Centre ressource Profession Banlieue

Centres socio-culturels

CG 93 (SPAS, PMI, ASE, DPAS, Centre ressources prévention des conduites à risques)

CIDFF 93

CMP adultes / enfants

CODES 93

CPAM 93

CRAMIF

Crèches

CRIPS

Croix Rouge

Cuisine centrale

DDASS 93

Education nationale

Equipe Réussite éducative

Maison des parents

Maison de la Santé

Médecin santé scolaire

MIIJ

Planning familial

Pôles de la commune (personnes âgées, action sociale, vie des quartiers, réussite éducative..)

8) Participation de la population

A Epinay-sur-Seine, si la participation est inscrite comme une des conditions de la réussite des projets engagés sur le volet santé, les difficultés de mise en œuvre sont reconnues. Dans le travail de groupe qui constitue l'armature des dynamiques de travail, une incitation forte à l'association des habitants à la réflexion et à la mise en place des projets, ne rencontre encore que des résultats mitigés en lien au manque de temps et de moyens humains de l'équipe. Par contre, la participation a été introduite comme un élément déterminant dans l'évaluation (qualité des actions, satisfaction des publics). La participation a été introduite dans les actions de prévention des conduites addictives : un théâtre-forum permet à des habitants de la commune de jouer dans plusieurs scènes. Le club de prévention travaille, de son côté, avec des adultes-relais. Les engagements participatifs sur d'autres volets (rénovation urbaine, Maison des parents, conseils des jeunes de quartiers) pourront progressivement conduire à l'introduction des questions de santé (versus qualité de vie).

9) Position institutionnelle et éléments de méthode

Coordination – le cadre d'emploi

Les incertitudes du recrutement

Sur Epinay, le premier coordinateur fut une AS recrutée sur un mi-temps qui ne resta que six mois. Cela conduisit à une période de transition, sans qu'une nouvelle personne soit recrutée, de 2003 jusqu'en 2005. Le recrutement qui suivit ne dura que trois mois. Enfin, le coordinateur actuel fut recruté (sur un 90% ETP). On retrouve ce type de fluctuation sur beaucoup d'ASV le cadre d'emploi n'étant pas toujours vécu comme sécurisant pour des personnes compétentes et diplômées.

Trajectoires des coordinateurs

Sur Epinay, la coordinatrice est titulaire d'un DESS de santé publique (Option promotion de la santé, développement social) ; elle a réalisé un mémoire sur la participation des habitants et la santé

communautaire. Elle travaillait auparavant sur une autre ville de Seine-Saint-Denis (réalisation d'un diagnostic santé-jeunes, dans le cadre de l'ASV de Blanc-Mesnil) et avait effectué un stage à Aubervilliers (ASV également).

Financement de l'ASV et des programmes

La fiche ASV indique pour 2007 un budget de 104415 € dont un peu moins de la moitié concernent les frais de personnel et 38% les PLSP. La répartition des financeurs témoigne de la difficulté à rassembler un budget significatif : 15% pour la Div, 5% pour le Cucs, 13% pour le GRSP, 6% pour le CG 93 et 61% pour la Ville.

La répartition par PLSP en 2007 était la suivante : coordination (47%), Action « assurer son avenir et être une jeune mère » (10%), Action « la santé au quotidien chez les personnes âgées » (26%), Action « conduites addictives », Actions « Nutrition » (3%), Action bucco-dentaire (6,2%).

Evaluation

Le tableau de bord de la DDASS constitue l'outil d'évaluation globale de la démarche Atelier Santé Ville sur ce département ; l'ASV d'Epina y a intégré dans son programme (cf. indicateurs proposés fiche DIV) ; les variables pertinentes pour lesquelles des données devront être recueillies d'une manière systématique sont bien notifiées dans les programmes, mais aucun budget n'a été prévu pour ce travail d'évaluation qui, de fait, relèvera dans un premier temps d'une procédure d'auto-évaluation.

Plus globalement, pour savoir si les trois objectifs prioritaires définis par l'ASV ont été atteints, une série de critères et indicateurs ont été définis :

Objectif 1 : Coordonner et/ou soutenir la mise en œuvre des projets de promotion de la santé et de prévention

Critères et indicateurs : Implication des acteurs locaux dans la mise en place des actions menées : nombre et qualité de partenaires impliqués – nature de l'implication : nombre d'interventions, nombre de propositions

Fonctionnement effectif des groupes de travail : nombre/ fréquence de séances de travail organisées – respect des règles de fonctionnement fixées dans les groupes

Action des groupes de travail (ou production) par rapport aux objectifs fixés (atteinte des objectifs + impacts)

Satisfaction des acteurs locaux concernant la coordination et le soutien apporté : % de partenaires satisfaits

Outils d'évaluation : Élaboration et diffusion de questionnaires auprès des acteurs locaux mobilisés autour de ces projets– comptabilisation des présents (étude des feuilles de présence des groupes de travail)

Favoriser l'accès aux soins et à la prévention :

1) Suivi d'une étude de besoins sur l'accès aux soins et à la prévention

Critères et indicateurs d'évaluation :

Conduite effective de l'étude : nombre de jours d'intervention par rapport au nombre de jours prévus

Respect de la méthodologie validée (différentes étapes...) et du calendrier (dates de fin d'étapes par rapport au prévu)

Atteinte des objectifs de l'étude : analyse des besoins en matière d'offre, d'accès aux soins et à la prévention – formulation de recommandations

Remise du rapport (oui/non)

Organisation d'une rencontre de restitution (oui/non)

Outils d'évaluation : rapport final et autres documents remis au fil de l'étude (comptes-rendus...)

2) Communication autour des ressources santé :

Critères et indicateurs d'évaluation : Diffusion d'informations : nombre d'informations diffusées.

Moyens/techniques de communication utilisés : nombre et différentes techniques mobilisées

Acquisition de connaissances

Outils d'évaluation : diffusion d'un questionnaire au public visé par la communication pour évaluer les connaissances acquises – comptabilisation des communications effectivement élaborées

Améliorer la qualité des réponses apportées aux problématiques prioritaires de santé via un travail sur les pratiques professionnelles

Critères et indicateurs d'évaluation :

Apport d'un soutien méthodologique dans la mise en place des actions (écriture du projet – recherche de financement – recherche et mise en relation)

Proposition de formations

Communication autour des formations proposées

Invitation de personnes ressources éducation pour la santé

Adoption des principes de la méthodologie de projet en santé

Outils d'évaluation : observation/étude de la méthodologie de projet adoptée par les acteurs locaux – questionnaires de satisfaction à destination des professionnels et associations concernés – comptes-rendus de réunions/feuilles de présence

Objectif 2 : Critères et indicateurs d'évaluation : Restitution et initiation de la réflexion autour du PLSP :

Implication des partenaires locaux : nombre ; structures/institutions

Présentation des résultats d'étude (oui/non)

Préparation et organisation effective d'ateliers de réflexion sur les axes du PLSP (oui/non)

Formulation d'objectifs de travail et des pistes d'actions pour chaque thématique (oui/non)

Satisfaction des participants : % de personnes satisfaites

Outils d'évaluation : étude du compte-rendu de la rencontre et de la feuille de présence– diffusion d'un questionnaire de satisfaction aux participants

Soutien et coordination des groupes de travail thématiques

Implication de l'ASV dans la constitution des groupes (oui/non) : organisation de réunions préparatoires (oui/non)

Organisation de rencontres de coordination animées par l'ASV (au moins 2/an)

Outils d'évaluation : étude des comptes-rendus de réunions de coordination

10) Conclusions et perspectives

La particularité et l'intérêt de l'ASV d'Epinay-sur-Seine tiennent en grande partie à la démonstration de la possibilité de développer des éléments de politiques de santé publique pertinentes dans un contexte « vulnérable » : dans le sens d'une faiblesse de ressources éprouvées et de précautions de la ville sur le plan de l'engagement dans une politique locale volontariste relativement à la santé.

La coordinatrice, bien que localisée au niveau du CCAS, bénéficie d'une relative autonomie de fonctionnement qui lui permet de faire un usage optimum de moyens qui restent réduits.

La ville, via le volet santé du CUCS et l'ASV, bien que ne portant pas une politique de santé qui lui soit propre, assure la mise en œuvre d'actions de santé publique sur son territoire. C'est la raison pour

laquelle, nous avons considéré qu'ici l'ASV était bien structurant du volet santé, même si certaines actions évoluaient hors de sa sphère.

Le Volet Santé du CUCS de la Ville de Grasse

ELEMENTS DE SYNTHESE ET D'ANALYSE

VISITE SUR SITE : LE 11 MARS 2009

Chantal Mannoni

Sommaire

INTRODUCTION :	411
FICHE DE SYNTHÈSE DE LA VISITE SUR SITE	416
A) PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DU CONTEXTE (SOURCE : ÉVALUATION À MI-PARCOURS, CONTRAT DE VILLE, CUCS, DIAGNOSTIC).....	416
B) RAISONS QUI ONT CONDUIT À PARTICIPER ET EXPÉRIENCE ANTERIEURE D'UN CADRE SIMILAIRE D'ACTION	418
C) THÉMATIQUE(S) / ACTIVITÉ(S) ABORDEE(S).....	418
D) ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE PLACE DE SANTÉ DANS VOLET CUCS.....	418
E) PRINCIPAUX APPORTS SPÉCIFIQUES DU CADRE CUCS ET/OU ASV À L'ACTION LOCALE EN SANTÉ (DIFFÉRENCE AU REGARD DE CE QUI ÉTAIT DÉJÀ FAIT OU POURRAIT ÊTRE FAIT SUR LE SUJET DANS CE TERRITOIRE)	419
F) LES SYNERGIES AU SEIN DU CUCS.....	420
G) LES SYNERGIES AVEC LES AUTRES INSTITUTIONS, DISPOSITIFS DÉPARTEMENTAUX ET RÉGIONAUX.....	420
H) PRINCIPAUX ATOUTS POUR L'ACTION LOCALE EN SANTÉ	421
I) PRINCIPALES LIMITATIONS DU CADRE CUCS ET/OU ASV POUR L'ACTION LOCALE EN SANTÉ.....	421
J) ÉVALUATION GLOBALE DE LA PERTINENCE ET DE L'EFFICACITÉ DU CADRE CUCS ET/OU ASV	422
K) PERSPECTIVES ET ENJEUX	423
ELEMENTS GÉNÉRAUX CONCERNANT LE CONTRAT URBAIN SOCIAL DE BLOIS ET DONNÉES DE CADRAGE	425
1) BREF HISTORIQUE DE LA DÉMARCHE ASV ET DE LA PLACE DE LA SANTÉ SUR LE TERRITOIRE	428
2) DIAGNOSTICS DE RÉFÉRENCE ET DONNÉES SANITAIRES ET SOCIALES JUGÉES PERTINENTES POUR LE TERRITOIRE CONSIDÉRÉ	430
3) POSITIONNEMENT POLITIQUE, MODALITÉS D'ORGANISATION DU VOLET SANTÉ DU CUCS :	434
LA PLACE DES ÉLUS ET LA SANTÉ	434
PLACE DE LA COORDINATRICE ASV ET LIENS AVEC LE CUCS :.....	435
LES INSTANCES MISES EN PLACE ET LES GROUPES DE TRAVAIL.....	435

4) LE POSITIONNEMENT POLITIQUE DE LA SANTE, INTERFACES DU VOLET SANTE ET DES AUTRES VOLETS DU CUCS D'UN POINT DE VUE ORGANISATIONNEL :	438
5) LES SYNERGIES TERRITORIALES INSTITUTEES	442
6) LES ACTIONS DE SANTE DANS LE CUCS, ACTIONS ENGAGEES DANS LE CADRE DE L'ASV, INTERFACES ET OPPORTUNITES....	443
A) LES ACTIONS DE SANTE REPEREES A LA LECTURE DU CUCS.....	443
B) LES THEMATIQUES SANTE DEVELOPPEES DANS L'ASV ET LES PUBLICS PRIORITAIRES.....	444
7) LA MOBILISATION ENGAGEE SUR LE PLAN DU PARTENARIAT	451
8) LES HABITANTS PARTENAIRES : DES ATOUTS, DES DEFIS A RELEVER.....	457
9) LES ELEMENTS DE METHODE, LA QUALIFICATION DES ACTEURS.....	458
REGARD SUR LA CONSTRUCTION DU CUCS.....	458
LA SANTE DANS LE CUCS ET LE VOLET SANTE (ASV).....	460
10) CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	463
ANNEXE : INSTANCES- DETAIL DES PARTENAIRES- ASV DE GRASSE 11 / 03/ 09.....	466

Introduction

Le site de Grasse a été retenu au regard des éléments de méthode de l'échantillonnage :

- 1 site en Région Paca dans le département des Alpes Maritimes.
- Existence d'un volet santé à la lecture du CUCS 9813 et 1 d'ASV (création : septembre 2002)
- Pas de quartiers relevant du Plan Espoir Banlieue
- 1 population comprise entre 20 000 et 80 000 habitants. La population de Grasse était de 43 848 habitants en 1999 (SIG DIV).
- 1 commune signataire
- Il n'y avait pas la connaissance d'un SCHS mais lien existe un.

Grasse fait partie aussi du réseau des villes OMS

VISITE SUR SITE : 11 MARS 2009

La préparation de la visite s'est réalisée avec la coordinatrice ASV. L'élue adjointe aux affaires sociales et familiales, référente santé a proposé le déroulé de cette journée.

Cette visite s'est organisée avec l'ensemble des personnes signalées dans le tableau ci-dessous en plusieurs temps.

- Un premier temps avec l'élue et la coordinatrice
- Un deuxième temps avec le chef de projet et la coordinatrice ASV

- Un troisième temps avec les partenaires qui avaient été invités par ailleurs (voir liste ci-dessous)

A noter que sur ce site l'élue avait pris l'initiative d'inviter l'ARH, ce qui a permis de faire du lien, de reprendre un certain nombre de points concernant les principes fondateurs de la démarche ASV, tout spécialement son rôle dans la réduction des inégalités de santé sociales et territoriales, l'importance de travailler sur l'accès aux droits à la prévention et aux soins et autour des différents axes de la circulaire de juin 2000.

D'autres entretiens suite à la visite ont eu lieu avec le chef de projet CUCS et la coordinatrice ASV pour préciser certaines questions, demander des documents supplémentaires.

Les personnes qui se sont rendues disponibles souhaitent un retour de la visite sur site.

Nom	Prénom	Organisme/collectivité	Positionnement CUCS/ ASV	Mode de participation (M : mandaté, P : personnel	Ancienneté sur le territoire concerné à la date de la visite	Téléphone	Mail
TUBIANA	Danièle	Adjointe au Maire, Déléguée aux Affaires Sociales et Familiales	Référente ASV	M	-----	04 97 05 56 77	danieletubiana.ccasgrasse@wanadoo.fr
ROUSSEL	Christiane	DDASS 06	Soutien ASV (1/4) Participation aux instances décisionnelles et techniques	M	-----	04 93 72 27 63	christiane.rousseau@sante.gouv.fr
GUICHARD	Sophie	CCAS	Directrice, gestionnaire de l'ASV	M	-----	04 93 05 56 50	-----
GAVEAU	Gilles	CUCS	Chef de projet	M	6 ans	04 97 01 12 88	gilles.gaveau@poleazurprovence.com
REFAIT	Denis	DDASS 06 Référent MILDT	MISP – soutien ASV	M	5 ans	04 93 72 27 92	denis.refait@sante.gouv.fr
BRUNO	Elisabeth	CCAS	Coordinatrice ASV	M	17 ans	04 97 05 56 82	elisabethbruno.ccasgrasse@wanadoo.fr
MATHIEU	Thierry	DDASS 06		M	5 ans	04 93 72 27 31	thierry.mathieu@santé.gouv.fr

		ARH					
--	--	-----	--	--	--	--	--

Une série de documents dont la liste apparaît ci-dessous a pu être consultée en amont de la visite ou après la visite pour compléter les entretiens. La fiche DIV initialement non disponible a été mise à jour après la visite.

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

- PRSP PACA 2005 - 2009
- SREPS PACA
- Etudes préalables pour la création d'un réseau santé à Grasse, diagnostic du dispositif existant, résultats des questionnaires et entretiens, annexes, Menighetti Programmation, Espace Santé Jeunes Bassin cannois, avril 2001
- Synthèse du rapport d'activité du Contrat de Ville, 2006
- CUCS 9318 de Grasse
- Evaluation intermédiaire du contrat de ville, document final, propositions, février 2005
- Service contrat urbain de cohésion sociale, direction générale des services, (fiche de synthèse sur 2007, propositions 2008) (envoyé sous intitulé rapport d'activité CUCS 2007)
- Programmation du CUCS 2008 (tableaux Excel)
- Programmation du CUCS 2009 (tableau général et fiches par axe de travail incluant l'ASV) et liste temporaire des indicateurs
- Carte des quartiers centre ville et quartiers sud (La Blaquièrre, Le Plan)
- Fiche ASV- DIV 2007 ([mise à jour suite à la visite sur site](#))
- Note de synthèse activités 2008 (2 pages)
- Fiche CUCS – CCAS concernant l'atelier santé ville, 2008.
- Bilan ASV 2007 (fiche Poliville)
- Bilan de la semaine « Fraich'attitude », diaporama, 2 juillet 2008, CCAS.
- Document de cadrage concernant l'évaluation pluridisciplinaire de situations difficile, commission souffrance psychique – précarité, avril 2006
- Rapport final d'activité auto-évaluation, CCAS de Grasse, avril 2008 (action autour de la souffrance psychique)

1 tableau supplémentaire a été demandé pour clarifier les instances et les participants ; la liste exhaustive des partenaires est en annexe.

FICHE DE SYNTHÈSE DE LA VISITE SUR SITE**a) Principaux éléments du contexte (source : Evaluation à mi-parcours, Contrat de ville, CUCS, diagnostic)**

La zone du CUCS de Grasse est centrée sur les quartiers « Centre historique – Gare » et La « Blaquièr⁴⁵ /Le Plan » au sud de la ville.

Les informations tangibles concernant la ville de Grasse et les quartiers « centre historique – gare » d'une part et les 2 quartiers nécessitant une mobilisation de moyens spécifiques au-delà des crédits de droit commun « La Blaquièr et Le Plan » sont extrêmement succinctes dans les différentes sources documentaires disponibles.

Les différents documents portent sur des aspects contractuels, des aspects spécifiques liés soit aux modalités de pilotage soit aux volets thématiques du CUCS.

Quelques informations retracées :

Les informations concernant le quartier du « centre historique – gare » permettent de donner quelques caractéristiques :

→ 2196 habitants avec une population jeune, quartier replié, trame urbaine dense et mal desservie, habitat très dégradé. L'image de ce quartier est fortement connotée négativement par les grassois avec une baisse de la population importante (- 23% entre 1990 et 1999). Ce quartier est peu animé, il y a peu d'équipements et génère un sentiment d'insécurité (CUCS 2007 - 2008: 8).

→ Les enjeux mentionnés autour de ce quartier font mention de services à proposer, des transports à améliorer.

Des points d'appuis existent avec la mise en valeur de

- L'activité associative en matière d'accompagnement social et scolaire.
- L'existence de médiateurs de quartier identifiés dans le cadre de l'accompagnement des familles et les opérations de renouvellement urbain.

⁴⁵ Renommé depuis quartier des Fleurs.

La Blaquière et Le Plan sont 2 quartiers du sud de la commune mais distincts par leur positionnement géographique et leur composition urbaine.

La densité de l'habitat est relativement faible (zone pavillonnaire en partie). Ce quartier est à la fois central, proche d'une zone commerciale mais se trouve « coincé » entre deux axes de circulation importants de la ville.

→ *L'étude réalisée par la CAF en 2005 met en lumière l'extrême fragilité sociale des résidents même si ces personnes disposent d'un travail.*

Il existe un taux de chômage de 46% chez les jeunes de 16 à 25 ans non scolarisés, un taux de qualification très faible des habitants du quartier (43%).

Un quartier de *personnes Tziganes sédentarisées* se situe à proximité du Plan. Le CUCS précise que la « cohabitation avec le hameau Tzigane fonctionne correctement au-delà de quelques jeunes non encadrés ».

→ Les enjeux mentionnés pour cette partie sud de la ville visent à la requalifier, promouvoir la mixité sociale, implanter des structures de proximité incluant celles visant à faciliter l'insertion professionnelle.

Les points d'appuis portent sur le *tissu associatif*, un *groupe de mères* qui s'est constitué autour du lien social, la CAF et sa démarche de développement local. Une *médiatrice en santé publique* est aussi mentionnée.

Les champs d'intervention prioritaires sont cités de façon très succincte dans le CUCS :

- Rénovation urbaine. Gestion urbaine de proximité
- Insertion professionnelle
- Dispositif de réussite éducative en lien avec l'équipe de prévention spécialisée mandatée par le Conseil Général entre autre.
- Accès à la culture
- Prévention de la délinquance
- Médiation sociale et administrative et accès aux droits avec l'intervention d'adultes relais.
- Promotion de l'accès à la santé / Atelier santé Ville.

Des principes d'intervention sont présentés dans le CUCS affichant

- Un désir de mise en cohérence avec différents dispositifs existants : convention de rénovation urbaine, Programme Local de l'Habitat (PLH), Plan Local pour l'Insertion et l'Emploi (PLIE), Equipe de Réussite Educative (ERE), Contrat Educatif Local (CEL), Contrat Local d'Accompagnement à la Scolarité (CLAS), [Atelier Santé Ville \(ASV\)](#), réseau d'accès aux droits, Ville Vie Vacances (VVV), Contrat Enfance Jeunesse (CEJ)...
- La participation des habitants et des acteurs associatifs
- La Lutte contre les discriminations
- Le renforcement de la lisibilité sur l'exercice des compétences entre la commune et l'agglomération.

b) Raisons qui ont conduit à participer et expérience antérieure d'un cadre similaire d'action

D'un point de vue historique, la mise en réseau des acteurs était une volonté affichée. Un « diagnostic » pour faciliter ces mises en synergie a été réalisé en 2001. Le réseau existant à l'époque portait le nom « d'observatoire santé/social » sans en avoir la fonction réelle. L'ASV est créé et remplace cet observatoire au titre de la coordination des acteurs. La fonction d'observation sera toujours mentionnée mais deviendra un axe de travail. Cet [ASV créé en 2002 est porté par le CCAS de la ville de Grasse. En 2004, la ville adhère également au réseau ville santé OMS.](#)

c) Thématique(s) / Activité(s) abordée(s)

Les principales thématiques de santé qui ressortent à ce jour de l'ASV sont :

- Nutrition et activité physique (ville affiliée au programme PNNS)
- Souffrance psychique avec la nécessité de relancer la dynamique initialement impulsée

D'autres thématiques apparaissent comme les violences conjugales et des actions d'éducation à la santé sur les thèmes les plus variés en milieu scolaire ou lors de journées spécifiques.

d) Eléments de synthèse place de santé dans volet CUCS

La santé est portée par l'adjointe au Maire, déléguée aux affaires sociales et familiales depuis 2000. Pourtant ce portage, lié à diverses raisons est hétérogène au sein de la municipalité. L'évaluation à mi-parcours du contrat de ville soulève aussi les questions de la nécessaire implication des élus dans le champ de la politique de la ville et les modalités de pilotage à renforcer.

[La santé est évoquée dans le CUCS qui pose l'ASV comme axe structurant avec des orientations générales :](#)

- Constituer un organe de veille favorisant la participation des habitants afin d'identifier localement l'émergence de problématiques de santé publique via un réseau de médiateurs en santé publique.
- Poursuivre les groupes de travail thématiques composés de l'ensemble des professionnels du secteur socio-sanitaire afin de mettre en œuvre des projets en réponse aux problématiques repérées sur le territoire.
- Promouvoir l'accès aux droits et sensibiliser les habitants sur des pratiques préventives liées à la santé notamment via des journées d'information thématiques, des manifestations (CAP SANTE, Fraich'attitude, journée de l'asthme...)

Il existe d'autres actions financées au titre de la santé hors ASV à la lecture des programmations du CUCS.

La place de la santé au sein du CUCS est bien intégrée mais les liens entre les volets du CUCS sont plus difficiles à tisser, interrogeant aussi les modes de pilotage du CUCS.

Par ailleurs, [l'enjeu politique de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est peu ou pas affiché](#). La décision de travailler sur toute la ville afin de « ne pas stigmatiser » les quartiers dits sensibles est fortement portée mais [aujourd'hui, l'accent mis sur les quartiers sensibles au travers de l'ASV tout en travaillant au bénéfice de l'ensemble de la population n'est pas suffisamment explicite](#).

e) Principaux apports spécifiques du cadre CUCS et/ou ASV à l'action locale en santé (différence au regard de ce qui était déjà fait ou pourrait être fait sur le sujet dans ce territoire)

Une fois encore, les cadres et de l'ASV et du CUCS nous semblent être des éléments structurants pour faire de la santé un objet plus légitime au sein de la politique de la ville, donnent des orientations en ce qui concerne l'ASV qui sont clairement établies (lignes directrices, lien avec le passage au droit commun d'actions portées par à un moment donné par l'ASV, etc.). Le cadre des CUCS aussi est structurant mais il a été décliné de façon très vague sur la commune et ne place pas de façon claire et opérationnelle la déclinaison de chacune des thématiques et leurs articulations.

f) Les synergies au sein du CUCS

Les différentes synergies au sein du CUCS et l'articulation avec l'ASV existent par le biais du groupe de travail autour de la souffrance psychique et de l'insertion et de l'aide aux victimes/ violences conjugales.

Les liens avec l'équipe de réussite éducative s'amorcent. Un début de réflexion se fait sur le repérage des problèmes bucco-dentaire.

Les priorités de l'Education Nationale sont centrées sur les troubles du comportement alors que d'autres opportunités existent autour de l'accès aux droits à la prévention et aux soins de façon effective (buccodentaire, suivi des bilans des enfants pour un réel accès aux soins, etc.).

g) Les synergies avec les autres institutions, dispositifs départementaux et régionaux

La commune de Grasse est seule signataire du CUCS, cependant la communauté d'agglomération comporte 4 autres communes, Grasse étant le pôle d'attraction et celui où les services sont les plus développés. Les deux actions phares annuelles Cap Santé et semaine de la Fraich' Attitude drainent un public beaucoup plus large que celui de Grasse.

** les interfaces avec l'équipe de réussite éducative sont encore timides mais se construisent.

**Les liens avec le Conseil Général se sont réalisés lors de la mise en place de la plate forme pour les personnes âgées.

A ce jour le lien se fait via les éducateurs spécialisés de l'ADSEA impliqués dans des groupes de travail « souffrance psychique » tout spécialement. Le Conseil Général soutient par ailleurs les événements ponctuels.

** Les liens avec la MILDT ne sont pas directs avec l'ASV à ce jour.

**Le lien avec le SROS apparaît sur deux axes : la mise en place du CLIC et le travail autour de l'équipe mobile de psychiatrie mais pour le moment, la réflexion est à réactiver et l'équipe mobile doit être rendue opérante.

** On notera que les principales thématiques sont inscrites dans le PRSP et le PNNS.

** Au niveau des instances départementales et régionales au-delà des thématiques déclinées par l'ASV, on note une journée départementale organisée sur les facteurs de

réussite de la démarche ASV, des réunions sont prévues pour soutenir les ASV en complément au soutien régional au moment où les démarches se mettent en place dans le département.

** Il existe en région PACA suite à des formations données par l'Institut Renaudot, un désir de poursuivre le lien entre les coordinateurs autour d'échanges de pratiques et de mutualisation d'expériences. Ceci reste informel à ce jour et l'enjeu des ARS pose la possibilité de rendre de tels espaces pérennes.

**Il n'existe pas d'agenda 21 sur Grasse.

h) Principaux atouts pour l'action locale en santé

- Un portage politique important mais insuffisamment partagé dans le cadre d'une politique municipale
- Des ressources associatives nombreuses au regard du diagnostic de 2001
- Une équipe (2 ETP) autour de l'ASV dont une coordinatrice qui connaît le terrain depuis de nombreuses années, qui a renforcé ses compétences en matière de méthodologie de projet
- Des moyens financiers importants (213 027 euros pour 2008) avec un apport important de la ville (51%).
- Des actions phares qui ont toute leur place dans la déclinaison opérationnelle de l'ASV entre autres stratégies.
- Une mobilisation du secteur hospitalier (souffrance psychique)
- Des potentiels portant à la fois sur des appuis associatifs, des chantiers à ouvrir.

i) Principales limitations du cadre CUCS et/ou ASV pour l'action locale en santé

- Le portage politique entourant les questions de santé et de réduction des inégalités n'est pas assez partagé, ni explicité avec une série de conséquences concrètes dans les déclinaisons opérationnelles.
- Un document CUCS à étoffer pour affirmer des principes forts autour des inégalités de santé, garantir des lignes opératoires plus concrètes.
- Des modalités de pilotages à élargir pour ce qui concerne l'ASV, à mieux articuler pour ce qui concerne le CUCS. Les instances mises en place doivent aussi garantir les interfaces entre les différentes thématiques du CUCS, dont la santé et les différents dispositifs.
- Les articulations avec l'équipe de réussite éducative se tissent, mais les priorités de l'Education Nationale, centrées sur les troubles de comportement des enfants semblent ne pas être suffisamment ouvertes pour intégrer d'autres chantiers à travailler, et ce, même si l'ASV développe des actions en milieu scolaire.
- Il n'y a pas eu de diagnostic initial sur la commune, un diagnostic partiel a été réalisé en 2008 : il est difficile de connaître les priorités thématiques à décliner à partir de sources diverses : données objectivées et perceptuelles (élus, populations, professionnels).
- La difficulté pour monter un observatoire pourtant souhaité est aussi limitant pour soutenir le pilotage et mesurer les tendances autour de l'efficacité des dispositifs ou de l'état de santé des populations.

- L'ASV, outre la valorisation de ce qui a été fait jusqu'à ce jour est en décalage sur un certain nombre de points avec la circulaire, dont le travail autour de l'accès aux droits. Il manque une certaine visibilité autour de ce qui est réalisé auprès des populations des quartiers prioritaires et de certains groupes tels que les populations tziganes
- Il semble aussi exister un décalage entre la diversité des associations et leur implication ou leur lien effectif avec l'ASV excepté lors des actions phares.
- Enfin, l'ASV ne semble pas suffisamment impliquer des ressources de proximité telles que la médiatrice de santé publique affectée à un quartier et les recommandations de tisser un réseau d'acteurs relais ne semble pas avoir pu se développer.

j) Evaluation globale de la pertinence et de l'efficacité du cadre CUCS et/ou ASV

Il nous semble qu'au regard des éléments disponibles l'ASV devrait être repositionné au regard de la circulaire pour amplifier ses apports au niveau local et aborder des chantiers importants. Le cadre du CUCS en soi est structurant, par contre, c'est la façon de s'en saisir qui permet d'en optimiser la déclinaison opérationnelle. Sur le site de Grasse, le document de référence devrait au regard de l'expérience acquise être plus précis et s'appuyer sur un diagnostic territorial.

k) Perspectives et enjeux

Ces enjeux sont de différente nature et viennent en résonance aussi bien aux points d'appuis qu'aux limitations mentionnés:

→ Le portage politique autour de la réduction des inégalités de santé sociales et territoriales est la clé pour soutenir ce qui se fait à ce jour, développer de nouveaux chantiers et aller vers une réelle politique de santé portée transversalement par l'équipe municipale autour de son Maire.

→ Les instances seraient à consolider dans une vision transversale au sein du CUCS et les espaces pour que les techniciens puissent de façon formelle travailler ensemble nous paraît important à réfléchir.

→ L'ASV a permis de consolider, puis amplifier la mise en réseau des acteurs. Aujourd'hui, cette mise en réseau peut être élargie, en veillant à inclure des professionnels de proximité telle que la médiatrice de santé publique. Cette stratégie d'élargissement des réseaux est liée aussi aux thématiques dont l'ASV peut ou veut s'emparer.

L'ASV n'a pas vocation à être impliqué sur des actions pérennisées. Il est là pour identifier les besoins, impulser, dynamiser, soutenir et développer des axes de travail qui doivent ensuite intégrer le droit commun.

Il doit alors veiller à rester en concordance plus étroite avec les orientations de la circulaire, tout spécialement autour de l'accès aux droits des populations en situation de précarité.

Il nous paraît important à ce jour de pouvoir impliquer l'ASV sur des chantiers qui seraient à mieux défricher, de renforcer les liens avec différents dispositifs comme les équipes de réussite éducative. Par contre, au regard des difficultés rencontrées, les tutelles doivent pouvoir appuyer les initiatives.

→ Enfin, la fonction d'observation soulignée depuis longtemps est complexe à développer et nécessite le soutien des tutelles également.

Ces différents enjeux nous paraissent fondamentaux à intégrer dans la perspective d'un plan local de santé et pour s'inscrire dans un contrat local de santé qui implique la collectivité territoriale concernée.

A ce jour, d'autres ASV sont en cours de projet sur le département. Il nous semble important que ces ASV soient garants des axes de la circulaire tout en contribuant à « investir » les différents axes des CUCS, contribuer à la politique régionale de santé publique, et ce, au regard des configurations locales.

Ces enjeux mobilisent les élus, les décideurs. L'Etat doit aussi pouvoir soutenir aux niveaux départemental et régional les dynamiques locales de santé, favoriser les liens de réciprocité entre les différents échelons territoriaux.

**ELEMENTS GENERAUX CONCERNANT LE CONTRAT URBAIN SOCIAL DE BLOIS ET DONNEES DE CADRAGE
(Source : SIG de la DIV)**

Contrat Urbain de Cohésion Sociale Grasse

[France](#) > [Région Provence-Alpes-Côte d'Azur](#) > [Département Alpes Maritimes](#) >

Population du CUCS : **43 848 habitants**

Superficie du CUCS : **4 411 ha**

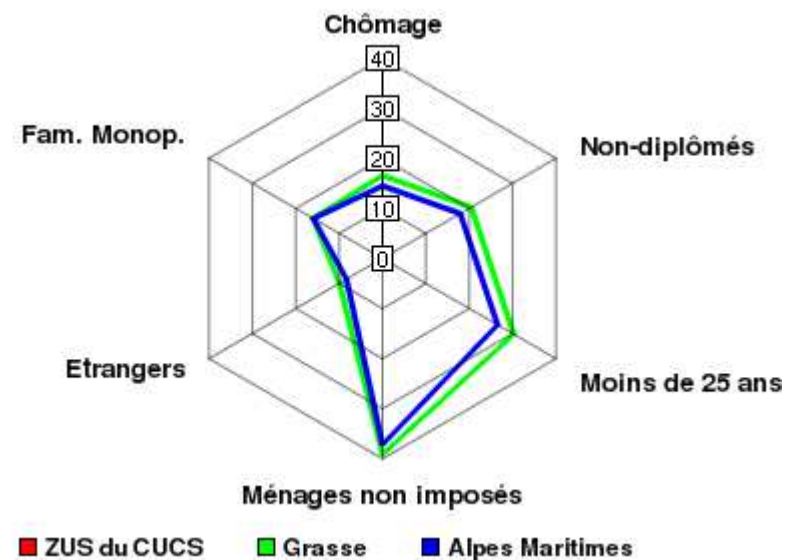
Composition communale (1) : [Grasse](#)

Autres Quartiers Prioritaires (2) : [La Blaquièrre/Le PJan](#), [Secteur Sauvegarde](#)

Dispositifs de la Politique de la Ville (1): 1 ASV

Profil Général

	CUCS Grasse Grasse	ZUS du département ZUS du département	ZUS de la région ZUS de la région
<i>Sources INSEE RP 1999/DGI 2004 (données fiscales)/ Min. de l'Intérieur (2005) / Min. de l'Educ. Nat. (2004) / CNAM (2006)</i>			
Chômage (1999)	16.6 %	23.5 %	33.5 %
Non-diplômés (1999)	20.5 %	33.8 %	36.5 %
Moins de 25 ans (1999)	30.3 %	35.7 %	37.1 %
Etrangers (1999)	9.9 %	17.2 %	14.6 %
Familles monoparentales (1999)	16.1 %	24.4 %	25.4 %
Locatifs HLM (1999)	12.2 %	43.9 %	45.6 %
Ménages non-imposés sur revenus (2005)	35.2 %	55.7 %	57.9 %
Bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (2006)	6.4 %	20.3 %	29.8 %



Les quartiers de la zone CUCS se répartissent sur 2 territoires

- a) centre historique – gare
- b) la partie sud de Grasse autour des quartiers La Blaquière (récemment renommée Les Fleurs) et Le Plan.

Il existe un plan de rénovation urbaine sur les quartiers précités (dispositifs ANRU) et une équipe de réussite éducative.

Les données disponibles à partir des documents consultés donnent peu d'éléments de contexte tout spécialement sur les quartiers mentionnés, et ce, de façon différenciée. Contrairement à d'autres sites, les comparatifs avec la ville de Grasse dans sa globalité n'apparaissent pas.

On peut juste faire apparaître que les quartiers de la zone CUCS présentent des indicateurs moins défavorables que sur d'autres échelles comme les ZUS du département et de la région.

Ces données devraient pouvoir être complétées et affinées dans le cadre des prochains travaux de l'ASV et du CUCS.

1) Bref historique de la démarche ASV et de la place de la santé sur le territoire

La santé est portée par l'adjointe au Maire, déléguée aux affaires sociales et familiales et ce, depuis 2000.

La santé globalement a pu s'inscrire davantage et développer une meilleure dynamique de travail à partir des années 2000 avec un lien fortement ré-affirmé « santé/social ».

La ville s'est engagée dans le réseau des villes OMS en 2004 et en 2006/2007, elle s'inscrit dans les villes « PNNS ».

L'ASV a été créé en 2002 suite à des constats réalisés dans le cadre du contrat de ville en 2000.

Ce contrat de ville recommandait de se doter d'outils afin d'alimenter « l'observatoire de santé / social » qui était de fait un réseau d'acteurs et non une instance chargée d'une réelle fonction d'observation.

Un diagnostic est réalisé en 2001 surtout autour des institutions ou associations existantes pour renforcer les articulations entre les acteurs et identifier sur quels champs.

En 2002, ce réseau d'acteurs sous l'intitulé « observatoire santé/social » est intégré dans la démarche « Atelier Santé Ville ». Le changement de dénomination permet de clarifier la fonction de réseau et de la différencier de celle d'observation, la terminologie initiale portait à confusion.

Les étapes de cet historique sont reprises dans la fiche DIV dont on mettra ici l'extrait :

→ On remarque une équipe qui s'est étoffée avec aujourd'hui 3 ETP théoriques mais compte tenu des turn-over et ruptures dans les fonctions ce sont 2 ETP sont opérants.

**→ En 2002, des thématiques prioritaires et des groupes de travail sont constitués :
Isolement des personnes âgées, vaccination, ivg/contraception, violences conjugales,
souffrance psychique, petite enfance, handicap, réflexion sur la mise en œuvre d'une
action de prévention santé grand public.**

→ **Entre 2002 et 2009 les groupes de travail se structurent, des actions « temps forts » dans la ville s'organisent.**

- En 2004, une plate forme gérontologique est créée dans le cadre du réseau de partenaires avec la contribution de l'ASV (Plate forme Gérontologique Age Plus Grasse sans entité juridique mais qui résulte de la synergie de deux partenaires « AG3 » association de Gérontologie grassoise qui assure le volet médical, et le CLIC (centre local d'information et de coordination gérontologique) service du CCAS de Grasse, qui assure le volet social. Cette plateforme a repris le travail autour de l'isolement des personnes âgées.

- A partir de 2004 et 2005, 2 événements grand public sont lancés et sont pérennisés à ce jour : Cap santé grasse ; action devenue pérenne depuis et renouvelée chaque année et Fraich' Attitude (promotion de la consommation des fruits et légumes et l'activité physique).

En 2008, un travail s'engage autour de données de sources différentes et un diagnostic est réalisé par une stagiaire en géographie de la santé de l'Université de Nanterre autour de la santé des personnes via des questionnaires.

Le CUCS précise en outre les axes à développer (CUCS 2007 – 2009 : 12): il ré-affirme la nécessité de travailler sur l'observation, de développer un réseau de médiateurs en santé publique, de poursuivre les groupes thématiques, de promouvoir l'accès aux droits et sensibiliser les habitants sur des pratiques préventives liées à la santé notamment via des journées d'information thématiques, des manifestations (CAP SANTE, Fraich'attitude, journée de l'asthme...).

→ On note en croisant cet historique et les éléments recueillis sur la visite sur site

- a) Un axe santé qui apparaît à partir des années 2000, se structure via un ASV à partir de 2002 et le CUCS qui présente l'ASV comme le volet structurant de la santé avec des orientations relativement larges à l'inverse d'autres CUCS qui déclinent pour chacun des volets des objectifs même si ces derniers ne sont pas pour la plupart quantifiés.
- b) Des ressources humaines affectées autour des projets portés par l'ASV importants (2 ETP en pratique) importants.
- c) Des impulsions d'actions comme la plate forme gérontologique dont l'ASV a pu se retirer
- d) Une mise en place complexe d'un réseau autour de la souffrance psychique, qui à ce jour doit être repris
- e) Le sentiment que les deux événements annuels prennent beaucoup de place dans ce que porte l'ASV à ce jour et que la reprise de ces temps forts dans des projets de fond n'est pas lisible.
- f) La visibilité sur le travail au quotidien de maillage, de travail autour des éléments structurants de la circulaire de juin 2000 est difficile à cerner avec un paradoxe qui est apparu notable lors de la visite :
 - a. Les 2 événements annuels semblent occuper toute la place
 - b. En même temps, on a constaté une sous-estimation du travail réalisé mais avec la difficulté de rendre compte d'une cohérence dans l'organisation de l'ASV surtout au regard d'un futur PLSP

- c. Des éléments difficiles à faire valoir comme la place effective du travail de l'ASV avec les populations vivant dans les quartiers prioritaires, le travail autour de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins ces populations.

Les projets locaux de santé publique énoncés dans la fiche DIV sont au nombre de 3 :

- Cap santé (volet nutrition et activité physique) : sensibilisation autour de la prévention de son capital santé.
- Fraich attitude (incitation à la consommation de fruits et de légumes)
- Souffrance psychique

Par ailleurs, si un certain nombre d'élus portent la politique de la ville, il ressort aussi que certains seraient en position en retrait vis-à-vis des actions en faveur des populations les plus fragiles. L'enjeu autour de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est peu ou pas affiché. La décision de travailler sur toute la ville afin de « ne pas stigmatiser » les quartiers dits sensibles est très explicite. Cet aspect ressort de façon très forte mais aujourd'hui, l'accent mis sur les quartiers sensibles au travers de l'ASV tout en travaillant au bénéfice de l'ensemble de la population n'est pas suffisamment explicite.

2) Diagnostics de référence et données sanitaires et sociales jugées pertinentes pour le territoire considéré

Un premier diagnostic a été réalisé en 2001 suite aux recommandations du contrat de ville :

L'objet de la mission replace le diagnostic dans son contexte à savoir la contribution pour soutenir la réflexion de la municipalité de Grasse et ses partenaires autour du réseau de structures existantes afin d'améliorer l'accès aux soins pour la population et en particulier les personnes les plus démunies.

Deux prestataires ont été mandatés : « l'Espace Santé Jeunes du Bassin cannois » et le bureau d'étude « Menighetti Programmation ».

Il ne s'agissait pas d'un diagnostic de santé associé aux ressources et besoins à prendre en compte mais d'un repérage des acteurs, leurs missions afin de renforcer les synergies locales

Les éléments de présentation et de réflexion ci-dessous sont extraits du document disponible (Etudes préalables pour la création d'un réseau santé à Grasse, diagnostic du dispositif existant, résultats des questionnaires et entretiens, annexes, Menighetti Programmation, Espace Santé Jeunes Bassin cannois, avril 2000) :

→ Les données démographiques de Grasse par secteur, les tranches d'âge et les taux d'activité sont les indicateurs de repérage datant de 1999 qui ont été utilisés.

→ Un questionnaire a été adressé à 38 structures pour effectuer un diagnostic local, identifier les possibilités de travail en réseau et repérer les conditions de développement.

La structures sont identifiées via

- une fiche d'identité (type de structure /associative...ville...) ; localisation, activité principale.
- Les modes d'organisation sont ciblés autour du nombre de salariés, de la composition des équipes, de la zone d'influence et des lieux principaux d'intervention.
- Les publics sont repérés : nombre de personnes reçues en moyenne par jour, total de dossiers annuels (on ne peut définir s'il s'agit d'une file active ou pas), les tranches d'âge et la zone d'habitation de ces publics à l'époque)
- Actions en cours, projets à venir, problèmes rencontrés, besoins non couverts et propositions sont identifiés pour chacune des structures répondantes.

→ Les modalités d'intervention sont repérées et les partenaires associés sont identifiés pour chaque structure afin de visualiser le maillage existant.

Les perspectives de travail en réseau qui ont émergé à l'époque sont peu développées (visiblement peu de retour sur ces points spécifiques).

La moitié des structures ayant répondu émettent des souhaits d'abord de connaissance des partenaires et quelques perspectives plus précises ressortent telles que l'accompagnement des jeunes dans leur parcours, un accompagnement qui serait partagé par tous et articulé (Mission Locale). *Ce point est important au regard des dynamiques actuelles.*

→ Une description des services de l'hôpital et de son activité globale est prise en compte dans le diagnostic mais les articulations ville- hôpital sont difficiles à identifier.

Les premiers éléments de conclusion disponibles dans les documents reçus mettent l'accent sur :

- Un foisonnement d'associations et une difficulté de repérage du « qui fait quoi »
- Des acquis via ce « diagnostic »
 - Renforcement de l'intérêt des acteurs à un travail plus articulé autour de la santé en maintenant le lien santé/social.
 - Incitation à réfléchir de façon transversale à des thématiques communes.
 - Un carnet d'adresse constitué.
- La création d'un lieu d'accueil commun d'urgence pour l'écoute, l'orientation, protection et aide psychologique qui tiendrait fonction d'un premier espace pour orienter les personnes par la suite dans la structure la plus adéquate. *Cet aspect fait écho avec le point d'accueil écoute jeune en cours de projet aujourd'hui mais il n'a pas cette dimension générale recommandée.*
- La nécessité d'hébergements temporaires avec une unité de soins/ bilan de santé et une implantation dans le quartier de la gare qui se trouve en zone CUCS.

Le diagnostic évoque des thématiques à travailler et la lecture transversale apporte d'autres éléments.

On retrouve à cette époque (mais nous ne disposons d'aucun moyen pour clarifier les hiérarchisations) quelques pistes dont certaines ont été prises en compte via l'ASV :

- Nécessité de renforcer la prévention autour des parents/enfants
- Rattrapage vaccinal
- Violences conjugales
- Renforcer l'accompagnement des jeunes en insertion en tenant compte des aspects de santé
- Renforcer la prise en charge des addictions sur la commune
- Renforcer l'accès aux soins pour les populations en situation de précarité
- La souffrance psychique et spécifiquement la nécessité de développer des lieux de vie alternatifs et des logements thérapeutiques au regard des personnes souffrant de troubles psychiatriques.
- L'isolement des personnes âgées

→ En 2008, selon la fiche DIV, il y a eu une mise à jour partielle du diagnostic territorial et la mise en œuvre d'une enquête auprès des habitants (données non disponibles au moment de la visite).

Les informations issues du CUCS en terme de diagnostic autour de la santé ne sont pas disponibles. Les seules informations concernent celles résumées dans la partie « contexte ».

3) Positionnement politique, modalités d'organisation du volet santé du CUCS

La place des élus et la santé

La santé est portée par l'adjointe au Maire, déléguée aux affaires sociales et familiales depuis 2000. La ville s'est engagée par la suite dans le réseau des villes OMS en 2004 et en 2006/2007, elle s'inscrit dans les villes « PNNS ».

Si un certain nombre d'élus portent la politique de la ville, il ressort aussi que certains auraient une position en retrait vis-à-vis des actions en faveur des populations les plus fragiles comme nous l'avons mentionné. Cet aspect nous semble essentiel à traiter puisque les élus ont bien en charge une population dans toutes ses composantes et que des actions doivent être mises en œuvre pour réduire les inégalités sans pour autant stigmatiser.

La décision prise par la ville a été de travailler sur toute la ville et de « ne pas stigmatiser » les quartiers dits sensibles. Dans les entretiens cet aspect ressort de façon très forte mais aujourd'hui, l'accent mis sur les quartiers sensibles au travers de l'ASV tout en travaillant au bénéfice de l'ensemble de la population n'est pas suffisamment explicite.

Historiquement, l'évaluation à mi-parcours du contrat de ville soulignait le déficit des instances de pilotage, celles-ci devant intervenir au-delà des temps annuels de programmation, d'avoir une vision plus globale de l'ensemble de la politique municipale et de favoriser l'appropriation par l'ensemble des élus de la démarche de développement urbain et social (Evaluation intermédiaire du contrat de ville, document final, propositions, février 2005 : 5).

A l'époque, la santé n'était pas affichée au-delà du volet prévention de la délinquance mais les difficultés mises de l'avant traversent toutes les thématiques et interrogent la politique municipale dans sa globalité.

Des recommandations avaient été formulées pour remettre au cœur de la démarche du contrat de ville les élus dans leur globalité, renforcer ainsi le projet municipal dans le cadre du contrat de ville, mettre en place les conditions d'appropriation et du suivi politique des différents projets et mettre en place une commission municipale transversale pour faire lien entre les différents champs portés (ibid. : 13).

Les difficultés d'inscrire la santé en transversal dans la dynamique politique sont encore notées aujourd'hui dans les entretiens, avec des représentations différentes des élus autour de la santé (la santé = le soin). Par ailleurs, les élus n'ont pas forcément de compétences en santé publique. Sur ce point, il nous semble nécessaire de faire le distinguo entre légitimité et compétences. Les villes ont toute la légitimité pour s'inscrire dans le champ de la santé et de la réduction des inégalités car elles peuvent intervenir sur différents déterminants, et ce, dans la proximité et même si elles ne maîtrisent pas les racines qui génèrent les inégalités d'un point de vue « macro ». Cette légitimité ne peut être appropriée que si l'on passe par le cadre théorique de la promotion de la santé.

L'ASV doit apporter en cela une plus value pour faire évoluer les représentations. Des points ont pu être acquis grâce à la visibilité de certaines actions comme celles réalisées dans les écoles. Les événements forts annuels organisés autour de la santé contribuent à sensibiliser les élus sur ce champ. La prévention fait peu à peu sa place.

L'idée de commission transversale municipale recommandée dans l'évaluation à mi-parcours n'a pas été mise en place. Le lien entre les différents élus se fait par l'intermédiaire de l'élue en charge de la santé et la coordinatrice ASV sur les questions de santé.

Des réunions s'organisent réunissant élus, techniciens selon les thématiques abordées. On voit donc que les espaces transversaux pour traiter les thématiques sont encore difficiles à opérationnaliser.

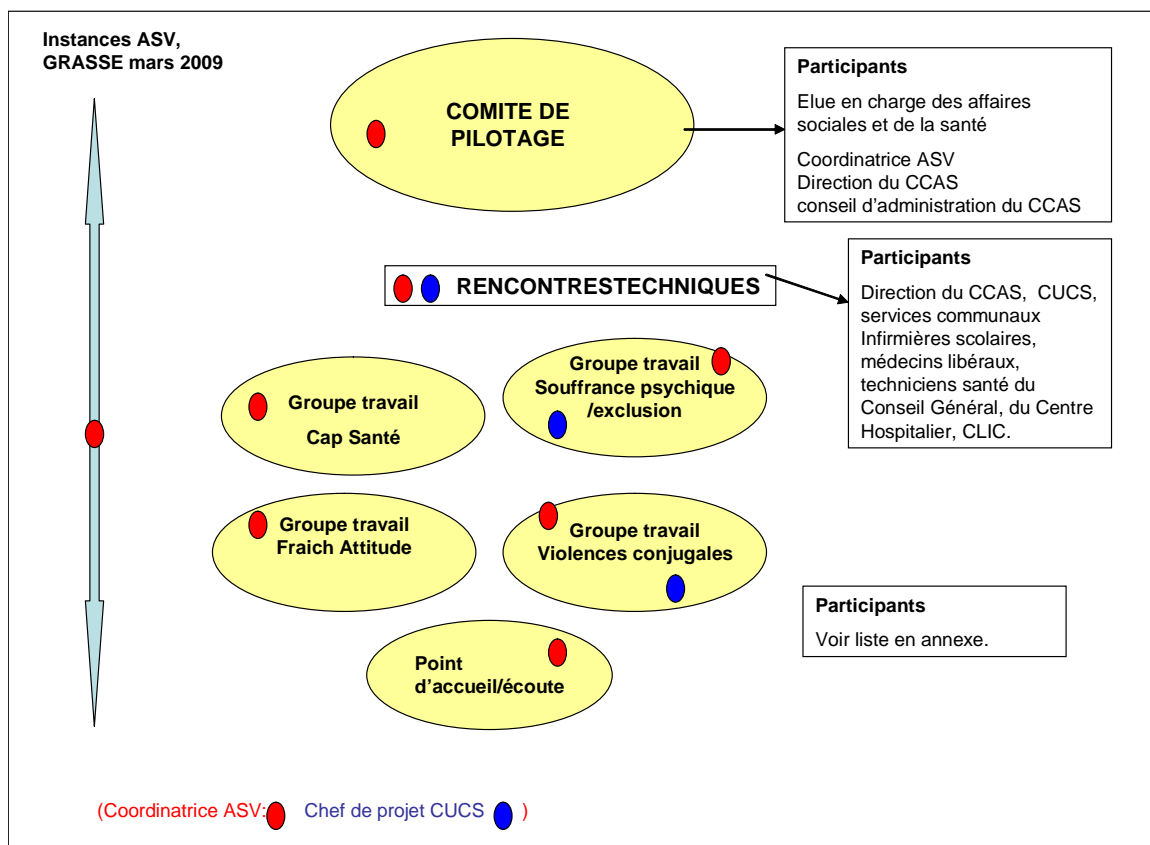
A ce jour, ce manque de transversalité reste à travailler et les modes de pilotage pourraient y contribuer sachant que ces derniers résultent aussi d'une volonté politique.

Place de la coordinatrice ASV et liens avec le CUCS :

La coordinatrice ASV fait partie du CCAS et les liens sont fréquents avec le chef de projet CUCS. La complémentarité de l'ASV dans le CUCS est valorisée, il existe une bonne vision des acteurs, une bonne circulation de l'information et des liens de confiance réciproques entre chef de projet CUCS et ASV. Au-delà de ce socle, les interfaces actuelles peuvent encore se développer.

Les instances mises en place et les groupes de travail

L'organisation des instances de l'ASV peut être représentée de la façon suivante :



a) Le **comité de pilotage** actuel est très restreint dans le cadre de la démarche ASV.

Il nous a été précisé par la suite (fiche DIV actualisée après la visite) que plusieurs institutions étaient néanmoins associées aux réflexions du comité de pilotage mais sans préciser la fréquence, ni les modalités opératoires :

- DDASS,
- Chef de projet CUCS,
- Service infirmier de l'inspection académique,
- Conseil Général,
- Service Communal d'Hygiène et de Santé,
- Centre Hospitalier de Grasse

→ La visite a permis de clarifier la nécessité de conformer un comité de pilotage sur les bases des recommandations faites autour de la démarche ASV. Ce comité de pilotage est d'autant plus nécessaire qu'il s'agit à ce jour de s'engager dans un plan local de santé publique.

La fiche DIV qui nous est parvenu après la visite fait donc état de partenaires pressentis pour ce futur comité de pilotage : élus thématiques municipaux (à définir pour renforcer la transversalité de la démarche), Préfecture (politique de la ville), DDASS, Conseil Général, Conseil Régional, Centre Hospitalier de Grasse, CPAM, Inspection Académique, Techniciens ASV et ville : coordinateur ASV, direction du CCAS.

La CAF pourrait être incluse, ainsi que la Mission Locale.

→ Les éléments discutés lors de la visite font écho aux précédents constats émis dans l'évaluation du contrat de ville et les modes de pilotage. Elus et décideurs ont donc la responsabilité de mettre en place les conditions favorables à un réel pilotage. Celui-ci pouvant en retour nourrir la politique municipale autour de la réduction des inégalités de santé.

b) Le **comité technique** n'existe pas en tant que tel, il existe des points d'étapes avec les partenaires suivants : direction du CCAS, CUCS, services communaux (le Service Communal d'Hygiène et de santé, jeunesse, sports...), infirmières scolaires, médecins libéraux, techniciens santé du Conseil Général, du Centre Hospitalier, le CLIC (source : fiche DIV). Toujours selon les mêmes sources, les « instances techniques » seraient également élargies : « collègues d'habitants, associations impliquées..., avec la signature éventuelle de conventions ».

La médiatrice de santé publique devrait être associée de notre point de vue à cette configuration technique.

c) Il existe par ailleurs **des groupes de travail ou instances techniques** autour de 5 thématiques à ce jour et une 6 è est en projet (comité technique d'un centre social):

- Souffrance psychique et exclusion,
- violences conjugales,
- Cap santé
- Fraich Attitude,
- Point d'accueil d'écoute (jeunes).

Un groupe « évaluation » évoqué lors de la visite n'est pas repris ici. Les différents groupes cités ici reprennent pour 4 d'entre eux les axes de travail actuels de l'ASV et dont le schéma a été fait au cours de la visite.

A noter que le CUCS est présent dans deux groupes de travail.

4) Le positionnement politique de la santé, interfaces du volet santé et des autres volets du CUCS d'un point de vue organisationnel

La santé au niveau de la ville de Grasse est portée surtout par une élue. La santé semble portée par les différents signataires du CUCS mais sa place comme nous l'avons vue au même titre que les autres thématiques reste peu développée dans le document et nous n'avons pas de visibilité sur l'importance donnée à ce champ.

D'un point de vue budgétaire, nous n'avons pu retrouver dans les bilans du CUCS, la part effective de l'axe santé au regard des autres thématiques portées par le CUCS.

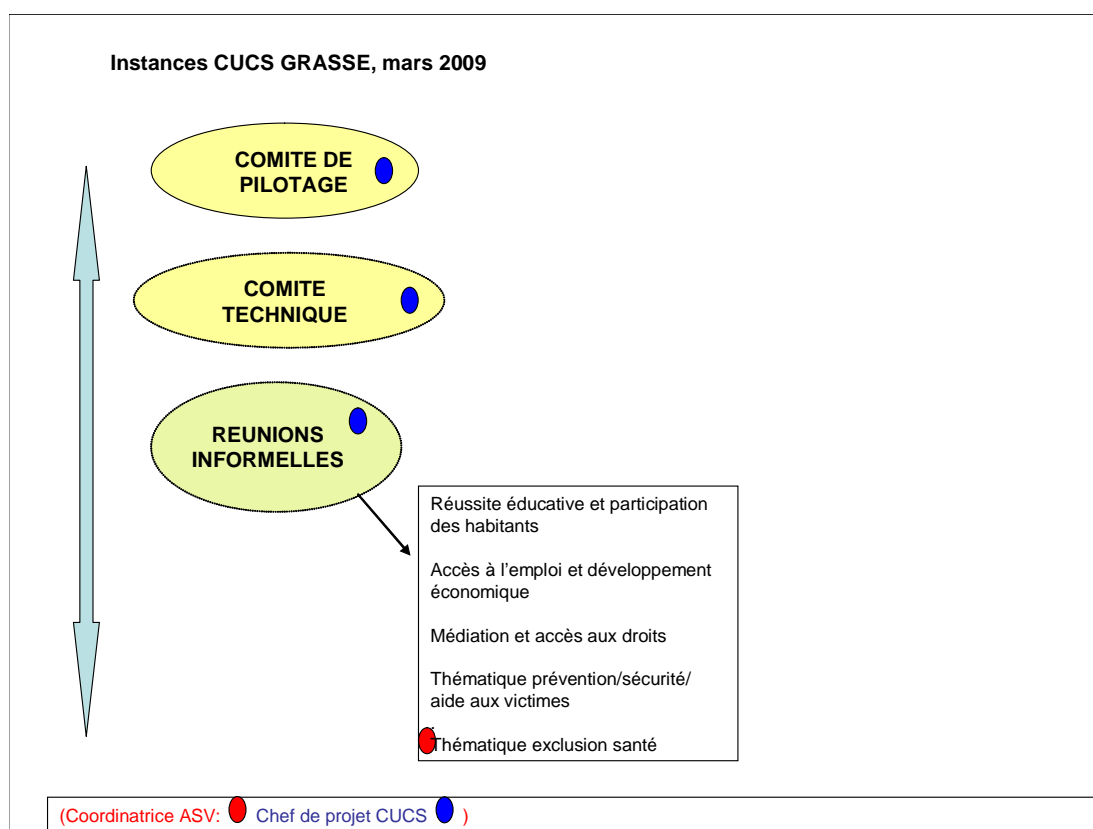
D'un point de vue organisationnel, le document du CUCS mentionne 3 niveaux organisationnels :

- Comité de pilotage de la commune de Grasse
- Comité d'orientation et de suivi

- Comité technique

De fait, aujourd'hui il existe deux instances : un comité de pilotage qui se réunit 2 fois par an et un comité technique qui se réunit 2 fois par an également.

→ Il n'y a pas de référents thématiques, ni l'ASV dans le comité technique



Note : l'habitat n'apparaît pas, il est financé au titre des opérations de rénovation urbaine (PRU).

→ Il s'agit d'une petite équipe sur Grasse mais il semble que le pilotage dans ses différents niveaux serait à mieux rendre lisible de même que les interfaces :

Le **comité de pilotage** doit réunir les signataires et assurer le lien effectif avec l'ASV dans sa composante politique

Le **comité d'orientation et de suivi** ou comité technique doit être défini avec sa composition, son mandat qui ne soit pas en interface avec le comité de pilotage comme on peut le remarquer sur d'autres sites. Ce comité doit aussi trouver sa juste interface avec les équipes techniques.

De fait, pour faire lien entre les différentes thématiques du CUCS, des réunions informelles sont organisées. Ceci tendrait à faire penser qu'un troisième niveau est bien nécessaire mais il devrait être formalisé pour faciliter la légitimité des différents acteurs à y participer et inclure aussi d'autres partenaires incontournables sur la thématique concernée.

→ Il s'agit donc de choisir 2 niveaux (comité de pilotage et comité technique) potentiellement mais qui permettent dans leurs représentations, leurs mandats et le rythme des réunions de pouvoir réaliser un réel suivi du CUCS dans une vision transversale.

→ L'autre option est de conserver les 3 niveaux classiques mais de veiller

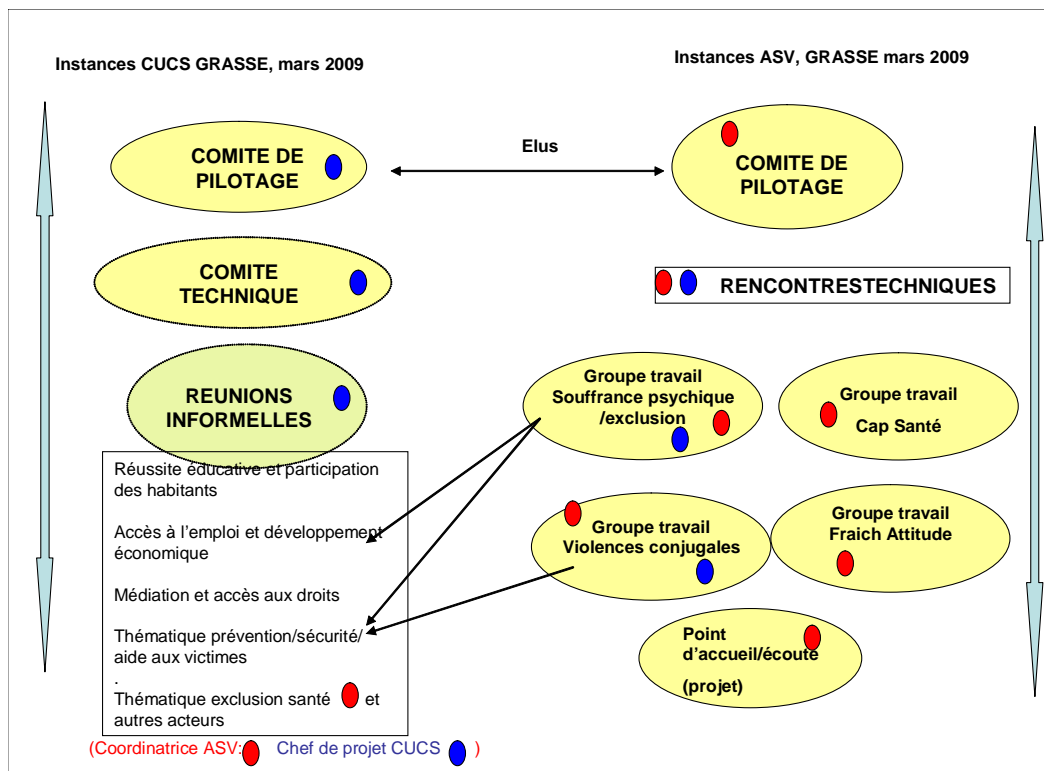
- a) à un pilotage effectif qui fasse lien avec la santé tout spécialement
- b) un comité d'orientation et de suivi dont le mandat soit bien complémentaire au comité de pilotage et non redondant avec un comité technique
- c) un comité technique formel qui permette de travailler dans la transversalité les projets, de favoriser les interfaces qui ne sont pas suffisamment lisibles à ce jour.

Le chef de projet est sensible à cette question. Pour ce qui relève de la santé, il nous semble que l'implication de l'ASV de façon formelle à différents niveaux pourrait aussi contribuer à résoudre les difficultés mentionnés depuis le contrat de ville, permettre de meilleures articulations avec les différents volets du CUCS.

L'organisation d'instances opérantes relève de la responsabilité des signataires, doit veiller aux modes d'articulations entre les instances et permettre de travailler les thématiques de façon globale en lien avec une politique municipale plus transversale.

Le schéma suivant montre l'organisation actuelle d'une part du CUCS et d'autre part du volet santé (ASV) : les liens qui ressortent aujourd'hui sont issus des informations obtenues lors de la visite sur site, des divers documents mis à disposition.

Il comporte sans doute des limites mais reflète le degré d'information actuellement disponible. Nous avons noté les flèches en fonction tout spécialement de la fiche ASV précisant les partenaires impliqués dans les groupes de travail.



* Les liens apparaissent donc principalement autour de 2 groupes souffrance psychique (dont la dynamique actuelle est à relancer) et le groupe « violences conjugales ».

* Les liens avec l'habitat via le PRU se font dans le cadre du relogement et de l'accompagnement social (accès aux droits notamment) via le CCAS (travailleur social) mais l'ASV n'est pas directement impliqué sur ce sujet.

* Les liens avec l'équipe de réussite éducative s'amorcent, avec la mobilisation des professionnels. Un début de réflexion se fait sur le repérage des problèmes bucco-dentaires mais sans aller plus loin. Il semble difficile de travailler avec l'Education Nationale. La priorité est mise sur les troubles du comportement alors que d'autres opportunités ont pu être discutées lors de la visite (buccodentaire, suivi des bilans des enfants pour un réel accès aux soins, etc.).

5) Les synergies territoriales instituées

La commune de Grasse est seule signataire du CUCS, cependant la communauté d'agglomération comporte 4 autres communes, Grasse étant le pôle d'attraction et celui où les services sont les plus développés. Du point de vue de l'intercommunalité et de l'appropriation des questions de santé, la ville de Grasse et les actions mises en lien par l'ASV jouent en cela un rôle plus exactement attractif.

Le lien qui se fait avec la santé sur les autres communes se fait surtout autour de Cap Santé et de la semaine Fraich' Attitude qui drainent un public beaucoup plus large que celui des communes avoisinantes et semble susciter des initiatives similaires au-delà du département.

** les interfaces avec l'équipe de réussite éducative sont encore timides mais se construisent.

** Les liens avec le Conseil Général se sont réalisés lors de la mise en place de la plateforme pour les personnes âgées.

A ce jour le lien se fait via les éducateurs spécialisés de l'ADSEA impliqués dans des groupes de travail « souffrance psychique » tout spécialement. Le Conseil Général soutient par ailleurs les événements ponctuels.

** Les liens avec la MILDT ne sont pas directs avec l'ASV excepté dans la facilitation de la mise en place d'échangeurs de seringues dans la ville et la médiation à ce sujet avec les pharmacies.

**Le lien avec le SROS se fait via 2 portent d'entrée :

- la mise en place du CLIC
- le travail autour de l'équipe mobile de psychiatrie mais pour le moment, la réflexion est à réactiver et l'équipe mobile doit être rendue opératoire.

** Au niveau des instances départementales et régionales au-delà des thématiques déclinées par l'ASV, on note une journée départementale organisée sur les facteurs de réussite de la démarche ASV dont les actes sont à venir.

Dans le cadre de la mise en œuvre d'autres démarches ASV sur le département, des réunions sont prévues pour soutenir les ASV en complément au soutien régional.

** On notera que les principales thématiques sont inscrites dans le PRSP et le PNNS.

** Il existe en région PACA suite à des formations données par l'Institut Renaudot, un désir de poursuivre le lien entre les coordinateurs autour d'échanges de pratiques et de mutualisation d'expériences. Ceci reste informel à ce jour et l'enjeu des ARS pose la possibilité de rendre pérennes de tels espaces.

Par contre, il existe visiblement des zones de crispations avec les Bouches du Rhône qui draine les financements actuellement autour des ASV. A ce jour, il existe une montée en charge dans les alpes maritimes des ASV (5 ASV) et les référents DDASS ont pu exprimer leurs inquiétudes au regard des financements potentiels.

Il n'existe pas d'agenda 21 sur Grasse.

6) Les actions de santé dans le CUCS, actions engagées dans le cadre de l'ASV, interfaces et opportunités

a) Les actions de santé repérées à la lecture du CUCS

Il existe deux modes de présentation des thématiques du CUCS :

** Celle du document de référence avec les thématiques classiques :

- L'habitat et le cadre de vie
- L'accès à l'emploi et le développement économique

- La Réussite Educative
- La santé
- La prévention et la citoyenneté

** Celles retrouvées dans les outils de programmation (tableaux Excel) qui ventilent les thématiques de la façon suivante :

1. Thématique réussite éducative et participation des habitants
2. Thématique accès à l'emploi et développement économique
3. Médiation et accès aux droits → *les interfaces avec la santé semblent évidentes avec la santé autour de l'accès aux droits porté par « femmes de tous pays », soutien et médiation des adultes en difficultés et insertion des publics en difficultés.*
4. Thématique prévention : *il comporte le volet lutte contre les toxicomanies et conduites addictives, l'aide aux victimes entre autres, violences conjugales.*
5. Thématique exclusion santé comporte divers items :
 - o Accompagnement social
 - o Alphabétisation illettrisme, responsabilisation des parents
 - o Alphabétisation
 - o Médiation santé publique (Le Plan)
 - o L'atelier santé ville

La lecture transversale du CUCS qui est peu développé comporte différentes thématiques où apparaissent de facto des liens théoriques avec la santé.

b) Les thématiques santé développées dans l'ASV et les publics prioritaires

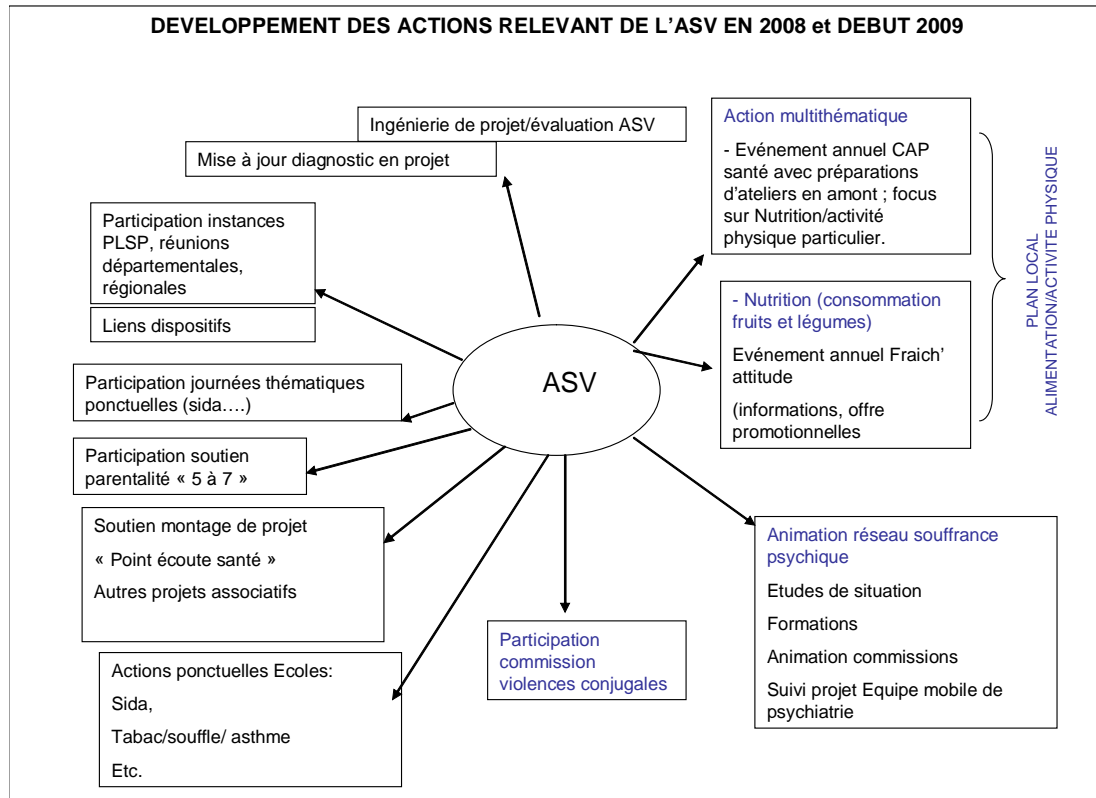
La fiche DIV met de l'avant 3 projets locaux de santé :

1. Fraich Attitude, manifestation annuelle, pérennisée destinée à tous public centrée sur l'alimentation et l'activité physique.
2. Cap Santé : volet nutrition et activité physique, manifestation également annuelle destinée à tous les publics, notamment les personnes en difficulté.
3. Réseau souffrance psychique et exclusion avec l'animation du réseau par l'ASV.

Avant de détailler les différentes thématiques il nous parait important de replacer les axes de travail dans sa globalité. Ce travail a du être réalisé lors de la visite sur site pour plusieurs raisons

- Le sentiment paradoxal que l'ASV était surtout centré autour de 2 événements annuels alors que l'ampleur des activités était très présente dans les discours
- Le sentiment d'un certain décalage avec les axes de la circulaire qui demandait à être approfondi.

Le schéma qui a pu être reconstruit en réunion montre donc les axes de travail suivants :



Regard sur quelques projets :

La Souffrance psychique

Cette thématique est une des priorités de la ville de Grasse qui a impulsé un réseau santé mentale / précarité, intitulé à ce jour « souffrance psychique exclusion ».

Cette thématique s'organise autour d'un comité technique, de commissions thématiques et d'un groupe d'experts (fiche DIV):

Comité technique : Centre Hospitalier de Grasse (coordination des réseaux et service social + service de psychiatrie adultes), Mission Locale du Pays de Grasse, Restaurants du Cœur, Association d'éducateurs de rue (ADSEA), Association tutélaire (ATIAM), CCAS/ASV + Service social, CUCS

Groupe expert (séances d'études de situation) : membres du comité technique soumis au secret professionnel soit Assistantes sociales, infirmiers ou médecins psychiatres, du Centre Hospitalier de Grasse (coordination des réseaux et service social + service de psychiatrie adultes) et CCAS/ASV + Service social

Sous commission liens et échanges entre les services :

Comité technique, Association gestionnaires d'hébergements collectifs (résidences sociales, FJT : association API Provence, Adoma), Association d'insertion (CAP Entreprise), Association d'accompagnement spécialisé pour les bénéficiaires du RMI (ADS), service social hospitalier, Association de Quartier (Harjès), CCAS (psychologue et assistante sociale : hors comité technique), Centre de Soins Spécialisé aux Toxicomanes (CSST).

Le rôle de l'ASV est d'être en soutien méthodologique (impulsion, guidance, suivi, lien autres partenaires).

Des études de situations étaient prévues à raison d'une fois par trimestre. Sur 2007, 2 sessions ont pu être organisées. L'ASV participe à ces études au regard de la formation d'assistante sociale de la coordinatrice.

Des règles ont été établies ainsi que des fiches pour travailler ces situations. Des contacts avaient été pris à ce propos avec l'équipe d'Aubervilliers. *Ce point souligne l'intérêt de pouvoir capitaliser autour de thématiques spécifiques des modes opératoires et des outils concrets. Les animations régionales sont des espaces intéressants à ce titre.*

L'équipe mobile de psychiatrie : le processus mis en place a intégré entre autre l'ASV et le centre hospitalier de Grasse. Cette équipe mobile a été pensée par la suite sur 2 territoires : celui de Cannes et celui de Grasse sous l'impulsion des financeurs. A ce jour, le projet s'est recentré sur Grasse et c'est le centre hospitalier qui gère les crédits ARH.

Cette équipe mobile qui devait intervenir dans les structures accueillant des personnes en situation de précarité n'a pas encore pu être opérationnelle en partie suite aux conflits

généérés par le couplage Cannes/Grasse et des changements de personnes impliquées dans le portage du projet (2 années de battement au sein du centre hospitalier de Grasse).

Lors de la visite sur site, l'intérêt d'une telle équipe tout spécialement en lien avec les publics en situation de précarité et des quartiers prioritaires a été souligné. A ce titre, on peut imaginer (selon les moyens mis à disposition) des soutiens dans les structures recevant des publics en situation de précarité mais aussi développer en complémentarité des stratégies de proximité (« aller vers »), travailler aussi dans la rue, les squats, etc.

Des formations sont prévues en 2009 pour l'ensemble des professionnels de la santé et du social. Les acteurs de l'insertion sont aussi mentionnés. Ces formations porteraient sur des apports théoriques (sociologie de la souffrance psychique par exemple), des études de cas et un travail sur la posture professionnelle.

Des outils à mettre à disposition des acteurs de première ligne sont prévus également.

La santé des jeunes :

Outre les actions dans les établissements scolaires, les événements ponctuels, l'ASV apporte un soutien en termes d'ingénierie de projet à la Mission Locale pour construire le PAEJ, de façon à structurer un lieu d'accueil, d'écoute et d'orientation. Il s'articule avec un projet de centre social dans le cadre du dispositif ANRU. Il serait aussi un point d'ancrage pour développer des actions collectives avec les habitants.

Cette perspective viendrait compléter la palette des services actuellement disponibles.

Par contre le lien avec la santé n'est pas encore explicite d'un point de vue opératoire, celui avec les quartiers prioritaires et leurs publics non plus mais le projet est en cours d'élaboration avec la conformation d'un comité technique (énoncé dans la partie traitant des instances).

Alimentation / activité physique : Cap santé (volet alimentation) et Fraich' attitude :

L'idée maitresse autour de Cap santé est de préserver son capital santé. Cet événement annuel s'organise autour d'environ 30 thématiques différentes dont l'alimentation et l'activité physique et autres thématiques comme l'hygiène, la sécurité routière, les addictions, le stress, les premiers secours, les cancers...)

L'événement se passe au Palais des congrès avec des stands animés par différents partenaires et l'ASV coordonne les acteurs. Cet événement rencontre un grand succès avec environ 7000 visiteurs en 2008 et est destiné à tous les publics. Des habitants sont impliqués dans la construction d'un atelier ou stand.

Fraich' attitude est la déclinaison d'une initiative nationales INTERFEL/ APRIFEL afin de favoriser la consommation de fruits et légumes pour l'ensemble des publics. Elle se déroule durant une semaine sur la ville avec mise à disposition de documentation, dégustations, offres promotionnelles, découvertes sportives, implication des restaurants, rallye.....

Les habitants des quartiers prioritaires sont impliqués via un groupe de personnes avec participation de ce groupes à différentes sessions : (extrait fiche DIV) :
« information sur l'équilibre alimentaire, sessions de gymnastiques, puis conception d'un repas en commun : réflexion sur le choix des produits et du menu, réalisation des courses, préparation du repas en commun et dégustation en commun ».

Des fiches d'évaluation de ces événements sont construites et les appréciations sont positives. Elles intègrent des questions concernant le désir de changement de comportement (retours plutôt positifs sur Fraich attitude). La provenance des publics n'est pas en revanche disponible ce qui permettrait de voir si ces événements sont investis de façon large dans la ville.

La suite sur le plus long terme de ces actions phares est reprise en principe par diverses associations.

Par contre, le temps dont dispose la coordinatrice ne lui permet pas d'avoir une vision du travail de fond qui se fait derrière ces événements.

Les addictions : elles ne sont pas investies par l'ASV. Le travail autour des addictions se développe autour du plan MILDT et porté par le référent DDASS autour des addictions.

Il comporte plusieurs volets : accès aux seringues dans les pharmacies malgré les résistances, échangeurs de seringues, informations dans les collèges futur CSAPA et lien avec le centre hospitalier.

Cette thématique fait l'objet d'un rapprochement avec la réflexion autour de la souffrance psychique avec la participation au groupe de travail du CSST actuel..

Au total

Les différents projets thématiques s'articulent autour de temps forts multithématiques ou centrés sur l'alimentation et l'activité physique. Le travail autour de la souffrance psychique se développe plus sur le long terme. Le travail réalisé dans les écoles doit aussi être valorisé (sessions d'informations multithématiques).

D'un point de vue global il nous semble pertinent d'avoir des stratégies différenciées autour d'événements ponctuels, tout public, des projets portés sur le plus long terme et programmés autour de thématiques et de publics prioritaires. Par ailleurs, les espaces permettant aux habitants de discuter autour de questions qui les préoccupent sont également importants à préserver.

Actuellement, nous avons surtout une visibilité sur les temps forts, le réseau porté autour de la souffrance psychique.

Des pistes de réflexion

Les temps forts ont l'avantage de développer sur un territoire donné une sensibilisation à différentes questions de santé. Dans le cadre d'un PLSP, la visibilité sur les suites données effectivement nous semble essentielle. Elle met alors en scène les liens existant entre les différents porteurs de projet pour identifier comment ces temps forts, permettent de s'appropriier sur le plus long terme des contenus thématiques.

Le travail autour de la souffrance psychique tel que prévu initialement doit pouvoir être relancé et appuyé par les tutelles au regard des difficultés rencontrées sur le terrain. Il nous semble aussi que l'organisation prévue pourrait sur le terme s'articuler avec des actions de proximité dans une logique permettant de travailler dans les structures recevant des personnes en situation de précarité.

Des articulations entre addictions/ souffrance psychique pourrait aussi se renforcer ainsi que la diversification des modes opératoires concernant le champ de la réduction des risques et des conduites addictives de façon plus générale. L'ASV peut jouer ce rôle d'interface et de mise en lien tout comme ce qui a trait à la santé des jeunes où des opportunités pourraient être rendues opérantes.

La prise en compte par l'ASV en articulation avec les acteurs du territoire nous semble essentielle à investir sur le champ de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des jeunes, des populations les plus vulnérables. Les populations tziganes n'ont pas été citées dans les entretiens ; elles font partie des groupes populationnels particulièrement stigmatisés

Différents champs d'actions nous semblent importants à consolider mais des espaces sont à investir. Ceci implique un repositionnement de la fonction du coordinateur ASV une fois les actions pérennisées.

L'ASV est positionné dans le cadre de la démarche ASV dans une dynamique d'impulsion, de soutien aux réflexions, à l'ingénierie de projet, de coordination des acteurs sur des zones qui devraient être plus travaillées à ce jour, d'envisager de se retirer une fois que les éléments structurants sur différents chantiers sont consolidés (comme cela a été fait autour de la plate forme des personnes âgées). Ceci implique d'enclencher des relais qui permettent à l'ASV transmettre des actions au titre du droit commun, de pouvoir développer des axes de travail importants au regard de la circulaire et des besoins qui émergent sur le terrain.

A ce jour, ces réflexions posent explicitement les champs sur lesquels l'ASV doit être investi dans le futur afin de maintenir une réelle dynamique dans le cadre de la construction de la politique de santé de la ville tout spécialement au regard des enjeux actuels (PLSP, CLS).

7) La mobilisation engagée sur le plan du partenariat

Indépendamment des partenaires engagés dans le pilotage et le suivi technique des actions, les différents partenaires impliqués dans les commissions représentent un champ très large.

Ceci résulte en partie de la forte mobilisation autour des deux temps forts annuels qui drainent de multiples partenaires (Cap Santé, Fraich Attitude).

La liste exhaustive de ces partenaires est en annexe, elle couvre des champs très divers.

Les partenaires apparaissent donc autour 6 axes :

- a) souffrance psychique
- b) violences conjugales
- c) Cap santé
- d) Fraich attitude
- e) Point accueil écoute santé (en projet)
- f) Comité technique centre social (en réflexion)

Cap santé et Fraich Attitude ont l'intérêt de pouvoir réunir ou faire participer des partenaires qui n'apparaissent pas dans un travail plus continu sur le long terme. On citera à cet effet des professionnels de santé du secteur public et privé.

→ L'analyse des partenariats sur des engagements plus constants dans la durée recouvre les catégories suivantes :

- p) Habitants représentant une association _____ X
- q) Professionnels de santé /secteur public _____ X
- r) Professionnels de santé /secteur privé _____
 - a. *Dont médecins généralistes* _____
- s) Professionnel du secteur social _____ X
- t) Professionnel du secteur éducatif _____ X
- u) Professionnel du secteur insertion _____ X
- v) Professionnels autres (préciser) _____
 - a. Dont adultes relais _____
 - b. Dont médiateurs de santé publique _____ Non alors qu'il en existe 1

Les thématiques qui réunissent le plus d'acteurs sont par ordre d'importance :

- a) La souffrance psychique
- b) Les violences conjugales
- c) Puis le point accueil écoute santé et
- d) Le comité technique du centre social

Le traitement de l'information sur ces 4 axes montre que 19 institutions ou associations sont inscrites dans des processus qui se déroulent sur le long terme avec des dynamiques différentes). La plupart sont engagées autour de

l'axe souffrance psychique mais qui est à ré-impulser, l'aide aux victimes/violences conjugales.

ADSEA (éducateurs de rue)
Assistantes sociales
Association ATIAM ⁴⁶
Association d'aide à l'insertion / RMI
Association d'aide aux victimes
Association de quartier
Association gestionnaire d'hébergements collectifs
CAF
Cap entreprise (insertion)
CCAS
Centre hospitalier de Grasse
Circonscription d'action médicale et sociale
CSST
CUCS
Gendarmerie
Mission Locale du pays de Grasse
Police municipale
Police nationale
Restaurants du cœur

Les structures que l'on retrouve très souvent dans différents axes de travail sont par ordre d'importance :

⁴⁶ Association Tutélaire des Personnes Protégées des Alpes Maritimes

- a) le CCAS dont l'ASV mais aussi d'autres services (10 occurrences dans les tris effectués)
- b) Le CUCS (3 occurrences)
- c) La Mission Locale (3 occurrences)
- d) Le centre hospitalier (3 occurrences).

Pour certaines structures comme le CCAS plusieurs types de partenaires peuvent être impliqués.

→ Les liens avec le centre hospitalier sont à relever surtout dans le cadre de la souffrance psychique et le processus lié à l'organisation de l'équipe mobile de psychiatrie.

→ A noter l'implication d'une association de quartier (dans l'axe souffrance psychique).

→ Les liens avec la Mission Locale sont aujourd'hui centrés par ailleurs autour du Point Accueil Ecoute pour lequel l'ASV a contribué dans la réflexion et le soutien au montage de projet.

Il n'y a pas encore de lien opérant ASV/ Mission Locale sur des questions comme les bilans de santé, dépistages, etc. Le lien santé / insertion serait une plus value à développer dans le cadre de l'ASV en se positionnant au regard des autres acteurs travaillant sur cette thématique et dans le cadre du projet PAEJ.

→ La médiatrice de santé publique n'apparaît pas ; elle n'a pas été évoquée lors des entretiens et serait certainement une piste à creuser pour renforcer les liens plus constants avec les publics des quartiers vivant dans les quartiers prioritaires. Son implication dans les différentes instances nous semble importante. Par ailleurs, la suggestion de développer un réseau de médiateurs de santé publique serait à impulser comme mentionné par ailleurs dans le CUCS.

→ Les liens avec l'hôpital outre son implication autour de la souffrance psychique, se traduisent aussi par l'implication de praticiens sur les 2 temps forts de l'année. L'effort de structuration de la PASS s'est fait en lien avec l'ASV.

→ Le Conseil Général est impliqué autour des 2 temps forts annuels et via les éducateurs de rue de l'ADSE A impliqués dans la thématique souffrance psychique. Cette association comme d'autres servent aussi de relais pour drainer les publics autour de Cap Santé et Fraich Attitude.

L'implication des éducateurs est aussi à noter avec des mamans du quartier des Fleurs dans la co-construction d'ateliers de Cap santé.

→ On notera l'absence de l'Education Nationale même si des actions concrètes, ponctuelles se réalisent comme la sensibilisation autour du sida, des actions autour du tabac, l'implication des classes dans les 2 temps forts annuels.

Il s'agit d'un partenaire avec lequel les articulations prennent du temps à se forger.

Il existe tout un panel de travail possible autour des dépistages et de l'accès effectifs aux soins qui n'est pas assez exploité pour le moment ou pour lequel en tout état de cause il n'y a pas suffisamment de visibilité → Il s'agit d'une autre piste de réflexion en lien avec d'autres partenaires impliqués.

→ Tout en valorisant les liens existant avec le secteur associatif, la palette du secteur associatif qui semble être dense d'après les documents révisés est relativement peu représentée dans les champs couverts par l'ASV.

Si les partenariats et leurs difficultés répondent à la plupart des constats généralement réalisés, il est aussi légitime de regarder comment à partir de « noyaux durs », d'autres institutions ou associations peuvent trouver une place.

Deux hypothèses parmi d'autres nous semblent importantes à relever.

- La première relève d'axes de travail qui nous semblent insuffisamment investis par l'ASV autour de l'accès aux droits à la prévention et aux soins auprès des personnes en situation de précarité et particulièrement vivant dans les quartiers prioritaires. Le manque de visibilité sur ce qui se réalise dans ces quartiers révèle aussi un manque de liens entre l'ASV et les relais travaillant dans ces quartiers.

- La deuxième hypothèse fait écho à d'autres situations rencontrées avec l'omniprésence de certaines institutions peut aussi exclure. Sans remettre en cause le fort investissement du CCAS, il paraît important de trouver des équilibres qui permettent à chacun de trouver sa place. L'évaluation du contrat de ville avait montré des potentiels importants autour des associations ou structures existantes qui ne se retrouvent pas ici et qui pourtant s'inscrivent dans les axes de travail d'un ASV.

8) Les habitants partenaires : des atouts, des défis à relever

L'implication des habitants apparaît dans différents documents (CUCS, programmation CUCS, fiches ASV) et a pu être abordé lors de la visite.

La visibilité sur cette implication n'est cependant pas très exhaustive. Ce mode de travail participatif avait été annoncé à partir de 2007 si on se réfère à la fiche DIV.

L'implication des habitants apparaît sous différentes facettes avec des modes d'implication diverses des habitants :

→ La fréquentation aux temps forts annuels organisés est bonne au regard des fiches d'évaluation exploitées à ce sujet. Par contre, on ne peut repérer le quartier de résidence des personnes dans les fiches ; il serait intéressant de voir la proportion des personnes des quartiers en CUCS sur le total de personnes ayant participé à ces événements.

→ Des habitants ont été impliqués dans la construction des ateliers de Cap Santé et dans un comité technique sur 1 action.

→ Un groupe de femmes s'est conformé dans le quartier des Fleurs autour du lien social. Elles travaillent en lien avec l'ADSEA et les éducateurs de rue (Conseil Général). Des perspectives semblent se dégager autour de projet santé, parentalité, etc. Ce type de projet relève des pratiques participatives et semble intéressant à généraliser sur d'autres sites de la ville.

→ Une médiatrice en santé publique et social, formée par l'IMEA travaille sur Le Plan, et soutient le « comité d'animation social » tout spécifiquement sur l'accès aux droits. Cette personne ressource tout en animant ce comité, poursuit le travail autour de la prévention et de la médiation pour faciliter l'accès aux droits, aux soins et « promouvoir les bonnes pratiques liées à la santé publique » (source : fiche projet CUCS, mars 2009). Le lien avec l'ASV n'est pas ressorti des discussions et fait partie des perspectives à développer pour le futur.

9) Les éléments de méthode, la qualification des acteurs

Regard sur la construction du CUCS

La construction actuelle du CUCS comme nous l'avons vu constitue un document d'orientation avec l'identification du volet santé porté par l'ASV. Il s'agit d'un document très succinct, sans orientations précises contrairement à d'autres CUCS où il existe un diagnostic territorial, une forte volonté de forger les lignes de force de chaque volet. Il n'y a pas de transversalité explicitée dans le CUCS ni d'interface entre les volets.

Ces éléments seraient à prendre en compte dans la prochaine écriture des CUCS sachant que selon les sites, on note bien que le premier exercice d'élaboration des CUCS a été complexe.

Les outils ou supports utilisés mis à disposition selon les années montrent 4 types de supports :

- programmation budgétaire par structure
- liste d'informations quantitatives et qualitatives par structure
- fiche synthétique de présentation des projets pour chacune des structures.
- bilan du CUCS

→ Les tableaux de programmation de 2007 que le chef de projet CUCS a pu mettre à disposition montre sur des tableaux différents :

a) Les différentes thématiques portées par le CUCS, les structures et les financements demandés (ville, ACSé, Région, Département, CAF autres)

Ce type de programmation par structure/ démarches financées est d'abord et avant tout un outil pour rendre lisibles la ventilation des financements (ici il s'agit de la programmation et non ce qui a été acquis). Le contenu plus précis de chaque axe n'apparaît pas (d'autres CUCS ont une colonne de plus permettant de préciser la nature de l'action et des éléments de bilans antérieurs).

Des indicateurs sont explicites : pour chacune des structures ou démarche comme l'ASV financées, il existe des indicateurs quantitatifs et des informations qualitatives mentionnées (mesure des processus).

Pour les années suivantes nous disposons des tableaux de programmations budgétaires mais on peut imaginer que les indicateurs sont globalement les mêmes.

Les indicateurs retenus pour l'ASV au sein du CUCS sont

- Nombre de partenaires associés au réseau social santé, la fréquence des réunions thématiques
- Le nombre et la qualité des participants aux groupes de travail.
- Typologie des partenaires associés au réseau social santé,

Un bilan qualitatif des actions est par ailleurs mentionné.

De fait, les outils que l'on connaît concernant l'ASV lui-même sont plus développés et les efforts notables sont à noter sur ce point, ils seront évoqués plus loin.

b) Les fiches projets succinctes par structure/démarche financées montrent

- Une description succincte du projet
- Les objectifs
- Les indicateurs de suivi/évaluation
- Les publics visés
- La durée/période
- Budget global
- Subventions demandées
- Avis du chef de projet.

Ces fiches permettent en complément des tableaux d'avoir une idée plus précise des actions, les objectifs sont souvent des orientations. La notion d'objectifs hiérarchisés n'apparaît pas.

La dimension qui nous semble manquer sur ces fiches est celle des partenaires avec lesquels le projet travaille. Il rendrait plus visible le maillage effectif ou pas des différents acteurs et permettrait grâce à une vision globale de repérer les opportunités à travailler.

→ Bilan d'activité du CUCS:

Le document mis à disposition pour 2008 est très succinct, qualitatif. Il met en exergue le manque de clarification d'objectifs sur la fonction de coordination et par là même la difficulté à rendre plus légitime tout le travail effectué.

La santé dans le CUCS et le volet santé (ASV)

Le volet santé structurant présenté dans le CUCS est l'ASV. Le croisement avec les éléments de programmation budgétaire font apparaître d'autres actions financées au titre de la santé mais non intégrées à l'ASV.

Du point de vue des éléments de méthodes et des outils, les documents révisés et les discussions font émerger les points suivant :

→ A ce jour, l'ASV s'inscrit dans une partie des priorités du PRSP et de la circulaire ASV avec des zones à investir comme nous l'avons évoqué.

Le premier diagnostic réalisé était plus un état des lieux des acteurs et il n'y a pas à ce jour d'éléments de diagnostic partagé qui permettraient de renforcer les orientations de l'ASV. La fonction d'observatoire émise dans le document du contrat de ville n'a pas pu se développer.

En 2008 des tentatives ont été menées pour rassembler des données de sources diverses, mais ce travail nécessite des compétences spécifiques et du temps, ce qui limite aujourd'hui la possibilité de développer un observatoire. L'ASV essaie aussi d'obtenir (difficilement) les bilans de santé de l'Education Nationale.

La même année le diagnostic réalisé par une stagiaire en géographie de la santé de l'Université de Nanterre a permis d'impliquer la perception des habitants autour de leur santé

via les associations (300 questionnaires réalisés d'après les informations données). Il a été centré sur les personnes âgées. Il n'était pas accessible dans la période entourant la visite.

→ Il existe un planning des activités assez détaillé ; par contre des programmations globales faisant apparaître les objectifs hiérarchisés et des résultats attendus chaque fois que possible seraient à consolider. De fait, planning et programmations n'ont pas le même rôle dans la gestion de projet.

Des bases existent pour consolider les programmations en particulier en se saisissant des bilans quantitatifs et qualitatifs assez détaillés de l'année antérieure qui peuvent servir de base pour en extraire des objectifs et les retravailler, avoir une base des résultats obtenus et s'en saisir pour clarifier les attendus sur l'année à venir.

Il existe un réel effort avec les limites mentionnées ci –dessus pour les rapports d'activité, introduisant des informations quantitatives et qualitatives ; plusieurs supports sont utilisés pour cela : les cadre du GRSP, des annexes ou tableaux qui détaillent mieux certains aspects.

On voit aussi les efforts faits pour évaluer la satisfaction des personnes venant sur les différents temps forts et recueillir les suggestions pour les améliorer.

Un seul point serait à préciser pour les habitants de Grasse ; la provenance des personnes, afin de connaître l'attractivité de ces temps forts pour les publics vivant dans les quartiers prioritaires.

La notion d'impact des actions du point de vue de la santé est difficile à mesurer et elle est liée pour partie au déficit des outils disponibles de type observatoire.

Les différents supports des bilans rendent difficiles la vision globale, intégrée de l'ASV. Ils ne permettent pas de valoriser la fonction du coordinateur sous ses différents aspects puisqu'ils sont « actions centrés ». Ceci ne concerne pas seulement le site de Grasse.

Au total :

On observe au niveau de l'ASV une volonté et un savoir faire qui s'est développé autour des outils en méthodologie de projet. Elles restent à consolider dans le cadre de la formation continue comme sur de nombreux sites.

Par contre, les supports utilisés et issus du GRSP ne permettent pas d'avoir une vision globale de l'ASV incluant ce qui est réalisé au titre de la fonction de coordination. Un rapport permettant cette vision globale permettrait de valoriser les soutiens divers effectués auprès de différents partenaires, il permettrait aussi une analyse de l'organisation des instances et de la dynamique globale qui se joue autour de l'ASV et de rendre visible les zones à investir pour consolider la démarche. Ce type de rapport pourrait se combiner avec les modèles régionaux pour éviter la surcharge de travail des opérateurs de terrain.

Les incidences de la démarche ASV sur l'évolution des compétences ont pu être abordées lors des entretiens avec la coordinatrice ASV :

La démarche a fait émerger divers niveaux de formations importants (entretien avec la coordinatrice) :

- Méthodologique de projet / évaluation : ces deux aspects sont apparus essentiels pour travailler de façon plus structurante autour de la santé et rendre légitime la fonction même de la coordination. La coordinatrice depuis 2004 a porté une attention particulière à ces points et a pu bénéficier avec d'autres membres de l'équipe des formations dispensées dans le réseau CRES de la région PACA.

- Renforcement des compétences dans une approche populationnelle, pour les assistantes sociales qui sont formées plutôt à un travail dans une relation duelle est importante.

→ Si cette remarque est valide pour les assistantes sociales, elle pointe aussi la nécessité de renforcer les compétences dans une perspective populationnelle et de santé publique pour les corps de métier souvent formés à une approche individuelle.

Il s'agit d'un levier pour la réflexion autour des professions médicales et paramédicales pour lesquelles les approches populationnelles restent insuffisantes hormis les formations complémentaires ou spécifiques. Il ne s'agit pas d'opposer les deux approches mais bien d'arriver à les conjuguer dans une pratique qui peut prendre forme sous un registre ou un autre.

- Des formations continues ou des espaces sont nécessaires pour une mise à jour et un partage autour de l'évolution des éléments réglementaires et développer une réelle vision

globale des enjeux autour des politiques de droit commun et de la politique de la ville tout spécialement.

Ceci devrait se décliner à différents niveaux avec des contenus ajustés : régional/départemental et local de façon à maintenir et renforcer la vision des enjeux autour des politiques de santé (au sens large) pour différents types d'acteurs : élus, associations (surtout les nouvelles), professionnels divers.

Enfin, pour ce qui concerne les compétences autour de thématique, il semble qu'il faudrait développer plus des formations multipartenaires sur Grasse autour des violences conjugales.

10) Conclusion et perspectives

L'ASV de Grasse est ancien, a pu consolider et soutenir le développement des réseaux sur la commune tout spécialement.

Les atouts repérés peuvent être synthétisés autour des points suivants :

- Un portage politique important par l'élue aux affaires sociales et familiales
- Des ressources associatives nombreuses sur le territoire au regard du diagnostic de 2001
- Une équipe (2 ETP) autour de l'ASV dont une coordinatrice qui connaît le terrain depuis de nombreuses années, qui a renforcé ses compétences en matière de méthodologie de projet
- Des moyens disponibles financiers importants (213 027 euros pour 2008) avec un apport important de la ville (51%).
- Des actions phares qui ont toute leur place dans la déclinaison opérationnelle de l'ASV mais à coupler à d'autres stratégies.
- Une mobilisation du secteur hospitalier (souffrance psychique)

Le manque de visibilité sur un certain nombre d'éléments a été signalé et les évaluations à venir permettront de préciser sans doute certains points.

Divers enjeux apparaissent suite à la révision des documents et de la visite, des entretiens qui ont pu être menés :

→ Le portage politique entourant les questions de santé et de réduction des inégalités n'est pas assez affiché ni partagé au sein d'une politique municipale, ni explicité par là même avec une série de conséquences concrètes dans les déclinaisons opérationnelles. Le manque de visibilité sur les réalisations concrètes auprès des personnes des quartiers « sensibles » et des populations marginalisées telles que les populations « tziganes » est une préoccupation. Ceci n'implique pas qu'il ne s'y fait rien loin de là (pas de visibilité lors de la visite sur site), mais le manque de lien est notable avec l'ASV.

→ Les modalités de pilotage actuelles sont en décalage avec la circulaire ASV et demandent à être renforcées telle que cela est proposée dans la fiche DIV actualisée après la visite sur site. Ces modalités de pilotage sont également importantes à penser dans une vision globale en veillant aux modes d'articulations avec le CUCS et les divers dispositifs mentionnés dans le document de référence.

→ La prochaine écriture du CUCS, en s'appuyant sur l'expérience acquise devrait ainsi être plus étoffée, avec des principes explicites et traduits dans les différentes thématiques portées par le CUCS. Ces axes développés plus concrètement, au regard d'éléments contextuels plus explicites devraient servir de guidance pour orienter les actions (et les évaluer par la suite), préciser aussi les interfaces à renforcer ainsi que leurs modalités. Il en revient aux signataires du CUCS de mieux formaliser des orientations politiques permettant de disposer d'une base de travail plus explicite.

→ L'ASV, outre la valorisation de ce qui a été fait jusqu'à ce jour est en décalage sur un certain nombre de points avec la circulaire dont le travail autour de l'accès aux droits et ce qui est réalisé auprès des publics vulnérables.

L'ASV encore engagé sur des actions pérennes interroge le droit commun et l'appropriation du sens de la démarche ASV. Si l'ASV ne peut se dégager d'actions pérennes, la charge de travail est trop lourde pour développer d'autres chantiers, renforcer les réseaux autour de thématiques non investies, et ce, dans la durée. Il semble ainsi exister un décalage entre la diversité des associations et leur implication ou leur lien effectif avec l'ASV excepté lors des actions phares. Il en est de même avec des acteurs tels que la médiatrice de santé publique. Les liens avec les acteurs de proximité sur des projets long terme seraient à conforter de même que le développement d'un réseau de médiateurs de santé publique comme évoqué dans le CUCS.

Il ressort aussi de l'analyse une réelle difficulté à pouvoir identifier les problèmes de santé, les déterminants associés, les réponses existantes ou potentielles, et ce, *en croisant données objectivées et perceptuelles, incluant les habitants*. Le type de travail réalisé l'année passée avec l'Université de Nanterre serait sans doute à poursuivre. Cette analyse globale doit servir de support pour hiérarchiser les thématiques à travailler.

La difficulté pour monter un observatoire pourtant souhaité est aussi limitant pour soutenir le pilotage et mesurer les tendances autour de l'efficacité des dispositifs ou de l'état de santé des populations. Cet aspect nécessite le soutien des tutelles soit au niveau départemental soit régional.

Enfin, de multiples opportunités existent pour mieux articuler les différents volets du CUCS et l'équipe de réussite éducative. Il faut s'en saisir mais en repositionnant les axes de travail de la coordination ASV qui ne peut tout porter. Par ailleurs, l'ASV a besoin d'être soutenu au regard des liens complexes avec l'Education Nationale.

Ces différents enjeux nous paraissent fondamentaux à intégrer dans la perspective d'un plan local de santé et d'un contrat local de santé qui implique la collectivité territoriale concernée.

A ce jour, d'autres ASV sont en cours de projet sur le département et doivent être garants des axes de la circulaire tout en contribuant à « investir » les différents axes des CUCS, contribuer à la politique régionale de santé publique, et ce, au regard des configurations locales.

Ces enjeux mobilisent les élus, les décideurs. L'Etat doit aussi pouvoir soutenir aux niveaux départemental et régional les dynamiques locales de santé, favoriser les liens de réciprocité entre les différents échelons territoriaux.

Annexe 1 : INSTANCES- DETAIL DES PARTENAIRES- ASV DE GRASSE 11/03/09

Comité de pilotage ASV :

Elu référent

Coordinateur Atelier Santé Ville

Direction du CCAS

Conseil d'administration du CCAS

Associés aux réflexions et au pilotage :

DDASS, le

Chef de projet CUCS,

Service infirmier de l'inspection académique,

Conseil Général,

Service Communal d'Hygiène et de Santé,

Centre Hospitalier de Grasse

→ Eléments discutés lors de la visite sur site : nécessité de conformer un comité de pilotage plus élargi, dans le cadre de la circulaire ASV et au regard des enjeux autour des PLSP et CLS pour laquelle la Grasse de Grasse souhaite s'inscrire.

Elargissement prévu du comité de pilotage en 2009 :

Partenaires pressentis pour la participation :

Élus thématiques municipaux (à définir pour renforcer la transversalité de la démarche), Préfecture (politique de la ville), DDASS, Conseil Général, Conseil Régional, Centre Hospitalier de Grasse, CPAM, Inspection Académique, Techniciens ASV et ville : coordinateur ASV, direction du CCAS.

Comité technique ASV :

Points d'étapes réguliers avec notamment : la direction du CCAS, le CUCS, dans un souci de transversalité, les services communaux (le Service Communal d'Hygiène et de santé, jeunesse, sports...), les infirmières scolaires, les médecins libéraux, les techniciens santé du Conseil Général, du Centre Hospitalier, le CLIC.

En même temps que l'élargissement prévu du comité de pilotage en 2009, sera envisagé la participation d'autres partenaires au comité technique : collègues d'habitants, associations impliquées..., et la signature éventuelle de conventions.

Comités techniques spécifiques par actions :

1) Réseau souffrance psychique exclusion

Comité technique : Centre Hospitalier de Grasse (coordination des réseaux et service social + service de psychiatrie adultes), Mission Locale du Pays de Grasse, Restaurants du Cœur, Association d'éducateurs de rue (ADSEA), Association tutélaire (ATIAM), CCAS/ASV + Service social, CUCS

Groupe expert (séances d'études de situation) : membres du comité technique soumis au secret professionnel soit Assistantes sociales, infirmiers ou médecins psychiatres, du Centre Hospitalier de Grasse (coordination des réseaux et service social + service de psychiatrie adultes) et CCAS/ASV + Service social

Sous commission liens et échanges entre les services :

Comité technique, Association gestionnaires d'hébergements collectifs (résidences sociales, FJT : association API Provence, Adoma), Association d'insertion (CAP Entreprise), Association d'accompagnement spécialisé pour les bénéficiaires du RMI (ADS), service social hospitalier, Association de Quartier (Harjès), CCAS (psychologue et assistante sociale : hors comité technique), Centre de Soins Spécialisé aux Toxicomanes (CSST).

2) Commission Violences Conjugales :

Centre Hospitalier de Grasse, Police nationale, Police Municipale, Gendarmerie, Association missionnée pour l'aide aux victimes (HARJES), Mission Locale, CCAS, CUCS.

3) Cap Santé

Comité technique de pilotage : CCAS (direction, élu référent, coordinateur ASV)

Comité technique global réunissant l'ensemble des partenaires associés : réunit pour le bilan global du projet –

Partenaires associés :

Partenaires intervenant sur les différents stands (professionnels de la santé, de l'éducation à la santé, professionnels hospitaliers, libéraux, écoles d'infirmières, intervenants médicaux sociaux... ; partenaires intervenant pour mobiliser le public sur le projet : associations d'insertion, associations de quartier, service de psychiatrie adulte, maisons de retraites, office des retraités, Institut Médico Educatif, service infirmier de l'inspection académique, CCAS, collectif d'habitants...

Groupes de travail spécifiques en fonction des thématiques traitées : Ils associent différents partenaires pour la conception de l'atelier concerné, et font retour au comité technique tant pour la préparation que pour l'évaluation : nutrition, activité physique, bien vieillir, souffle et allergie ; sexualité prévention ; addictions, sécurité routière

4) Fraich Attitude

Comité technique global réunissant l'ensemble des partenaires associés :

Partenaires opérationnels pour la mise en œuvre de l'action (professionnels de santé, de l'éducation à la santé, grande distribution, marché d'intérêt national...) et partenaires intervenant pour la mobilisation du public sur le projet : associations d'insertion, associations de quartier, service de psychiatrie adulte, maisons de retraites, office des retraités, Institut Médico Educatif, service infirmier de l'inspection académique, CCAS...

Groupe de travail spécifique pour l'organisation du projet habitants :

Habitants du collectif arc en ciel associé au projet depuis 2007, travailleurs sociaux du CCAS, association des restaurants du cœur, diététiciennes libérales, atelier santé ville, service des sports...

5) Comité technique Centre Social (projet qui est soumis à agrément CAF) :

CUCS, CAF, CAMS (Circonscription d'Action Médicale et Sociale), CCAS de Grasse direction et ASV (désigné comme porteur du projet). Prépare le travail du comité de pilotage du centre social.

6) Groupe de travail : réflexion sur la construction d'un point d'accueil d'écoute et santé territorial :

Mission Locale du Pays de Grasse, Centre Hospitalier de Grasse, CCAS de Grasse direction et ASV

Le Volet Santé du CUCS Lille / Lomme

ELEMENTS DE SYNTHESE ET D'ANALYSE

VISITE SUR SITE :

VILLES DE LILLE ET LOMME

MARS 2009

Marie Ange Vincent

SOMMAIRE

1)	Liste de personnes contact	Erreur ! Signet non défini.
2)	Principaux éléments de contexte	472
	a. Présentation générale	472
	b. Données SIG	475
3)	Positionnement du volet santé dans le CUCS	477
	a. ASV de Lomme :	477
	b. CTS de Lille :	477
4)	Diagnostics de référence de l'ASV de Lomme	478
5)	Positionnement politique de la santé sur le territoire	479
	a. Modes et moyens de pilotage de l'ASV de Lomme	479
	b. Interfaces avec les autres volets du CUCS	479
6)	Synergies territoriales	480
7)	Programmes et actions « santé » engagés	481
	a. CTS « lillois » :	481
	b. ASV de Lomme :	482
8)	Mobilisations engagées (partenariats)	483
9)	Participation des habitants	483
10)	Eléments de méthode	484
	a. Coordination	484
	b. Financements	484
	c. Evaluation	484
11)	Conclusions et perspectives	486
	Principaux atouts pour l'action locale en santé	486
	Principales limitations du cadre CUCS et/ou ASV pour l'action locale en santé	486
	Evaluation globale de la pertinence et de l'efficacité du cadre CUCS et/ou ASV	486

CTS de Lille : 486

Perspectives et enjeux 487

Annexe 1 : liste des personnes contact 488

1) Principaux éléments de contexte

a. Présentation générale

En 1998, la ville de Lille adhère au Réseau Français des Villes - Santé de l'O.M.S et crée un service Solidarité Santé. Elle se positionne ainsi comme acteur institutionnel de Santé Publique, en menant des actions municipales relevant des champs de la prévention et de la promotion de la santé.

En parallèle, le département du Nord participe à la déclinaison locale des PRSP, à savoir les Programmes territoriaux de santé (PTS) qui intègrent les dispositifs et actions suivants :

- la déclinaison locale des Programmes Régionaux de Santé (P.R.S.) ;
- le volet « Santé » des contrats de ville ;
- les contrats territoriaux de santé initiés par le département du Nord (C.T.S.) ;
- les actions de santé promues par l'Etat, notamment l'éducation nationale, les collectivités territoriales et l'ensemble des acteurs de santé.

Le département a aussi accompagné, en novembre 1999, les Contrats territoriaux de santé (CTS) qui ont pour objectifs de faciliter la coordination et la cohérence des politiques de santé, à l'échelon local. Il est destiné à améliorer la santé des Nordistes dans le respect des orientations de la Conférence Régionale de Santé, des priorités régionales et des P.R.S Les actions de santé sont ainsi développées par les partenaires locaux, au plus près de la population. De manière générale, il s'agit de :

- diminuer les décès inévitables ;
- diminuer les incapacités évitables ;
- améliorer la qualité de vie après pathologie ;
- réduire les inégalités face à la santé (prévention et accès aux soins).

En 2000, la Ville de Lille signe son premier C.T.S. pour une durée de trois années, après réalisation d'un diagnostic partagé de santé sur la base de trois priorités thématiques :

- santé précarité, santé des enfants et des jeunes ;
- conduites de consommation à risque ;
- définition de buts et objectifs.

Les actions menées dans le cadre du CTS doivent viser à :

- améliorer la santé des habitants par le développement d'une politique de prévention et d'éducation pour la santé ;
- favoriser pour tous citoyens de Lille, Lomme et Hellemmes, le plein exercice de son droit à la santé ;
- développer des stratégies de soutien pour contribuer à la mise en œuvre de la Politique de Santé Publique de Lille ;
- renforcer les connaissances et l'information du public handicapé, en particulier à Lomme et Hellemmes.

Ce contrat est renouvelé pour une durée de trois ans, de 2003 à 2005, en intégrant alors les deux communes associées d'Hellemmes et de Lomme. Le C.T.S. Lille-Lomme-Hellemmes est à nouveau reconduit en 2006 pour une période de trois années et devrait prendre fin en 2009.

Par ailleurs, la ville de Lille définit en 2007 un PUCS sur 6 des 10 quartiers lillois inscrits en Politique de la Ville, soit environ 65% de la population lilloise : Wazemmes, Moulins, Lille-Sud, Faubourg de Béthune, Fives et Bois Blancs. Le PUCS développe 6 thématiques dont celle de la santé qui a alors pour objectifs de :

- accompagner les politiques publiques (lien avec le Contrat Territorial de Santé et le Programme Régional de Santé) ;
- sensibiliser les habitants à la prise en compte de la santé comme **critère de bien-être et de développement personnel**.

Il devra s'agir plus précisément de :

- prévenir et lutter contre les comportements et les conditions de vie nuisibles à la santé;
- faciliter l'accès aux soins des personnes isolées et/ou en souffrance psychologique;
- renforcer le réseau des acteurs mobilisés sur le thème de la santé dans les quartiers et renforcer la cohérence des réseaux existants ;
- poursuivre et renforcer les actions de suivi médico-psychologique des enfants et des jeunes repérés dans le cadre du dispositif de Réussite éducative.

A l'instar du contrat de ville, le PUCS est en fait élaboré conjointement avec la commune associée de LOMME dont les territoires d'intervention sont les quartiers en priorité 1 :

- de la Mitterie, non ZUS, 5486 habitants ;

- du Mont à Camp, non ZUS, 1862 habitants et non intégré dans le précédent contrat de ville ;
- du Marais, non ZUS, 4349 habitants.

Cette zone CUCS représente 73% du territoire de la commune.

La ville de Lomme s'est en effet associée en 2000 avec Lille, alors qu'il y avait déjà un volet politique de la ville à Lomme (depuis 1996). Une des raisons en est que cela ouvrait la porte à toutes les thématiques, alors qu'il n'y avait que deux thématiques dans le Contrat de Ville lommois (habitat et prévention de la délinquance).

A la différence de Lille, il est prévu de mettre en place un ASV début 2009 à Lomme, ASV qui a débuté par un diagnostic dont le contenu a été restitué en décembre 2008 .

b. Données SIG

Profil Général				
<i>Sources INSEE RP 1999/DGI 2004 (données fiscales)/ Min. de l'Intérieur (2005) / Min. de l'Educ. Nat. (2004) / CNAM (2006)</i>				
	ZUS du CUCS	CUCS Lille/Lomme	ZUS du département	ZUS de la région
Chômage (1999)	30.1 %	19.5 %	31.7 %	32.1 %
Non-diplômés (1999)	33.3 %	21.3 %	35.8 %	36.1 %
Moins de 25 ans (1999)	43.7 %	40.3 %	41.7 %	41.8 %
Etrangers (1999)	12.7 %	7.1 %	11.3 %	9.2 %
Familles monoparentales (1999)	25.5 %	18.5 %	22.3 %	22.9 %
Locatifs HLM (1999)	45.4 %	24.3 %	48.8 %	51.3 %
Ménages non-imposés sur revenus (2005)	56.0 %	42.3 %	56.4 %	56.6 %
Bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (2006)	31.1 %	18.4 %	27.5 %	28.8 %

QuickTime™ and a
TIFF (non compressé) decompressor
are needed to see this picture.

2) Positionnement du volet santé dans le CUCS

a. ASV de Lomme :

La ville de Lomme décide de mettre en place un ASV sur la base d'éléments de contexte facilitant. Il y a tout d'abord une volonté municipale : c'est en effet actuellement le troisième mandat où il y a un élu dédié à la santé ce qui dénote une volonté de porter cette thématique santé.

Par ailleurs, le CCAS de Lomme, de part ses missions (insertion, aide sociale, logement social, santé et personnes âgées), réalisait déjà un certain nombre d'actions en lien avec la santé. Dans le cadre de ces actions, la place des habitants y était déjà réfléchi. Il manquait finalement une mise en cohérence de l'ensemble de ces actions, ainsi que la formalisation d'un réseau de partenaires qui puissent développer ces actions.

Sur la base de ces éléments, l'ancienne Préfète estime que le contexte est favorable à la création d'un ASV et impulse celle-ci.

En janvier 2006, le CCAS recrute de la future coordonnatrice en se disant qu'il faut effectivement faire quelque chose de plus au titre de la santé et une rencontre avec la DDASS permet d'amorcer la démarche.

L'ASV constitue le volet cadre du PUCS, en ce qui concerne Lomme. La démarche est en cours de construction depuis la réalisation d'un diagnostic fin 2008.

La chef de projet Politique de la Ville, ainsi que la coordonnatrice santé et ASV sont donc rattachées au service de l'action sociale de la ville de Lomme.

b. CTS de Lille :

Le service Politique de la ville de la ville de Lille est rattaché à la direction des Affaires sociales et à l'Education, au même titre que les services Santé, Education, Petite enfance, Solidarité, Jeunesse et Sports.

La ville de Lille a choisi de ne pas développer d'Atelier Santé Ville pour trois raisons majeures. D'une part, des chefs de projets animaient déjà sur le territoire (en lien avec le service Solidarité Santé) une commission santé dans chacun des quartiers politique de la ville où émergent des propositions d'actions faisant suite à des diagnostics des territoires. D'autre part, des ateliers santé ont été mis en place jusqu'en 2007. Ils regroupent l'ensemble des acteurs lillois travaillant sur les thématiques retenues dans le cadre du programme municipal à savoir la santé des enfants et des jeunes, la santé précarité, les conduites de consommation à risques. Enfin, la ville est inscrite dans le CTS depuis 2000 et il n'était pas envisageable de multiplier les dispositifs.

cf pour l'organigramme des services :

http://mediatheque.mairie-lille.fr/lille/fr/Votre_Mairie/services-municipaux/Organigramme_des_services_municipaux_Ville_de_Lille.pdf

3) Diagnostics de référence de l'ASV de Lomme

Avant la mise en place de la démarche ASV et donc du recrutement de la coordonnatrice, un premier diagnostic « santé » avait été réalisé sur la commune de Lomme, d'avril 2002 à juin 2003, date de restitution. Mis en place par une société coopérative de conseil lilloise, ce diagnostic s'articulait autour de quatre outils :

- le recueil de données quantitatives. Il s'agit principalement de données générales relatives à la population au niveau communal (INSEE 1999), aux minima sociaux (niveau communal, voire infracommunal), au logement et à la santé.
- les entretiens avec des acteurs intervenant sur la commune, ainsi que des entretiens individuels et collectifs avec 110 habitants ;
- le questionnaire envoyé aux médecins et pharmaciens de la commune ;
- les groupes thématiques qui ont rassemblé 150 personnes.

Cette diversité d'outils générant des informations de nature différente permet de recréer une vision relativement complète de la question « santé » sur le territoire. Ces informations concernent en effet aussi bien l'état de santé des habitants, que leur relation à la santé, leurs ressources (structures et actions menées), les freins, les grandes problématiques sur la commune. Les conclusions, formulées en termes d'atouts et de points faibles, de préconisations quant au comment et sur quoi agir, du fait de cette richesse d'informations, permettent de proposer autre chose que les traditionnelles actions de prévention par l'information des habitants et de montrer la nécessité d'articuler le niveau individuel au collectif et de prendre en compte la spécificité des personnes en difficulté. Elles tendent vers un processus d'*empowerment* en filigrane des actions à mettre en place.

Suite à ce premier diagnostic pourtant de qualité, mais jugé comme insatisfaisant quant aux pistes d'actions potentielles, un deuxième diagnostic⁴⁷ a été engagé fin 2008 par un autre cabinet externe, auprès de 59 professionnels du champ sanitaire et social et de 101 habitants. Reprenant les mêmes types de données que le diagnostic précédent, il a l'ambition de faire un *focus* sur l'offre et l'accès aux soins (mais se résume à lister les offres de soins, sans faire l'état des leviers, ni des freins à l'accès aux soins), un autre sur les conduites addictives (qui se résument dans le cas présent à uniquement l'indicateur « prescription de Subutex® »), et un dernier sur l'équipement scolaire (où l'intérêt est ici de rappeler les priorités issues du diagnostic réalisé en 2005 pour le Plan Educatif Global, à savoir accès aux soins et suivi sanitaire, accompagnement à la parentalité et prévention de décrochage scolaire et social).

Ce diagnostic constitue néanmoins le début de la démarche ASV sur le territoire. Il a permis de mobiliser des professionnels libéraux de la commune (médecins, infirmiers et pharmaciens) et de potentiellement renforcer le réseau d'acteurs puisque tous ont été invités à la restitution du

⁴⁷ Il est à noter qu'un autre diagnostic non spécifique à la commune de Lomme mais relatif à la santé sur les quartiers prioritaires de l'arrondissement lillois a été effectué en 2005, par l'Agence de développement et d'urbanisme de Lille Métropole. Il portait essentiellement sur les questions d'offre et d'accès aux soins, d'état de santé des enfants et aussi de souffrance individuelle et dépendances.

diagnostic. Il propose par ailleurs des pistes d'actions potentielles de l'ASV, s'appuyant sur ce que devraient être une ville-santé (OMS) et un ASV. Ces pistes sont regroupées autour de 4 axes :

- Le « réflexe santé » avec la mise en place d'une grille impact santé (outil qui devrait permettre d'estimer l'impact d'une action communale, quelle qu'elle soit, sur la santé et par la même aider à la programmation santé) ;
- L'alimentation et l'activité physique ;
- La lutte contre la précarité ;
- La lutte contre les conduites addictives.

Ces axes, une fois validés en Comité de pilotage devraient permettre l'élaboration d'un plan local de santé.

4) Positionnement politique de la santé sur le territoire

c. Modes et moyens de pilotage de l'ASV de Lomme

Il s'agit ici d'un pilotage qui est en train de se constituer. En effet, l'ASV étant une démarche récente sur la commune (les préconisations du diagnostique ont été présentées fin 2008), il n'avait à son actif qu'un seul et premier Comité de pilotage lors de la visite sur site. Ce Comité de pilotage animé par deux adjoints (l' élu délégué à la Politique de la ville et à l'action sociale et l' élue déléguées aux personnes âgées, au handicap et à la santé) se veut large et ouvert : 25 - 30 personnes s'y retrouvent, y compris des enseignants, des parents d'élèves, des professionnels libéraux,... Cette composition du comité de pilotage devrait permettre une réflexion croisée entre les différents types d'acteurs. Un des enjeux du prochain comité de pilotage va être de statuer sur les orientations à privilégier : il s'agira alors de ne pas perdre de vue les actions agissant sur les contextes, telles qu'elles avaient été pressenties dans le PUCS. Un deuxième enjeu sera de permettre à chacun des acteurs de comprendre en quoi la démarche ASV consiste ou ne consiste pas. Enfin, il s'agira aussi de permettre de passer d'un ensemble d'actions à l'élaboration d'un véritable plan local de santé publique.

cf annexe 2 pour la composition du Comité de pilotage

d. Interfaces avec les autres volets du CUCS

Le PUCS mentionne clairement l'accès aux soins et la prévention santé comme une thématique prioritaire. C'est par ailleurs dans cette thématique que le plus de liens avec les autres thématiques du PUCS sont faites (réussite sociale et éducative, logement-cadre de vie). Autrement dit, les éléments relatifs à la santé ne sont pas disséminés dans l'ensemble des thématiques, mais ce sont plutôt les autres axes qui sont mentionnés dans la thématique santé.

L'ASV de Lomme n'y est pas posé comme étant le cadre structurant du volet santé, mais est plutôt considéré dans son objectif de coordination, de cohérence, objectif qui vient se rajouter aux autres objectifs à développer dans ce volet. La ville de Lomme réalisait déjà, avant le démarrage de l'ASV, un nombre certain d'actions santé sur son territoire. La santé n'est en effet pas un élément nouveau sur le territoire et le lien avec les orientations du CTS est constamment fait, dans un souci d'avoir une politique territoriale lisible.

Sur la base de ce que le diagnostic de l'ASV de Lomme laisse présager, l'apport de l'ASV va principalement être de l'ordre de la mise en cohérence de ces actions. Il devrait aussi permettre de renforcer les liens entre les différents acteurs du territoire.

Il est à noter que le lien entre les différentes thématiques : s'affaiblit dans l'opérationnalisation. En effet, alors que le PUCS soutient clairement les liens entre les thématiques réussite éducative, logement et santé dans le cadre du volet « améliorer l'accès au soin et à la prévention santé », ces articulations s'affaiblissent dans les préconisations du diagnostic de l'ASV. Ces articulations sont uniquement mentionnées 1) dans le cadre de la mise en place de l'outil « Grille Impact Santé » où il est question de poser quel pourrait être l'impact sur la santé de toutes les actions communales et 2) dans le projet d'intégrer à certaines formations de professionnels le lien entre leur métier et la santé. Il semble qu'il s'agisse ici de voir quelle est la part « santé » chez les autres porteurs de projets, plutôt que d'avoir une attitude volontaire quant à la mise en place d'actions, dans le cadre de l'ASV, qui agiraient sur les contextes des habitants.

5) Synergies territoriales

La proximité géographique entre Lille et Lomme, leur statut de communes associées, ainsi que l'élaboration et la reconduction d'un CTS commun inciteraient à penser que la coopération entre les deux communes soit riche. Il s'avère qu'il y a peu de liens entre Lille et Lomme dans le mode organisationnel de la thématique « santé », hormis la participation aux comités techniques du CTS, et peu de construction commune d'actions.

Ceci peut s'expliquer par une géographie différente : un quartier prioritaire sur Lille correspond en nombre d'habitants au territoire communal lommois. Par rapport à Lille, Lomme travaille en « infra quartier ». L'organisation est aussi différente : à Lille, dans chaque quartier en Politique de la ville, il y a une commission santé, alors que Lomme a une coordonnatrice santé et ASV pour l'ensemble du territoire communal. Les deux communes développeraient donc plutôt leur démarche côte à côte. Elles s'inscrivent ensemble dans le CTS mais sont finalement assez autonomes.

Autre différence, dans certaines thématiques, Lille est déjà allée très loin ex emploi. Sont Les synergies territoriales, le travail en cohérence entre Lille et Lomme ont toutefois bien lieu, mais plus dans le cadre de l'axe « emploi », avec la Maison de l'emploi et un diagnostic qui a débuté en 2004.

Il semblerait que ce soit plus sur la thématique emploi – insertion – formation – développement économique que les deux communes associées de Lille et de Lomme établissent des actions intercommunales, notamment dans le cadre de la Maison de l'emploi, même si l'expérience en la matière est différente d'une commune à l'autre (Lille étant plus avancée que Lomme sur cette question).

6) Programmes et actions « santé » engagés

CTS « lillois » :

Le CTS « lillois » reprend trois des 6 priorités de santé publique du PRS : la santé des enfants et des jeunes, les conduites de consommations à risques et santé-précarité. Sur ces trois thèmes, environ 130 actions par an sont menées. Un quatrième thème prioritaire s'y ajoute : celui du handicap.

En complément du CTS, la politique de la ville a permis d'aborder **trois autres thèmes** :

- La structuration d'un réseau de santé (diagnostic partagé des difficultés de santé et démarche collective
- L'émergence et la qualification d'actions concernant :
 - a. l'équilibre alimentaire des enfants et des jeunes ;
 - b. la prévention des conduites addictives ;
 - c. les actions collectives ou en direction des personnes isolées menées par les centres de soin infirmier et les lieux d'information santé ;
 - d. les actions d'éducation et de prévention santé en direction des jeunes de 16 à 25 ans.
- **L'accompagnement des personnes isolées.**

Quatre objectifs prioritaires découlent de ces thèmes :

- a. la prévention et lutte contre les comportements et les conditions nuisibles à la santé (alimentation, conduites de consommation, sexualité, accès aux soins, conditions de vie indignes) ;

- b. la facilitation de l'accès aux soins des personnes isolées et/ou en souffrance psychique (travail en lien avec les professionnels, accès aux droits,...) ;
- c. le renforcement du réseau d'acteurs et renforcement de la cohérence de ces réseaux ;
- d. le suivi médico-psychologique des enfants et des jeunes repérés dans **le cadre de la RE.**

La programmation 2007 du Service Solidarité Santé de Lille met l'accent sur :

- la prévention santé : accompagnement spécifique des personnes isolées et en situation de précarité nécessitant des soins à domicile.
- le travail de proximité : Apporter un service de proximité aux habitants du quartier en matière de santé, d'accueil, d'information et formation et développement de projets de santé.
- la lutte contre l'exclusion : 4 projets santé bien-être qui sont menés au Centre Social et dans les établissements
- la nutrition : Actions de prévention santé autour de l'alimentation
- l'hygiène de vie : actions sur le sommeil
- la prévention toxicomanies
- l'accès aux soins

ASV de Lomme :

Le diagnostic relatif à la mise en place de l'ASV (restitution en décembre 2008) indique les pistes d'actions potentielles de l'ASV :

- Le réflexe santé avec la mise en place d'une grille impact santé et lien avec l'Agenda 21
- L'alimentation et l'activité physique ;
- La lutte contre la précarité ;
- La lutte contre les conduites addictives.

A ceci s'ajoute la volonté de travailler une nouvelle thématique, à savoir le handicap, dans le cadre du CTS.

Ces pistes ne constitueraient pas de nouvelles orientations pour le Service Santé lommois, puisque celui-ci avait déjà à son actif tout un panel d'actions spécifiques (« jeudis de la santé », « mois de la

santé », petits-déjeuners à l'école », ...). La démarche ASV viendrait alors renforcer la cohérence des actions sur le territoire, tel un ciment que l'on vient couler entre les briques que représentent les différentes actions santé déjà réalisées par le service Solidarité Santé et les nouvelles à venir (une brique = une action). L'avantage est effectivement de permettre la mise en cohérence de ces actions, de pouvoir les regrouper en pan de murs (en paquet d'actions) sous un intitulé précis. Le désavantage est que cela : 1) ne fait pas du coup vraiment la différence entre ce qui relève de la Politique de la Ville et ce qui n'en relève pas, puisque ce ciment englobe toutes les briques et 2) fixe des briques en Politique de la Ville, alors qu'elles devraient ne pas y être (ex : l'action « le jeudi de la santé » : une série de conférences qui peuvent porter par exemple sur la chirurgie plastique).

7) Mobilisations engagées (partenariats)

Une des forces de l'ASV lommois est la connaissance que l'équipe a des acteurs locaux, les liens entretenus avec eux et sa capacité à mobiliser ces derniers. L'équipe non seulement connaît, mais arrive aussi à mobiliser tous les bailleurs sociaux de la ville quand il s'agit de monter une action « baux glissant » pour les jeunes, tous les médecins quand il s'agit de répondre à une enquête... Le partenariat avec les acteurs locaux qui s'établit donc principalement sur des actions est une des caractéristiques de cet ASV.

Les liens avec les institutions sont aussi présents : avec le Conseil Général qui a impulsé les CTS, avec la DDASS qui a fourni un tableau de bord pour aider à l'évaluation de l'ASV.

8) Participation des habitants

La participation des habitants est un autre élément fort de l'ASV de Lomme. Dans le cas présent, il ne s'agit pas tant de savoir s'il faut ou non la participation des habitants aux actions de santé, puisque dans le cadre des actions du CCAS, le constat qu'une action menée sans les habitants reste « une coquille vide » a été fait depuis longtemps, mais de définir quelle est la nature de cette participation. S'agit-il uniquement d'informer ou de repérer les personnes du quartier qui seraient concernées par le projet, partir de ce qu'elles ont à dire, co-construire l'action, pour finalement permettre aux personnes de se projeter dans l'avenir, d'avoir accès à autre chose que ce qu'elles ont l'habitude de voir, de retrouver une maîtrise de sa propre vie. C'est sur cette deuxième voix que l'ASV de Lomme s'engage.

9) Eléments de méthode

a. Coordination

Le rattachement de la coordination de l'ASV au CCAS bénéficie de l'historique en matière de mise en place d'actions socio-sanitaires (savoir-faire, connaissances des ressources disponibles sur le territoire, mobilisation des professionnels libéraux...)

La logique de l'ASV qui est en train de se mettre en place idée consiste alors à renforcer et à penser plus globalement ces actions de santé sur la commune en vue de la réduction des inégalités d'accès au soin et à la prévention. Il s'agit donc plutôt de mise en cohérence que de coordination. Ce travail de mise en cohérence auquel pourrait s'ajouter le suivi d'actions de santé appelle plus un profil « santé ». De formation initiale « DESS Education et santé » couplée avec une formation continue « participation des habitants dans un projet santé » et « coordonnateur ASV », la coordonnatrice santé aura donc pour missions de mettre en valeur et de développer le volet santé sur la ville. Plus précisément, elle doit permettre le développement du travail en réseau des acteurs locaux, leur interconnaissance, prendre part aux différentes commissions du Projet Educatif Global et soutenir méthodologiquement les porteurs de projets dans la conception, l'écriture des actions.

b. Financements

Pour l'année 2008, le coût de l'ASV se concentre sur deux postes de dépenses : 1) le diagnostic réalisé fin 2008 pour un total de 15 000 euros apportés par l'Etat et 2) le financement du poste de la coordonnatrice, soit 45 000 euros déboursés par la ville. Le total de 60 000 euros fera certainement l'objet de modification pour l'année suivante.

Par ailleurs, les actions financées au titre de la Politique de la ville ont un coût s'élevant à 37 040 euros, la ville et l'Etat finançant chacun 17 020 euros.

c. Evaluation

En ce qui concerne l'évaluation, l'ASV de Lomme aura à sa disposition deux outils complémentaires :

- la grille impact santé, outil d'aide à la décision, qui devrait être systématisée avant toute action santé et qui permettrait d'estimer a priori les conséquences qu'une décision aura sur la santé ;
- le tableau de bord fourni par la DDASS permettant à la fois la planification des réunions, mais aussi l'évaluation de la démarche. Il reste certes à l'équipe à s'approprier cet outil qu'elle découvre.

10) Conclusions et perspectives

Principaux atouts pour l'action locale en santé

- Une excellente connaissance des ressources existantes sur le territoire, assortie de la connaissance du mode de mobilisation de ces ressources.
- Une ancienneté dans le champ des actions santé au niveau communal et donc une légitimité à en parler.
- Une mobilisation réussie des professionnels libéraux de la commune : médecins, infirmiers et pharmaciens, du fait d'une part, d'une habitude de travail en commun sur certaines actions et, d'autre part, du travail de diagnostic ASV en 2008.
- Une composition du comité de pilotage qui devrait permettre une réflexion croisée entre les différents types d'acteurs.

Principales limitations du cadre CUCS et/ou ASV pour l'action locale en santé

Pour autant que l'on puisse en juger, puisque l'ASV est naissant, nous pouvons dire que :

- a. les actions proposées lors de la restitution du diagnostic ASV semblent se déconnecter de ce que le PUCS proposait en termes d'actions sur le contexte. Les actions préconisées relèvent plus du changement du comportement individuel que d'actions plus contextuelles. Autrement dit, ces actions s'inscrivent plus dans de l'éducation pour la santé que dans de la promotion de la santé.
- b. Alors que les personnes en charge de ce volet mettent la participation des habitants comme éléments clé de la démarche, celle-ci ne relève que de la participation à des actions dans la préconisation pour l'ASV.
- c. Même si elles sont rassemblées sous des en-têtes thématiques, les actions préconisées pour l'ASV semblent être déconnectées les unes des autres.

Evaluation globale de la pertinence et de l'efficacité du cadre CUCS et/ou ASV

CTS de Lille :

- une cohérence forte entre les orientations du volet santé du PUCS et les actions à mettre en place sur Lille, le tout en lien avec l'Agenda 21 et la promotion de la santé ;
- un concept clé, celui d'éco-comportement ;

- une approche constante dans la réflexion : la transversalité **entre les thématiques du PUCS**.

L'ASV de Lomme est en train de se mettre en place et peu d'informations quant à sa pertinence sont disponibles. Nous pouvons toutefois dire que :

- Alors que le PUCS favorise le lien avec les programmes régionaux, il est dit que l'ASV ne fera ces liens que plus tard.
- Les actions préconisées devraient permettre de croiser les acteurs de champs différents et aussi de croiser des thématiques.
- Il y a une capacité à être en alerte par rapport aux problématiques émergentes.
- Il y a un décalage entre les préconisations d'actions du diagnostic réalisé par un cabinet externe et 1) les objectifs principaux du volet santé du PUCS, ainsi que 2) les logiques des actions mises en place précédemment par le service Solidarité Santé (*empowerment* individuel).
- Les préconisations pour les actions de l'ASV s'inscrivent pour la très grande majorité sur le territoire communale et non sur la géographie prioritaire.

Perspectives et enjeux

- Expliciter ce qui va faire que la démarche ASV est bien aussi une démarche politique de la ville et non une démarche santé sur la commune. Autrement dit, expliciter ce qui va faire que la démarche ASV n'est pas une simple reformulation des actions santé du Service Action sociale. C'est un ASV dont les actions vont devoir trouver une identité propre distincte des autres actions du Service Solidarité Santé.
- ASV visiblement utilisé ici pour son effet de mise en cohérence, comme un ciment, mais attention à ce qu'il ne prenne pas toutes les briques « santé » et qu'il laisse au droit commun ce qui relève du droit commun.
- Clarifier aussi le rôle de coordination d'une part et celui de porteur d'actions d'autres part du Service Action sociale dans le cadre de l'ASV.
- Lors du comité de pilotage de l'ASV de Lomme qui va statuer sur les orientations à privilégier, il pourra s'agir de ne pas perdre de vue les actions agissant sur les contextes, telles qu'elles avaient été pressenties dans le PUCS.
- Garder une place à la co-construction d'actions avec les différents partenaires.
- Favoriser un lien entre les programmes régionaux et les orientations de l'ASV.
- Afin de travailler la cohérence des actions entre-elles et donc alimenter une politique locale de santé, passer par une étape de clarification de ce que l'on veut en termes de liens entre ces actions qui pour l'instant semblent juxtaposées.
- Définir plus en avant l'architecture de l'ASV : des groupes de travail (permettant de l'interconnexion entre les acteurs) ?

Annexe 1 : liste des personnes contact

Fatima Kedjam	directrice de service santé solidarité	service Solidarité Santé Hôtel de ville - BP 667 59033 Lille cedex	03 20 49 56 12	fkedjam@mairie-lille.fr
Claudine Lainé	Chargée de mission du volet social Direction de la Politique de la Ville Ville de Lille	service Politique de la ville à la Ville de Lille Hôtel de Ville de Lille : place Augustin Laurent BP 667 59033 Lille Cedex	03 20 49 55 31	claine@mairie-lille.fr
Annick Lapierre	directrice	CCAS Hôtel de Ville 72, Avenue de la République B.P. 159 - 59461 Lomme Cedex	03 20 22 76 11 ou 03.20.22.76.21 ou 06.77.09.24.06	ccas.lomme@wanadoo.fr
Cathy Turck (absente au moment de l'entretien)	chef de projet Politique de la Ville	CCAS Hôtel de Ville 72, Avenue de la République B.P. 159 - 59461 Lomme Cedex	03.20.22.76.22	ccas@mairie-lomme.fr
Didier Delmotte	Adjoint au maire Délégations : Solidarité, politique de la ville, action économique pour l'emploi, accès au logement et finances	Hôtel de Ville 72, Avenue de la République B.P. 159 - 59461 Lomme Cedex	03 20 92 45 15 (tel prof.)	delmotte.sogemin@orange.fr ou ddelmotte@mairie-lomme.fr

Marielle Rengot	Conseillère Déléguée Municipale :	Hotel de Ville, place Augustin Laurent BP 667 59033 Lille cedex	Tel : 03.20.49.50.00	
	Restauration scolaire – Nutrition – Santé – Lutte contre les addictions – Lutte contre le Sida – Lutte contre l'obésité – Commission communale pour l'accessibilité aux personnes handicapées (suppléance)	ORS Nord-Pas-de-Calais Parc Eurasanté 235 avenue de la Recherche BP 86 59373 Loos cedex	ORS : 03 20 15 49 20 (n° perso : 0320495798)	m.rengot@orsnpdc.org
Carole Mignot	Directrice service Politique de la ville	service Politique de la ville à la Ville de Lille Hôtel de Ville de Lille : place Augustin Laurent BP 667 59033 Lille Cedex	03 20 49 57 07	cmignot@mairie-lille.fr
Jocelyne Vanquatem	Coordinatrice santé et ASV, ville de Lomme	CCAS Hôtel de Ville 72, Avenue de la République B.P. 159 - 59461 Lomme Cedex	03 20 22 76 25 06 06 77 88 84	ccas.lomme@wanadoo.fr

Annexe 2 : composition du Comité de pilotage local

- Mme la Préfète déléguée pour l'Égalité des Chances
- Mr. le Député-Maire de la ville de Lomme
- Mr l'adjoint délégué à la politique de la ville, action sociale
- Mme l'adjointe déléguée à la santé
- Mme la Directrice du Pôle Solidarité de la ville de Lomme
- Mme la directrice du PEG (programme éducatif global) de la ville de Lomme
- Un représentant du DRE (dispositif réussite éducative) de la ville de Lomme
- Mme la coordinatrice santé de la ville de Lomme (qui assistera par ailleurs au comité technique du PTS)
- Mr le responsable du SPS Haubourdin (CG 59)
- Mme la responsable de l'UTPAS Lambersart
- Un représentant de la PMI
- Mr. l'inspecteur de l'éducation nationale
- Mr. le responsable du CMP Lambersart
- Un représentant de la DDASS
- Un représentant de la CPAM 59
- Un représentant de la CAF
- Mr le Directeur du GHICL (Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille)
- Mr le Responsable du club prévention "Loisirs et Rencontres"
- Un représentant des médecins généralistes de la ville
- Un représentant des pharmaciens de la ville
- Un représentant des infirmiers libéraux de la ville
- Un représentant d'associations /addictologie

Le Volet Santé du CUCS de la Communauté Urbaine du Grand Nancy

ELEMENTS DE SYNTHESE ET D'ANALYSE

VISITE SUR SITE :

VILLE DE NANCY

MARS 2009

Marie Ange Vincent

SOMMAIRE

1)	LISTE DE PERSONNES CONTACTERREUR ! SIGNET NON DEFINI.	
2)	PRINCIPAUX ELEMENTS DE CONTEXTE	493
	A. PRESENTATION GENERALE.....	493
	B. DONNEES SIG.....	499
3)	POSITIONNEMENT DU VOLET SANTE	501
	A. AU NIVEAU DE LA CUGN :.....	501
	B. AU NIVEAU COMMUNAL :.....	501
4)	DIAGNOSTICS DE REFERENCE	501
	A. AU NIVEAU DE LA CUGN :.....	502
	B. AU NIVEAU COMMUNAL :.....	503
5)	POSITIONNEMENT POLITIQUE DE LA SANTE SUR LE TERRITOIRE	504
	A. MODES ET MOYENS DE PILOTAGE DE LA DEMARCHE ASV	504
	B. INTERFACES AVEC LES AUTRES VOLETS DU CUCS	505
6)	SYNERGIES TERRITORIALES	506
7)	PROGRAMMES ET ACTIONS « SANTE » ENGAGES	506
	• AXES DE TRAVAIL AU NIVEAU DE LA CUGN :.....	506
	• AU NIVEAU DES COMMUNES :.....	507
8)	MOBILISATIONS ENGAGEES (PARTENARIATS)	508
	AU NIVEAU DE LA CUGN :.....	508
	AU NIVEAU DES COMMUNES :.....	508
9)	PARTICIPATION DES HABITANTS	509
10)	ELEMENTS DE METHODE	510
	COORDINATION	510
	FINANCEMENTS	510
	EVALUATION	511
11)	CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	512
	PRINCIPAUX ATOUTS POUR L' ACTION LOCALE EN SANTE	512
	PRINCIPALES LIMITATIONS DU CADRE CUCS ET/OU ASV POUR L' ACTION LOCALE EN SANTE	513
	EVALUATION GLOBALE DE LA PERTINENCE ET DE L' EFFICACITE DU CADRE CUCS ET/OU ASV	513
	PERSPECTIVES ET ENJEUX.....	513
	• ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES CONTACT	515
	• ANNEXE 2 : COMPOSITION DES COMITE DE PILOTAGE CUCS ET SANTE	517

1) Principaux éléments de contexte

a. Présentation générale

Créée le 31 décembre 1995, la Communauté Urbaine du Grand Nancy (CUGN), sise en Meurthe-et-Moselle (Lorraine) rassemble les 20 communes de la première couronne autour de Nancy, pour une population totale de 263 691 habitants⁴⁸. C'est la cinquième en France par ordre d'importance. Art-sur-Meurthe, Dommartemont, Essey-lès-Nancy, Fléville-devant-Nancy, Heillecourt, Houdemont, Jarville-la-Malgrange, Laneuveville-devant-nancy, Laxou, Ludres, Malzéville, Maxéville, Nancy, Pulnoy, Saint-Max, Saulxures-lès-Nancy, Seichamps, Tomblaine, Vandrouve-lès-Nancy, Villers-lès-Nancy sont les communes la constituant.

La cohésion sociale fait partie des huit grands axes de compétences de la CUGN.

Sur ces 20 communes, 10 quartiers du Grand Nancy ont été reconnus prioritaires. Il s'agit de :

Catégorie 1 : La Californie à Jarville, Champ-Le-Bœuf à Laxou/Maxéville, les Aulnes à Maxéville, le Haut-du-Lièvre à Nancy, Les Nations à Vandoeuvre-lès-Nancy, Jartom à Tomblaine

Catégorie 2 : Les Provinces à Laxou, St-Michel Jéricho à Malzéville/St-Max, Haussonville à Nancy

Catégorie 3 : Mouzimpré à Essey-lès-Nancy

Ces quartiers prioritaires totalisent environ 20 % de la population de la Communauté Urbaine.

Dans le Contrat de ville précédant le CUCS, l'axe "santé" était présent dans la thématique "lutte contre l'exclusion sociale et ses effets déstructurants" où il s'agissait principalement d'améliorer l'accès à la santé, de lutter contre le mal être et de développer des actions de santé publique.

Les principaux thèmes abordés sont alors :

- l'amélioration de la qualité de vie : lutte contre l'isolement et actions envers les victimes de violence ;
- le développement des actions de santé publique : 1) amélioration de l'accès aux soins des personnes en difficulté, des personnes précaires, des migrants, des personnes âgées et des adultes handicapés, 2) prévention des conduites à risques, 3) développement d'actions de santé publique envers les jeunes et 4) formalisation du réseau ville-hôpital ;
- le renforcement de la coordination.

⁴⁸ INSEE, 2006

La DIV reconnaît en 2003 en tant qu'Atelier Santé Ville (ASV) la démarche engagée dès 2000 sur la Communauté Urbaine et qui avait comme objectif principal l'amélioration de la coordination des acteurs de terrain et du maillage entre professionnels et bénévoles.

En 2006, le Grand Nancy adhère au réseau européen des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.). La ville de Nancy avait adhéré, quant à elle, dès 1989 au programme de l'OMS.

Signé en 2007, le Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS) s'appuie sur un projet communautaire : le Projet Urbain de Cohésion Sociale (P.U.C.S.) 2007-2012, lui-même volet du Projet d'Agglomération 2007-2020. Le CUCS 2007-2009 s'organise en cinq grands objectifs :

- promouvoir l'accès à l'emploi ;
- développer la citoyenneté et mieux prévenir la délinquance ;
- renforcer l'accès de tous à un logement de qualité ;
- mieux assurer l'égalité des chances ;
- promouvoir l'intégration et lutter contre les discriminations.

C'est dans l'axe « mieux assurer l'égalité des chances » que la santé (avec l'éducation) est développée. Dans ce cadre, les axes stratégiques du programme santé au niveau de la CUGN sont :

l'accès aux soins et au dépistage ;

l'éducation à la santé, ;

l'impulsion d'environnements de vie favorables pour la population ;

la coordination et l'animation des Ateliers Santé Ville.

Les thématiques prioritaires sont alors :

la nutrition,

la prévention des conduites addictives et conduites à risques,

la promotion de la santé mentale,

l'hygiène de vie, la prévention des cancers et des maladies chroniques.

Suite à l'évaluation de l'ASV communautaire⁴⁹ réalisée par l'Ecole de Santé Publique de Nancy en 2003, il s'est avéré que celui-ci était sous dimensionné quant à la « coordination des acteurs de terrain » et la « participation des habitants ». La Communauté Urbaine, incitée par ailleurs par le sous Préfet, décide alors de territorialiser sa démarche en ASV communaux, pour les communes qui le souhaitent et qui ont, elles, la compétence « démocratie participative ».

Au niveau des communes, le CUCS prévoit dans cette continuité que chaque commune ayant un quartier en géographie prioritaire développe, sur la base du volontariat, un ASV, avec toutefois comme objectif la création de 12 ASV actifs sur l'agglomération, ceci pour fin 2009 : les communes ont alors la charge de coordonner la mise en œuvre sur le terrain des actions décidées dans le cadre du Contrat Urbain de Cohésion Sociale.

Plus précisément, il était prévu dans le CUCS pour chacun des quartiers suivants :

quartier	objectif général	Atelier Santé Ville prévu ?	ASV cadre structurant du volet santé ?
QUARTIER MOUZIMPRE A ESSEY-LES-NANCY	Améliorer l'accès à la santé et lutter contre le mal-être	Oui : création d'un réseau de professionnels de la santé intervenant sur la commune	oui
QUARTIER LA CALIFORNIE A JARVILLE LA MALGRANGE	Améliorer l'accès à la santé Lutter contre le mal être	Oui : création d'un réseau de professionnels de la santé publics et privés	non
QUARTIER LES PROVINCES A LAXOU	Améliorer l'accès à la santé Lutter contre le mal être physique et / ou psychique. Lutter contre la toxicomanie	oui : animation d'atelier santé ville et actions santé publiques	non

⁴⁹ Par « ASV communautaire », nous entendons la démarche inscrite au niveau de la CUGN, tandis qu' « ASV communal » réfère aux ASV circonscrits à la commune, à l'infra-commune ou à l'intercommune quand le quartier prioritaire s'étend sur plusieurs communes.

	Prévenir les conduites à risques (hors produits addictifs)		
QUARTIER LE PLATEAU DE HAYE CHAMP LE BŒUF ET LES AULNES A MAXEVILLE	Sensibiliser nutrition, drogues et autres thématiques Accompagner les personnes âgées ou handicapées	oui : coordination des actions	oui
QUARTIER DU PLATEAU De HAYE LE HAUT-DU-LIEVRE A NANCY	Développer un programme local de santé publique notamment pour prévenir et réduire les comportements à risque Améliorer l'offre de services à la population vieillissante.	oui	non
QUARTIER SAINT MICHEL JERICO A MALZEVILLE – SAINT MAX	Favoriser l'insertion sociale et professionnelle	oui : mise en place d'actions et travail en réseau	oui
QUARTIER HAUSSEVILLE A NANCY	mettre en place un programme local de santé publique développer des politiques de mieux-être et de lutte contre l'isolement des personnes âgées et des personnes handicapées	oui	non

QUARTIER JARTOM A TOMBLAINE	Lutter contre l'exclusion sociale et ses effets déstructurant	non	
QUARTIER LES NATIONS A VANDOEUVRE-LES-NANCY	Faciliter l'accès aux soins Développer des actions de promotion de la santé Créer un réseau de professionnels de santé	non	

Actuellement, les ASV présents sur le territoire de l'agglomération nancéenne sont les suivants :

quartiers	état
QUARTIER DU PLATEAU De HAYE LE HAUT-DU-LIEVRE A NANCY	Actif
QUARTIER HAUSSONVILLE A NANCY	Actif
QUARTIER SAINT MICHEL JERICHO A MALZEVILLE –SAINT MAX	Diagnostic réalisé en 2005, actions sur 3 thématiques locales
QUARTIER LES PROVINCES A LAXOU	Diagnostic réalisé en 2004, quelques actions, mais ASV en suspens.
QUARTIER LES NATIONS A VANDOEUVRE-LES-NANCY	En projet : un diagnostic est en cours, l'ASV sera peut-être en suspens ensuite jusqu'à fin 2009
QUARTIER LE PLATEAU DE HAYE CHAMP LE BŒUF ET LES AULNES A MAXEVILLE	Pas d'ASV, mais de la santé par le biais de la Réussite Educative

QUARTIER MOUZIMPRE A ESSEY-LES-NANCY	Il y a des actions qui sont reconduites, mais pas de diagnostic, ni d'ASV établi.
QUARTIER LA CALIFORNIE A JARVILLE-LOA-MALGRANGE	Démarche ASV lancée en mars 2007 par un diagnostic finalisé en septembre 2008, mais la démarche semble en suspend actuellement.
QUARTIER JARTOM A TOMBLAINE	Pas de démarche ASV, mais elle n'était pas prévue dans le CUCS.
PULNOY = hors quartiers prioritaires	A adopté les principes de la démarche

Au final, après une belle impulsion en 2005 sur les territoires communaux, la démarche peine à être régulière et maintenue pour certains ASV. En fonction des limites en termes de moyens, la dynamique ASV engagée peut 1) restée en suspend même si un diagnostic a été réalisé, 2) être assurée par le chef de projet en lien avec la référente projet santé de la CUGN ou 3) être renforcée par une ressource supplémentaire, comme c'est le cas pour l'ASV Haut du Lièvre dont l'animation est soutenue par une personne rattachée à une association.

b. Données SIG

Profil Général				
<i>Sources INSEE RP 1999/DGI 2004 (données fiscales)/ Min. de l'Intérieur (2005) / Min. de l'Educ. Nat. (2004) / CNAM (2006)</i>				
	ZUS du CUCS	CUCS Grand Nancy	ZUS du département	ZUS de la région
Chômage (1999)	22.6 %	12.5 %	23.3 %	24.7 %
Non-diplômés (1999)	28.7 %	15.5 %	30.9 %	39.6 %
Moins de 25 ans (1999)	40.8 %	35.5 %	41.4 %	40.9 %
Etrangers (1999)	12.1 %	5.2 %	13.3 %	17.8 %
Familles monoparentales (1999)	27.6 %	16.1 %	26.8 %	23.3 %
Locatifs HLM (1999)	71.9 %	21.7 %	74.3 %	64.1 %
Ménages non-imposés sur revenus (2005)	53.8 %	35.9 %	55.7 %	56.8 %
Bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (2006)	26.6 %	12.4 %	25.1 %	21.8 %

QuickTime™ and a
TIFF (non compressé) decompressor
are needed to see this picture.

2) Positionnement du volet santé

c. Au niveau de la CUGN :

Il est nécessaire ici de dissocier ce qui relève de la présentation des missions de l'ASV dans le CUCS et comment la démarche vient en fait structurer le volet santé.

Présenté uniquement en lien avec un objectif de coordination dans le document de référence, en parallèle d'actions santé qui semblent ne pas rentrer dans cette coordination, l'Atelier Santé Ville est en fait le cadre structurant du volet santé du CUCS. Cette dissociation apparente relève en fait d'un effet de présentation qui vient souligner l'importance de la coordination des actions de santé et des démarches ASV communales comme objectifs principaux de la démarche. Les axes thématiques « santé » développés au niveau de la Cohésion sociale s'y rattachent totalement.

d. Au niveau communal :

Sur chacun des territoires communaux, un chef de projet territorial (une MOUS) a en charge l'ensemble des thématiques dont celle de la santé, ceci quelle que soit la taille des territoires concernés.

Le chef de projet peut être rattaché à :

- un service municipal (service « politique de la ville » ou autre) ;
- une association, telle le Pôle Européen de Santé qui assure le pilotage et l'animation de la démarche ASV sur les quartiers Haut du Lièvre et Haussonville à Nancy, conjointement avec le service de la Politique de la Ville et le service Nancy Ville Santé.
- à un SIVU, quand la démarche est en intercommunalité, comme c'est le cas pour Saint-Michel Jéricho, quartier sis sur Malzeville et Saint Max⁵⁰.

3) Diagnostics de référence

⁵⁰ C'est le Comité Technique Local Insertion Emploi regroupant l'ensemble des acteurs du quartier sur cette thématique qui fait office de comité technique pour l'Atelier Santé Ville.

La nature et les finalités des diagnostics engagés diffèrent selon qu'ils ont été réalisés au niveau de la CUGN ou des communes.

c. Au niveau de la CUGN :

En 2001, à un moment le Contrat de ville comprenait un volet santé, mais que la démarche n'était pas encore estampillée ASV, un diagnostic partagé qualitatif a été réalisé entre les membres du comité de pilotage sur l'ensemble du territoire du Grand Nancy.

En 2003, l'ORSAS-Lorraine⁵¹ produit une compilation de données réparties en trois chapitres (environ 150 données) :

- 1) déterminants de santé (population logement, aspect socio-économique, revenus, comportements et facteurs de risques ;
- 2) état de santé : morbidité et mortalité ;
- 3) santé subjective : données issue d'un questionnaire de santé ressentie passé au centre de médecine préventive.

C'est toutefois un autre type de diagnostic, avec des données plus circonscrites et des pages synthétiques par thème qui a soutenu le travail de programmation, notamment celle du CUCS. Depuis 2005, l'Agence de Développement et d'Urbanisme de l'Aire urbaine Nancéenne (ADUAN⁵²) réalise en effet chaque année un travail de collecte d'information relative au logement, à l'habitat, à la situation scolaire, l'insertion, l'économie, la sécurité et la santé (offre de soins), ceci sur les communes ayant une ZUS.

En parallèle, la programmation s'appuie également sur l'historique des actions menées par les partenaires et le retour que ceux-ci en font. Dans le dernier cas, il ne s'agit pas d'un diagnostic formalisé, mais plus la reconstitution d'un historique d'actions. C'est ainsi que la thématique « cancer du sein » a émergé (cf programme et actions « santé » engagés).

A l'échelle communautaire, ce n'est finalement pas tant l'idée de pertinence qui est mise en avant dans la décision d'engager telle ou telle action, mais plutôt celle d'attractivité (l'action correspond-elle aux attentes des acteurs et institutions ?), d'où l'importance d'entendre ce que les partenaires ont à dire sur la question. Cela vient assurer une dynamique d'ensemble reprise au niveau des communes. C'est aussi une idée de cohérence qui guide la programmation (les objectifs de l'action sont-ils cohérents avec les orientations prioritaires du service ?), ce qui permet d'asseoir la légitimité à les porter.

⁵¹ Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales

⁵² L'ADUAN a une mission d'observation avec l'Education Nationale et a passé convention avec la CPAM, ce qui permet d'avoir des données à l'échelle des quartiers.

d. Au niveau communal :

A contrario, chacune des démarches ASV engagées au niveau des communes a été initiée par la réalisation d'un diagnostic formalisé (professionnels et habitants) avec recueil, traitement, croisement, synthèse et restitution des informations.

Ces diagnostics ont en partie été réalisés par des intervenants externes (dont des étudiants).

Cas du Haut du Lièvre dont la démarche ASV a été lancée en février 2005 :

Méthode :

En mai 2005, une enquête pré-diagnostique sur la santé ressentie, réalisée par le centre social La Clairière, les Femmes relais et un médecin auprès de 27 personnes permet de faire ressortir les thèmes suivants : femmes, petite enfance, parents, dépendance aux produits, isolement et accès à la santé.

Cette enquête est suivie début 2006 par un diagnostic ayant pour objectif de « mettre en lumière des convergences ou des divergences de points de vue, de démontrer à chacun qu'il peut exister des façons de voir différentes de la sienne, ainsi que retransmettre la parole de personnes qui ne sont pas forcément prêtes à participer à un débat ». Des entretiens semi-directifs avec les acteurs médicaux et médico-sociaux, ainsi que les entretiens collectifs avec 7 groupes d'habitants ont été mis en place.

Une restitution dans un premier temps à chacun des groupes d'habitants, puis à l'ensemble des acteurs du territoire a permis une priorisation des thèmes :

- le bien être/le mal être (santé mentale) ;
- l'hygiène de vie ;
- l'accès aux soins ;
- l'information, comme axe transversal.

De ces résultats sont issus deux groupes de travail et un comité de pilotage. Au-delà donc de la mise en avant de thèmes prioritaires, le diagnostic a aussi au niveau communal aussi une finalité de mobilisation des acteurs du territoire, qu'ils soient professionnels ou habitants.

4) Positionnement politique de la santé sur le territoire

e. Modes et moyens de pilotage de la démarche ASV

Au niveau de la CUGN, le pilotage du CUCS est assuré de la manière suivante. Un comité de pilotage plénier, présidé conjointement par le Préfet de la Meurthe-et-Moselle et le président de la Communauté Urbaine du Grand Nancy, en lien avec les communes de l'agglomération et le Département délibère sur l'ensemble des questions relatives au CUCS.

cf annexe 2 pour la composition du Comité de pilotage du CUCS

Des instances de pilotage thématiques, chargées d'animer les politiques publiques d'agglomération existent en plus des instances de pilotage sectorielles. En ce qui concerne la thématique « santé », le Comité de pilotage thématique du Grand Nancy est présidé conjointement par la représentante de la Communauté Urbaine (la conseillère communautaire déléguée à la santé qui est aussi adjointe de territoire Nancy-Est à Nancy et présidente du réseau français des Villes-Santé OMS) et la D.D.A.S.S. (son directeur). Ce Comité de pilotage santé se réunit depuis février 2001 et est amené à suivre les projets d'agglomération, les bilans et évaluations diverses.

cf annexe 2 pour la composition du Comité de pilotage santé

A l'échelle de l'agglomération, les membres des comités de pilotage sont ceux s'inscrivant sur ce large territoire (institutions, acteurs stratégiques). Par contre, à l'échelle communale, les Comités de pilotages rassemblent plutôt les maîtres d'œuvre.

Au niveau des communes : Qu'ils soient larges ou restreints, les comités de pilotage que toute commune engagée dans la démarche devrait mettre en place rassemblent plutôt les maîtres d'œuvre. Ce sont dans ces instances que les acteurs associatifs figurent, parmi lesquels des associations d'habitants. Chacun mandate des groupes de travail qui s'appuient sur des groupes préexistants ou fait appel à des intervenants externes notamment pour la réalisation du diagnostic de territoire.

Exemple du Haut du Lièvre : un Comité de pilotage très ouvert co-animé par les élus et le chef de projet

Il rassemble l'adjointe à la Santé publique de la Ville de Nancy, l'adjointe spéciale au quartier Haut du Lièvre, le conseiller municipal de Nancy délégué à l'action Sociale et aux handicaps, le chef du contrat de ville Haut du Lièvre, la directrice de Nancy Ville Santé, la directrice de l'action sociale de la Ville de Nancy, le Chef de projet Santé CUGN, les directeurs du centre social La Clairière et de la mission locale, des directeurs, présidents et employés de plus de dix associations, une formatrice de l'IRTS de Lorraine, du personnel Education National, de la PMI, du CCAS, du CMP et CMP infantile...

Exemple de Laxou⁵³ : un Comité de pilotage plus restreint, lui aussi co-animé par l'élu et le chef de projet territorial

Il regroupe la mairie, la DDASS, le centre médico-social, le Foyer Jeunes Travailleurs et l'équipe de prévention spécialisée associative.

f. Interfaces avec les autres volets du CUCS

Au niveau communal :

Le lien avec le volet Education peut être établi soit au niveau d'une action, soit plus largement au niveau d'un programme d'actions (ASV Jarville, sur le thème de la santé de l'enfant et de l'adolescent). Le croisement y est alors d'autant plus fort que le programme s'inscrit sur plusieurs niveaux (prévention, accès aux soins, développement des compétences psychosociales...)

Cas particulier des Provinces à Laxou :

Un diagnostic a été réalisé en 2004, afin de lancer la démarche ASV. Néanmoins, cette démarche est actuellement en suspens. Il n'empêche que des actions santé sont possibles le biais de la Réussite Educative.

Quid de l'Agenda 21 ?

Le Grand Nancy lance en 2003 un Agenda 21 et adopte son premier plan d'actions en novembre 2006. Toutefois, peu de liens se tissent avec la santé et l'Agenda 21 qui reste cantonné sur un plan « environnement ».

⁵³ Rappel : démarche en suspens actuellement

5) Synergies territoriales

Une évaluation réalisée en 2003 auprès de chefs de projet territoriaux préconise une formation-action des communes (20 binômes techniciens-élus invités, 9 formés) sur le thème « comment développer un programme de santé sur un quartier ? ». Objectifs de cette formation-action : 1) maîtriser la stratégie et les outils spécifiques de la conduite de projet en santé et 2) maîtriser les méthodes et outils de travail en équipe pour créer un cadre de travail basé sur le partage des priorités et des objectifs collectifs en santé. La cinquième et dernière journée de travail portait sur l'évaluation. Cette formation⁵⁴ tenue en janvier 2005 a finalement été le moteur de la territorialisation de l'ASV de l'agglomération (8 des 9 communes participant à la formation se sont dites prêtes à mettre en place une démarche ASV) et a permis de poser les jalons d'une culture commune territoriale en santé publique.

6) Programmes et actions « santé » engagés

b. Axes de travail au niveau de la CUGN :

En lien avec le Comité de pilotage « santé », des groupes de travail thématiques et des réseaux eux aussi thématiques déclinent des programmes d'actions au niveau de la CU.

priorité Cancers : dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans (« octobre rose ») depuis 2005, du cancer de la peau (mélanome) en 2008 et du cancer colorectal (2009)

Le programme d'actions en lien avec la priorité « cancers » est assez illustrative du comment une thématique s'inscrit dans le volet santé au niveau communautaire. Nous avons vu qu'au niveau de la CUGN, c'est une logique d'attractivité (l'action correspond-elle aux attentes des acteurs et institutions ?) qui préside à la programmation. Cette attractivité quant à un thème d'action est d'autant plus forte que les communes ont déjà mis en place des actions sur ce thème, que des groupes de travail sont déjà constitués. Ainsi, la ville de Nancy organisait déjà depuis 2002 une action autour du dépistage du cancer du sein intitulée « octobre rose ». Au fil des années, de plus en plus de communes de la CU mettaient en place cette campagne (5 en 2005), ce qui amène en 2007 la CUGN à piloter le programme (Nancy gardant la mise en oeuvre opérationnelle) mené actuellement dans 19 des 20 communes constitutives de la CUGN.

priorité nutrition : promotion de l'activité physique chez les enfants de moins de 6 ans et fontaines à boire dans les écoles primaires

La programmation s'appuie sur l'historique des actions précédemment menées, mais aussi sur la possibilité de décliner localement un programme national : cancer, nutrition.

⁵⁴ Sensée être renouvelée chaque année, elle a donné lieu par la suite uniquement en 2006 et en 2007 à des actions d'accompagnement.

priorité premiers gestes de secours et défibrillateurs : programme « agissons ensemble contre l'arrêt cardiaque »

Ce programme, par l'ampleur qu'ont pris l'équipement en défibrillateurs des lieux publics, la formation d'habitants « sauveteurs volontaires de proximité » aux premiers gestes de secours, et la sensibilisation des agents communaux et communautaires à la reconnaissance des symptômes d'un arrêt cardiaque et à leur gestion, ce programme donc, illustre comment une dynamique d'actions peut partir d'une commune qui interpelle alors la CUGN qui va alors soutenir les autres communes désireuses de mettre en place le même type d'actions.

priorité DASRI :

En lien avec les partenaires impliqués sur la question du diabète, le volet santé met aussi en place un dispositif des bornes de récupération des déchets d'activités de soins à risques.

priorité maladies infectieuses, SIDA et hépatites :

Il s'agit ici de soutenir le collectif SIDA et Hépatites de Nancy et du Grand Nancy dans ses actions « Saint Valentin » et « journée mondiale de lutte contre le SIDA »

Le Comité de pilotage santé travaille aussi en lien avec le réseau Santé Précarité animé par la ville de Nancy.

En supplément de ces actions « phare » portées au niveau de la CU dans lesquelles s'engagent bon nombre de communes, il revient aussi au volet santé d'aider les communes à poursuivre la démarche de territorialisation des Ateliers Santé Ville.

c. **Au niveau des communes** :

L'ASV communautaire doit aider les communes à développer les axes de l'ASV communautaire, mais doit aussi les aider à développer leur ASV qui peut avoir ses priorités propres.

L'ASV de Saint Michel Jérico reprend ainsi à son compte la priorité nutrition, qu'il décline toutefois différemment (ateliers cuisines thématiques qui pourraient prendre aussi en compte la question de l'accès économique et géographique à une alimentation équilibrée).

Autres thématiques qui ont pu donner lieu à une action communale :

- a. nutrition
- b. santé mentale
- c. hygiène de vie
- d. hygiène corporelle
- e. accès aux soins
- f. prévention des conduites addictives
- g. réduction des risques
- h. lutte contre la violence

Cas de l'ASV de Jarville : La planification d'une action de santé devrait suivre la démarche de résolution de problème (diagnostic, programmation, évaluation et réajustement) et dans la définition de la programmation, la formulation des objectifs généraux et opérationnels à atteindre devrait être mise en relation avec un plan opérationnel des activités, des ressources, du partenariat et du calendrier.

7) Mobilisations engagées (partenariats)

Au niveau de la CUGN :

Partenariat fort :

- de fait avec les communes que l'ASV communautaire doit accompagner dans leur propre démarche ASV ;
- avec les médecins, pharmacies et infirmiers libéraux mobilisés dans le Comité de pilotage et dans les actions. Le parcours professionnel de la directrice de projet santé est un atout pour cela.
- avec le CODES 54, ressource entre autres pour les missions d'aide aux communes de 2006 et 2007 suite à la formation des équipes municipales, pour des formations de professionnels et de bénévoles (hygiène) et pour sa participation à diverses instances de travail au niveau communal.
- avec les institutions.

Au niveau des communes :

Partenariat fort avec :

- le tissu associatif local,

- le CODES 54
- les Missions locales

8) Participation des habitants

Dans le contrat de ville de l'agglomération nancéenne, le thème de la participation étant clairement posé comme un des axes majeurs de l'action, au même niveau que l'éducation l'emploi, l'habitat... Il s'agissait de développer la participation des habitants dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation du Contrat de ville.

L'évaluation de la démarche en 2003 qui pointe un déficit en termes de participation des habitants et le fait que la compétence « démocratie participative » revienne aux communes sont à la base de la territorialisation de la démarche au niveau des communes en Politique de la ville. Le PUCS repose par ailleurs la participation comme principe de fonctionnement au niveau communal : les communes devront favoriser la « démocratie sanitaire » et la participation effective des habitants. L'objectif est de permettre la définition d'une politique ascendante de santé. A charge donc aux communes et non à la CUGN dans ce cadre là d'aller vers les habitants.

Puisque la plupart des ASV communaux ont débuté par un diagnostic, c'est dans cette action qu'une démarche participative a pu être enclenchée. Il ne s'agit donc pas de façon générale d'une participation de type « information des habitants », mais d'une consultation dans un premier temps. Cette consultation s'est appuyée sur des groupes d'habitants déjà constitués, sur des associations de proximité pouvant faire le relais auprès d'habitants isolés.

Cas du Haut du Lièvre :

La consultation auprès des habitants (et des professionnels) avait permis de prioriser deux thématiques : hygiène de vie et bien être/mal être. Dans une logique de diagnostic favorisant la mise en dynamique des acteurs locaux, deux groupes de travail se sont par la suite créés et rassemblent aussi bien professionnels, bénévoles qu'habitants autour de ces thématiques. La co-construction d'actions qui en découlent s'en trouve facilitée.

Remarque : derrière ce protocole qui semble bien se dérouler, il reste quelques interrogations portées notamment par les femmes relais : comment aller véritablement vers les personnes les plus isolées ?

9) Eléments de méthode

Coordination

Un double niveau de coordination et donc d'objectifs de coordination :

Créé dans un premier temps au niveau de la CUGN, l'ASV de la CU du Grand Nancy est coordonné par la directrice de projet santé-handicap qui est rattachée à la Cohésion sociale, un des services constitutifs du Pôle de développement urbain et social. Après 10 ans d'officine (docteur en pharmacie de formation) et une expérience terrain en humanitaire, elle complète sa formation par un DESS « promotion de la santé et développement social » à l'ENSP. Elle arrive en poste 3 ans avant la labellisation de l'ASV, soit fin 2000, et ses missions de coordination évoluent au moment où l'ASV se territorialise.

La coordination au niveau de la CU a pour missions la mise en cohérence des politiques relatives à l'emploi, au logement, à l'égalité des chances,... au niveau des communes constituantes de la CU, ainsi que, dans le cadre de la santé, la mise en place, le suivi et la reconduction de projets trans-communaux. Elle doit par ailleurs aider les communes à développer 1) les axes de l'ASV d'agglomération à leur niveau, mais aussi 2) leur propre ASV qui peut avoir des priorités spécifiques. Enfin, il s'agit aussi de porter des projets santé au niveau de la CUGN dans lesquels les communes peuvent aussi s'engager.

La coordination au niveau communal ou infra-communal devrait alimenter la territorialisation des politiques de santé et faciliter l'implication des acteurs locaux (communaux). Elle se transcrit par l'élaboration d'un diagnostic préalable à la programmation et par la constitution d'instances de pilotage et de travail.

Financements

La diversité des financements est à l'image de la diversité des partenariats créés autour de la démarche ASV. En complémentarité de l'intercommunalité (13,51 % du financement 2007), la DDASS (20,5 %), les communes (13,75 %), l'Etat (9,31%), le Conseil Général (9,81 %) participent à son financement. Il est à noter que le financeur principal (25,61 %) n'est pas spécifié.

Pour information, les crédits de la CU vont aussi bien vers des actions communautaires que vers le financement de soutien méthodologique au niveau communal.

Evaluation

Il y a un véritable effort d'élaboration de l'évaluation dans les documents cadrant la démarche ASV. Dans le PUCS, dans le CUCS, dans la définition de certains ASV locaux, des outils tels l'arbre d'objectifs préfigurent ce qu'elle pourrait être, ces arbres d'objectifs incluant les effets attendus et les indicateurs. Les acteurs ont aussi à leur disposition une fiche type d'évaluation afin de rendre compte de leur action pour les bilans de la thématique santé :

Nom du porteur de l'action	
Territoire de l'action	
Rappel des objectifs fixés au départ et des résultats visés	
Moyens utilisés	
Résultats obtenus	
Difficultés rencontrées	
Moyens financiers	

Cas de Haut du Lièvre⁵⁵ :

Une évaluation avait bien été préfigurée dès la programmation de l'ASV. Elle s'inscrit à la fois au même niveau que les axes thématiques prioritaires (hygiène de vie, bien être/mal être,...) sous l'intitulé « évaluation du processus », comme composante à part entière de la démarche, mais est

⁵⁵ Les informations présentées ici sont issues de la fiche DIV

aussi spécifiée à l'intérieur de chaque axes thématiques. Cependant, cette évaluation du processus est ici associée à la comparaison entre les résultats et les objectifs de départ et les indicateurs d'évaluation de programme d'actions relèvent presque exclusivement du nombre d'actions réalisées (une seule donnée quantitative) et non de la qualité ou de la nature de qui a pu être produit. Ainsi, la sensibilisation des professionnels à la participation des habitants est supposée être évaluée par l'unique indicateur « échanger à trois reprises sur les représentations des professionnels en grand groupe avant décembre 2007 ».

Cas de Saint Michel Jérico :

L'évaluation, telle qu'elle est organisée, fait partie intégrante de la démarche. En effet, la réunion d'évaluation qui se tient une fois par an à laquelle sont invités les élus, les professionnels de santé et les financeurs fait office de comité de pilotage de l'Atelier Santé Ville. Il s'agit ici d'évaluer les effets d'une action afin de déterminer son devenir (maintien, développement, arrêt). Les critères retenus sont :

- l'implication des partenaires dans les actions santé ;
- la participation des habitants aux différentes actions ;
- la satisfaction des habitants quant à la qualité des prestations ;
- l'amélioration des connaissances des publics les enjeux de santé.

10) Conclusions et perspectives

Principaux atouts pour l'action locale en santé

- une belle capacité à mobiliser et à accompagner les communes autour de projets communs, alors qu'il y a disparité territoriale quant aux ressources ;

- une mobilisation réussie de l'ensemble des partenaires ;
- un lien fort avec les programmes nationaux et régionaux de prévention ;
- un système de veille régulière quant aux données du territoire et problématiques sanitaires ;
- une formation initiale comme vecteur d'une culture sanitaire commune
- une stabilité au niveau du poste de direction du projet santé-handicap, la personne en poste y étant présente depuis 2000 ;
- une commune avec un bon historique en matière d'actions santé qui est alors motrice dans l'action santé de la CU ;
- une bonne mobilisation des tissus associatifs dans les instances de travail communales

Principales limitations du cadre CUCS et/ou ASV pour l'action locale en santé

- des chefs de projet territoriaux qui ont en charge l'ensemble des thématiques et qui sont parfois amenés à en privilégier. Dans ce cas, l'axe santé n'est pas prioritaire.
- des démarches santé locales qui font l'expérience de nombreux freins : changement de l'équipe municipale, manque de moyens pour mener à bien l'ensemble des thématiques (cf point précédent). De fait, certains ASV communaux sont en suspens.
- Des actions santé qui sont finalement plutôt centrées sur la personne, alors qu'au regard de la qualité des partenariats établis, tant au niveau de la CUGN que des communes, il pourrait y avoir une réflexion croisée plus ciblée sur les déterminants de la santé.

Evaluation globale de la pertinence et de l'efficacité du cadre CUCS et/ou ASV

Une architecture globale de la démarche qui telle qu'elle a été pensée permet à la fois une mobilisation de l'ensemble des acteurs, une contextualisation des ASV et une coordination locale et générale.

Perspectives et enjeux

- S'interroger sur comment une mutualisation des moyens de coordination pourrait soutenir les démarches locales qui semblent actuellement en suspens.
- Continuer l'effort de culture sanitaire commune, en favorisant
 - l'accompagnement ponctuel sur site par un/des acteur(s) externe(s) qui transmettrait un savoir-faire aux acteurs locaux ;
 - les liens et l'échange de pratiques entre les coordonnateurs communaux, ainsi qu'entre acteurs locaux, notamment ceux participant aux groupes de travail communaux sur les même thématiques.
 - une réflexion croisée sur des éléments de méthode, tels que la **participation et l'évaluation**.

- Sur les deux niveaux de territoire, aller plus en avant quant aux actions relatives aux déterminants de la santé.
- Sur les deux niveaux de territoire, aller plus en avant dans la contextualisation des déclinaisons locales des programmes nationaux.
- Accompagner plus en avant la démarche d'évaluation au niveau communal afin d'aller au-delà de critères uniquement quantitatifs et donner à voir ce que les actions, notamment celles co-construites avec les habitants, peuvent créer en termes d'*empowerment*.

Annexe 1 : liste des personnes contact

Sylvie Robert	directrice de projet Santé – Handicap de la Communauté urbaine du Grand Nancy	service Habitat Cohésion sociale – Pôle Développement Urbain et social– Communauté Urbaine CUGN - 22-24 viaduc Kennedy – CO 36 54035 NANCY CEDEX	03.83.91.81.42
Joëlle Schreiner	Directrice Générale Adjointe Pôle Développement Urbain et Social	Pôle Développement Urbain et Social Communauté Urbaine CUGN - 22-24 viaduc Kennedy – CO 36 54035 NANCY CEDEX	03.83.91.81.24
Valérie Lévy-Jurin	conseillère communautaire déléguée à la santé du Grand Nancy	Communauté Urbaine CUGN - 22-24 viaduc Kennedy – CO 36 54035 NANCY CEDEX	06 81 66 82 30
	Adjointe au Maire de Adjointe de territoire Nancy-Est	1 place Stanislas Case officielle n°1 54035 Nancy Cedex	03 83 85 30 00
Joëlle L'Hote	D.D.A.S.S. de MEURTHE-ET- MOSELLE	4, rue Bénit - Case officielle n°11 - 54035 NANCY cedex	03 83 17 44 05
Sophie Oubda (absente au moment de l'entretien)	Chargée de Projet (et coordonnatrice ASV sur Haut du Lièvre à	Pôle Européen de Santé	03 83 44 92 20

de l'entretien)	Nancy)	1, rue du Vivarais 54500 Vandoeuvre-lès- Nancy	
Delphine Gantois	Assistante de la directrice de projets santé	service Habitat Cohésion sociale – Pôle Développement Urbain et social– Communauté Urbaine CUGN - 22-24 viaduc Kennedy – CO 36 54035 NANCY CEDEX	03.83.91.81.42

Annexe 2 : composition des Comité de pilotage CUCS et santé

Composition du comité de pilotage CUCS :

Préfet de Meurthe et Moselle ; Sous-Préfet de Meurthe et Moselle chargé de la cohésion sociale et des Affaires économiques ; Président de la Communauté Urbaine du Grand Nancy ; Vice-présidente déléguée de la Communauté urbaine du Grand Nancy ; Président du Conseil Général ; Procureur du Tribunal de Grande Instance de Nancy ; Vice-président délégué au Logement et à la Santé ; Vice-président délégué au C.L.S. ; Vice-président délégué à l'emploi et à l'insertion professionnelle

Les 20 maires de la Communauté urbaine du Grand Nancy

Directeur Général de l'A.D.U.A.N. ; Directeur Délégué à l'ANPE ; Directeur Général de Batigère

Directeur Général de l'OPAC ; Directeur Général de meurthe et moselle habitat ; Président d'ARELOR H.L.M. ; Directrice de l'A.C.S.E. ; Directrice de la CAF ; Président de la CAF ; Directrice de la D.D.A.S.S. ; Directeur de la D.D.E. ; Directeur de la D.D.T.E.F.P. ; Directeur de la D.D.P.J.J. ; Directeur de la Sécurité Publique ; Directeur régional des Affaires Culturelles de Lorraine ; Directeur de la Caisse des Dépôts et Consignations ; Directeur de la Jeunesse et des Sports ; Inspecteur d'Académie ; Colonel commandant le Groupement de Gendarmerie de Meurthe-et-Moselle ; Déléguée Départementale des Droits des Femmes ; Trésorier Payeur Général ; Service Habitat – ANAH

Directrice Générale Adjointe au Pôle Développement Urbain et Social

Coordinateur de territoire, Conseil Général

Directrice Générale de la Maison de l'Emploi

Chefs de projet thématiques (Communauté urbaine du Grand Nancy) et territoriaux employés par les villes qui ont des quartiers prioritaires

Composition du comité de pilotage santé :

- les 20 maires membres de la CUGN
- les conseillers municipaux et les adjoints délégués à la santé de l'agglomération
- la CUGN
- la Préfecture dont la délégation départementale aux droits des femmes
- le CG 54
- les chefs de projets territoriaux
- la CAF
- la CPAM

- la CRAM
- le CHU
- le Centre Psychothérapique de nancy
- le centre de Médecine Préventive
- la maternité régionale
- l'ordre des médecins
- l'ordre des pharmaciens
- l'ordre des infirmiers
- la DDASS
- le GRSP de Lorraine
- l'ACSé
- l'Inspection académique 54

Annexe C :Echantillons de CUCS sélectionnés pour les études approfondies

Equipe	10 CUCS sélectionnés pour étude approfondie sur site	50 CUCS sélectionnés pour étude documentaire approfondie	Régions
Chantal MANNONI	Brest Métropole Océane	CUCS Lannion	Bretagne (3)
		CUCS Rennes Métropole	
		CUCS de Vannes	
		CUCS agglomération de Chartres	Centre (2)
	Blois / Bourges	CUCS Agglomération Tourangelle	
		CUCS Dieppe	Haute-Normandie (1)
	Grasse	CUCS Martigues	PACA (4)
		CUCS Carros	
		CUCS Marignane	
		CUCS Marseille	
		CUCS Montélimar	Rhône-Alpes (2)
	CUCS CU de Lyon		
Marie Ange VINCENT	Argentan	CUCS CU de Cherbourg	Basse-Normandie (3)
		CUCS Pays de Flers	
		CUCS Agglomération Caennaise	
		CUCS Dôle	Franche-Comté (2)
		CUCS Pontarlier	
		CUCS Metz	Lorraine (2)
	Nancy	CUCS Creutzwald	
		CUCS Agglomération Nantaise	Pays de la Loire (2)
		CUCS La Roche-sur-Yon	
		CUCS CA de Valenciennes Métropole	Nord-Pas-de-Calais (3)
		CUCS Communauté Urbaine de Dunkerque	
	Lille/Lomme	Etaples	
		Chanteloup-les-Vignes	Ile-de-France (4)

Michel JOUBERT		CUCS Les Mureaux	Ile-de-France (4)
		CUCS Valenton	
		CUCS Pré saint Gervais	
	Epinay-sur-Seine	CUCS Paris	
		Colmar	Alsace (1)
		CUCS Le Puy-en-Velay	Auvergne (2)
		CUCS Vichy	
		CUCS Agglomération Chalonnaise	Bourgogne (2)
		CUCS Autun	
		CUCS Sainte-Ménéhould	Champagne-Ardenne (3)
		CUCS Reims	
		CUCS Sedan	
Fernando BERTOLOTTI		CUCS Ambarès-et-Lagrave	Aquitaine (2)
		CUCS Eysines	
		CUCS Ajaccio	Corse (1)
	Alès	CUCS Carcassonne – Trèbes – Berriac	Languedoc-Roussillon (2)
		CUCS Sète	
		CUCS CA de Brive	Limousin (1)
		CUCS CC du Carmausin	Midi-Pyrénées (2)
		CUCS Montauban	
		CUCS La Possession à la Réunion	Outre-Mer (1)
		CUCS Tergnier	Picardie (3)
		CUCS Chauny	
		CUCS Laon	
		CUCS Saintes	Poitou-Charentes (2)
		CUCS Poitiers	

Annexe D : Procédure d'engagement des études

Etudes sur site (10 CUCS)

1°) Vérifier s'il y a une fiche et un coordonnateur ASV

2°) Prendre contact avec les correspondants Politique de la Ville à la DRASS, la Préfecture et à la DDASS concernés, afin de :

- 1) annoncer la venue,
- 2) vérifier la superposition éventuelle avec d'autres études en cours lancées par la DIV, ACSé ou DGS,
- 3) identifier des attentes ou prérogatives spécifiques à l'égard de notre étude,
- 4) vérifier la justesse des informations de base du CUCS concerné,
- 5) demander leur soutien et la collaboration pour l'enquête de terrain (contacts, documentation, conseils pratiques, enjeux locaux et jeux d'acteurs à prendre en considération...),
- 6) vérifier les points les concernant dans le cas où il y aurait une Fiche ASV, et en particulier :
 - le climat général du CUCS et la place de la santé
 - la configuration du Comité de Pilotage du Volet santé et/ou de l'ASV, et le calendrier des prochaines réunions prévues (afin d'y participer et inclure une rencontre évaluative avec eux)

3°) Appeler le chef de projet du CUCS afin de :

- 7) annoncer la visite,
- 8) demander sa collaboration (ou celle du coordonnateur ASV s'il y en a un) pour demander la mise à jour ou le remplissage de la Fiche ASV (y compris lorsqu'il n'y a qu'un « Volet santé » déclaré),
- 9) programmer la visite, en prenant soin d'optimiser les chances de pouvoir recueillir l'avis des principales catégories d'acteurs concernés par les thématiques abordées (équipe CUCS chargée de la question, usagers du système de santé, professionnels de secteurs public et privé, élus locaux, organismes sociaux), ainsi qu'une copie des principaux documents administratifs et techniques rendant compte des activités santé du CUCS.

4°) Faire un premier retour à un autre membre de l'équipe pour ajuster la stratégie et formuler des hypothèses permettant d'affiner la caractérisation du site, établir des priorités, etc.

5°) Réaliser la visite en tenant un registre des personnes rencontrées et démarches réalisées sur place

6°) Rédiger la Monographie : 20 pages maximum (sans les annexes) et une fiche synthétique

7°) Documents de base a obtenir et actualiser

- CUCS
- Volet santé du CUCS
- Fiche ASV
- Documents relatifs au diagnostic local
- Programme d'activités santé inscrites au CUCS, avec pour chaque activité :
 - Problématique abordée
 - Population concernée
 - Territoire de référence
 - Budget des activités santé inscrites dans le CUCS
 - Liste et rôle des acteurs et institutions participant aux activités santé du CUCS
 - Etat et mode de raccordement aux dispositifs territorialisés de santé publique (PRSP, PRAPS, SROS...)
 - Raccordement à d'autres dispositifs territorialisés (sécurité, action sociale ou éducative...)
 - Calendrier de réalisation

8°) Catégories de personnes à rencontrer

- Un représentant des services déconcentrés de l'Etat chargé du suivi du volet santé et/ou ASV du CUCS
- Un élu local référent pour le volet santé et/ou ASV du CUCS
- Le Chef de projet du CUCS et l'animateur technique du volet santé et/ou ASV du CUCS
- Un partenaire important du volet santé et/ou ASV des CUCS (hors services de l'Etat et municipaux)

Etudes documentaires approfondies (50 CUCS)

1°) Vérifier s'il y a une fiche et un coordonnateur ASV et établir un premier portrait du CUCS à partir des données de la base DIV

2°) Réaliser une recherche documentaire via Internet à partir de la base SIG de la DIV

3°) Prendre contact avec le correspondant Politique de la Ville à la Préfecture et/ou à la DDASS, et à défaut avec le chef de projet du CUCS et/ou l'animateur du Volet Santé / ASV afin de :

- 10) annoncer l'étude et la sélection du CUCS correspondant,
- 11) vérifier la superposition éventuelle avec d'autres études en cours lancées par la DIV, ACSé ou DGS,
- 12) identifier des attentes ou prérogatives spécifiques à l'égard de notre étude,
- 13) vérifier la justesse et actualité des informations de base du CUCS concerné et notamment, lorsqu'il existe, celles relatives au Volet Santé et/ou ASV
- 14) demander leur soutien et la collaboration pour le recueil des documents pertinents, conseils pratiques
- 15) recueillir des éléments de contexte contributif à l'analyse

4°) Faire un premier retour à un autre membre de l'équipe pour ajuster la stratégie et formuler des hypothèses permettant d'affiner la caractérisation du site, établir des priorités, etc.

5°) Réaliser l'analyse des données recueillies

6°) Rédiger la Monographie : 10 pages maximum (sans les annexes) et une fiche synthétique

7°) Documents de base à tenter d'obtenir et actualiser

- CUCS
- Documents relatifs au diagnostic local
- Documents relatifs au diagnostic local ayant servi à l'élaboration du CUCS
- Documents relatifs à l'axe thématique santé du CUCS (notamment données du Volet Santé et éventuelle fiche ASV)
- Liste et coordonnées des principaux partenaires du CUCS (CoPil, cosignataires...)
- Bilans d'activités et rapports d'évaluation du CUCS

Annexe E : Grille d'entretien et d'analyse documentaire

Volets de l'étude	Thématiques étudiées	Entretiens sur site	Etudes documentaires	
			<u>AVEC</u> Volet Santé	<u>CUCS SANS</u> Volet Santé
VOLET 1 : Analyse de la stratégie d'approche choisie	Les diagnostics de référence et données sanitaires et sociales jugées pertinentes pour le territoire considéré	Identifier les informations de base et les sources les plus souvent utilisées pour l'élaboration d'un diagnostic local de santé	Tenter de déterminer l'existence et la fiabilité d'un diagnostic	Tenter de déterminer pourquoi il n'y a pas de volet santé
		Apprécier la disponibilité et degré d'accès aux informations sur la santé du territoire pour les acteurs du CUCS/ASV	Tenter de déterminer la cohérence et la qualité des orientations stratégiques	Tenter de déterminer l'intérêt et les éventuelles conditions qui seraient

	Le volet santé des CUCS, un enjeu pour le développement de l'intercommunalité	Apprécier la place de la thématique santé dans le processus de construction de l'intercommunalité, et vice-versa	Tenter de déterminer la cohérence et la portée des moyens mobilisés	nécessaires pour développer une démarche sur cette thématique
--	--	--	---	---

Volets de l'étude	Thématiques étudiées	Entretiens sur site	Etudes documentaires (sur documents accessibles)	
			<u>AVEC</u> Volet Santé	<u>SANS</u> Volet Santé
VOLET 2 : Analyse des conditions de prise en compte des problématiques de santé du	Les synergies territoriales, en particulier régionales	Comprendre le degré et mode de raccordement des activités santé des CUCS aux politiques territoriales de santé	Tenter de déterminer la nature des problèmes, les territoires et les publics concernés	Tenter de déterminer la nature des problèmes, les territoires et les publics concernés par des éventuelles actions à développer
		Comprendre la trame des ressources mobilisés dans les territoires des CUCS/ASV	Tenter de déterminer la nature, les principaux atouts et limites des actions inscrites	Tenter de déterminer si la thématique santé est abordée de manière indirecte

du territoire	Les modalités d'action	Comprendre l'organisation interne et mode de fonctionnement du dispositif d'animation de l'axe thématique santé du CUCS	Tenter de déterminer la place et mode d'intégration de la population aux actions inscrites	sur les autres axes thématiques du CUCS
	Le type de mobilisation engagée sur le plan du partenariat	Identifier les principaux partenaires présents dans le volet santé/ASV des CUCS et de leur degré d'implication dans les projets locaux	Tenter de déterminer les principales stratégies associatives développées	
	Modalités de consultation et de participation de la population	Apprécier les conditions de participation des populations au volet Santé/ASV des CUCS	Tenter de déterminer le degré d'intégration intercommunale des actions	

	Manières de traduire l'analyse de besoins en projets locaux de santé publique pour les domaines les plus significatifs	Apprécier la qualité méthodologique des approches et la cohérence des programmes avec les objectifs du CUCS et les PRSP	Tenter de déterminer le degré d'intégration des actions santé aux autres volets du CUCS	
	Les thématiques de santé concernées	Apprécier le degré de prise en compte et mode d'articulation entre déterminants sociaux et principales thématiques abordées Apprécier les stratégie mise en place (objectifs et moyens investis)	Tenter de déterminer le degré d'intégration au PRSP	

		En particulier, analyser les contours de ce que les acteurs définissent comme contours et objets pour la santé mentale, les addictions, l'accès aux soins, l'amélioration de l'offre de soins, etc.		
	Interaction entre différents volets du CUCS et Volet Santé	Apprécier l'incidence sur la problématique santé des autres dimensions du CUCS et vice-versa		

Volets de l'étude	<i>Thématiques étudiées</i>	Entretiens sur site	Etudes documentaires	
			<u>AVEC</u> Volet Santé	CUCS <u>SANS</u> Volet Santé

<p>VOLET 3 : Analyse de l'ingénierie</p>	<p>Les autres engagements sur le plan de la méthode de travail au niveau local et sur le plan de l'articulation avec les autres niveaux territoriaux</p>	<p>Connaître les outils et les stratégies marquantes et structurante du volet santé des CUCS</p>	<p>Tenter de déterminer les atouts et les limites de l'organisation du dispositif d'animation (distance au modèle ASV, degré d'intégration au dispositif de pilotage du CUCS, portée intercommunale éventuelle)</p>	<p>Tenter de déterminer les besoins d'ingénierie pour le développement de l'axe thématique santé du CUCS</p>
---	---	--	---	--

<p>La manière dont a été envisagée et pratiquée l'évaluation</p>	<p>Identifier les méthodes et les indicateurs d'évaluation les plus appropriés pour évaluer le volet santé des CUCS</p>	<p>Tenter de déterminer la cohérence et portée du dispositif de pilotage</p>	<p>Tenter de déterminer la perméabilité des instances de gouvernance du CUCS au développement de l'axe thématique santé</p>
<p>Les incidences des démarches sur le plan de l'évolution des compétences et de la formation</p>	<p>Apprécier l'impact de l'effet de qualification d'acteur qui génère le volet santé des CUCS</p>	<p>Tenter de déterminer les spécificités, atouts et limites des actions menées dans le cadre d'un ASV et hors ASV</p>	<p>Tenter de déterminer la perméabilité des instances de gouvernance du CUCS à la mise en place d'un ASV</p>

	Positionnement politique de l'axe thématique santé dans le CUCS	Préciser le contenu et degré de correspondance entre le « volet santé » des CUCS et le cadre de référence de la thématique santé, l'ASV	Tenter de déterminer les spécificités, atouts et limites du dispositif de suivi et évaluation	Tenter de déterminer la sensibilité du dispositif de suivi et évaluation du CUCS à la thématique santé
--	--	---	---	--

Annexe F : Calendrier des travaux

Objectifs opérationnels	Activités	Prévision	2008				2009				
			Sept	Oct	Nov	Déc	Janv	Fevr	Mars	Avril	
Analyse critique du Volet santé des CUCS	Analyse approfondie de la base DIV et Fiches ASV	Novembre à mi-janvier 2009		Mise en forme des données de la base de données DIV et récupération de Fiches ASV nécessaires pour la délimitation de l'objet de l'étude (Non prévu dans le CCP)							
	Analyse approfondie de 50 CUCS										
	Réalisation des 10 enquêtes sur sites										
Elaboration de synthèses partielles et des conclusions de l'analyse critique	Rédaction d'une Monographie caractérisant les 50 sites étudiés	Janvier et février									
	Rédaction d'une Monographie caractérisant chacun des 10 sites visités	Janvier et février									
	Comités de Pilotage	3 CoPil prévus dans le CCP	N°1 : 17/IX/08		N°2 : 28/XI/08		N°3 : 28/I/09			N°4 : 30/IV/09	

	Rapports synthèse	2 rapports prévus dans le CCP	1er rapport d'étape	2ème rapport d'étape (avenant 1)	Rapport final 31/III/09 (avenant 1)	Présentation Rapport final
--	-------------------	-------------------------------	---------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------