



Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

Pierre Chauvin

► To cite this version:

Pierre Chauvin. Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, 2008, pp.29-42. inserm-00415987

HAL Id: inserm-00415987

<https://inserm.hal.science/inserm-00415987>

Submitted on 11 Sep 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Rencontres
des acteurs
de la **ville**

**Politique de la ville
et santé publique :
une démarche locale pour
la réduction des inégalités
sociales et territoriales de santé**

Séminaire

du 6 au 8 octobre 2008

les Editions de la DIV



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES,
DE LA FAMILLE,
DE LA SOLIDARITÉ
ET DE LA VILLE

SECRÉTARIAT D'ÉTAT
CHARGÉ DE LA POLITIQUE
DE LA VILLE



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



DÉLÉGATION
INTERMINISTÉRIELLE
À LA VILLE
<http://www.ville.que.fr>

Séminaire organisé par la Délégation interministérielle à la ville

Politique de la ville et santé publique :

une démarche locale pour la réduction

des inégalités sociales et territoriales de santé

Compte-rendu de la rencontre

Du 6 au 8 octobre 2008 – Bordeaux

les Editions de la DIV

SOMMAIRE

Remerciements	p. 8
Glossaire	p. 10
Ouverture du séminaire	p. 12
Frédéric MAC KAIN, <i>secrétaire général aux affaires régionales</i>	
Yves-Laurent SAPOVAL, <i>délégué interministériel à la ville</i>	
Richard CAZENAVE, <i>conseiller municipal délégué pour la santé et la prévention</i>	
Plénière d'ouverture	p. 22
André OCHOA, <i>délégué général, fédération nationale des observatoires régionaux de la santé</i>	
Pierre CHAUVIN, <i>directeur de l'équipe de recherche INSERM, université Paris VI</i>	
Michel JOUBERT, <i>professeur de sociologie</i>	
Aude CARIA, <i>psychologue et responsable de la maison des usagers du centre hospitalier Sainte-Anne</i>	
Annick FAYARD, <i>directrice du développement de l'éducation pour la santé, INPES</i>	
Restitution en plénière des travaux des ateliers 1 à 5 sur la thématique « Les stratégies du développement local de la santé publique »	p. 92
Grand témoin rapporteur : Laurent CHAMBAUD, <i>membre de l'IGAS</i>	
Avec l'expérience de : Aix-en-Provence, Ajaccio, Asnières-sur-Seine, association RIR	
Reims, Autun, communauté urbaine d'Arras, communauté urbaine du Grand Nancy,	
DDASS/GRSP Nord-Pas-de-Calais, département des Bouches-du-Rhône, Fontaine,	
Grenoble, Mulhouse, Marseille, Port-Saint-Louis du Rhône, Saint-Denis,	
Strasbourg, Talence	

Synthèse de l'atelier 1 : Les partenaires du pilotage

p. 118

Animateur : Monique LAFON, *chargée de mission SGAR*

Discutant : Laurent EL GHOZI, *médecin, direction d'élus santé publique et territoire*

Témoin rapporteur : Michel JOUBERT, *professeur de sociologie*

Synthèse de l'atelier 2 : La compréhension des enjeux politiques

p. 128

Animateur : Etienne BILLOT, *responsable pôle Social DRASS de la Réunion*

Discutant & témoin rapporteur : Fernando BERTOLOTTO, *sociologue*

Synthèse de l'atelier 3 : Développer la santé publique sur les territoires à partir des ASV

p. 134

Animateur : Arnaud WIEHN, *CRAES-CRIPS Aquitaine – coordinateur des ASV en Aquitaine*

Discutant : Mireille FLOCH-LAVIT, *inspectrice hors classe*

Témoin rapporteur : Annick FAYARD, *directrice du développement de l'éducation pour la santé, INPES*

Synthèse de l'atelier 4 : Politique des villes, pilotage local de santé, déterminants de santé

p. 144

Animateur : Valérie LEVY-JURIN, *adjointe au maire de la ville de Nancy – présidente du réseau français des villes santé de l'OMS*

Discutant : Luc GINOT, *médecin-chef – service d'hygiène d'Aubervilliers*

Témoin rapporteur : Pierre CHAUVIN, *directeur de l'équipe de recherche INSERM, université Paris VI*

Synthèse de l'atelier 5 : Offre locale de soins, recours et accessibilité aux soins et à la prévention

p. 154

Animateur : François-Paul DEBIONNE, *chef du service promotion de la santé de la communauté urbaine de Strasbourg*

Discutant : Françoise GAUNET-ESCARRAS, *adjointe au maire et déléguée à l'hygiène, la santé et la sécurité sanitaire des adolescents de la ville de Marseille*

Témoin rapporteur : Antoine DE TOVAR, *directeur d'hôpital – consultant*

Restitution en plénière des travaux des ateliers 6 à 10 sur la thématique « Une démarche de projet en réponse aux enjeux »

p. 164

Grand témoin rapporteur : Laurent CHAMBAUD, *membre de l'IGAS*

Avec l'expérience de : Agen, Aubervilliers, Bagneux, Bordeaux, communauté urbaine de Cherbourg, communauté de communes du Carmausin, Clichy-la-Garenne, département des Bouches-du-Rhône, Fontenay-aux-Roses, Kourou, Langres, Montauban/Toulouse, Perpignan, Saint-Etienne, Salon-de-Provence

Synthèse de l'atelier 6 : Programmation de la démarche des ASV

p. 190

Animateur : Hélène CHAPET, *coordinatrice de l'ASV de Nanterre*

Discutant : Mariella GALLI, *psychologue à l'Institut Théophraste Renaudot*

Témoin rapporteur : Pauline RENTHER, *politologue – chargée de mission au centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale*

Synthèse de l'atelier 7 : Les priorités de santé à partir du diagnostic

p. 199

Animateur : Bénédicte MADELIN, *directrice Profession Banlieue*

Discutant : Marielle RENGOT, *conseillère municipale déléguée à la santé à Lille*

Témoin rapporteur : Jeanne-Marie AMAT-ROZE, *géographe de la santé – professeur à l'université Paris XII*

Synthèse de l'atelier 8 : Équipes locales de santé publique en action

p. 207

Animateur : Sophie VERON-COLLE, *chargée de mission à la DREIF*

Discutant : Catherine GERHART, *chef du département partenariat et développement régional à l'INPES*

Témoin rapporteur : Chantal MANNONI, *médecin de santé publique*

Synthèse de l'atelier 9 : Observatoires locaux de santé

p. 215

Animateur : Mathieu FORTIN, *agent de développement santé de la ville de Villeurbanne*

Discutant : Pierre AIACH, *sociologue*

Témoin rapporteur : Zoé VAILLANT, *membre du laboratoire espace santé et territoires à l'université Paris X*

Synthèse de l'atelier 10 : Valorisation de la production des ASV

p.224

Animateur : Cyril MICHAUD, *responsable du pôle prévention santé de la mairie de Nanterre*

Discutant : Emmanuel RICARD, *délégué général de la société française de santé publique – médecin de santé publique*

Témoin rapporteur : Aude CARIA, *psychologue et responsable de la maison des usagers du centre hospitalier Sainte-Anne*

Clôture et débats : enseignements, réflexions et perspectives

p.231

Laurent CHAMBAUD, *membre de l'IGAS*

Jean-Jacques TREGOAT, *directeur général de la DGS,*

Sylvie DURAND TROMBETTA, *responsable de la cohésion sociale à l'Acsé*

Pascal FLORENTIN, *délégué interministériel à la ville adjoint*

Martial METTENDORFF, *secrétaire général de la DGS*

Annexes

p.255

Présentations PowerPoint des intervenants

Notes de problématique des ateliers 1 à 10

Bibliographie

REMERCIEMENTS

Comité d'organisation animé par Catherine Richard, *chargée de mission santé, département Cohésion sociale* et Hélène Bel-Abbes, *assistante à la Délégation interministérielle à la ville, avec la collaboration de la Direction générale de la santé*

Christelle BERTHON, coordinatrice ASV, CCAS de la ville d'Epinay

Marie-José CARLACH, inspectrice principale – référente régionale PRAPS – DRASS Aquitaine, actions de santé

Hélène CHAPET, coordinatrice de l'ASV de la ville de Nanterre

Vincent CRAMARD, chargé de mission santé à l'Acse

François-Paul DEBIONNE, chef du service promotion de la santé de la Communauté urbaine de Strasbourg

Laurent EL GHOZI, médecin – Président d' ESPT

Annick FAYARD, directrice du développement de l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique à l'INPES

Didier FEBVREL, médecin territorial de santé publique – ville de Marseille

Mireille FLOCH-LAVIT, inspectrice, DDASS 13

Mathieu FORTIN, agent de développement santé de la ville de Villeurbanne

Catherine GERHART, chef du département partenariat et développement régional à l'INPES

Luc GINOT, médecin chef – service d'hygiène d'Aubervilliers

Antoine GUENIFFEY, ingénieur du génie sanitaire, chargé de mission sur le projet local de santé - DGS

Monique LAFON, chargée de mission SGAR Aquitaine

Pierre LARCHER, chargé de mission santé, précarité et réseaux - DGAS

Lionel LAVIN, médecin de santé publique - DGS

Richard LOPEZ, directeur de santé – ville de Champigny

Véronique MALLET, chef de bureau à la DGS

Cyril MICHAUD, responsable du Pôle Prévention Santé de la mairie de Nanterre

Emmanuel RICARD, délégué général de la Société française de santé publique – médecin de santé publique

Florence ROSTAN, chargée de mission à la Direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique – INPES

Xavier SAMSON, coordinateur ASV de la ville de Nantes

Manuela VERDOL, chargée de mission à la Direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique – INPES

Arnaud WIEHN, CRAES-CRIPS Aquitaine – Coordinateur des ASV en Aquitaine

Groupe d'appui scientifique :

Pierre AIACH, sociologue

Jeanne-Marie AMAT-ROZE, géographe de la santé – professeur à l'université Paris XII

Fernando BERTOLOTTO, sociologue

Aude CARIA, psychologue et responsable de la Maison des usagers du centre hospitalier Sainte-Anne

Laurent CHAMBAUD, membre de l'IGAS

Pierre CHAUVIN, directeur de l'équipe de recherche INSERM – université Paris VI

Annick FAYARD, directrice du développement de l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique à l'INPES

Michel JOUBERT, professeur de sociologie

Chantal MANNONI, médecin de santé publique, consultante

Pauline RHENTER, politologue – chargée de mission du Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale

Emmanuel RICARD, délégué général de la Société française de santé publique – médecin de santé publique

Antoine de TOVAR, directeur d'hôpital, consultant

Zoé VAILLANT, membre du laboratoire Espace Santé et Territoires à l'université Paris X

GLOSSAIRE

ACSE	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
AME	Aide médicale de l'État
ANRU	Agence nationale pour la rénovation urbaine
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASV	Atelier Santé-ville
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
CAF	Caisse d'allocations familiales
CCAS	Centre communal d'action sociale
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIR	Croisement d'information régionalisées
CIV	Comité interministériel des villes
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAM	Conservatoire national des arts et métiers
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNV	Conseil national des villes
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CREA	Centre de recherche en épistémologie appliquée
CUCS	Contrat urbain de cohésion sociale
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGS	Direction générale de la santé
DIV	Délégation interministérielle à la ville
DPT	Document de politique transversale
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRE	Dispositif de réussite éducative
DSS	Direction de la sécurité sociale
DRDR	Dotation régionale de développement des réseaux
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
EPS	Équipe pluridisciplinaire de soutien
ESPT	Élus Santé Publique et Territoires

ETP	Éducation thérapeutique du patient
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
GRSP	Groupement régional de santé publique
HSPT	(loi) Hôpital, santé, patient et territoire
IAURIF	Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Ile-de-France
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
LOLF	Loi organique relative aux lois de finance
MOUS	Maîtrise d'œuvre urbaine et sociale
OMS	Organisation mondiale pour la santé
OPAH	Opération programmée d'amélioration de l'habitat
ORS	Observatoire régional de santé
PARADS	Pôle d'accueil en réseau pour l'accès aux droits sociaux
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PLASP	Plan d'action en santé publique
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PLSP	Plan local de santé publique
PNNS	Programme national nutrition santé
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRSP	Plan régional de santé publique
RAR	Réseau ambition réussite
REP	Réseau d'éducation prioritaire
RIR	(association) Regroupement- implantation-redéploiement
SDF	Sans domicile fixe
SIG	Système d'information géographique
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
TAA	Tarification à l'activité
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
URCAM	Unions régionales de caisses d'assurance maladie
USFBD	Union française de la santé bucco-dentaire
ZEP	Zone d'éducation prioritaire
ZFU	Zone franche urbaine
ZUS	Zone urbaine sensible

Frédéric Mac Kain

secrétaire général aux affaires régionales

Monsieur le représentant du maire, Monsieur le délégué interministériel, Mesdames et Messieurs, je dois vous dire notre satisfaction, Monsieur le délégué, que vous ayez choisi de venir à Bordeaux pour ce séminaire national sur la problématique de la politique de la ville et la santé publique.

Cette préoccupation devient très présente dans les contrats urbains de cohésion sociale. Elle était déjà présente, comme nous avons pu le voir par la célérité de la réaction d'un certain nombre de communes après la proposition qui leur a été faite d'initier la démarche de création des ateliers Santé-ville. Ce besoin était fortement ressenti puisque pendant trop longtemps, la santé a été une préoccupation considérée comme non essentielle dans la gestion de la politique de la ville. Cette dernière se traduisait dans des contrats de ville par des listes d'actions, mais non par des projets cohérents et intégrés à la problématique de la politique de la ville.

Aussi, nous avons longtemps cru que cette problématique était centrée sur la question de l'offre de soins, qui est évidemment essentielle, mais qui n'est pas complète. En outre, jusqu'à une époque récente, les zones urbaines sensibles étaient plus ou moins préservées de la désertification médicale qui est une réalité tangible, notre système d'assurance maladie garantissant l'égalité des citoyens devant la santé. Cette question était insuffisamment ressentie. Depuis quelques années, nous constatons, à l'occasion de la réflexion sur la politique de la ville, l'ac-

croissement de la précarité, qui se traduit à la fois par l'absence de comportements préventifs, le développement de certaines pathologies particulières et par un recul au niveau des soins, accru par l'augmentation des coûts des prestations de santé et la couverture insuffisante des assurances.

La nouvelle prise en compte de cette problématique dans la politique de la ville doit permettre à l'ensemble des acteurs d'aborder la question de façon beaucoup plus globale en la situant dans un environnement – en lien direct avec la prise en compte de cet environnement – avec la volonté stipulée par l'Organisation mondiale de la santé que chaque individu ait le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Il s'agit évidemment d'un vœu quelque peu philosophique et théorique, mais que nous essayons de traduire dans les faits.

Pour ce faire, un certain nombre de dispositions sont appliquées. D'abord, la mise en place des équipes de réussite éducative avec les ateliers Santé-ville. Je rappelle la circulaire fondatrice de ce dispositif « Direction générale de la santé et Délégation interministérielle à la ville » qui remonte déjà à l'année 2000. Elle a constitué une démarche profondément innovante et a permis d'associer l'ensemble des partenaires dans ce domaine. Il ne s'agit pas d'un dispositif juridique supplémentaire, mais d'une méthode de travail qui veut et qui doit s'adapter à un territoire autour du concept de projet territorial de santé associant l'ensemble des partenaires autour du porteur de projet qui est, en général, l'agglomération ou la communauté de communes adéquate. Ce texte-méthode doit aussi adapter les actions de santé publique au terrain et il est évident qu'elles ne sont pas les mêmes. Ainsi, à l'échelle de l'Aquitaine, elles seront différentes selon qu'elles concernent une communauté de communes en milieu rural ou les grands secteurs sensibles de l'agglomération bordelaise.

En Aquitaine, il existe désormais huit ateliers dont six sur l'agglomération bordelaise, un à Pau, un à Bergerac et cinq sont actuellement en cours de préparation (Cenon, Pessac, Mont-de-Marsan, Agen et Périgueux), ce qui doit aboutir à un maillage relativement complet des secteurs sensibles. Ceci a été favorisé par la création, en 2005 – au sein de l'équipe qui pilotait le contrat de ville de l'agglomération bordelaise – d'une mission destinée aux actions de santé dans les quartiers concernés. Cette mission a engendré des résultats importants, c'est pourquoi nous avons ensuite décidé d'élargir sa compétence et son action au niveau régional, ce qui a permis d'impulser, puis d'accompagner l'ensemble de ces actions pour aboutir au maillage que je viens d'évoquer.

En conclusion, la réussite de cette démarche débouche en Aquitaine et nous laisse entrevoir deux initiatives originales que j'évoque maintenant. D'abord, à partir du diagnostic préalable à la mise en place de l'atelier d'Agen, piloté par l'ensemble des partenariats locaux, nous devrions disposer dans les prochains jours, d'un outil statistique performant sur les indicateurs de morbidité utilisables dans tous les quartiers prioritaires de la politique de la ville et qui pourrait devenir un outil de référence du suivi des actions conduites en matière de santé dans les quartiers. En second lieu, un certain nombre de territoires ruraux, confrontés au risque de désertification médicale qui ne frappe pas seulement les territoires urbains, ont décidé de travailler dans le même esprit et la même logique d'atelier partenarial afin de mettre en place une méthodologie similaire pour traiter cette question de façon globale avec tous les indicateurs de santé publique et de morbidité, mais pas uniquement au niveau de la problématique de la désertification médicale. Ce transfert d'expériences et le partage de ces connaissances ont été facilités par l'implication de tout le partenariat que je voudrais saluer et en particulier, je tiens à rendre hommage à Arnaud Wiehn, qui coordonne cette dynamique en Aquitaine depuis maintenant quelques années en collaboration avec notre centre de ressources Pays et quartiers d'Aquitaine, dont nous

connaissions la tâche dans la politique de la ville et qui intervient sur l'ensemble des politiques territoriales, notamment la politique de santé dans les quartiers, et qui joue un rôle de catalyseur dans le montage des ateliers.

Monsieur le délégué, voilà quelques éléments du contexte que je voulais brosser en avant-propos. Je souhaite également vous remercier d'avoir choisi l'Aquitaine pour ces débats sur lesquels nous sommes ici fortement impliqués, je pense que vous l'avez compris.

Yves-Laurent Sapoval

délégué interministériel à la ville

Merci Monsieur le Secrétaire général. Je donne la parole à Monsieur Cazenave qui représente ici Monsieur Alain Juppé, Maire de Bordeaux.

Richard Cazenave

conseiller municipal délégué pour la santé et la prévention

Monsieur le Délégué interministériel, Monsieur le Secrétaire général de la Région, Mesdames, Messieurs, je vous prie d'excuser l'absence de Monsieur le Maire, qui est actuellement en déplacement et qui m'a chargé de vous dire tout l'intérêt qu'il porte à ce séminaire.

Je voudrais aussi vous remercier d'avoir choisi Bordeaux pour l'organisation de ce séminaire. Nous en sommes très heureux. Nous sommes heureux de vous accueillir et nous vous souhaitons la bienvenue. Je sais que le programme de travail est particulièrement lourd, mais j'espère que vous aurez le temps de visiter un peu notre ville et, éventuellement, d'apprécier, avec modération, les produits de notre terroir.

La tradition de santé publique à Bordeaux n'est pas récente puisque dès 1888, l'Inspection sanitaire des écoles communales préfigurait notre service de santé scolaire actuel. Ce service assure chaque année l'examen générique de 18 000 enfants. Il assure aussi, avec les médecins de famille et les structures hospitalières, le suivi des enfants handicapés et des enfants présentant une pathologie chronique. Enfin, il développe actuellement – et ceci nous concerne plus particulièrement aujourd'hui – une action concernant les enfants fréquentant les établissements scolaires en zones d'éducation prioritaire.

La ville de Bordeaux dispose également d'un Conseil local de santé. À l'initiative de la Conférence locale de santé, celui-ci a été créé en 2001. Il bénéficie de l'intervention de nombreux partenaires – que je salue – et il constitue un espace de rencontres entre les institutions, les professionnels publics et privés et les associations. Son objectif est de créer une synergie entre ses membres et de se mobiliser sur des problématiques prioritaires : prévention des cancers, santé des personnes en situation de précarité, souffrance psychique des jeunes, santé des personnes âgées, nutrition. Au terme de sept années d'existence, nous constatons une forte mobilisation de nos partenaires, une meilleure connaissance des problématiques de santé, une légitimité de la ville en tant qu'acteur de santé publique concrétisée par le rattachement du Conseil local de santé à la Direction du développement social urbain chargé de la mise en œuvre du contrat urbain de cohésion sociale.

D'autre part, la reconnaissance de notre action sur les plans régional et national est désormais acquise grâce à la participation au groupement régional de santé publique, à l'intégration au réseau des villes santé de l'OMS et à la signature de la charte Ville active du Programme nutrition santé.

La ville de Bordeaux prépare également un Agenda 21 permettant d'intégrer la politique de santé dans une dimension plus large d'amélioration de la qualité de la vie. Nous développons aussi une nouvelle approche territoriale par des projets de quartiers impliquant plus fortement les acteurs de terrain dans des actions de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. En 2008, la ville de Bordeaux a créé un atelier Santé-ville sur le secteur des Aubiers, secteur d'habitat collectif à vocation sociale comprenant environ 5 000 habitants et sur lequel nous retrouvons tous les paramètres que nous connaissons déjà comme un taux de chômage élevé, un nombre de familles monoparentales plus élevé qu'ailleurs et des familles en situation de précarité. Il convient tout d'abord de souligner l'intervention déterminante des pouvoirs publics dans ce quartier où l'arrivée du tramway, en particulier, a permis son désenclavement et son intégration dans le reste de l'agglomération. Avec Pascaline Lherm – qui est présente dans la salle –, nous avons réalisé, dans un premier temps, un diagnostic local partagé. Les professionnels de santé publique et privée du secteur, les travailleurs sociaux, les bailleurs et les enseignants ont adhéré à ce projet avec une grande détermination. Ce diagnostic local est maintenant terminé et nous allons passer à la seconde phase, qui sera une phase de consultation et de mobilisation des habitants pour la mise en place de projets participatifs. Dans cette démarche la nécessité de mieux articuler la santé, l'action sociale et l'action médico-sociale dans le cadre de territoires de projets, avec l'appui de réseaux d'acteurs professionnels et associatifs est clairement affirmée. Les ateliers Santé-ville, initialement expérimentaux, n'ont cessé de gagner en légitimité institutionnelle. Ils ont désormais vocation à se généraliser sur l'ensemble des territoires politiques de la ville. Je vous remercie.

Yves-Laurent Sapoval*délégué interministériel à la ville*

Mon intervention va commencer par rappeler quelques fondements parce que vous avez commencé sur des questions finalement assez spécialisées et assez techniques.

Je voudrais d'abord replacer un petit peu tout cela dans le contexte de la politique de la ville en général parce que je crois qu'il est toujours bon de se dire un peu quel est l'environnement dans lequel nous travaillons parce que là, vous entamez un travail de trois jours. La politique de la ville est fondée sur deux ou trois constats. Premièrement, l'existence de quartiers en difficulté. Ce n'est pas la politique de la ville qui invente les quartiers en difficulté, ils existent. Localement, chacun sait dire exactement où il est, et si vous interrogez une personne qui habite dans n'importe quelle ville de France, elle pourra délimiter, même en posant un doigt sur une carte, le quartier dans lequel elle ne souhaite pas habiter. Dans ces quartiers, comme vous le savez peut-être grâce au rapport de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles, il y a deux fois plus de chômeurs et de retard à l'entrée en 6^e que dans les agglomérations dans lesquelles ces quartiers sont situés. L'Observatoire national des ZUS mesure chaque année les différences entre les gens habitant dans ces quartiers et ceux résidant dans l'agglomération, et non sur le plan national. Il s'agit donc bien de mesurer le décalage infra-agglomération. Deuxièmement, les acteurs publics ne peuvent pas s'en sortir seuls dans ces quartiers. Ainsi, la police n'y arrive pas sans la justice, la justice sans l'école, l'école sans les services sociaux du département, les services sociaux du département sans les bailleurs sociaux, les bailleurs sociaux sans la CAF. Je pourrais poursuivre cette énumération pendant un long moment. Aucun acteur public n'arrive au bout de son action dans ces quartiers. Troisièmement, ces derniers sont inscrits dans des dynamiques d'agglomération. Ils se développent en même temps que les villes, ce qui fonde la nécessité d'une politique urbaine et sociale. Finalement, la politique de la ville a trois ou quatre modes d'action. Premièrement, il s'agit d'une politique contractuelle avec les collectivités. En réalité, elle est l'une des seules politiques de l'État qui soit vraiment menée par les collectivités locales ; le

rôle de l'État étant un rôle d'impulsion et de coproduction. Ce rôle – comme le savent les secrétaires généraux et les préfets – est complexe, car l'État est en même temps acteur d'un certain nombre de politiques publiques, mais également stratège et garant. Aussi, l'État fait également le constat de sa propre difficulté à agir. Deuxièmement, il s'agit d'une politique interministérielle. Troisièmement, cette politique dispose de moyens d'action lourds avec des investissements distribués par l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (Anru) qui met en œuvre un programme de prêts de 40 milliards d'euros d'investissements au bénéfice de ces quartiers. Elle dispose également de moyens d'accompagnement social distribués par l'Agence nationale pour la cohésion sociale (Acsé) dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale. Enfin, elle dispose de moyens de développement économique par le biais des zones franches urbaines qu'un certain nombre d'entre vous doivent connaître. Voilà pour poser un peu le schéma global de la manière d'agir. C'est une politique ambitieuse, qui cherche à agir dans tous les champs de la vie quotidienne de manière coordonnée, depuis le cadre de vie – c'est-à-dire ce que l'on appelle habituellement l'urbain – jusqu'à l'humain en passant par l'économique. J'oublie de dire qu'il s'agit d'une politique interministérielle pour l'État, mais je reviendrai sur la question de la mobilisation de chacune des politiques publiques de l'État au bénéfice de ces quartiers en prenant en compte leurs spécificités.

Du point de vue de sa manifestation, la politique de la ville paraît donc parfois un peu complexe parce qu'elle est en même temps issue du foisonnement de 30 000 associations et acteurs locaux impliqués dans sa mise en œuvre quotidienne, notamment par l'intermédiaire des financements qui sont octroyés dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale. Il s'agit donc d'un tissu associatif dense composé de volonté et d'une très forte implication au niveau national. Au niveau local, cependant, il n'existe pas beaucoup de politiques publiques qui s'appuient sur une telle énergie citoyenne. En même temps, cette politique n'existerait pas si elle n'était pas une politique structurelle, c'est-à-dire agissant sur les grands mouvements

structurants du territoire. Ainsi, il est insensé de ne pas mener conjointement une politique du logement et une politique de peuplement cohérentes avec ce que l'on met en œuvre dans les quartiers. Il s'agit de bien prendre en compte, au niveau du développement des transports de l'agglomération, par exemple, la problématique de ces quartiers. C'est donc un système comparable au tonneau des Danaïdes, car si nous ne conjugons pas les éléments du terrain et les politiques structurelles mises en œuvre au niveau des décideurs publics, la politique n'aboutira pas.

Je voulais replacer votre action dans ce cadre général. Que fait-on du point de vue des politiques de droit commun ? La politique de la ville, par ses moyens très limités, s'appuie sur les moyens de droit commun des différentes collectivités et en particulier des ministères concernés, qui ont chacun un bras séculier, et on peut éventuellement ajouter à l'aide des financements de la politique de la ville le petit centimètre manquant au bout du bras pour que celle-ci mène correctement son action au niveau des quartiers. Cependant, il faut veiller à ne pas perdre d'un côté ce qu'on a ajouté de l'autre. C'est toute la difficulté de votre action et de la nôtre au quotidien. La question de la santé est menée dans ce cadre. Pardonnez-moi, Monsieur le secrétaire général, mais elle n'est pas tout à fait nouvelle pour la politique de la ville même s'il est vrai que sa prise en compte à cette échelle et au niveau national est récente. Cela fait un certain temps que Catherine Richard se démène pour en faire un sujet d'ampleur nationale. Cette question est prise en compte depuis au moins cinq ou six ans comme l'un des aspects fondamentaux de la politique de la ville, à tel point qu'il existe un volet santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale mis en œuvre au début de l'année 2007. En outre, son importance va croissant, à tel point qu'elle devient un élément essentiel, ce que l'on comprend bien. Ainsi, les questions de santé ne se posent pas de la même manière sur tous les territoires. Je ne vais pas vous faire une leçon là-dessus parce que vous en êtes tous convaincus. Toujours est-il qu'au plus haut niveau – le niveau ministériel – ce sujet constitue une priorité et une préoccupation constante. En outre, il est prévu une journée, le

5 décembre, à Paris, en présence de Madame Amara, qui en attend énormément. L'objet de cette réunion est d'appliquer le volet santé publique de la dynamique Espoir banlieues de la manière la plus efficace possible.

En conclusion, je voudrais tout de même remercier les personnes qui se sont chargées de l'organisation de cette journée, c'est-à-dire les référents et les groupes d'appui qui ont produit des notes de problématiques qui éclaireront votre travail. Je souhaite également remercier Catherine Richard et Hélène Bel-Abbes, de la DIV. Ceux qui connaissent ces personnes savent qu'elles sont très impliquées et volontaires, et que la préparation de ces quelques jours leur a demandé beaucoup de travail. J'attire également votre attention sur la responsabilité qui est la nôtre vis-à-vis des habitants de ces quartiers et vis-à-vis des enjeux de cohésion sociale de notre pays, afin de faire aboutir votre réflexion de la manière la plus efficace, pragmatique et opérationnelle possibles, parce que je crois que la question de la situation des quartiers en difficulté – qu'il s'agisse de quartiers d'habitat social ou de quartiers d'habitat privé – est fondamentale pour la compétitivité de notre territoire et pour la constitution de l'Europe, plus globalement. La semaine dernière, j'étais à Varsovie. Même si leur formulation n'est pas tout à fait la même, les préoccupations sont identiques. Nous travaillons beaucoup avec nos collègues européens, ce qui signifie que le travail que nous accomplissons est susceptible d'être exporté. Il s'agit d'un sujet fondamental pour la réussite de la ville, celle du vivre ensemble et de la cohésion sociale de notre territoire. Je crois que la responsabilité que vous avez tous ensemble ici, pendant ces quelques jours, est de produire le travail le plus efficace et le plus dynamique possible, au service de nos villes et de nos territoires. Je vous remercie.

Je reprends donc le rôle d'animateur – parce que je suis en même temps animateur – pour demander à Monsieur Ochoa de rejoindre la tribune. Je vous laisse vous présenter.

PLÉNIÈRE D'OUVERTURE

André Ochoa

délégué général, Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

Bonjour. Je suis ici au titre de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, structure pour laquelle j'assure actuellement la délégation générale. Je suis aussi le directeur de l'observatoire régional de la santé d'Aquitaine et je suis très heureux de représenter la Fédération sur mon « territoire ».

Je vous remercie d'avoir invité la Fédération à participer à ces travaux. Durant ces trois jours, vous allez travailler et réfléchir sur les stratégies de développement locales de santé, débattre de la démarche de projet en réponse aux enjeux du moment. Le titre de ma présentation est un peu prétentieux, je pense – sous forme de question, tout de même – et je vais l'aborder du point de vue de l'observateur de la santé que je suis, en essayant de vous faire parcourir dans le temps et dans l'espace le pourquoi d'une territorialisation.

Dans ses propos, Monsieur Sapoval a présenté les éléments qui expliquent la nécessité d'une territorialisation en détaillant les aspects de la politique de la ville ; laquelle d'ailleurs, je n'aborderai pratiquement pas. Je vous laisserai ce travail, mais j'espère que vous comprendrez pour-quoi.

Je vais essayer de parcourir ce sujet à travers les inégalités de santé et de territoires. Il s'agit d'un séminaire de travail et je crois que tous les apports que nous pourrions fournir aux personnes concernées sont intéressants. À cet égard, je vous dirai quelques mots sur l'apport des ORS et

leurs fédérations dans le domaine qui vous concerne et je terminerai, si vous le voulez bien, sur l'observation de la santé, qui est un élément important dans la réalisation des politiques dont vous vous occupez.

Inégalités de santé et territoires. Nous allons partir un petit peu loin de la ville puisque nous voyagerons dans l'Union européenne. Les deux diapositives que je vous présente montrent que si nous avons des indicateurs de santé – ici, la mortalité des hommes – au niveau national, cela masquerait, bien sûr, les disparités infranationales – ce qui serait bien dommage. La diapositive suivante sur la mortalité infantile est peut-être encore plus intéressante. Elle montre que les similitudes entre, par exemple, le nord de la France et le sud de la Belgique sont plus importantes qu'entre le nord et le sud de la France. La politique européenne s'intéresse aux régions depuis bien longtemps, mais en termes de santé, cette préoccupation est relativement récente. Aussi, le Comité des régions a de plus en plus d'importance dans la réflexion. Il existe également des travaux sur les villes et les communautés urbaines.

Revenons en France. Je vais descendre un petit peu plus loin que Monsieur Cazenave qui se plaçait au 19^e siècle. Sous Louis XIV, nous avons un État relativement centralisé et la Révolution n'a pas arrangé les choses. On parle encore de jacobinisme. Pour la petite histoire, sachez qu'au départ, les Jacobins étaient pour la création d'un réseau de villes, ce qui est assez intéressant. Malgré cela, sans parcourir toutes les lois, tous les décrets et toutes les circulaires qui ont fait florès depuis de nombreuses années, je m'attache à quelques dates qui montrent que, finalement, on prend en compte le niveau local pour les politiques et, en particulier, les politiques de santé, je citerai 1996, bien sûr, avec la régionalisation de la santé et un certain nombre d'autres textes qui vont dans ce sens. Il faut noter – et vous le savez sûrement – qu'une loi est en préparation, qui va repenser un certain nombre de points. Toutefois, l'importance de la prise en compte de la proximité pour les politiques de santé est inscrite dans cette loi. Aujourd'hui, nous sommes en présence de ter-

ritoires de recours, de territoires intermédiaires, de territoires de proximité, de conseils de territoire qui permettent à de nombreux partenaires – comme cela a été évoqué précédemment –, d'élaborer une politique de santé. Vous comprenez, bien sûr, comme je l'ai dit pour l'Europe, l'importance de la régionalisation. La Région est reconnue comme niveau de pilotage de la politique de santé. Nous en comprenons l'importance, mais nous voyons aussi qu'il existe d'autres niveaux intéressants. Si nous prenons l'exemple des départements, cette carte, réalisée par l'INSEE représente le taux de pauvreté par département. Vous constatez que les inégalités existantes nous obligent à nous approprier ces problèmes à un niveau plus local.

Il existe d'autres points intéressants. J'ai parlé des départements : on entend qu'ils devraient disparaître et bien sûr, je ne me prononcerai pas. Aussi, il est promis le même sort aux pays, dont je ne dirai rien non plus. Mais regardez cette carte qui montre les disparités entre les différents pays, du moins celles qui sont déjà reconnues. Vous comprenez très vite que les projets nationaux doivent prendre en compte l'aspect santé, ce qui est le cas avec les diagnostics santé. Il s'agit donc d'une approche très localisée.

Un autre aspect est celui de l'approche cantonale. Il ne s'agit pas de faire des politiques cantonales. Je vous montre trois diapositives qui expriment les disparités entre les départements. Ici, les logements sociaux. Excusez-moi pour l'ancienneté de la diapositive, mais je pense qu'il n'y aura pas de changement majeur. Un autre indicateur est le temps d'accès aux services d'urgence – diapositive quelque peu ancienne, également – et la mortalité. Nous voyons très bien que des zones se dessinent dans les territoires, que l'on pourrait appeler homogènes pour un certain nombre d'indicateurs et qu'il s'agira de prendre en compte dans la politique de santé, notamment au niveau d'une politique de proximité qui se fera – nous le reverrons ensemble – avec l'ensemble des acteurs locaux, des politiques, des professionnels ou de la population.

Je vais vous faire profiter d'un travail réalisé par la Fédération à partir d'une analyse cantonale. Nous avons déterminé, sur la base de ces travaux cantonaux autour des préfectures de départements, trois niveaux que l'on pourrait appeler « concentriques ». Aussi, les résultats qui émergent sur les aspects plus sociaux en fonction de la distance à la préfecture, sont extrêmement intéressants. Je crois que celle-ci comptait pour la détermination des frontières, mais je ne m'engagerai pas dans ce champ-là. Si nous regardons, par exemple, la mortalité, cela est encore plus intéressant parce que nous voyons, concernant les taux de mortalité, un gradient en partant du centre vers l'extérieur. Il est évident que cela doit être pris en compte en matière de politique de santé.

J'avais dit que j'évoquerais le dernier point très rapidement. Puisque vous allez y travailler pendant trois jours, ce n'est pas la peine que j'insiste. Toutefois, il est évident que l'approche – et cela a été évoqué tout à l'heure par Monsieur Cazenave – à des niveaux différents, comme l'agglomération, la ville et le quartier est essentielle. Cela implique un certain nombre de partenaires locaux mais également nationaux.

Quelques mots sur ce que les observatoires peuvent apporter, ainsi que leurs fédérations, à vos travaux. Parfois, certains observatoires travaillent avec vous au sein des ateliers Santé-ville comme nous le verrons. Je rappellerai brièvement les missions des observatoires. Je ne suis pas là pour faire de la réclame, mais je pense qu'il est intéressant de savoir ce que vous pouvez obtenir auprès de nous. L'idée est la collecte au sens de la récupération puisque nous travaillons avec des données de l'INSEE, de l'INSERM et d'autres partenaires, mais il s'agit surtout d'analyser et de valoriser des données sanitaires et sociales à différents niveaux géographiques pour pouvoir contribuer à la prise de décisions. Bien sûr, nous menons des études et des enquêtes si nécessaire. Et puis, modestement, nous contribuons à la définition des politiques de santé régionales ou locales en participant à un certain nombre de comités ou de groupes de travail.

Quelques exemples de travaux des observatoires, en lien avec notre propos. Un travail au niveau des pays ; je vous ai parlé des diagnostics de santé sociale – il s'agit de nos voisins de Poitou-Charentes. Nous dressons également des tableaux de bord sur les villes, par exemple avec une description des indicateurs de santé au niveau municipal. À l'échelle d'une agglomération, nous avons effectué un travail, certes ancien, mais qui montre l'intérêt pour ce type de production. Et bien sûr, nous avons participé à des ateliers Santé-ville ; ici, nos collègues de Rhône-Alpes ont travaillé – peut-être avec certains d'entre vous – sur le quartier de La Duchère.

En ce qui concerne la Fédération, un certain nombre de travaux sont assez intéressants à présenter. Il s'agit de la base de données – je vous en dirai un mot dans un instant –, du pilotage d'une synthèse sur les disparités régionales de santé – nous en parlerons également –, d'analyses à des niveaux infrarégionaux et puis nous cherchons à développer des méthodes communes d'analyse des problèmes de santé au niveau de tous les observatoires régionaux de santé afin d'être plus efficaces. Aussi, nous conduisons ou participons à des projets européens, notamment sur les indicateurs de santé. Il existe un projet intéressant, au niveau régional, mais aussi à l'échelle d'agglomérations. Un groupe de travail européen réfléchit aux indicateurs urbains et je pense que cette réflexion peut être extrêmement intéressante dans votre approche.

Dans les exemples de travaux, sachez que vous découvrez en primeur ce bandeau puisqu'il s'agit de la nouvelle formule de notre base de données appelée Score Santé, laquelle est, jusqu'à ce jour, départementale et régionale, et comprend 700 indicateurs de santé. Quand je parle santé – je ne l'ai pas précisé au début, mais cela est extrêmement important –, il s'agit de sanitaire et de social. Monsieur Chauvin traitera certains aspects sociaux ultérieurement, mais il est évident que les déterminants sociaux font partie des déterminants de santé.

Notre congrès se tiendra la semaine prochaine et je ne procède pas à sa réclame puisqu'il est déjà complet, mais sachez que nous allons ouvrir la nouvelle base avec des données au niveau des pays, par exemple, mais aussi des territoires de recours dont j'ai parlé précédemment. Aussi, d'autres niveaux apparaîtront sur cette base de données.

Enfin, concernant les villes et les quartiers, nous profiterons de certaines des données du recensement qui seront publiées l'année prochaine, et j'espère que nous pourrions proposer des indicateurs de santé à des niveaux fins comme la ville et peut-être les agglomérations et les quartiers.

Concernant les disparités de santé au niveau régional, plusieurs productions ont été réalisées sur les maladies cardiovasculaires, le cancer, la santé, l'environnement ou les addictions. Sachez que ces documents offrent une vision d'ensemble des indicateurs disponibles du moment. Bien qu'il s'agisse d'un travail au niveau régional, je pense que cela est intéressant pour vous également parce que certains indicateurs pourraient être utilisés à des niveaux plus fins. Par ailleurs, un travail intitulé « inégalités sociosanitaires en France de la région au canton » est paru il y a quelque temps. C'est de ce document que sont extraites les cartes cantonales que vous avez vues. Il s'agit de l'analyse des inégalités de santé : un certain nombre d'indicateurs ont été étudiés et cartographiés dans ce document. Aussi, une typologie a été réalisée à partir de l'ensemble des indicateurs pour essayer de définir des groupes homogènes de cantons, de zones qui peuvent aussi favoriser les politiques locales particulières.

Quelle observation de la santé ? Cette question va au-delà de vos propos, mais je pense que vous êtes totalement impliqués dans cet aspect. Je vais vous présenter un tableau qui peut paraître compliqué. Je vous propose de dire deux mots dessus puisqu'il n'engage, bien sûr, que nous. Deux points sont à observer ; le pôle d'observation régional et l'agence régionale de santé. Ce que nous voulons faire passer à travers cette image – et là, il ne s'agit plus d'observatoires régionaux de santé ou de fédérations – est l'idée qu'il est absolument important et peut-être indispensable d'avoir une bonne observation des problèmes sanitaires et sociaux pour pouvoir établir une politique de santé. Ce pôle d'observation est constitué de plusieurs partenaires et nous pourrions donc probablement l'appeler « plate-forme sanitaire et sociale ». Monsieur le directeur de la DRASS – que j'ai aperçu – serait peut-être ravi de l'entendre. Il s'agit d'un endroit où les informations sont recueillies, analysées et valorisées qui permettent aux décideurs de mettre en œuvre leur politique.

Juste quelques mots pour terminer. L'observation sanitaire et sociale des régions, des pays ou de la politique de la ville doit être basée sur des données et des indicateurs objectifs et fiables. Il est évident que les niveaux territoriaux interviendront sur la problématique des indicateurs et nous savons qu'au niveau d'un quartier, nous avons quelques difficultés à obtenir certains indicateurs. Je l'ai évoqué précédemment : le pôle d'observation sanitaire et social me paraît indispensable. Enfin, le quatrième point extrêmement important et déjà évoqué, est la prise en compte d'éléments qualitatifs en concertation avec l'ensemble des partenaires : élus, professionnels de terrains, population et toutes les personnes qui travaillent dans le domaine. Je vous remercie de votre attention.

Pierre Chauvin

directeur de l'équipe de recherche DS3 INSERM, université Paris VI

Présentation PowerPoint en annexe, p. 304

Bonjour. Je me présente rapidement. Je suis épidémiologiste à l'INSERM et je fais de l'épidémiologie sociale ; discipline un peu nouvelle en France, mais plus ancienne dans d'autres pays qui ont une tradition plus ancienne de travail sur les inégalités sociales de santé. Si je me présente, c'est pour vous exposer quelque peu ma posture qui est celle d'un chercheur dans une discipline dont la gageure est d'essayer d'utiliser des méthodes quantitatives et statistiques pour décrire des processus sociaux, ce qui n'est pas si simple. La deuxième caractéristique est qu'il s'agit d'une discipline d'interface, c'est-à-dire qu'elle doit évidemment mobiliser des éléments, des méthodes et des concepts issus principalement de la sociologie, mais aussi de la géographie de la santé. Cette discipline se veut critique et utile puisqu'il s'agit de santé publique. Donc, nous sommes censés produire des résultats ou des méthodes qui puissent être utiles à des acteurs, et en particulier à des personnes comme celles qui sont dans cette assemblée, c'est-à-dire qui sont amenées à faire des diagnostics locaux et/ou à évaluer leurs interventions.

Cette présentation comportera trois parties. Je vous parlerai assez brièvement – ne vous inquiétez pas – de quelques modèles théoriques des déterminants sociaux de la santé. Ensuite, j'ai choisi plutôt de vous montrer des exemples illustrant des résultats issus de ce type de recherche. Enfin, j'essaierai de me focaliser sur la question de territoire et de voir très modestement dans le sein de l'épidémiologie sociale – qui est celui que je connais – quels problèmes ou quelles questions se posent.

Un petit mot d'introduction, aussi, pour passer du sujet des inégalités sociales de santé – qui ont été très bien présentées précédemment – à la question un peu différente des déterminants sociaux de la santé. Je vous

ai indiqué, ici, à gauche, une figure assez fondatrice de l'épidémiologie sociale. Il s'agit de résultats britanniques qui ont déjà trente ans (parus en 1978). Ainsi, des chercheurs britanniques ont suivi des cohortes, donc des panels de fonctionnaires – des fonctionnaires pour être sûr en l'occurrence de pouvoir les suivre pendant longtemps. C'est la cohorte Whitehall, très célèbre en épidémiologie, mais qui n'est pas du tout sociale, au départ puisqu'à l'origine, ces travaux visaient à étudier les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires dans des optiques très médicales. Ces chercheurs britanniques ont montré pour la première fois, de façon très quantifiée, importante et frappante, l'ampleur des inégalités sociales de santé. Vous avez ici, à titre d'exemple, les risques de mortalité par maladies cardiovasculaires en fonction de l'emploi dans cette cohorte de fonctionnaires. Je vous montre cette figure pour deux raisons. D'une part, car l'ampleur des inégalités y apparaît extrêmement forte. Ainsi, il existait des risques quatre fois plus élevés de mourir de maladie cardiovasculaire chez les techniciens et les travailleurs manuels qu'au niveau du personnel de direction, pourtant dans une cohorte socialement assez homogène et à l'abri, en particulier, des vicissitudes de l'emploi. Le second résultat qui me semble intéressant est que si l'on cherche quelle est la part de ces inégalités liée aux facteurs de risques connus de maladies cardiovasculaires – ils sont listés ici : l'hypertension artérielle, le tabagisme, le cholestérol –, vous voyez que cette part est faible et minime. Je vous ai montré cela parce que, souvent, on réduit, d'une certaine façon, les inégalités sociales de santé à des inégalités d'exposition ou de comportements à risque à travers les groupes sociaux. Il est déjà compliqué de changer les comportements, mais, malheureusement, cela n'explique pas tout. En l'occurrence, pour cette maladie, il n'existe pas de loi générale, mais pour les maladies cardiovasculaires, cela n'en explique qu'une minorité. Donc, l'épidémiologie sociale essaie de s'attaquer à cette boîte grise, de comprendre ce qu'il se passe et de trouver quels sont les autres types de facteurs qui peuvent être en jeu en plus d'une inégale exposition à des conduites péjoratives pour la santé au sens classique.

Nous sommes en présence d'une science en cours, il existe donc peu de résultats définitifs. En outre, je vous disais qu'il s'agit d'une science critique, qui s'interpelle elle-même continuellement. En France, nous ne sommes pas particulièrement en avance sur ces questions.

Trois approches sont privilégiées et je vais essayer de vous présenter des exemples dans chacune de ces approches. D'une part, il s'agit d'essayer de distinguer, dans les analyses – même si l'on cherche à observer leur poids contributif et leurs corrélations –, les facteurs matériels et les facteurs psychosociaux. Je vous montrerai quelques exemples. Une deuxième perspective apparaît très intéressante qui s'appelle, dans notre jargon, « l'épidémiologie biographique ». Elle indique qu'il faut essayer le plus possible d'étudier ces phénomènes tout au long de la vie et pas seulement dans des enquêtes transversales. Il faut essayer de suivre quantitativement – vous voyez que ce n'est pas très facile et que c'est un peu lourd à faire – et de façon longitudinale pour repérer s'il existe, dans la vie des individus, des moments de leur vie critique dans lesquels leurs conditions de vie vont être critiques pour leur santé plus tard. La troisième approche est appelée – excusez-moi de ce jargon un peu bizarre – « l'épidémiologie contextuelle ». Elle postule qu'il faut dépasser les limites inhérentes à l'épidémiologie qui, comme vous le savez, regarde historiquement des facteurs de risque individuels. C'est d'ailleurs aussi sa force par rapport à des approches géographiques ou cartographiques. Il s'agit d'étudier et d'analyser des données individuelles. Selon un certain courant, cela ne suffit plus et il faut essayer de trouver des méthodes statistiques pour pouvoir observer à la fois les données des individus de façon précise, mais aussi injecter dans les modèles des caractéristiques de leur contexte. On va, évidemment, arriver aux questions de territoire.

Je présenterai rapidement les modèles théoriques parce que tout le monde les connaît et en particulier le modèle général des déterminants

sociaux de la santé. Je vous renvoie à toute la littérature canadienne sur ces questions. Ce modèle indique que la santé est sous l'ordre de trois grands déterminants collectifs : l'environnement social, l'environnement physique et le patrimoine génétique des personnes. Aussi, son postulat est que la santé ne se résume pas à l'absence de maladies, mais qu'elle s'intègre dans une notion de bien-être. Vous connaissez tout cela par cœur. En santé publique et en épidémiologie sociale, d'autres modèles conceptuels existent. Je vais vous en citer juste deux autres issus de la littérature britannique. Il s'agit vraiment de modèles conceptuels pour réfléchir et essayer de poser des hypothèses. Celui-ci est le modèle de Whitehead, composé par couches. On imagine donc que l'individu – qui est au centre du modèle avec ses caractéristiques démographiques de genre et ses facteurs héréditaires – adopte des conditions de vie et des comportements en lien avec la santé sous l'influence de plusieurs choses. Vous voyez qu'il s'agit d'une sorte de millefeuille qui s'éloigne de plus en plus de l'individu avec des facteurs de plus en plus distaux dans l'ordre des facteurs sociaux qui influent sur lui. De manière concentrique, on note la façon dont ce modèle est intégré dans les réseaux sociaux et territoriaux qui jouent une interface entre ses propres comportements et les facteurs plus distaux comme l'éducation ou l'alimentation. Ce qui est intéressant aussi, c'est la dernière couche très importante comportant les facteurs macro – dont je ne parlerai pas beaucoup par la suite –, qui sont évidemment – on le montre dans des comparaisons internationales comme celle présentée par l'orateur précédent – les facteurs structuraux et politiques. Un troisième modèle a été proposé par les Britanniques Marmot et Wikilson. Leur idée forte est que l'ensemble de ces facteurs constitue des influences multiples au cours de la vie. Il s'agit donc d'un modèle conceptuel accumulatif au cours de toute la vie et en particulier depuis la prime enfance.

À partir de ces modèles théoriques, en épidémiologie sociale, on essaie de construire des modèles d'hypothèses et comme on utilise

consécutivement des statistiques, l'une des difficultés, évidemment, est de tirer des hypothèses plus réductrices à partir d'un modèle empirique assez large. Il s'agit donc de réduire le problème à quelques dimensions pertinentes. Nous postulons et nous testons, par des méthodes statistiques que les états de santé, les comportements liés à la santé et les utilisations du système de soins sont corrélés à la situation socio-économique au sens le plus classique – qui est mesurée en particulier par un grand nombre de données dans la statistique nationale – mais aussi à trois grands types de déterminants : les ruptures sociales – donc les événements de la vie entière – l'intégration sociale et l'environnement géographique. Puis, nous essayons de comprendre, parfois, de quelle façon les perceptions de santé (représentations, soucis, attitudes de santé, expériences de santé antérieures, expériences de la maladie et du recours aux soins, que ce soit pour soi-même ou pour ses proches et des informations en matière de santé) peuvent être des facteurs médiateurs entre ces déterminants sociaux et les *outcome* de santé.

En bref, quelques exemples de résultats. Je vais vous en donner un pour quelques-uns de ces grands chapitres des facteurs sociaux comme le rôle des facteurs biographiques dont je parlais à l'instant. Nous avons essayé d'observer les corrélations entre des événements vécus dans l'enfance et la survenue d'une dépression à l'âge adulte. Ces résultats viennent d'ailleurs d'être publiés dans le BEH, si vous voulez avoir des résultats plus complets. Je prends juste trois secondes parce que ce genre de tableau se retrouve souvent dans ma présentation. Donc, pour les personnes qui ne seraient pas très familières de ce jargon épidémiologique, ce que l'on appelle *odds ratio* est une estimation d'un risque relatif. Ici, il s'agit de mesurer combien de fois plus de risques ou combien de fois moins de risques que pour l'autre catégorie. Par exemple ici, des données classiques. Les femmes constituent une catégorie plus à risques lorsque l'on fait ce genre d'enquête ; d'ailleurs les risques de dépression sont plus forts chez les femmes que chez les hommes. Nous

avons remarqué qu'il existait des facteurs d'association assez importants puisque vous voyez que, par exemple, avoir été victime d'abus sexuels dans l'enfance est associé à un risque quasiment deux fois plus élevé d'être dépressif au jour de l'enquête. Donc, nous sommes vraiment dans des périodes de latence et il serait intéressant de pouvoir analyser cela de façon réellement prospective. Un deuxième exemple concerne le rôle des facteurs familiaux puisque, finalement, nous allons en arriver tout doucement à parler de l'environnement et du territoire, mais l'environnement le plus proximal est évidemment l'intimité des ménages et des familles. Il s'agit d'un exemple de résultats que nous avons conduit à partir d'extraits des données de l'enquête décennale de santé. Nous avons cherché à savoir s'il existait une corrélation entre le recours aux soins d'une personne et l'état de santé des personnes habitant avec elle. Ici, il s'agit également d'*odds ratio*, donc des risques relatifs au fait de ne pas avoir de consultation médicale au cours des derniers mois. Ceci est ajusté sur les nombreuses caractéristiques de l'individu interrogé, (âge, sexe, santé perçue et antécédents médicaux). Donc, à état de santé égal et à âge égal, vous voyez que le risque de ne pas consulter pour soi-même augmente régulièrement ; d'une part, avec la dégradation de l'état de santé de son ou ses cohabitants et, d'autre part, avec le nombre d'individus en mauvaise santé avec lesquels on habite. Il s'agit juste de garder en tête ces facteurs très proximaux et avant de partir dans les questions de quartiers ou de territoires au sens plus large. Un troisième exemple de résultats : nous avons cherché s'il existait des corrélations entre le soutien social et le recours aux soins ambulatoires. Il me semblait intéressant de vous montrer cela parce que je sais que par la suite, en tout cas dans certains ateliers, nous parlerons beaucoup d'accès et de recours aux soins et, plus largement, aux dispositifs ou aux actions qui sont mises en œuvre dans les quartiers. Je sais que l'un des soucis est l'accessibilité des personnes et l'utilisation de ces ressources par les personnes elles-mêmes. Donc, c'est peut-être une dimension qu'il faut garder en tête. Vous voyez, ici en l'occurrence, il s'agit du recours aux soins.

Il s'agit de tous les soins confondus pour toutes les raisons sauf les accidents au cours des douze derniers mois. Là aussi, si nous ajustons sur l'âge, vous voyez que l'on trouve des gradients socio-économiques assez classiques, ce qui est en soi un résultat intéressant y compris dans nos systèmes de protection sociale dits universels. Vous voyez que l'on a des inégalités très fortes en fonction du revenu, mais également en fonction de la couverture maladie et de l'état de santé – le nombre de maladies chroniques et plus ici une variable d'ajustement. Tout cela étant ajusté, nous avons essayé de mesurer le poids du soutien social et nous avons obtenu une corrélation très forte. Ainsi, plus on est isolé socialement – le soutien social est mesuré par des questions quantitatives à peu près validées –, moins on a de soutien potentiel de son entourage et plus on est loin du système de soins. Nous retrouvons ces résultats dans tous les types de quartiers de l'agglomération parisienne dans laquelle nous avons effectué l'enquête et à peu près à tous les âges, mais qui s'atténuent chez les personnes les plus âgées. Cependant, vous voyez que le rôle du soutien social est assez fort de 18 à 60 ans avec, là encore, des facteurs de risque qui sont de l'ordre de 2. L'épidémiologie sociale s'intéresse évidemment à ce genre de risque fort, car nous avons bien conscience d'étudier le poids d'une variable dans un ensemble très large et presque indéfini de facteurs sociaux et nous nous intéressons donc aux associations vraiment fortes dont nous nous disons qu'elles sont significatives et qu'elles doivent être analysées plus en profondeur.

Je vous ai parlé de processus individuels : même si la distinction entre l'individu, le social et le territoire est tout à fait critiquable, je la cite ici vraiment comme une démarche méthodologique pour proposer des statistiques un peu sérieuses. Donc, il s'agit vraiment d'une démarche méthodologique et non pas d'un résultat conceptuel. Même si la question que nous posons est un peu artificielle pour certains sociologues ou, qui disent fort justement que l'individu est dans son territoire, qu'il l'appréhende, qu'il le module et que donc ces deux dimensions sont assez difficiles à distinguer.

En épidémiologie sociale, on dit aussi – encore une fois pour des raisons méthodologiques – qu’il peut être intéressant de se poser néanmoins la question et d’essayer de distinguer les effets de composition des effets contextuels. Que signifie cela ? Que certaines inégalités géographiques – comme celles que l’on nous a montrées précédemment et que l’on retrouve à des niveaux infracommunales – nous amènent à nous poser la question plus théorique de savoir si elles sont uniquement liées à des effets de ségrégation sociospatiale, c’est-à-dire que les inégalités représentent finalement le fait que se concentrent des personnes pauvres et malades – pour aller vite –, dans certains quartiers, ou s’il existe en plus des effets authentiquement contextuels qui ne sont donc pas la somme des effets individuels, mais qui sont des effets collectifs s’imposant à l’ensemble du territoire. Là, on en distingue plusieurs. Il y a tout l’environnement physique – qui n’est pas du tout l’objet ni de mon topo, ni de mes recherches, mais qui est évidemment extrêmement intéressant –, avec des questions de pollution, d’épidémiologie environnementale ou de bruit. Il y a aussi l’environnement social. Là, aussi, un quartier ou un territoire ce ne sont pas qu’une addition de personnes, mais également des endroits où se construisent des normes et des comportements partagés au regard de la santé, du recours aux soins, et aux dispositifs. Il peut s’agir également d’un environnement construit. Ainsi, de nombreux travaux dans les pays anglo-saxons s’accumulent sur l’influence de l’environnement construit, c’est-à-dire les caractéristiques urbanistiques du territoire et de ses effets sur la santé. Enfin, bien entendu, il s’agit de l’offre de services en particulier, mais pas seulement l’offre de soins. A-t-on donc à faire à des effets de composition ou à des effets authentiquement contextuels ? Évidemment, nous imaginons probablement que ce sont les deux.

Je vais terminer en vous montrant quelques exemples français. À ma connaissance, il n’y en a pas encore beaucoup. Je vais reprendre l’exemple précédent de la dépression qui est exactement le même modèle que celui que je vous ai présenté avec des caractéristiques individuelles et

dans lequel il ne s'agit pas d'une caractéristique contextuelle. Il s'agit de son lieu de résidence. Cela est toujours issu de données de la cohorte SIRS conduite dans l'agglomération parisienne. Il s'agit d'ailleurs de résultats qui seront prochainement publiés par la DIV. On constate qu'en ajustant, sur les caractéristiques individuelles, il reste un sur-risque de dépression nerveuse dans les zones urbaines sensibles par rapport aux autres territoires franciliens, en tout cas, ceux qui sont interrogés dans cette cohorte. Cela ne suffit évidemment pas et il faut donc aller plus loin. Nous sommes en train de le faire pour tenter de voir ce qui, dans les caractéristiques des zones urbaines sensibles, peut être associé à ce risque plus élevé de dépression, mais vraiment à un niveau contextuel puisque nous partons de l'idée que l'on a ajusté au niveau individuel sur à peu près toutes les caractéristiques nécessaires. Un deuxième exemple que je voulais vous montrer est également francilien. Nous avons regardé les caractéristiques associées à l'absence de suivis gynécologiques réguliers dans la population francilienne – en fait, nous travaillons sur Paris et sa première couronne. Nous constatons qu'il semble y avoir, pour cet exemple même, une conjonction de ces deux ordres de caractéristiques. C'est-à-dire que, bien sûr, au niveau individuel, l'absence de suivi gynécologique est inhérent à des facteurs liés à l'âge et, très fortement, à la nationalité des personnes – ce sont des données assez originales. Nous voyons un gradient très régulier. Les Françaises nées de parents étrangers ont moins recours aux soins gynécologiques et les étrangères encore moins. Il existe bien sûr un effet de niveau d'études, de la couverture maladie et de la situation maritale. Sur ces caractéristiques individuelles, nous retrouvons aussi des différences entre quartiers. Autrement dit, les inégalités que l'on constate entre les différents quartiers, par exemple de façon cartographique, elles, justement, ne s'expliquent pas uniquement par ces effets de composition de caractéristiques sociodémographiques différentes des résidents, en l'occurrence dans les ZUS et dans les autres quartiers. Cet effet persiste et vous voyez qu'il est très fort, ici. « 0,53 » signifie qu'ajusté sur toutes les autres caractéristi-

ques, les femmes résidant dans les quartiers dits moyens et supérieurs ont deux fois plus souvent un suivi gynécologique régulier que celles résidant dans des zones urbaines sensibles. Cela dit – je voulais quand même vous montrer un peu rapidement un exemple –, ce n'est pas toujours le cas. Évidemment, et je conclurai là-dessus, il n'y a pas de loi générale. C'est-à-dire que l'on ne retrouve pas tout le temps des effets contextuels et des effets individuels. En réalité, quand on s'amuse, de façon un peu théorique et un peu rapide, à essayer de distinguer ces sortes d'effets, bien entendu, la majeure partie des variabilités interterritoires sont captées par des caractéristiques individuelles et on n'en trouve pas toujours au niveau contextuel. Donc, cet exemple pour vous montrer de façon un peu frappante que ce ne sont pas des lois générales. De la même manière, nous avons regardé le recours au dépistage VIH au cours de la vie entière. Il s'agit d'un indicateur très grossier – « Avez-vous déjà fait un test du VIH ? » – toujours dans le même genre d'étude. Vous voyez que là, en l'occurrence, nous avons des résultats très différents chez les hommes et chez les femmes. Il n'y a pas de différences entre les quartiers quand on regarde sur la situation maritale et la perception déclarée et perçue du risque VIH chez les femmes. Nous retrouvons des éléments qui sont très connus par ailleurs sur les corrélations au niveau individuel, mais vous voyez qu'ajusté sur tout cela, les *odds ratio* sont très proches de 1, donc, nous sommes dans des situations très proches, dans les zones urbaines sensibles ainsi que dans les quartiers ouvriers moyens/supérieurs hors ZUS. Les résultats sont très différents chez les hommes puisque vous voyez que là, nous avons une différence vraiment très forte, entre les quartiers ZUS et les quartiers ouvriers moyens et supérieurs et aussi, d'ailleurs, au niveau individuel, et, en particulier en fonction du groupe migratoire. Un dernier type d'exemple, de facteur contextuel. Il s'agit d'une analyse que nous venons de terminer – toujours en Île-de-France – sur des facteurs contextuels liés à l'obésité. Dans un modèle, nous prenons en compte l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le niveau de revenus, la catégorie socioprofessionnelle et aussi la situation finan-

cière perçue des personnes. Nous ajustons donc cela au niveau individuel. Au niveau contextuel, nous regardons s'il existe des corrélations entre certaines caractéristiques du contexte et la prévalence de l'obésité. Ce sont des choses qui sont quelque peu importées de travaux américains qu'il nous semblait intéressant de reproduire, par exemple en Île-de-France. Nous n'étions pas sûrs de trouver de telles corrélations parce que l'on se dit quand même que les critères sociologiques et l'occupation du territoire restent moins ségrégués, en Île-de-France, que dans certaines métropoles américaines. En outre, il existe des différences au niveau des habitudes alimentaires, par exemple. Nous n'étions vraiment pas sûrs que ces approches feraient émerger quelque chose et pourtant, si. Vous voyez donc, que nous avons des associations - parler d'effet serait un peu rapide - très fortes avec la distance moyenne au magasin d'alimentation. Il s'agit de la distance moyenne entre l'individu et les commerces - tous les individus sont géocodés - et nous regardons quelle est la moyenne de la distance la plus proche d'un individu avec la boulangerie, la boucherie et la poissonnerie qui sont également géocodées dans des systèmes d'information géographiques. Pour la proportion de fast-food parmi les restaurants, il en va de même. Ainsi, autour de chaque individu, il s'agit de tracer un cercle de 500 mètres et d'étudier la proportion d'offres de restauration rapide dans un environnement très proximal. Le nombre de destinations est un autre indicateur, toujours dans un rayon de 500 mètres. Cet indicateur n'est d'ailleurs pas de notre fait, il a été mis à disposition par d'autres sources de données. Il s'agit, parmi trente six destinations, de constater vers lesquelles la population est susceptible de rentrer à pied quotidiennement. Vous constatez que nous avons des corrélations très fortes et que nous nous rapprochons de l'environnement urbanistique. Par ailleurs, sur ces caractéristiques socio-économiques individuelles, les taux d'obésité sont deux fois plus importants dans les quartiers qui comptent la proportion de fast-food la plus conséquente versus la moins conséquente. En outre, ils sont deux fois plus importants dans les quartiers dont le nombre de destinations est

faible. *Grosso modo*, cet indicateur du nombre de destinations permet de différencier les cités-dortoirs – qui ne comptent pas de commerces – des centres-villes dans lesquels l'individu dispose de nombreux services et destinations, pour occuper, par la marche, son territoire.

Pour terminer, trois points assez rapides pour dire qu'il s'agit de sortes de décryptage de morceaux de ces grands modèles théoriques que je vous ai présentés précédemment. Ce sont les contraintes de la méthodologie statistique qui le veulent. Méfions-nous : il n'existe donc pas de loi générale et je voulais terminer là-dessus parce qu'il faut toujours avoir un regard critique sur les hypothèses que nous formulons. Non, il n'existe pas de loi générale. Pourquoi ? Ici, j'ai cité en particulier trois sources de variabilité qui font qu'il est très compliqué et très difficile de transposer les résultats d'une maladie à une autre, d'un recours à une offre de services à un autre, voire même d'un territoire à un autre quand on travaille comme vous sur des échelles très locales. Il existe au moins trois sources de variabilité qui nécessitent de nous réinterroger empiriquement quand il s'agit de construire des actions. D'une part, il existe des variations très importantes dans la portée spatiale des maladies et des comportements de santé que nous voyons apparaître à mesure que nous multiplions ce genre de travaux sur les échelles auxquelles opèrent ces facteurs contextuels. Elles ne sont pas toujours si proximales ou distales que cela et, apparemment, en fonction des événements de santé que nous étudions, elles sont différentes. Et puis, bien sûr – mais peut-être des sociologues en parleraient mieux que moi –, une grande disparité des territoires vécus. Ce que je veux dire par là, c'est que je vous ai montré des modèles qui définissent, pour le moment des territoires, des espaces géographiques continus – ce qui est déjà un grand progrès par rapport à certains territoires administratifs –, qui sont néanmoins, des territoires que l'on fait varier autour du point de résidence des personnes et, évidemment, dans la vraie vie, cela est beaucoup plus compliqué. Je terminerai sur ces trois exemples. La disparité des portées spatiales

est une étude que nous avons effectuée dans une ville suédoise qui présentait toutes les données géographiques et les registres de populations. Nous avons comparé deux dimensions de la santé mentale. À gauche, les troubles liés à la consommation d'alcool. À droite, les troubles névrotiques liés au stress. D'une part, la cartographie n'était pas la même, mais nous recherchions la corrélation statistique dans l'espace ; chaque individu malade étant repéré dans un système d'information géographique sur son lieu de résidence, au mètre près. Nous voyons que cette corrélation spatiale est très différente d'une maladie à l'autre. Par exemple, pour la consommation d'alcool, nous avons l'impression que la corrélation était liée à trois kilomètres sur le territoire urbain alors que pour les troubles névrotiques liés au stress, nous étions dans des corrélations beaucoup plus fines, de l'ordre de 500 mètres. En gardant ce même exemple, nous avons noté une disparité des échelles auxquelles jouent ou pourraient jouer les effets du contexte. Ici, nous avons toujours la même démarche. Après l'avoir ajusté sur des facteurs individuels, nous observions les corrélations entre la pauvreté des habitants du quartier et ces deux variables d'intérêt en santé mentale. Aussi, nous analysions la corrélation du taux de pauvreté de l'environnement avec la fréquence de ce genre de troubles à différentes échelles. Là aussi, dans des systèmes d'information géographique, il était possible de sélectionner les 1 000 habitants les plus proches ou les 500, ou les 250 ou les 100. Donc, dans les grands ensembles, il s'agit carrément des personnes qui habitent à la même adresse que l'individu. Nous avons des corrélations extrêmement fortes qui peuvent « s'interpréter » avec des risques, donc des fréquences de troubles quatre fois plus élevées quand l'environnement est le plus pauvre versus le plus riche. Par exemple, plus on se réduit autour de la personne, plus ces effets liés à la consommation d'alcool se maximisent. Plus le contexte proximal, l'environnement, le territoire très fin étaient pris en compte et plus nous avons l'impression que ces effets, ces disparités liées au contexte de pauvreté s'amplifiaient, alors que pour d'autres données, par exemple le trouble névrotique lié

Pierre Chauvin

au stress, pas du tout. Vous voyez que les effets sont à peu près stables, quelle que soit l'échelle que l'on prend. La troisième source de disparités qui me semble évidemment très importante est ce que j'appelle « la disparité des territoires vécus ». L'un des enjeux de nos travaux de recherche est d'essayer de l'injecter et de la prendre en compte dans des modèles statistiques. Le territoire vécu n'est encore une fois, pas seulement le territoire résidentiel. Je vous ai juste cité ici comme exemple des données issues d'enquêtes sur les transports diffusées par l'IAURIF. Si l'on regarde uniquement les déplacements du domicile au travail et que l'on décide d'injecter aussi dans nos modèles les lieux de travail, les quartiers, les environnements de travail et pas simplement de résidence, vous voyez que ces déplacements sont extrêmement variables en fonction des catégories socioprofessionnelles. Donc, il s'agit certainement d'une dimension à prendre en compte également.

Je vais m'arrêter là. En guise de conclusion, dans ce genre de travaux statistiques d'épidémiologie sociale, il faut essayer d'avoir des approches longitudinales – autrement dit sur la vie entière – et de joindre tout cela dans des approches contextuelles, c'est-à-dire avec ce genre d'utilisation de systèmes d'information géographique. Je vous remercie.

Yves-Laurent Sapoval

Merci pour cette présentation. Je vais demander à Monsieur Michel Joubert, professeur de sociologie, de venir apporter sa contribution à notre débat en demandant simplement aux trois interlocuteurs qui vont se succéder – si nous voulons garder un peu de temps pour le débat – que leur présentation n'excède pas 20 minutes. Les interventions et les contributions de chacun sont extrêmement intéressantes – comme cela a été souhaité. Donc, je propose que chacun se contraigne à cet exercice délicat.

Michel Joubert

professeur de sociologie

Présentation PowerPoint en annexe, p. 307

Merci. Je vais apporter une vision un peu différente, mais complémentaire de celle de Pierre Chauvin avec un point de vue de sociologue impliqué depuis longtemps dans des démarches de recherche-action cherchant à articuler les connaissances avec les processus dans lesquels les publics en difficulté se trouvent impliqués avec les possibilités d'action et celles de changement vis-à-vis des professionnels et les acteurs travaillant au niveau local.

Le premier élément que je voudrais présenter est ce que j'ai appelé un « triangle problématique », qui est au cœur même du questionnement de ce séminaire, c'est-à-dire l'articulation et les mouvements qui s'opèrent entre le sanitaire, le social et le territorial. Cette fois-ci, il s'agit d'envisager, non plus seulement du point de vue des facteurs structurels qui sont à l'origine de la production des inégalités – élément déterminant si l'on veut comprendre l'importance et la nature de ces inégalités –, mais également du point de vue des ressorts sur lesquels il serait possible d'agir et de produire du changement – ce qui est le souci des acteurs, mais également des recherches-actions qui ont été engagées ces dernières années sur les territoires de la politique de la ville. Nous sommes à la recherche, précisément, des points, des logiques et des dynamiques que nous imaginons pouvoir modifier et infléchir et où, en tout cas, les professionnels pourraient se sentir à même d'agir selon leurs compétences. Dans ce triangle, le premier point commun qui articule les trois approches, c'est la question des vulnérabilités ; l'approfondissement et le développement de cette vulnérabilité sociale. J'explique un peu rapidement ce qu'il en est. La santé, l'emploi et l'éducation fonctionnent avec un certain nombre de conditions, de possibilités au niveau de l'usage, des ressources et des capacités d'agir des personnes destinataires.

res d'un certain nombre de services. Ces conditions, précisément avec l'exacerbation de la précarité et l'approfondissement des logiques d'exclusion, se trouvent atteintes. C'est-à-dire que les conditions mêmes permettant d'agir sont affectées indépendamment de la place dans les rapports de production qui là, bien évidemment, majorent les inégalités d'un groupe social à l'autre. Mais quand les possibilités d'agir se trouvent atteintes, c'est-à-dire quand la vulnérabilité individuelle et collective est majorée, les choses se compliquent du point de vue de la possibilité de changer l'état des choses, d'améliorer et d'inscrire, dans l'environnement des personnes, des nouvelles ressources. Donc, nous devons nous interroger – les acteurs, de fait, sont amenés à le faire – sur les conditions qui permettraient de recréer des conditions favorables pour que cette appropriation par les publics en difficulté des moyens et des ressources qui leur sont proposés puisse opérer d'une manière à peu près efficace. La cause de cet accroissement des vulnérabilités sociales est liée également à des causes globales comme nous allons le constater avec la précarisation, mais elles ont aussi trait à l'agencement social dans lequel les personnes se trouvent inscrites et que l'on appelle les supports sociaux, c'est-à-dire ce sur quoi des individus peuvent s'appuyer – les ressources, la référence, les réseaux de relations – pour agir sur leur environnement et sur leurs difficultés. Ces supports sociaux se trouvent atteints, fragilisés et fracturés avec, bien sûr, des situations très variées pouvant aller de l'extrême précarité, avec la perte de la plupart des ressources et points d'accroche, avec le système social et les réseaux sociaux, jusqu'à tout un ensemble de situations intermédiaires où les personnes peuvent cumuler un certain nombre de difficultés.

Les rétroactions dans le champ de la santé sont nombreuses et il est intéressant de les considérer de ce point de vue-là et pas seulement à l'aune des facteurs généraux. Ils ont été particulièrement étudiés dans le cadre des recherches-actions sur trois registres. Premièrement, la santé mentale, où nous voyons se défaire, sur le terrain, la capacité à agir d'un

certain nombre de ressources et de dispositions de la part des personnes. Cette question de la santé mentale est montée progressivement dans le cadre des diagnostics, mais également au niveau des échanges entre les acteurs travaillant auprès de ces publics. Ces acteurs ont pointé l'importance de prendre en compte – sans médicaliser et sans transformer cela en facteur attribut de la situation des personnes, mais comme des facteurs subjectifs extrêmement importants à travailler dans ce que les personnes ressentaient – la démoralisation et tout ce qui pouvait les conduire à se sentir dépossédées, justement, de cette capacité à changer leurs conditions, à utiliser des services, à se mobiliser, à revendiquer et à s'exprimer dans le champ sanitaire et social. Sur ce terrain-là, les vulnérabilités qui s'accroissent quand les personnes, effectivement, se trouvent en état de démoralisation. Il est beaucoup plus difficile alors, de les approcher et de les mobiliser. C'est pourquoi un grand nombre d'acteurs travaille, depuis plusieurs années, sur cette variable et sur ce facteur. Le deuxième registre, ce sont les conduites à risque, un vocable auquel il faudrait mettre des guillemets, et qui désigne grossièrement tout un ensemble d'activités que les personnes engagent pour compenser cette vulnérabilité, pour la déplacer et pour rechercher des activités ou des ressources de substitution qui leur permettraient de surmonter ou de supporter la tension, la précarité ou la difficulté rencontrées à un moment de leur vie. Cette manière de décrypter les conduites à risque est particulière. Évidemment, il s'agit des conduites à risque perçues comme une action, une réponse ou une façon d'agir dans les contextes de précarité, et qui peuvent être travaillées avec des leviers pour recomposer des ressources et des capacités. Je cite ces trois points parce qu'ils ont été beaucoup investis et présentés comme des points centraux dans les diagnostics participatifs. Ce sont des zones un peu floues et un peu transversales qui concernent de nombreux acteurs de secteurs d'intervention pour lesquels les personnes ne se sentent pas forcément outillées à travers leur formation et leurs compétences particulières et où il y a nécessité de réfléchir, de changer de référentiel, de mobiliser des expé-

riences et des capacités à agir qui soient un peu nouvelles. Les ateliers Santé-ville, de fait, font partie des dispositifs qui ont été amenés à explorer, travailler et innover dans le champ de ces trois secteurs.

L'accès au droit, à la prévention et aux soins est plus classique et, en même temps, nous sommes amenés, aujourd'hui, à l'aborder également comme une question complexe, c'est-à-dire que l'accès ne correspond pas simplement à des inégalités structurelles sur lesquelles il suffirait d'améliorer l'information ou la proximité géographique. Il s'agit d'une disposition à utiliser les ressources sanitaires et sociales qui peuvent également se trouver affectées par la précarité. Aussi, retrouver la possibilité de mobiliser et de faire fonctionner les accès est un challenge du point de vue de l'action locale et de la modification de la situation des publics défavorisés. Bien entendu, la concentration sur des territoires spécifiques de ces problématiques et de ces difficultés est un problème parce qu'elle se conjugue, la plupart du temps, avec un déficit de ressources là où précisément elle serait le plus nécessaire. Tous ces éléments se répercutent sur la manière dont les professionnels vont être amenés à exercer leur mission dans leur secteur – droit commun ou actions plus spécifiques – à savoir qu'il existe une nécessité de retravailler et de recomposer les méthodes, les référentiels et les dynamiques de partenariat pour s'approcher au plus près de ce que ces problématiques nous disent des difficultés, mais également des possibilités d'agir sur la situation de ces personnes.

Je vais parler un peu des ateliers Santé-ville parce que je suis amené à les suivre depuis longtemps. Avant leur création avec Fernando Bertolotto et d'autres, nous avons travaillé, au début de la politique de la ville, sur la possibilité de développer, justement, des actions dans le domaine de la santé. Puis, quand les ateliers Santé-ville ont été créés, nous les avons suivis sur des régions pilotes et nous avons travaillé de manière très directe avec des équipes, sur plusieurs portions du terri-

toire. Nous avons donc cumulé un certain nombre de questionnements et de réflexions sur les savoirs qui avaient été engagés et mobilisés dans le cadre des ateliers. Je vais donc essayer de parler à ce niveau-là. Il nous semble que, par rapport à ce que j'ai présenté comme étant le triangle problématique sur lequel se pose aujourd'hui, de manière la plus cruciale, la question sanitaire et sociale, les ASV ont un rôle particulier et une capacité d'action spécifiques, précisément parce qu'ils associent trois registres d'action aujourd'hui essentiels ; à savoir cette méthodologie du diagnostic participatif, c'est-à-dire le fait de construire localement des connaissances qui soient partagées entre des professionnels de secteurs différents et qui vont, du coup, être amenés à restructurer leur positionnement vis-à-vis de leurs publics à travers ces diagnostics et à requalifier leur coopération avec d'autres professionnels. Et puis, surtout, à avoir une vision des processus à l'œuvre. Cette notion de processus est importante dans l'approche des ateliers Santé-ville, c'est-à-dire que l'on ne change pas, à court terme, les grands indicateurs structuraux qui ont été évoqués par Pierre précédemment. Ils sont évidemment décisifs. Il existe tout un travail et des luttes sur d'autres terrains qu'il est nécessaire de conduire pour modifier ces déterminants. En revanche, il existe des processus d'amplification, d'exacerbation des inégalités au niveau local sur lesquelles il est possible d'agir et comme sont amenés à le faire les acteurs engagés dans des démarches de santé locales. Cela suppose des conditions dans lesquelles ces publics, précisément, se vulnérabilisent, rencontrent des difficultés, se confrontent à un certain nombre de déficits sur le plan de l'accès aux ressources. La compréhension de ces mécanismes permet d'infléchir un certain nombre d'entre eux et d'agir également sur les conditions dans lesquelles ils se manifestent. En particulier, tout ce qui relève de la mobilisation des publics, de leur implication, de la coordination des acteurs qui vont travailler à rendre plus lisible et plus visible le type d'aide qu'ils peuvent apporter aux personnes ; ces éléments-là modifient profondément ces processus, c'est-à-dire que les personnes vont porter un autre regard sur ce qu'elles peuvent faire avec

le système de santé, avec ce qui leur est proposé et avec elles-mêmes. Il s'agit donc, évidemment, d'un élément qui peut modifier, non pas les déterminants sociaux des inégalités, mais la manière dont ils vont agir sur des individus ou sur des collectifs de personnes résidant sur un territoire donné. Il est également possible d'expérimenter, de créer de nouvelles manières de travailler. À partir du moment où l'on a décroïsonné et où l'on a créé les conditions favorables à un travail collectif entre des acteurs de secteurs différents – en particulier éducation, sanitaire, social, insertion –, il est nécessaire de créer de nouvelles méthodes et outils de travail. Ici, il s'agit d'un problème de statut de l'expérimentation tout à fait important dans cette démarche. On dirait qu'elle est consubstantielle aux ateliers Santé-ville. Ce travail, qui s'est mis en place pour produire, à partir du local, de la santé publique, est entrain de nous donner la trame de nouvelles manières de travailler et de concevoir les politiques au niveau micro. Que change le fait de travailler dans cette disposition-là, avec ce type d'orientation et d'attention pour les populations concernées ? Il s'agit d'une question essentielle parce que l'objectif est de réduire les inégalités les plus flagrantes et d'améliorer la situation des populations en difficulté. Déjà, sur le rapport aux droits et aux ressources, à partir du moment où il existe une mobilisation et la recherche d'une plus grande cohérence, d'une lisibilité et d'une meilleure communication au niveau local, il est possible de réduire la part de la méconnaissance, la distance et les écarts et de favoriser une plus nette appropriation sur le plan des droits et des ressources. Sur la question des dispositions morales, tout ce qui conduit des personnes en grande difficulté à s'enfoncer ou à se résigner, renforce la mobilisation locale : la manière dont on associe les personnes et dont on leur reconnaît cette capacité à agir sur leurs propres conditions, modifie subjectivement la manière dont elles vont se positionner et, du coup, la manière dont elles vont participer à des changements qui peuvent paraître minimes. C'est-à-dire que les personnes seront toujours en grande difficulté, mais elles aborderont ces difficultés d'une autre manière et profitant de tout un

ensemble de ressources ou de politiques qui leur sont destinées. Plus globalement, un usage dynamique des ressources est possible. Aussi, quand se mettent en place des démarches de santé communautaire, mais aussi des mobilisations et la mise en place de réseaux au niveau local, nous nous apercevons que des synergies se créent avec un partage, des solidarités et la possibilité de reconnaître la situation des personnes qui vont être plus actives et plus présentes sur la scène locale en tant que partenaires potentiels pour les politiques de santé. Malgré tout, à terme, nous pouvons considérer que le support social se reconstitue, ce qui n'est pas utopique. Il est fragmenté et souvent vulnérable, mais la présence d'acteurs dans la durée dont la mission est d'assurer une égale prise en compte des différents publics en difficulté et de leurs besoins est de nature à modifier le paysage en leur donnant la parole.

Pour les professionnels, un travail conséquent a été fait ces dernières années sur les compétences et les référentiels. Il s'agit d'un chantier qui mérite d'être poursuivi et approfondi. Ce sont de nouvelles problématiques qui supposent, pour les acteurs, de sortir de ce qu'étaient leurs habitudes et leur cadre, avec ce qui les met en difficulté par rapport à leur institution et à leur cœur de métier. Mais en même temps, à terme, les personnes dont l'implication dans des démarches de santé au niveau local se sont maintenues, ont accédé à un espace où elles partagent aujourd'hui de plus en plus de nouveaux référentiels d'action leur permettant d'être de véritables acteurs de santé publique. C'est un élément qui change profondément le paysage dans la conception des politiques sur les quartiers en difficulté. Le deuxième élément de changement pour les professionnels est la proximité. Cette question a toujours existé et a toujours été un souci pour réduire les écarts avec les publics les plus en difficulté. Il n'a pas suffi de sectoriser et d'amener des ressources au cœur des quartiers en difficulté : la proximité était aussi battue en brèche dans les têtes, dans les attitudes, dans les interactions entre les acteurs, les institutions et les personnes en difficulté. Il y avait donc quel-

que chose à inventer, à travailler et je pense que dans de nombreuses villes, quartiers ou régions, aujourd'hui, il existe un savoir-faire sur la construction d'une proximité nouvelle avec les personnes en difficulté, qui permet aux professionnels de travailler autrement. L'accessibilité, j'en ai déjà parlé. L'accompagnement est quelque chose qui revient, comme nous avons pu le voir récemment dans les ateliers Santé-ville. Il s'agit d'une autre manière de parler de l'accès, c'est-à-dire que l'on ne peut plus se contenter de distribuer des ressources, d'orienter des personnes ou de diffuser de l'information, mais il faut créer des chemins où les acteurs, les professionnels et les publics en difficulté vont pouvoir voyager ensemble dans un certain nombre de circuits qui sont plus difficiles que d'autres. Je parle en particulier de celui de la santé mentale où il existe une sorte de focalisation sur la psychiatrie et ce que cela peut avoir de dissuasif ou de stigmatisant. Il existe alors un déni ou un refus d'agir ou de chercher des ressources sur son ressenti au regard de sa détresse. L'accompagnement permet de tracer le chemin aidant à travailler sur cette question sans que les personnes se sentent projetées un peu durement vers des professionnels. La prévention est aussi un élément qui, aujourd'hui, est en voie de réinvention par ce travail de proximité, par ce travail local, par cette inventivité, qui s'est développée à travers les démarches ateliers Santé-ville. À partir du moment où l'on pense processus, on cherche à quel moment les choses s'engrènent, à quel moment elles se déclenchent et comment on pourrait modifier ces logiques. Il est possible de le faire au niveau local et on a souvent du mal à le penser à une échelle plus large parce qu'à partir de là, on perd le contact avec les ressources et les logiques qui sont à l'œuvre très concrètement pour les personnes les plus en difficulté. Aujourd'hui, la prévention consiste en une expérimentation à l'échelle nationale sur tous ces quartiers avec des dispositifs mis en place pour modifier et sortir d'une vision déterministe des difficultés majorées que connaîtraient les populations en difficulté sociale et vivant dans ces quartiers.

Je vais récapituler rapidement concernant les supports de mobilisation et le territoire. Le premier point a à voir avec ce que je disais sur les professionnels. Les éléments bougent concernant les référentiels et les partitions classiques qui existaient entre la santé, le social, l'éducation et même, par rapport à la prévention, entre le primaire et le secondaire ; la prévention et la réduction des risques. Sur tous ces points, les choses ont bougé et beaucoup y réfléchissent très bien. Je pense que les ateliers Santé-ville mettent tout cela en œuvre, de fait. Il s'agit d'un terrain d'application privilégié de toutes ces méthodes de travail : travail communautaire, dynamique d'*empowerment* pour ce qui est du rapport entre les acteurs et le public, primat du *care* sur le *cure*, c'est-à-dire de l'attention aux personnes par rapport simplement aux soins et – notamment dans le champ de la toxicomanie, mais qui commence à se répercuter aujourd'hui dans d'autres domaines – la manière dont on travaille avec les personnes telles qu'elles sont à un moment donné pour apporter les petites modifications qui leur correspondront, à leur rythme et dans leur contexte de vie.

Je passe sur le travail en réseau : les conditions dans lesquelles les gens travaillent aujourd'hui dans les réseaux, les logiques d'intervention de partage, d'échange et de composition au niveau des actions qu'ils peuvent développer en commun sont connues. Tout cela est évidemment très important avec une question sur la pérennité et les ressources. Il s'agit d'un autre registre, mais la validité et l'importance de ce travail en réseau sur l'action inhérente à ces processus de vulnérabilisation sont déterminantes. Il s'agit également de ce qui vise à réduire les distances, donc de ce qui a trait aux relais, aux sas et aux passerelles et qui a précisément permis de travailler sur la réduction des distances, d'améliorer des accès. Toute régression à ce niveau serait catastrophique, il faut bien l'avoir en tête. Cette myriade d'expérimentations et d'associations qui se sont impliquées pour créer des ressources au niveau local qui soient bien ajustées aux interrogations et aux difficultés vécues par les publics

Michel Joubert

est tout à fait centrale. Aussi, évidemment, il est nécessaire de trouver – toutes les cartes que l'on nous a montrées sont parlantes à cet égard – une cohérence au niveau des différents cercles de ressources utilisables et accessibles pour les publics et les professionnels afin qu'ils se retrouvent dans les nouveaux dispositifs existants et à venir en matière de santé publique et bénéficient d'une meilleure cohérence et d'une meilleure lisibilité. Je vous remercie.

Questions-Réponses

Yves-Laurent Sapoval

Merci. Je vais rompre le protocole parce que je crois que même si tous les gens présents ici sont très habitués à entendre des interventions et des cours, il est toujours agréable de disposer d'un moment pour poser des questions. Aussi, plutôt que de différer toutes les questions à la fin de la matinée, je pense que nous pouvons en prendre deux ou trois pour que quelques incompréhensions soient levées ou pour donner l'occasion à la salle de préciser un certain nombre de choses avec les premiers intervenants. Y a-t-il une question ? La première question étant toujours plus délicate, je vous propose de passer directement à la seconde. Pas de questions ? J'en ai une très factuelle. Je n'ai pas compris si dans les facteurs de risque d'obésité c'était le fait d'avoir beaucoup de magasins ou peu de magasins proches qui induisait un risque. Il s'agit peut-être d'une question idiote, mais je n'ai pas compris.

Pierre Chauvin

J'ai dû aller trop vite dans l'explication des résultats. Je suis désolé. La faible quantité de magasins est associée à un fort risque d'obésité. Plus l'offre alimentaire de détail est diversifiée et riche dans l'environnement proche et moins il existe d'obèses sur le territoire.

Un intervenant

Moi, il s'agit de la diapositive concernant les filles et les garçons au niveau de l'enfance et de la dépression. Ces données sont-elles croisées avec l'indicateur « risque de viol » ?

Pierre Chauvin

Pour répondre ponctuellement à votre question, nous avons rentré le genre dans le même modèle, mais il s'agissait plutôt d'un facteur d'ajustement parce que comme nous savons, par ailleurs, qu'à l'âge adulte, la prévalence de la dépression est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, là, je vous ai montré un modèle un peu rapide. En réalité, évidemment, il faudrait faire des modèles par sexe, qui sont assez différents l'un de l'autre en particulier pour ce qui concerne la fréquence donc, le poids mesurable statistiquement de toutes les violences – en particulier sexuelles – dans l'enfance.

L'intervenant

Sinon, cela est dangereux parce que l'on peut penser tout de suite que ce sont les histoires culturelles et autres - mais je ne m'entends pas – qui sont à l'origine de cette différence entre les filles et les garçons.

Pierre Chauvin

Non, non, ce n'est pas du tout l'idée de ce modèle. L'idée était uniquement d'ajuster sur le genre parce que nous savons, de façon assez classique, que la prévalence de la dépression est très différente selon le sexe. Donc, il s'agit simplement d'une façon de prendre cela en compte.

Une intervenante

Je voudrais peut-être apporter un petit correctif à ce qui a été dit sur les magasins d'alimentation. En fait, plus l'on a d'allées et venues à faire

pour aller acheter des légumes et moins l'on a de chances d'être obèse, mais plus l'on a de fast-food sur le pas de sa porte et plus l'on a de chances de l'être.

Pierre Chauvin

Oui, absolument. C'était bien pour cette raison que nous avons distingué les trois dimensions.

Yves-Laurent Sapoval

Bien. Évidemment, il ne s'agit pas de notre seule préoccupation, mais quand même.

Une intervenante

Il s'agit également d'une question à destination du Docteur Chauvin concernant la consultation gynécologique. La diapositive montrait que l'*odds ratio* était de 2,77 pour les personnes qui bénéficiaient la Sécurité sociale et, pour les personnes qui n'avaient aucune couverture, elle était de 2,73. Donc, mon interrogation est la suivante : est-ce le fait de ne pas avoir de complémentaire santé qui fait que ces deux chiffres sont très proches ? En d'autres termes, que l'on ait ou non la Sécurité sociale, Existe-t-il le même barrage à consulter quand l'on n'a pas de complémentaire ? Ou est-ce plutôt la problématique d'avance des frais ? Je vous remercie.

Pierre Chauvin

Vous avez répondu à la question. Effectivement, on l'interprète de ces deux manières-là. Juste un bémol sur l'*odds ratio* chez des personnes qui n'ont pas du tout d'assurance maladie ; elles sont évidemment très rares. Donc, dans des enquêtes sur échantillon, cet *odds ratio* est entaché d'une grande imprécision statistique. Cela va probablement dans ce sens-là, mais les deux pistes d'interprétation sont tout à fait celles que vous avez signalées.

François Martin

atelier Santé-ville de Dreux

Au-delà des thématiques précises que vous avez chacun évoquées, l'intervention successive d'un épidémiologiste et d'un sociologue est particulièrement intéressante. Elle l'est parce que le Docteur Chauvin nous a montré des outils relativement sophistiqués pour appréhender une réalité sociale complexe, multiforme et vraiment difficile à quantifier. On éprouve un petit malaise quant à l'approche territoriale. Finalement, celle-ci essaie-t-elle de retranscrire ce qui nous intéresse, c'est-à-dire un état de santé sociologique ? Est-ce qu'il s'agit d'un biais éthique et méthodologique pour, effectivement, essayer d'objectiver des réalités médico-sociales qui concernent des individus, des habitants de quartiers ? Dans les résultats qui ont été présentés, on semble esquisser autre chose que la santé des populations d'un territoire : l'effet territoire en soi, indépendamment des études contextuelles ou biographiques qui pourraient être faites. C'est-à-dire que le fait de faire cohabiter des personnes côte à côte dans un territoire génèrerait ou pas une problématique de santé, eu égard à un certain maillage social. Il s'agit de l'intervention de l'épidémiologiste. Donc, dans cette notion de territoire, de temps en temps, on parle des individus et des populations et parfois,

il s'agit du vrai territoire, du sol. Le deuxième questionnaire concerne le sociologue. Effectivement, nous aimerions bien – et, évidemment, nous sommes tous ici d'accord avec ce que Michel Joubert vient de nous expliciter –, après quand même pas mal d'années, qu'il y ait des outils nous permettant de dire : « Sur tel ou tel territoire, il y a un atelier Santé-ville qui fonctionne depuis cinq ans » et nous souhaiterions donc pouvoir commencer – je ne dis même pas évaluer – parce que là aussi, Monsieur Joubert a terminé son intervention en disant qu'avec la mise en place des ARS, il va falloir légitimer, une fois de plus, des moyens et nos actions dans les villes. Si nous n'avons pas un minimum d'indicateurs quantitatifs – de la même manière que Monsieur Chauvin les présentait –, nous aurons des difficultés. C'est là un plaidoyer pour que Messieurs Joubert et Chauvin se rencontrent afin d'élaborer des outils nous permettant à nous, modestement, dans les ateliers Santé-ville, d'avoir un peu plus de légitimité et de crédibilité quand nous frappons au guichet de l'ARS.

Yves-Laurent Sapoval

Votre question ne s'adresse pas directement à quelqu'un ou alors à moi. C'est ce que je craignais. La réflexion de ce matin est bien liée à cela. Elle témoigne de cette préoccupation. Dans ce que vous exprimez, je crois que le travail de Monsieur Chauvin porte sur des territoires qui sont aussi des sommes d'individus et, dans ce sens, certains indicateurs m'ont semblé être adaptés. Sur la question des risques de dépression, je pense qu'il s'agit de voir dans quelle mesure est corrélé l'indicateur territorial à la question de la somme des indicateurs individuels que les gens ont peut-être plus de chances de présenter à ces endroits-là. Sur ce sujet, j'ai la sensation qu'il existe des risques de biais statistiques, mais que nous sommes sur le bon chemin.

Concernant la question de la légitimation du travail, oui, nous devons montrer collectivement que c'est efficace, que cela fonctionne et qu'il y a une vraie nécessité à le faire. C'est en effet l'objet de notre travail de ce matin. Les précautions prises par la statistique sur ce sujet sont très nombreuses et à juste titre. Ces dispositifs se justifient et se défendent aussi par votre présence ici et par le fait qu'il existe une culture commune de l'action territorialisée en matière de politique de santé. Aussi, cette culture se fabrique en particulier ici. Je dirais que ponctuellement, sur certains territoires et sur certaines cibles, nous avons d'ores et déjà des indicateurs de résultats précis et tout à fait efficaces. Pour exemple, je citerai la question de la lutte contre le saturnisme infantile et la coordination qu'elle nécessite au niveau local. Nous savons comment cela progresse dans certains endroits.

Dernière chose pour abonder dans le sens de la nécessité de développer des systèmes d'information et d'observation locale : vous avez eu à l'entrée un guide de l'observation locale produit par la Délégation interministérielle à la ville en collaboration avec la Fédération nationale des agences d'urbanisme, qui donne un certain nombre de sources documentaires permettant de mieux avancer. Le travail est en cours, et il l'est ici même.

Docteur Le Bihan

DDASS de Charente

Il s'agit d'une position de médecin inspecteur de la DDASS de Charente, dans laquelle nous avons parlé d'un diagnostic par pays. Je suis sur les établissements de santé et ce qui m'a frappée quand j'ai pris mon premier poste, c'est que l'on m'envoyait défendre deux dossiers sur les réseaux et notamment un réseau santé sociale sur le nord-Charente caractérisé par tous les indicateurs de précarité et de problème de périnatalité que l'on a cités. Quand je suis arrivée au niveau de la DRDR, la

variabilité des intervenants, la position de certains médecins inspecteurs régionaux ou de certains intervenants en région n'était pas la même que celle des départements. On m'a expliqué que les femmes de Charente n'avaient qu'à aller accoucher ailleurs si elles ne pouvaient pas accoucher là et que le social n'était pas de la santé publique. Au bout d'un moment – ayant exercé en tant que médecin généraliste en Creuse à une époque où il n'y avait pas les mêmes facilités qu'aujourd'hui – je suis partie faute d'arguments. Quand on parle de transversalité, il existe très peu de dialogue, même au sein d'une DDASS, entre les personnes qui s'occupent des établissements de santé que l'on m'a confiés et, par exemple, ma consœur qui s'occupe soi-disant du social alors qu'en principe, nous devrions travailler ensemble. J'ai travaillé comme contractuelle au sein de la DDASS du Lot-et-Garonne, sur le handicap et j'ai pu constater que chaque fois que des problèmes apparaissaient, ils étaient le fait des moyens financiers octroyés. Aujourd'hui, par exemple, on nous demande des indicateurs, mais dans le GRSP ou la LOLF – et les associations les premières –, les outils varient à toute vitesse comme cela est le cas pour les outils informatiques. Aussi, elles sollicitent notre aide, ne comprenant rien à ce qu'il leur est demandé de remplir. Ma position de médecin inspecteur me permet donc de dire que nous avons beaucoup de difficultés. Cela va être revu parce que les DDASS vont changer, mais je souhaitais que les ARS nous apportent le plus : la facilité de répondre de façon rationnelle à partir de l'épidémiologie et de la sociologie ; de toutes les disciplines dont les intervenants de terrain ont besoin en somme, sinon, cela ne sert à rien. Des personnes viennent nous parler et des médecins sont intéressés, mais nous, médecins inspecteurs, nous répondrons que nous sommes bien conscients, mais nous ne pouvons par leur dire que les personnes s'en moquent au niveau régional. Quand nous sommes face à la liste des indicateurs de la loi de santé publique, nous sommes parfois bien en peine de les remplir à cause de la multiplicité des missions qui nous sont confiées.

Yves-Laurent Sapoval

Merci de cette intervention. Je n'ai pas compris qu'il s'agissait d'une question. Nous aurons évidemment l'occasion d'avoir d'autres interventions comme celles-ci. Nous allons poursuivre avec Madame Caria.

Aude Caria

psychologue et responsable de la Maison des usagers du Centre hospitalier Sainte-Anne

Présentation PowerPoint en annexe, p. 312

Bonjour. Je suis psychologue de formation, c'est pourquoi je vais parler de santé mentale, après les points de vue épidémiologique et sociologique, voici les points de vue psychologique et psychiatrique. Je suis responsable à l'hôpital Sainte-Anne, à Paris, de ce que l'on a appelé une Maison des usagers, qui est un lieu d'accueil et d'information sur la santé mentale ouvert à tous, et qui a la particularité de ne pas être géré par des professionnels de santé, mais par une coordination d'une quinzaine d'associations de malades qui répondent aux questions, qui développent de l'autosupport, de l'entraide et qui participent à ce que l'on a appelé la prise de pouvoir ou *l'empowerment* des usagers des services de psychiatrie. Je parle un peu de ce point de vue-là, c'est-à-dire d'un point de vue de professionnel qui aide au développement et au respect des droits des personnes ayant des problèmes psychiatriques. Je m'exprime également au titre de chargée de mission du centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale qui développe, depuis plusieurs années, une enquête nationale et internationale appelée « Santé mentale en population générale : images et réalités ». Cette enquête explore à la fois les représentations des maladies mentales dans la population et le côté épidémiologie psychiatrique. Je me baserai donc sur les résultats de cette enquête pour argumenter mon propos.

On m'a demandé de répondre à la question : avons-nous avancé sur la question de la santé mentale dans la cité ? Il s'agit d'une gageure et je n'aurai pas la prétention de vous tracer un tableau exhaustif de tout ce qui se passe en France dans ce domaine. Ce que j'ai compris de la question que Catherine Richard a souhaité me voir traiter, est de savoir, finalement, où en est le système de soins psychiatriques dans sa démarche d'intégration dans la communauté. C'est-à-dire qu'il s'agit de savoir où nous en sommes du passage de la psychiatrie asilaire d'origine, enfermée derrière ses murs, à des équipes présentes sur la place publique et travaillant en partenariat et en coopération avec l'ensemble des acteurs. Si je formule les éléments de la sorte, vous pouvez vous y retrouver et reconnaître des thématiques dont nous avons déjà parlé ce matin et dont nous venons encore de voir qu'elles ne sont pas évidentes à mettre en place. Nous devons nous demander comment travailler ensemble en ayant des compétences différentes et en intervenant sur des territoires donnés, mais aussi chercher à comprendre pourquoi nous ne nous contentons pas d'une vision sanitaire des choses quand il est question de psychiatrie et surtout de santé mentale. Finalement, comment passe-t-on d'une vision uniquement médico et hospitalocentrée à une vision de santé publique ? Je vais donc essayer de montrer en quoi, justement, la problématique de ce passage vers la santé mentale est paradigmatique de toutes les questions se posant autour de la santé.

Je vais essayer de définir la santé mentale, ce qui n'est pas simple. Ensuite, j'exposerai quelques notions de manière à compléter les précédentes présentations, sur la prévalence des troubles psychiques dans la population générale, pour donner une idée des diversités et des déterminants de santé. Dans un troisième temps, je vous propose de faire un bilan de la santé mentale dans la cité, c'est-à-dire sur le déploiement des équipes de psychiatrie dans la cité pour un travail en partenariat. Où en sommes-nous ? Avons-nous les indicateurs qui pourraient nous donner de la lisibilité dans un domaine qui est encore assez opaque ? Enfin, je

terminerai sur une ouverture concernant la réponse adaptée étant donné que le passage obligé est évidemment le partenariat.

De quoi parlons-nous ? Nous sommes dans un domaine sémiologique varié et variable. Si vous entendez les différents discours, quel qu'en soit l'émetteur, vous avez différentes façons pour qualifier le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Là, on parle de « la maladie mentale » comme si une entité unique expliquait toutes les pathologies ou, parfois, « des maladies mentales ». Ce n'est jamais clair. Il est également question de maladies psychiatriques sachant que souvent, dans la population, ce terme renvoie au handicap mental alors que nous ne sommes pas du tout dans le même champ. Il s'agit de la maladie psychiatrique ou de la maladie psychique. Nous avons eu récemment, l'introduction du terme « psychique » pour atténuer la charge péjorative du mot « psychiatrique », sans doute. On parle aussi de trouble mental. Donc, nous ne sommes plus dans un concept générique de maladie, mais dans un concept plus spécifique de trouble, avec la notion qu'un trouble est passager, moins figé qu'une maladie et qu'il stigmatise moins les personnes ; néanmoins, avec une ambivalence étant donné qu'il s'agit d'un trouble psychique. Certains professionnels de la psychiatrie continuent aussi à faire des différences entre les névroses, les psychoses et les perversions. Ici, vous constatez que l'on change complètement de champ sémiologique. Ainsi, nous ne sommes plus dans une description de symptômes qui s'organisent en syndromes et en maladies, mais dans des descriptions de problématiques à partir de la structuration de la personne.

En février 2005, dans le cadre de la réforme de la loi de 1975 sur le handicap, nous avons vu apparaître la notion du handicap psychique, qui vient compléter le champ du handicap sensoriel et moteur pour ajouter la dimension du handicap acquis en tant que conséquence d'une pathologie psychiatrique. Il faut souligner que la reconnaissance de ce handicap a été une grande victoire puisque cela ouvre des droits identiques aux personnes, c'est-à-dire qu'on reconnaît le fait qu'une maladie psychiatrique peut avoir des conséquences pouvant ouvrir droit à une com-

pensation, au même titre que d'autres pathologies. Nous parlons également de différentes sémantiques au niveau des diagnostics. Pour catégoriser les schizophrènes, par exemple. Pour atténuer quelque peu et pour être un peu plus politiquement corrects, nous pouvons parler de « personnes souffrant de schizophrénie », ce qui allège la charge, ou bien de « personnes ayant des problèmes de santé mentale » ou « vivant avec ce problème de santé mentale ». Les Québécois – qui sont allés très loin dans le politiquement correct – parlent de « personnes usagères de services de santé mentale ». Nous sommes donc dans quelque chose qui ne vous définit plus en tant qu'individu par rapport à un statut de malade, mais par rapport à l'utilisation d'un service.

Les cadres de référence théoriques sont très variés, qu'il s'agisse de la psychodynamique héritière de Freud ou des théories cognitivistes. Il existe également d'autres cadres de référence comme l'ethnopsychiatrie, qui se sont développés au fur et à mesure que les habitants des anciennes colonies françaises sont arrivés en métropole. Les cadres de référence sont également variés en fonction du professionnel qui parle. Ainsi, les psychanalystes ne vont pas avoir tout à fait le même cadre de référence que les psychiatres, même si certains d'entre eux sont psychanalystes. Les psychologues ont reçu encore une autre formation et nous ne parlons pas du même point de vue que les neurologues. Mais je pourrais également citer les sociologues, les épidémiologistes, les travailleurs sociaux, les éducateurs ou les élus. Nous avons tous une vision et un cadre théorique différents. Ainsi, les médecins généralistes n'ont pas le même cadre de référence théorique que les psychiatres. Au niveau de l'étiologie, nous sommes également dans un domaine peu défini dans la mesure où l'étiologie des pathologies psychiatriques est encore un champ de recherche très actif, qu'il s'agisse d'hypothèses génétiques, psychodynamiques, neurobiologiques ou systémiques. Ainsi, nous sommes de plus en plus dans une tentative de construction de modèles qui vont intégrer tous ces facteurs-là. Donc, comme pour l'épidémiologie

sociologique, nous voyons qu'il s'agit d'intégrer de nombreux facteurs pour arriver à cerner l'être humain.

Il existe également des cadres de référence variés au niveau des classifications des maladies entre la classification américaine et la classification internationale des maladies, développée par l'OMS. Dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, le problème est que nous n'avons pas de marqueurs biologiques. Par ailleurs, nous ne disposons pas de mesure de référence ou de critère de validité extérieur absolu et il existe une profusion de définitions de la santé mentale et de la souffrance psychique. Là, je cite Michel Joubert, qui parle de dualité entre la santé mentale en tant que bien-être absolu défini par l'OMS et d'un autre côté, la maladie mentale, mais sans solution de continuité. On est souvent dans cette bascule-là, c'est-à-dire que soit on est du côté de la santé mentale, soit on a basculé du côté de la maladie mentale et tout va mal. En fait, on se rend compte qu'il existe une multitude d'échelons intermédiaires entre ces différentes situations, mais que cette dualité organise le système de soins et les représentations, alors qu'il faudrait qu'il existe autant de dispositifs que d'étapes et pas uniquement la psychiatrie, qui répondrait dès que l'on parle de maladie mentale.

Cela renvoie à la notion de construction sociale du trouble psychique. Là, je cite les travaux d'Anne Lovell, qui explique comment, à partir de l'interprétation des états et comportements d'un individu, on va le classer ou pas du côté de la santé mentale. Cela dépend de la façon dont les signes que manifestent la personne sont interprétés par l'individu lui-même, mais aussi par son entourage, par les agents sociaux ou par un professionnel de santé. Donc, cette première étape de reconnaissance de la maladie se fait ou ne se fait pas. À partir de ce moment-là, cela va être interprété en fonction de l'interlocuteur, soit comme un trouble psychique, soit comme un problème de santé mentale ou un problème social. Cette étape de reconnaissance de la maladie peut arriver à l'expression ou pas d'un besoin d'aide ou de soins qui peut aboutir à une demande de prise en charge ou pas. Vous voyez qu'à chaque moment

de ce processus, la personne peut aller dans une direction ou dans une autre. Aussi, s'il y a une prise en charge, en fonction de tous les déterminants dont nous avons pu parler précédemment, elle sera « formelle » ou « informelle », c'est-à-dire sous la forme d'un auto-support. Pierre Chauvin nous a montré que le rôle du support est essentiel dans le domaine de la santé et que les psychiatres ne régleront certainement pas tous les problèmes de la vie. Ainsi, une multitude de personnes peuvent intervenir aux différents niveaux en fonction du parcours qu'aura fait la personne auparavant. Il est par conséquent difficile de savoir ce qu'il faut définir en termes d'épidémiologie. Aucun outil n'est parfait et il s'agit de prendre en compte d'autres critères que simplement une description de symptômes comme les conséquences dans la vie quotidienne, la consommation de médicaments ou la recherche d'aide.

Quand nous parlons de santé mentale, nous ne désignons pas tous la même chose. Les limites du champ sont floues et l'évolution n'est pas stabilisée. Malgré tout, je vais essayer de vous donner quelques éléments sur la prévalence des troubles psychiques en France à partir de l'enquête dont je vous ai parlé. Cette enquête a été menée par le centre collaborateur de l'OMS avec un objectif socio-anthropologique (décrire la représentation de la folie, de la maladie mentale et de la dépression) et un objectif épidémiologique sur les prévalences. Il s'agit d'une recherche-action. Ainsi, partout où elle a été menée depuis plusieurs années, nous travaillons avec l'accord de la municipalité sur laquelle a lieu l'enquête au moyen d'un partenariat entre les équipes de psychiatrie, la municipalité et les écoles d'infirmières. Donc, nous formons de futurs infirmiers et infirmières à mener cette enquête, ce qui permet de les sensibiliser à la question de la santé mentale et à celle de la lutte contre la stigmatisation de ces pathologies en tant que futurs professionnels. Nous avons formé plus de 2 000 infirmiers dans ce domaine. L'objectif est d'aider à la prise de conscience des problèmes de santé mentale au niveau des villes pour favoriser le développement d'une psychiatrie intégrée dans la

cité. Nous ne sommes pas au niveau des microterritoires, mais il s'agit d'une vision plus macro, au niveau de la commune. Nous avons réalisé cette enquête sur environ 40 000 personnes. Une restitution publique des résultats de l'enquête a été faite. Il est sûr que quand nous montrons les résultats à un élu et qu'il se rend compte que 30 % de sa population ont des problèmes de santé mentale, il commence à se sentir concerné.

Quelques éléments sur les représentations de la maladie mentale selon les divers actes et comportements. Nous demandions, par exemple, aux gens : « Selon vous, une personne qui commet un meurtre est-elle folle, malade mentale ou dépressive, ou aucun des trois ? » La grande majorité des gens répond qu'il s'agit d'abord d'un fou ou d'un malade mental. Il existe donc une corrélation très forte entre maladie mentale et criminalité. En revanche, selon ces mêmes personnes, une personne qui pleure souvent, qui est triste, est assimilée à un dépressif. Donc, du côté des représentations rien n'a changé, c'est-à-dire que l'on pense toujours qu'un fou est un criminel et qu'il faut l'enfermer à vie au sein d'un hôpital psychiatrique. Concernant la perception de l'exclusion, nous demandions : « Selon vous, un fou, un malade mental ou un dépressif est-il exclu de sa famille, de la société et de son travail ? » Nous constatons que la perception de l'exclusion est très forte, c'est-à-dire qu'il s'agit de pathologies fortement stigmatisées qui empêchent une identification. Aussi, le milieu du travail est conçu comme le plus excluant par rapport aux problèmes psychiatriques. 32 % de cet échantillon ont au moins un trouble détecté par le questionnaire (dépression, trouble anxieux, abus d'alcool ou de drogue, syndrome d'allure psychotique et risque suicidaire élevé). Si je prends l'épisode dépressif, et juste pour insister sur les inégalités et les facteurs de risque, on constate qu'il touche toutes les catégories sociales, mais qu'il est plus fréquent chez les femmes, mais aussi les personnes au chômage et inactives et les personnes séparées ou divorcées. Or, 30 % des personnes qui cumulent ces deux derniers facteurs de risques, ont un épisode dépressif. On constate également qu'il

existe une comorbidité forte, c'est-à-dire qu'en général, on n'a pas un épisode dépressif tout seul. L'anxiété généralisée touche plus les femmes, les chômeurs et les personnes séparées ou divorcées. Nous ne sommes pas en train de désigner des catégories parce qu'en termes de chiffres absolus, l'anxiété touche davantage les personnes mariées. Le mariage protège plus les hommes que les femmes de la dépression. Par ailleurs, les syndromes d'allure psychotique concernent davantage les hommes, les inactifs, les chômeurs et les personnes séparées, divorcées ou célibataires. Si l'on s'intéresse au risque suicidaire élevé, on constate qu'il concerne tout de même 2 % de la population et qu'on le retrouve davantage chez les personnes séparées ou divorcées et chez les jeunes.

Un petit zoom sur la corrélation entre troubles dépressifs, risque suicidaire et catégorie socioprofessionnelle. Nous remarquons que les deux catégories qui sont le plus à risque au niveau de la dépression et du suicide sont les personnes au chômage ou inactives et les étudiants, alors que les cadres sont moins touchés. Donc, nous retombons sur les mêmes résultats. En outre, quand on demande aux personnes dépressives si leurs problèmes les ont gênées dans la vie de tous les jours, elles confirment à 65 %. Aussi, on constate que ces personnes consultent d'abord leur médecin généraliste à propos de cette dépression. Enfin, parmi les personnes diagnostiquées comme ayant un épisode dépressif, 48 % ont déjà pris des anxiolytiques. Les troubles sont fréquents, ils concernent tout le monde et les facteurs de risque sont psychosociaux (isolement, précarité, chômage). Les inégalités sociales face à la santé mentale ne se distinguent donc pas des inégalités sociales face à la santé en général. Je citerai Pierre Surault qui a analysé les données sociologiques de l'enquête : « C'est le cumul des facteurs défavorables qui agit en synergie et entraîne une détérioration de l'état de santé aussi bien psychique que physique et fragilise des catégories très ciblées de la population ». Pour plus de 74 % des personnes, le maintien dans le milieu familial des personnes ayant des troubles psychiques est possible s'il s'accompagne de

soins et de traitements. Cet élément oblige donc les professionnels à travailler en proximité et pour le maintien dans le milieu de vie. Cet élément nous montre également qu'il faut poursuivre l'information sur les maladies et rendre plus visible et accessible le dispositif de prise en charge, mais également travailler en réseau avec le médecin généraliste parce que c'est chez celui-ci que les gens vont chercher des soins.

Santé mentale dans la cité : où en sommes-nous ? Le gros enjeu des soixante dernières années pour le champ de la psychiatrie a été de sortir de l'isolement hospitalier et de se répandre dans la cité. Il s'agit de la philosophie de ce que l'on appelait la psychiatrie de secteur avec une mise en place de soins sur un secteur géographique. Nous constatons que cette tendance est générale au niveau des pays européens si l'on se réfère aux tendances de diminution du nombre de lits psychiatriques en Europe de 1978 à 2002. Cela ne signifie pas que les malades mentaux ont été remis dans la rue, mais que l'on a voulu changer de système de soins, avoir des soins plus humains, donc développer des systèmes de prise en charge en amont de l'hospitalisation, développer la prévention de la crise et de l'hospitalisation pour prendre en charge les gens au plus près du territoire de vie. Selon la recommandation de l'OMS en 2003, mettre en place des services de soins de proximité signifie qu'ils doivent se trouver près du domicile avec des ressources résidentielles locales, mais aussi des équipes mobiles qui vont intervenir à domicile. Enfin, ces services de soins de proximité doivent être adaptés aux besoins de chaque individu, respecter les droits de l'homme, refléter les priorités des usagers eux-mêmes – on reconnaît la démarche de l'atelier Santé-ville – et être coordonnés. Au niveau du centre collaborateur de l'OMS, nous avons choisi six critères de bonne pratique de l'OMS pour des services de proximité et nous avons essayé de voir ce que cela donnait si l'on appliquait ces critères aux modalités de fonctionnement des services de psychiatrie en France. Les six critères sont les suivants : pas de service d'hospitalisation fermé, plus de 50 % des personnels extra-hospitaliers,

une permanence téléphonique constante, un service toujours en relation avec les médecins généralistes, au moins une réunion par mois avec les associations d'usagers et de famille, et l'organisation de la réponse à l'urgence. Ces six critères des bonnes pratiques ont été définis au niveau européen. Si nous prenons les rapports d'activité des secteurs de la psychiatrie de 2003, vous voyez que 30 % des huit cent trente services de psychiatrie en France ont plus de 50 % de leur personnel exerçant dans la cité. Aussi, 21 % des services sont constamment en relation avec les médecins généralistes, c'est-à-dire que 80 % des services de psychiatrie ne travaillent pas en lien systématique avec les généralistes. Quant à l'implication des personnes concernées dans l'organisation de l'offre de soins, nous sommes à 5 %. En 2003, vingt-trois secteurs remplissaient cinq critères et trois en remplissaient six. Le lien constant avec les médecins généralistes est encore plus éparpillé et ce ne sont pas forcément les mêmes, comme vous pouvez le constater. Par ailleurs, les services qui regroupent trois critères se situent au Centre, en Bretagne et dans le Nord. Ensuite, si l'on observe les critères pour la possibilité de mise en place concrète de services de proximité, nous sommes obligés de nous interroger sur le nombre de lits disponibles et sur le nombre de personnes hospitalisées depuis plus d'un an, ce qui pose tout de même un problème parce que les chances de réinsertion sociale diminuent de jour en jour. Cette carte montre les endroits où ces critères ont eu des difficultés à se développer dans la communauté. Il faut savoir que les personnes qui restent plus d'un an au sein d'un service psychiatrique n'ont pas forcément besoin de soins. En effet, actuellement, treize mille personnes sont hébergées à l'hôpital psychiatrique parce qu'elles n'ont pas de solution d'hébergement adaptée. Il y a donc la nécessité de travailler avec les élus pour faciliter l'accès des personnes handicapées psychiques aux logements sociaux, mais il s'agit également de travailler de concert avec les bailleurs pour assurer un suivi. Concernant le nombre de lits en hospitalisation à temps plein, nous constatons une corrélation. Ainsi, plus il y a de lits, plus les gens restent longtemps. Là encore, la vindicte popu-

laire « Donnez-nous des lits » est une fausse réponse à une vraie question, c'est-à-dire que plus on a de lits, plus on va laisser les gens hospitalisés longtemps et moins on va développer les services de proximité. En fait, il s'agit de prendre les choses à l'envers, c'est-à-dire qu'il faut développer les services de proximité et mettre les moyens dans la communauté.

Le nombre d'hospitalisations sans consentement est également très variable. Nous avons une offre de soins très inégalement répartie et des modalités d'organisation des soins hétérogènes.

La psychiatrie de secteur a inventé le travail en réseau dans la communauté il y a plus de soixante ans. Ce réseau devait être fonctionnel sur un territoire de santé donné. Nous voyons que la question de la santé mentale agit comme révélateur des obstacles et des atouts de ce modèle pour l'ensemble du champ de la santé publique, c'est-à-dire que l'on ne peut pas travailler seul. L'offre de soins n'est pas répartie géographiquement par rapport aux indicateurs plus fins, autrement dit, les indicateurs sociaux, alors que l'on sait que les besoins de soins sont corrélés aux caractéristiques sociologiques. Donc, il faudrait vraiment articuler l'offre de soins au niveau microlocal. Dans le 14^e arrondissement de Paris – qui n'est pas le plus pauvre et le plus démuné –, cent cinquante psychiatres sont installés en libéral. Est-ce là qu'il y en a le plus besoin ? Je ne vous parle pas des services de soins psychiatriques publics où quantité de psychiatres interviennent. Je cite un élu qui disait : « La santé mentale, tout le monde la fait, mais personne ensemble ». Nous pourrions remplacer la santé mentale par le terme « santé ».

Nous connaissons les solutions et je ne vais donc pas insister. Il s'agit de décroisonner les pratiques et les professionnels et de travailler ensemble, d'agir sur les déterminants de santé pour agir sur la santé. Ici, je voudrais souligner le rôle essentiel des élus dans cette mise en place parce que ce sont les garants de la cohésion sociale au niveau des territoires et du bien-être des populations. La prise en compte de la dimension de la santé mentale est vraiment nécessaire puisque l' élu est le seul qui puisse convoquer l'ensemble des partenaires pour essayer de coordonner les dispositifs qui sont une sorte de millefeuille indigeste. Il existe évidemment des outils tels que les conseils locaux de santé mentale, mais je ne vais pas les développer. Pour conclure, je vais tenter de répondre à la question : « Avons-nous avancé ? ». Non, pour ce qui concerne les représentations et la discrimination. Oui, sur la question des droits des usagers. Non, en ce qui concerne l'hospitalocentrisme, mais oui concernant le développement du dispositif de soins dans la communauté. Je rejoins d'ailleurs l'optimisme de Michel Joubert, car des choses se développent même si nombre d'entre elles, encore, ne se réalisent pas. Nous avons avancé, mais pas partout. Nous avons avancé, mais pas tout le monde. Nous avons avancé, mais pas tous en même temps. Nous avons avancé, mais ce n'est qu'un début.

Annick Fayard

directrice du développement de l'éducation pour la santé, INPES

Présentation PowerPoint en annexe, p. 309

Je remercie la DIV d'avoir invité l'INPES à participer à cette réflexion, à cet échange, aujourd'hui. Cela me permet de vous présenter une direction de l'INPES que vous ne connaissez peut-être pas, c'est la direction du développement. Nous avons deux départements : l'un s'intéresse à tout ce qui est qualité, formation et qualité des pratiques ; l'autre concerne le partenariat et le développement régional. Nous sommes aussi présents dans l'ensemble des GRSP, où nous siégeons en tant qu'administrateurs.

Par rapport aux interventions précédentes, nous avons des enjeux communs. D'une part, des enjeux forts d'articulation entre la recherche et les pratiques, puisque les exposés précédents nous ont montré que notre niveau de connaissance, bien qu'incomplet, était quand même très étayé aujourd'hui. La manière de relayer cette connaissance dans le champ des interventions et des pratiques est aussi un enjeu. J'en relève-
rai rapidement un autre : celui des niveaux d'intervention et de leur articulation. L'INPES se situe bien au niveau national. Nous venons de voir que l'articulation avec le niveau régional était une véritable question à l'heure où un projet de loi est en cours d'élaboration, notamment sur la mise en place des agences régionales de santé, mais aussi dans la perspective d'élaboration de plans locaux de santé. Ensuite, il existe un enjeu méthodologique, puisque dans les interventions précédentes, ont été évoquées de manière assez récurrente, des questions relatives aux méthodologies mises en place pour avancer dans ce domaine et pour élaborer de nouveaux outils en santé publique.

Aude Caria a commencé son intervention en essayant de faire glisser une vision plutôt centrée vers les soins, vers une vision de santé publique. En ce qui me concerne, je vais essayer de passer d'une vision de santé publique, vers une vision de la promotion de la santé, en essayant de l'étayer sur les réflexions précédentes, notamment celles de Pierre Chauvin et de Michel Joubert. Ensuite, j'essaierai de réfléchir avec vous aux raisons pour lesquelles l'implication des villes est essentielle, et aux moyens d'agir pour contribuer à réduire les inégalités sociales de santé et puis à leur articulation avec l'INPES.

Bien évidemment, la promotion de la santé est l'approche actuelle, qui nous permettrait de prendre véritablement en compte les déterminants de santé, dont nous venons de voir qu'ils étaient prégnants et qu'il fallait les prendre en compte pour que nos actions aient un impact. Cela signifie aussi que les approches, aujourd'hui plutôt centrées sur les individus

et sur les facteurs de risques individuels, qui sont les facteurs proximaux sur lesquels nous faisons porter nos actions, ont des limites. Cela veut dire que vraisemblablement, nous allons devoir orienter davantage nos actions sur des approches plus sociologiques, nous pencher plus particulièrement sur les déterminants structurels, ceux qui façonnent les comportements individuels et qui sont donc en amont, et ceux qui façonnent la capacité des individus à adopter des comportements de santé. Nous n'aborderons donc pas directement ces comportements de santé, mais nous nous pencherons sur les pratiques, les méthodes et l'éthique dans laquelle les professionnels vont se situer.

Les conditions dans lesquelles les personnes vivent et travaillent seront les déterminants à prendre en compte, dans leur dimension spécifique du contexte social, ayant un impact sur la santé, ainsi que les mécanismes par lesquels les conditions sociales se répercutent sur la santé. À ce sujet, les interventions qui précèdent ont été une illustration forte de cette nécessité.

Pourquoi la promotion de la santé ? La Charte d'Ottawa de 1986 nous rappelle des conditions de base, qui sont celles des déterminants qui comptent, notamment le logement, mais également la possibilité d'accéder à une alimentation saine, à l'éducation, de disposer d'un revenu minimum, d'un écosystème stable et d'être traités équitablement. Elle nous propose aussi des stratégies, qui pourraient vraisemblablement orienter des modalités d'intervention à combiner. Donc, cinq stratégies : des politiques publiques saines, des milieux favorables à la santé, un travail important sur l'action communautaire – Michel Joubert l'a fortement évoqué – le développement des aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé.

Ce processus favorise la participation et la mobilisation de tous. L'action, en termes de stratégie d'intervention, va se situer non seulement au niveau des professionnels et des institutions, mais aussi au niveau des personnes. C'est un véritable défi que nous allons relever.

C'est une dynamique de santé qui va générer du développement social, et là aussi, nous allons nous apercevoir que la santé, dans une acception plus large, va être un véritable facteur de développement économique et social. Dans ce sens, il est important de souligner que cette dynamique de santé, qui est celle de la promotion de la santé, génère du développement social et du développement économique.

Les stratégies d'intervention reprennent globalement ce qui a été dit, notamment par Michel Joubert. Il s'agit de travailler plutôt sur les capacités des individus et aussi tout ce qui est mobilisation sociale, donc toutes les dimensions collectives, puisque nous ne sommes plus seulement là sur les individus, le contrôle perçu et les ressources personnelles, mais aussi sur le développement des compétences en termes de représentation. Nous avons parlé des usagers, mais il peut aussi s'agir des associations dans leur implication, d'autres formes de représentations collectives, qu'il faut étayer, en essayant de favoriser le développement des compétences psychosociales par des activités de groupe liant à la fois la négociation, le positionnement individuel, la prise de décision, les constructions collectives, le travail sur la connaissance de soi, l'appartenance et les compétences. C'est l'une des modalités et des stratégies qu'il va s'agir de mettre en œuvre.

Bien évidemment, agir sur les ressources personnelles n'est pas suffisant, notamment si nous n'agissons pas en même temps sur l'environnement, tant organisationnel, que physique et social. Par rapport à une approche qui consisterait à développer les capacités des individus et les représentations collectives dans lesquelles ils s'inscrivent, il s'agit bien de soutenir l'adoption de politiques publiques favorables à la santé, pour rendre des environnements ou pour créer des conditions de vie et économiques ayant un effet positif sur la santé et sur la réduction des inégalités sociales de santé. En particulier, deux champs sont très fortement intégrés à la promotion de la santé et la déterminent : la participa-

tion de la population et l'action intersectorielle. À cet égard, les ateliers Santé-ville apparaissent comme des creusets qui développeraient la promotion de la santé en France.

Une simple transmission d'informations ne constitue pas en soi une modalité d'intervention qui puisse permettre de s'intégrer dans une démarche de promotion de la santé. Nous avons beaucoup parlé d'accompagnement dans l'intervention précédente. Toute transmission de connaissance qui ne serait pas accompagnée d'un accompagnement réel et d'un travail participatif avec les populations resterait vraisemblablement encore inefficace. Là aussi, il s'agit non seulement d'un problème de connaissance, mais surtout d'une question de position et d'attitude positive par rapport à la santé, qu'il faut développer à l'égard des professionnels, mais aussi des populations, et notamment visant à rendre autonomes les personnes, afin de favoriser des choix de santé qu'elles seront aptes à réaliser et leur fournir ces aptitudes à les réaliser, tant au niveau collectif qu'individuel.

Pour que cela puisse fonctionner et que nous en obtenions des résultats, il convient d'encourager des pratiques de santé favorables en termes de mobilisation des personnes et d'engager des actions combinées au niveau individuel – pour faciliter l'accès aux soins – et à l'échelle du territoire à travers les partenariats. Nous devons aussi garantir la cohérence et la continuité des actions locorégionales et l'articulation des politiques à tous les niveaux. La participation et l'implication des ateliers Santé-ville, notamment dans les futurs schémas régionaux de prévention constituent un enjeu en ce sens, notamment avec des pôles ressources existants et qui pourraient être des leviers d'articulation.

De nouveaux enjeux en termes de promotion de la santé : après Ottawa en 1986, Bangkok en 2005 a souhaité insister sur les nouveaux facteurs décisifs pour la santé, les inégalités croissantes à l'intérieur des

pays et entre eux, les nouveaux modes de consommation et de communication, l'impact fort de la mondialisation et de la commercialisation, les changements majeurs environnementaux mondiaux et le fait que l'urbanisation s'accroisse. Cela nous conduit naturellement à voir comment situer les ateliers Santé-ville, pour faire le lien entre la personne, son entourage et l'organisation des institutions, et ce qui vient de la société (programmes nationaux de santé, politiques de santé, contrats urbains de cohésion sociale, politique de la ville).

Pourquoi le rôle des villes est-il essentiel dans la promotion de la santé et dans la perspective d'un travail qui s'attaque aux déterminants sociaux de santé ? Parce que la qualité du cadre de vie influe sur la santé des citoyens et que nous avons vu combien l'environnement social et culturel, du lieu de résidence, et son contexte socioéconomique influent sur elle. Ainsi, dans de multiples pays européens maintenant, mais aussi nord-américains, des programmes de promotion de la santé sont développés sur les lieux de résidence. Cela donne des résultats intéressants et une telle dynamique pourrait être travaillée avec les ASV. Des attributions de compétences qu'ont les élus peuvent aussi permettre d'élaborer des réponses globales aux besoins des habitants. Ce sont des lieux d'intégration des politiques intersectorielles et d'articulation des rôles des différents acteurs, démarche locale qui fait appel, bien sûr, à la coopération des partenaires du milieu – santé, organismes de développement, associations - ; c'est un niveau d'intervention situé au plus près des populations, du quotidien. L'interaction avec les populations dans leur vie, et donc la possibilité d'une compréhension et d'une définition fines à la fois de leurs difficultés et de leurs besoins, ainsi qu'un moyen d'élaborer des réponses qui soient adaptées à ces besoins, ces lieux offrent la possibilité d'associer la population, notamment aux décisions qui les touchent. Les municipalités, les villes, les communes, en agissant au niveau des lieux de résidence, des quartiers, peuvent favoriser cette mobilisation sociale.

Pour revenir sur les inégalités sociales de santé, nous souhaitons agir dans une démarche de promotion de la santé, sans contribuer à accroître les inégalités sociales de santé, mais plutôt à les réduire. Dans ce sens, nous avons organisé, l'année dernière, une session de deux jours sur cette problématique. Nous avons invité des partenaires internationaux à nous rejoindre pour réfléchir à ces questions. Nous avons commencé à travailler sur une stratégie interne à l'institut, avec des partenaires, pour tenter de faire émerger des recommandations en termes de pistes d'action. Au-delà des aspects descriptifs et de la recherche, nous nous interrogeons sur l'intervention, ses modalités et les méthodes. Aujourd'hui, nous n'avons pas de modèle type à proposer. Les inégalités sociales de santé constituent un sujet très complexe, tant dans leur analyse, que dans les données et les implications qu'elles représentent. Finalement, nous devons avoir une double stratégie : combiner à la fois des approches universelles et sélectives, hisser la santé de toutes les couches sociales, notamment sur un quartier, au niveau de celle des mieux nantis, mais en même temps mettre l'accent sur la santé des plus défavorisés, des groupes spécifiques, afin que leur santé s'améliore de façon plus significative et plus rapidement. C'est ici une double ambition et une double tension à conduire. D'autre part, nous allons privilégier *a minima* les actions sur les déterminants sociaux de santé, nous allons essayer de combiner les actions tant en amont sur les causes, qu'en aval sur les conséquences et vraisemblablement nous pencher sur une approche à long terme, tout en mettant l'accent sur des résultats à court terme. Nous avons aussi des recommandations issues des données de la littérature, qui nous invitent à nous pencher en particulier sur les tout premiers moments de la vie et sur les interventions précoces, à avoir une vigilance particulière sur la petite enfance et la protection des mères, notamment, pour travailler bien en amont.

Le dernier point concerne l'articulation avec l'institut. Déjà, pour pouvoir répondre à une question posée relative à l'évaluation des interventions dans ce domaine, nous disposons des données de la littérature, des recherches qui ont été présentées, mais en tant qu'intervenants, comment faisons-nous ? Je vous ai parlé de cette session que nous avons organisée en avril, sur les inégalités sociales de santé. À cette occasion, un grand nombre d'entre vous aviez participé. Nous avons eu des présentations assez intéressantes en termes d'outillage des acteurs de terrain et aussi des expériences, notamment celle des ateliers Santé-ville, lesquels nous ont semblé extrêmement intéressants à partager et à mutualiser. Nous nous sommes donc lancés, sous la coordination de Louise Potvin, dans la rédaction et l'élaboration d'un guide répertoriant les actions visant à réduire les inégalités sociales de santé. Ce guide est en cours d'élaboration. Une section et un chapitre y sont consacrés à l'évaluation. Ce chapitre, qui sera coordonné par Valérie Ride et Jeanine Pommier, proposera des modalités d'utilisation et des méthodes mixtes pour évaluer les interventions. Plusieurs exemples y figureront, avec une préconisation en faveur de l'approche réaliste en évaluation, tenant compte des besoins remontant au terrain. Cet ouvrage devrait être disponible en juin 2009. Il sera accompagné par un processus de formation-action avec des ateliers et des clubs d'utilisateurs. Je lance ici une invitation aux intervenants précédents, qui œuvrent de manière efficace et intéressante dans le champ de la recherche, pour rejoindre ce partage d'expériences avec les intervenants de terrain et travailler encore avec nous sur ces questions.

Il s'agit donc à la fois de développer les connaissances sur les données et les rendre accessibles, d'intensifier les partenariats, de coproduire des réflexions, des études, des outils, des évaluations, peut-être des événements communs, d'accompagner la diffusion des productions par des actions auprès des acteurs de proximité, de poursuivre la coopération internationale, notamment celle relative aux inégalités sociales de santé. Pierre Chauvin me disait notamment que si, aujourd'hui, nous étions en train de creuser plus particulièrement cette question et que des études étaient en cours, certains pays avaient pris une longueur d'avance. Nous souhaiterions poursuivre cette collaboration avec la chaire des inégalités sociales de santé de Montréal et avec d'autres pays, améliorer l'accessibilité des productions de l'INPES – dans nos propres productions. Dans les campagnes de communication, par exemple, nous ne touchons qu'une certaine catégorie sociale de la population et nombre de nos travaux ou campagnes ne sont pas accessibles aux CSP – voire pas accessibles du tout parce qu'illisibles. Nous devons rendre accessibles des contenus à des publics qui, aujourd'hui, sont encore un peu oubliés – les personnes handicapées, notamment. Enfin, nous souhaitons privilégier les activités de partage, de capitalisation des expériences. Car toutes, comme celles des ASV, sont d'une grande richesse et il est important de les partager. Je souhaiterais aussi partager ces activités avec les pôles de compétences en éducation et promotion de la santé, pour lesquelles nous avons la chance d'organiser plusieurs rencontres annuelles sur des questions méthodologiques et d'actualité. Il y aurait véritablement une piste d'échanges pour des éléments structurants. D'autres choses sont développées par l'Institut, mais je n'ai plus le temps de les détailler. Je vous invite à en discuter dans le cadre du déjeuner. Merci.

Yves-Laurent Sapoval

Avant le déjeuner, je propose que nous ayons un petit échange d'un quart d'heure.

Questions-Réponses

Didier Febvrel

Marseille

J'ai une question à Madame Annick Fayard. Vous rappelez le rôle essentiel des villes. Je suis tout à fait d'accord, il serait embêtant que je dise le contraire, travaillant pour une communauté, mais je voudrais savoir, quand vous dites « ville », si vous pensez à une entité géographique, une entité populationnelle, un lieu de vie, un groupe d'habitants, de quartiers, une entité technique, administrative et organisationnelle ou alors à une entité politique.

Annick Fayard

C'est en fait un peu à tout cela que je pense. Effectivement, il s'agit en premier lieu d'une entité politique au sens où la politique de la ville, et de cette ville, va permettre d'inclure ou pas des volets qui vont pouvoir, dans le projet de la ville, faire en sorte que nous puissions développer des activités. Ce sont aussi des lieux qui offrent des ressources, en promotion de la santé notamment, des offres de service. Certains éléments sont donc beaucoup plus techniques. S'il est important de mobiliser toutes les dimensions que vous avez évoquées, c'est parce que cela contient tout à la fois et que nous avons besoin de toutes ces dimensions pour pouvoir travailler à l'amélioration de la santé des populations. Ce n'est donc pas exclusif et c'est là tout l'intérêt des villes, elles offrent en plus l'avantage de cet aspect intersectoriel. Il serait intéressant que nous ayons ce niveau de cohérence à l'échelon national ou à d'autres niveaux, que nous puissions travailler d'une manière plus aisée en intersectorialité. À l'échelle des « villes », ce peut être un niveau d'intégration et de

coordination des politiques publiques envisageables aujourd'hui dans le paysage.

Yves-Laurent Sapoval

La question de la structuration administrative et de celle des acteurs est une question importante. Ce que nous percevons, du point de vue de la politique de la ville, en ce moment, et qui constitue un peu le danger de la politique de la ville et de sa situation actuelle – au sens où je l'ai expliqué au début et pas forcément dans le sens dans lequel vous le comprenez, qui sont plutôt les politiques urbaines – c'est la difficulté de travailler en dehors de son champ sectoriel, avec les autres champs, ce qui est bien plus difficile que de travailler à l'intérieur de son champ sectoriel entre les collectivités. En d'autres termes, on a parfois beaucoup plus de facilités, dans une collectivité locale, à travailler entre le secteur santé de la commune, le secteur santé du département ou le secteur santé de l'hôpital, qu'à travailler avec le secteur éducation, qui est juste à côté. C'est l'enjeu de la politique de la ville tel que je l'ai expliqué au début, d'arriver à travailler sur cette horizontalité, de manière à avoir une politique plus intégrée. Ce n'est cependant probablement pas le sujet d'aujourd'hui. Je l'ai rappelé en introduction, pour dire qu'il ne faut pas rester focalisé sur son champ, même si l'on voit bien des marges de progression dans son propre secteur.

Catherine Micheli

Corse

Je souhaite donner ici une approche en région. Nous avons le PRSP, l'appel à projet de l'INPES en parallèle, chez nous il n'est pas intégré dans notre PRSP, ce qui fait que nous chevauchons les politiques du Cucs,

l'Accs, pleins de partenaires qui parfois se retrouvent, mais parfois aussi ne sont pas au même niveau de formation, de recherche, de travail. Alors, nous passons notre temps à courir derrière un certain nombre de choses. Mon idéal, à l'aube des politiques et des évolutions de politiques des ARS, de cohésion sociale, serait que l'on nous aide à coordonner tout cela, parce que le travail est effectué sur le terrain, un travail de fond et de qualité, et nous aimerions travailler un peu mieux ensemble. Si vous pouviez nous aider à le faire, cela serait bien.

Bénédicte Le Bihan*Charente*

Je suis tout à fait d'accord avec ce que vient de dire la personne derrière moi. On parle parfois de la démotivation des médecins généralistes ; j'ai de bons liens avec les hospitaliers généralistes ; ils me demandent des outils et en fait, on me répond qu'il y a des cartons pleins d'informations dans les comités d'éducation pour la santé, mais que l'on ne peut les distribuer, faute de financement. Alors, lorsque des missions locales ou lors d'un forum santé dans lequel l'Éducation nationale et la Mutualité de la fonction publique nous aident de façon performante, nous nous retrouvons bêtes, franchement, en tant que médecins et médecins inspecteurs, notamment quand on me répond que le problème de la distribution tient au fait de ne pouvoir amener les cartons sur les lieux d'information où les personnes sont concernées et intéressées. C'est une caricature, mais elle est valable pour de multiples appels que je reçois. J'ai gardé ma fibre de généraliste, donc je suis encore proche du réseau de soin et comme je travaille sur la permanence des soins ; lorsque nous voulons faire appel à des outils tels que la CIR, nous nous retrouvons face à un problème : comment on nous aidera, soignants ou pas, à mieux coordonner, dans le cadre à venir, les ARS et les politiques de la ville au sens global du terme, et savoir comment nous pouvons les aider à faire

le lien? Parce que l'épidémiologie paraît souvent loin du terrain. Je me voyais mal demander une étude épidémiologique, quand on m'a demandé s'il y avait un taux de cancer plus important sur la Communauté urbaine d'Angoulême. Il a fallu que je me débrouille par moi-même, que je fasse des lettres aux médecins...

Yves-Laurent Sapoval

Excusez-moi, je sais que vos questions sont extrêmement importantes et sans doute partagées par un certain nombre de personnes...

Bénédicte Le Bihan

Je suis un peu embêtante, parce que je ramène toujours au concret, mais c'est dans le concret que nous nous retrouvons embêtés.

Yves-Laurent Sapoval

Je comprends et j'adhère à vos remarques, simplement, il faudrait essayer de questionner les intervenants, plutôt que de faire toutes les interventions les unes après les autres, qui sont certes toutes intéressantes, mais comme nous avons demandé à un certain nombre de personnes d'aller sur l'estrade, si l'on pouvait leur poser des questions aussi concises que possible afin d'éclairer le débat, ce serait mieux.

Annick Fayard

Je vais répondre à Madame Micheli. Sur les pôles de compétence et l'appel à projets, j'espère bien qu'il figure dans votre PRSP, parce que ce dernier doit normalement contenir le schéma régional d'éducation pour la santé. Or, les pôles de compétence sont un appel à projet lancés pour étayer le schéma régional de promotion de la santé, c'est-à-dire pour contribuer à structurer l'offre de promotion de la santé et nous demandons au GSRP, en première instruction, de produire un avis sur le projet de pôle de compétences qui me remontera. J'imagine que c'est le cas, en Corse comme ailleurs.

Ensuite, on a bien senti un souci d'animation et de partage d'informations entre les acteurs de ces pôles de compétences et les personnes chargées, dans les services décentralisés de l'État notamment, mais aussi dans les URCAM, de travailler à ces questions d'offres en promotion de la santé. Nous organisons chaque année deux rencontres nationales d'échanges, en invitant à la fois sur deux journées, des personnes des services déconcentrés de l'État et des URCAM ou d'autres ministères associés. Je pense que nous invitons aussi la CNAM, l'Éducation nationale, par exemple, pour travailler sur des questions d'ordre plus méthodologique ou technique. Par exemple, nous avons fait des séminaires sur l'éducation thérapeutique du patient, les questions de formation et d'animation. Ce sont aussi des espaces de rencontres et d'échanges qui ont lieu deux fois par an. Vous êtes cordialement invités à venir nous y rejoindre.

Sur la deuxième question, qui a trait à la diffusion des productions de l'Institut, il est possible de commander par *picking*. Une offre est drainée par les comités d'éducation et de promotion de la santé, mais vous pouvez commander des outils et vous les faire livrer à l'adresse que vous souhaitez. La commande en ligne a pu rencontrer des difficultés, même

si je n'ai pas eu d'échos à ce sujet. En tout cas, il convient de nous les signaler, parce que cela fait partie de notre processus d'amélioration de qualité.

Yves-Laurent Sapoval

Merci de ces réponses. Peut-être une ou deux questions ?

Anne-Marie Cloué

coordonnatrice d'un ASV en région centre, à Blois

J'aimerais bien vous poser la question du champ d'intervention de l'ASV. J'ai cru comprendre que l'ASV était un lieu central pour développer les politiques santé, notamment dans le cadre des villes. Je pensais que l'ASV pouvait étendre son champ d'action sur une ville et en périphérie. Or, actuellement, l'État nous recentre exclusivement, sur un périmètre Cucs et ZUS. J'aurais aimé que l'on travaille sur ces champs d'action. Comment une ville, au sens politique, va-t-elle se saisir de cette démarche, si on la ramène toujours à un seul et unique quartier ?

Yves-Laurent Sapoval

Nous sommes confrontés à une difficulté de compréhension ou d'application. La ville au sens politique, pour le moment, n'existe pas. Il existe des communes, des agglomérations ; rien ne s'appelle une ville. J'habite moi-même à Arcueil, il s'agit d'une commune de l'agglomération parisienne. Je n'y vois aucune entité qui permette de se référer, au sens urbain, à la question de la ville. Une ville n'a pas de réalité administrative.

Je vois dans les interventions beaucoup d'imprécisions, d'incertitudes et d'incompréhensions sur ce qu'est un contrat urbain de cohésion sociale et ce qu'est l'action à son niveau. Le Cucs est un dispositif qui vise à faire en sorte que les quartiers en difficulté, repérés comme tels par les représentants des villes en lien avec l'État, soient mieux intégrés. Ce n'est pas la totalité de l'action publique sur un territoire. C'est malheureusement une partie de cette action publique. Donc, l'action publique menée dans le cadre du contrat urbain de cohésion sociale – et il n'existe pas d'autre action publique au sens de la politique de la ville et il ne doit pas y en avoir – et la totalité des financements de l'Acsé doivent être délivrés dans un cadre contractuel avec les collectivités locales, qui est normalement le Cucs avec parfois des exceptions, parce que l'on a trouvé quelque chose de plus pratique, mais uniquement dans le cas où il n'existe pas de Cucs. Ce dernier est l'outil qui fait en sorte que nous discutons ensemble pour que tel quartier soit mieux intégré dans la ville. À ce titre, il n'existe pas de limitation géographique du Cucs, mais une préoccupation au service d'une politique en faveur de la meilleure intégration des quartiers et de leurs habitants dans l'agglomération.

La question à laquelle nous sommes fréquemment confrontés est celle des territoires visés et dans quel sens. Une autre question consiste à savoir si les financements délivrés dans le cadre de la politique de la ville doivent servir à toute la ville ou plutôt au bénéfice des habitants des quartiers. Aussi, si votre question sous-entend que devraient bénéficier du Cucs des personnes non résidentes, mais ayant un besoin réel en matière de santé publique, je vous répondrais plutôt non ; cela dit, on peut néanmoins envisager la question pour parvenir à une cohésion territoriale. Le but du Cucs est bien de parvenir à une amélioration de la relation entre le quartier et son agglomération.

Laurent El Ghozi

président d'Élu santé publique et territoires

Cela est parfaitement clair. Les financements politiques de la ville servent à sortir les quartiers, identifiés comme tels, des difficultés majeures dans lesquels ils sont plongés, ce qui n'empêche par une ville telle que Blois ou Nanterre d'avoir une politique de santé, des actions de santé, éducatives ou autres sur l'ensemble de son territoire, mais pas avec les crédits politiques de la ville.

Yves-Laurent Sapoval

Très fréquemment, on dit : « Puisque vous ne mettez pas d'argent, vous ne vous intéressez qu'à ces quartiers ». Non. Le but du Cucs est de placer le quartier dans cette cohérence.

Laurent El Ghozi

Une question à Pierre : tu as montré de nombreuses cartes, pour signaler l'intérêt de la cartographie. Dans le nord, il y a plein de HLM, les personnes vont mal et accèdent rapidement aux services des urgences, plus rapidement que dans le sud. Comment faut-il interpréter cela ? Est-ce parce qu'il existe beaucoup de services d'urgence que l'on y accède rapidement ou est-ce parce que les gens vont très mal qu'ils y accèdent plus vite ? La superposition des cartes est à la fois intéressante et trompeuse.

Pour revenir à l'implication des communes et à la réponse d'Annick Fayard, la ville, c'est tout cela et rien à la fois. Mais, si nous voulons que les villes, c'est-à-dire les communes et les collectivités territoriales s'impliquent, les élus doivent s'impliquer. Les collectivités territoriales ont des

patrons. Si ceux-ci ne sont pas impliqués, il ne se passera rien. La politique de la ville n'existe pas si les élus ne sont pas impliqués, si le maire ne signe pas le Cucs. Et cette question des élus me paraît essentielle. Aussi, dans l'ensemble des dispositifs que l'INPES envisage de mettre en place, comment les interpellerez-vous ? Comment les formez-vous ? Comment les mobilisez-vous ? Comment faites-vous pour qu'eux aussi deviennent les premiers acteurs de santé sur leur territoire ? Ensuite, deuxième question à Monsieur Sapoval, si nous considérons que les élus doivent devenir des acteurs engagés et impliqués des politiques de santé sur leurs territoires, quelle place envisage-t-on de leur donner dans la direction et pas en périphérie des futures ARS, afin qu'ils puissent à la fois faire remonter les besoins des populations, les actions qui sont mises en place et réellement territorialiser les politiques de santé publique, comme l'ASV en est le meilleur exemple ? Dernière question à Aude Caria, les ASV ont tous mis en évidence la question de la souffrance psychique, dans ton expérience, quel lien cela a-t-il entraîné entre les « villes », les secteurs de psychiatrie et les ASV ?

Pierre Chauvin

L'histoire de la longueur du bras est un constat que je partage tout à fait sur les dangers et limites des interprétations de données cartographiques. En plus, dans ce que vous citiez, si je l'ai bien compris, les taux d'utilisation des urgences hospitalières soulignent deux problèmes. Celui que j'avais déjà un peu cité sur la démarche de se détacher de ces approches un peu agrégées pour en revenir à des approches individuelles et des taux d'utilisation individuels, etc. Et puis, sur ce sujet, il y a probablement des choses à regarder sur les effets de substitution, puisque l'on utilise d'autant plus les urgences hospitalières que l'offre de ville est faible ou pose problème.

Annick Fayard

Les questions de la mobilisation de l'élus et du soutien des initiatives constituent une vraie problématique. Dans le cadre des appels à projets que nous lançons, notamment celui sur éducation et promotion de la santé pour les pôles de compétences, nous soutenons des initiatives qui visent à mobiliser des élus dans certaines régions, quand ces régions nous en font la proposition. Il existe donc des dynamiques sur certains territoires, pour mobiliser les élus. Il serait intéressant de regarder où cela se situe, d'en faire une cartographie pour voir les dynamiques à l'œuvre. Nous avons essayé, il y a quelques années, d'être présents dans des lieux de rassemblement et de congrès comme l'Association des maires de France, et cela n'a pas porté de fruits. Cela ne sert à rien. Nous avons tenu des stands, fait des conférences, tenté de faire un questionnaire auprès des élus pour leur demander leurs besoins, les analyser, leur envoyer des informations. En vain. Nous savons que des élus sont mobilisés. Et nous sommes prêts à partager avec eux des secteurs d'interventions plus pertinents. Nous essayons d'avoir cette réflexion, notamment en enquêtant dans les villes sur certaines questions pour commencer à fournir des éléments d'observation sur les méthodes utilisées et là, nous touchons deux choses : dans les grandes villes et les villes moyennes, nous sommes plutôt en interface avec les directions techniques, mais aussi les élus. Et puis, dans les villes qui sont en-dessous d'un certain seuil, nous sommes en direct avec les élus uniquement. En tout cas, nous sommes en train d'essayer d'élaborer des stratégies et votre aide nous sera bien précieuse.

Aude Caria

Pour répondre à la question de la santé mentale, j'évoquerai la mise en place de conseils locaux de santé mentale, par exemple. C'est ce genre d'outils que peut générer un diagnostic, qui est porté soit par un ASV, soit par l'enquête dont je vous ai parlé. Les conseils locaux de santé mentale sont des plates-formes de coordination de tous les partenaires qui sont censés intervenir au niveau des déterminants de la santé mentale, et qui sont gérés et coordonnés par l' élu. C'est là la nouveauté. Dans ce cas, ce n'est pas un psychiatre qui dit : « nous allons essayer de réunir deux médecins généralistes, une assistante sociale de circonscription et les bonnes volontés ». C'est l' élu qui, en tant que garant de la cohésion sociale et du bien-être des populations, convoque les partenaires, dont les services de soins psychiatriques, donc ce n'est pas du tout la même configuration. C'est cette plate-forme qui va essayer de mieux répartir les compétences, de faire simplement en sorte que les gens se connaissent, parce qu'on est bien souvent tous cloisonnés, et arrivent à travailler ensemble pour la santé mentale des populations. C'est un type de réponse possible, mais c'est Pauline Renther chargée de ce projet, qui va intervenir et saura mieux développer. Merci.

Yves-Laurent Sapoval

Nous allons clôturer la matinée, car je n'ai pas l'habitude de répondre à des questions que je ne maîtrise pas techniquement, comme c'est le cas ici, avec les ARS. La raison en est principalement « le millefeuille » de politiques de santé locale et celui des compétences aux différents niveaux des collectivités locales

La séance de clôture sera organisée avec le Directeur général de l'action sociale, et celui de la santé DIV, auxquels vous pourrez poser ces questions. Sur celle de la mobilisation du droit commun, je veux bien que nous en discussions pendant le déjeuner.

Je regrette de ne pouvoir prendre la dernière question. Les travaux reprendront à 14 h 30. Merci à tous.

RESTITUTION EN PLÉNIÈRE
DES TRAVAUX DES ATELIERS 1 À 5 SUR LA THÉMATIQUE
« LES STRATÉGIES DU DÉVELOPPEMENT LOCAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE »

Laurent Chambaud

membre de l'IGAS

Je propose que nous démarrions tout de suite. Bonjour à toutes et à tous. Je suis Laurent Chambaud, inspecteur à l'IGAS et j'ai le privilège et le plaisir d'animer ce premier rapport sur les cinq ateliers qui ont eu lieu hier et ce matin. En attendant les résultats des cinq suivants.

On m'a demandé de faire un exercice très difficile, qui consiste à rapporter de manière générale les travaux auxquels vous avez participé hier et ce matin. D'abord, je voudrais juste quêter votre indulgence, car je n'ai pas assisté à ces ateliers. J'en ai eu des témoignages très intéressants pendant l'heure du déjeuner. C'est la raison pour laquelle les cinq personnes qui sont autour de moi n'y sont pas uniquement à titre de figurants, mais vont intervenir régulièrement pendant le début de l'après-midi. Je vais tenter de mettre en perspective ce qui a été dit dans ces ateliers, mais vous en aurez la substantifique moëlle grâce aux personnes autour de moi et à ce qu'elles ajouteront, commenteront ou corrigeront.

En les entendant, au départ, je pensais faire une petite synthèse atelier par atelier, mais dès la deuxième présentation qui m'a été faite, j'ai pensé que cela n'était pas une bonne idée, parce que visiblement, même s'il y a des éléments et un regard spécifiques dans chacun des ateliers, la notion de stratégie de développement d'action locale de santé publique est commune aux cinq ateliers. Il m'a donc semblé plus intéressant de pouvoir vous livrer ma pensée sur les points forts qui ont été discutés dans chacun des ateliers.

Dernière précaution oratoire, un grand nombre d'éléments très concrets des expériences que vous vivez sur le terrain sont remontés. Je n'en ferai pas écho, parce que les rapporteurs le feront. Mais ce qui est dit établit un lien très fort avec ce que vous vivez. C'est un élément important, une expression de la façon dont actuellement, se vivent les ASV.

Enfin, j'insisterai plus sur le fait que vous parlez à la fois d'une dimension stratégique et opérationnelle. Et la division entre la stratégie et l'efficacité est arbitraire, car dans la vie de tous les jours, on ne fait pas toujours de différence nette entre les deux.

Il m'a semblé que cinq grands points émergeaient des différents ateliers. Le premier est le fait de dire que **l'ASV se développe comme un lieu de proximité pour la mise en œuvre d'une politique de santé publique**. Cela signifie que l'on retrouve dans ce lieu un ancrage territorial fort et légitime par le fait que les gens s'y impliquent. **C'est aussi un lieu où se développent l'aspect opérationnel d'une politique de santé et celui d'une politique de santé publique**. Nous ne sommes pas dans la construction d'un schéma stratégique, mais dans la construction, sur le plan stratégique, d'un lieu de mise en œuvre des politiques de santé publique. De ce fait, nous retrouvons dans les ASV, un lieu de tension entre une approche ascendante et une approche descendante de la mise en place d'une politique. Où faut-il décider d'une politique de santé publique ? Le niveau local met en place un certain nombre d'éléments qui doivent, à un moment donné, s'articuler avec d'autres niveaux. Alors, deux modèles apparaissent : l'un où nous demandons au niveau local d'appliquer une politique de santé publique décidée ailleurs ; l'autre décide d'une politique de santé publique qu'il confronte à un niveau supérieur.

Il semble ensuite que cette légitimité soit réelle, mais fragile. La loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique a défini un lieu d'éla-

boration d'une politique, qui est le niveau régional ; mais elle n'a absolument pas défini un lieu au niveau local de mise en œuvre de la politique de santé publique. Elle est muette sur le sujet. Alors, **quelle légitimité vont pouvoir avoir ces ASV dans la nouvelle définition qui sera donnée du niveau régional, avec les Agences régionales de santé ?** Et quelle légitimité va avoir ce niveau local par rapport au niveau régional ?

Lieu de proximité, aussi, par l'intermédiaire des territoires. Là où se développent les ASV, se développe en fait la notion d'un territoire. Or, quel territoire pour la mise en œuvre ? Les ASV sont une réponse spontanée sur la façon dont on peut dessiner un territoire. Malgré tout, cela ne résout pas l'ensemble des problèmes, puisque de par les territoires qui se dessinent, des modalités différentes apparaissent – au niveau d'un quartier, d'une ville, d'une intercommunalité, d'un pays. Plusieurs légitimités sont donc possibles. Mais, de toute façon, **les ateliers Santé-ville sont totalement liés à la notion de définition d'un territoire pour leur mise en œuvre.** De ce fait, les territoires vont intervenir avec d'autres territoires. Ainsi, dans certains territoires, les conseils généraux sont-ils totalement impliqués dans la dynamique des ASV et dans d'autres pas. Les territoires de l'organisation des soins vont devenir, dans la nouvelle loi, les territoires de santé. Comment interviennent-ils en lien avec ce qui a été défini sur les ASV ? Enfin, **nous devons parler des territoires des ASV et de ceux des Cucs.**

Ensuite, les cinq ateliers ont parlé de la notion de pilotage, à peu près de la même manière, si j'ai bien compris : **il doit y avoir un lien très fort entre l'ASV et le Cucs, avec le même couplage fort entre l'État et la collectivité locale, sachant que beaucoup d'autres intervenants sont alentour.** C'est ce que certains ont appelé le noyau dur de ce pilotage. Parce que c'est l'expression d'une politique publique territorialisée et contractualisée sur un territoire et pas simplement des actions que l'on met en place. Mais alors, comment cela se passera-t-il après, avec un

nouveau pilote qui ne sera pas le préfet ? Le directeur de l'ARS peut-il le remplacer ? Je ne le pense pas. Les ASV ne déterminent pas uniquement l'aspect santé au sens de ce que l'ARS va embrasser, mais aussi toute la question des déterminants sociaux, pour lesquels des éléments resteront entre les mains du préfet. Il y aura ici probablement une inflexion sur l'aspect pilotage, même si cet aspect de copilotage dont vous avez tous parlé dans les ateliers, est apparu comme un élément moteur, là où cela a fonctionné.

Puis un mot-clé est souvent arrivé : la transversalité, toutes les articulations nécessaires qui doivent être traitées pour que cela fonctionne. En sus de l'articulation ASV/Cucs, il faut penser à l'articulation avec les autres décisions publiques, qui sont parfois à des niveaux différents de celui de la commune. Il faut également penser à l'articulation entre les élus et les techniciens qui doivent faire vivre les ASV. Un questionnaire a été posé sur l'interface entre eux et comment peut se réaliser cette transversalité entre deux logiques. C'est aussi, derrière, la mise en synergie de tous les dispositifs existants. **Avoir une transversalité signifie que tous les dispositifs que les ASV peuvent développer ou animer doivent se faire dans une certaine synergie.**

Quatrième point : un partenariat fort et à renouveler sans cesse. Nous sommes plutôt ici au niveau de l'ensemble des acteurs. De toute évidence, c'est un travail qui commence en amont de la mise en place des ASV, qui en sont aussi la condition *sine qua non* ; ce sont toujours des acteurs très différents selon l'histoire locale. L'histoire locale est donc quand même très forte et va moduler la palette des partenariats à élaborer. Le coordonnateur apparaît comme une figure particulière dans ce partenariat. Nous reverrons probablement cela dans le cadre des ateliers de la seconde vague. Son rôle et son appartenance institutionnelle sont également des éléments très forts à observer : **quelle est la place du coordonnateur vis-à-vis du pilotage et de l'ensemble des autres acteurs ? Comment**

fait-il le lien entre ces acteurs ? Comment est-il perçu ? Les ASV ont souvent des ruptures à gérer – départ du coordonnateur, changement d'équipe municipale, départ du préfet ou du préfet délégué à l'égalité des chances, rôle d'un autre service de l'État – et il faut donc pouvoir inscrire l'ASV dans la durée malgré tout. Parce que celui-ci est quand même un espace contractuel fragile. Il constitue un partenariat en étant un espace de construction de la démocratie sanitaire. Deux ateliers ont fortement développé cet aspect : **comment accroître cet espace de construction de la démocratie sanitaire, sachant que l'adhésion de la population aux ASV n'est pas évidente au départ ?** Une construction est bien à faire, et des exemples intéressants en ont été donnés, notamment sur les modalités de développement. Dernier point : c'est une méthode qui s'élabore au fur et à mesure. Encore une fois, c'est un espace de contractualisation. Cela a été dit plusieurs fois dans les ateliers. Cela me semble être un mot fort. Il serait intéressant d'aller plus loin sur la manière d'élaborer un tel contrat. Quels sont les termes d'un contrat sur le sujet ? Nous n'avons pas énormément d'exemples, en France, de contractualisations de ce type.

Un autre point a été commun à tous les ateliers : la notion de temporalité dans la méthode. Il faut gérer la temporalité. **On ne peut pas attendre des ASV qu'ils comblient en trois mois un vide laissé depuis des années.** Cela demande du temps, notamment pour les actions de santé, de promotion de la santé et pour l'action sur les déterminants de la santé. Cela ne se fait pas du jour au lendemain. Il s'agit aussi de gérer des temporalités différentes : temporalité des financeurs, des élus, des techniciens.

Des solutions existent, mais **il faut éviter le piège de solutions normées, comme mettre en place une dynamique, puis importer une solution toute faite.** Un exemple a été donné, sur l'aspect de disponibilité des acteurs du soin : la maison de santé peut être une réponse, mais n'est pas LA réponse. Il faut donc éviter d'avoir ces solutions toutes faites à des problématiques. C'est également une méthode originale, parce que

c'est le lieu idéal d'évaluation des politiques de santé publique, puisque c'est là qu'elles se mettent en œuvre. Avec un problème à la clé : en l'absence cruelle de mise en place de politiques de santé publique, et sans les ASV, l'État n'a plus les moyens de mettre en place ces derniers, faute de moyens en hommes et peut-être en finances, et en dépit de la loi de 2004 qui l'érige pourtant en responsable des actions de santé publique, l'assurance-maladie s'en est retirée. Que reste-t-il ? Les associations et les communes. S'il y a un endroit où l'on peut regarder comment les politiques de santé publique se mettent en place et où l'on peut évaluer leurs effets, c'est probablement à ce niveau-là. C'est donc un lieu où il faut évaluer la méthode.

Les outils qui sont développés sont des outils originaux. Ils ne doivent pas être totalement expérimentaux ou alors l'expérience doit faire en sorte que l'on puisse apprendre d'elle, mais la façon dont vous faites les diagnostics locaux, par exemple, est une méthode en cours d'élaboration, qui provient d'éléments distincts, avec des façons de les appréhender qui peuvent être très différentes, entre le dire d'experts, l'étude épidémiologique, la participation de la population et les co-constructions. Il y a différentes façons de faire ; c'est ce que vous êtes en train d'élaborer : **ce sont les outils d'évaluation qui sont la meilleure manière d'associer la population aux ateliers.**

Ce que vous faites aujourd'hui, en tout cas en termes d'échanges d'expériences est probablement aussi un mode d'expériences et d'outils pour améliorer la façon de développer ces ASV.

Voilà ce que j'ai pu comprendre. Probablement beaucoup de choses que vous avez dites ne se retrouvent pas ici. Je vous propose, dans un premier temps, de compléter les éléments que j'ai pu oublier.

Annick Fayard

Je vous rassure, vous n'avez rien oublié. Tous les points importants qui avaient été évoqués ont été repris. Un point ressortait quand même de la conclusion du groupe que j'animais : le développement des plans locaux de santé publique sur les territoires, avec les ASV. Il ne faut pas tout demander à un ASV, notamment dans les perspectives qu'ouvrent les ARS, où nous voyons quelquefois se profiler maintenant, au niveau des régions, la tentation de faire porter à l'ASV, à la fois l'offre de soin sur le territoire, les aspects du médico-social et évidemment la promotion de la santé, parce qu'à un moment donné, si nous voulons que les coordonnateurs ASV puissent demeurer des experts de santé publique – et c'est l'expertise que nous attendons d'eux en continu sur les territoires – il va falloir éviter de leur faire porter l'ensemble des dispositifs sur un secteur, sous peine d'y perdre en efficacité.

Antoine de Tovar

directeur d'hôpital, consultant

L'atelier 5 se retrouve également bien dans cette analyse synthétique des grands points qui ont été mis en évidence, soulignés, développés lors de nos débats et de la présentation extrêmement riche des communications autour de quatre expériences tout à fait différentes. Cependant, un point mérite d'être rapporté, concernant une certaine vision de la démocratie sanitaire, qui apparaît d'une certaine manière assez teintée d'idéologie, au regard des modes d'expression et des attentes de participation des habitants. D'ailleurs, le terme de démocratie sanitaire n'a pas été prononcé dans notre groupe, sans doute par pudeur, au profit d'une démarche beaucoup plus technique consistant à **se demander comment les habitants peuvent participer à cette réflexion et à cette élaboration d'une construction d'un dispositif**

de soin. Nous avons eu des témoignages intéressants, dont celui d'une habitante en particulier. Quelle est la légitimité des habitants ? Quelle est leur parole réelle ? Comment interpréter cette parole, et exprime-t-elle véritablement une demande ou un besoin en matière de santé ? Et puis, finalement, une question d'échantillonnage se pose : n'y a-t-il pas des habitants spécialistes de l'échange, de la communication avec des élus ? Existe-t-il vraiment une dynamique forte au sein d'une communauté ? Nous nous sommes rendu compte que la participation était difficile à engager. Elle passe par des canaux divers, souvent par des questionnaires – ce qui permet effectivement d'éviter une certaine forme de confrontation –, par la participation directe auprès de groupes de travail, mais de façon souvent marginale ; la parole y est aussi, souvent, un peu court-circuitée. La démocratie sanitaire c'est d'abord la démocratie. **La légitimité se fait à travers l'implication des élus ; l'apport des habitants est plus un apport technique** que véritablement l'expression d'une démocratie sanitaire qui impliquerait de soumettre au débat et au vote publics une définition des solutions d'organisation de l'offre élaborées en commun.

Autre point : nous nous sommes reconnus dans l'exigence d'efficacité, puisqu'il s'agissait pour le groupe de définir les conditions d'amélioration de l'organisation de l'offre. Nous avons souvent été frappés, du point de vue de la méthodologie, du **passage entre l'analyse des besoins plus ou moins objectivée et des choix institutionnels**, sans que ceux-ci soient précédés d'une analyse des missions et des fonctions à retenir comme cahier des charges. Nous constatons ici **une sorte de précipitation** qui rejoint également une tentation normative et le risque de choix de structures standardisées avancés de façon trop précipitée, soit par des élus, soit encore par des professionnels, soit par l'usager, selon les situations et les lieux.

Michel Joubert

Je m'associe à mes collègues pour dire que votre présentation reprend bien l'essentiel de ce qui s'est dit dans notre groupe. Je voudrais ajouter un élément sur la manière selon laquelle les ASV se positionnent plus largement sur le territoire régional et le besoin de plus de lisibilité de ce qui existe comme ressource et comme action en santé publique, pour que les usagers trouvent leur place. L'atelier 1, qui portait sur le comité de pilotage, a beaucoup insisté sur la nécessité de voir en particulier les GRSP et tout ce qui est financé au titre de la santé publique à cette échelle, et de cartographier ou de rendre plus lisible tout ce qui se fait sur le plan de la santé publique, pour que les ASV puissent aussi s'y articuler et trouver un positionnement plus lisible. **Cette idée de processus de travail à l'échelle régionale, dans lequel les ASV sont encore engagés de manière inégale, est un enjeu très important pour leur conduite et leur pilotage.** Ces outils complémentaires et cette communication avec l'échelon régional, souvent défailante, sont indispensables.

Laurent Chambaud

La question que vous posez sur cette visibilité, cette capacité à avoir un paysage relativement clair sur les actions et sur les modalités d'action n'est pas tellement liée à l'outil. J'ai peur que le GRSP ne soit remplacé par autre chose. Quels seront les partenaires de cette autre chose ? C'est-à-dire que, faute d'un véritable partenariat institué entre les différents niveaux d'acteurs, nous n'aurons pas cette visibilité. Ce n'est pas parce que l'État, l'assurance maladie, le médico-social et les collectivités locales ou territoriales qui voudront y participer se retrouveront dans un même lieu, qu'ils accepteront de jouer avec les mêmes règles. Or, **cette**

lisibilité est liée au fait que l'on accepte des règles de jeu communes. Et ce n'est pas ce qui s'est passé jusqu'à présent, sauf dans certains endroits où cela est plus difficile qu'avant depuis quatre ans.

Hugo Tiffou

coordonnateur de l'atelier Santé-ville de Marseille

Je voulais vous poser la question de l'évaluation des GRSP. Je ne doute pas qu'une autre structure portera et gèrera les programmes régionaux de santé publique dans les ARS. Les GRSP existent depuis près de deux ans dans ma région. Nous pourrions probablement tirer des leçons de leur fonctionnement. Je me réfère à l'avis du Conseil national des villes paru le 29 septembre dernier, qui parlait d'« usine à gaz » sur la façon de porter l'évaluation nécessaire de l'usage des fonds publics en soumettant les associations porteuses de projets à des charges tout à fait démesurées. Cette évaluation des GRSP aura-t-elle lieu ? Parce qu'il n'y a pas que les associations qui pourraient être démobilisées par d'éventuels effets négatifs de cette expérience, mais également les collectivités territoriales qui, pour la région PACA, ont été nombreuses à s'associer à la démarche GRSP et qui pourraient être échaudées par certaines limites de ce dispositif. Merci.

Laurent Chambaud

Pour l'instant, l'IGAS n'a pas été saisi pour une évaluation des GRSP. Je ne suis pas certain que cela soit dans le programme 2009. Je me tourne plutôt vers la Direction générale de la santé, qui a des éléments sur le fonctionnement des GRSP. Cela dit, normalement, dans le cadre des conférences régionales de santé, certaines se sont investies dans l'évaluation de leur PRSP. Alors, comment distinguer l'évaluation du PRSP de

celle du GRSP ? Mais, quand on évalue le PRSP, on évalue aussi sa mise en œuvre, donc une partie du GRSP. À mon sens, vous aurez quand même quelques éléments de réponse, surtout depuis que le GRSP est mis en œuvre depuis deux ans en PACA, par cet intermédiaire-là. Je suis d'accord avec vous ; il serait très intéressant d'avoir cette évaluation. J'aimerais bien qu'elle soit faite avant que ne se mette en place le dispositif ARS. C'est aussi en faisant des erreurs que l'on peut apprendre quelque chose. Je ne peux vous en donner l'assurance, juste vous dire que l'IGAS n'est pour l'instant pas saisi de ce sujet.

Fernando Bertolotto

sociologue

Je voulais d'abord rendre hommage à votre synthèse, qui me semble reprendre l'essentiel de ce qui a été dit. J'étais dans l'atelier 2 sur la Compréhension des enjeux politiques et je voudrais revenir sur deux points qu'il me semble important de relever et qui ont à voir avec notre discussion : d'une part, **l'importance des ASV en termes d'enjeux politiques**. C'est un lieu qui renvoie à la responsabilité, qui pose la question des responsabilités en santé publique, dans leur expression la plus concrète. Que deviennent les différents dispositifs ? Usines à gaz ou non ? Ce n'est pas une petite question qui se pose. Elle met en évidence toute la valeur ajoutée de cet espace, pour envisager les questions de santé publique depuis une perspective proprement politique. Vous avez bien relevé **l'importance de cet espace, comme lieu de construction d'un niveau du système de gestion de la santé en France, qui a besoin d'être formulé, construit et surtout articulé notamment aux autres parties de ces dispositifs publics**, parce qu'ils sont des révélateurs du fonctionnement ou des dysfonctionnements des différentes logiques à l'œuvre dans les politiques publiques de santé. Nous avons bien vu que quand les partenaires principaux de cette instance fonctionnent d'une

manière rationnelle, pas forcément révolutionnaire, juste en utilisant les choses d'une manière sensée, ils ont une démarche tout à fait intéressante, qui arrive à vaincre assez rapidement les réticences, les doutes – voire les résistances – qui émergent tout de suite, et qui amènent même à envisager d'étendre la démarche au-delà de la seule politique de la ville. C'est une vraie question d'ordre politique.

Mais, c'est aussi un lieu très important pour les politiques publiques de santé, puisque, comme vous l'avez également dit, **c'est un lieu qui pose la question de la qualité de ce qui est fait, de la cohérence et de l'efficacité** ; quand ce dispositif marche bien, quand cette démarche se met en place, c'est un formidable moyen d'évaluation positive de la manière dont sont articulées les choses. Les ARS ne pourront évidemment pas éviter de prendre clairement position sur ce qui advient. C'est la question politique qui est posée. Dans notre atelier, nous avons un peu échangé autour de la question de l'engagement quand on se lance dans cette affaire : c'est celui de prendre les choses au sérieux, de reconnaître l'importance des problèmes, l'importance des gens, et les ARS comme nouvelle instance de gouvernance, ne pourront pas sérieusement, avec un minimum d'éthique, éluder cette question. L'axe santé de la politique de la ville est un travail de plus de vingt ans. Alors, nous savons ce qu'il faut faire et quels sont les problèmes. Les diagnostics redisent toujours à peu près la même chose. Les questions se posent et il n'est pas possible de continuer à faire comme si nous découvrions les choses. Nous sommes passés de l'expérimentation à l'experimentalisme. Nous l'avons dénoncé mille fois. Il est peut-être temps de voir les choses autrement.

Catherine Gerhart

INPES

Je reprends la parole sur la question qui a été posée tout à l'heure, parce qu'il me semble important d'y apporter une vraie réponse. Par rapport à l'évaluation des PRSP, la DGS a opté pour la réalisation, en premier lieu, d'un bilan du contenu de tous les PRSP et, d'autre part, pour travailler à l'amélioration des compétences en évaluation dans les régions. Pour ce faire, la **DGS a travaillé à l'élaboration d'un guide méthodologique d'évaluation des PRSP**. Dans un troisième temps, la DGS envisage aussi de faire une méta-évaluation de l'ensemble des estimations qui auront été réalisées dans les régions. Mais il nous semblait absurde, au niveau de la DGS, de réaliser nous-mêmes l'évaluation des PRSP, quand nous étions sur une politique dont le maître mot était avant tout la régionalisation. L'évaluation revenait aux régions.

Pour la question de l'évaluation des PRSP en regard de celle des GRSP, il est évident que, lorsque nous évaluons les premiers et leur mise en œuvre, nous prenons en compte les processus à l'intérieur desquels les GRSP sont interrogés sur leur fonctionnement.

Laurent Chambaud

Pour le vivre moi-même en Bretagne, je sais que ce n'est pas aussi simple que cela. Effectivement, les régions s'impliquent dans l'évaluation des plans régionaux. Mais, quand nous en arrivons aux groupements régionaux, cela doit être très différent d'une région à l'autre. **Les PRSP sont un dispositif qui va continuer d'une manière ou d'une autre, dans le cadre des ARS, alors que les GRSP, eux, vont de toute façon disparaître**. Il existe donc une certaine angoisse existentielle des évaluateurs sur la façon dont ils peuvent appréhender les groupements régionaux de santé publique.

Ensuite, vous dites que les ARS devront être interpellées, sur cette question : j'admire votre optimisme ! Le meilleur moyen pour qu'elles le soient, c'est que vous le fassiez. Parce que je ne suis pas certain qu'elles s'interpellent d'elles-mêmes sur ce sujet, pour la simple raison que l'édifice législatif, tel qu'il est actuellement, n'y fait que très peu de place, dans le cadre des nouvelles ARS. Nous pourrions donc avoir cette froide ignorance entre les deux, comme cela a été le cas en 2004. **Interpeller le niveau de mise en œuvre est probablement un élément très important ; mais il faut peut-être le faire dans le cadre de la préparation de la loi, pour que les choses soient un peu plus claires.** J'ai fait une comparaison, il y a déjà quelques années, entre la loi de 2004 et l'équivalent québécois, qui était la loi de santé publique : dans la loi québécoise de santé publique, les territoires de mise en œuvre sont compris dans la loi. C'est une différence fondamentale.

Luc Ginot

médecin de santé publique, membre du Conseil national des villes

Le CNV, qui regroupe notamment des élus locaux, a rendu un avis qui devrait être suivi par l'ensemble des intervenants, notamment les élus et parlementaires, pour proposer des pistes de réflexion qui permettent d'ancrer la construction des agences sur un certain nombre de questions politiques de fond, comme les déterminants de santé, les inégalités sociales, etc., il fait aussi des propositions qui visent à devenir des initiatives réglementaires. Je ne peux donc qu'inciter chacun de vous à se saisir de ce document du CNV, non pas comme un document à prendre ou à laisser, mais comme un outil pour permettre aux parlementaires d'améliorer grandement un projet de loi qui, du point de vue des questions que l'on pose, est *grosso modo* muet dans le meilleur des cas et pas très optimisant dans le pire. Cet avis du CNV est donc fait pour être travaillé et utilisé par les acteurs de terrains et les parlementaires.

Laurent El Ghozi

Nous sommes tous d'accord pour dire que les ASV sont un formidable outil qui a changé et ancré beaucoup de choses, et qui permet d'évaluer la mise en œuvre des politiques publiques. Il n'empêche que je relève sur l'ensemble des propos une certaine inquiétude, et je voudrais faire part de la mienne en tant qu'élu local. Une de mes premières préoccupations concerne la prise en considération et la reconnaissance de ce qui se fait au niveau local, par le niveau régional. **Comment les politiques développées au niveau local, à travers les ASV en particulier, sont-elles reconnues et intégrées dans la politique communale ?** J'espère que dans l'évaluation que Catherine Gerhart nous annonce pour bientôt, cette question de la territorialisation des financements des GRSP sera évoquée et éclaircie.

Une inquiétude encore plus forte concerne la place qu'auront les politiques locales de santé dans le schéma stratégique régional de santé et sa déclinaison. Les collectivités locales, les élus locaux, leurs collaborateurs et les responsables des ASV ne doivent pas, ne veulent pas et ne seront pas des exécutants du schéma stratégique régional de santé. Ce n'est pas le sens du contrat. Vous avez insisté sur l'importance de ce dernier : **le contrat n'est pas simplement descendant, mais s'inscrit bien dans une alliance qui produit quelque chose de plus, que simplement demander à une collectivité locale d'exécuter une politique nationale ou régionale.**

Ensuite, **il faut impérativement que dans les organes de décision des ARS, il y ait des représentants des collectivités territoriales** et aujourd'hui, si j'en crois les textes dont je dispose, la place des collectivités locales dans le conseil de surveillance des futures ARS, est totalement marginale. On ne pourra donc pas demander à des personnes qui ne sont pas associées aux décisions, ni même au conseil de surveillance

dont les pouvoirs sont par ailleurs insuffisants, de mettre en place des actions, des programmes, des politiques. Cette question de la place des collectivités locales dans l'exécutif des ARS nous paraît absolument centrale. Au-delà de l'avis du CNV – ou pour lui faire écho –, j'invite tous les élus locaux et leurs collaborateurs et partenaires à se battre pour que, sur ce point, la loi évolue.

Autre sujet d'inquiétude : tous les ateliers ont considéré le copilotage maire-préfet comme symboliquement essentiel. Effectivement, le directeur de l'agence régionale de santé n'aura pas la même valeur symbolique, ni la même capacité d'agir sur les autres déterminants de la santé – logement, action sociale, formation – que le préfet qui dispose de tous les leviers et de toutes les politiques à ce jour. Il y a donc probablement ici une perte de sens et de capacité d'action qui pose problème si le contrat était signé entre le directeur de l'agence et la ville. C'est donc une vraie inquiétude.

Enfin, dernier point, **il ne faut pas attendre de l'atelier Santé-ville qu'il réponde à toutes les questions touchant l'intervention des futures ARS, de l'offre de soins, de la prévention, du médico-social, etc.** Ce n'est pas son rôle. Sur l'offre de soins, Antoine de Tovar a parlé de propositions à partir de besoins supposés, estimés, par exemple de la mise en place d'une maison de santé : cela n'a de sens que dans le cadre d'un projet local de santé. Ce ne peut être un outil de réponse passe-partout à n'importe quoi. Alors, soit l'on met en place une politique de santé et l'offre de soins, et l'atelier Santé-ville en est un élément, soit l'on ne met pas en place une politique de santé et la maison de santé ne peut pas être une réponse, comme un outil magique qui réglerait toute la question.

Intervenant

Nous sommes tout à fait d'accord sur ce dernier point. Nous avons effectivement constaté une certaine précipitation, pour différentes raisons, pour valoriser ou faire appel à cette nouvelle structure qu'est la maison de santé, sans qu'il y ait eu une analyse préalable, à la fois des besoins très objectivés et ensuite de la traduction de ces besoins en fonction, c'est-à-dire en une politique locale de santé. Mais là, il s'agira certainement d'articuler et de bien revoir le débat sur les ARS : le projet local de santé du point de vue communal, et le projet territorial de santé, qui aura aussi sa composante territoriale et communale dans le dispositif SROS. Nous retrouvons ici le débat sur la légitimité administrative d'une structure unique ou préfectorale généraliste ou encore préfectorale de santé. Mais il est évident qu'**avant de parler des instruments, il faut parler des fonctions. L'atelier a bien souligné cette difficulté à passer tout de suite à un stade institutionnel.**

Françoise Gaunet-Escarra

adjointe au maire de Marseille, déléguée à la santé et vice-présidente du GRSP

Nous sommes d'abord très heureux que ce problème puisse être débattu entre nous. En tant qu'élus de territoire, nous sommes extrêmement dépités parce que tout ce que nous avons fait depuis cinq ans pourrait être réduit à une expression extrêmement simple, à savoir que nous continuerions uniquement sur nos pouvoirs essentiels. Mais est-ce que la dynamique qui a été instaurée sur les territoires avec tant de personnes impliquées, passionnées, demandeuses, par tous les acteurs de santé, en partenariat avec notre population, partira en fumée ? Vous parliez tout à l'heure d'évaluation. Pour ce qui nous concerne, nous avons évalué le GRSP à mi-parcours. **Les ASV ont eu des conséquences immédiates très rapides sur des promotions d'actions de santé sur les territoires**

et sont dans une articulation, vous l'affirmez, de sorte qu'un système va continuer à élaborer les actions promues par les ASV et autres structures. Mais il faut absolument que la déclinaison en soit rapide et que ne soient pas éliminés les projets de janvier 2009. Les associations montent au créneau sur ce point, mais aussi sur les modalités d'accès financiers qui sont extrêmement difficiles dans les systèmes d'entrées. C'est là le concret et nous, élus locaux de santé, nous monterons aussi au créneau et demanderons énormément d'amendements à nos députés respectifs.

Antoine Gueniffey

Direction générale de la santé

Juste un mot par rapport à ce qui me semble renvoyer aux différentes interventions. Nous avons effectivement voulu mettre en évidence, et c'est justement l'apport des ateliers Santé-ville, le fait que dans une politique régionale de santé publique déclinée par le GRSP, nous puissions reconnaître des démarches de projets au niveau des territoires. C'est une grande nouveauté que nous devons à la politique de la ville et à ce cadre spécifique que constituent aujourd'hui les contrats urbains de cohésion sociale. C'est en effet très important, et cela constitue l'un des points sur lesquels nous avons des progrès à faire, dans la mesure où, **jusqu'à présent, les appels d'offres qui sont portés par les groupements régionaux de santé publique laissent encore une place très faible à la reconnaissance de ces démarches de projet local.** C'est ce qu'a voulu dire Michel Joubert, me semble-t-il, en restitution des débats de notre atelier : il est important aussi que nous puissions avoir, dans le cadre des GRSP, une discussion sur le dispositif actuel des ASV, comme, en quelque sorte, des dispositifs pilotes exprimant comment nous pouvons développer des démarches territoriales de projets qui viennent servir une politique de santé publique sur le territoire. De ce point de vue-là, l'apport spécifique de la politique de la ville qui consiste à un financement

d'ingénierie de projets est là aussi extrêmement novateur, de la même façon qu'il autorise et permet des articulations avec les déterminants environnementaux et sociaux, notamment au titre du Cucs. Ce sera un des enjeux très forts, en termes d'organisation à venir, dans le fonctionnement des ARS, que de garder ce lien entre ce que pourrait faire le préfet au titre de la cohésion sociale – et singulièrement dans le cadre de la politique de la ville – et ce qui serait réalisé en matière de santé, par l'ARS. Cela passe d'ores et déjà par la reconnaissance par les GRSP de ces démarches de projet local au titre du Cucs.

Marielle Rengot

élue à la santé, ville de Lille

Je voudrais intervenir à nouveau sur le territoire et sur la mise en œuvre d'une politique globale de santé sur le territoire. Aujourd'hui, très peu de communes sont isolées. Toutes appartiennent à une communauté des communes, à une communauté d'agglomération, une communauté urbaine et aujourd'hui, quasiment toutes ces EPCI prennent en charge la santé ou, en tout cas, veulent agir en matière de santé : les chargés de mission, les chargés de projet, etc.

En parallèle, je voudrais revenir sur les maisons de santé, parce que tout cela est lié. Aujourd'hui, dans la région Nord-Pas-de-Calais, plus d'une quinzaine de projets innovants en matière de maisons de santé pluridisciplinaires sont en train d'être initiés. Rien à voir avec des projets calqués et des projets effectivement ficelés et qui répondent à tel ou tel objectif. Cela peut être une commune, des professionnels de santé, une communauté d'agglomération. On constate des disparités intéressantes et riches. Ensuite, sur la mise en place du projet et des diagnostics aujourd'hui, parlons plutôt d'enjeux, définissons-les et définissons aussi les partenaires avec lesquels nous allons mener cette politique de santé.

Parce qu'il est assez étonnant, voire troublant, quand on change de colloque et parfois de casquette, de voir que l'on ne parle que de la prévention et des associations, que des professionnels de santé, que de l'hospitalier ou que du social. **Il serait intéressant, voire urgent, de faire des passerelles, d'observer sur les territoires comment fonctionnent ces interactions au-delà de l'organisation des différentes compétences et leur traçabilité.** Sans remettre en cause le rôle de l'État, le niveau territorial est aujourd'hui absolument primordial.

Laurent Chambaud

Deux ou trois petites réactions sur certaines de vos interventions. D'abord, effectivement, la nouvelle configuration, telle qu'elle est actuellement stabilisée sur les agences régionales de santé d'un côté et les directions régionales de cohésion sociale de l'autre, va complexifier les choses, en tout cas sur ce qui nous préoccupe aujourd'hui. Et, à mon sens, il sera nécessaire de trouver le meilleur mode possible pour ce pilotage, parce que **ce qui fait l'originalité des ASV, c'est d'être au confluent des deux : à la fois de la cohésion sociale de proximité et la politique de santé publique.** Nous aurons là, tel que cela est actuellement fait, une distinction forte, dans les services de l'État, entre les deux préoccupations. Alors, soit nous inventons un « ménage à trois », soit nous trouvons un mode de copilotage qui fasse en sorte que la collectivité locale ait devant elle quelqu'un qui puisse représenter l'ensemble des sensibilités pour développer les ASV. Je ne suis pas certain que cela ait été pensé par ceux qui ont planché sur la loi, pour la raison que je vous ai citée tout à l'heure : la mise en œuvre ne fait pas partie des préoccupations de la loi actuelle, sauf quelques lignes par ci, par là. Il va donc falloir se préoccuper de cette question, avant d'avoir continué les ateliers Santé-ville, parce qu'ils risquent d'être des cailloux dans l'engrenage qui risquent de lui faire très mal.

Didier Febvrel

Quand vous dites que les ateliers Santé-ville vont s'arrêter : des ressources humaines sont en jeu, des dynamiques aussi. Des institutions se sont investies. Il ne faut pas perdre l'idée que **des coordinateurs sont en cours de qualification sur le terrain. Nous sommes en train de fonder une nouvelle génération de professionnels de la santé publique au niveau des territoires, chose que nous n'avons jamais eue en France jusqu'à présent.** Nous avons cette opportunité et le défi est aussi là : un enjeu d'emploi, de dynamique territoriale. Au niveau du microéconomique local, s'il s'avère que les ASV partent, je ne vois pas qui va pouvoir prendre leur place et dire : nous allons vous payer des équivalents plein temps d'animateurs.

Laurent Chambaud

Pour prolonger ce que vous dites, encore une fois, pour l'instant, le niveau de mise en œuvre n'a pas du tout été exploré dans le cadre de la loi. C'est peut-être une opportunité pour que vous le fassiez valoir, parce que nous sommes face à une situation qui évolue, puisque les services de l'État seront de moins en moins à même d'avoir un pilotage de proximité, comme ils pouvaient peut-être le faire auparavant. Nous allons vivre une situation très différente. C'est quelque chose qui a été très souvent brandie comme une menace. **L'Agence régionale de santé a le mérite de la cohérence sur la santé et le médico-social, y compris pour la prévention.** Elle a aussi une interrogation : qu'en sera-t-il de la prévention quand les rouleaux compresseurs du problème de l'hôpital, de la médecine ambulatoire, notamment de la démographie des professionnels de santé, seront sur le bureau du directeur de l'Agence régionale de santé, avec une ville et des financements à peu près à la même hauteur et, de l'autre côté, une feuille pour la prévention, parce que, en

termes financiers, cela ne pèse rien par rapport au reste. C'est aussi une menace. Il est vrai que dans ce cadre, faire valoir le fait que l'action de proximité, ce n'est pas de la génération spontanée, mais que **ce sont des actions qui se mettent en place au cours d'années de travail est important y compris dans le cadre de l'élaboration de la loi, mais aussi derrière tout ce qui va suivre en termes de dispositifs.**

Intervenant

Je suis entièrement d'accord avec vous. L'atelier Santé-ville pose la question de la responsabilité de tous dans la prise en compte des problèmes de santé de la population et effectivement, chacun à sa place, dans son rôle social, doit s'approprier la question et interpeller le pouvoir en charge des problèmes de santé et en particulier l'État, puisque cela relève de sa responsabilité. Cependant, je tiens quand même à appeler votre attention sur un petit détail : nous sommes ici en train de préparer une journée nationale qui doit se tenir le 5 décembre prochain et ce n'est pas une réunion spontanée. C'est l'État qui organise cela. C'est la politique de la ville. Donc, si vous êtes en train de nous dire : « allons-y, faisons valoir nos intérêts dans ce cadre ! », entendons-nous bien... **Nous sommes dans le cadre d'une démarche d'État organisée et animée par l'État et nous y contribuons positivement, dans le meilleur esprit, pour aider l'État à être meilleur que l'État.**

Laurent Chambaud

Cela est loin de l'anecdote et je trouve que c'est plutôt sain. Il est vrai que, dans ce cadre, les services qui, au niveau de l'État, sont chargés de défendre les aspects de santé publique, utilisent tous les leviers, y compris des journées dans lesquelles les collectivités locales et les associa-

tions viennent énoncer leur point de vue, ce qui fait partie de la démocratie. Mais cela n'empêche pas que, par ailleurs, vous ayez aussi vos propres modalités. Mais, vous n'attendez pas que je vous le dise pour le faire, j'en suis certain. C'est aussi, je le crois, un élément de la diversité et de la capacité d'influencer les politiques publiques. Et puis, ce sont les jeux politiques normaux qui doivent se faire dans le cadre de l'élaboration d'une loi. Alors, à mon sens, il vaut mieux qu'il y ait les deux.

Pierre Chauvin

Tout cela est intéressant. Quand on n'est ni professionnel, ni dans l'organisation interne, on trouve à la fois des choses très intéressantes et, en regardant de l'extérieur, très positives à constater que les **coordinateurs des ateliers Santé-ville se posent les bonnes questions sur leur rôle, prennent du recul et s'autoquestionnent de façon extrêmement pertinente sur leur mission.**

Pour en revenir à l'atelier 4, nous avons essayé de parler de copilotage, etc., à partir des déterminants sociaux de la santé et finalement, cela s'est révélé une bonne grille de lecture pour en arriver exactement aux conclusions que vous avez exposées. Par cette grille des déterminants sociaux de la santé et la nécessité du travail, du positionnement, des stratégies de transversalité etc., nous avons abouti aux quatre ou cinq questions majeures dont vous avez parlé.

À titre individuel, je voudrais ajouter que les déterminants sociaux de la santé ne constituent pas qu'une grille de lecture. Cela a été dit par des personnes de l'atelier 4, et m'avait interpellé sans doute plus que des questions de positionnement stratégique ou administratif, parce que, sans doute à tort, ce sont des choses que je ne connais pas très bien. Mais plusieurs personnes l'ont souligné dans l'atelier. Sans être démagogique, quelqu'un a souligné qu'il y avait **une troisième personne dans l'histoire entre l'État, les ateliers Santé-ville, etc., dont on ne parlait**

jamais : ce sont les populations dont nous nous occupons. Il s'agit de personnes et il faut peut-être en revenir là. Sinon, c'est la mort du dispositif. Or, au contraire, chacun est très attaché au fait que la grande force des ASV est leur rattachement local, parce qu'ils sont proches des conditions de vie des personnes. Or, j'entends dans cette discussion que **plus vous ferez un zoom arrière – même s'il est nécessaire – et plus vous risquez de perdre de vue certains déterminants sociaux de la santé qui préexistent**, mais qui doivent encore, pour certains d'entre eux, être traduits en objets politiques et en objectifs de politique de lutte contre les inégalités sociales de santé. Nombre d'exemples ont été donnés à ce sujet : lien social, accompagnement, effets sanitaires incontrôlés de certains programmes comme la rénovation urbaine entre autres.

Jocelyne Extra

membre de la Conférence régionale de santé Île-de-France

Je voudrais juste ajouter un commentaire aux propos de Monsieur Chauvin. Je fais partie de la commission de travail sur le respect du droit des usagers, la loi de santé publique ayant mis en effet un appareillage à disposition de l'utilisateur. Plus on s'éloigne dans les territoires dont vous parlez, plus ils en sont loin, plus ils en sont privés, moins ils en sont acteurs et plus on accentue l'inégalité. **Or, la première égalité concernant les soins, consiste à savoir un certain nombre de choses sur sa propre santé et sur ses droits à la santé.** Je ne parle même pas de l'accès aux soins. Cela va plus loin que ça. Ainsi, nous avons fait un rapport que nous allons porter au niveau de la consultation nationale. Il est extrêmement important de rester proche des habitants. Il est vrai qu'il peut y avoir un effet démagogique : la parole de l'habitant, la parole de l'utilisateur ; mais aujourd'hui, les outils que lui fournissent la loi ne sont pas utilisés et sont mal expliqués.

Laurent Chambaud

Je propose que nous nous arrêtions là parce que vous avez encore à travailler tout à l'heure. Simplement pour conclure sur ce point, je crois qu'effectivement, ce que dit Pierre Chauvin semble croiser l'ensemble des préoccupations des ateliers, mais sous une forme différente. Les ateliers Santé-ville possèdent une chose pour laquelle, en France, nous sommes mal lotis, parce que nous avons deux légitimités qui, parfois, rentrent en collision l'une avec l'autre : celle des élus et celle des personnes que nous n'avons pas eu l'habitude de voir dans le champ de la santé. C'est une tradition qui vient des pays anglo-saxons dans lesquels les représentants d'usagers, avec les avantages et les défauts qu'il peut y avoir dans ces pays, sont beaucoup plus présents, alors que nous ne trouvons pas beaucoup d'élus dans le développement des actions de santé. **Dans le cadre des ASV, un équilibre semble se développer, avec la mobilisation de certains élus et par ailleurs la préoccupation de savoir comment les populations peuvent exprimer des sentiments par rapport à un vécu de proximité.**

Là où je suis totalement d'accord avec Pierre Chauvin, c'est qu'il ne faut pas perdre de vue cet aspect. Il faut être capable de trouver, dans les ASV, la façon dont les choses peuvent se pérenniser, dans un contexte de très forte fragilité. Sans doute les élus locaux défendront-ils cet aspect avec, je l'espère, le soutien de la loi et celui de l'État. Mais, les opérateurs de proximité, vous le voyez bien, ce ne sont pas le préfet ni le directeur de la DDASS, et ce ne sera pas non plus le directeur de l'ARS. Par contre, ils peuvent les favoriser. Et le devoir de la loi est de faire en sorte que cela le soit. Mais il y a aussi l'autre aspect de ce zoom arrière dont Pierre Chauvin parle, à savoir le fait de faire une connexion entre cette préoccupation et le dispositif institutionnel qui est en train de se mettre en place. Et **il ne faut pas que le dispositif institutionnel – comme c'est, à mon sens, le cas dans la lecture que j'en fais actuellement –, oublie**

ce niveau de proximité, qui doit être non seulement pérennisé, mais développé. C'est donc tout l'enjeu de ce qui pourrait se faire ou pas dans la loi actuellement en discussion.

Mais vous allez parler de l'instrumentation de tout cela dans les ateliers qui vont suivre.

Intervenante

Merci à tous. Je voulais remercier les témoins-rapporteurs et je suis ravie de cette restitution. Certains vont rester avec nous. D'autres vont partir. Je tenais vraiment à les remercier. À tout à l'heure.

SYNTHÈSE DE L'ATELIER 1 : LES PARTENAIRES DU PILOTAGE

*Avec l'expérience de : Asnières-sur-Seine,
DDASS/GRSP Nord-Pas-de-Calais, Marseille, Mulhouse.
PowerPoint : <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/Atelier01ASV.zip>*

Michel Joubert

professeur de sociologie

Objectif

Présenter les modalités et les bénéfices du copilotage ville-État en tant que levier potentiel de coproduction et de programmation des ateliers Santé-ville, en tenant compte des variations et articulations territoriales.

Constat global

Le pilotage d'un ASV est l'expression et la condition de la reconnaissance d'un champ propre à l'ASV. Savoir qui pilote l'atelier, et de quelle manière, constitue donc une question stratégique. La composition du comité de pilotage contribue à asseoir la légitimité de la démarche : elle doit donc intégrer les acteurs et les compétences nécessaires au développement des actions dans un contexte et sur des problématiques spécifiques. Outre les villes (ou communautés de communes ou d'agglomération) et l'État, les agencements pourront associer le conseil général, la CPAM, l'Éducation nationale et bien d'autres acteurs.

Identifier un champ spécifique d'inscription des actions de santé au niveau local constitue aussi un enjeu central dans la mise en place d'une instance de pilotage. Plus concrètement, il s'agit d'assurer la cohérence

et l'articulation de l'ASV avec la politique de la ville, qui est territoriale, et celle de santé publique, qui est sectorielle.

Définir la façon dont l'ASV sera piloté ainsi que les outils et supports de ce pilotage, et, par ailleurs, donner une visibilité à l'ASV et valoriser le résultat de ses actions constituent des modalités essentielles pour que son existence et sa contribution soient reconnues par l'ensemble des acteurs de la santé et de la ville.

Qui pilote l'avion ?

Le constat

Que ce soit à Asnières, à Mulhouse, à Marseille ou dans le Nord-Pas-de-Calais (territoires pour lesquels une présentation des modalités de pilotage a été effectuée au sein de l'atelier), qu'il s'agisse de région, d'arrondissement, de communauté d'agglomération, de ville ou de quartier, on retrouve généralement dans le comité de pilotage d'un ASV :

- les représentants des institutions engagées dans la politique de la santé : préfecture, DDASS, DRASS, CPAM, Éducation nationale, centres hospitaliers, ARH, etc., jusqu'aux institutions européennes dans le cas de Mulhouse,
- les représentants des territoires aux échelons local (exemple : élus santé des municipalités à Cherbourg), départemental (conseil général) et régional (conseil régional),
- les représentants de la politique de la ville porteurs du Cucs : services politiques et sociaux (exemple : Asnières), organismes bailleurs (exemple : Cherbourg).

Souvent, le comité de pilotage est, dans sa première version, le reflet de l'histoire de la ville et de la plus ou moins grande prise en compte des questions de santé : à Cherbourg, c'est le comité de pilotage du contrat ville qui a été au départ en charge du pilotage de l'ASV, la DDASS n'y

était pas présente ; à Mulhouse, l'ASV naît avec pour objectif de mettre en relation le contrat ville et les réseaux de santé communautaires de quartier qui existaient depuis longtemps.

Les limites

- Les comités de pilotage peuvent rassembler beaucoup d'acteurs, sans que soient présents ceux qui sont décisifs en termes de légitimité politique et de pérennisation de la démarche. Cela correspond à une tendance conduisant à substituer les techniciens aux élus pour mettre en place et conduire l'ASV (Nord-Pas-de-Calais) ;
- Certaines institutions et décideurs en matière de politiques urbaine et sanitaire ne sont pas toujours présents, limitant ainsi, de fait, les partenariats ;
- Les représentants de la population sont, de manière quasi systématique, absents.

Les recommandations

Le pilotage a pour mission de resituer la dimension stratégique de l'ASV au sein du Cucs et donc son importance au plan politique. Les recommandations des participants à l'atelier 1 ont été les suivantes :

- **à la tête du comité de pilotage** doivent figurer le représentant élu de la commune ou du regroupement de communes ainsi que le préfet (ou sous-préfet en charge de la politique de la ville), afin d'asseoir le rôle des élus et de l'État dans la démarche. L'ASV doit être porté et copiloté par les principaux décideurs des deux parties – ville et État – afin de montrer la volonté réelle des deux acteurs principaux d'inscrire et de mettre en œuvre la politique de santé publique dans les territoires. L'intégration dans le comité de pilotage de ces deux acteurs majeurs permet de **légitimer la pertinence et la spécificité des stratégies** visant à promouvoir l'engagement d'actions de santé publique au niveau local (ajustement aux besoins, innovations, vision globale, cohérence territoriale) ;
- **les autres composantes du comité de pilotage** doivent refléter l'identité du périmètre territorial – plus d'un ASV sur deux associé en effet

plusieurs communes – et être cohérentes au regard des objectifs assignés à l'ASV : présence des élus des communes associées, représentants des services de l'État, des médecins libéraux, des associations locales, de la population, de la CPAM, des hôpitaux, etc.

Les conditions de la réussite : visibilité et articulations structurantes de l'ASV

Les constats

- La création et la mise en œuvre des ASV dépendent beaucoup **de l'histoire, de l'existant et du contexte territoriaux**. Le démarrage peut se révéler compliqué au regard de ces éléments : à Mulhouse, par exemple, un contrat de ville ainsi qu'un réseau de santé communautaire existaient depuis longtemps, compte tenu du passé industriel, social et géographique de l'Alsace. Un poste de coordonnateur des réseaux santé avait déjà été créé en 1958. Il faudra cependant attendre 2006 pour qu'un ASV voie le jour. À Marseille, le fait que la DDASS – donc l'État – ait l'habitude de travailler avec la municipalité dans le cadre de son pôle de santé publique a facilité la co-animation de la démarche ASV par la région, représentant l'État, et la ville : trois ASV ont ainsi vu le jour entre 2002 et 2008, un chef de file et quatre coordonnateurs ETP ont été recrutés pour les animer.

- Le **diagnostic** qui devrait être *a priori* réalisé avant la création d'un ASV ne l'a pas toujours été ou a pu être retardé de plusieurs années. À Asnières, par exemple, il a fallu attendre trois ans pour que ce diagnostic soit posé, du fait notamment de la difficulté à trouver un interlocuteur au titre de l'État. C'est le plus souvent un processus évolutif : à Cherbourg, une évaluation a été faite deux ans après la mise en place de l'ASV, conduisant à la mise en place d'un comité de pilotage spécifique.

- L'un des principaux enjeux dès le début, puis tout au long de l'existence d'un ASV, est son **articulation avec les autres pilotages et ins-**

tances au sein de la politique de la ville – en premier lieu le Cucs (et les volets d’actions concernant des déterminants de la santé) – ainsi qu’aux niveaux départemental et régional (GRSP) pour ce qui est de la politique de santé publique. Le pilotage de l’ASV se fera différemment selon les modes d’articulation retenus. Ainsi, à **Marseille**, c’est l’État représenté par la DDASS qui est l’initiateur et donne le *tempo*. Dans le **Nord-Pas-de-Calais**, c’est la Région qui a mis en œuvre la démarche territoriale aboutissant cinq ans plus tard à la création de trois ASV, dans le cadre du plan régional de santé publique, avec une quasi-absence de représentation des élus. À **Cherbourg**, tant que le comité de pilotage de l’ASV était le même que celui du contrat de ville, les projets ont eu du mal à trouver leur légitimité tant au plan politique (présence d’élus ayant en charge les questions de santé) qu’opérationnel (concertation entre cofinanciers potentiels, définition des priorités). À l’inverse, quand le pilotage est purement sanitaire, les articulations avec les autres volets du Cucs sont plus difficiles à établir. À **Mulhouse**, l’ASV répond au problème de cloisonnement entre les différents acteurs (hôpital, assurance maladie, CAF, services sociaux porteurs du Cucs). Son objectif : établir un partenariat actif entre tous les acteurs de la politique de santé et de la Ville autour d’un même projet qui prenne en compte une démarche participative avec la population.

Quand l’articulation entre les différents territoires fonctionne, les conditions de réussite de la démarche ASV sont réelles : ce fut le cas dans les Hauts-de-Seine, comme l’a expliqué la coordinatrice de l’ASV d’Asnières, qui estimait que la bonne articulation entre le pilotage du département animé par la DDASS, d’une part, et celui des quatorze ASV des seize villes signataires d’un Cucs, d’autre part, avait permis la mobilisation des responsables et la participation de toutes les équipes aux groupes de travail. Les formations proposées et la réunion annuelle du comité des quatorze coordonnateurs des ASV du département, organisées par le comité de pilotage départemental, ont aussi permis *a contrario* de mesurer les effets de l’absence d’échanges et de décisions.

• Les **cultures de référence** pour ces questions sont très différentes sur le terrain, entre les acteurs de santé et les travailleurs sociaux, entre les politiques et les administrations. C'est là que réside, aux yeux des intervenants de l'atelier 1, l'un des atouts majeurs de la démarche des ASV : constituer des lieux privilégiés pour se parler, échanger, mieux se connaître et se rapprocher autour de projets communs. Ainsi, le chef de file de Marseille reconnaît-il, parmi les acquis de l'expérience ASV, l'habitude de travailler ensemble, une connaissance mutuelle ainsi que le renforcement de la proximité des opérateurs des différents territoires. L'ASV de Mulhouse a évoqué la journée d'échange organisée en septembre dernier sur « le mal-être, une souffrance à prendre en compte », qui a réuni dix partenaires d'horizons et de compétences différents et cent cinquante participants. Cette initiative a donné envie à ces partenaires, qui se parlent rarement, de travailler ensemble sur des thématiques transversales communes et d'établir un lien actif avec les médecins libéraux... Tous soulignent que l'émergence d'une culture Santé-ville est indispensable à la création et à la pérennité d'un ASV et que la constitution de cette culture commune demande du temps.

Les limites

• **Le manque de formalisation du rôle des ASV locaux**, tel que souligné par la coordinatrice de la ville d'Asnières, met en lumière une véritable nécessité de préciser les rôles et les tâches des membres du comité de pilotage.

• **Le positionnement flou des ASV** qui, selon le représentant du Nord-Pas-de-Calais, renvoie à des assemblages complexes, peu lisibles et peu participatifs. Beaucoup évoquent ce manque de visibilité des ASV, leur identité difficile à cerner et leur image inexistante. Peu d'acteurs de santé et de travailleurs sociaux, peu d'élus et encore moins d'habitants savent ainsi précisément ce qu'est un ASV et quelle en est son utilité. Les conséquences de ce manque de visibilité sont la faible implication des élus, à l'image de la participation des populations concernées, des acteurs locaux extérieurs au secteur de la santé et, enfin, le peu de visibilité de l'impact des programmes d'action du GRSP au niveau local.

- **Le faible poids de l'échelon local (ville, quartier) par rapport au département et à la région** du point de vue financier et décisionnel. Le représentant du Nord-Pas-de-Calais a soulevé la question du financement des actions des ASV, dans un contexte où le partenariat institutionnel santé-ville n'existe pas financièrement : les budgets proviennent du GRSP et sont axés sur des thèmes et non des territoires. De plus, ce sont les conseils généraux et régionaux qui décident de leur répartition en fonction de leurs priorités.

- **L'image souvent négative de l'État aux yeux des élus territoriaux**, celui-ci étant perçu comme contrôleur. Dans le cas d'Asnières, cette méfiance a freiné le processus de création d'un ASV.

Les recommandations

Plusieurs recommandations ont été formulées par l'atelier 1 dans le but de rendre plus lisibles les ASV, de susciter la confiance entre les acteurs, de créer une culture commune et, enfin, de préparer l'avenir en vue d'assurer une articulation avec le niveau régional de mise en œuvre de la politique de santé (ARS).

a) Structurer et mettre en cohérence : le comité de pilotage doit avoir les moyens de mettre en cohérence les actions définies par les acteurs de l'ASV, d'en mesurer les effets et les marges de manœuvre : encore faut-il que les objectifs partagés par les partenaires soient bien intégrés dans le cahier des charges de l'ASV et que ses objectifs ainsi que les rôles de chacun soient explicités. Dans cet esprit, il est préconisé de clarifier et de formaliser, au sein d'une charte globale :

- **le rôle et les missions de l'ASV ainsi que du comité de pilotage** : ce dernier décide de la politique de santé au niveau local, dans le cadre de la politique de la ville, en coordination avec les programmes de santé nationaux (il s'agit d'être plus qu'un simple opérateur du PRAPS/GRSP au niveau local) en cherchant à répondre aux besoins des habitants. Le comité de pilotage accompagne ce projet en se donnant les moyens de le mettre en œuvre avec succès,

- **l'articulation avec les autres volets du Cucs et son comité de pilotage**, notamment en comptant, parmi les membres du comité, le maire et d'autres élus (éducation, petite enfance, jeunesse, logement...),

- **l'articulation à l'échelon régional** : reconnaissance des composantes territoriales de la politique de santé publique au niveau du GRSP (financements) et la présence de l'État (préfet) aux côtés du maire venant renforcer la légitimité de cette politique,

- la nécessaire **articulation entre la gouvernance de l'ASV** (rôle du comité de pilotage) et la **sphère technique** (rôle des comités techniques) au sein des dispositifs opérationnels,

- **les coordinations** : c'est-à-dire tout le système d'animation et de formation des référents santé/coordonnateurs des ASV aux niveaux local, départemental et régional. Les exemples de Marseille, du Nord-Pas-de-Calais et d'Asnières montrent combien ces coordinations sont utiles pour créer une culture commune entre les différents acteurs, augmentent le niveau d'expertise et donnent une vision globale des ASV à l'échelle tant départementale que régionale,

- **les missions de chacun au sein des dispositifs de suivi et de pilotage**, notamment celles des référents santé/coordonnateurs, qui jouent un rôle important dans le dispositif.

b) Donner du poids à l'ASV et à son comité de pilotage

- En faisant savoir à tous ses partenaires ce qu'il est et ce qu'il fait, en valorisant les atouts et résultats de la démarche pour les élus et les collectivités territoriales, ce qu'elle apporte à la population, comment elle répond à leurs besoins de santé, ce qu'elle apporte à l'État, comment elle met en œuvre sa politique de santé publique : proposition, notamment, d'un kit de communication (exemple de la démarche de communication autour du projet Epode).

- En donnant à l'ASV les ressources (moyens humains et financiers) de sa politique, ce qui permet de concilier les deux logiques, celle de la territorialité et celle des orientations par thème du GRSP avec pour objectif de permettre à la politique de santé publique d'infléchir la politique

de la ville : proposition d'un guichet unique de financement ou encore que l'ASV intègre les PRAPS et concoure aux appels à projets.

- En qualifiant et en responsabilisant les référents de santé/coordonnateurs dans l'approche politique de la santé pour qu'ils soient capables de gérer et de coordonner les actions.

Les outils et supports de pilotage

Le constat

Les outils et supports de pilotage désignent les moyens de mesure, d'observation et d'évaluation qui vont permettre au comité de pilotage de réfléchir, d'établir une stratégie, de décider des axes prioritaires et des programmes d'actions qui en découlent, et éventuellement de changer d'orientation, par exemple à la lumière des résultats d'un sondage ou du bilan de l'impact des actions menées. Ce sujet n'a pas été explicitement abordé par l'atelier, sinon pour évoquer les problématiques de la réalisation des diagnostics de santé ainsi que du suivi et de l'évaluation des programmes d'actions menés localement. Le constat général est la difficulté pour les ASV d'obtenir des informations, notamment les statistiques et les chiffres de la santé, auprès des partenaires institutionnels (observatoires de la santé, CAF, etc.), au point, pour certaines villes, de songer à créer – voire de mettre en place – un observatoire local de santé.

Les limites

Pour le représentant du Nord-Pas-de-Calais, un outil manque cruellement : la cartographie des actions menées par le GRSP, par thème sur les territoires, quels qu'ils soient. Cette cartographie permettrait en effet de faire l'état des lieux des besoins de la population et de déterminer, en connaissance de cause, les thèmes et les lieux d'actions prioritaires pour la politique de santé de la Ville.

Les recommandations

Afin de pouvoir jouer son rôle – développer des programmes locaux de santé publique –, le pilotage de l'ASV doit établir un cadre et le garantir, ce qui suppose que le comité de pilotage en définisse et en précise les conditions d'exercice. Il doit aussi s'assurer qu'il est en mesure de décider, d'établir des priorités, d'appliquer et de suivre ces programmes. Dans cette perspective, les propositions des participants de l'atelier ont été les suivantes :

- **doter l'ASV d'un outil de cadrage des données** (indicateurs, éléments de comparaison), des procédures de consultation auprès des professionnels et de la population, et de définition des problématiques (diagnostics participatifs). À titre d'exemple : établir, avec chacune des institutions étatiques pourvoyeuses de données sur la santé, un partenariat permettant à l'ASV d'obtenir les moyens nécessaires à la réalisation du diagnostic, puis de mesurer l'impact de ses actions sur le terrain (par exemple, avec l'ORS) ;

- **positionner le suivi et l'évaluation comme éléments stratégiques du pilotage** : observatoire, indicateurs, restitution des résultats aux différentes étapes du diagnostic, ajustements ;

- **en faire une instance de promotion des outils de travail communs pour les acteurs** (groupes de travail thématiques, formations, séminaires, cartographies, indicateurs, coordinations) et de capitalisation-validation des avancées réalisées.

En conclusion

Les principaux enjeux relatifs au comité de pilotage des ASV sont :

- la nécessité de dépasser les logiques concurrentielles entre instances compétentes pour la santé publique,
- le besoin de fixer des principes de cohérence (négociations, articulations),
- la base permettant d'interroger les conditions de participation de la population.

SYNTHÈSE DE L'ATELIER 2 : LA COMPRÉHENSION DES ENJEUX POLITIQUES

*Avec l'expérience de : Ajaccio, Autun, Bouches-du-Rhône, Strasbourg.
PowerPoint : <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/Atelier02ASV.zip>*

Fernando Bertolotto
sociologue

Quels sont le sens et l'intérêt d'une déclinaison territoriale de la politique de santé publique pour les décideurs et pour les populations ?

Problématique de l'atelier

La démarche ateliers Santé-ville amène la santé publique au plus près des quartiers ou des territoires dans lesquels les populations cumulent le plus de facteurs discriminants, en termes d'état sanitaire et social. Singulière, cette démarche de santé publique matérialise une approche quasi discriminante à l'égard de ces territoires et populations. La question du lien entre régulation supra-territoriale (c'est-à-dire nationale ou régionale) et proximité locale y est posée de manière opérationnelle. Les enjeux, aujourd'hui identifiés par ce séminaire devront être pris en compte, demain, lors de la mise en place des Agences régionales de santé.

Les réponses proposées

1. Entre compétence des uns et proximité des autres : l'émergence d'une organisation locale de la santé publique au plus près de ceux qui en ont le plus besoin

Par le biais de la démarche d'atelier Santé-ville, une organisation des politiques de santé publique émerge au niveau local. Elle permet de mettre en œuvre une politique de traitement des problèmes de santé publique les moins bien résolus par les politiques de droit commun. La démarche ASV, c'est d'abord un dialogue entre les villes et l'État afin de réaliser un diagnostic et d'affirmer des objectifs communs d'action sur les territoires qui en ont le plus besoin. Il s'agit d'aller au plus près des besoins de chaque territoire, ce qu'une politique de planification descendante classique ne permet pas aussi finement. À l'État d'apporter le cadre et l'impulsion nécessaires, aux villes d'apporter la légitimité et la proximité, indispensables à une politique moderne de santé publique.

En ce sens, les ateliers Santé-ville traduisent une vision moderne de la santé publique, dans laquelle la régulation de l'État s'adapte aux besoins locaux, sans remettre en cause la nécessité d'un cadre commun.

Les grandes villes, comme Ajaccio, qui ont déjà une tradition de politique de santé publique, se servent du dispositif sans difficulté, y compris parfois pour légitimer des actions menées auparavant. Mais la mise en œuvre des ASV permet bien souvent de faire apparaître des questions complexes (telles que la distribution de l'offre de soins ou le vieillissement) qui ne peuvent être traitées par l'État, compétent en matière de santé publique, sans prendre en compte les acteurs locaux. Les ASV sont alors un levier d'efficacité des politiques nationale et locale de santé publique.

L'expérience de la DDASS des Bouches-du-Rhône montre que ce sont souvent les villes qui en ont le moins besoin qui interpellent les services de l'État, tandis que ces derniers doivent tendre la main aux villes les plus nécessiteuses. Dans tous les cas, cette expérience montre aussi l'importance du rôle moteur d'accompagnement et d'encadrement expert des services déconcentrés de l'État qui, lorsqu'ils se donnent les moyens de leur mission, apparaissent comme un facteur garantissant la qualité des ASV et facilitant leur développement.

À Autun, la démarche participative a été poussée jusqu'à impliquer des habitants dans la réalisation du diagnostic, atteignant ainsi les personnes les plus éloignées des institutions. Une véritable dynamique citoyenne y est née, donnant beaucoup de force à l'ASV. Mais le risque de perdre en route la mobilisation des élus ou de s'éloigner du cadre commun fixé par l'État ne saurait être négligé, de même que la participation des citoyens ne saurait faire oublier l'enjeu d'un nécessaire partenariat.

2. Le temps, entre urgence et patience

Complexes, les problématiques de santé publique et de la politique de la ville ne peuvent être abordées dans la précipitation ou dans une perspective de court terme. Et pourtant, il y a toujours urgence. À cet égard, l'expérience de l'ASV de Strasbourg est édifiante. Né à l'instigation de l'État, suite à plusieurs incidents dans un quartier de la ville, l'ASV ne s'est pas révélé tout de suite efficace.

La ville, disposant déjà d'une politique de santé publique, l'État l'a fortement incitée à instituer cette démarche innovante, mais il a fallu du temps pour que les élus locaux s'en approprient les principes spécifiques de fonctionnement : partenariat, cohérence et hiérarchisation des priorités d'action en fonction des besoins identifiés par le diagnostic... Les difficultés de mise en œuvre étaient nombreuses, avec une faible mobilisation des habitants, un manque de relais associatifs et un manque de personnel municipal.

Depuis, la ville a pris conscience du besoin d'animation de la démarche et la collaboration avec les services de l'État est effective. La création (à venir) d'un poste de coordonnateur ASV à temps plein devrait permettre une meilleure implication des habitants. De même, la mise en place d'un comité politique de santé publique impliquant l'ensemble des structures de ce domaine (Groupement régional de santé publique, Agence régionale de l'hospitalisation, Caisse primaire d'assurance maladie, plate-forme santé précarité...) devrait-elle favoriser le positionnement des ASV dans une logique propre à chaque quartier. La démarche

ASV pourrait même s'élargir au niveau de la communauté urbaine de Strasbourg où une animation partenariale intercommunale est envisagée. Malgré son histoire mouvementée sur ce territoire, l'ASV a su s'imposer comme un élément de mise en ordre des politiques de santé publique dans les quartiers classés en ZUS.

L'exemple strasbourgeois illustre l'importance et la force de l'État animateur. Son impulsion initiale, son insistance et sa force d'entraînement ont permis à la démarche de s'imposer. Dans les Bouches-du-Rhône, l'organisation cohérente de la DDASS, avec la prise en compte des ASV dans un pôle « social et santé publique », a également démontré l'efficacité de la démarche.

3. L'enjeu d'une santé publique plus efficiente et plus proche des citoyens

Nécessaire pour lancer un ASV, la signature d'un contrat permet une mise en œuvre concertée de la politique de santé publique. Ceci implique aussi que chaque partenaire agisse sur son propre fonctionnement institutionnel. Il ne s'agit pas simplement d'afficher un accord au niveau politique entre partenaires, mais pour chacun d'engager tous ses services dans la mise en œuvre des priorités définies. Si la cohérence existe entre institutions, et au sein de chacune d'entre elles, il devient alors possible d'affecter les crédits de manière coordonnée, sur la base d'un diagnostic partagé. Une meilleure organisation des moyens sur le territoire devient effective. En reliant et en mettant en cohérence l'ensemble des moyens de la prévention sur le territoire, en évitant les doublons et en améliorant les résultats, l'ASV est le lieu qui permet cette coordination locale, au profit des populations et des territoires les plus défavorisés. Néanmoins, la démarche ASV n'a pas pour objectif de gérer la pénurie.

La légitimité des porteurs des ASV dans chacune des institutions est une clé de la réussite de la démarche. Ainsi, par exemple, le soutien du préfet est-il nécessaire pour que les problématiques locales définies par

l'ASV soient prises en compte par tous les services de l'État. Divers témoignages ont permis de constater que la force d'impulsion de l'État est variable en fonction des régions et qu'aux yeux des acteurs locaux, il est essentiel d'intégrer leur ASV dans le cadre de politiques départementales, régionales et nationales. L'attelage formé par le couple Ville-État doit donc intégrer les autres acteurs de la santé publique au plan local (GRSP, CPAM, professionnels de santé...), ce qui nécessite une animation et une coordination efficaces... et donc du temps.

4. L'enjeu de mise en œuvre de la démocratie sanitaire

Les ateliers Santé-ville ouvrent le jeu démocratique. L'aller-retour permanent entre le local et le national rapproche la politique de santé publique de la démocratie sanitaire, un objectif inscrit dans les orientations politiques de l'État et non démenti depuis 2002.

Démarche partenariale, les ASV suscitent le débat permanent – parfois même le conflit – entre les objectifs nationaux et régionaux de santé publique et les besoins réels de chaque territoire. Mais c'est à travers ces discussions, si le soutien politique est fort, que progressera l'action publique. La démarche ASV peut parfois susciter la controverse en révélant l'inadaptation de certains services aux besoins réels du public. Mais l'ASV est l'espace de négociation et de résolution de ces problèmes entre État, ville et acteurs locaux de santé. Dans les Bouches-du-Rhône, les ASV permettent, d'une part, d'établir les priorités d'action en fonction des besoins identifiés par le diagnostic local et, d'autre part, de financer certaines actions qui ne sont pas prévues par le plan régional de santé publique.

Pour certains conseils municipaux, l'intervention dans le champ de la santé suscite la crainte de combler un vide laissé par les autorités compétentes. En effet, agir sur la santé des populations ne se résume pas à agir sur l'organisation du système de soins, mais suppose d'agir sur les déterminants généraux de la santé : sport, transport, cadre de vie... La

participation des habitants, essentielle dans la démarche ASV, favorise la prise en compte de la santé d'une façon globale. Ainsi, lorsque l'ASV d'Ajaccio a interrogé les jeunes de ses quartiers sur leurs besoins en termes de santé, ceux-ci ont-ils demandé un nouveau terrain de sport.

Même si elles ne sont pas dotées de la compétence santé, les municipalités ont donc tout intérêt – et toute légitimité – à réinvestir le champ de la santé, dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale. À l'avenir, elles auront aussi intérêt à saisir la petite place qui leur est laissée au sein des futures Agences régionales de santé. À cet égard, les participants de l'atelier 2 ont exprimé leur inquiétude quant à la prise en compte du lien entre social et santé publique dans le cadre des ARS qui n'auraient qu'une vocation sanitaire.

En conclusion

- À travers les ASV, c'est une organisation locale de la politique de santé publique qui émerge. Elle incite à une cohérence des institutions entre elles et dans leur propre fonctionnement.
- Au plus près des citoyens et des réalités territoriales, les ASV permettent une politique de santé publique et d'action sociale plus pertinente et plus efficace.
- Au-delà du socle contractuel État/ville, la démarche ASV implique de nombreux intervenants. Elle demande du temps pour se mettre en place et produire des effets.
- Les ASV sont un outil essentiel de mise en œuvre de la démocratie sanitaire.

SYNTHÈSE DE L'ATELIER 3

DÉVELOPPER LA SANTÉ PUBLIQUE SUR LES TERRITOIRES À PARTIR DES ASV

*Avec l'expérience de : Aix-en-Provence,
Communauté urbaine du Grand Nancy, Grenoble, Talence.
PowerPoint : <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/Atelier03ASV.zip>*

Annick Fayard

*directrice du développement de l'éducation pour la santé
et l'éducation thérapeutique à l'INPES*

Objectif

À partir de trois présentations d'expériences spécifiques, à Aix-en-Provence, Talence et Grenoble, l'atelier 3 avait pour objet d'identifier comment les ateliers Santé-ville constituaient un levier potentiel de développement d'actions intégrées de santé en réponse aux besoins exprimés par les populations et comment pouvait être apportée, au-delà des segmentations par thématique ou par secteur, une vision globale et transversale de la santé des habitants sur un territoire.

Constats

Lors des débats ouverts par ces présentations, la démarche de programmation stratégique d'actions de santé au sein d'un plan local de santé publique s'est révélée être la méthode partagée qui permettait le mieux de construire en continuité ce type de réponse.

Deux idées majeures ont été dégagées. Tout d'abord, les conditions préalables à l'élaboration et à la mise en œuvre du Plan local de santé publique (PLSP) doivent être réunies en amont, afin non seulement de

prévenir des dysfonctionnements ultérieurs mais également de permettre au plan d'atteindre ses objectifs. En second lieu, la capacité de l'ASV à répondre à sa mission de développement opérationnel de ce plan est conditionnée par plusieurs facteurs tels que le positionnement du coordonnateur, les missions qui lui sont réellement dévolues et l'ancrage institutionnel du PLSP. Par ailleurs, cet atelier a mis en exergue des enjeux méthodologiques, techniques et éthiques liés aux activités développées dans les PLSP.

L'identification des **conditions préalables à l'élaboration du PLSP** et leur caractère incontournable pour articuler et coordonner différentes actions de santé sur un territoire, ont donné lieu à de riches échanges.

À cet égard, **la mise en place d'un comité de pilotage** réunissant les décideurs locaux en amont du diagnostic constitue un élément clé assurant la viabilité du futur plan. Le comité de pilotage est conçu comme un lieu de décision qui permet de clarifier des orientations, d'acter le suivi des actions mises en place, de constituer un espace d'engagement des élus, souligné comme indispensable à la mise en œuvre du plan. Cet espace d'échanges inclut la présence du coordonnateur de l'ASV, qui doit :

- assurer la partie technique et la présentation :
 - des données du diagnostic,
 - de l'état de la concertation avec les différents acteurs,
 - des éléments de contexte (difficultés, opportunités, leviers),
 - des indicateurs d'évaluation et de valorisation des résultats...
- éclairer les décisions du comité de pilotage.

Les configurations de ce **comité de pilotage** sont diverses et varient en fonction des engagements et des spécificités des ressources locales.

Comité de pilotage : la diversité

ASV Talence : le pilotage est assuré par le conseil local de santé publique réunissant les dix huit maires de l'agglomération, les représentants

des associations et des médecins libéraux, CPAM, CRAM, CG, DDASS. Le comité de pilotage valide la démarche et le plan d'action proposés par le coordonnateur.

ASV Grenoble : le comité de pilotage est assuré par le conseil général et les représentants de l'agglomération. Ce dispositif est complété par différents niveaux de concertation :

- groupe de travail avec des élus de secteur (logement, santé, jeunesse, etc.) ;
- point hebdomadaire avec l' élu à la santé ;
- convention d'objectifs et de moyens avec le conseil municipal.

Lorsqu'il est mis en place, le comité de pilotage facilite la continuité des engagements au-delà des différentes « ruptures » rencontrées au fil de l'action (élections, changements d'affectation, nouvelles orientations, etc.). Il favorise la cohérence des actions et des initiatives ainsi que la collaboration des différents services impliqués sur le territoire. Il peut être le lieu de clarification de la place et du rôle de chacun dans l'élaboration et la mise en œuvre du PLSP. Il peut l'articuler avec d'autres démarches en cours au sein du territoire (comme l'*Agenda 21*, par exemple).

Le caractère spécifique de l'animation locale de santé dans le cas d'un ASV couvrant une agglomération a été particulièrement questionné.

L'engagement des élus au sein du comité de pilotage a été relevé par les participants à cet atelier comme un facteur de réussite important pour le PLSP. Le portage de ces plans ou de démarches globales de santé publique est très variable dans les réalités locales. La question de **l'appartenance à des réseaux de villes** (comme les villes santé OMS) ou à des associations d'élus engagés dans le domaine de la santé publique (comme l'association *Élus, santé et territoires*) a été abordée par l'atelier. Elle témoigne d'un intérêt pour des démarches globales et transversales en faveur de l'amélioration de la qualité de vie des habitants. Ces types

d'appartenance constituent donc des leviers de mobilisation intéressants pour construire et favoriser l'implication des villes et des élus dans ce domaine.

Dans un objectif d'amélioration de la santé de leur population, certaines villes ont par ailleurs développé depuis longtemps des stratégies transversales aux différents secteurs et services dont elles ont la responsabilité, ainsi que des offres spécifiques de promotion de la santé, en partenariat avec des intervenants d'autres secteurs.

La question du positionnement de l'atelier Santé-ville a alors été débattue, car celui-ci varie en fonction de **l'antériorité et du niveau de structuration de l'engagement des villes dans ce domaine**. En effet, le rôle de l'atelier Santé-ville peut consister à amorcer une réflexion et une structuration des actions communales, dans une perspective d'amélioration de la santé des habitants, là où une dynamique de ce type n'existait pas. Dans cette hypothèse, il va constituer la « cheville ouvrière » du plan local de santé publique. En revanche, lorsque des actions communales sont préalablement bien engagées, structurées et intégrées dans une démarche globale élaborée avec des partenaires, la plus-value de l'atelier Santé-ville est d'un autre ordre. Il peut ainsi constituer une ressource complémentaire permettant de développer de nouveaux axes, ou se révéler un levier de développement d'activités sur de nouveaux lieux ou renforcer l'interfaçage ville/État.

ASV et politique municipale de Santé

ASV Grenoble : la ville mène depuis longtemps une politique active en termes de santé scolaire ; plus généralement, elle s'appuie sur le secteur associatif et sur les CCAS pour développer ses actions en direction de la petite enfance, des personnes âgées et/ou en situation précaire, etc.

Dans ce contexte, le rôle de l'ASV a été, à partir de 2005, de mettre en cohérence diverses actions telles que le bilan bucco-dentaire des jeunes en difficulté, l'alimentation des sportifs (avec le service des sports), l'assistance dentaire avec les assistantes sociales scolaires. Avec les CCAS et le pôle développement du territoire, l'ASV a par ailleurs mis en œuvre des actions coordonnées telles que le diagnostic santé.

Les facteurs favorisant la réalisation des activités au service du plan local de santé publique

Les modalités de travail des ateliers Santé-ville ont été examinées par l'atelier, et notamment celles qui permettaient de **créer des réseaux** (donc des liens et des flux d'informations, de décisions et de concertations) **entre les professionnels et avec les habitants**. Les liens avec les professionnels soulèvent plutôt des questions autour de la clarification et de la complémentarité des rôles de chacun, de la mobilisation de certains professionnels (les professionnels de santé en particulier), de leur capacité à pouvoir et à vouloir prendre des décisions.

La question du partenariat avec les habitants a davantage été débattue sous l'angle de la participation. Il en ressort que **l'élaboration du diagnostic peut – et doit – impliquer les habitants**. À cet égard, plusieurs méthodes permettant de les associer ont été présentées. Globalement, les habitants sont à considérer comme « des acteurs comme les autres », qui ont une contribution spécifique à apporter : « leur représentation spécifique de la santé en tant que citoyens de la ville » et dans leur vie quotidienne, en interrelation avec les milieux (quartier, lieu de travail, lieu d'accueil de ses enfants) dans lesquels ils évoluent. De plus, ils disposent non seulement d'une vision concrète mais également d'une pratique effective de l'environnement dans lequel ils évoluent et des effets que l'organisation de cet environnement produit tant sur leur vie quotidienne que sur

leur bien-être (transports, offre de services, aménagement du territoire, urbanisme, etc.). Ils sont donc « experts » de la qualité de vie quotidienne qu'offrent la ville ou les communautés de villes à leurs administrés.

Une préoccupation récurrente : mobiliser les habitants...

On constate que les populations « disparaissent » après la consultation initiale (ou le diagnostic) ; quant aux professionnels de santé, ils sont difficiles à mobiliser.

ASV Talence : on note les réticences des habitants à évoquer en public des problèmes personnels, voire intimes.

Argentan : les « groupes projets » semblent préférés à des participations individuelles ; ils peuvent en outre devenir les promoteurs d'un projet. Les habitants ne vont pas nécessairement exprimer la totalité de leurs besoins ; les professionnels en ont une vision plus étendue.

...et les professionnels de santé

Le meilleur moyen de mobiliser les professionnels de santé semble la pratique du donnant-donnant. Par-delà leur rôle de ressource, ces professionnels peuvent également être demandeurs de services et d'assistance auprès de l'ASV : intervention ponctuelle sur cas sociaux (CMUC, SDF, étrangers), organisation d'une manifestation (*Parcours du Cœur*), etc. Ils reprochent au milieu social de ne pas être assez présent à leurs côtés. Les réseaux auxquels appartiennent les professionnels de santé sont un moyen de les contacter (*réseau Diabète*, etc.)

L'implication des médecins peut être reconnue au titre de la formation médicale continue.

Le réseau des pharmaciens, bien implanté, constitue un relais efficace auprès des populations.

Ces professionnels ont des rythmes différents de ceux des administratifs, ce qui impose des contraintes auxquelles il faut s'adapter. Ils sont par ailleurs très sollicités et manquent de temps.

Cette conception opérationnelle se distingue d'une vision de l'habitant « porteur » de problèmes de santé (maladies, souffrances psychiques, violences, etc.) dont il serait amené à témoigner. Dans cette dernière approche, la visée semble plus illustrative que participative et soulève des questions éthiques. Ces échanges questionnent le besoin d'une déontologie commune à laquelle les acteurs de ces démarches (décideurs, professionnels, habitants) pourraient se référer afin de clarifier leurs pratiques. La tension entre la résolution de problématiques personnelles et la contribution à un projet commun permettant d'y contribuer a également été évoquée. La plupart du temps, si les habitants sont « associés » à la phase de diagnostic, la poursuite de leur implication et les modalités organisationnelles mises en place pour y parvenir restent à améliorer et à soutenir.

Le partenariat entre les acteurs institutionnels a également été identifié comme un levier pour diversifier les cofinancements du plan local de santé publique, pour engager des dynamiques entre les services d'un même secteur et entre les services des différents secteurs. Dans le même esprit, la mise en place de démarches qualité dans les services de la commune favorise le fonctionnement transversal et le partage d'enjeux autour de la santé.

Lorsqu'il fonctionne, le partenariat institutionnel favorise la **légitimation** du PLSP auprès des différentes institutions et améliore le développement de ces activités. Enfin, un partenariat actif entre acteurs institutionnels peut contribuer à stabiliser ou à accompagner des modifications d'activités, face à des aléas liés à la mobilité du coordonnateur, à un changement d'élu, d'orientation nationale ou régionale, à des modifications dans les engagements financiers. Il peut ainsi contribuer à la gestion des périodes dites « de transition ». Différents exemples qui permettaient un ancrage et une stabilité du plan local de santé publique ont été développés au cours des interventions et des échanges : c'est le cas de la contractualisation entre le maire et le préfet, sous forme de conven-

tion ou de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

La nature de la structure d'accueil du coordonnateur et du portage de l'atelier Santé-ville (par exemple au titre d'une association ou par le service d'une ville) confère plus ou moins de légitimité aux activités engagées.

Les ASV et les institutions

ASV de Talence

L'équipe municipale fait partie des membres de l'ASV ; c'est une source d'enrichissement mutuel (exemple du lycée hôtelier : opération « recettes » avec un groupe d'habitants).

Financement

Plusieurs sources de financement coexistent, outre le budget propre de l'ASV : les municipalités, les départements, les régions, les Cucs, etc. Ces financements ne répondent pas toujours à des logiques sanitaires.

Les **tensions qui peuvent naître de temporalités différentes** ont été mises en exergue. En particulier, la nécessité pour les élus d'une visibilité rapide d'actions sur les territoires, confrontée au temps d'élaboration du plan de santé publique. Celui-ci fait partie intégrante de l'action et doit donc être pris en compte comme un élément déterminant pour sa réussite. L'élaboration ou l'identification de modalités concrètes permettant aux élus de communiquer sur le plan dès sa phase d'élaboration et de valoriser leur engagement dans la démarche pourrait constituer un travail à mutualiser.

Les différents découpages territoriaux et leur articulation sont fortement interrogés : comment coordonner les différents niveaux d'intervention (Cucs, ville, agglomération, région, etc.) ? Sur quels espaces de concertation et d'articulation entre ces différents niveaux d'intervention

est-il possible de s'appuyer ? Comment travailler en commun sur cette question? Les liens des plans locaux de santé publique avec le groupement régional de santé publique et la conférence régionale de santé ont été abordés : ces plans locaux peuvent participer notamment au diagnostic régional et rétroagir sur le plan régional pour intégrer des priorités de santé d'une échelle territoriale plus fine. La mobilisation des coordinateurs ASV dans l'instruction des projets locaux est apparue comme un facteur de cohérence et de valorisation des actions locales.

L'intersectorialité

ASV Aix : les groupes de travail permettent de gommer les frontières entre différents découpages administratifs. En outre, la formalisation des rapports et des engagements permet de fixer les limites et les conditions de la collaboration.

ASV Évry : dix quartiers sont classés « prioritaires », mais la ville est le cadre dans lequel s'inscrivent les différentes actions. Un comité technique municipal centralise les informations, mais les actions sont territorialisées.

ASV Saint-Étienne : les médecins libéraux ont été mobilisés via le réseau Diabète, mais ce dernier est à l'échelle de la ville, contrairement à l'ASV, ce qui a posé un problème d'identification territoriale.

Enfin, la **capacité du plan local de santé publique à réviser régulièrement son diagnostic et à s'assurer de la validité de ses priorités de santé dans une démarche d'autoévaluation** favorise son évolution et améliore les réponses apportées aux populations.

En conclusion

• **La plus-value de l'atelier Santé-ville** dans la promotion de la santé des habitants sur les territoires réside non seulement dans la **capacité de concertation** qu'il met à leur disposition mais aussi dans le **soutien méthodologique et l'ingénierie** qu'il apporte sur ces territoires. Le maintien et l'amélioration des compétences mises au service de ces territoires nécessitent d'organiser un support professionnalisé, notamment sur les thèmes suivants :

- accompagnement méthodologique et technique,
- liens avec des équipes de référence,
- échanges professionnels à partir des pratiques,
- animation collective de réseau,
- mutualisation des outils et des expériences,
- valorisation de ces expériences, y compris avec des dispositifs concourant aux mêmes objectifs.

• L'ASV **permet potentiellement de passer d'actions municipales de santé à un programme inter-institutionnel d'actions de santé, lorsqu'il n'existait pas**. Cet apport est particulièrement fructueux dès lors que les conditions d'implantation, le pilotage et le soutien de l'ASV et de son coordonnateur font l'objet d'une attention particulière.

• L'apport **de l'ASV est réel, mais comporte des limites** contingentes à ses missions. En effet, il ne saurait constituer à lui seul une réponse univoque à toutes les problématiques. Cette réflexion a été spécifiquement mise en perspective avec le contexte d'évolution de l'organisation actuelle du système de santé et de la révision générale des politiques publiques.

SYNTHÈSE DE L'ATELIER 4

POLITIQUE DES VILLES,

PILOTAGE LOCAL DE SANTÉ ET DÉTERMINANTS DE SANTÉ

*Avec l'expérience de : Communauté urbaine d'Arras, Fontaine,
Grenoble, Marseille.*

PowerPoint : <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/Atelier04ASV.zip>

Pierre Chauvin

directeur de l'équipe de recherche DS3 INSERM – université Paris VI

1^{er} cas : Grenoble

Constituée d'un ASV d'agglomération et de cinq ASV pour six villes, la démarche de l'ASV grenoblois s'est engagée en cohérence avec les initiatives existantes et s'est focalisée sur l'ensemble des territoires ZUS (qui représentent environ 15 % de la population totale), répartis sur trois quartiers. Elle s'articule autour de deux axes :

- prévention de la population enfantine de 3 à 11 ans scolarisée à Grenoble et d'autres publics en situation de précarité,
- accès aux soins de cinq centres de santé (20 000 patients, 90 professionnels) au cœur des quartiers prioritaires.

Les trois chantiers prioritaires de santé ont été choisis à partir des problèmes identifiés par les différents acteurs – centre de santé, diagnostics territoriaux de l'ASV, observatoire municipal de la santé scolaire – sur les thématiques suivantes :

- la santé mentale,
- la santé bucco-dentaire,
- l'alimentation et l'activité physique.

L'ASV a permis d'élaborer avec les partenaires des plans d'action en santé publique (PLASP).

Concernant le dépistage et la prise en charge de l'obésité des enfants et adultes (qui affecte 14 % des élèves de CE2), le dynamisme partenarial entre les ASV et le DRE (Dispositif de réussite éducative) a conduit à embaucher une infirmière à plein temps ainsi qu'une nutritionniste et à s'adjoindre les compétences d'une psychologue. Des journées de débats dans les quartiers ont permis de sensibiliser soixante parents. Par ailleurs, une commission « alimentation » sur chaque secteur a rassemblé tous les acteurs de terrain pour unifier la même terminologie et coordonner les financements.

Constats

- La ville joue un rôle fédérateur avec les services scolaires et éducatifs et permet l'anticipation et la programmation des actions.
- L'interface quartier/ville offre une vision globale et favorise la prise en compte des inégalités de prise en charge de santé.
- Le temps nécessaire aux coordonnateurs pour la communication visant à lever les hésitations et à établir un langage commun représente près de 80 % de leur temps.

Difficultés

- L'articulation avec les nombreux professionnels fait émerger des logiques différentes – de projet ou de service – ainsi que des besoins de coordination qui demandent à être clarifiés.
- Les liens avec les autres services de la politique de la ville ou de l'agglomération gagneraient eux aussi à être mieux formalisés.
- Le pilotage par un service « tiers » est complexe.
- Une coordination plus rigoureuse est nécessaire, notamment avec la DDASS.

Limites

- Déclencher et instaurer la participation des habitants demandent un temps qui peut se révéler en décalage avec leurs besoins de santé.
- La communication se doit d'être organisée et nécessite l'acquisition de compétences.

Enjeux et perspectives

- Comment stimuler la participation des habitants qui peinent à trouver leur place? Une réponse conjointe avec la ville est en cours concernant l'appel à projets national du Haut commissariat aux solidarités publiques.
- Affiner les liens de l'ASV pour la mise en place du PLSP.
- L'ASV au niveau de l'agglomération permet-il une meilleure mobilisation des acteurs ?
- Les liens avec les CCAS doivent être confortés, alors même que la ville de Grenoble s'est dotée d'un élu adjoint à la santé, exprimant ainsi que celle-ci constitue un enjeu prioritaire pour la ville.
- Comment les ASV peuvent-ils concrètement trouver leur place optimale et devenir des référents pour les autres acteurs?

2^e cas : Fontaine

La problématique retenue par l'ASV de la ville de Fontaine est la surveillance de la santé bucco-dentaire des habitants des quartiers prioritaires par la technique du double dépistage, en articulation avec le DRE. La carie est considérée ici comme un indicateur de précarité sociale.

Très peu d'enfants chez qui des caries ont été constatées lors du premier dépistage de l'USFBD ont ensuite bénéficié de soins. Des ateliers de prévention portant sur le brossage et l'alimentation ont été organisés dans toutes les écoles, et les parents ont été informés par écrit.

Constats

- De grandes différences existent, même au sein d'écoles d'un même quartier, vraisemblablement dues au degré d'appropriation de l'information.
- L'impact de la surveillance de la santé bucco-dentaire a été très modeste dans les quartiers les plus défavorisés.
- Le recours aux soins est inférieur à 50 %, même avec l'aide d'une accompagnatrice de santé.
- Les modalités d'information des familles et d'intervention passent par l'école. Elles seront revisitées.
- Une certaine discrimination est constatée de la part de « libéraux », même ceux participant à la démarche, qui refusent de donner des soins dentaires lourds.
- Les enfants ayant besoin de soins lourds vont à l'hôpital.
- Le lien de confiance avec la famille est insuffisant.

Au-delà des considérations sociales, compte tenu du coût des soins dentaires, il est important d'établir des corrélations plus profondes concernant notamment la « peur » de la souffrance chez le dentiste, les mauvaises expériences (l'attitude abrupte de certains dentistes) et la présence du personnel de santé accompagnant l'enfant et sa famille. En ce sens, devoir passer par un médiateur de santé plutôt que par du personnel de santé peut être perçu comme dévalorisant, tout comme peut l'être le lieu de la rencontre.

Coordination avec le Dispositif de réussite éducative (DRE)

Un accompagnement global des familles impliquant l'Éducation nationale, le Conseil général ainsi que la ville de Fontaine est nécessaire pour :

- mettre en place non seulement la prévention bucco-dentaire et l'accompagnement chez le dentiste, mais aussi la visite chez l'ophtalmologiste, l'information sur les vaccins, les méfaits du soleil, etc.
- organiser les acteurs opérationnels et constituer une équipe pluridis-

ciplinaire de soutien (EPS) auprès des parents (une équipe en primaire et une au collège), permettant de cibler les jeunes en difficulté de 2 à 16 ans dans les ZUS, ZEP et REP. L'objectif est d'élaborer avec les familles un projet de parcours éducatif portant autant sur le scolaire que sur les loisirs et de procurer un accompagnement global des familles ;

- lutter contre l'illettrisme par des « ateliers langage » dans les classes élémentaires et par l'accompagnement des leçons afin de limiter le décrochage scolaire.

La santé bucco-dentaire se présente comme un entonnoir avec, au départ, un double dépistage, puis le repérage des familles « non-répondantes » et, au final, l'accompagnement approprié. Ce projet permet de passer de la carie à l'accompagnement de l'enfant et de sa famille : la carie est la porte d'entrée pour intervenir sur les causes, les déterminants, mais demande une démarche d'accompagnement.

L'implication des différentes structures (ASV, DRE, etc.) permet de croiser les regards et de mobiliser l'ensemble des acteurs à des échelles différentes : échelle communale et échelle plus large de la politique publique, comme celle du Conseil général.

L'ASV et le DRE doivent s'adosser à une politique plus transversale, de façon à ce que le périmètre d'action ne soit pas limité au périmètre budgétaire. Enfin, la question du financement reste à résoudre.

3^e cas : Communauté urbaine d'Arras

Le travail concerne le volet santé du plan triennal de développement social urbain de la communauté urbaine d'Arras. L'engagement de l'ASV est plus particulièrement centré sur les aspects suivants :

- l'addiction des jeunes,
- les relations enfants/parents,
- la santé des jeunes.

Au centre des préoccupations de la communauté urbaine d'Arras depuis de nombreuses années, ces problèmes sont pris en compte, depuis la fin 2006, au sein de l'axe « éducation et promotion de la santé ». Une sous-commission dédiée aux jeunes se préoccupe de leur mal-être qui s'exprime en particulier par la boulimie, l'anorexie, l'addiction et le suicide. L'ASV, de mise en œuvre récente, pilote ce chantier auquel contribuent depuis plusieurs années le Projet social urbain, et le Développement social sanitaire, les centres sociaux, collèges, lycées et foyers de jeunes travailleurs aidant au montage du projet.

Les actions engagées à ce stade consistent essentiellement à :

- donner aux jeunes les moyens d'exprimer et de réaliser leurs projets ;
- soutenir les parents dans leurs actions ;
- apprendre aux acteurs œuvrant sur la thématique « promotion de la santé des jeunes » à se connaître et se reconnaître.

Les acquis

La mise en réseau des différents acteurs et partenaires tant locaux qu'institutionnels est le principal point d'avancement à ce stade. Il s'agit maintenant de permettre à cette mise en réseau de se poursuivre et d'entretenir une dynamique qui assure la cohérence des actions à engager. Le positionnement de l'ASV dans l'organisation de la ville est capital et lui donne sa légitimité au sein des politiques d'habitat, d'emploi ainsi que d'insertion sociale et professionnelle.

Discussion

La question des déterminants de santé est plus difficile à faire émerger lorsqu'elle s'inscrit dans une mobilisation du secteur de l'urbanisme et de l'économie que lorsqu'elle est posée dans le secteur social ou de l'Éducation nationale. Ainsi faudrait-il que l'ASV puisse sortir du simple rôle de coordonnateur d'actions pour aller vers celui des déterminants de santé.

Les programmes de « parentalité » sont ambivalents : il s'agit plutôt de comprendre d'une façon générale le rapport qui existe entre la famille et le système de santé. En effet, le « blocage » de l'adolescent par rapport aux soins est souvent une réaction à ceux de ses propres parents. L'adolescent n'est pas nécessairement opposé aux actions de santé mentale, mais il « récupère » souvent la crainte que cela évoque chez ses parents.

L'objectif n'est pas d'extraire l'individu de son réseau social ni de s'y substituer, mais d'y apporter une complémentarité, notamment pour ce qui concerne le manque de repérage et de compréhension du système de soins. L'isolement social est un facteur de risque démontré au niveau cardio-vasculaire en tant que tel, mais aussi en ce qu'il retarde le recours aux soins. Ceci est vrai pour les jeunes et surtout pour les personnes âgées.

4^e cas : Marseille

Le projet, ambitieux, issu d'une collaboration étroite entre les équipes ASV et Cucs (contrat urbain de cohésion sociale), vise à l'élaboration en trois ans d'un plan local de santé publique (PLSP) validé en 2006, concernant les quartiers nord de Marseille. Il porte sur un territoire de deux cent mille habitants répartis sur quatre arrondissements comprenant deux zones franches urbaines (ZFU), six zones urbaines sensibles (ZUS), onze réseaux ambition réussite (RAR) et six équipes et secteurs opérationnels du Cucs.

Les axes de travail sont les suivants :

- l'éducation à la santé,
- l'accès aux soins,
- la santé mentale,
- la santé et le cadre de vie.

La mise en œuvre de l'ensemble de ces axes représente une trentaine d'actions dont une dizaine est animée par le coordonnateur ASV.

L'approche est très localisée sur soixante bassins de proximité identifiés par microsites (un grand ensemble HLM, une tour dégradée ou une petite cité) et repose sur des équipes renforcées qui permettent de croiser animation territoriale et animation thématique.

Les rôles respectifs du Cucs et de l'ASV dans l'élaboration du diagnostic

Les équipes opérationnelles du Cucs ont repéré et mobilisé les acteurs locaux des secteurs social et éducatif, choisi des sites diversifiés à investiguer, inclus la dimension habitat/cadre de vie (ce qui n'a pas été simple) et mobilisé les habitants et associations de proximité. Le Cucs a ainsi apporté sa connaissance fine du territoire et ses ressources, ainsi qu'un soutien aux productions innovantes.

L'ASV a apporté à cette démarche un appui technique, notamment au moyen d'outils d'évaluation, une coordination et une cohérence entre opérateurs et institutionnels, une plus grande sensibilité aux questions de santé et davantage de légitimité sur ce thème.

Des réunions trimestrielles Cucs/ASV sur le thème « santé/cadre de vie » ont permis le retour des malades psychiques et leur maintien à domicile. Cependant, des facteurs comme l'isolement des personnes âgées, l'incivisme, la sécurité ont été mis en avant, puis délaissés car considérées comme peu légitimes.

Acquis

Le PLSP devient le volet santé du Cucs, ce qui le rend plus efficace, car il permet aux équipes de s'approprier l'axe santé et de le structurer. Un changement progressif des pratiques techniques et décisionnelles se met en place.

Limites

Il reste encore à créer une culture liant la santé à l'habitat et au cadre de vie, et à travailler sur la prise de conscience, au niveau politique, de

l'incidence de l'habitat dégradé sur la santé. Il a été recommandé de se saisir de tous les indices tels que les rats, les nuisibles, les pannes d'ascenseur et l'isolement qui en résulte chez les personnes âgées ou peu mobiles, afin d'en visualiser les conséquences sur la santé, notamment mentale. Par ailleurs, si l'information de la population est nécessaire, une véritable démarche participative de concertation permettrait une meilleure gestion de proximité des projets de rénovation urbaine.

Perspectives

- S'appuyer sur le cadre des Cucs pour faire progresser la démarche ASV en l'allégeant également de sa charge administrative au profit de sa présence opérationnelle.
- Développer la notoriété de l'ASV afin de renforcer l'efficacité de sa démarche de sensibilisation.

Discussion générale : quelques questions en suspens

1. Niveaux de pilotage et déterminants sociaux de la santé

Il existe des ASV de quartier, de ville, d'agglomération. Quelle est leur logique d'articulation ?

Au niveau de l'agglomération, on peut inclure des facteurs structurants (logement, Anru, transport, urbanisme) et échanger sur les pratiques et les problématiques communes, malgré des niveaux de développement très différents rendant la mutualisation parfois difficile. Certains sujets transversaux comme l'alcoolisme gagnent à être mutualisés ainsi que les budgets de petites communes.

2. Niveaux de pilotage et enjeux macro

S'attaquer aux déterminants de santé implique de s'attaquer aux grands enjeux d'aménagement, mais l'engagement dans le « micro local » est souvent le meilleur moyen d'innover et de mobiliser les personnes éloi-

gnées. L'ASV peut associer les deux niveaux grâce à ses professionnels, son organisation, ses ancrages et mêler les deux cultures qui se nourrissent l'une de l'autre. Encore faudrait-il que l'Anru sollicite mieux la démarche ASV sur les grands enjeux.

La question de fond, d'ordre éthique, est que l'on souhaiterait faire de la santé communautaire alors que l'on n'en fait pas.

3. Copilotage État-ville : quel rapport avec les déterminants de santé ?

Souvent perçu de façon plus réductrice que motrice, le copilotage État-ville peut apporter de bonnes réussites comme en Île-de-France où le PRSP, initialement très généraliste, a été réorienté vers la réduction des inégalités sociales parce que l'État était impliqué dans les ASV.

Un objectif idéal : prendre modèle sur le Québec ou la Suisse qui ont obligation de faire une évaluation d'impact sur la santé avant de prendre toute décision en urbanisme !

4. Pilotage, ségrégation urbaine et sociale, lobbying

Le traitement des déterminants de santé peut avoir des effets bénéfiques comme des effets négatifs : les traitements mis en œuvre par les programmes d'amélioration de l'habitat (OPAH) peuvent diminuer l'insalubrité des logements ou augmenter la ségrégation urbaine des populations. D'où l'importance d'un pilotage près du terrain, d'un lobbying et d'une communication qui permettent de sortir du face-à-face techniciens/élus en favorisant le partage par tous les moyens possibles.

SYNTHÈSE DE L'ATELIER 5

OFFRE LOCALE DE SOINS, RECOURS ET ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION

*Avec l'expérience de : Association RIR, Port-Saint-Louis-du-Rhône,
Reims, Saint-Denis.*

PowerPoint : <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/Atelier05ASV.zip>

Antoine de Tovar

directeur d'hôpital, consultant

1. Les finalités attendues à travers la problématique

Les ateliers Santé-ville visent, dans un cadre contractuel liant l'État et les villes, l'amélioration de la prise en charge des problèmes sanitaires d'une population rencontrant des difficultés d'accès aux soins pour des motifs d'isolement ou des considérations de nature économique, sociale ou culturelle et présentant des indicateurs de santé faibles. Ils introduisent une démarche partenariale orientée sur une dimension globale et transversale de la santé, dans laquelle sont nécessairement impliqués les professionnels de santé et la population. Appuyée sur un diagnostic et une identification préalables et partagés de l'état de santé des populations, de leurs attentes et de leur perception de la santé, sur une connaissance documentée des déterminants de santé particuliers et spécifiques au territoire, la démarche détermine des orientations d'action, induit une exigence d'opérationnalité et crée une obligation de résultat mesurable et évaluable.

Peu homogène tant par nature qu'au plan juridique, l'offre de santé est dispersée, non régulée ou partiellement régulée, relève de régimes financiers, de gestionnaires et de règles déontologiques ou ordinales qui délimitent les champs d'action des acteurs et fixent les conditions

d'exercice des professionnels, dans le respect de leur indépendance. Seules les structures publiques dépendant des collectivités locales – par leur diversité d'action principalement sanitaire et sociale, mais également urbanistique et économique, dans le cadre de l'extension des compétences décentralisées –, peuvent constituer des instruments et des ressources directement mobilisables. La création des agences régionales de santé dans le cadre de la loi hôpital, santé, patient et territoire (HSPT) donnera de nouveaux outils pour faciliter la territorialisation de l'offre. Elle soulève aussi de grandes interrogations de la part des acteurs de la politique santé-ville qui doit s'articuler avec les mécanismes planificateurs de la loi HSPT. Le bilan tiré des expériences ASV prend dès lors un sens d'exemplarité, tout autant du point de vue des finalités recherchées que de la méthode adoptée pour concevoir et structurer l'offre. Cet acquis, confirmé lors du séminaire de Bordeaux, est subordonné aux évolutions idéologiques et aux options économiques touchant le marché de la santé.

2. Des expériences révélant des questionnements et modes opératoires diversifiés

Quatre expériences d'organisation générées par les travaux des ASV – Port-Saint-Louis-du-Rhône, Reims, Association RIR Île-de-France, Saint-Denis – ont fait l'objet de présentations qui ont soulevé des questionnements relatifs à l'appréhension de la problématique générale et aux solutions de réorganisation de l'offre susceptibles de répondre aux objectifs de réduction des inégalités de santé et d'amélioration de la proximité des structures de santé.

2-a. Les questionnements soulevés par l'expérimentation d'une réorganisation de l'offre, dans le cadre des ASV

Au cœur des présentations et des débats se trouvent plusieurs séries de questions liées à l'engagement des professionnels et des acteurs partenaires des ASV, y compris les habitants, « co-constructeurs » de solutions, dans une dynamique commune de changement justifiée par la recherche d'une amélioration de l'accès aux soins.

Les enjeux soulevés par la démarche : la compatibilité des stratégies

Quelle perception les professionnels ont-ils des enjeux et de l'intérêt d'une démarche copilotée par l'État et les villes pour adapter l'organisation du système local de santé, dans l'objectif d'améliorer l'accessibilité aux soins et la qualité des prises en charge ? Comment rendre compatibles les stratégies individuelles ou institutionnelles avec les enjeux globaux relevés par la démarche ASV ?

La contribution des professionnels

Quelle doit être la part, ou la contribution des professionnels et institutions de santé dans l'engagement de la procédure ASV, afin de prendre en compte, dès la phase diagnostique, les problématiques spécifiques à l'offre, élément déterminant de la mobilisation des acteurs professionnels ?

La méthodologie d'étude des solutions d'amélioration du système local et de pilotage de la phase opérationnelle de la construction de l'offre

Un projet local de santé publique doit s'appuyer sur une ingénierie adaptée – en termes notamment d'interfaçage des partenaires, de pilotage, de programmation technique financière, de ressources à mobiliser, etc. –, et sur des mécanismes d'arbitrage fondés sur des analyses objectives coût-efficacité. Ces derniers concernent également et directement les intervenants, publics et privés, quel que soit leur champ d'intervention.

2-b. Quatre approches révélatrices de situations socio-urbanistiques et sociales contrastées

Port-Saint-Louis-du-Rhône (8 500 habitants), est une commune en forte croissance démographique dans un environnement économique en crise. Éloignée de toute structure hospitalière (hôpital le plus proche à 40 km), la population socio-économiquement défavorisée rencontre des difficultés d'accès aux soins. La commune, bénéficiaire d'un Cucs, est engagée dans une démarche ASV depuis 2007. Pour améliorer l'accès à des professionnels et organiser un dispositif de permanence des soins, la solution de la maison médicale est privilégiée par les habitants par rapport à d'autres solutions que les animateurs semblent désireux d'explorer également.

Reims : la démarche ASV concerne un quartier de plus de 6 500 habitants, classé ZUS, ZEP et bénéficiant d'une opération de renouvellement urbain. Ce quartier, situé en bordure de la ville, est éloigné du centre hospitalier. Les professionnels libéraux (un cabinet médical, une pharmacie, un kinésithérapeute, un dentiste) ont pris une place importante dans la démarche de diagnostic. Regroupés en association, ils ont rapidement présenté un projet de maison de santé associant un centre de soins public et des professionnels de santé libéraux privés. Le projet, soutenu par les élus, est cependant peu lié à la réflexion sur la place de la santé publique dans la démarche ASV et ne prend sans doute pas suffisamment en considération l'impact sur les comportements des usagers du désenclavement attendu du quartier avec la création d'une nouvelle ligne de tramway reliant ce quartier au centre de Reims et au CHU.

Association RIR Ile-de-France : cette association de médecins libéraux a engagé une approche professionnelle de la démographie médicale visant à améliorer les modes d'intervention des médecins dans l'organisation des soins de premier recours en Île-de-France, à consolider les implantations et à redéployer les moyens. La démarche est née du

constat que la région parisienne est, à brève échéance, menacée, comme les autres régions, par le vieillissement des médecins, la baisse n'étant pas compensée par une révision du *numerus clausus*, et par la pénurie d'infirmiers. Soucieuse de sensibiliser les élus à ce phénomène, l'association a mené, sur près de 100 communes de plus de 20 000 habitants et à partir de critères multiples, une analyse prospective présentée comme une aide à la décision dont peuvent s'emparer les élus afin de conduire une démarche ASV. L'association elle-même propose l'implantation de maisons médicales multidisciplinaires répondant à cet objectif de restructuration et correspondant tant aux aspirations sociales et professionnelles des nouvelles générations de médecins, dont ils se font ainsi les interprètes, qu'à l'évolution de la demande des patients.

Saint-Denis (95 000 habitants) offre un exemple de copilotage entre une ville de Seine-Saint-Denis et un réseau de santé déjà construit et très actif regroupant les acteurs principaux – hôpital, clinique, professionnels libéraux, pharmacie... – installés dans la ville. La démarche ASV, fortement appuyée par la ville et sa direction de la santé, est née du constat de l'encombrement permanent du service des urgences de l'hôpital. Ce phénomène a été considéré comme le révélateur du mauvais fonctionnement du système de santé, qui doit être traité comme tel dans une approche systémique des problèmes de santé sur la ville et non dans une recherche de gestion de flux.

La solution d'une maison médicale de garde, proche des urgences et assurant une fonction de permanence des soins en dehors des heures d'ouverture des libéraux de médecine générale, mais tenue par ces médecins, paraît répondre à l'objectif recherché d'une alternative susceptible d'infléchir le flux des demandes et les pratiques. Parallèlement, les habitants ont été sensibilisés à l'usage raisonné de l'offre de soins et formés aux gestes et réactions face à la maladie. Il a ainsi été constaté une diminution de 40 % des urgences pédiatriques. Cette structure n'est pas accessible directement mais sur adressage du 15 ou des urgences.

3. Quelques éléments de synthèse, sous forme de recommandations, tirés de l'analyse des expériences d'ASV présentés à l'atelier 5

Du point de vue de l'accessibilité aux soins, qui constitue une des missions des ASV, l'approche territoriale est la seule qui permette d'engager une dynamique par les principaux acteurs, afin de faire émerger des solutions d'organisation de l'offre répondant aux enjeux sanitaires identifiés et à la demande sociale. Les villes disposant d'un ASV montrent une forte implication, appuyée sur un engagement contractuel et une exigence de résultats opposable par les citoyens qui sont eux-mêmes des acteurs de la démarche. L'action des élus est primordiale, mais la modalité – notamment associative – du dispositif doit en assurer la neutralité.

Par ailleurs, l'organisation de l'offre la plus pertinente (lieu unique, réseau de professionnels, réseau ville-hôpital...) varie en fonction des contextes géographique et urbanistique. Elle est en outre tributaire des modes et schémas de développement des transports, ainsi que d'autres dispositifs visant le développement du tissu urbain et la rénovation urbaine. L'intercommunalité peut dès lors constituer un cadre territorial plus adapté.

Dans ce contexte, les acteurs des ASV expriment une inquiétude sur la façon dont l'ARS pourra reconnaître et utiliser une démarche ascendante fortement encadrée dans une politique locale : c'est en quelque sorte le sort du volet santé de la politique de la ville qui se jouerait. Une interrogation de même nature porte sur l'articulation des PRSP dans leur mise en œuvre locale avec les SROS. En effet, la lisibilité du dispositif auprès de la population constituant un point clé de succès de la démarche, la communication sur les apports et nouvelles organisations mises en place doit être actualisée et précise.

3-a. Sur les conditions permettant une identification éclairée des besoins de changement d'organisation

La phase diagnostique s'appuie généralement sur un ensemble de données épidémiologiques, démographiques, sociales et sociologiques qui donnent un éclairage objectif sur la nature des besoins de santé et leur évolution. Les ASV reçoivent parfois l'appui méthodologique d'experts externes qui, s'il peut accélérer la démarche, présente aussi le risque de freiner l'apprentissage de la méthode et la construction collective produite sur le mode participatif. Par ailleurs, des ASV isolés peuvent rencontrer des difficultés d'accès aux statistiques et aux données nécessaires à l'établissement d'un diagnostic documenté et à l'élaboration d'une stratégie adaptée. Aussi l'importance du comité de pilotage dans la conduite du projet, jusqu'à la mise en œuvre de l'organisation du dispositif de soins, est-elle particulièrement soulignée.

3-b. Sur la mise en œuvre des programmes d'action et la structuration de l'offre

L'état des lieux des besoins de santé de la population constitue pour les ASV un référentiel nécessaire à la construction d'un cahier des charges fonctionnel débouchant sur des solutions adaptées et évolutives. Cette phase est en grande partie absorbée par la recherche empirique de solutions autour de l'offre existante, guidée – voire influencée ou orientée – par les professionnels, selon leur propre vision ou intérêt à agir.

Il est également vrai qu'une approche simpliste de la problématique de l'accès aux soins tend à privilégier des solutions qui sont le plus petit dénominateur commun conciliant les préoccupations des professionnels, de la population, des financeurs et des pouvoirs publics, faisant ainsi consensus. À cet égard, le recours quasiment réflex à la maison de

santé, souvent dans l'ignorance de l'existence des centres de santé d'origine municipale, semble illustrer une vision dualiste de l'organisation de l'offre. Celle-ci oppose d'un côté l'ambulatorio, vu comme un exercice monopolistique de la médecine libérale chargée par nature d'une mission de proximité et de santé publique, et de l'autre, l'hôpital, réduit à une fonction de deuxième recours autour d'un plateau technique et à une mission d'hospitalisation. Ce schéma simpliste (ambulo-centrisme vs. hospitalo-centrisme), qui traduit des confusions introduites par une vision globale de la santé et ne correspondant pas aux situations réelles, notamment en milieu urbain, ne peut être une réponse adéquate unique au problème de la démographie médicale et à l'aspiration à un exercice plus collectif. La place de l'hôpital dans la construction partenariale d'une offre de premier recours visant à faciliter l'accès aux soins est insuffisamment prise en compte dans la démarche ASV.

3-c. Sur la participation des habitants dans la formulation des solutions

La contribution des habitants est inhérente à la démarche ASV, lieu naturel de réflexion et d'élaboration de propositions de solutions construites à partir d'une analyse de terrain, précise et objectivée. Elle participe à cette ambition affichée de démocratie sanitaire, qui se trouve parfois en décalage par rapport aux demandes axées sur l'articulation opérationnelle du couple offre-demande. Si l'offre présente des aspects techniques nécessairement complexes et divers, la demande, spontanée ou orientée, traduit des besoins relevant de déterminants, comportements, pratiques, situations ou états, individuels et collectifs, qui ne peuvent être appréhendés au travers d'une approche professionnelle unique et dans le cadre d'une planification réduite à l'espace urbain circonscrit à l'ASV et au court terme. Il apparaît ainsi nécessaire que les professionnels, éventuellement relayés par les élus, éduquent la population quant à la signification des éléments diagnostics, aux dispositifs exis-

tants et aux enjeux des professionnels eux-mêmes, qui ne convergent pas toujours avec les siens, sans négliger les considérations budgétaires et économiques susceptibles d'influencer les décisions qui pèseront sur les financeurs.

L'expérience acquise appelle par ailleurs une certaine prudence quant à l'analyse et à l'interprétation de la parole des habitants : la demande peut en effet cacher un vrai besoin d'une autre nature qui a du mal à être exprimé mais est plus facile à satisfaire (recherche d'un lieu de vie, aide pour remplir des formulaires, etc.). Comme le montre l'exemple de Port-Saint-Louis, cette demande en trompe-l'œil a pour effet d'occulter des solutions correspondant réellement à l'objet de la démarche – en particulier la mobilisation d'une clinique mutualiste sur le territoire – que la consultation précipitée n'a pas permis d'explorer.

3-d. Sur le rôle des professionnels, leurs exigences et les modalités de leur organisation

L'implication des professionnels dans la démarche ASV est le reflet même de leur implication préalable au sein des quartiers, dans la diversité de leur fonction : soin, missions plus sociales ou éducatives, ou de médecine de santé publique. On peut se demander à quel moment de la démarche il est le plus judicieux de faire intervenir les professionnels : si une implication tardive peut priver la réflexion d'une expertise essentielle dans l'élaboration des thèmes retenus au titre des projets locaux de santé publique, la professionnalisation trop marquée de la démarche peut, à l'inverse, orienter l'analyse préalable des besoins et les options d'organisation quantitative et qualitative de l'offre sur les préoccupations immédiates des opérateurs en exercice, créant ainsi une tension entre des intérêts professionnels, technocratiques ou matériels, et d'essence politique.

Opération complexe, tant d'un point de vue juridique que fonctionnel et matériel (implantation de locaux, organisation et financement de secrétariat, management...), la création d'une nouvelle structure ou d'un nouveau dispositif appelle, pour rester dans un cadre partenarial générateur de solidarité et de modes de fonctionnement coordonnés, des moyens partagés et des modes de financement diversifiés. Aussi le pilotage et la coordination d'un dispositif ASV doivent-ils demeurer distincts du pilotage, de l'animation et du management d'un dispositif opérationnel, même si une articulation entre les deux doit subsister afin d'en préserver la pérennité.

RESTITUTION EN PLÉNIÈRE DES TRAVAUX DES ATELIERS 6 À 10 SUR LA THÉMATIQUE « UNE DÉMARCHE DE PROJET EN RÉPONSE AUX ENJEUX »

Laurent Chambaud

Deux points sur la façon dont j'ai essayé de construire cette synthèse des ateliers. D'abord, les démarches employées n'ont pas été les mêmes dans les différents ateliers. Les modalités de construction des échanges rapportés sont très différentes, parce que l'éclairage des expériences, tantôt diverses, parfois uniques et les modalités de discussion entre les personnes ont été très variables selon les ateliers, d'après ce que j'ai pu comprendre en parlant avec chacun des rapporteurs.

Ensuite, nous voyons poindre dans les deuxièmes séries d'ateliers des éléments qui ne traitent pas de la démarche des ateliers, mais qui renvoient aux enjeux stratégiques des ASV. Cela est normal. C'est un peu ce que nous disions hier : la façon dont la démarche est mise en place est quand même très liée à la façon dont la stratégie a été élaborée, dans le cadre de ces différents ASV. J'ai essayé de résumer certains des points abordés hier, y compris ceux qui m'ont été rapportés, et la chose est claire : tous ces lieux existent et devront être mis en exergue dans la synthèse générale. Stratégie et démarche vont de pair.

Un point me semble majeur, quatre me semblent transversaux. Le point majeur, qui a été abordé à peu près dans tous les ateliers, parfois de façon différente, tient au fait de considérer que **la phase de test est passée**. Nous ne sommes plus dans la phase de création des ASV. Désormais, nous avons un savoir que nous devons capitaliser, parce que des éléments sont présents sur les points favorisant les inconvénients, les erreurs, les modalités d'élaboration des ASV. Il faut faire ressortir ces points sur ces ASV, d'où l'importance de notre réunion, et aussi pour sou-

tenir les ASV déjà créés ou en passe de l'être. Nous comprenons dans ces cinq points abordés, que nous ne sommes plus en phase d'expérimentation, mais sans doute en phase de généralisation, en tout cas d'extension d'un processus qui a montré qu'il avait acquis un certain savoir.

Le premier point transversal est lié à ce que je viens de dire. Il a bien été établi que les ASV constituent un creuset pour une démarche originale, qui doit être connue et reconnue. **Les ASV permettent d'élaborer une nouvelle culture de la programmation en santé publique.** C'est une culture dans laquelle nous prenons en compte la parole de la population, une programmation dans laquelle nous tentons d'objectiver des besoins subjectifs exprimés par les groupes de population ; c'est aussi un lieu où nous essayons de faire ce que l'on appelle de l'« observation participante » ; un endroit où l'on peut être en mesure de regarder l'efficacité des politiques de droit commun. Il y a donc là quelque chose qui n'existe pas ou très peu ailleurs en France, à savoir cette capacité, sur le plan local, à développer des modalités de mise en œuvre d'une stratégie locale à santé publique, qui prend en compte un certain nombre d'acquis, y compris en termes de regard et de méthode. Par ailleurs, **nous voyons apparaître un nouveau métier, qui est celui de coordonnateur, ou coordinateur, et qui apparaît comme un métier central dans les ASV.** Cela est intéressant, parce que c'est un métier qui est à la fois à l'interface du politique et des acteurs, voire des populations et qui essaie en outre de faire le lien entre d'un côté la stratégie de développement des ASV et de l'autre, la mise en place effective des modalités pratiques de développement de ces ASV auprès des populations.

Le paradoxe est que c'est un métier nouveau, essentiel pour des ASV qui sont en train de marquer les territoires, mais par ailleurs d'une fragilité extrême, puisque c'est souvent dans des contextes de contrats plus ou moins précaires que ces coordonnateurs développent leur savoir-faire. Il y a là aussi, à mon sens, probablement des recommandations pratiques et opérationnelles pour faire en sorte que, visiblement, ce coordonnateur

soit la cheville ouvrière dont nous attendons beaucoup – parfois trop – mais dont nous ne savons pas exactement comment il se positionne, parce que c’est un métier nouveau et pour lequel, de surcroît, la précarité de sa situation peut tout faire s’écrouler si, pour une raison ou pour une autre, les financements sur le coordonnateur ne sont pas pérennisés.

Un troisième exemple est également lié à cet aspect de copilotage : c’est aussi le lieu d’un nouvel espace de contractualisation. C’est un endroit où – pour que cela fonctionne – **un vrai contrat doit lier l’État à la collectivité locale pour le développement des ASV**. Aussi, ce contrat est-il d’autant plus intéressant qu’il peut devenir un exemple à proposer et qu’il a des conséquences sur plusieurs niveaux, dont le niveau territorial. Et donc, c’est peut-être un élément qui permet de répondre, d’une manière opérationnelle, à cette problématique des territoires qui traversent depuis très longtemps la question de la mise en œuvre des politiques de santé. D’autre part, cet espace de contractualisation va obliger à regarder les frontières entre le soin, la santé et les autres domaines producteurs de santé ou de mal-être. Si nous contractualisons, nous allons contractualiser aussi avec des pilotes qui, État ou élu, n’ont pas en charge que le domaine de la santé, mais l’ensemble des problématiques, ce qui leur offre à la fois une possibilité et une opportunité de rendre concrets et opérationnels les éléments dont nous parlons depuis très longtemps, c’est-à-dire les déterminants de la santé. Espace de contractualisation, l’ASV l’est aussi avec cette relation entre les élus et l’État, qui est fondamentale et qui a été rappelée plusieurs fois dans différents ateliers. En fait, si l’un des deux vient à manquer, cela ne fonctionne pas. Cette démarche conjointe apparaît comme un impératif, avec toutes les difficultés que cela peut revêtir, mais aussi parce que, si les deux sont présents, la stratégie se met en place.

Dernier point sur la transversalité : c’est une démarche originale, parce que c’est probablement **un lieu de tension entre la démarche classi-**

que en santé publique et l'émergence d'un savoir expert des populations. Ce sont des domaines sur lesquels nous devons aussi pouvoir progresser sans opposer les deux. Il faut réussir à faire cette conjonction entre les deux, c'est-à-dire à la fois être capable de produire un certain nombre d'éléments, mais pas seulement, sinon nous nous bornerions à un savoir expert. Or, ce qu'apportent les ASV, c'est confronter ce savoir expert à celui des populations.

Il convient également de **mettre en avant les problèmes d'éthique** : l'atelier sur la valorisation des ASV et de la communication a abordé ces questions. Je prendrai un exemple anecdotique, mais intéressant : le logo. Ce qui a été dit, à mon sens à juste titre, par cet atelier, c'est qu'il ne faut pas se concentrer uniquement sur ce problème du logo – même si, pour les pilotes, il est important que le logo soit présent –, mais sur le label. Que signifie promouvoir des ASV et accrocher un logo, quel qu'il soit ? Cela contribue-t-il à labelliser les méthodes, la qualité, les façons de faire ?

Un autre problème éthique est celui du **respect de la parole des populations**. Cela fait très longtemps que l'on en parle en santé publique, mais nous voyons émerger une conviction forte dans les différents ateliers, quel que soit le thème de départ : celle que l'atelier Santé-ville est tributaire de notre capacité à trouver un moyen qui permette aux populations de s'exprimer, et de manière constructive. Il en va de même pour la stigmatisation. Si nous mettons en place des actions dans des lieux particuliers, cela ne donne-t-il pas un coup de projecteur sur les populations qui y vivent ? Ce phénomène est récurrent pour les acteurs de la politique de la ville, apparaissant d'une manière originale, dans la façon dont les ASV le répercutent, plutôt d'une manière positive. C'est donc une voie à suivre, parce que cela permet de renverser la vapeur en disant justement que nous allons vers une amélioration de la santé, inscrite dans l'espace urbain. C'est, par exemple, un élément de réponse à la volonté de travailler sur des populations qui cumulent des problèmes,

tout en ayant une image positive de ce travail sur – et avec – ces populations.

Les ateliers Santé-ville comme lieu de mobilisation. Les participants aux ateliers voient très bien que ce sont des endroits où l'on se mobilise, où des choses sont en train de se faire. L'intérêt de la synthèse faite en décembre sera justement de montrer les effets de cette mobilisation. Sur la question des territoires, il a été dit dans l'un des ateliers que le diagnostic faisait territoire. Cela est intéressant, parce que, encore une fois, c'est peut-être une réponse à l'absence de mise en œuvre dans le domaine de la santé sur les territoires, qui ne soit pas uniquement technocratique. Nous n'allons pas délimiter un territoire comme cela. Ils vont se mettre en place. Restera le souci de l'articulation entre ces territoires d'action et les territoires administratifs qui existent. Mais cela permettra à la fois de respecter le fait que nous aurons toujours en France des territoires administratifs, et sous forme de millefeuille, mais sans y ajouter des actions de santé, mais plutôt en **faisant en sorte que les territoires de diagnostic et d'action deviennent ceux de mise en œuvre**. Alors, à ce moment-là, les pouvoirs publics, feront en sorte qu'il n'y ait pas de trou, sans calquer des modèles qui, s'ils ne répondent aux attentes des individus, ne serviront à rien.

Les ateliers Santé-ville sont aussi des lieux de mobilisation, sur la question de la temporalité. Nous en avons parlé hier, mais **mobiliser au travers des ASV signifie mobiliser dans la durée**. Nous ne pouvons pas organiser des ASV qui vont produire des choses en six mois, pour s'arrêter ensuite. Il faut parier sur la temporalité. À mon sens, cela n'est pas un problème, dans la mesure où nous savons bien que, dans le domaine de la santé, les choses ne bougent pas en quelques mois, mais prennent des

années. Il faut simplement pouvoir le dire, mais le dire quand même.

C'est également **un lieu de mobilisation à l'égard de la légitimité des partenaires**. Je vais juste prendre deux exemples, parmi ceux qu'on m'a rapportés : communalité-intercommunalité. Cette notion est revenue aujourd'hui dans certains ateliers, mais il faut que le lieu dans lequel se dessinent les ASV soit porteur d'une légitimité pour ceux qui vont développer des actions. Je reprends l'exemple sur les transports en commun. Si nous voulons agir dans ce domaine, nous devons le faire au niveau de l'intercommunalité. En revanche, dans d'autres domaines, les communes restent compétentes – notamment dans le champ de la santé, au niveau social. Ainsi, dans certaines villes, l'intercommunalité a pris en charge l'action sociale ; d'autres maintiennent jalousement l'action sociale au niveau de la commune. Cette notion de légitimité, les ASV y sont confrontés.

Un autre point intéressant montre la nécessité de résoudre des histoires, des tensions au quotidien. C'est le rôle des associations, dont un des ateliers dit qu'elles peuvent se montrer réticentes, voire opposées, au développement des ASV, parce qu'elles le perçoivent comme une intrusion des ASV dans leur légitimité. **La légitimité des ASV fait partie des questions à régler**. C'est en mouvement.

Sur la nature de l'observation locale, les ASV sont fortement mobilisés pour **développer une observation locale qui sert aux actions dans le cadre des ASV**. Ils ont réfléchi sur un certain nombre de questions. Ainsi, comment passer de standards existants à leur opérationnalité ? L'exemple a été donné de chercher à faire baisser le taux de cholestérol dans les populations à haut risque et des différents moyens d'y parvenir. Comment accompagner une réflexion sur des hypothèses plutôt que de collecter des indicateurs ? Les membres de l'atelier ont eu la prudence de ne parler que de ce qui se passe au niveau des ASV, mais en réalité, pour

tous les organismes, y compris au niveau national, force est de constater une tendance à la seule collecte d'indicateurs en la matière. La question se pose donc de modifier les perceptions, de susciter un certain nombre d'hypothèses et, à partir de là, savoir quels types de données rechercher. Cette façon de renverser le prisme est probablement porteuse d'avenir. Comment faire pour déterminer un outil prédictif des besoins ? Est-ce que nous pouvons, avec toutes les données à notre disposition ou en passe de l'être dans des domaines très différents – Éducation nationale, logement, données sociales –, opérer un croisement de ces données permettant de prévoir les problèmes qui peuvent survenir ? Cela est d'autant plus vrai pour l'Éducation nationale, mais peut l'être aussi sur bon nombre d'autres, y compris les données sociales.

Enfin, sur ce dernier point, les ASV comme lieu de mobilisation, émerge la notion de **culture et de langage communs à faire partager**. Il y a probablement là des initiatives intéressantes qui sont prises. Il faut aussi mener un travail de formation, de communication sur les ASV, en termes de sensibilisation des élus, notamment sur les démarches, mais aussi des élus et services de l'État sur les différents aspects de cette démarche originale. En France, nous avons un trou noir constitué par le lieu de mise en œuvre des actions de santé publique. C'est donc aussi un lieu de partage, de culture et de savoir, y compris au sein des ASV. Visiblement, dans les ateliers, énormément d'échanges ont pu se faire, parce que les gens se sentent un peu isolés. Parfois, des lieux départementaux ou régionaux se mettent en place. Mais, il faut travailler sur cet échange d'expériences. Ce n'est pas simple, parce que cette tentative de mise en place est arrivée dans d'autres domaines ; c'est exigeant, difficile, mais s'avère très important pour développer les éléments qui font cette originalité.

Enfin, **les ateliers Santé-ville s'inscrivent comme interface de proximité des politiques nationales ou régionales**, notamment sur un plan opérationnel, du fait que certains ASV ont recyclé des projets qui n'avaient pas été retenus pour des raisons internes au GRSP, voire des raisons financières, et qui étaient porteurs au niveau local. De même, les ASV sont traversés par la notion d'ascendant-descendant. Comment décliner des politiques nationales et régionales, tout en faisant valoir la spécificité d'une action sur le plan local ? C'est véritablement ce lieu, démarqué de l'espace régional-national dans la mesure où il se situe à l'interface entre la planification et l'action, qui le permet. C'est aussi là où devra être observée l'articulation des territoires, entre, d'une part, le national, le régional, le départemental, et d'autre part, le niveau local, y compris entre les partenaires locaux.

Chantal Mannoni

médecin de santé publique

Dans l'atelier 8, intitulé *Équipes locales de santé publique en action*, nous nous retrouvons dans des configurations qui traversent ce que vous avez souligné, intéressantes au regard de l'historique des ASV depuis leur mise en place. Partis d'un coordinateur ASV, nous parlons aujourd'hui d'une équipe de coordination sur un territoire donné, sachant que la coordination est le maître mot de l'ASV, mais aussi des plans locaux de santé publique.

Cela dit, nous constatons aujourd'hui que nous avons peut-être des configurations extrêmement diverses sur le territoire et les coordinateurs ASV peuvent encore être très isolés, ce qui déclenche toute la discussion autour de la légitimité, des moyens de mobiliser, de l'articulation de cette interface entre le politique et l'opérationnel. Mais nous avons aussi la construction d'équipes qui ont réaffirmé dans l'atelier **le nécessaire pilotage de la ville et de l'État**. Or, là où le binôme n'est pas installé, cela fonctionne difficilement, voire pas du tout. Dans cette équipe locale de santé publique, nous avons fait le *distinguo* entre le niveau pilotage et un niveau plus technique, qui aurait deux grandes fonctions : celle de fournir des outils d'aide à la décision et de suivi de ces décisions pour le niveau politique et en cela, d'être très opérationnel dans ce que nous donnons aux élus comme informations, pour qu'ils puissent s'en saisir. Par ailleurs, cette équipe œuvre à la mise en synergie des acteurs au niveau local, qui peut être plus ou moins complexe selon les territoires. Nous avons insisté sur le fait que cette organisation devait fournir des cadres différenciés, pour que tous les acteurs puissent s'y retrouver, et dans le même temps, trouver des espaces différents pour que nous puissions réellement travailler et être opérationnels, donc essayer de trouver des cadres structurants, mais dans la souplesse, ce qui n'est pas forcément simple. Avec le recul que nous avons aujourd'hui, nous pour-

rions capitaliser cette organisation, parce que, selon les endroits, sa forme diffère. Ainsi, **les ASV ayant le plus de recul pourraient donner des éléments structurants aux ASV les plus récents** et aux équipes ayant en charge cette coordination, afin qu'ils puissent s'inscrire dans le court terme, en pensant organisation à long terme, équipe locale de santé publique, plan local de santé publique.

Zoé Vaillant

membre du laboratoire Espace santé et territoires à l'université Paris X

Je voudrais rebondir sur la notion de capitalisation que vous avez relevée comme étant transversale. Je représente l'atelier *Observatoires locaux* et ce qui en est ressorti, c'est qu'au vu de l'hétérogénéité de l'avancement des ASV, certains ayant commencé il y a trois mois et d'autres il y a six à sept ans, **un cadre d'échange d'expériences entre les ASV apparaît nécessaire**, pas seulement lors de séminaires tels que celui-ci, mais à travers des rencontres qui ne se limitent pas à des relations interpersonnelles entre deux coordinateurs ASV qui se connaissent bien, par exemple, plus construites, avec une mémoire. Cela débouche sur un problème qui n'a cessé d'émerger pendant ces deux jours : celui du **sens à donner aux données que nous collectons et parfois, l'absence de réflexion structurée qui oriente la manière d'observer les choses**, voire encore le fait que, pour faire les diagnostics de lancement, les ASV ont su faire appel à des prestataires extérieurs qui apportaient un certain savoir-faire, à titre ponctuel, mais sans qu'il y ait eu transmission de ces savoir-faire. Alors, les membres de l'ASV se retrouvent en interne sans avoir avancé dans leur méthodologie, leur construction et leur réflexion de fond. D'où la nécessité de trouver des instances de formation. Ainsi, nous avons pensé que le 5 décembre, nous pourrions **interpeller le politique sur l'idée de relier les Observatoires régionaux de la santé et les ASV, pour échanger sur les méthodologies**, la

manière de collecter les données, dans quel but, etc. Nous avons également pensé au CNFPT. Car le besoin de formation apparaît important et nous devons trouver des moyens de rendre un peu plus systématiques un grand nombre de choses qui ont été faites de manière « anarchique », même si cela fait leur richesse.

À propos de la formation, je vous informe d'un partenariat entre la DIV, l'association Élus, santé publique et territoires et le laboratoire *Espace santé et territoires*. Nous avons passé une convention pour essayer de mettre des étudiants de masters 1 et 2 en stage dans les ASV pour constituer des mémoires qui nous permettraient de capitaliser des méthodologies éventuellement transférables d'une commune à l'autre et de comparer les contextes locaux, qui sont toujours originaux.

Didier Febvrel

En termes d'investissements, j'approuve tous vos propos sur l'importance du lien de travail entre les champs villes, État, élus, etc. Mais cela signifie aussi la **nécessité d'un investissement technique de la part de ces institutions, et non simplement politique**. Il faut donc qu'il y ait des techniciens dans chaque institution, qui soient en vis-à-vis et qui puissent créer et travailler sur la culture commune, au côté des coordinateurs, par exemple. Si ces techniciens disparaissent, si par exemple les ASV se rangent sous la houlette des Agences régionales de santé, s'il n'y a pas d'équipe dédiée, au sein de l'État, pour continuer ce travail de façon territoriale, cela va être réellement problématique sur le terrain. Parce que même si nous considérons que les communes peuvent reprendre le bébé, c'est bien dans cette espèce de contradiction, de tension que les choses avancent, même si ce n'est pas commode tous les jours. Alors, **au plus haut niveau de l'État, quand on réorganise les choses, il faut prêter attention aux effets au niveau local, quand des choses originales sont en train de se produire**.

Laurent Chambaud

D'abord, et cela a été rappelé par Madame Mannoni, mais cela avait déjà été dit hier, **l'importance des deux niveaux, politique et technique, apparaît clairement**, liée au fait qu'il s'agit à la fois de traiter le pilotage des ASV, mais aussi leur mise en œuvre avec des personnes confrontés à cette intersectorialité, aux partenaires divers et différents. Cependant, quelle que soit l'architecture des services de l'État, cette intersectorialité sera indispensable, puisque, par nature, les ASV se retrouvent à l'interface. Comment se mettront en place les lieux d'opérationnalité, sur la question d'un projet porté aux frontières de différentes thématiques, de différents champs, donc par différentes institutions, que ce soit au niveau des services de l'État ou de collectivités locales ? Ce problème doit être posé, parce que la survie des ASV en dépend. Si les frontières deviennent totalement étanches, nous n'arriverons plus à ce que les ASV soient ces lieux de rencontre.

En ce qui concerne la proposition sur la formation, de toute façon, la question s'est posée depuis le début des ASV. Sans faire injure à l'une ou l'autre des associations que vous avez citées, je ne suis pas certain qu'elles soient actuellement en mesure de faire ce qui est en cours dans le cadre des ASV. Je connais suffisamment les ORS : leur travail est intéressant, très différent d'une région à l'autre, malgré une base commune, et je ne suis pas certain qu'ils aient stabilisé le mode d'approche des ASV. Il en va de même pour le CNFPT. Alors, si nous voulons vraiment développer cela, il va d'abord falloir s'y mettre à plusieurs et ce sera peut-être l'occasion de faire en sorte que l'on ne recrée pas, dans la formation, des étanchéités de territoire. Il y a donc peut-être une opportunité à trouver un autre modèle.

Aude Caria

En ce qui concerne l'atelier 10, votre synthèse en a repris les points essentiels. Nous devons réfléchir sur la valorisation des acquis des ASV, donc sur la question de la communication. Nous avons insisté sur le fait qu'**il n'existe pas de valorisation, sans maîtrise des outils de communication**, d'où un besoin de formation à ces outils, pour que la communication autour des acquis des ASV, que ce soit en termes d'indicateurs, de besoins de population, etc., soit intégrée dans les missions de l'ASV et que cela fasse l'objet d'un module de formation obligatoire des coordonnateurs et des équipes.

Au niveau éthique, cette communication ne doit pas être vide de sens. **Il ne peut y avoir de communication au niveau des ASV sans valorisation des publics.** Ceux-ci doivent participer eux-mêmes à l'élaboration des outils et à la communication. Sinon, on déconnecte les processus de fabrication de la communication.

Nous avons également travaillé sur ce qui faisait obstacle ou facilitait la communication des ASV vers leurs partenaires. **Un obstacle majeur est le manque de sensibilité des élus et des services de l'État aux questions de santé publique.**

Intervenante

Nous baignons depuis trois jours dans les ASV, cela est magnifique ! Parce que c'est une réalité, aujourd'hui, qui reste à solidifier dans beaucoup de domaines, mais quand on pense qu'en quelques années, nous sommes passés d'une réflexion pratiquement sans territorialisation de la santé, quand le ministère en avait le pouvoir, en 1970, pour aboutir aujourd'hui à l'échelle locale, où l'on montre l'intérêt de cette réflexion pour faire passer des politiques de santé publique ! Il est impressionnant de voir le cheminement qui nous a conduit, en quelques dizaines d'an-

nées, à travailler et à raisonner à une échelle extrêmement fine, pour transmettre les données. De ce fait, cela est aussi plus complexe. Parce que les acteurs sont nombreux : le politique, l'habitant... il s'agit donc **d'articuler des populations qui ont des cultures notamment scientifiques, et des territoires différents**. Or, en France, les territoires se transforment très vite en forteresses, qu'on empile les unes sur les autres. Alors, la logique des ASV serait peut-être d'aller contre cette culture des territoires-forteresses, parce que, pour qu'ils réussissent, il faut articuler les différents territoires qui entrent dans le système ASV, jusqu'à l'échelle la plus fine, qui comprend tous les acteurs locaux. Ainsi, dans un exemple cité, les rapporteurs nous ont dit qu'ils ne savaient plus qui faisait quoi et qu'il leur fallait éclairer la mosaïque des acteurs locaux.

Quels territoires pour les ASV ? Cela rejoint ce que nous venons de dire, avec les différentes structures de territoire qui existent en France où nous ne cessons d'empiler sans supprimer. L'articulation des communautés de communes a plus de sens en milieu rural qu'en milieu urbain. Cela pose la question du point de départ de l'ASV. Tout dépend de la culture et de l'histoire locales. **La connaissance de l'histoire locale des territoires qui veulent se lancer dans les ASV est fort importante**. C'est ce que nous appelons les territoires des projets. Une volonté existe de conduire un ASV à partir d'un diagnostic. Ce dernier part sur ce territoire de projets et répond à une stratégie qu'il convient d'expliquer dans le rapport d'étude. Alors, la logique du diagnostic consiste, à ce moment-là, à déterminer des cibles spatiales d'intervention, à savoir les territoires d'action.

Le problème est donc bien, aujourd'hui, celui de l'articulation entre tous les acteurs, qui va signifier, pour les ASV, de changer de culture d'action où chacun régnait sur son territoire, signifiant pouvoir et enjeux financiers. C'est un moteur pour arriver à casser ces territoires-forteresses à la française, qui nous isolent les uns des autres. Cela peut donner des études redondantes et, alors, les ASV apparaissent comme des moyens de mettre en cohérence les différents acteurs territoriaux, de

l'échelle nationale à l'échelle la plus fine, puisqu'il s'agit de questions de santé publique locale.

Paule Lagrasta

directeur de la DDASS de Gironde

Je voulais réagir à une phrase qui ne m'apparaît pas tout à fait exacte, ou en tout cas qui correspond à une expérience. Après voir vu le nombre de participants à la séance, beaucoup sont convaincus du bien-fondé des ASV. Je voudrais donc aborder la question des non convaincus. Madame, vous avez dit très sincèrement et de manière très véritable, que vous aviez du mal à convaincre les services de l'État que la santé était quelque chose d'important ; j'ai envie de vous renvoyer une autre image de la réalité, qu'ont les services de l'État. Ce que vous dites est probablement vrai dans votre expérience, mais au titre de mes fonctions, **faire passer le concept de la santé, quand nous intervenons sur la politique de la ville, est parfois extrêmement difficile.** Et le problème que nous rencontrons, qui me semble essentiel, c'est que pour convaincre les élus, nous devons arriver avec des instruments qui les aident. Ils ont tendance à nous prendre comme des personnes de la DDE, qui arrivent avec un projet de territoire, pour faire passer la route par ici. Et nous arrivons sur les ASV pour convaincre les élus, forcément sans diagnostic, puisque l'ASV a pour but d'élaborer un diagnostic et de le partager avec les habitants du territoire. Alors, la difficulté à laquelle nous nous heurtons n'est pas toujours de convaincre les services de l'État de la nécessité de créer des ASV, mais surtout aussi, pour les services de l'État convaincus, de trouver des moyens de convaincre des élus. Cela peut passer par la propriété de la ville (ramasser les seringues des toxicomanes), etc., trouver des astuces pour **sensibiliser les élus sur ces questions médico-sociales.** C'est un point sur lequel nous devrions vraiment engager une réflexion, parce qu'il existe des lieux où les ASV sont nécessaires.

Aude Caria

Je n'ai pas de légitimité à répondre ici parce que j'intervenais davantage sur les aspects de communication. Je me suis fait le rapporteur des discussions qui ont eu lieu dans un des ateliers et qui ont fait remonter ce constat du côté des coordonnateurs ASV. Cela dit, je suis d'accord sur le fait que la communication doit être bilatérale. Il s'agit de trouver un langage commun. Il ne suffit pas de convaincre les élus pour que tout aille bien, ni l'inverse. Cette question est importante.

Emmanuel Ricard

délégué général de la SFSP

Nous pointons à la fois la difficulté à introduire cette culture de la santé publique : c'est ainsi que j'entends votre intervention. Mais, ce que nous voulons souligner – et qui ressortait de l'atelier –, c'est le paradoxe qui réside dans le sentiment des coordonnateurs d'être isolés pour porter cela en interne, alors que ce n'est pas une difficulté pour eux. C'est une difficulté du champ, celle des pionniers qui ont un terrain à défricher, par rapport à ceux qui sont sur les autoroutes sur lesquelles tout est déjà tracé, avec une culture commune, des champs partagés. L'intérêt est sans doute de montrer le point commun, ici, sur la base duquel il y a sans doute quelque chose à organiser. Parce que, si cela se reproduit dans tous les ASV, ce n'est pas la question d'un atelier, mais celle d'une approche systémique, en termes d'approche généralisée sur cette question.

Paule Lagrasta

Je partage cela et nous avons besoin d'instruments dans ce domaine pour nous aider à avancer.

Une autre question me semble importante : l'avenir des ARS. C'est une simple réflexion personnelle. Autant l'ARS, qui gèrera des crédits de santé aura légitimité à intervenir, autant il m'apparaît qu'il ne faut pas casser, sur le terrain, l'approche globale de l'équipe qui travaille sur la politique de la ville pour que les questions de santé ne soient donc pas complètement déconnectées. Si la politique de la ville continue à relever d'une administration ou de l'État, elle doit en être porteuse et ensuite, les autres administrations doivent graviter autour, afin que ces questions ne restent pas isolées du reste, parce que tout se tient.

Laurent Chambaud

Merci pour ce deuxième commentaire. Cet élément avait déjà été fortement souligné hier, mais il est bon de le rappeler. Peut-être un petit commentaire sur vos deux interventions : tout d'abord, pour revenir sur les aspects de sensibilisation, globalement, notre difficulté ne se situe pas au niveau des services de l'État ou des élus, mais nous sommes dans une situation où, de toute façon, **ce qu'abordent les ASV, ce sont les déterminants de la santé dans leur globalité. Cela implique un nombre considérable d'intervenants issus de domaines différents** et à mon sens, sur ce sujet, cet obscur isolement que vivent les personnes, que ce soit dans une DDASS ou au niveau de l'élu responsable de la santé par rapport aux autres élus, il s'agit d'essayer de se mettre en capacité de montrer à quel point l'ASV est un lieu où cette approche transversale met en œuvre des actions de proximité. Dans ce cadre, je ne suis pas certain qu'une formation amène quoi que ce soit. Nous sommes plutôt dans l'optique de réfléchir à la manière de sensibiliser des personnes

qui ne seront pas formées à ces aspects, à la notion de leur intérêt vis-à-vis d'une formule telle que celle des ASV. C'est la raison pour laquelle je distingue formation et sensibilisation. **Nous possédons quelques outils de formation et vous en développez un certain nombre, mais je ne suis pas certain que nous soyons très bons dans le domaine de la sensibilisation.** C'est probablement à ce niveau que nous devons arriver à trouver des éléments.

Je voulais ensuite revenir sur l'aspect des territoires. J'aurais tendance à dire, de manière un peu provocante, que si nous avons ces problèmes de territoires en France, c'est parce que nous avons des élus. Prenons l'exemple, outre-Atlantique, du Québec. Ils n'ont aucun problème avec les territoires. Parce que les élus ne sont pas impliqués dans les aspects de santé. C'est une compétence du ministère, qui développe des contours administratifs et a ainsi développé 98 territoires de mise en œuvre de la politique nationale de santé. Là-bas, les élus interviennent à la marge. En France, nous ne possédons pas un tel dispositif. Nous avons, de fait, une compétence forte des élus dans la vie publique. Au Québec, elle est dans la gestion des affaires municipales ou locales. Ici, les élus interviennent dans la vie publique. Alors, je le disais de façon provocante, mais à mon sens, c'est à la fois une faiblesse et une force, et il faut plutôt capitaliser sur la force que cela peut représenter, parce que cela débouche sur un outil qui permet aussi de faire en sorte que les aspects de santé deviendront une part entière de la préoccupation majeure au niveau local. Mais, il faudra composer avec cela et c'est la raison pour laquelle nous avons cette difficulté avec les territoires, que les pays anglo-saxons rencontrent beaucoup moins, parce que nous devons aussi faire attention à ces territoires de compétence locale sur lesquels les élus sont très présents et qu'il faut arriver à conjuguer cet espace de légitimité des élus avec les espaces des territoires administratifs. Les ASV sont sans doute un bon amalgame des deux.

François-Paul Debionne

En complément de ce qu'a dit Chantal Mannoni, concernant les équipes locales de santé publique, nous braquons le projecteur, aujourd'hui, sur les coordinateurs d'ASV, qui sont supposés posséder toutes les qualités. Nous les avons même nommés « experts en santé publique », dans notre atelier. Or, s'il y a copilotage État-Ville, il faut aussi **mettre le projecteur sur les représentants de l'État qui font l'interface avec les coordinateurs**. Là aussi, nous rêvons vraiment qu'ils aient toutes les qualités pour relayer non seulement vers les différents services de l'État, mais aussi vers l'assurance-maladie, quand les questions d'offre de soins se posent, vers tous ceux pour lesquels ils doivent être l'interface. C'est une question importante : si nous voulons que ce copilotage perdure, il faut des compétences professionnelles.

Laurent El Ghazi

Les élus sont évidemment interpellés dans cette affaire et il serait scandaleux qu'ils ne le soient pas, parce qu'ils sont des acteurs absolument essentiels sans lesquels il n'y pas d'atelier Santé-ville. Alors, certains regrettent l'incapacité de l'État central à assurer l'égalité de tous, face à la santé, à l'accès aux soins, à la prévention. C'est un fait. Cela tient à beaucoup de choses, mais c'est évidemment ainsi que cela se passe. D'où le fait que les collectivités locales, aux différents niveaux, sont sollicitées pour contribuer à la mise en place de cet objectif d'égalité d'accès aux soins et à la santé. Sauf que les villes, nouvellement sollicitées, ne sont ni compétentes, ni formées, n'ont pas forcément les outils, les moyens, les services et, en même temps, sont parfaitement légitimes, en tant que principaux acteurs du bien-être de la population. Nous sommes donc dans cette contradiction.

Alors, évidemment, et nous voyons bien par la multiplication des ASV, des plans locaux de santé publique, de la participation des élus locaux dans les GRSP, que c'est un sujet qui bouge et qu'incontestablement, **les ASV ont été un outil formidable de mobilisation des élus locaux, d'évolution de leur attitude à cet égard et dans une logique de réponse adaptée, de démocratie locale.** Je ne sais pas comment cela se fait au Canada, mais je ne vois pas comment cela peut se faire à partir d'un État central, même d'un État décentralisé. Nous ne ferons pas d'ASV, de plan local de santé publique, ni de santé publique, si aujourd'hui, en France, les élus locaux ne sont pas engagés.

Ces trois jours ont montré un formidable engagement de quantité de personnes – experts, élus, services municipaux et services de l'État – autour d'un concept que tout le monde considérerait il y a huit ans comme quelque chose de compliqué, qu'on ne voyait pas comment mettre en place, ce que cela allait produire. Huit ans après, preuve est faite de l'intérêt, de l'utilité des ASV comme outil de mobilisation, de décloisonnement des actions. Et, cela génère à la fois une grande espérance, mais aussi une très grande inquiétude, dans le contexte politique actuel. Nous allons voir ce que dit la loi, ce que disent les autorités représentant l'État, mais j'entends vraiment cette mobilisation et cette forte inquiétude sur l'avenir, d'autant plus qu'il y a **naissance d'une culture locale de santé publique qui n'existait pas, avec des acteurs locaux de santé publique qui n'existaient pas non plus et qui sont une vraie chance pour notre pays.** Or, ceux-ci sont directement issus de la mise en place des ASV. Cela étant, pour répondre à cette inquiétude et à cette espérance, il faut que les services locaux de l'État restent présents. Et je reste frappé par l'extraordinaire inégalité de l'engagement de l'État sur les différents territoires : État garant de l'égalité sur le territoire, État acteur d'une politique de réduction des inégalités dans le cadre de la politique de la ville et, néanmoins, des départements où six fonctionnaires d'État sont dédiés à ce sujet, et des départements où il n'y en a pas.

Cela interpelle, pour hier et pour aujourd'hui, mais encore plus pour demain dans le contexte de la mise en place des ARS.

Pour ce qui concerne les élus, je rappelle qu'ils sont par ailleurs salariés, que ce n'est pas leur métier. Ils ont décidé d'être élus, cela relève de leur responsabilité, mais néanmoins, ils ne peuvent pas faire que cela toute la journée. Il y a donc **nécessité de sensibiliser les élus beaucoup plus largement que cela n'est le cas aujourd'hui, sur ces questions de santé qui, à la fois, ne sont pas de leur compétence, et en même temps, sont véritablement au cœur de leur action de tous les jours.** Il n'y a pas un élu qui, dans son action de tous les jours, qu'il s'occupe de sport, de culture, de transport ou de logement, ne se préoccupe pas des questions de la santé de la population au sens large. Nous devons faire comprendre que les services de l'État, mais également et surtout les responsables d'ASV ont cette responsabilité : faire comprendre que quand on met en place un ASV, on ne sert pas l'élu à la santé, les services de la DDASS ou qui que ce soit, mais qu'on fait simplement de la politique locale, qui concerne tous les champs pour les services et pour les élus de la ville. Et si nous n'arrivons pas à faire prendre conscience de cela, nous continuerons à avoir du mal.

Élus, santé publique et territoires y participent. Plus nombreuses seront les villes qui s'y associent et plus on pourra contribuer à sensibiliser les élus. La proposition de Zoé Vaillant en est un des éléments. Nous devons continuer. Au-delà, **faut-il imaginer une université permanente des ASV qui associerait les coordinateurs, les élus et les services de l'État ?** Pourquoi pas au moins un séminaire permanent, c'est-à-dire que ce qui se fait pendant ces trois jours devrait être fait chaque année, peut-être à moindre échelle.

Didier Febvrel

Je m'aperçois que nous devons parler des équipes opérationnelles de politique de la ville, sinon, on va aussi penser que les ASV sont le seul vis-à-vis de la ville. Il s'avère qu'il y a cinq ans, **à Marseille, la santé ne faisait pas partie de l'agenda, de la boîte à outils, du développement social pour les équipes opérationnelles, pour les agents du développement territorial et les chefs de projet. Avec les ASV, c'est devenu le cas.** Autrefois, les chefs de projets politiques de la ville ne se sentaient pas légitimes pour intervenir à ce niveau. Avec les ASV, cela a changé. Or, il est important, pour un coordinateur, de pouvoir aussi travailler avec des agents de développement territorial. Cela me paraît essentiel. Quand nous voyons le travail des équipes opérationnelles s'investissant dans le domaine de la santé, cela devient fluide, cela va plus vite, des tas de choses peuvent bouger. Parce que la politique de la ville à l'intérieur d'une ville, parfois, a plus de légitimité qu'un secteur de la santé, pour interpeller d'autres élus.

Chantal Mannoni

Les ASV ont aussi permis de renverser une tendance lourde que nous ne prenons peut-être pas assez en compte dans nos modes de communication, avec les personnes qui ne sont pas issues du champ de la santé. C'est que **la santé, dans la tête de la plupart de nos interlocuteurs, c'est le soin et du coup, les interlocuteurs se mettent en retrait. Aujourd'hui, et depuis que les ASV se mettent en place, nous essayons de renverser cette tendance** et de transformer la santé, mais nous devons tenir un discours clair à ce sujet et partir du cadre de référence des autres et non du nôtre. La santé, ce n'est pas que le soin, mais la résultante du déterminant. Nous pouvons sans doute faire le lien ici avec la réflexion du premier jour sur les déterminants sociaux de la

santé. Sur les ASV, ma lecture est aussi que nous faisons de la promotion de la santé au sens québécois du terme dans le savoir. En partant des déterminants de la santé, nous pouvons lever un obstacle, à savoir, faire en sorte que les professionnels ou les élus qui ne sont pas forcément issus du champ de la santé se sentent concernés, parce que dans leur secteur, ils agissent sur ces déterminants. C'est par là que nous allons pouvoir créer de nouvelles synergies.

Bénédicte Madelin

directrice de Profession banlieue

Centre de ressources pour la politique de la ville en Seine-Saint-Denis, nous accompagnons les ASV depuis 2000-2001, date à laquelle ils ont été expérimentés dans ce département, notamment avec Chantal Mannoni. *Profession banlieue* a organisé des temps de travail, d'échanges, avec l'ensemble des ASV du département, voire avec d'autres. Il faut multiplier et développer ces lieux d'échange de pratiques.

Je reviens sur les propos de Didier Febvrel, avec lequel je suis d'accord, à savoir qu'**aujourd'hui, la santé fait partie des cinq priorités des Cucs, ce qui n'avait pas été le cas à d'autres périodes**. Alors, vis-à-vis des éléments de connaissance, de compréhension du territoire, de priorités à définir, dans le cadre du diagnostic et de l'élaboration des Cucs, des contrats de ville ou des opérations de développement social des quartiers, quand l'État aura-t-il suffisamment de souplesse pour permettre que, dans telle ville ou telle autre, la santé fasse entièrement partie des priorités, que dans d'autres, la culture ait plus de poids ? Comment se fait cette rencontre entre le niveau local – niveau d'expertise, de connaissance et de compréhension – et le niveau central, absolument indispensable ? Ces questions sont au cœur de nos travaux.

Laurent Chambaud

Ce que vous venez de dire résume ce que j'ai vu pendant tous les ateliers. À mon sens, les ASV portent quelque chose. Nous sommes quand même passés d'une culture des années 1970 dans lesquelles la planification était totalement centralisée, à quelque chose qui est en train de bouger, avec les évolutions qui sont en train de se faire, qui sont longues à faire. J'insiste dans le domaine de la santé, sur le fait que des éléments ont été mis en place ces dernières années, mais qu'ils ne mettent pas du tout en exergue la mise en œuvre ni la déclinaison locale. Nous sommes en train, là, maintenant, justement par les ASV, de montrer que quelque chose est en train de se mettre en place, selon une approche locale des problèmes. Alors la question reste entière, mais il faudra la poser, et aucun pays ne l'a résolue de façon satisfaisante, parce qu'elle relève toujours d'un équilibre instable : comment faire entre ce qui est de l'ordre des politiques nationales ou régionales et ce qui est de l'ordre de la façon dont, au niveau local, les personnes s'emparent de leurs problèmes ? Ainsi, nous pourrions montrer, par les ASV, que c'est un élément dans lequel l'aspect contractuel peut amener un équilibre entre les deux. C'est la raison pour laquelle j'insiste sur **la notion de contrat, parce que c'est ce qui permettrait d'établir cette jonction entre des volontés nationales ou régionales, parfois portées par l'État, mais parfois aussi par des collectivités locales** à un autre niveau et puis, les modalités concrètes dans lesquelles se bâtissent les actions. Les ASV peuvent être très porteurs à ce niveau.

Les questions de la sensibilisation et de la formation, que vous avez mentionnées, méritent que l'on aille de l'avant. Il faut valoriser les expériences qui sont plutôt porteuses dans ce sens mais, malgré tout, nous sommes encore au tout début du chemin. Alors, comment faire en sorte de **ne pas regarder la santé uniquement à travers le prisme du soin**, qui est quand même une tendance lourde chez nous ? Comment chan-

ger la dynamique à ce niveau ? Nous devons aussi trouver des méthodes et des outils sur lesquels pourront s'appuyer ceux qui en ont besoin. Nous n'en avons pas beaucoup. J'ai quelques contacts avec des responsables de services de l'État ou des responsables de collectivités locales pour qui cela est complexe. Ils ne voient pas toujours ce que nous voulons dire quand nous parlons de cela.

Enfin, concernant l'aspect de l'interface de tous les partenaires, que vous avez également cité, nous devons avancer, y compris en termes de méthode. Nous rassurerons les gens quand nous aurons aussi produit un certain nombre d'outils et de méthodes. Si nous donnons forme à ces méthodes originales, c'est aussi un moyen de favoriser un contrat entre les élus et l'État sur le sujet. Parce que nous devons aussi leur donner des gages et, dans ce cadre, **tout ce qui aidera à partager les outils et les modalités avec lesquelles nous allons sur ce sujet, me semblerait de nature à rassurer ceux qui, sur le terrain, sont en train de construire ce savoir.**

Pauline Renther

Il est ressorti notamment de l'atelier 6 que **les ASV se révélaient de vrais outils de potentialisation de démocratie locale.** Je voudrais mettre cela en lien avec ce que nous avons dit, à savoir qu'il manquait une culture de santé publique, une conception de la santé globale, adressant des reproches aux services de l'État, aux collectivités locales, mais nous n'avons pas parlé de la responsabilité des acteurs du soin eux-mêmes, qui ont aussi, pour la plupart, une conception qui n'est pas celle de la santé globale. Partant de là, l'ASV est aussi un outil d'interrogation des pratiques professionnelles et du cloisonnement des professions du soin. Il est important de le dire.

Laurent Chambaud

Merci pour ce mot de la fin. Je voudrais juste remercier toutes les personnes qui ont participé aux ateliers, les cinq rapporteurs qui ont beaucoup travaillé. Leurs écrits seront présents dans la synthèse qui vous sera envoyée.

Merci beaucoup.

SYNTHÈSE DE L'ATELIER 6 : PROGRAMMATION DE LA DÉMARCHE DES ASV

*Avec l'expérience de : Aubervilliers,
Communauté urbaine de Cherbourg, Kourou, Perpignan.
PowerPoint : <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/Atelier06ASV.zip>*

Pauline Renther

*politologue – chargée de mission du centre collaborateur de l'OMS pour la recherche
et la formation en santé mentale*

Problématique de l'atelier

Méthodes et éléments de référence utilisés pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, en tenant compte des démarches participatives. Quels outils ont été pertinents pour rejoindre les priorités nationales : diagnostics, processus, évaluation, tableaux de bord, indicateurs ?

Les communications de l'atelier 6 ont en commun de mettre en valeur le processus de la démarche ASV. Deux expériences sont consacrées aux outils mobilisés pour favoriser une démarche de santé communautaire : une méthodologie de travail communautaire à proprement parler, dans un quartier d'Aubervilliers, et une formation à la démarche communautaire à Cherbourg. Une troisième retrace le processus de diagnostic préalable à la constitution de l'ASV, selon une méthodologie classique, à Perpignan (avec appui d'un cabinet d'étude). Enfin, l'ASV de Kourou expose le processus de construction d'un protocole pour l'accueil et l'orientation des demandeurs CMU/AME.

Introduction

Les ateliers Santé-ville sont producteurs de méthodologies de travail à partir d'un diagnostic qui intègre toutes les dimensions des déterminants sociaux et territoriaux de la santé, peu tributaires des caractéristiques de l'offre de soins. En ce sens, la démarche de programmation des ASV se réfère à des besoins évalués au moyen d'une méthodologie qui s'écarte de la programmation/planification abandonnée depuis une dizaine d'années – dans les textes relatifs à la politique nationale de santé publique – avec la déclinaison des politiques de santé¹ sous forme de stratégies.

Les besoins à apprécier, qui concernent à la marge l'offre de soins, sont de plusieurs ordres : les représentations et comportements de santé, les usages du système de santé et, par là même, les pratiques professionnelles. L'originalité de la démarche de programmation des ASV consiste dès lors à tenter d'objectiver des besoins exprimés subjectivement par les usagers et les professionnels, besoins différenciés selon tel ou tel territoire. Cela constitue semble-t-il un **renversement de la culture de programmation en santé publique**.

1. L'ASV s'apparente à une démarche expérimentale continue, dans laquelle on éprouve le caractère opérationnel de nouveaux concepts : réseau de professionnels, participation des habitants, « empowerment » ou « mise en capacité », où l'on expérimente le passage d'une logique de service à une logique de projet territorialisé. Les communications et échanges de l'atelier ont ainsi mis en valeur des « incidences » heureuses de démarches diagnostiques, capitalisées en tant que telles (par exemple, l'effet fédérateur du processus diagnostic).

1/ Les ordonnances du 24 avril 1996 imposent de réaliser la liaison entre les objectifs de dépenses de l'assurance maladie par le parlement et les priorités de santé et orientations pour la distribution des soins. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique marque une rupture, puisque la question des inégalités de santé apparaît dans le rapport d'objectifs de santé publique annexé à la loi (« prendre en compte les groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques de la fréquence et/ou de la gravité du problème visé, y compris les déterminants liés à des spécificités géographiques »).

Mise en capacité et effet fédérateur du processus diagnostic

ASV Aubervilliers (93) : mise en place du comité de Santé de quartier.

Le diagnostic de santé a été établi en collaboration entre les habitants, les professionnels de santé et les associations. Cette méthode a contribué à la formation d'une culture commune qui a favorisé la coopération entre les différents acteurs et fédéré une population jusqu'alors isolée.

La définition des axes de travail par le comité de pilotage peut intégrer la question de la participation des habitants en tant que tels, et ce, en vue d'intégrer dès le départ un outil de réorientation des priorités fixées par ailleurs. Un tel choix constitue une sorte de garde-fou pertinent pour intégrer à l'outil général le « savoir expert habitant ».

Des outils utilisés dans le cadre du diagnostic ASV, on retiendra que :

- le processus de diagnostic remplit une fonction qui dépasse largement la production d'informations ou la collecte de données sur le territoire : il fédère, en effet, des acteurs (ou les rend simplement visibles auprès d'autres acteurs et des habitants) investis dans un patient travail collectif autour des besoins de santé ;
- le recours à un **consultant extérieur** peut constituer une plus-value, car il permet un temps de régulation et de réflexion pour le coordonnateur, d'une part, et la maîtrise d'outils nouveaux, d'autre part.

Consultant extérieur

ASV Perpignan (66)

Pour établir son diagnostic, l'ASV a eu recours à un consultant extérieur. Au cours de dix journées de travail (non consécutives), celui-ci a mis au point des questionnaires et des cadres d'évaluation ; la coordinatrice a ensuite interviewé des habitants, des associations et des professionnels de santé.

Le consultant a en outre permis à la coordinatrice de « faire un pas de côté », de prendre du recul pour réfléchir et questionner sa pratique dans un espace de liberté.

Ces dix journées ont été financées par l'Acsé et la ville.

Les multiples témoignages rapportés sur l'importation d'**outils conçus à l'étranger** mais dont la validité est relativement universelle, attestent la capacité des ASV à « capter » des outils innovants (méthode **lister – dialoguer – agir** de Paulo Freire pour une action de santé communautaire, professionnels formés à la méthodologie des histoires conçue au Sénégal, outil de Rifkin d'évaluation de la participation des habitants), etc.

Outils conçus à l'étranger

ASV Cherbourg (50) : l'Arbre à palabres la méthode des histoires (Afrique).

Cette méthode est basée sur un récit imaginaire, mais lié à la réalité du territoire. Il met en scène un personnage fictif, en souffrance. Les participants doivent ensuite exprimer leurs réactions et donner leurs solutions à la souffrance de ce personnage. Cette méthode fait l'objet d'une formation.

ASV Aubervilliers (93) : méthode **lister – dialoguer - agir** de Paulo Freire (Brésil).

- **Lister** les besoins de santé à partir de ceux exprimés par les usagers au cours d'entretiens individuels et collectifs pour établir un diagnostic participatif de santé.

- **Dialoguer** avec les différentes parties prenantes pour déterminer collectivement les besoins prioritaires de santé à partir des listes.

- **Agir** pour résoudre les difficultés identifiées comme prioritaires :

création d'un comité de santé de quartier, groupes de travail sur les priorités (accès aux soins et aux droits, communication, hygiène et environnement).

ASV Aubervilliers (93) : Outil de Rifkin (Grande-Bretagne)

Cet outil permet d'évaluer le niveau de participation des populations à un projet en s'appuyant sur cinq critères : l'estimation des besoins, la direction des activités, l'organisation, la mobilisation des ressources et la gestion.

Dans le cas de l'ASV d'Aubervilliers, il apparaît que la motivation pour proposer des projets ne se traduit pas encore suffisamment par une prise en charge collective de la mise en œuvre de ceux-ci.

Du fait que l'ASV est un cadre pour l'expérimentation de méthodes et d'outils s'éloignant de ceux traditionnellement utilisés pour la programmation en santé publique, il est du même coup un espace de tension entre des logiques de programmation concurrentes : les unes se référant à un savoir purement professionnel et à la définition de populations ciblées en fonction d'indicateurs statistiques, les autres, s'appuyant largement sur un « **savoir expert habitant** » qui interroge en permanence la pertinence des outils et l'impact des actions de santé.

Savoir expert habitant

ASV Cherbourg (50) : Qualifier les acteurs en démarche communautaire.

Dans un premier temps, des rencontres-santé et des goûters-échanges ont permis de dresser un tableau de la représentation de la santé dans les populations et d'en déduire quatre axes de formation :

- conduite de projets avec les habitants,
- discriminations et santé,

- méthodologie des histoires,
- souffrance psychique.

Chaque formation accueille vingt personnes.

L'objectif est de créer une culture de la santé pour :

- repérer les vulnérabilités – phénomène de bouc-émissaire, tendances suicidaires ;
- mieux réagir à la souffrance psychique ;
- modifier les rapports entre professionnels et habitants – les populations deviennent usagers-formateurs ;
- travailler sur des outils d'évaluation efficaces pour pérennisation ;
- créer des espaces de parole : pères, homosexuels, personnes en situation précaire.

Les limites :

- le coût,
- le budget-temps,
- la difficulté d'appropriation des savoirs,
- l'évaluation des bénéfices.

Cette seconde voie – l'appui sur le « **savoir expert habitant** » – repose sur un pari qui fait de l'ASV un outil de démocratie locale comptant sur « la capacité de diffusion des communautés de vie et de projets ». Elle rend crédible une démarche collective en la contractualisant et mobilise des ressources professionnelles, institutionnelles et citoyennes. Conscients des difficultés inhérentes à la coproduction, les coordonnateurs des ASV partagent une culture commune soucieuse de ne pas instrumentaliser de manière démagogique la parole des habitants, mais de la rendre productrice de projets élaborés en commun.

2. L'ASV est un observatoire :

- de la construction des programmes de santé publique : les projets exclus des PRSP pour des raisons qui ne tiennent pas nécessairement à

leur qualité intrinsèque sont éventuellement repris et financés dans le cadre de l'ASV,

- du caractère effectif des politiques de droit commun, par exemple l'accès aux droits et aux soins,
- des pratiques professionnelles et des représentations associées. À cet égard, l'ASV constitue en même temps une tentative pour les faire évoluer sur le long terme.

Accès aux droits et aux soins

ASV Kourou (97)

Avec une population aux origines culturelles et géographiques très variées, dont une forte proportion bénéficie d'aides diverses, la demande essentielle porte sur l'accès à la couverture sociale et au titre de séjour. En s'appuyant sur un réseau associatif important, l'ASV organise l'accompagnement des demandeurs de CMU-AME, notamment par le biais de permanences individuelles, pour aider les demandeurs dans leurs démarches.

Sur cette thématique, il rédige un protocole d'action et lance un PARADS (pôle d'accueil en réseau pour l'accès aux droits sociaux), met en place des outils d'évaluation et les actions envisagées préalablement dans le secteur de l'accès aux droits sociaux et à la santé. Il diffuse enfin des bulletins d'information sur les droits sociaux.

ASV Perpignan (66)

Le diagnostic a fait apparaître un déficit dans le domaine de l'accès aux soins :

- les différents équipements médicaux sont satisfaisants, mais les habitants éprouvent des difficultés à les repérer ;
- par ailleurs, certains rencontrent des difficultés dans le suivi de leur traitement médical ;

- dans le domaine de la santé mentale, la population ressent un manque de prise en charge du mal-être et semble mal connaître les structures à sa disposition.

Autour de ces problématiques, l'ASV a rédigé des fiches-actions, validées par son comité de pilotage, avant de mettre en place différents dispositifs d'accompagnement des habitants dans leurs démarches de soins en s'appuyant sur les structures en place.

3. La crédibilité de l'ASV

Elle dépend du **territoire de référence** : commune ou intercommunalité. En fonction du type de portage, le statut de l'ASV peut être perçu de manière très différente – ASV coordonnateur, boîte à outils ou ASV opérateur d'actions de santé – voire susciter de la méfiance...

Territoire de référence

ASV Cherbourg (50)

À ses débuts, l'ASV intercommunal n'a pu porter des actions de santé, perçues comme entrant en concurrence avec les politiques municipales de chacune des 5 communes de l'intercommunalité.

Elle est également fonction du travail de communication et de valorisation de ses actions. La visibilité du rôle de l'ASV et de son coordonnateur dépend aussi beaucoup des effets d'opportunité liés aux trajectoires des coordonnateurs ASV ou à leur double « casquette ».

Visibilité

ASV Perpignan (66)

La coordinatrice ASV travaillait auparavant à la DDASS Pyrénées-

Orientales en tant que chargée de mission affectée à l'animation des programmes de santé. À ce titre, elle connaissait l'ensemble des acteurs du secteur sur lequel intervient l'ASV et était connue d'eux.

Kourou (97)

La coordinatrice est également chargée de mission santé du Cucs, ce qui a rendu opérationnel un réseau de partenaires dont l'organisation avait été pensée au niveau de l'ASV et a permis de mobiliser des crédits plus aisément. Elle est chef de projet pour le PARADS dans le cadre du Cucs.

La volonté politique effective intervenant en soutien de l'ASV renforce également sa crédibilité, au même titre que **l'implication, dans le comité de pilotage**, des élus et des services déconcentrés de l'État.

La perception de l'ASV peut également générer des inquiétudes de la part des acteurs sanitaires et sociaux du territoire, dont l'une des fonctions est d'animer un réseau de partenaires. Plus généralement, il s'agit de réfléchir à l'articulation entre politique municipale de santé et volet santé de la politique de la ville.

Implication du comité de pilotage

ASV Perpignan (66)

Le comité de pilotage est constitué exclusivement d'institutions représentées au plus haut niveau et, à une exception près, la participation est effective, et l'implication réelle.

Pour preuve, chaque réunion se conclut par un relevé de décisions qui correspondent à des engagements fermes, ce qui garantit le financement des actions.

ATELIER 7 : DÉFINITION DES PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE À PARTIR DU DIAGNOSTIC

*Avec l'expérience de : Bordeaux, Clichy-la-Garenne,
Fontenay-aux-Roses, Montauban/Toulouse.
PowerPoint : <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/Atelier07ASV.zip>*

Jeanne-Marie Amat-Roze
géographe de la santé – professeur à l'université Paris XII

Objectifs

Analyser, à travers quelques expériences de diagnostics réalisés sur des territoires différents, les conditions nécessaires à l'identification des priorités et à l'enclenchement des dynamiques favorisant la mise en œuvre du plan local de santé publique.

Constats

Un constat majeur : L'ASV et son préalable, le diagnostic, sont des outils fédérateurs, car ils croisent, à l'échelon local la politique de la ville et la politique de santé publique.

La phase de test est aujourd'hui dépassée : un réel savoir-faire a été acquis dans les domaines du diagnostic local, de la définition des objectifs et de la mise en œuvre de plans d'action de santé publique locale. Il importe désormais de capitaliser et de valoriser ce savoir-faire pour défendre l'avenir des ASV qui constituent le creuset d'une démarche originale, car transversale et appelé à être reconnue. En effet, depuis leur mise en place, les ASV ont permis :

- **l'ancrage au plan local d'une culture et de programmes d'action de santé publique** qui, grâce à la démarche du diagnostic, prennent en compte les besoins de la population dans ce domaine, effectuent un travail d'observation participante et mesurent l'application de la stratégie de santé publique au niveau local ;

- **l'apparition d'un nouveau métier, le coordonnateur**, à l'interface des professionnels de santé, des populations, du politique et des institutionnels. Cheville ouvrière du projet, il est indispensable à la réalisation du diagnostic, au bon fonctionnement des ASV et à la mise en œuvre du plan de santé publique au niveau local. Pourtant, ce métier reste fragile et les coordonnateurs sont encore trop souvent en situation de précarité, à mi-temps, en CDD... ;

- **l'existence d'un nouvel espace de contractualisation entre l'État et le local**, qui répond de manière exemplaire à la problématique de la mise en œuvre de la politique de santé sur les **territoires**. L'expérience montre que cette démarche conjointe ne fonctionne bien que si les deux partenaires (État et élus/services locaux) sont présents et s'entendent au sein des ASV ;

- **l'émergence d'un « savoir expert » des populations** : grâce au diagnostic réalisé par les ASV auprès des professionnels de santé, des acteurs sociaux, des associations et de la population locale, les élus et l'État disposent d'un outil hors pair afin d'interagir avec les populations dans le domaine de la santé. Il existe cependant une tension entre la démarche de santé publique et ce « savoir expert » des populations, aussi convient-il de veiller à ne pas les opposer.

Quatre constats transversaux

1. Quels territoires de proximité pour un diagnostic local de santé : le quartier, la ville, la communauté d'agglomération, le département ?

Pour définir avec succès le territoire sur lequel portera le diagnostic, les expériences déjà menées (exemples de Mulhouse, de Toulouse, de

Marseille, de Bordeaux, etc.) montrent que les acteurs politiques et institutionnels, réunis au sein du comité de pilotage, doivent :

- prendre en compte l'histoire et le fonctionnement du territoire (existence d'un Cucs ou de politiques de santé locale, comme à Mulhouse) ainsi que les logiques territoriales locales ;
- définir les objectifs du diagnostic – par exemple, observer ce qui existe en termes d'offre de santé publique sur le terrain – et constater s'il y a adéquation entre cette offre et les besoins de la population, ou confronter les réseaux de santé avec les réseaux sociaux, ou encore mesurer l'efficacité des réseaux, ou la pertinence de l'offre...
- intégrer les différentes dimensions de l'emboîtement territorial et administratif afin de combiner au mieux la demande sociale avec la demande de santé, de prendre en compte la solidarité entre les différents niveaux, etc.

Un constat clair se dégage des expériences menées jusqu'à aujourd'hui : **le diagnostic définit le territoire et le structure. Cependant, le territoire de projet ne sera pas forcément le territoire d'action.** À cet égard, un territoire est privilégié : celui du Cucs, et plus particulièrement du quartier, car c'est le plus proche des habitants et l'espace vécu y est fort. L'exemple de Bordeaux, qui intervient sur un seul quartier, l'illustre clairement.

2. Le diagnostic, outil de mobilisation politique et de compréhension du territoire

a/ Outil de mobilisation politique

L'expérience montre à quel point il importe de donner un sens à l'ASV et de légitimer sa démarche afin d'impliquer les principaux acteurs politiques et institutionnels, grâce à :

- **une réflexion stratégique en amont du diagnostic** sur les besoins en santé du territoire,

- **la définition précise des objectifs du diagnostic**, car c'est autour de ces derniers que vont se mobiliser les acteurs concernés afin d'élaborer, sur la base de ce diagnostic, un plan local de santé transversal et intersectoriel qui sera reconnu et porté politiquement par les acteurs institutionnels,

- **la définition des raisons du choix du territoire** pour que le projet soit soutenu tout au long du processus, de la réalisation du diagnostic à la mise en œuvre des politiques définies par le comité de pilotage de l'ASV. Exemples : à Marseille, ce sont les moyens qui ont déterminé le choix de quatre arrondissements, à Fontenay-aux-Roses, c'est la municipalité qui a été choisie, par une volonté de traitement égalitaire de l'ensemble du territoire, à Clichy-la-Garenne c'est une double approche thématique santé/population (celle-ci étant très mélangée) qui a présidé au choix du territoire municipal, dans d'autres villes comme Autun et Ajaccio, ce sera l'urgence d'intervenir sur une problématique donnée (santé des jeunes, santé mentale) dans un quartier ou dans la ville, etc.

- **la définition des ressources** permettant de réaliser le diagnostic : budget pour un ou des coordonnateurs, pour un cabinet d'étude extérieur, etc.

b/ Outil de connaissance du territoire

Le diagnostic donne au territoire une lisibilité à un instant donné et une connaissance du terrain permettant une évaluation relativement fine des acteurs et des enjeux de santé locaux.

À la lumière des expériences relatées dans l'atelier 7, il apparaît que le principal problème est, aux yeux de tous, le manque de données quantitatives disponibles à l'échelle infra-communale ainsi que le manque de cohérence entre les données fournies par différentes sources aux niveaux départemental et régional, imputable à la disparité des territoires auxquels se réfèrent les données collectées : ex. IRIS, code postal.

Cette difficulté pose la question de la valeur de ces données et de l'intérêt de disposer, pour le diagnostic, d'informations très fines. De fait,

cela oblige les porteurs du projet à recenser les ressources locales – acteurs potentiels, espaces vécus (pratiques spatiales des habitants), etc. – et à faire appel à des techniques de recueil de données qualitatives auprès des professionnels de la santé et/ou de l'action sociale (services administratifs locaux, associations, etc.) et/ou les acteurs urbains.

Les ASV deviennent ainsi des lieux d'innovation où, au bout du compte, on raisonne sur des hypothèses plutôt que sur des indicateurs chiffrés, où l'on croise les données qui le sont rarement et où l'observation devient participative...

3. La mobilisation des habitants, ou la démarche participative comme facteur clé de réussite

L'ASV est un moyen de développement de la démocratie locale. En effet, dans toutes les expériences présentées et discutées dans l'atelier 7, l'implication – et même l'adhésion – de la population représentent un enjeu important, dans le cadre de la réalisation du diagnostic et de la mise en œuvre des programmes d'actions. Il constitue, pour les élus, un moyen de montrer qu'ils sont à l'écoute de la population et proches de ses préoccupations en matière de santé. *« Mais il n'y a pas de recette, et cela demande du temps pour mobiliser les habitants, préviennent les coordinatrices de Bordeaux et de Fontenay-aux-Roses. De plus, une fois mobilisés, il faut assurer le maintien de leur intérêt en continuant de les impliquer... C'est très exigeant ! »* Aussi, beaucoup de coordonnateurs souhaitent-ils :

- que soient définis et évalués en amont du projet le niveau de mobilisation souhaité, les moyens que le territoire se donne et le temps à y consacrer ;
- que les expériences et les méthodes d'approche et de contacts soient partagées et mutualisées : dialogues en « one to one », « focus groups », réunions collectives avec des usagers de centres sociaux, sondages, etc.

4. Le passage du diagnostic à la définition des priorités de santé

Outil de clarification ou de confirmation, le diagnostic est aussi un outil d'aide à la décision, tel est le principal constat dressé par l'ensemble des intervenants de l'atelier 7. De plus, ces résultats permettent d'obtenir une vision globale de l'état de santé du territoire au lieu d'une vision uniquement médicale, car la transversalité de la santé est fédératrice. Une fois connus les résultats du **diagnostic**, le processus le plus fréquent consiste, pour le comité de pilotage, à :

- valider les hypothèses de départ ;
- décider s'il y a ou non besoin d'agir ;
- créer ou non un ASV ;
- le cas échéant, déterminer les objectifs, la stratégie, l'organisation et le territoire d'action ;
- définir des axes prioritaires de santé publique en s'assurant qu'ils s'inscrivent dans les deux échelles d'articulation principales : le Cucs et les programmes régionaux de santé publique ;
- confirmer le poste de coordonnateur ou en recruter ;
- créer des groupes de travail correspondant à ces axes et réunissant les acteurs mobilisés pendant le diagnostic ;
- mener, dès que possible, des programmes d'action sur le terrain, afin de montrer que la dynamique est lancée ou de répondre aux besoins les plus urgents.

Certains comités, comme celui de Fontenay-aux-Roses ont, en outre, tenu à valider ces axes prioritaires de santé auprès de l'ensemble des acteurs consultés lors de la réalisation du diagnostic.

Recommandations

A. Inscrire la démarche des ASV dans le long terme, car le processus de diagnostic et de mise en œuvre de plans d'actions exige du temps, de même que la construction d'une culture commune entre les acteurs de l'ASV. Dans cet esprit,

- l'État doit s'engager à pérenniser les ASV, dans le cadre de plans pluriannuels renouvelables ;
- le métier de coordonnateur doit être reconnu dans les faits et son rôle au sein des ASV précisément défini, afin de rendre ses missions claires auprès de tous les acteurs concernés par les ASV et de consolider sa place au sein des équipes locales.

B. Mutualiser les expériences et les méthodologies au sein d'un cadre d'échanges organisé pour et par les coordonnateurs afin de capitaliser leurs expériences, de rassembler les savoir-faire, de mettre en place des outils et de transmettre méthodologies et bonnes pratiques au travers de formations. Il est ainsi proposé de **créer, autour du métier de coordonnateur/responsable des ASV, une association professionnelle** qui aurait en charge :

- l'information de ses membres (par internet),
- leur formation (au travers de programmes spécifiques),
- l'animation du réseau (par un séminaire annuel).

Cette association professionnelle aurait également pour missions, entre autres :

- de gérer les questions d'éthique liées à la réalisation des diagnostics et à la mise en œuvre des plans d'action locaux ;
- de mettre en place, au niveau national, des outils méthodologiques permettant de réaliser les diagnostics : typologies des acteurs à rencontrer, grilles d'entretiens avec les différents acteurs consultés, grilles d'observation, documents-cadres à collecter (statistiques, évaluation, charte,

rapport d'activité, etc.), moyens pratiques de mobilisation de la population ainsi que des élus, des services de l'État, des associations et des professionnels de santé ;

- d'aider les coordonnateurs à communiquer sur la démarche ASV en proposant par exemple des outils de présentation, une charte graphique...

C. Impliquer les élus locaux

Il n'y a pas d'ASV sans élus locaux : il faut donc sensibiliser et former les élus et les services locaux de l'État à la santé afin qu'ils s'approprient la démarche ASV et se sentent légitimes dans l'application locale des priorités de santé publique. Cette sensibilisation doit aussi inclure l'analyse systémique.

Il convient également, en amont du diagnostic :

- de définir clairement les objectifs ;
- de prendre en compte l'historique du territoire concerné en termes de politiques déjà mises en œuvre et le contexte politique local ;
- d'associer les élus en expliquant le pourquoi et le comment du choix du territoire, le rôle de l'ASV, l'importance de la mobilisation de la population autour de la politique locale de santé publique.

SYNTHÈSE DE L'ATELIER 8 : ÉQUIPES LOCALES DE SANTÉ PUBLIQUE EN ACTION

*Avec l'expérience de : Bouches-du-Rhône,
Communauté de communes du Carmausin, Saint-Étienne.
PowerPoint : <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/Atelier08ASV.zip>*

Chantal Mannoni
médecin de santé publique

Problématique de l'atelier

Les missions des ASV comportent des axes de travail réalisables sous certaines conditions. La prise en compte de la santé publique et la territorialisation ont ouvert un champ nouveau de compétences pour les villes. Quelles compétences et quel fonctionnement sont aujourd'hui nécessaires à la création d'équipes dédiées à l'élaboration et au suivi d'un plan local de santé publique ?

Après la présentation des expériences, deux conclusions se sont rapidement imposées au groupe de travail :

1. Il n'y a pas de modèle unique. Chaque démarche est nécessairement singulière, propre à un territoire ainsi qu'à une histoire politique et administrative locale.

2. Une équipe locale de santé publique recouvre des réalités distinctes, liées entre elles, car il s'agit de trouver divers niveaux opérants d'articulation. D'abord un noyau dur, représenté par l'équipe de coordination et pouvant être, selon le contexte, incarné par le coordonnateur ASV seul. Ensuite une équipe élargie, polymorphe, adaptée à chaque situation territoriale. Sa composition et son organisation varient en fonction des besoins

identifiés dans le diagnostic et les priorités définies dans le plan d'action.

L'atelier s'est scindé en deux sous-groupes : le premier se chargeant de définir ce qu'est le métier de coordonnateur ASV, professionnel essentiel au bon fonctionnement des équipes locales de santé publique ; le second s'attachant à proposer des éléments pour définir ce qu'est une équipe locale de santé publique et quels sont ses facteurs clés de réussite.

Les réponses proposées

« *Je suis l'équipe locale de santé publique* ». Sans aller aussi loin que cette déclaration prononcée au cours de l'atelier et qui traduit un sentiment de solitude partagé par plusieurs coordonnateurs ASV, il convient de reconnaître que le coordonnateur est le personnage clé de l'équipe locale de santé publique, puisqu'il a pour rôle, dans le cadre des ateliers Santé-ville, de faire vivre la santé publique dans un quartier ou un territoire.

À l'image d'un « mouton à cinq pattes », il doit réunir des capacités très diverses pour mener à bien ses missions. Il doit notamment savoir relier le monde politique et administratif local avec la réalité du terrain, tout en sachant mobiliser des financements et mener des actions de santé publique. Il est l'animateur de l'équipe locale de santé publique en action.

1. Le coordonnateur ASV : un personnage clé et un nouveau métier

Très concrètement, l'atelier a souhaité apporter sa contribution à la définition du rôle du coordonnateur ASV. La « fiche de poste » qui en résulte, non exhaustive bien que très riche, insiste sur certains objectifs, fonctions, compétences et facteurs de réussite du métier de coordonnateur ASV, en fonction des expériences vécues par les différents participants. Elle doit être lue à la lumière des textes réglementaires qui encadrent ASV et Cucs.

> Ses objectifs

Le coordonnateur ASV a pour objectif de contribuer à :

- mettre en cohérence les actions de santé au niveau du territoire ;
- établir le lien entre populations et institutions ;
- participer au développement local du quartier.

> Des fonctions à caractère stratégique

- Interface entre les habitants et les institutions,
- Préparation, participation et animation du comité de pilotage de l'ASV ;
 - Articulation entre l'ASV et la direction de projet de la politique de la ville (Cucs) ;
 - Liens avec les élus ;
 - Analyse et participation au jeu (politique, sanitaire et social, administratif) ;
 - Analyse politique prospective (ARS...) ;
 - Identification et mobilisation de partenaires opérationnels pour mener des actions de santé publique ;
 - Identification et mobilisation de financeurs.

> Des fonctions à caractère technique et/ou opérationnel

- Analyse du territoire en santé publique en termes :
 - d'état de santé des populations et de l'offre de soins,
 - de ressources mobilisables (offre de soins, associations, professionnels...).
- Actions de santé publique :
 - auprès des professionnels,
 - auprès des habitants.
- Élaboration de projets (mise en réseaux, en dynamique)
- Élaboration de dossiers de financement :
 - pour les actions menées par lui-même,
 - en soutien des associations qui manquent d'ingénierie.
- Mise en place d'un reporting (souvent mis de côté par manque de

temps, variable en fonction de la taille des villes) à l'aide de divers outils, selon les interlocuteurs (fiche action pour les financeurs, bilan annuel pour les élus...)

- Participation à l'élaboration du PLSP et à sa mise en œuvre.

> Les compétences nécessaires, identifiées par les participants

- Bonne connaissance des textes qui régissent la fonction et les ASV (l'atelier a démontré que ce n'était pas toujours le cas),
- Capacité d'animation de groupe, de médiation,
- Gestion et méthodologie de projets,
- Connaissances en santé publique et communautaire,
- Communication,
- Construction de budget,
- Capacité d'adaptation afin de parler avec des personnes très différentes : habitants, financeurs, politiques, professionnels de santé...

> Les conditions de réussite, identifiées par les participants

- Force de conviction,
- Stabilité du poste,
- Soutien et implication des élus,
- Formation continue, en fonction des compétences initiales du coordonnateur : santé publique, gestion de projet, animation, procédure administrative...
- Échanges de bonnes pratiques avec ses pairs,
- Formalisation et validation des fonctionnements collectifs, des actions menées ou à venir,
- Reconnaissance du travail effectué,
- Implication personnelle du coordonnateur.

2. L'équipe élargie

> Une notion peu évidente

L'équipe locale de santé publique est difficile à définir. Elle a été,

jusqu'à ce jour, peu traitée de façon explicite et prend des formes diverses selon les contextes, au même titre que la démarche ASV. Pour les coordonnateurs ASV eux-mêmes, la notion n'est pas évidente. Pourtant, l'équipe existe. Mais bien souvent de manière embryonnaire ou pas suffisamment formalisée. Mouvante, l'équipe varie en fonction de chaque problématique, de chaque contexte local (histoire de la ville et santé, implication des élus, ancienneté de l'ASV, noyau dur servant de base, etc.) et des personnalités qui travaillent ensemble.

> Structurer officiellement l'équipe, au fil du temps

Au fil de la vie de l'ASV, la notion d'équipe a besoin d'être explicitée, dans le cadre de la mise en œuvre du plan local de santé publique. Les nouvelles configurations locales et l'expérience de Marseille permettent d'avancer en montrant les formes et les modalités d'organisation que revêt une équipe selon le niveau territorial considéré. Ces nouvelles configurations permettent de prendre du recul afin de structurer les ressources humaines à court, moyen et long termes.

Même si, au démarrage, l'équipe se construit de façon informelle, le coordonnateur doit, dès le départ, intégrer la structuration de l'équipe dans sa stratégie.

Deux niveaux, ainsi que liens entre eux, sont à prendre en considération :

- le pilotage politique de la démarche ASV où l'État et la ville doivent être côte à côte. Si l'un des deux vient à manquer, l'ASV ne pourra pas avancer,
- le niveau opérationnel qui réunit tous les acteurs nécessaires à la mise en œuvre des actions dans des espaces différenciés, mais synergiques.

> Différentes configurations

Les différents ASV présentés dans l'atelier 8 ont une histoire et un degré de mobilisation différents, traduisant autant de configurations d'équipes :

- un coordonnateur seul,
- une équipe de quelques acteurs techniques,
- la réunion de l'ensemble des secteurs concernés par les problématiques identifiées,
- une équipe stabilisée et bien identifiée avec des instances et des modes d'organisation des différents espaces explicites, dans lesquels se retrouvent les participants à l'ASV.

Pour bien structurer une équipe, il est nécessaire que de nombreux acteurs différents investissent le champ de la santé, alors qu'ils ne s'y sentent pas forcément légitimes (les responsables jeunesse et sport ou habitat, par exemple). La santé est trop souvent réduite à la notion de soins. « Faire ensemble » nécessite un travail important de construction d'une culture partagée.

> Culture partagée contre culture commune

Une équipe locale de santé publique doit partager une culture. Pour cela, chacun des acteurs doit amener son mode de pensée et ses modalités d'action tout en étant capable de comprendre la manière de voir d'un autre membre de l'équipe. Pour cela, il faut établir des instances ou des moments communs, comme des formations (exemple de Saint-Étienne) ou des groupes de travail (exemple du Carmausin) de sorte qu'en travaillant ensemble sur du concret, les conceptions des uns et des autres se croisent et s'enrichissent mutuellement.

Il faut que ces espaces différenciés soient mis en place avec des objectifs clairs, en sachant quelle équipe locale de santé publique le coordonnateur souhaite construire. Faute de cela, le risque de perdre du temps et de démobiler est fort.

> Allier cadre structurant et souplesse

Il est essentiel d'éviter la juxtaposition de compétences associées à la mise en œuvre d'actions disparates, artificiellement réunies dans un PLSP. Il importe aussi de ne pas épuiser les acteurs dans de multiples ins-

tances ou réunions. Il faut une mise en synergie des compétences et des espaces formalisés où les uns enrichissent les actions des autres, avec un PLSP aux priorités claires. Ceci suppose de formaliser les choses, de clarifier le « qui fait quoi », dans quel objectif et sur quelle thématique, mais ne doit pas empêcher, en fonction des moments et de l'urgence, de travailler dans la réactivité et la souplesse. Le cadre ne doit pas être un carcan qui empêche d'agir. L'organisation de l'équipe doit aussi évoluer dans le temps : sa composition et ses modalités de fonctionnement doivent s'ajuster au fil de la « vie » du PLSP.

L'équipe locale de santé publique doit aussi s'assurer de la transversalité au sein du Cucs. S'assurer, par exemple, que lors d'une décision sur l'habitat, la question de la santé est un élément de prise de décision. En quoi la décision a-t-elle un impact sur la santé ? Et si plusieurs alternatives similaires existent, la santé peut être l'élément d'arbitrage.

> N'oublier personne, ne pas mettre tout le monde partout

S'il ne faut oublier personne, les membres de l'équipe n'ont pas, pour autant, à être partout. Il faut organiser des espaces différents de travail dans lesquels chacun trouve sa place, en fonction de sa compétence et de la problématique traitée. L'expérience de la DDASS des Bouches-du-Rhône, comparée à d'autres, montre que la structuration permet d'éviter un excès de réunions mal cadrées, source de démotivation. Il est très important que les participants viennent à une réunion ou à un groupe de travail s'ils ont quelque chose à apporter, mais aussi quelque chose à en retirer. Enfin, l'équipe locale de santé publique ne doit pas oublier d'intégrer des relais susceptibles d'aller jusqu'aux habitants que le PLSP souhaite atteindre.

> Les rôles de l'équipe seraient de contribuer (sans juger ici de l'exhaustivité) en particulier :

- à la prise de décision politique ;
- à la mise en œuvre de ces décisions : l'expérience de la DDASS des

Bouches-du-Rhône a montré que de nombreuses décisions restent trop longtemps suspendues. L'équipe doit s'assurer que les décisions prises par le comité de pilotage sont bien relayées au sein de chacune des institutions impliquées ;

- au décodage des enjeux : l'équipe joue alors un rôle fondamental de remontée d'informations pour le niveau décisionnel ;

- à la création des conditions de visibilité de l'ASV et du coordonnateur. Il ne s'agit pas d'y contribuer simplement en termes de communication, mais plutôt de s'assurer que chacun est conscient de l'existence et des modalités de fonctionnement de la démarche ;

- à l'anticipation des ruptures, notamment le turnover des membres de l'équipe.

En conclusion

Quelques facteurs de réussite

- Un copilotage ville/État incontournable avec un engagement réel des partenaires au niveau décisionnel,

- L'alliance d'un cadre structurant et de souplesse : définir un cadre commun, des espaces différenciés où les cultures peuvent se croiser et les débats réels prendre forme sans évacuer les possibles conflits, constitue un impératif.

- L'évolution dans le temps de ces cadres qui, tout en restant souples, doivent permettre de trouver des réponses innovantes sur les territoires.

- La valorisation du travail des coordonnateurs et la consolidation de leur poste et de leurs fonctions.

- La construction d'outils partagés et capitalisés comme moyen de cohérence collective et comme fil conducteur.

SYNTHÈSE DE L'ATELIER 9

OBSERVATOIRES LOCAUX DE SANTÉ

Avec l'expérience de : Agen, Bagneux, Langres, Salon-de-Provence.

PowerPoint : <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/Atelier09ASV.zip>

Zoé Vaillant

membre du laboratoire Espace Santé et Territoires à l'université Paris X

Les débats de cet atelier se sont articulés autour de quatre présentations :

1. Ville d'Agen

Présentation d'une démarche de pré diagnostic de la ville dans le but d'identifier le quartier dans lequel sera mis en place un ASV et, éventuellement, un observatoire en partenariat.

2. Ville de Bagneux

Présentation des outils dont dispose l'observatoire local, depuis la réalisation d'un diagnostic par un cabinet d'études, et des difficultés qu'il rencontre pour passer de la conception au début de l'observation.

3. Ville et Pays de Langres

Présentation d'un SIG municipal, outil opérationnel pouvant être mis au service de l'ASV pour une observation décroisée de l'état de la santé, du social, de l'économie, de l'aménagement, etc., mais avec des difficultés majeures d'ordre politique.

4. Ville de Salon-de-Provence

Présentation de la mise en place et de l'activité en routine d'un observatoire local santé-social inscrit comme un des axes du PLSP et visant à favoriser la mise en œuvre des actions qu'il prévoit.

Les enjeux débattus

À la lumière des débats, la première idée qui transparaît est que les ASV sont sortis de la phase de test, abordant maintenant une deuxième phase de capitalisation et de mutualisation des acquis ainsi que des expériences, nécessaire pour consolider la démarche.

1. Lever les barrières entre les acteurs et développer les partenariats afin d'améliorer l'observation : un acquis et un atout... à consolider

Il ressort tout d'abord des débats que l'un des principaux acquis et atouts, tant des ASV que des observatoires locaux en cours de constitution, réside dans la mise en contact, la « réunion autour de la table » de nombreux acteurs institutionnels qui, jusqu'à présent, n'avaient guère l'habitude de travailler ensemble.

À ce titre, des avancées notables ont été réalisées depuis cinq ans en matière de conventionnement avec des partenaires pourvoyeurs de données (assurance maladie notamment). Cette étape, à un stade plus ou moins avancé selon les villes, est la pierre angulaire du travail, visant à promouvoir l'idée d'une santé appréhendée de manière plus large qu'au travers du simple prisme biomédical du soin. Il a toutefois été souligné que d'importantes difficultés demeurent dans l'obtention des données existantes auprès de partenaires tels que l'assurance maladie ou l'Éducation nationale. Or, l'observation ne saurait être tributaire du bon climat – ou de la mésentente – régnant au plan local entre partenaires. Aussi l'auditoire a-t-il souligné le bien-fondé d'un nécessaire « fléchage » ou d'une « systématisation » des conventionnements (avec un appui au niveau national ?), notamment avec l'Éducation nationale. Objectif : faire en sorte que les données de santé des enfants (issues des visites médicales systématiques effectuées par les services de santé scolaire), ainsi que les données relatives aux tests de lecture, écriture et calcul à l'école primaire soient transmises aux observatoires locaux en vue d'une exploitation en routine, permettant ainsi un suivi attentif (par

école) et dans la durée de l'état de santé individuel des enfants ainsi que des défauts de prise en charge des besoins effectifs.

2. Le soutien politique : condition *sine qua non* de la réussite de l'observation et de l'ASV

Selon les contextes, le soutien politique à l'ASV et à l'observation se révèle plus ou moins affirmé. Lorsque celui-ci manque – comme le montre l'exemple présenté par la ville de Langres qui a connu une alternance politique au mois de mars 2007 –, les activités d'observation sont affaiblies, puisqu'elles ne sont soutenues ni orientées par aucune demande politique censée donner un sens à l'observation et à l'action de l'ASV.

Il en ressort que les porteurs des ASV et des observatoires ont besoin d'une part, d'appuis scientifiques et d'autre part, de partager des argumentaires légitimant leur position et montrant, par des exemples concrets, le bien-fondé de leur démarche. Ne faudrait-il pas envisager dans cet esprit une forme de séminaire permanent d'échanges de pratiques et d'expériences, aussi bien entre les ASV qu'avec l'université ?

3. Observer, mais (pour)quoi ?

- De la collecte d'indicateurs quantitatifs tous azimuts... à la recherche de sens : « La mesure ne remplace pas l'idée ».

À plusieurs reprises la question du sens de l'observation a été abordée. Comme le montre l'exemple de la ville de Bagneux, qui a sélectionné 60 indicateurs quantitatifs afin d'effectuer un suivi des situations locales aux plans social, sanitaire, économique, etc., certaines villes rencontrent, à l'issue d'un important travail de collecte de données, des difficultés à interpréter les chiffres réunis et à en extraire un sens, en d'autres termes, à les « faire parler ».

Le piège de la collecte de chiffres tous azimuts visant à « *tout mettre dans la moulinette et à laisser parler les chiffres* » avant même de structurer une réflexion destinée à orienter l'effort de collecte est une réalité qui a été fortement soulignée. Il en ressort la nécessité, communément

reconnue, de disposer d'appuis méthodologiques et scientifiques susceptibles de nourrir cette nécessaire réflexion en amont.

Ce problème se pose avec d'autant plus d'acuité que de nombreux ASV, après avoir confié à un prestataire extérieur la réalisation du diagnostic, remarquent qu'une fois l'étude remise, les consultants repartent avec leurs compétences, sans les avoir transmises aux membres de l'ASV. Ainsi les compétences d'observation et d'analyse ne sont-elles pas toujours disponibles en interne, ce qui fragilise l'observation.

L'auditoire souligne enfin un besoin de formation. À cet égard, il a été suggéré de faire appel au CNFPT et aux ORS comme centres de ressources (sachant que ces derniers ne possèdent pas nécessairement eux-mêmes les compétences requises). À plus long terme, le master de géographie de la santé de l'université Paris-Ouest-Nanterre-La Défense, impliqué dans la formation initiale aux diagnostics territoriaux de santé (via un partenariat avec l'association *Élus santé publique et territoires* et la DIV), n'exclut pas l'idée, dans la mesure des moyens disponibles, de développer des modules de formation continue.

- Le chiffre, nécessaire mais non suffisant ? L'ASV, lieu privilégié d'articulation des approches quantitatives et qualitatives.

Les débats ont fait apparaître une nette primauté de fait des approches quantitatives sur les approches qualitatives. Il a par ailleurs été relevé que les chiffres ne sont pas toujours interprétables, en particulier à des échelles microscopiques qui mettent en cause la réalité statistique des petits effectifs. Un consensus semble se dessiner autour de l'idée selon laquelle partir d'une approche qualitative pour orienter la recherche de données quantitatives peut constituer le moyen de ne pas se noyer dans la masse des données chiffrées et de demeurer au plus près des préoccupations et mobilisations locales. Certaines villes, comme Grenoble par exemple, ont d'abord et surtout mené des enquêtes qualitatives permettant d'orienter ensuite la recherche de données chiffrées.

Il a toutefois été mentionné que cette « soif du chiffre » trouvait son

origine dans une demande récurrente des milieux politiques, y compris au niveau national, auquel il était impossible de se dérober. Toute analyse de l'activité d'observation doit donc tenir compte de cette réalité.

Les ASV/observatoires locaux sont apparus comme pouvant être les lieux privilégiés d'emploi des méthodes qualitatives de l'anthropologie, comme l'observation participante, car celles-ci permettent l'acquisition d'une connaissance très fine des territoires et des populations, connaissance à même de favoriser le passage des standards de la prévention en matière de santé à l'action opérationnelle. Il existe ainsi, dans la littérature spécialisée, des standards de prévention, conçus par des épidémiologistes ou des professionnels de santé publique. S'ils exposent, par exemple, les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires et recommandent des actions de nature à réduire notamment le taux de cholestérol au sein d'une population, ils ne disent rien en revanche sur la manière de rendre ces recommandations opérationnelles sur le terrain ou de relayer de manière efficace, auprès de la population, les messages importants. En permettant une connaissance avisée du terrain, des populations et modes de vie, et en décryptant ces derniers au niveau local ainsi que leurs enjeux afin, par exemple, de comprendre comment se posent les problèmes d'alimentation dans un quartier¹, l'emploi de méthodes qualitatives doit permettre de décliner de manière individuelle et/ou collective des standards nutritionnels, dans le cadre des conditions et habitudes de vie.

1 Il peut ainsi s'agir par exemple d'identifier si, dans un quartier donné, les conditions de logement obligent des personnes à absorber dehors, sur le pouce, un certain type d'aliments, plutôt qu'à cuisiner chez soi, ou bien de caractériser les relations enfants/adultes médiatisées par des sucreries.

- Les ASV, lieux d'innovation en matière de modes d'expression démocratiques ou populaires ?

Les méthodes qualitatives d'observation active pourraient, en outre, constituer à terme un moyen de (re)nouer le dialogue entre l'institution et la population.

En effet, les ASV attirent notre attention sur l'absence de participation des habitants (bien qu'ils aient été informés) à l'élaboration du diagnostic et au ciblage des priorités. Tous soulignent une difficulté à créer ce lien, ce dialogue avec les populations locales, alors même que les diagnostics qui ont été dressés se veulent « partagés », c'est-à-dire résultant de la participation de nombreux acteurs institutionnels et des habitants.

En créant une connaissance « de l'intérieur » du milieu considéré, les approches qualitatives de type anthropologique ne seraient-elles pas le moyen de réfléchir à des approches visant à (r)établir une communication entre les habitants et leurs institutions ? Le développement de telles approches qualitatives de type observation participante ne constituerait-il pas un levier (à construire sur le long terme puisque la participation ne se décrète pas) susceptible d'amorcer ce dialogue, interrompu ou difficile ? Ne pourraient-ils pas réaliser ainsi ce qui est étiqueté comme un objectif dit de « démocratie sanitaire » (le terme « sanitaire », pris au sens large, dépassant la santé biomédicale *stricto sensu*) ? Le (ré)amorçage d'un dialogue permettrait de mieux agir, car il est établi que des changements de comportement ne peuvent intervenir sans un consensus.

- Problème de la pertinence de l'échelle d'observation et du découpage

Il a été souligné plus haut que des prescriptions standardisées ne peuvent être directement opérationnelles. L'exemple de Langres montre ainsi que l'approche par quartier n'est pas toujours la plus pertinente, compte tenu du contexte rural du territoire concerné, avec 165 communes pour 48 000 habitants. L'exemple de Montreuil souligne, de son côté,

que l'approche ZUS/non ZUS ne se révèle pas nécessairement la mieux adaptée, car il n'y aurait pas, dans cette ville, de différence significative entre ces deux types de zones.

4. Sur le fond : réduire les inégalités... un objectif qui dépasse les ASV et la politique de la ville ?

À partir d'une réflexion sur l'évaluation de l'impact des actions menées par rapport aux objectifs affichés – à savoir « la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé » –, un débat de fond a été amorcé sur ce que recouvre la notion d'« inégalité », conduisant les participants à se demander si les ASV ne se voyaient pas assigner des objectifs qui les dépassent. La question posée était de savoir si l'objectif ultime consiste à réduire les écarts sociaux de santé ou à améliorer ponctuellement une situation localisée, identifiée comme problématique, ces deux choses étant bien distinctes.

Selon l'objectif retenu (à clarifier), les postures et actions seront différentes. Car on sait par exemple que les politiques globales de promotion de la santé entraînent certains effets pervers : il a été ainsi établi qu'elles profitent d'abord aux groupes qui sont davantage en mesure de s'en saisir et qui ne sont pas forcément ceux qui en auraient le plus besoin. Ainsi, tout en contribuant à élever globalement le niveau de santé, une action de promotion de la santé peut-elle contribuer à creuser – et non à combler – des écarts sociaux.

A donc été souligné l'intérêt de mener une réflexion collective approfondie sur la notion d'« inégalité », au travers notamment de collaborations avec le monde académique de la recherche qui, plus ou moins libéré des contingences matérielles et de l'évaluation des actions peut, mieux que les ASV, développer et construire des points de vue sur le monde social.

L'extrême complexité et le caractère multidimensionnel des inégalités pose la question de l'adéquation entre la politique territorialisée adoptée, de type « politique de la ville », et l'ampleur de la tâche annoncée, « lutter

contre les inégalités ». Une politique volontariste de réduction des inégalités sociales de santé ne doit-elle pas, au niveau national, se « donner les moyens » de ses objectifs et légiférer en ce sens, dans bien d'autres domaines que la simple politique de la ville, à savoir notamment l'économie, le travail (conditions de travail), la protection sociale et le logement ? Quelle portée les actions menées au niveau local peuvent-elles avoir si, au niveau gouvernemental, on ne légifère pas dans le même sens ?

En conclusion

1. Pour que les indicateurs définis et les données collectées par les observatoires locaux de santé éclairent l'action à mener sur les territoires concernés, il est important qu'un échange entre les politiques locaux et les ASV permette de déterminer, en amont, des axes pertinents d'observation. Le rôle d'un ASV dans ce cadre est d'accompagner, par un travail qualitatif, l'interprétation et l'utilisation des données quantitatives par les décideurs.

2. L'évaluation de l'état de santé d'une population ne s'effectue pas qu'au travers de données quantitatives, mais aussi à travers un retour d'expérience qualitatif. En se voulant une instance de « démocratie sanitaire », l'ASV peut contribuer à promouvoir une approche anthropologique d'observation d'une population, où les observateurs se fondent dans cette dernière plutôt que de lui demander de venir spontanément vers l'observateur.

3. Le conventionnement entre les observatoires locaux et les partenaires (assurance maladie, éducation nationale...) mérite d'être encouragé, car il permet un échange de données complémentaires entre celles collectées par les observatoires à un échelon généralement infracommunal et celles recueillies par les partenaires à un échelon beaucoup plus vaste.

4. L'ASV est le lieu où peuvent se croiser utilement, dans le cas de l'observation de la population enfantine, des données en provenance de l'éducation nationale (tests d'écriture, calcul, lecture...) et des données de santé (indices de masse corporelle, état bucco-dentaire, état ophtalmologique...). Le suivi dans le temps de ces indicateurs croisés constitue un outil prédictif permettant d'anticiper l'évolution à terme de certains besoins.

5. Afin d'être opérationnels, les standards de prévention conçus par des spécialistes de santé publique doivent être transmis de façon adaptée au contexte local. L'ASV a vocation à jouer un rôle actif dans l'identification fine des comportements des populations avec lesquelles il est en contact direct, donc à relayer de manière individuellement adaptée les standards nutritionnels, dans le cadre des habitudes de vie des individus.

6. Par définition, l'action des ASV doit contribuer dans les faits à la réduction des inégalités, qui concernent l'ensemble de la structure sociale, et non pas seulement les populations précarisées. Une réflexion approfondie sur les inégalités sociales de santé doit être conduite avec le monde académique et de la recherche, afin de cerner avec pertinence le périmètre de l'action des ASV et les enjeux associés.

SYNTHÈSE DE L'ATELIER 10

VALORISATION DE LA PRODUCTION DES ASV

*Avec l'expérience de : Villefranche-sur-Saône,
Eric Verdier, psychologue et chercheur à la Ligue française de santé mentale
PowerPoint : <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/Atelier10ASV.zip>*

Aude Caria

psychologue – responsable de la Maison des usagers du centre hospitalier Sainte-Anne

Problématique

Le bilan des ASV réalisé par la DIV en 2006, soulignait qu'un des freins à leur développement résidait dans « un besoin d'explicitation et de suivi de la démarche », en particulier auprès des élus. En effet, ces derniers peuvent hésiter à financer une démarche au détriment d'autres actions locales, éprouver des difficultés à s'impliquer dans le financement d'un coordonnateur, dissocier les actions sur des zones ciblées de la gestion des ressources et dispositifs existants sur le reste du territoire communal ou intercommunal, ou enfin, confondre la démarche ASV avec le travail des réseaux de soins.

L'analyse de ces différents freins pose la question de la valorisation de la production des ASV auprès des élus, afin de lever les obstacles à leur mise en œuvre efficace, c'est-à-dire au sein d'une cohérence territoriale et décisionnaire. Les ASV capitalisent un savoir et un savoir-faire qu'ils ont l'obligation de faire connaître. Ils doivent pour cela utiliser les outils de communication pertinents, le vocabulaire adapté à leur cible (les élus) et une stratégie de communication régulière et attrayante.

Toutefois, cette démarche ne peut se concevoir sans appréhender les différentes représentations à l'œuvre dans les champs du soin, de la prévention, de la santé, de l'action municipale... Doit-on se cantonner à des

actions qui relèvent de comportements individuels ou s'autorise-t-on à entrer dans un champ d'actions collectives, avec une démarche de mobilisation participative, doit-on s'intéresser à des dossiers qui, comme l'habitat, impliquent plus les territoires ?

Par quel processus de travail, de structuration des enjeux, de compréhension des jeux d'acteurs doit-on passer ? Sur quoi se fonde la communication entre les différents acteurs de la mise en œuvre des actions ? Comment se construit-elle dans les équipes, entre élus, avec les équipes techniques et comment communique-t-on avec les différents acteurs ? L'analyse des enjeux est-elle une partie cachée à laisser dans une boîte noire ou bien en intègre-t-on une partie dans le diagnostic des ASV ?

L'atelier aborde des questions très concrètes permettant de réfléchir, à partir de témoignages, aux manières les plus efficaces de prendre en compte les questions de santé publique dans les politiques municipales, de développer des stratégies de communication, de valoriser des connaissances issues des ASV auprès des décideurs locaux, régionaux et départementaux.

Comment expliciter et diffuser la démarche ASV ? Comment faire connaître et reconnaître les résultats des processus engagés à court, moyen et long termes, permettant une réduction des inégalités de santé ? Comment communiquer sur les pratiques des acteurs, les projets locaux et les résultats ? Quels seraient les moyens à mettre en œuvre, et avec quels partenaires, pour valoriser les travaux de l'échelon local aux niveaux national et international ? Quels appuis seraient nécessaires ? Quelle évaluation des politiques de communication ?

Démarche de travail de l'atelier 10

L'atelier a eu pour vocation d'échanger sur les difficultés rencontrées par les coordonnateurs d'ASV pour communiquer, de recenser les facteurs de réussite et d'en débattre, de se questionner sur ses carences et

de préciser le type de communication à mettre en place ainsi que les moyens associés.

D'autres ateliers ont, en effet, pointé l'enjeu que représentent la bonne connaissance et la compréhension du travail effectué par les ASV pour apprécier leur contribution et participer à la transversalité des acteurs de santé dans la ville : « Se faire connaître pour se rendre obligatoire ».

Trois axes de réflexion

Les participants avaient pour mission de se pencher sur :

1. les obstacles et aides à la communication des acquis des ASV auprès de leurs partenaires,
2. les attentes des partenaires vis-à-vis des ASV en termes de communication,
3. l'éthique des ASV et leur valorisation à partir d'une communication orale et le « visionnage » d'un extrait de reportage sur la méthode de « l'arbre à palabres ».

Méthode de travail

Utilisant la méthode des « post-it », un brainstorming a permis d'alimenter le débat et d'apporter des réponses.

- Le premier axe a été traité à partir des réponses fournies par la dizaine de coordonnateurs ASV présents ;
- Le deuxième, par les réponses des partenaires présents (élus, DDASS, DRASS, associations porteuses, services territoriaux...),
- Le dernier sous forme d'une discussion faisant suite à la communication orale d'Éric Verdier.

Constats

1. La valorisation de la production des ASV suppose une lisibilité de ses actions. Cette nécessité est d'autant plus grande que les ASV ont été des révélateurs de la méconnaissance des questions de santé par nombre d'élus. En conséquence, la communication doit s'établir, sans attendre

qu'un bilan soit demandé. Elle peut se faire à deux niveaux : au niveau officiel, sur les actions entreprises et les résultats tangibles, et aussi au niveau informel, en « off », afin de tisser un lien permanent sur ce sujet et d'obtenir le soutien et la confiance de l' élu.

2. Globalement, la maîtrise d'outils de communication adaptés doit faire partie des responsabilités du coordonnateur. Cela ne semble pas être le cas à l'heure actuelle, où un déficit se fait véritablement sentir. Il est important de préciser et de définir clairement la mission de valorisation et de communication dans la définition des responsabilités des ASV.

3. L'éthique de la communication est la pierre angulaire des actions. Le fond doit être cohérent avec la forme. Dans cet esprit, la production des ASV doit être développée en partenariat avec les habitants eux-mêmes : il ne s'agit pas de développer une communication provenant d'experts et destinée à des experts, mais de valoriser le « savoir profane », de développer l'auto-support et de participer à « l'empowerment » des citoyens, et ce également pour ce qui concerne la valorisation des actions.

4. La valorisation des ASV et de leurs actions passe par celle des publics cibles des ASV. Il s'agit de conjuguer lien social et sens. D'autre part, il n'est pas toujours facile de communiquer avec les personnes défavorisées, ni de communiquer à leur propos. Il faut veiller à ne pas stigmatiser une population déjà pointée du doigt par les politiques de la ville. Il est d'autant plus important, dans ce contexte, de savoir valoriser les aspects positifs, sans démagogie.

5. Le positionnement des ASV est parfois complexe et son identité floue, entre politique de la ville et politique de santé. Il est souvent révélateur de dysfonctionnements entre institutions ou entre niveaux de décision (national, régional, départemental, local...). Il révèle également la méconnaissance des questions de santé par les politiques, ou parfois leur manque d'intérêt pour ces questions.

6. Le métier de coordonnateur est un métier nouveau, en « construction », ce qui peut être considéré comme une chance. Les besoins en formation existent, en particulier pour ce qui concerne les stratégies et

outils de communication qui font défaut aux coordonnateurs pour mieux valoriser leur action. Une première exigence est de pouvoir sensibiliser les élus et les autres partenaires au fait que les questions de santé les concernent et de leur donner les moyens de communiquer eux-mêmes sur les enjeux de santé de la ville ou de la politique de santé communale.

De façon précise, on trouvera ci-dessous la liste des observations faites par les participants sur les thèmes discutés.

Les obstacles à la communication, du point de vue des coordonnateurs d'ASV

- Le manque d'implication des élus, le manque de volonté politique.
- La difficulté à situer l'action de l'ASV parmi l'ensemble des dispositifs et actions, qu'ils soient dans le champ de la santé ou de la politique de la ville (absence de vue d'ensemble).
- Le manque d'outils adaptés, ou la difficulté d'accès aux outils existants.
- Le déficit en formation dans le domaine de la communication (outils, stratégie, compétences).
- Le décalage des temporalités entre l'action des ASV, qui demande du temps, et les attentes des élus ou des décideurs qui souhaitent disposer de résultats tangibles rapidement.
- L'articulation difficile avec la politique municipale et avec la communication municipale, en raison du cloisonnement des services.
- Le coût humain et financier.
- Le manque de valorisation de l'action de la ville en matière de santé.

Les aides de la communication vues par les coordonnateurs d'ASV

- L'intérêt et la motivation montrés par les élus, les habitants et les décideurs.
- Le contact direct entre ASV et élus (et sous-préfets).

- L'implication des habitants dans les actions de valorisation et de communication (ex. formation des habitants à la prise de parole en public : la prise de parole comme prise de pouvoir sur sa situation et sa santé).

- La disponibilité de supports communaux ou autres (journal, lettre, audiovisuel, événements...).

- L'utilisation de ressources à disposition (Codes, Institut Renaudot).

- L'existence de faits concrets sur lesquels communiquer.

- L'évaluation et la production d'indicateurs solides sur lesquels appuyer une communication adaptée aux publics.

- L'échelle du territoire, à taille humaine.

- Le fait que la communication soit commune et pluridisciplinaire (élus, ASV, habitants).

- La création d'un label « Ville ASV » pourrait apporter identité, lisibilité et reconnaissance externe. Un logo ne suffirait pas, un label décerné à une ville serait plus fort, un label reposant sur la reconnaissance de valeurs, de compétences, de méthodes et de qualité.

Les attentes des partenaires des ASV en termes de communication

- Des données fiables, des indicateurs quantitatifs et qualitatifs qui permettent aux partenaires de mesurer les inégalités de santé et les besoins des populations concernées.

- Une clarification de la valeur ajoutée et de la spécificité des ASV par rapport aux services et dispositifs existants.

- Une lisibilité des actions engagées.

- Des outils permettant de mobiliser les populations autour des questions de santé, depuis la phase de diagnostic jusqu'à la phase de réalisation des actions.

- Une stimulation des échanges de pratiques.

- Une participation à l'interface entre niveau local et niveau régional (communication ascendante et descendante).

Remarque

Les discussions menées autour du thème de la valorisation ont fait émerger, au-delà des points listés plus haut, une difficulté à appréhender le lien étroit entre valorisation et communication, en raison du flou que cette dénomination recouvre pour nombre de participants à l'atelier 10 et de la façon peut-être un peu réductrice dont elle est perçue.

L'un des apports de cet atelier a été la mise en évidence du caractère indispensable du « faire connaître » de la communication et du « mettre en avant » de la valorisation. Il a également permis de souligner l'utilité spécifique d'une communication ciblée vers les élus, vers l'État et vers la population.

S'il est certes difficile pour une ville de valoriser les politiques de lutte contre la précarité, il est indispensable de savoir le faire à un moment où l'on va promulguer une loi. L'un des enjeux de ce séminaire a été de créer un lieu d'échange et de communication, et d'instaurer, entre les différents acteurs des ASV, un réseau particulièrement opportun au regard des incertitudes que ressentent certains sur la pérennité de la démarche.

Conclusion sous forme de recommandations

1. Sensibiliser les élus et les décideurs à l'importance des questions de santé et à leur transversalité : « tous les élus doivent se sentir concernés par la santé ».

2. Développer la formation des équipes ASV à la maîtrise des stratégies et outils de communication, et leur permettre d'établir une communication participative.

3. Renforcer la communication entre ASV par l'organisation de lieux de d'échange et de partage de l'expertise.

CLÔTURE ET DÉBATS : ENSEIGNEMENTS, RÉFLEXIONS ET PERSPECTIVES

Laurent Chambaud

Je ne vais pas faire d'introduction formelle à cette table ronde et à cette prise de parole des acteurs institutionnels. Je vous propose de passer tout de suite la parole à Monsieur Trégoat, qui est directeur général de la DGAS.

Jean-Jacques Tregoat

directeur général de la DGAS

Je suis content d'être parmi vous parce que ce que j'ai entendu est ce que nous vivons tous les jours à la DGAS, où nous sommes à la marge de tous les territoires, de tous les publics et de toutes les problématiques. J'ai toujours pensé, dans une vie antérieure et encore plus depuis que je suis à la DGAS, que **les ASV étaient un bon exemple de ce que nous pouvions faire à la fois en matière de décroisement des politiques publiques au sens large et de territorialisation des politiques publiques**. Nonobstant la complexité institutionnelle de notre pays que vous avez décrite, nous devons arriver à mieux territorialiser nos politiques publiques sur les territoires, en tout cas sur un territoire de vie, un bassin de vie, où les populations doivent trouver des réponses à leur problématique. Les ASV ont un peu défriché, sur le terrain, un certain nombre de méthodes, et aussi de réponses à des problématiques.

Les ASV s'articulent plus généralement parmi les outils que l'action sociale peut mettre en œuvre en matière de santé et non de soins – c'est-à-dire de bien-être global – au sens de l'OMS et au sens de la charte d'Ottawa. La santé, c'est plus que le soin, plus que le *cure*, plus que le *care* anglais, et un peu tout cela. Les ASV, c'est la bonne conjonction, la bonne coordination, la bonne transversalité entre le domaine du médico-social et du sanitaire. L'ASV est donc un outil, mais nous avons aussi inventé de la même façon, pour ce décroisement, **les liens de soin-santé, que nous appelons les « liens infirmiers », qui sont un bon exemple entre le « tout hôpital » et le « tout rue », pour les personnes qui n'ont pas de domicile**. Alors, ce n'est pas un hôpital au rabais et ce n'est pas un peu mieux que la rue. C'est une prise en charge transversale pour des personnes qui, après un problème de santé, retourneraient chez elles. Celles-ci n'ayant pas de chez soi, il faut bien inventer des dispositifs. Il en va de même des équipes mobiles de psychiatrie : il s'agit d'aller « au-devant de ». La charte du service social de Paris s'engage à aller au-devant de ceux qui ne demandent plus rien. Et cela se fait dans des territoires et des bassins de vie. Le troisième outil, ce sont les PASS du secteur hospitalier, permanences d'accès aux soins de santé. Avec les ASV, les PASS, les liens de soin santé, les équipes mobiles de psychiatrie et quelques autres outils, nous sommes à la frontière de la santé, du soin, du médico-social et du social pour des publics sur des territoires et des quartiers, précaires et au-delà.

Ensuite, vous avez de manière très concrète, sûrement avec des réponses plus positives ici, un peu moins ailleurs, réussi à décroiser et à montrer que, quels que soient les niveaux, il faut faire face à une complexité institutionnelle. Je n'ai pas trop peur de la complexité, pas plus que d'autres sujets de l'efficacité. Mais, une fois que nous avons dit cela, nous devons organiser cette complexité, sans dire que nous ne pouvons le faire. Nous devons en revanche **organiser les choses sur les territoires afin de mieux travailler ensemble, et pour proposer un décroi-**

sonnement culturel. L'un des gros problèmes de notre pays est celui de l'hyperspécialisation, et cela est vrai dans tous les domaines. Nous avons besoin de tout le monde. Alors, comment coopérer sur un territoire donné ? Nous avons fourni des outils au secteur social et médico-social sur les groupements de coopération, mais il peut y en avoir beaucoup d'autres, avec pour finalité que chacun se les approprie. Les personnes veulent être prises en charge de plus en plus globalement. C'est donc à nous de nous organiser pour coopérer. Or, quand on coopère, on décroïsonne. C'est-à-dire, que quand les personnes travaillent ensemble, entre partenaires associatifs, collectivités, médecins, éducateurs, etc., elles portent un regard différent sur les problématiques. Un autre élément nous oblige à décroïsonner : toutes les problématiques sociales, médico-sociales, de vieillissement de la population, de vieillissement des personnes handicapées, de montée de la précarité, de prise en charge de publics de plus en plus désocialisés, de jeunes et de moins jeunes. Elles nous contraignent **à travailler un peu différemment, donc à décroïsonner, à coopérer et aussi à contractualiser.** Car si l'ensemble des partenaires ne coopère pas de façon formalisée, c'est-à-dire n'identifient pas sur un bassin de vie l'ensemble des partenaires indispensables à une prise en charge globale de la personne, et si, de l'autre côté, nous ne formalisons pas non plus les engagements par des contrats d'objectifs et de moyens, dans un monde et des populations de plus en plus complexes, nous n'arriverons pas à répondre aux enjeux, demain, de nos publics, qu'ils soient précaires ou non.

Enfin, est-ce que les ARS, les Directions régionales de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports, vont améliorer, faciliter ou complexifier la situation actuelle ? Heureusement, ce ne sont jamais les structures qui déterminent les façons de travailler. Ce sont quand même les hommes et les femmes qui seront à la tête de ces structures qui en feront ce qu'elles doivent être. Nous nous apercevons en fait que ce décroïsonnement de la ville, de l'hôpital, du médico-social, mais également de la pré-

vention devrait permettre de donner de la fluidité à nos dispositifs, à nos financements. Aujourd'hui, de nombreuses choses sont impossibles faute de passerelles d'un secteur à un autre. Alors, on est obligé de retourner dans sa propre boîte alors que celle d'à côté aurait pu apporter une réponse plus efficiente et sûrement meilleure, tant au plan financier qu'au plan de la prise en charge. Ainsi, il faut redonner du sens aux directions régionales d'action sociale, de la jeunesse et des sports, qui peuvent participer aussi au bien-être, au sens de l'OMS, et de l'autre côté, aux ARS... Bien sûr, elles devront travailler ensemble. Des choix sont faits. Ce n'est pas parce qu'il y aura un certain nombre de dispositifs dans les ARS que nous ne prendrons pas les plus démunis en charge. Du côté de la cohésion sociale, les CHRS s'occuperont de personnes ayant des problèmes d'addictologie, de santé, de santé mentale ; il faudra donc bien travailler avec la santé au sens large. Il ne faut pas non plus trop charger la barque des ARS, sinon ils ne pourront plus remplir leur mission. Le fait qu'il y ait autant d'acteurs sur le territoire est un gain d'efficacité et d'efficience réelles. Il ne s'agit pas simplement d'ajouter les compétences de la jeunesse et des sports de la ville, du médico-social ou en tout cas du social pour faire plus, mais pour faire mieux, c'est-à-dire pour être beaucoup plus transversal. **La réforme importante de la direction régionale de la cohésion sociale, ce n'est pas l'addition de collaborateurs au niveau régional, mais c'est de faire travailler ensemble et en synergie un certain nombre de collaborateurs, pour des publics qui ont des problèmes de transversalité.** Alors, les ARS d'un côté, et les directions régionales de l'autre, favoriseront ce travail. Le niveau central est fondamental. Le comité de coordination, où il y aura la DGAS, la DOS, la DSS, la CNSA, l'UNCAM et quelques autres partenaires, sera le bon intermédiaire pour redonner de la cohérence au niveau régional, puisqu'il y aura une grande diversité entre Nord-Pas-de-Calais, Bretagne, Aquitaine, Paca, etc. Ainsi, une coordination sera nécessaire, de même que des politiques de santé publique affichées, qui seront déclinées dans des programmes régionaux de santé publique avec de vrais

schémas de techniciens. Car, dans cette salle, aucun de nous n'est capable aujourd'hui, de répondre à tous les plans et schémas qui existent. Alors, **nous aurons des schémas et une planification beaucoup plus rationnels qu'aujourd'hui**. Ensuite, des plans d'action se déclineront en fonction de territoires et de besoins de santé publique au sens large. Nous sommes en train de mettre un peu de cohérence et d'atteindre une taille critique. Nous devons aller sur le terrain dans les DDASS et les DRASS, aller voir la force des collectivités locales, la force d'un certain nombre de nos partenaires. Nous avons besoin de cette taille critique, pour attirer des collaborateurs de qualité au niveau de l'État, pour dialoguer, dans le respect de chacun, avec les partenaires, sur le terrain.

Laurent Chambaud

Merci, Monsieur Trégoat. Je vous propose que nous passions toutes les interventions, les unes après les autres, et puis, s'il reste un peu de temps, quelques questions.

Martial Mettendorff

secrétaire général de la DGS

Pour la Direction générale de la santé, je remercie la DIV d'avoir pris cette initiative. Il est très important de donner à voir et à comprendre ce qu'il se passe dans ces ASV. Depuis 2004, avec la loi de santé, nous avons développé des plans nationaux de santé publique. **Aujourd'hui, nous avons des résultats et des indicateurs d'amélioration de l'état de santé de la population**. Ainsi, sur l'obésité, nous avons infléchi la courbe de l'obésité des enfants et nous pouvons être assez fiers du travail fait avec le PNNS. Nous possédons des résultats sur le dépistage organisé du cancer du sein et nous pourrions également nous dire que, effective-

ment, quand nous regardons l'épidémiologie du cancer du sein, nous avons fait des progrès incontestables de ce côté. Mais, en même temps, quand nous regardons dans le détail, nous nous apercevons que nous creusons les inégalités, et c'est un peu un paradoxe. La courbe sur l'obésité s'inverse moins vite sur les populations les plus en difficulté ou du moins il y a un gradient très net entre revenu et baisse de l'obésité. De la même manière, sur les questions d'accès au dépistage, cela est tout à fait réel. Et quand nous réfléchissons à ces questions, quand nous regardons ce qu'ont fait les autres pays, même quand on fait du benchmarking sur ces questions et sur la manière de progresser, nous nous apercevons que la batterie de politiques publiques que nous avons pu développer est en phase avec leur action. Pourtant, nous n'arrivons pas à progresser au même rythme et de la même manière pour toutes les populations.

Alors je suis extrêmement intéressé et heureux de voir que nous pouvons essayer, comme vous l'avez indiqué, de capitaliser des savoirs, des modalités. Nous devons étudier, avec ces politiques qui sont moins visibles qu'une campagne de promotion sur la nutrition, la manière de capitaliser ce travail et de montrer les progrès que nous pouvons faire sur ces territoires. L'initiative de la DIV et le travail réalisé dans les ateliers sont extrêmement importants de ce point de vue-là.

Quand j'ai dit cela, je me situe bien au stade d'un creuset, d'une démarche, d'une innovation, du portage de quelque chose qui n'a pas d'évidence en soi. Il y a peu de littérature sur le sujet. Alors, **comment faire aujourd'hui, puisque nous ne sommes plus dans la phase de test, pour capitaliser cette expérience et faire en sorte qu'elle devienne un élément des politiques et des stratégies de réduction des inégalités de santé ?** C'est un enjeu important. Nous y travaillons avec la volonté de nous inscrire vraiment dans une stratégie de réduction des inégalités.

La question de ces espaces et de ces territoires revient. Nous n'avons pas de difficultés vis-à-vis de cela. Nous pensons évidemment que le territoire pertinent est celui de l'action, celui du diagnostic partagé, sans doute, avec tous les acteurs. La santé publique est là, avec les élus, les grands opérateurs, etc. **L'urbanisme et l'environnement relèvent de questions de santé.** Alors, tout le sujet consiste à préserver et à développer les deux éléments que nous avons réussi à gagner dans les GRSP, en dépit de la lourdeur que nous pouvons lui reprocher : une rencontre plus forte entre les services de l'État sur les questions de santé ; une rencontre avec les élus. **L'espace de GRSP est à la fois un élargissement de la question de santé aux autres partenaires (Éducation nationale, Justice, etc.) et aux élus. Notre souci est que l'ARS soit capable de promouvoir et de transposer ce capital, de jouer ce rôle d'ouverture vers les élus et vers les autres services de l'État. L'ARS ne doit pas devenir le bunker de la santé, mais préserver cette ouverture.**

Ensuite, sur ces territoires, nous avons souhaité maintenir la possibilité de contractualiser. Nous devons exprimer notre volonté forte, dire que l'ARS peut et doit contractualiser sur certains territoires avec un ensemble de partenaires pour promouvoir et pour mener des politiques de prévention. Aujourd'hui, la loi telle qu'elle est faite nous permettra de le faire et nous considérons qu'effectivement, les ASV vont de ce fait avoir un prolongement possible dans ces contrats. **Il y a donc évidemment un creuset, une expérience, un savoir à capitaliser, mais aussi un avenir pour les ASV, dans la politique régionale de santé et dans la relation avec les élus, les autres partenaires et les autres services de l'État.**

Enfin, je reviendrai sur les questions autour de l'observation, du diagnostic, etc. Effectivement, une question nous est posée autour de compétences ou de pôles de compétences pour avoir la capacité à formuler une observation précise et un diagnostic pertinent qui permettent de

transformer cela en actions. Et sans doute, là-dessus, **l'État pourrait, au niveau national, impulser ces questions, pour que des outils soient mis à disposition**. Cela peut être un élément clé de la méthodologie, des outils, l'implication de la Fédération nationale des ERS, sur ces questions ou d'autres, sous l'égide de l'État, afin de partager des méthodes, de comparer des territoires et de progresser sur ces diagnostics. Là-dessus, le rôle de l'État pourrait sans doute s'étendre.

Il est bon de donner à voir. Le 5 décembre se poursuivra dans cette logique. Personnellement, j'ai été très intéressé par tout ce qui a été dit. Aujourd'hui, les progrès en matière de santé, sur ces populations ne sont pas une évidence. Alors, nous devons capitaliser les initiatives, partager, être en relation les uns avec les autres sur ces sujets.

Sylvie Durand-Trombetta

responsable de la cohésion sociale à l'Acisé

Je suis ravie d'être parmi vous. Je ne suis là que depuis ce matin, mais j'avais des collaborateurs qui ont suivi les ateliers, et ont donc entendu presque tout ce que vous avez dit. Il me semble qu'aujourd'hui, dans cette phase de transition dans laquelle nous sommes, pour passer du test des expérimentations des ASV à une réelle politique de programmes, un certain nombre de choses sont acquises. Vous avez beaucoup parlé pendant ceux deux journées, mais en gros, la démarche est acquise. Le calage entre un pilotage fort, politiquement, du côté de la ville, et du côté de l'État est incontournable ; la nécessité d'une coordination s'est avérée : sans une coordination technique, il est difficile d'avancer. Je relierai cette nécessité avec la coordination technique globale de la politique de la ville et des chefs de projet. Quelle est la place des coordonnateurs dans les MOUS ? Y compris avec la rénovation urbaine ? Ici aussi, nous devons regarder de près certaines choses, pour **avoir une vraie unité territoriale**. Tout cela est acquis.

Il est acquis aussi – et nous devons en être fiers – que cela est compliqué. Quand les partenaires sont nombreux, c'est structurellement compliqué et ce n'est pas grave. Je n'ai cessé de dire cela, parce que le fait que l'on nous rétorque souvent que la politique de la ville étant complexe, on ne veut pas y aller, signifie en réalité souvent qu'on n'a pas forcément envie de s'y mettre ni d'entendre. Il y a plusieurs partenaires, cela est complexe, cela prend un peu plus de temps, mais ce qui est important, c'est le résultat auquel nous pouvons aboutir.

Alors aujourd'hui, ce qu'il me semble être de notre responsabilité à tous, c'est de parler de lisibilité. Nous ne pouvons pas considérer qu'il suffit de nous retrouver tous autour d'une table pour faire quelque chose. Nous savons certes, que c'est important. Bien sûr, vous produisez tous, mais **il n'y a pas encore aujourd'hui assez de visibilité au plan national pour que nous arrivions à en faire un programme et pas seulement un dispositif**. Mais nous pouvons tous y travailler. Nous en sommes tous presque collectivement responsables.

Cela rejoint l'une des questions de tout à l'heure sur la manière de convaincre les élus d'adhérer et d'agir. Si nous disons à un élu : « nous allons faire un ASV et ce sera super, parce que nous allons réunir tous les partenaires de la santé et du sanitaire », il sera content... Mais, **combien de personnes vont-elles pouvoir accéder plus facilement aux soins ? C'est plutôt sur ce type de sujets que la visibilité est attendue**. Et globalement, nous ne savons pas tous l'exprimer. Communiquer sur ces choses est aussi un métier.

Quelqu'un dans un atelier disait que, dans la politique de la ville, il y avait des perméabilités de méthodes. Par exemple, les ASV avaient tiré des enseignements en termes d'individualisation, du parcours des équipes de réussite éducative. Il fallait aussi réfléchir à la manière dont les choses peuvent être tricotées entre les programmes eux-mêmes. Nous sommes là dans une phase où nous devons nous montrer observateurs.

L'environnement institutionnel est instable, nous le voyons bien. Cela ne doit pas pour autant nous empêcher de nous impliquer. Nous sommes un modeste opérateur de la politique de la ville. La DIV, notre tutelle, dira vraisemblablement les grands axes qu'elle entend mettre en œuvre, notamment dans le cadre de la dynamique Espoir banlieues.

Tout d'abord, je sais dire aujourd'hui combien d'argent nous investissons. Cela a l'air idiot, mais au niveau national, ce n'est pas inutile. Au plan national, en effet, nous consacrons 6 millions d'euros à l'ingénierie des ASV et nos préfets – délégués de l'agence – cofinancent environ 6 millions d'actions. Bientôt, j'en saurai davantage encore. Par exemple, **pour aider à cette lisibilité nationale, nous allons essayer de réaliser un état des lieux de l'ensemble des ASV comme nous l'avons fait pour la réussite éducative.** Ce n'est pas un tableau de suivi en termes d'évaluation du travail que vous faites, c'est une photographie à un instant T, de ce qui se passe sur l'ensemble du territoire national : combien il y a d'ASV, ce qu'ils produisent, le nombre d'observatoires, de diagnostics. Cela nous permet, d'année en année, d'observer une certaine progression et d'être quelque part, nous – État central, opérateur central – en capacité d'animer l'État local pour lui exprimer ses attentes à l'égard d'un programme national. Nous devrions avoir cela pour janvier-février et j'espère que cela nous donnera une vision des actions à l'échelle nationale.

Nous pouvons également **apporter une plus-value au niveau de la médiation sociale.** À l'Acsé, aujourd'hui, nous avons une enveloppe de

4 239 adultes-relais, qui sont souvent des supports de médiation sociale et dont environ 10 % sont sur des problématiques de santé. Il s'agit de 400 personnes dont j'ai besoin de connaître l'activité. Je pense qu'il y aurait tout un travail à faire qui, justement, permettrait peut-être d'avoir un soutien et une connaissance plus fine de ce qui peut être demandé à la fois en termes de recours aux soins, d'accompagnement dans le recours aux soins et la prévention, ainsi que tout ce qui concerne l'environnement social, etc. Il y a sans doute ici quelque chose d'intéressant et qui vaudrait la peine que nous y regardions de près.

Voilà où nous en sommes aujourd'hui. Bien évidemment, au rang des missions de l'Acsé, nous devons financer le volet santé des Cucs, avec aussi les problématiques un peu plus transversales que sont la lutte contre les discriminations et un travail sur les populations migrantes, qui ont souvent des difficultés d'accès. Notre but est donc de rendre lisible, nationalement, ce qui, d'un dispositif ou d'une démarche, doit passer à un programme pour être complètement respecté. Nous allons vous solliciter, vous embêter. Je comprends que cela ne soit pas facile à entendre, quand on travaille activement sur le terrain. Mais il faut en passer par là, sinon, nous n'arriverons pas à faire quelque chose de fort. **Nous essayons donc, avec nos modestes moyens, d'apporter des éclaircissements aux décideurs.** Merci.

Laurent Chambaud

Merci beaucoup. Je vous propose une petite séance de dix minutes de questions. Nous laisserons ensuite Monsieur Florentin conclure cette journée.

Questions-Réponses

Marielle Rengot

élue à la santé, ville de Lille

Madame, nous avons parlé de six millions d'euros octroyés par l'État aux ASV, soit 25 000 euros par ASV. Les communes investissent dans les ASV, mais je pense qu'il doit être bien supérieur, sans compter toutes les actions financées sur le terrain, cofinancées par politiques de la ville, les GRSP, les contrats territoriaux de santé, pour ceux qui en ont, et à Lille, nous en avons un. Aujourd'hui, nous entendons beaucoup parler des élus. Nous en sommes deux représentants ici. Or, nous n'avons pas la compétence en matière légale. On entend parfois : il faut convaincre les élus. **Si la compétence était donnée aux élus avec les moyens financiers adaptés, tout le monde ferait de la santé et nous n'aurions plus besoin de convaincre personne.** Décloisonner aussi les hôpitaux, sur un territoire où nous connaissons l'action qu'ils mènent, action économique, action sociale ; il serait aussi intéressant de leur permettre de travailler beaucoup plus avec les associations, les communes – nous le faisons quand nous avons des communes ou des hôpitaux volontaires. Je vais vous donner encore un autre chiffre : 138 millions de dollars canadiens pour le territoire de Québec autour de la santé. Je ne parle pas des soins, mais de la santé. Cela recoupe la médecine du travail, la prévention, un SOS, des soins de suite et aussi 50 % des médecins libéraux en contrat avec les maisons de santé. J'ai été très heureuse d'entendre que les ARS allaient peut-être s'ouvrir aux élus, et contractualiser. Nous ne demandons pas mieux. Mais, je pense que cela ne pourra se faire que si nous **engageons une véritable réflexion, en France, sur le paiement à l'acte, son évolution et les médecins qui ont éventuellement envie de faire de la prévention et de travailler avec les communes.** Nous avons bâti une grosse partie de notre programme municipal avec des

médecins libéraux ou des pharmaciens qui ont voulu travailler et réfléchir avec nous sur ces sujets.

Enfin, observons la traçabilité de la prévention en France. De grands projets, avec l'INPES, sur le sida, l'alcool, bientôt les CCA et les centres de cure aux toxicomanes allaient fusionner, alors *quid* du suivi de ces personnes, parce que ce sont deux métiers différents, et la fusion de ces deux instances me chagrine. *Quid* de la traçabilité de la prévention en France, donc des communes et des associations ? Comment tout cela sera-t-il pris en compte ? Comment l'ARS va-t-il ouvrir la porte à toute cette population, qui veut faire de la prévention en France ? Ce n'est pas seulement de la prévention primaire, on en est parfois à la prévention secondaire, voire aux soins de suite ou à la défense des malades.

Myriam Buffet

chef de mission, ville de Lyon

Concernant l'état de lieux national des ASV, il y a quelque temps, je crois que c'était l'année dernière, la DIV nous a fait passer un très long questionnaire à remplir correspondant, à peu près, à une quarantaine d'objectifs opérationnels. Alors, je ne vous dis pas le nombre d'indicateurs auxquels il fallait répondre ! Nous avons passé plus d'une semaine à compulser les informations car, à Lyon, nous avons six ASV. Il a fallu les compulser au niveau départemental. Nous nous sommes réunis, grâce à la préfecture et à la DDASS, pour le faire. Ensuite, nous devons faire le même travail au niveau régional, mais cela n'a pas pu se faire. Nous avons travaillé pour rien ! Mon sentiment est que, bien sûr, **travailler à une plus grande lisibilité nous permettra à nous aussi d'être plus efficaces dans les ASV**. Demandez-nous tout ce que vous voulez, mais des choses assez localisées, parce que plus l'on remonte au niveau de l'échelle et plus l'on perd d'informations.

Dominique Panico-Miallon*conseillère technique en travail social, DDASS de la Loire*

Je suis en charge des questions de politique de la ville et de l'ASV de Saint-Étienne. Dans les services de l'État, nous sommes aujourd'hui dans une situation d'évolution dont nous n'arrivons pas trop, nous agents, à comprendre les contours, malgré les questions que nous pouvons faire remonter. Alors, j'entends bien que l'ARS ne doit pas être le bunker de la santé publique. Aujourd'hui, **dans un certain nombre de DDASS, nous avons des difficultés d'articulation entre les services de santé publique, d'offre de soins et les pôles sociaux.** Je ne vois donc pas bien comment, aujourd'hui, en étant dans les mêmes locaux et dépendant de la même direction, nous allons arriver à lever cette difficulté, en ayant demain une ARS et, dans le meilleur des cas, des directions départementales de la cohésion sociale. Je m'interroge sur l'ASV, et le lien santé-précarité nous interroge tous, travailleurs sociaux des DDASS. Il y a aussi la question, quand nous voyons les difficultés d'accès au logiciel du GRSP des petites associations, de savoir comment simplement déposer leur demande. **Préserverons-nous la richesse du tissu associatif intervenant dans le champ de la prévention et de la santé, demain, avec des ARS qui sont quand même de grosses structures ?** Pour moi, c'est quand même la porte ouverte à la concentration, à l'appel d'offres et l'entrée sur le marché de la santé et de la prévention de grands groupes qui n'ont pas grand-chose à voir avec nos myriades d'associations. C'est aussi la question de savoir comment, de la TAA dont nous voyons bien les effets sur les structures hospitalières publiques et privées, nous allons conjuguer cela avec la question de la promotion de la santé dans le cadre des ASV. Et comment, aussi, nous traitons la question de la précarité d'emploi et de financement des postes de coordonnateur dans les ASV. Aujourd'hui, je n'ai aucune réponse à ces questions. Les problèmes restent entiers et ce n'est pas l'évolution telle qu'on nous l'annonce aujourd'hui qui va les régler. C'est aussi ce qui préoccupe à la fois les techniciens des villes, ceux de l'État et les élus.

Intervenant

Je suis sûr qu'une plus large décentralisation simplifierait les choses. Parce que, quoi qu'il arrive, il y aura toujours de nombreux intervenants pour prendre en charge des publics de plus en plus complexes. **Nous avons des publics qui ont des problématiques très différentes, nous nous trompons en pensant que nous pouvons réduire la complexité par des organisations administratives simplistes.** Il ne faut pas ajouter la complication à la complexité, j'en suis d'accord, alors, si nous pouvons simplifier, faisons-le. Mais, ne pensons pas que demain, sera mieux parce que nous aurons changé la totalité de la décentralisation. Nous pourrions parler des personnes âgées et des personnes handicapées. Si nous pensons que notre système, aujourd'hui, est optimal, c'est triste. Il n'est pas optimal, parce qu'il y a encore des inégalités de traitement. Or, la mission de l'État est de réduire les inégalités territoriales, les inégalités de prise en charge. Nous allons réduire l'écart dans tel et tel domaine entre les populations au niveau macroéconomique. Au niveau territorial, selon les problématiques, sur le cancer, sur un certain nombre de dispositifs, cela touche souvent les plus démunis, parce que la prévention, qui est souvent très importante, n'est pas accessible aux populations en situation précaire. Alors, il va falloir un certain temps pour que les cultures évoluent. Je pourrais tout de même vous citer des tas d'exemples, mais nous n'en avons pas le temps. Je pourrais vous citer l'espace social commun de Rennes, ce que me disent les travailleurs sociaux, travaillant en commun, dans un même lieu, pour échanger, entre la CAF, la CPAM, le service social polyvalent, le CCAS, la mission locale, sur des publics et des problématiques, cela change la vision que l'on a de la prise en charge de ces publics. Alors, **si nous sommes ensemble, dans les ARS, la prévention, les soins médico-sociaux, seront mieux assurés. Mais, il faudra aussi travailler avec les directions régionales de la cohésion sociale.** Nous devons trouver notre place dans les nouveaux dispositifs.

Autre point : l'observation. Certes, on observe. Là aussi, je pourrais faire un QCM de tous ceux qui observent, à tous les niveaux, mais que déduisons-nous de cette observation, qui est éclatée avec des modèles et des outils différents, non compatibles entre eux, etc. ? Il y a des ORS, mais aussi des CREA et nombre d'autres, qui font des choses qui se ressemblent. Nous devons mettre un peu de cohérence et pas pour des raisons d'efficacité économique, mais simplement parce que les publics peuvent être sur deux ou trois problématiques en même temps. Nous avons intérêt à mutualiser, à la fois pour avoir être plus efficaces, et aussi pour assurer un meilleur parcours à la suite de quoi, des opérateurs prendront en charge le problème réel à traiter. **La mutualisation rendra un certain nombre de dispositifs lisibles et évaluables.**

En ce moment, c'est la présidence française de l'Europe et donc, une à deux fois par semaine, je discute avec mes collègues étrangers : je suis sidéré de ce qu'ils me disent. Nous nous autoflagellons à tour de bras. Ils disent : « vous avez beaucoup de dispositifs que nous vous envions ». Simplement, ce qui nous manque, c'est la coordination, donc la visibilité. **Les dispositifs existent. C'est leur coordination, l'observation et les schémas, qui font défaut. Ce ne sont pas les moyens dont nous disposons.** Mais ce n'est pas parce que les besoins sont considérables que nous ne devons pas travailler différemment, en termes de gouvernance, d'observation, de lisibilité, pour rendre compte. Demain, je rendrai compte au Parlement, après-demain à la Cour des comptes. Ce n'est pas pour vous embêter que nous demandons des outils, mais pour nous assurer que nous sommes bien efficaces et que nous touchons les bons publics sur les bons territoires. Cela signifie que nous devons travailler ensemble, dans le respect de chacun, en faisant en sorte que un plus un soit égal à un peu plus que deux et aussi, que nous suivions mieux les publics tout au long de leur parcours, avec leurs échecs, leurs réussites, sur des territoires extraordinairement variés. Ce qui est compliqué, en France, à la réflexion, c'est que nous sommes un grand pays sur le plan

de la géographie. Comment allons-nous prendre en charge la natalité avec des personnes qui ont des problèmes ? Comment allons-nous prendre en compte les personnes âgées, qui peuvent être atteints de la maladie d'Alzheimer dès 55 ans ou à 100 ans ? Des personnes handicapées dans tous les types de handicap ? Des femmes qui ont des enfants ? Des femmes qui vieillissent ? Des femmes qui travaillent ? C'est le problème de la gouvernance, de l'observation, de nos politiques publiques et les ASV constituent un bon terreau, un bon creuset sur un territoire et un champ donnés. **L'ASV est un bon outil, il faut l'évaluer, et aussi mutualiser et capitaliser l'action du terrain pour la faire remonter et puis redescendre. Ensuite, à chacun de prendre, par rapport à l'expérimentation de terrain, ce qui peut être adapté localement.** Le terrain, ce n'est même pas le département, c'est communal, voire infracommunal. Quand je vois tout ce qui se fait sur le terrain, je me dis que si j'arrivais à en capitaliser et mutualiser ne serait-ce que la moitié, la prise en charge des personnes âgées, des handicapés, des enfants, des exclus, les problèmes de santé seraient largement traités. **Ce ne sont pas les dispositifs qui font défaut, ce n'est pas l'imagination, c'est la gouvernance, la capitalisation, la mutualisation et les outils pour valoriser les actions.** En somme, des journées techniques comme celles-ci sont inestimables. C'est permettre de mutualiser, de capitaliser, de voir, de témoigner, cela se fait là, souvent difficilement. C'est pour cela que ces journées sur les ASV, mais aussi sur d'autres sujets, sont extrêmement importantes.

Intervenant

Je rebondis sur ce qui a été dit et sur la notion de produit, car nous devons avoir une exigence. Je parlais de la littérature, tout à l'heure, en disant qu'elle recèle peu de choses, sur l'innovation, la prévention, au regard de la littérature internationale. Cela signifie peut-être que nous

n'avons pas assez de recherche, que nous ne sommes pas assez adossés à l'université, aux sciences sociales sur ces questions et il y a beaucoup à faire pour bâtir du capital dans ce domaine. **Il y a donc exigence de recherche, de pouvoir reproduire les choses. Une innovation ne vaut que parce que l'on va être capable de la reproduire.** Il y a une exigence à mettre en œuvre, sur toute la chaîne, l'observation, le diagnostic et à partager des méthodes, une organisation, etc. L'ARS et la réorganisation de nos services seront sans doute l'occasion de réfléchir à nouveau à ces questions et nous organiser dans ces domaines. Nous devons progresser sur la programmation en santé. Nous avons fait des progrès mais, aujourd'hui, effectivement, la grande quantité de plans fait que l'on a du mal à s'y retrouver. Nous devons donner de la visibilité. **La loi va nous permettre d'agir en ce sens. Elle va aider à structurer les choses, à hiérarchiser et à donner plus de visibilité.** Nous devons également être plus exigeants à l'égard des actions. Qu'allons-nous garder du GRSP, par exemple ? Nous allons garder tout ce que nous avons créé dans le GRSP, tout le système d'information, tout le travail effectué par les PRSP, tout est là. Nous gardons tout. Cela est très important. Aujourd'hui, nous sommes capables de sortir du système d'information des actions du PRSP. Sur la nature des populations contactées, nous nous apercevons, effectivement, du point de vue budgétaire, de l'accès des populations précaires à ces actions, que nombre d'actions n'ont pas ce libellé mais portent sur ces populations, ce qui est très important. Nous avons des moyens de voir ces questions et nous voulons les garder.

Enfin, dernier élément, le résultat final celui concernant l'épidémiologie. Concrètement, **nous devons être capables de mesurer des résultats en termes d'épidémiologie.** Ce n'est pas simple. Cela ne va pas de soi, mais nous devons avoir cette observation de la santé, qui aille jusqu'à cet endroit et qui soit capable de dire : « Oui, nous avons gagné des points sur la question de l'obésité. Oui, nous avons gagné des points sur la question du dépistage du cancer ». Si nous n'arrivons pas à ce

stade, nous n'avons pas cette exigence vis-à-vis de nous-mêmes et des populations auxquelles nous nous adressons.

Sylvie Durand-Trombetta

Juste un petit mot pour rassurer la personne qui s'inquiétait de l'outil, du tableau de bord, de suivi que nous voulons mettre en place au niveau national. Il sera simple. Vous allez être sollicités dans les mois qui viennent et cela sera le plus simple possible, avec quelques indicateurs simples à renseigner. Nous avons essayé d'intégrer le fait que tout le monde évalue en ce moment. L'idée est bien de **rendre compte au décideur public, à partir de quelque chose d'assez normé et d'assez simple, d'une vision générale des choses et puis, peut-être, ouvrir des pistes à des outils d'évaluation**. Quant aux sommes que j'ai indiquées tout à l'heure, mon but n'est pas de dire que l'État met l'argent que les communes ne mettraient pas. Il n'y avait pas de notion de compétition. Il s'agissait d'exprimer le fait que nous savions à présent ce que nous ne savions pas jusqu'alors et que ce n'était qu'un effet levier. L'argent de la politique de la ville, je le rappelle, est additionnel. Il n'est pas subsidiaire. Il y a des DPT, du droit commun. **Si cet argent est mobilisé autour de l'ingénierie et du diagnostic et peut-être, parfois, autour de la médiation, il permet justement au droit commun de se déployer sur ces territoires, c'est notre modeste ambition**. Elle est à la hauteur de nos modestes moyens.

Laurent Chambaud

Merci. Ce que je vous propose, avant de donner la parole à Pascal Florentin pour quelques mots de conclusion, c'est de vous exposer quelques petits points que je ne peux m'empêcher de vous livrer, parce qu'il me semble que, sur un certain nombre de sujets, nous avons aussi

besoin de choses très concrètes et opérationnelles. Je pense que vous, à la table, pouvez faire bouger quelques petites lignes. La première chose concerne ce qui, de toute façon, va intervenir dans le cadre de la loi. Nous en avons discuté très longuement pendant les deux jours. Les ateliers ont été traversés par la mise en place des Agences régionales de santé et, par la suite, par la mise en place des directions régionales de cohésion sociale, de la jeunesse et des sports. À mon sens, il y a quand même un point sur lequel il serait bien de régler les choses, parce que, **pour l'instant, nous sommes dans un cadre contractuel, celui des ASV, entre le préfet et l'élu. L'Agence régionale de santé peut faire modifier ce cadre contractuel.** Il serait bien, pour les personnes actuellement inscrites dans ce cadre contractuel bilatéral, de savoir comment cela va se passer. Allons-nous passer à un cadre triennal ? Il serait important, pour les directions, de donner des éléments, pour que nous ne soyons pas surpris des conséquences de cette loi et de ces nouvelles organisations.

La deuxième chose est aussi un point sur lequel la loi peut être améliorée. Nous l'avions vu en 2004 : la loi était muette sur le niveau de mise en œuvre des plans de santé publique. À mon sens, la loi actuelle est encore assez timide – et c'est un euphémisme – sur la mise en œuvre de la loi de santé publique et ce que va impliquer la dynamique des ARS. Je crois qu'il serait utile d'explicitier les modalités de mise en œuvre, ce qui permettrait par ailleurs, justement, de **montrer que les ASV sont un lieu de mise en œuvre de la politique de santé publique au niveau local. Nous ne pouvons pas avoir une loi qui s'occupe de santé publique et qui ne s'occuperait que du niveau de planification.** De toute façon, il y aura un niveau de mise en œuvre et je ne trouve pas cohérent de n'avoir rien sur ce niveau dans la loi. Cela ne veut pas dire, *a contrario*, que la loi doit encadrer la mise en œuvre, mais plutôt donner des éléments sur la façon dont cette mise en œuvre peut se faire. Le chemin est difficile. Mais il me semble qu'il existe à cet égard des possibilités d'amélioration.

Le troisième point sur lequel je veux faire écho, c'est celui d'un véritable besoin de partage d'outils méthodologiques. Actuellement, les personnes sont plutôt liées à la mise en œuvre locale. **Il faut que ce partage d'outils méthodologiques vienne d'un autre niveau, qu'il soit impulsé au niveau national.** Des choses sont déjà faites, telles des journées comme celles-ci. Il faut peut-être démultiplier cela, y compris sur les aspects d'échanges d'expériences et ceux, concrets, de ce que peuvent être des outils. Les ateliers ont été riches. Ils ne resteront que des ateliers si, derrière, il n'y a pas d'autorités pour reprendre ces éléments. Et cela ne peut se faire seulement au niveau local, mais bien au niveau régional ou national. Il y a peut-être une opportunité que je livre à votre sagacité.

Enfin, deux derniers points, toujours dans les aspects concrets. Nous avons vu au cours de ces deux journées, que la notion de coordonnateur est extraordinairement forte et importante, mais aussi fragile. **Des éléments ont été apportés, même dans les ateliers, pour essayer de mieux définir ce qu'est un coordonnateur.** Un travail est à faire, mais en gardant une certaine souplesse au niveau local. Un nouveau métier se dessine. Le niveau national peut aider à positionner le rôle du coordonnateur et sa fiche emploi.

Concernant la coordination des dispositifs d'observation, ils sont multiples, notamment au niveau régional, nous ne savons pas encore très bien, au niveau local, comment positionner les données, y compris quand elles conjuguent l'aspect épidémiologique avec l'aspect de dynamique des populations. Nous pourrions apprendre beaucoup de la façon dont les ASV abordent ces aspects, en prenant en compte les données disponibles de type ORS, ou CREA, mais en essayant d'y injecter ce dont nous avons besoin pour suivre les actions au niveau local. Le degré de perfectibilité est ici non négligeable.

Pour terminer, je donne la parole à Pascal Florentin, directeur adjoint de la DIV, pour quelques mots de conclusion.

Conclusion

Pascal Florentin

délégué interministériel à la ville adjoint

Merci Laurent. C'est donc à moi que revient le plaisir de conclure. Plaisir parce que ces trois jours ont été très denses, très enrichissants et à mon avis, riches d'enseignements comme vient de l'évoquer Laurent Chambaud.

À la DIV, lorsque nous avons décidé d'organiser ce séminaire, nous nous sommes interrogés sur sa durée. Je pensais que trois jours seraient peut-être un peu trop. Finalement, compte tenu de la richesse des débats et de l'importance des témoignages sur le partenariat que nous avons réussi à monter, c'était effectivement la bonne durée. Elle nous a permis de témoigner de la richesse de la démarche mise en œuvre sur les territoires. Ces journées de capitalisation nous permettent de retracer le chemin qui a été parcouru depuis bientôt huit ans, depuis la première circulaire DIV-DGS, en 2000, jusqu'au CIV de 2006, qui érige au rang de priorité la politique de la ville les Cucs ainsi que la santé, et jusqu'au dernier CIV, celui de juin 2008, qui annonce la mise en place expérimentale des contrats locaux de santé publique, sur cinquante sites prioritaires de la dynamique Espoir banlieues.

En conclusion, je tiens bien sûr à remercier, au nom de la DIV, mais également au nom de la ministre et de son cabinet, toutes les communes, professionnels et élus qui ont bien voulu présenter leurs expériences. Leur témoignage nous a permis de mieux cerner les pratiques, les articulations qui peuvent se mettre en place localement. Il est extrêmement important pour nous de percevoir ces aspects au niveau de l'administration centrale. Merci également, bien sûr, à l'ensemble des intervenants – chercheurs, universitaires, consultants, rapporteur(e)s – et à l'ensemble

des organisateurs qui ont permis de monter ce séminaire et d'en assurer la réussite. Je pense bien sûr aux services de l'État, à la DGAS, à la DGS, à l'IGAS, aux DDASS, à l'AcSé, aux DRASS, aux services de préfecture, mais aussi à nos partenaires, que nous n'avons peut-être pas assez mentionnés et cités : la Société française de santé publique, la FNORS, l'INPES, l'association Élus, santé et territoires, et l'institut Renaudot. Merci vraiment à tous. Merci, enfin, bien évidemment, à Catherine Richard et Hélène Bel-Abbes, qui ont été la cheville ouvrière de ce séminaire. Sans elles, sans leur travail quasi jour et nuit pendant de longues semaines, ce séminaire n'aurait pu avoir lieu.

Ce séminaire me paraît avoir bien atteint son objectif : celui de préparer, par l'échange, par la réflexion commune, la journée nationale du 5 décembre, qui se tiendra au ministère de la Santé, dans la salle emblématique de ce ministère, la salle Laroque. Si l'on en juge par les travaux préparatoires ici même et grâce à vos contributions et débats, cette journée devrait bien être à la hauteur des enjeux croisés, tant de la politique de la ville que de celle de santé publique. Je n'ai pas le talent de Laurent Chambaud pour faire des synthèses, mais j'ai relevé quelques-uns des acquis, et des questions qui ont été posées et qui nous serviront pour la journée du 5 décembre. J'ai noté un large consensus pour dire que la politique de la ville et celle de santé publique ne peuvent se croiser que si l'on met en œuvre une politique sur un territoire et pas seulement des actions. Cela est extrêmement important. Ce n'est pas l'addition d'actions qui nous permettra de progresser, c'est vraiment leur mise en œuvre, et ce séminaire devrait nous y aider. J'ai noté aussi un large consensus pour dire qu'il était nécessaire d'avoir un couple bilatéral-trilatéral pour piloter l'État et les collectivités locales – soit le préfet et le maire. Nous devons y revenir au moment de la loi et à l'occasion de la journée du 5 décembre. J'ai enfin noté un large consensus pour dire que l'ASV est une méthode qui s'élabore petit à petit, mais que c'est également, par la contractualisation, un espace de construction de la démo-

cratie sanitaire. Au-delà de la formule un peu pompeuse, il y a quelque chose d'extrêmement important derrière ces termes.

Il y a aussi des questions que nous devons résoudre, comme celle de la durée : comment mieux inscrire les démarches locales dans la durée ? Comment mieux reconnaître le nouveau métier des coordonnateurs ? C'est une question que nous ne résoudrons pas par la seule formation. Nous ne pouvons nous satisfaire de la situation actuelle. Enfin, il y a la question de l'outil prédictif des besoins. Oui, nous sommes confrontés à ces problèmes, globalement pour la santé, mais aussi pour l'ensemble de la politique de la ville. Voilà quelques éléments, quelques briques qui devraient nous servir à bâtir la journée du 5 décembre.

Cette journée s'attachera à développer trois grands axes. Il s'agira, d'une part, de faire valoir les acquis, mais aussi les difficultés et les questionnements des démarches entreprises ; d'analyser la situation et l'état d'avancement des diverses décisions qui ont été prises à la suite des comités interministériels des villes en matière de santé ; d'approfondir l'approche territoriale de la politique de la santé, en la croisant toujours plus étroitement avec la politique de la ville.

Voilà ce que je souhaitais dire. Bien évidemment, vous êtes tous conviés à ce rendez-vous et nous comptons vous y retrouver. Je vous renouvelle donc nos remerciements collectifs et vous dis à très bientôt, au 5 décembre.

ANNEXES :

NOTES PROBLÉMATIQUES DES ATELIERS 1 À 10
PRÉSENTATIONS POWERPOINT DES INTERVENANTS
BIBLIOGRAPHIE

ATELIER 1 : LES PARTENAIRES DU PILOTAGE

par **Michel Joubert**, professeur de sociologie, université Paris VIII, chercheur au CSU (Cultures et sociétés urbaines, UMR 7112) - IRESCO

QUI PILOTE ? UNE QUESTION STRATÉGIQUE POUR LES ASV

Entre le global et le spécifique : la « bonne mesure » dans le positionnement de l'ASV au sein du Cucs

L'identification d'un champ spécifique d'inscription des actions de santé au niveau local constitue un enjeu central dans la mise en place d'une instance de pilotage. Mais, dans beaucoup de contextes présidant à l'émergence de projets dans le champ de la santé¹, la construction d'un périmètre de réflexion et d'intervention reconnu et partagé n'est pas toujours facile.

Dans certains contextes, la santé est « fondue » dans les autres champs et n'en constitue qu'un appendice (absence de spécificité, donc de volet santé, dilution dans le partenariat) ; dans d'autres, elle est réduite à une dimension très médicalisée, concentrant l'approche des questions relatives à la santé (hyper-spécificité réduisant le partenariat). Cette polarisation doit avoir été dépassée pour qu'un tel champ émerge et que les conditions de sa reconnaissance soient réunies localement et institutionnellement. Il s'agit aussi de dégager l'agencement de compétences le plus approprié entre une approche globale de la santé (intégrant tous ses déterminants sociaux) et une approche plus catégorielle (problématiques spécifiques). Enfin, des interrogations peuvent porter sur le rôle affecté à l'ASV : quelle déclinaison du volet santé du Cucs ou quel appendice méthodologique sont intégrés pour sa mise en œuvre ?

1 Ces réflexions ne valent pas pour les villes ayant initié depuis longtemps une démarche de santé, reconnue localement, même si l'examen de leur expérience met à jour des interrogations également problématiques dans la manière de concevoir et de gérer le pilotage.

Les variations et interrogations dans la recherche de ce périmètre apparaissent au travers des questionnements accompagnant la constitution des comités de pilotage des démarches ASV.

Si le pilotage de l'atelier Santé-ville est le même que celui du contrat de ville (Cherbourg, jusqu'en 2006), les projets peinent à trouver leur légitimité sur les plans politique (présence d'élus ayant en charge les questions de santé) et opérationnel (concertations entre cofinanceurs potentiels, définition de priorités). À l'inverse, si le pilotage est purement « sanitaire », les articulations avec les autres volets du Cucs seront difficiles à établir.

La présence de représentants des autres composantes (projet global du Cucs, conseil intercommunal de sécurité et de prévention de la délinquance, projet de réussite éducative,...) permet de travailler sur les interfaces entre domaines et de mieux articuler les projets avec des effets de synergie.

L'histoire de la prise en compte de la santé au niveau local joue un grand rôle dans la mise en place de ces agencements. Les situations sont, de ce point de vue, très contrastées : pour certaines villes, des dispositifs de travail (réseaux, santé communautaire, coordinations intégrées dans la politique santé de la municipalité, etc.) existent depuis de nombreuses années ; dans d'autres, il n'y a pas d'élus à la santé et les contrats de ville ne comportent pas de volet pour ce champ. Dans le premier cas, l'ASV ne se propose pas de remplacer ni de se superposer à ce qui existe déjà (Mulhouse). Il va plutôt chercher à faire participer à la nouvelle dynamique les acteurs déjà engagés, en renforçant les liens existants et en facilitant un travail transversal entre eux, permettant au dispositif ASV de trouver sa place.

Les diagnostics et les évaluations comme supports de la construction d'un pilotage approprié

Il y est nécessaire pour les acteurs, dans les différents cas de figure, de

Notes problématiques des ateliers 1 à 10

s'appuyer sur un support de réflexion intégrant des éléments de compréhension de l'état des lieux sur le plan des besoins et des ressources de santé. Souvent, c'est une évaluation qui permet de « mobiliser les élus santé des villes » et de légitimer la mise en place d'un comité de pilotage spécifique rassemblant des décideurs des « champs de la politique de la ville et du sanitaire ». Le comité de pilotage de l'évaluation peut devenir ensuite comité de pilotage de l'atelier Santé-ville. À Mulhouse, un diagnostic participatif a été l'occasion, pour les acteurs locaux, de dégager un socle commun de problématiques de santé, prenant en compte ce qui existe pour définir des priorités et une concertation de moyens pour engager des expérimentations.

Évaluation et diagnostics, pour assurer cette fonction, tendent à être « participatifs », c'est-à-dire qu'ils ne se réduisent pas à un tour de table d'institutions. Une méthodologie d'implication préside généralement à la constitution de ces instances et se trouve intégrée dans leur cahier des charges. La constitution de « groupes de travail thématiques » et l'introduction de dynamiques de recherche-action (Vrancken, 2000) permettent souvent de confronter les approches, de dégager des pistes d'actions innovantes, en impliquant des membres du comité de pilotage. Leur investissement dans les actions qui seront ensuite mises en place s'en trouvera facilité.

Légitimité et reconnaissance : symbolique et logique de composition du pilotage

La fonction de reconnaissance suppose en premier lieu la présence des élus référents sur le plan de la santé pour la ou les communes concernées. Quand il n'y en a pas, le ou les élus qui se sentent concernés et qui seront disposés à faire émerger un espace spécifique dans le champ politique local pour la santé, doivent être identifiés, sensibilisés et mobilisés. Ils pourront parfois être eux-mêmes à l'origine de la démarche (social, logement, insertion, petite enfance). Les villes, à cette occa-

sion, réalisent qu'elles conduisent une « politique de santé de fait », c'est-à-dire que leurs politiques dans les autres secteurs ont des effets et interagissent directement sur la santé des habitants. Ces effets ne sont pas toujours maîtrisés ou bénéfiques, mais ils peuvent aussi l'être. La prise en compte de ces effets comme des « effets de champs », c'est-à-dire comme des éléments qui prennent sens à partir du moment où on les replace dans le domaine de la santé, peut alors conduire les villes n'ayant pas d'élus à la santé à en mettre en place et, du même coup, à dégager une implication plus opératoire dans le pilotage du volet santé et/ou de l'ASV.

Dans l'agencement du comité de pilotage, il y a d'abord un « effet de représentation » : il doit donner à voir et à comprendre ce que l'on attend de la démarche sur le plan du changement et du décroisement (en particulier pour ce qui relève des échanges et croisements entre le sanitaire et le social, mais aussi entre l'éducation et la santé, le logement et la santé, etc.). De fait, il gagne à refléter la manière dont le volet santé s'inscrit dans le Cucs (articulation avec les autres volets). Suivant l'échelle des territoires concernés, des registres différenciés dans le pilotage peuvent être mis en place. À Marseille, un comité de pilotage spécifique coprésidé par l'adjointe au maire à la santé et le préfet délégué à l'égalité des chances se réunit une à deux fois par an et « regroupe toutes les institutions et collectivités territoriales concernées ». Un « comité de pilotage restreint » associe la direction de la santé publique de la ville, le groupement d'intérêt public pour la gestion de la politique de la ville (employeur des coordinateurs) et les chefs de projet Cucs concernés, la DDASS, la CPAM et le conseil régional. Ce pilotage, plus technique, peut « prendre les décisions nécessaires pour les diverses étapes de la démarche, répondre aux questionnements des coordinateurs et valider les points d'étape sur la mise en œuvre des plans locaux en santé publique ». Pour les grandes villes, et leur agglomération, cette différenciation apparaît nécessaire pour ne pas perdre la symbolique globale (engagement de l'État et de la ville fédérant tous les autres parte-

Notes problématiques des ateliers 1 à 10

naires) dans la complexité des agencements techniques et opérationnels. Le problème se trouve alors déplacé sur l'articulation entre le comité de pilotage principal et les comités restreints. À Marseille, un comité technique traite des dossiers les plus stratégiques (mise en place des ASV, des PLSP, coordination des programmes) et assure l'information du comité de pilotage.

La spécificité des démarches joue également un grand rôle dans l'agencement du pilotage : difficile d'imaginer un programme sur les droits et l'accès aux soins sans la CPAM, il en est de même pour les programmes bucco-dentaires. Les variations importantes d'implication des conseils généraux d'un territoire à l'autre ne manquent pas de faire naître des questions sur la cohérence de certains programmes (enfance, précarité, prévention).

L'organisation de l'animation permet de rendre visibles les volontés conjointes les plus fortes sur le plan de l'impulsion de l'ASV. La contribution de Marseille insiste sur ce point : la coanimation par la ville et la DDASS assure le développement et le suivi de trois ASV et quatre coordinateurs et constitue « un véritable atelier institutionnel ». La présence du préfet à l'égalité des chances à la présidence du comité de pilotage est aussi un moyen d'intégrer la santé dans les autres processus de développement portés par les Cucs.

À côté de la dimension symbolique, la discussion régulière sur les orientations et les avancées des ASV par les agents de la ville et de la DDASS peut inaugurer – moyennant un travail de fond sur les soubassements de la démarche locale (spécificités, liens aux contextes départementaux et régionaux) – une nouvelle manière de construire une politique de santé publique.

Limites de l'exercice : le pilotage comme moyen de prévenir les logiques d'empilement et les redondances

Plusieurs limites et signes d'alerte des démarches, pour lesquels le

pilotage peut jouer un rôle préventif, sont évoqués par les acteurs, comme la « technicisation » (substitution des techniciens aux élus), qui revient à ne plus ressentir la portée politique de la construction et à s'en remettre aux techniciens pour mettre en place et conduire l'ASV. Si certains chantiers gagnent à être travaillés et préparés par des techniciens et autres acteurs locaux, le pilotage a justement pour mission de resituer la dimension stratégique de l'ASV au sein du Cucs, et donc son importance sur le plan politique. La dispersion liée à l'échelle territoriale peut également être réduite. Le travail de coordination entre référents (comités restreints, comités techniques) gagne aussi à être encouragé et relié dans une dynamique globale (comités pléniers sur Marseille). Pour éviter les superpositions, la multiplication des réunions et la reproduction des mêmes diagnostics sans prendre en compte les acquis, le pilotage peut fonctionner comme instance de capitalisation et de validation des démarches prenant en considération l'historique de ces dernières. Cette attention est également nécessaire dans les démarches intercommunales qui gagnent à intégrer (et non à redoubler) les expériences et ressources existant sur chacun des territoires. Le pilotage permet – moyennant l'intégration de ces objectifs dans son cahier des charges – d'assurer la mise en cohérence des actions (explicitation des objectifs partagés et des tâches de chacun) et d'en mesurer les effets et les marges d'action. Cela suppose une implication équilibrée entre les différentes composantes de l'ASV.

Pour tendre vers cette cohérence, il ne faut pas surmobiliser les partenaires ni multiplier les instances. L'art de la composition semble ici essentiel (instances transversales, coordinations), d'autant plus qu'il s'agira, dans les années à venir, d'assurer une articulation avec le niveau de mobilisation et de planification régionale (ARS).

Notes problématiques des ateliers 1 à 10

Modus operandi : méthodologie, clarification des références et coordination des référents

La clarification des missions de chacun au sein des dispositifs de suivi et de pilotage ainsi que de la méthodologie mise en œuvre, participe au développement des référentiels d'action partagés et d'une culture commune dans les démarches de santé, conduisant à une articulation entre référentiels (technique, politique, organisationnel, administratif).

Les référents santé (coordinateurs ou référents thématiques) contribuent à développer, chez les chefs de projets, les services et les directions centrales, la sensibilité et la compréhension des contextes et dispositions des acteurs de terrain sur le plan des problématiques de santé publique ; ils apprennent, en parallèle, à intégrer les paramètres relatifs à l'évolution des dispositifs de santé. Ces échanges apparaissent indispensables à la gestion des informations (conduction, ajustement, interfaces) et à la mise en place d'une politique de communication (information des partenaires et de la population, restitution des résultats aux différentes étapes). Le développement et l'actualisation de leurs compétences (soutien méthodologique, échanges de pratiques, travail sur les indicateurs et l'évaluation) peuvent entrer dans le cahier des charges du comité de pilotage. Ils permettent également de travailler sur les difficultés rencontrées (problèmes de mobilisation des partenaires, de participation de la population, de gestion des moyens).

BIBLIOGRAPHIE :

JOUBERT Michel, BERTOLOTTO Fernando, *Les ateliers Santé-ville. Territoires, santé publique et politiques de santé au niveau local*, les Editions de la DIV, 2004.

JOUBERT Michel, MANNONI Chantal, *Les ateliers Santé-ville. Expérimentations en Seine-Saint-Denis : Saint-Denis, Profession Banlieue*, 2003.

VRANCKEN Didier, KUTY Olgierd, *La sociologie et l'intervention. Enjeux et perspectives*, Ed De Boeck Université, 2000.

ATELIER 2 : LA COMPRÉHENSION DES ENJEUX POLITIQUES

par **Jean-Marie Laneyrie**, *cabinet Rhizome*

Territoires et santé publique, du pluriel au singulier

Sur l'ensemble des principaux déterminants de santé, force est de constater l'accumulation des problématiques qui pèsent sur l'état sanitaire et social des habitants. Cette situation milite nécessairement pour une approche singulière, voire discriminante à l'attention de ces territoires et des populations résidentes.

Dans ces conditions, comment construire une politique publique lisible sur le plan national et ancrée dans les spécificités des territoires ? Le territoire peut-il tout régler à son échelle ? Le niveau national est-il en mesure d'agir significativement sur ces déterminants ?

Comment faire de la santé publique dans un tel contexte ?

Le concept de santé publique renvoie à une dimension collective : il signifie que l'on ne se réfère pas à l'état de santé d'individus pris en compte isolément, mais plus globalement à celui de populations.

En ce sens, la santé publique consiste en :

- une connaissance de la santé des populations (expertise, observation, veille), notamment à travers les besoins et les attentes de celles-ci ;
- l'élaboration d'orientations, d'objectifs et de priorités permettant la préservation et l'accès à la santé des populations ;
- l'organisation, l'administration d'un système de santé, composé d'une pluralité d'acteurs et d'intervenants au service de ces orientations, objectifs et priorités.

Notes problématiques des ateliers 1 à 10

Dans ce cadre, la santé publique vise à une transformation de la situation globale de santé des populations, à travers la production de connaissances, la définition d'objectifs et de règles communes, l'accompagnement à la mise en œuvre d'un système de réponses et l'évaluation des transformations générées. Il s'agit bien là d'un véritable enjeu de société, qui ne peut être confié aux seuls intérêts particuliers.

La santé publique s'appuie sur un volontarisme politique. Elle se veut l'expression d'un point de vue « public », qui peut être opposable à la somme des points de vue individuels. Pour autant, elle se situe dans une dialectique étroite entre « contraindre » (la prévention primaire pouvant être considérée comme une confiscation de liberté) et « convaincre » : l'implication des publics doit être recherchée ; à défaut, rien ne peut être transformé.

Comment alors instruire la démocratie sanitaire, prise en tenaille entre la nécessité de faire participer et la nécessité d'agir sur la modification des comportements ?

De fait, elle implique l'émergence d'espaces de débats publics favorisant la prise de conscience et l'appropriation de règles communes partagées. L'expression citoyenne doit ici trouver toute sa place.

La place de la régulation publique et demain les ARS

Les spécificités territoriales doivent alors s'accommoder des nécessités supra territoriales où doivent se construire des lignes d'horizon. La régulation supra territoriale doit pouvoir :

- affirmer sa légitimité en matière d'impulsion, voire d'arbitrage lui permettant de porter un point de vue distancié sur certaines situations ;
- construire les coordinations entre les différents outils permettant aux territoires d'imaginer et de mettre en œuvre les cohérences et ce, de la promotion à l'accès aux soins ;

- veiller à garantir l'intérêt général et contribuer à la lutte contre toute forme d'inégalité entre les différents territoires.

En conséquence, les ARS doivent répondre aux enjeux suivants :

- une capacité à repérer les besoins et contribuer ainsi à la définition de priorités ; en effet, l'ARS peut se positionner comme « producteur de connaissances » sans être pour autant dans une logique de « système expert » : ces connaissances constituent des outils de dialogue et de débats avec les acteurs du territoire (notamment les élus ou les associations...) en ligne directe avec les ASV :

- capacité à proposer un « cadre » structurant en matière de santé publique ;

- capacité à promouvoir la santé publique, d'impulser des dynamiques sur ce champ et de piloter des projets ;

- capacité à coordonner et à structurer des jeux d'acteurs et des partenariats ;

- capacité à articuler le technique et le politique, de façon à ce que les élus des collectivités territoriales puissent intégrer dans la définition de leur politique, l'aide à la décision que représentent les techniciens de santé publique ;

- capacité à traduire le sens de la politique publique, en vue de favoriser l'implication des citoyens, leur permettant ainsi de devenir de véritables acteurs de santé publique.

Et la ville dans tous ses états

L'implication des villes dans le cadre d'une politique de santé publique ne va pas de soi. En effet, ces dernières ne sont pas dotées de la compétence santé. En conséquence, tout investissement réalisé par elles s'effectue *a priori* au détriment des investissements à réaliser sur les compétences obligatoires de la commune. Les communes ont pour seules

Notes problématiques des ateliers 1 à 10

compétences – partagées avec le conseil général – l'hygiène et les vaccinations. Toute action supplémentaire peut donner l'impression à un conseil municipal de s'investir pour combler une carence provenant d'autres acteurs : Conseil général, État, ARS...

En conséquence, les communes sont confrontées elles aussi à un paradoxe : comment assurer le bien-être de la population ? Comment favoriser l'accès aux soins ? Comment contribuer à la réduction des inégalités et cela sans intervenir directement ou indirectement sur des questions relevant de la santé ?

Si les élus des communes sont chargés d'assurer le bien-être de la population, de favoriser l'accès aux biens et aux services pour tous, de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales et de lutter contre toute forme d'exclusion, le champ de la santé peut difficilement être absent de ces dimensions. D'ailleurs, les administrés en ont largement conscience, une demande de plus en plus forte de prise en compte des souffrances de toute sorte s'exprimant auprès des élus. Ces derniers sont légitimés comme interlocuteurs pour ces problématiques.

Comment faire sens collectif, protéger les libertés individuelles et faire grandir la démocratie ?

De fait et de droit, la légitimité du maire repose sur sa capacité à confronter les analyses auprès de chaque intervenant, à solliciter la part d'information détenue par chacun d'eux, loin des peurs et des fantasmes, à communiquer auprès de ceux qui l'ont interpellé et à rassurer l'entourage, en clair à contribuer à offrir de la cohésion sociale au sens politique du terme.

Mais au-delà de cet acte d'engagement qui pose la question de la santé au cœur du débat politique, comme nous invitait d'ailleurs à le faire la charte d'Ottawa, les communes dans le cadre des contrats de ville et aujourd'hui des Cucs sont parfaitement légitimées (et financées) pour entreprendre une action spécifique sur les problématiques soulevées ici. Ainsi, si les villes ne sont pas dotées directement de la compétence santé, elles peuvent, dans le cadre de la politique de la ville et dans le contexte d'un contrat avec l'État, s'engager, au travers des ateliers Santé-ville, à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Mission impossible pour les ASV ? Perspectives pour des orientations conjuguant population, territoire et santé

Comment alors inscrire les ASV en tant qu'entités territoriales des futures ARS ? Comment animer la coordination des ASV et comment construire les nécessaires allers-retours entre les diagnostics partagés produits par les ASV et les objectifs de santé publique ? Comment élargir le champ d'intervention des ASV pour que ces derniers se positionnent également sur les problématiques du soin et inscrivent leurs actions au sein des différents schémas de programmation ? En quoi les ASV seront-ils demain en capacité de créer les liens, au niveau des territoires, entre les logiques des PRSP et des SROS ?

ATELIER 3 : DÉVELOPPER LA SANTÉ PUBLIQUE SUR LES TERRITOIRES À PARTIR DES ASV

*par **Annick Fayard**, directrice du développement de l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique à l'INPES*

La mise en place des démarches de programmation des ateliers Santé-ville en 2000 s'est fondée sur un double constat : l'insuffisance du développement et du niveau de qualité des actions de santé intégrées à la politique de la ville et le faible degré d'intégration des territoires de la politique de la ville dans les politiques de santé publique concourant à lutter contre les exclusions et les inégalités sociales et spatiales de santé.

Aujourd'hui, les ASV constituent un outil fin d'analyse des dynamiques en jeu dans les territoires. Ils sont susceptibles de rendre visible ce qui entrave tant le recours à l'accès aux soins des populations les plus vulnérables. Leur proximité et leur positionnement intersectoriel peuvent alors faciliter l'élaboration de réponses adaptées et singulières pour prendre concrètement en compte des situations particulières dans un contexte spécifique

Ainsi à travers les différentes présentations verrons-nous comment les ASV constituent un levier potentiel pour développer des actions intégrées de santé en réponse aux besoins exprimés par les populations et comment au-delà des segmentations par thématique, par population et par secteur la mise en œuvre d'une approche de promotion de la santé des habitants par les différents acteurs intervenant sur un territoire peut, aux différents niveaux d'intervention garantir une vision globale et transversale de la santé des populations.

Cette approche suppose un partage de connaissances et de méthodes ainsi qu'une concertation à tous les niveaux et par tous les acteurs impliqués, y compris les populations. Elle suppose également la prise en compte des situations individuelles, mais également de l'environnement dans lequel s'inscrivent ces situations et des différents facteurs qui les déterminent. C'est pour cela que l'articulation entre les niveaux d'intervention (local, régional, national) constitue un enjeu majeur, en particulier dans un contexte institutionnel complexe dans lequel les attributions de compétences réparties entre ces différents niveaux ne sont pas toujours liées.

Les présentations de cet atelier viennent donc illustrer :

- les modalités pratiques réalisées par les ateliers Santé-ville pour créer des synergies entre les différents acteurs : professionnels, décideurs institutionnels, élus et habitants ;
- le développement de programmes locaux de santé en cohérence avec la démarche stratégique visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- les coopérations mises en œuvre avec les acteurs institutionnels et les professionnels des différents secteurs ;
- les modalités de partage et de concertation expérimentés.

Elles soulèvent également de nombreuses questions sur l'intérêt et les limites des méthodes utilisées, la mutualisation des expériences, l'implication des professionnels, l'évaluation et l'échange des pratiques, la répartition des rôles et l'articulation des dispositifs, la cohérence des financements et des pilotages.

ATELIER 4 : POLITIQUE DES VILLES, PILOTAGE DE SANTÉ, DÉTERMINANTS DE SANTÉ

*par **Pierre Chauvin**, directeur d'équipe de recherche à l'INSERM – université Paris VI*

Les interventions présentées dans cet atelier témoignent de plusieurs exemples de contextes territoriaux et sociaux qu'il est utile de prendre en compte dans les actions entreprises. Certains d'entre eux renvoient à des modèles et à des résultats émergents en recherche – par exemple dans les champs de l'épidémiologie sociale, ou encore de la géographie de la santé et, bien sûr, de la sociologie de la santé. Il s'agit notamment du rôle de facteurs proximaux (concernant la sphère familiale notamment), de l'insertion sociale des personnes (dans les différentes sphères de socialisation extrafamiliales : pairs, amis, relations de voisinage, etc.) et des déterminants contextuels et territoriaux concernant l'environnement urbain de proximité (notamment l'offre de soins).

La plupart des actions exposées et des expériences relatées ici se trouvent, d'une certaine façon, « confrontées au réel » au sens où, partant d'un diagnostic de situation valide qui a établi leurs priorités, elles réussissent dans leur objectif initial (le repérage précoce des enfants obèses dans l'exemple grenoblois, le dépistage bucco-dentaire auprès des élèves de Fontaine, ou encore l'information nutritionnelle à Marseille), puis investissent dans la réussite éducative et la promotion de la santé. En revanche, elles ont plus de difficultés à mobiliser ensuite les univers déterminant l'accès aux soins : les univers familiaux (notamment pour les enfants) et les univers professionnels, non pas tant sur la participation des professionnels (un obstacle surmonté par le travail en réseau des ASV) que sur la dimension d'« accompagnement » des bénéficiaires et de leur recours effectif aux services qui leur sont proposés. Cette

dimension d'accompagnement suggère de façon pertinente certains déterminants de ce recours (l'information, le repérage et le guidage dans l'offre de soins et de service), mais en laissent d'autres dans l'ombre.

Or, ce que nous apprennent certains chercheurs dans les disciplines citées plus haut, peut éclairer les obstacles et les conditions de ce « passage à l'acte » (le recours aux soins) et, plus généralement, le maintien d'une attitude (« gérer sa propre santé » ou « adopter des modes de vie (plus) sains »), au-delà des obstacles financiers (leur levée constituant un préalable indispensable, mais pas une condition suffisante).

Des recherches montrent, en effet, que le recours aux soins – comme tout changement de comportement en lien avec la santé – ne peut résulter d'une simple « injonction de santé » ou d'une simple orientation (à l'issue d'un dépistage, notamment) vers un dispositif, fut-il gratuit et adapté aux besoins détectés.

Ces recours s'inscrivent à la fois dans des contextes familiaux (et pas seulement s'agissant d'enfants : il existe, dans les familles, des pratiques de délégation de la gestion des soins ou des pratiques en lien avec la santé – on pense à l'alimentation – à un ou des membres du ménage), dans la biographie des personnes (des bénéfices matériels, mais aussi symboliques, notamment identitaires, de tels recours ou de tels nouveaux comportements de santé étant nécessaires en plus de bénéfices strictement sanitaires) et dans leurs insertions sociales (de tels recours ou comportements peuvent rejoindre et participer, ou pas, à la construction de normes partagées et valorisées dans son ou ses réseaux sociaux). Bien d'autres dimensions déterminent également ces recours ; on peut citer, en particulier, les expériences passées de la maladie et des soins. Plusieurs travaux citent l'obstacle que constituent des échecs ou des événements indésirables, ainsi que le rôle, notamment parmi les habitants de quartiers défavorisés, des discriminations vécues au cours de la fréquentation de différentes institutions, y compris de soins.

Notes problématiques des ateliers 1 à 10

Ces recours s'inscrivent aussi dans un contexte de vie, un quartier, un environnement géographique. Bien entendu, la disponibilité et l'accessibilité matérielle (financière et physique) de l'offre de soins existante (qu'il s'agisse de l'offre de soins de « droit commun » ou même d'une offre spécifique, dans le cadre d'une action prioritaire) sont cruciales, notamment dans les « déserts sanitaires » que peuvent constituer certains quartiers de ville particulièrement laissés pour compte. Mais, dans cette perspective géographique et territoriale aussi, la question de l'utilisation et de l'appropriation de cette offre par les personnes et les résidents est essentielle... et déterminée par les facteurs sociaux précédemment cités.

À la lumière de ces différentes dimensions à prendre en compte dans un idéal certes difficile à appréhender, il est intéressant, pour le dispositif des ASV et à partir des leviers d'action mobilisés ou mobilisables (notamment à travers les Cucs), de réfléchir aux stratégies susceptibles d'influer sur, ou de répondre à ces enjeux.

ATELIER 5 : OFFRE LOCALE DE SOINS ? RECOURS ET ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION

par **Antoine de Tovar**, *Directeur d'hôpital, Consultant*

La problématique générale de l'atelier 5 dans le contexte d'une politique de santé en évolution

L'institution des ateliers Santé-ville vise à l'amélioration de la prise en charge des problèmes sanitaires d'une population rencontrant des difficultés d'accès aux soins pour des motifs d'isolement ou des considérations de nature économique, sociale ou culturelle et présentant des indicateurs de santé faibles.

L'implication conjointe de l'État et des villes, dans un cadre contractuel élargi à des partenaires institutionnels œuvrant dans les champs sanitaire et social ou éducatif, donne à la démarche une dimension globale et transversale, dans laquelle la population et les professionnels sont nécessairement impliqués.

La démarche, appuyée sur un diagnostic et une identification préalables et partagés de l'état de santé des populations, de leurs attentes et de leur perception de la santé, et sur une connaissance documentée des déterminants de santé particuliers et spécifiques au territoire, crée une obligation de résultats mesurables et évaluable. Elle détermine des orientations et des axes stratégiques d'action, elle fixe également les contraintes auxquelles seront assujettis les opérateurs professionnels et les différents domaines de l'action publique repérés pour leur impact sur la santé.

La finalité de la politique sanitaire induit une exigence d'efficacité qui s'exprime, dans le champ spécifique à la santé, dans une stratégie de l'ac-

Notes problématiques des ateliers 1 à 10

tion, astreinte à trouver une convergence et une mobilisation efficaces de compétences, savoir-faire et consultations collectives. Cette approche est destinée à modéliser et à structurer l'offre sur des objectifs et des programmes de santé préalablement et démocratiquement définis.

Cette façon de faire induit un modèle d'économie fondé sur la demande, ou le besoin, d'une double nature. Le modèle vise d'une part, l'amélioration de l'accessibilité juridique et physique à des soins curatifs et à la prévention répondant à une demande individuelle et spontanée ; il vise d'autre part, la mise en œuvre d'actions collectives et de programmes spécifiques par leur objet, leur spécialisation et les publics ciblés. Or, l'offre de santé est, par nature et juridiquement, peu homogène, dispersée, partiellement régulée ; elle relève en outre de régimes financier, gestionnaire, de règles déontologiques ou ordinales qui dictent les champs, les choix d'activités des acteurs principalement centrés sur les soins, et fixent les conditions d'exercice des professionnels réaffirmant leur autonomie et leur indépendance. Seules les structures publiques dépendant des collectivités locales, dans leur diversité d'action principalement sanitaire et sociale, mais également urbanistique et économique dans le cadre de l'extension des compétences décentralisées, peuvent être des instruments et des ressources directement mobilisables. La création d'agences régionales de santé dans le cadre de la loi « hôpital, santé, patient et territoire » donnera de nouveaux outils pour faciliter la territorialisation de l'organisation de l'offre. La politique santé-ville ne peut s'en dispenser ; le bilan établi à partir des expériences ASV doit s'inscrire dans cette perspective. Ce mouvement restera cependant dépendant des évolutions idéologiques et des options économiques touchant le marché de la santé. Les formes et les modalités de solvabilité et de financement de la demande individuelle et sociale pèseront à leur tour fortement sur l'évolution du système. Le bilan ASV prend dès lors un sens d'exemplarité.

Les questionnements tirés des expériences objet des communications de l'atelier 5

Les éléments distinctifs des communications autour du thème de l'atelier 5

Les quatre communications reflètent des conceptions différentes dans l'appréhension de la problématique générale et dans les solutions abordées ou préconisées de réorganisation de l'offre. Ce, pour répondre aux objectifs de réduction des inégalités de santé et d'amélioration de la proximité des structures de santé, y compris lorsque la création d'une maison de santé est de toute évidence une solution aujourd'hui recommandée.

Port-Saint-Louis-du-Rhône : commune de plus de 8 500 habitants, éloignée de la ville principale, Fos-sur-Mer, mais éloigné également d'une structure hospitalière, bénéficiaire d'un Cucs et d'un ASV : la démarche ASV a privilégié la mobilisation des habitants, axée d'une part sur la détermination des besoins perçus principalement autour de l'accès aux droits et à la gestion des urgences, d'autre part sur l'élaboration de propositions d'actions. Le choix de la maison médicale est privilégié par les habitants sur d'autres solutions que les animateurs semblent vouloir également explorer, prenant en compte une analyse des contraintes et avantages des propositions.

Reims : action touchant un quartier de plus de 6 500 habitants, classé ZUS et ZEP, en bordure de la ville, éloigné du centre hospitalier. Les professionnels ont pris une place importante dans la démarche, ils se sont regroupés en association pour mettre en œuvre un projet de maison de santé associant un centre public de soins et des professionnels de santé libéraux privés. Le projet de soins vise prioritairement l'amélioration de l'efficacité de la pratique des professionnels (dossier médical, interdisci-

Notes problématiques des ateliers 1 à 10

plinarité) et l'intérêt de la structure (lieu de stage, intégration de nouvelles compétences...). Il correspond, dans sa formulation, davantage à un nouveau modèle d'organisation de professionnels et d'économie d'entreprise de soins qu'à une construction planifiée, transversale et partenariale d'un projet de santé publique et d'organisation des soins sur des thèmes répondant au diagnostic collectif. Les perspectives exprimées (partenariat avec la PMI, médecine scolaire, hôpital...) et les recommandations formulées (validation politique) illustrent une technique de réorganisation de l'offre et une méthode de développement empirique à partir d'un noyau opérationnel. Toutefois, lorsque les thèmes retenus des projets locaux de santé publique couvrent des champs importants excédant les domaines relevant de la compétence des professionnels initiateurs, quelle démarche pourra être engagée pour compléter et ajuster l'offre aux besoins ?

Association RIR Île-de-France : action engagée sur les communes d'Île-de-France, en particulier sur des communes possédant une ASV. Elle correspond à une offre de consultants, de professionnels de santé, pour conduire des diagnostics partagés et faire des études de faisabilité pour la création de maisons de santé pluridisciplinaires destinés à enrayer les effets du phénomène de « l'érosion de l'offre de soins ». Pour ce qui concerne l'atelier 5, on retiendra plus spécialement l'expertise annoncée portant sur l'élaboration des « recommandations pour agir » et le partage des projets de la ville avec les professionnels de santé. L'analyse des besoins ainsi que les méthodes d'élaboration des partenariats sont hors du champ exploré ou exposé par la communication.

Saint-Denis : action menée sur une ville de 95 000 habitants, visant le recours aux soins non programmés dans une organisation qui met l'accent sur le caractère systémique des problèmes de santé et des réponses qui doivent leur être apportées. Les professionnels de tous statuts et représentatifs des acquis partenariaux sur la ville, les usagers et l'hôpital

sont étroitement associés comme partenaires de l'ASV, dans la recherche de solutions d'amélioration à la question de l'accès aux soins. Le projet d'une maison de santé, complétant le maillage actuel des offreurs de soins, est une réponse volontariste et réfléchie à la mauvaise organisation générale révélée par la situation encombrée des urgences hospitalières.

Les problématiques soulevées

Au regard du thème de l'atelier 5, plus particulièrement centré sur l'organisation de l'offre et l'engagement des professionnels et des acteurs partenaires des ASV dans cette dynamique de changement, les communications soulèvent des interrogations qui peuvent guider le débat :

- Conciliation des stratégies et des enjeux individuels et collectifs dans le contexte d'une démarche ASV : quelle perception les professionnels ont-ils des enjeux et de l'intérêt d'une démarche copilotée par l'État et les villes pour adapter l'organisation du système local de santé, dans l'objectif d'améliorer l'accessibilité aux soins et la qualité des prises en charge, aussi bien du point de vue des pratiques que des conditions techniques et psychologiques de l'accueil ? Comment rendre compatibles les stratégies individuelles ou institutionnelles avec les enjeux globaux relevés par la démarche ASV ? Ces questionnements touchent les praticiens libéraux ou exerçant en pratique salariale et tout autre professionnel exerçant sur le territoire. Il touche également singulièrement les structures hospitalières de référence, qu'elles soient, ou pas, installées sur le territoire. L'« hospitalocentrisme » dénoncé souvent et à juste titre, ne doit pas conduire à écarter du modèle un acteur majeur de la démarche. Comment surmonter les difficultés pour appréhender les exigences de transversalité préalablement identifiées, caractérisées comme élément de cahier des charges de l'action collective et partenariale ?

Notes problématiques des ateliers 1 à 10

Au-delà de la question de l'offre, il s'agit bien de « faire correspondre les logiques sanitaire, sociale et urbaine dans un contexte de projet global des territoires », selon la communication de Reims.

- Rôle et impact des opérateurs dans la mise en œuvre d'une démarche ASV : quelle est la part ou la contribution des professionnels et institutions de santé dans l'engagement de la procédure ASV ? Pour la formulation des réflexions, dans le cadre du diagnostic, qui prend en compte les problématiques spécifiques à l'offre, élément déterminant de la mobilisation des acteurs professionnels ? Ces questions concernent en particulier la démographie des professionnels et l'attente de ces derniers, l'analyse des clientèles, l'adaptation des compétences aux évolutions sanitaires et aux besoins, l'identification des carences et des problèmes rencontrés par les professionnels dans leur pratique et l'identification des dysfonctionnements imputables à l'organisation locale des soins ou à d'autres facteurs et déterminants sociaux. À quel moment de la démarche est-il plus judicieux ou efficace de faire intervenir les professionnels ? Une implication tardive peut priver la réflexion d'une expertise essentielle dans l'élaboration des thèmes retenus au titre des projets locaux de santé publique, *a fortiori* lorsque les professionnels ne sont pas partenaires de l'ASV. La professionnalisation trop marquée de la démarche, à l'inverse, peut-elle orienter l'analyse préalable des besoins et les options d'organisation quantitative et qualitative de l'offre sur les préoccupations immédiates des opérateurs en exercice ? Peut-elle créer une tension entre des intérêts professionnels, technocratiques ou matériels, et d'essence politique ?

- Méthodologie dans l'étude des solutions d'amélioration du système local et de pilotage de la phase opérationnelle de la construction de l'offre : la légitimité démocratique acquise par l'engagement des collectivités et la concertation des habitants ne peut-elle pas réduire la démarche à la formulation générale d'un projet local de santé publique tirée d'une

seule analyse des besoins et attentes de la population ? Le risque n'est-il pas de créer des frustrations ou mouvements d'impatience comme cela est signalé par l'expérience de Port-Saint-Louis-du-Rhône, mouvements qui ne peuvent être que partiellement atténués par la communication apportée auprès de la population ?

Le projet s'appuie sur une ingénierie adaptée et des mécanismes d'arbitrage fondés sur des analyses objectives coût-efficacité, qui intéressent directement les opérateurs, publics ou privés, et ce, quel que soit leur champ d'intervention. Les opérateurs peuvent d'ailleurs être distincts des partenaires sollicités au départ de la démarche. Quel mode de négociation est-il mis en œuvre pour mobiliser la participation des opérateurs ? Comment le partenariat des opérateurs est-il assuré ? Comment sont construites les interfaces, ville-hôpital, services sanitaires-services sociaux ? Quel pilotage est-il mis en place, selon quelle modalité juridique, sur quel appui ? Comment la programmation technique et financière est-elle assurée ? Comment le suivi et l'évaluation des actions sont-ils effectués ? L'intérêt à agir peut-il se contenter d'un engagement bénévole et militant ? Quelle mobilisation des ressources les acteurs peuvent-ils attendre ? Quelles initiatives peuvent-elles être prises pour améliorer le rayonnement de la commune auprès des professionnels ?

Sur ces points, les communications semblent avouer une certaine hésitation pour définir une stratégie de passage à l'acte.

ATELIER 6 : PROGRAMMATION DE LA DÉMARCHE DES ASV

*par **Pauline Rhenter**, politologue et chargée de mission au centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale*

Objet de l'atelier :

Méthodes utilisées pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, en tenant compte des démarches participatives (référentiel, méthodes et outils expérimentés dans le cadre des activités de l'ASV).

Questionnement général :

Comment les méthodes ont-elles été intégrées et mises en application dans la réduction des écarts ? Quels ont été les outils efficaces ?

Les communications de l'atelier 6 ont en commun de mettre en valeur le processus de la démarche ASV. Deux expériences sont consacrées aux outils mobilisés pour favoriser une démarche de santé communautaire : une méthodologie de travail communautaire à proprement parler, dans un quartier d'Aubervilliers et une formation à la démarche communautaire à Cherbourg. Deux autres retracent le processus de diagnostic préalable à la constitution de l'ASV, selon une méthodologie classique, à Perpignan et Lormont (avec appui d'un cabinet d'étude pour l'un). Enfin, deux outils spécifiques sont présentés : la construction d'un protocole pour l'accueil et l'orientation des demandeurs CMU/AME à Kourou et l'élaboration d'un outil d'évaluation de la démarche de territorialisation à Villeurbanne (avec l'appui d'un cabinet extérieur).

1/ Les ressources mobilisées pour le diagnostic constitutif de la démarche ASV

Plusieurs interrogations s'imposent ici, au vu des communications proposées : quels sont les critères utilisés ? Quels sont les organismes producteurs de données statistiques mobilisés ? Quelle est, d'après la coordination ASV, la valeur ajoutée du recours à un cabinet d'étude extérieur ? Quel type de données chiffrées manque-t-il à l'élaboration du diagnostic local ?

2/ Démarche communautaire et statut de l'ASV

Les actions de santé communautaire présentées par l'ASV d'Aubervilliers ont produit des bénéfices multiples en termes d'empowerment des habitants, par ses effets mobilisateurs pour les professionnels, par la mise en valeur des « décalages » entre représentations des soignants et des habitants.

Le point marquant, au-delà des incidences de telles actions sur la réduction des inégalités de santé, est le changement du statut de l'ASV : le processus engagé lui a ainsi donné principalement la qualité de médiateur, plus que de coordinateur, qualité allant de pair avec le caractère assumé de l'incertitude liée à l'implication des habitants dans un processus continu de co construction d'un projet de santé. Il constitue un point d'appui à une réflexion sur la tension entre la formalisation, voire la formalisation des actions menées dans le cadre d'une démarche ASV (formalisation valorisée par ailleurs dans un souci de planification des besoins de santé) et la création d'espaces utiles au déploiement de la participation des habitants à la définition de leurs besoins.

Notes problématiques des ateliers 1 à 10

3/ Formalisation des outils pour les habitants et professionnels

Il est ici question des supports et des formations destinés aux professionnels et permettant de capitaliser et de diffuser les acquis des actions menées (fiches-actions, fiches-expériences, répertoires des structures, formation de formateurs). On pourra s'interroger de l'incidence de ces outils sur les pratiques professionnelles elles-mêmes : améliorent-ils l'efficacité des acteurs concourant à l'accès aux droits et aux soins, par exemple ? Certains outils sont-ils plus à même de favoriser une culture commune ? En quoi le choix des professionnels destinataires de ces outils contribue-t-il à une démarche transversale en santé, susceptible d'enrayer les inégalités de santé ?

Un autre volet a trait aux outils-ressources pour le public : nouveaux lieux, permanences, documents d'information sociale, etc. L'enjeu est alors l'appropriation des outils par les publics visés, y compris les populations les plus vulnérables : comment appréhender cette appropriation (connaissance et usage adéquat) ?

4/ Structuration du partenariat local et cohérence des interventions

Toutes les démarches présentées témoignent d'acquis issus de structuration du partenariat local : dynamique de travail en réseau productrice de nouveaux projets, démocratisation des rapports entre les différents niveaux et acteurs de l'action. Toutefois, force est de constater que les projets communs ne permettent pas systématiquement une bonne « verticalité » du lien entre acteurs de proximité et de coordination et représentants institutionnels, et posent la question du manque de lisibilité par les professionnels des missions de chacun ou des actions « labellisées ASV ». Il s'agira ici de discuter des outils favorisant une structuration cohérente, démocratique et lisible des partenariats locaux.

5/ Pertinence du champ d'action et réduction des inégalités territoriales de santé

Plusieurs expériences sont menées, qui s'interrogent sur le « territoire pertinent d'action des actions ASV » : territorialisation par quartier, thématique systématisée ou identification d'une population cible ?

L'approche « promotion de la santé » nécessite le maintien d'une exigence de transversalité, dans la mesure où les inégalités ne peuvent pas être intégralement expliquées par des difficultés d'accès formel aux soins. Dès lors, comment impliquer les directions fonctionnelles ou les élus qui ne sont pas en charge de la santé dans la démarche ASV ? Comment également réfléchir à l'échelle territoriale pertinente pour la démarche communautaire (seuil critique en termes de population pour la participation, faisabilité pratique, ressources professionnelles suffisantes pour animer la démarche, etc.) ?

ATELIER 7 : LES PRIORITÉS DE SANTÉ À PARTIR DU DIAGNOSTIC

par **Jeanne-Marie AMAT-ROZE**, géographe, université Paris-Est Créteil

Le diagnostic local de santé

Problématique fédératrice des quatre exemples de :

- Bordeaux (quartier du Lac),
- Montauban/Toulouse (quartiers),
- Clichy-la-Garenne,
- Fontenay-sous-Bois (communes).

ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES

Constat

Le diagnostic, un socle qui suscite encore beaucoup de questions méthodologiques.

Consensus sur

- l'importance du diagnostic,
- l'importance de convaincre les politiques de l'intérêt de ce temps de recherche,
- l'importance de l'intérêt politique local,
- un corpus de données associant le quantitatif et le qualitatif,
- un diagnostic fédérateur : il nécessite un « panel de compétences », il est producteur d' « échanges multi-professionnels » (Bordeaux), d' « interconnaissance » (Bordeaux), mais « le décroisement des pratiques n'est pas évident » (Montauban),
- un diagnostic clarificateur : il est une opportunité pour faire le bilan et capitaliser l'existant (études régionales et locales de santé, actions en

cours, acteurs...) : « les partenaires se perdent dans tous les dispositifs existants » (Bordeaux), « il est nécessaire de rendre plus cohérent l'ensemble des actions de santé » (Fontenay-aux-Roses).

Des questions pour un débat

Quel territoire pour un ASV ? la ville (Clichy-la-Garenne et Fontenay-aux-Roses), le quartier du Lac (Bordeaux), les 7 quartiers (Montauban), les 2 quartiers (Toulouse) : les logiques du périmètre des diagnostics ne sont pas précisées dans les présentations.

Quel territoire pour un diagnostic local de santé ? Le quartier ? La commune ? La communauté de communes ? Un point commun : à toutes les échelles, le diagnostic doit déterminer le territoire d'action.

Quel pilote pour le diagnostic ? « La formation professionnelle influe sur la manière dont sera mené le diagnostic » (Montauban) ; « L'intérêt d'avoir une vision extérieure indépendante des enjeux locaux » (Clichy). Clichy-la-Garenne et Fontenay-aux-Roses font appel à un cabinet d'études, dans un souci d'objectivité. La nécessité d'un poste de coordinatrice est soulignée.

Combien de temps ? « Le temps du diagnostic est à définir, peut-être au niveau national » (Montauban) ; « La mobilisation des habitants est coûteuse en temps et en énergie » (Clichy).

Avec des outils partagés par tous ? « Peut-être serait-il utile de travailler sur des outils communs au niveau national : typologie des acteurs à rencontrer pour que la démarche soit représentative, grille des entretiens semi-directifs avec les professionnels, grille d'observation, type de documents cadre à récolter (statistiques, évaluation, charte, rapport d'activité...), techniques d'animation pour les comités techniques ou les

Notes problématiques des ateliers 1 à 10

ateliers avec les professionnels, moyen de mobilisation des habitants, discours permettant de présenter clairement et concrètement un ASV, outil pour le transfert de la démarche... » (Montauban).

Des données quantitatives, à quelles échelles de temps et d'espace ?

- « Affiner les données quantitatives » (Fontenay) ; « ...manque de données disponibles à l'échelle infracommunale. On cherchera à s'inspirer des données disponibles à l'échelle départementale et régionale afin de comparer la situation de Clichy en référence au territoire où elle est implantée » (Clichy) : question clé de l'accès à des données à grande échelle.

- Décalages fréquents dans le temps entre la date de production de données quantitatives et l'objectif de traduire un existant actuel.

- Décalages spatiaux entre les territoires référents des données, ex IRIS-code postal.

Quelles perspectives d'actions ? « la déclinaison des axes du GRSP » (Clichy), Montauban et Fontenay-aux-Roses : perspectives définies à l'issue de l'étude de la phase de diagnostic.

Enseignements

Parce qu'un état de santé est un produit multifactoriel, les ASV, et leur préalable, le diagnostic territorial de santé, sont susceptibles de fédérer des acteurs travaillant encore peu ou pas assez souvent ensemble : acteurs de la politique de la ville, acteurs de santé publique, habitants (parce qu'ils sont acteurs). La transversalité de la santé est fédératrice. De ce fait, la santé devrait être placée au cœur du développement social urbain (la notion de bien-être fut inscrite dans la définition de la santé de l'OMS en 1946). C'est un de ses enjeux. La résorption d'un habitat indigne et la santé sont solidaires.

L'existence d'un lien entre la situation socio-économique des individus et leur santé est admise par tous. Mais les déterminants socio-économiques des individus ne sauraient être isolés des territoires de vie. Les inégalités sociales sont aussi spatiales, parce que le territoire, dans ses différentes composantes, fait sens au regard de la santé. Les disparités de santé sont le résultat de combinaisons de facteurs qui s'expriment différemment selon les territoires. Le diagnostic doit amener à comprendre le système de ces combinaisons qui se traduit par des disparités de santé.

Un diagnostic d'ASV doit être un observatoire des sociétés dans leur globalité, décevant de ce fait un moteur de réflexion, de coordination, d'échange au service du développement urbain tout entier.

ATELIER 8 : ÉQUIPES LOCALES DE SANTÉ PUBLIQUE EN ACTION

par **Chantal Mannoni**, médecin de santé publique et médecine sociale

Introduction

Un des défis de la démarche des ateliers Santé-ville (ASV) a consisté à faire valoir la nécessaire fonction de coordination sur un territoire donné, car des actions et des acteurs contribuent à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

L'atelier 8, centré sur « les équipes locales de santé publique en action » s'inscrit au sein d'un panel de thématiques permettant d'interroger les ASV et les plans locaux de santé publique (PLSP) sous un angle particulier. Sans perdre le cap de notre atelier, nous devons faire des liens avec les autres². Les évolutions du contexte réglementaire doivent faire nous interroger sur les moyens à mettre en œuvre pour construire des processus réellement articulés aux différents échelons territoriaux.

Cette note vise à mettre en exergue des lignes de force et questionnements possibles sur lesquels nous appuyer dans l'atelier 8 – sans nous y enfermer : cet atelier sera celui de tous les participants.

• **Légitimité** : la légitimité des communes ou agglomérations pour traiter des questions de santé reste parfois un défi. Cela a des incidences pour mobiliser une équipe et construire un plan local de santé publique (PLSP). Il reste souvent à convaincre les interlocuteurs que la santé ne se résume pas aux soins et que l'échelon local a toute sa pertinence (action sur les déterminants, modes opératoires ajustés, proximité, pratiques participatives, etc.). Reste à communiquer clairement sur ce point pour

² En particulier, la définition du plan local de santé publique sera utile à clarifier – liens ateliers 3/4/6/7 – car elle n'est pas appropriée de la même façon selon les contextes.

que les synergies puissent s'engager, éviter les attitudes de repli.

- Quels sont les arguments / modalités de travail émergeant des expériences de terrain pour développer cette première assise à la mobilisation de ressources ?

- **Articulation de compétences** : notion d'équipe. Les compétences nécessaires au déploiement de PLSP sont multiples et ne peuvent se réduire à l'ingénierie de projet en santé publique, même si celle-ci est fondamentale. Cette palette de compétences que nous essaierons d'explicitier dans l'atelier 8 doit donc être portée par une équipe locale de santé publique pour mettre en synergie des acteurs et en développer la légitimité. Dans nombre de sites, le coordinateur endosse le rôle de coordination, même si ce dernier présente des typologies variées. L'isolement peut être grand et démobilisateur et servir de caution pour que d'autres acteurs ne s'engagent pas. Ailleurs, la notion d'équipe s'est très vite développée et surtout formalisée : le rôle combiné des élus et institutions a constitué le facteur clé pour constituer ces équipes.

- Quels sont les facteurs de réussite pour faire valoir l'idée même d'équipe et la constituer ?

Équipe locale de santé publique, objectifs, composition et modalités d'organisation

- Les équipes locales de santé publique ont la mission d'organiser la stratégie de développement du PLSP. Cette stratégie de développement se construit au fil du temps (des actions isolées vers fi articulations, cohérence).

- Cette stratégie doit s'organiser autour de divers critères que l'on voit se profiler dans les 3 expériences, mais reste à débattre :

- penser « promotion de la santé », au sens de la charte d'Ottawa³ pour organiser un PLSP ;

3 On ne réduira donc pas la promotion de la santé à l'éducation pour la santé, ce qui est une confusion fréquente. Par ailleurs, parler de promotion de la santé, c'est développer des axes de travail de façon synergique dans le temps et l'espace (au moins 5 axes selon Ottawa, 6 axes selon la stratégie québécoise).

Notes problématiques des ateliers 1 à 10

- penser coopération intersectorielle ;
- développer une vision long terme ;
- identifier différentes phases de développement du PLSP dans le temps et l'espace avec une période d'observation, une période d'organisation et de montée en charge, une période plus « stable », tout en restant attentif aux besoins émergents et à l'ajustement des PLSP au fil du temps⁴ ;
- la stratégie de développement doit aussi intégrer différents modes opératoires pour inclure les habitants⁵.

• Objectifs des équipes locales de santé publique : la notion d'équipe locale de santé publique invite à revisiter les objectifs dont, selon les contextes elle serait porteuse. Les missions et thèmes de travail des ASV (voir rappel dans schéma 2 ci-joint) constituent la base des objectifs des équipes. On pointera spécifiquement la nécessité, pour une équipe locale de santé publique, de :

- développer les interfaces de travail entre les différents acteurs de façon ajustée aux problématiques mises à jour ;
- promouvoir la proximité et les pratiques participatives comme stratégie de lutte contre les exclusions et non comme une incantation sans prise sur le réel ;
- promouvoir les ressources de proximité dont l'opérationnalité reste parfois difficile (adultes relais, médiateurs de santé publique par exemple) ;
- opérer des choix au sein de plusieurs alternatives pour une meilleure résolution des problèmes en activant tout spécialement les solidarités et ressorts des habitants, des ressources locales (associatives, institutionnelles) ;

4 Ce qui mobilisera des outils pour cela : lien ateliers 6/7/9, entre autres.

5 La place des diagnostics partagés sera abordée dans d'autres ateliers, mais ces diagnostics ne sont pas les seuls supports pour l'implication des habitants dans les questions qui les concernent.

- rompre les cloisonnements et mettre en cohérence les actions et acteurs : l'intersectorialité en marche : quelles compétences déployer ? Quels espaces développer pour cela ? ;

- porter la légitimité de la démarche à différents niveaux territoriaux et alimenter les politiques publiques ;

- communiquer de façon efficace et adaptée selon les publics concernés (élus, professionnels de santé, professionnels non santé, habitants...).

Les objectifs pourraient être approfondis lors des journées de travail, car ils constituent le socle des compétences à mettre en synergie.

Compositions des équipes locales de santé publique : quelques questions pour se repérer

1/ Qui doit être impliqué de façon incontournable ? La notion d'équipe n'apparaît pas de la même façon dans les expériences : distinguer l'équipe porteuse du PLSP et les alliances qui s'organisent selon des modes opératoires divers en fonction des thématiques abordées.

2/ Comment constituer des équipes qui respectent les équilibres villes / État ? Quelles légitimités réunir ?

3/ Quels sont les enjeux institutionnels soulevés par la notion d'équipe locale de santé publique ? Comment les villes ont-elles pu s'adapter, répondre ou non à ces enjeux ? Quels sont les défis à relever et sous quelles conditions ? Quels sont les facteurs de réussite ?

4/ Quelles compétences faut-il réunir de façon impérative, quitte à capter d'autres compétences de façon ponctuelle ? La règle du jeu doit être la complémentarité, mais les attitudes de concurrence ou de repli sont fréquentes.

5/ Comment penser le maillage des compétences et des légitimités dans le temps en fonction du développement / maturité du PLSP ? L'ajustement des compositions et modes de fonctionnement des équipes semble important à formaliser.

Notes problématiques des ateliers 1 à 10

6/ Quelle place les coordinateurs ASV ont-ils dans ces équipes ?

7/ La place des habitants est transversale aux différents ateliers. Nous l'interrogerons aussi ici : comment les associer ? À quelles étapes ? Sous quelles formes ?

La place des habitants se pose à un double niveau :

- la place qu'élus et experts leur concèdent ;
- les modes opératoires (compétences / méthodes / outils) doivent permettre aux élus et professionnels de travailler différemment avec les habitants autour des questions de santé.

Les modalités d'organisation et de fonctionnement des équipes locales de santé publique dépendent de leur composition et des objectifs dont elles se dotent autour de l'impulsion et de la coordination du PLSP.

Quels modes d'organisation ? Les ASV ont des modes d'organisation mettant en scène de façon variable et variée des comités départementaux, des comités de pilotage locaux, des comités techniques ou de suivi, des groupes de travail, etc. Les terminologies varient (langage commun) : quels sont les avantages et limites des différentes instances ? D'autres types d'instances ont-ils été mis en place ? Comment favoriser au travers de ces instances les liens entre les différents volets du Cucs, l'articulation entre les échelons territoriaux ?

Comment formaliser, animer ? Chaque instance doit expliciter : qui la constitue, la répartition des rôles, son mandat ou ses objectifs de travail, sa « feuille de route ». Comment animer ces instances pour que les rencontres soient productives ? Comment organiser de façon efficace la circulation d'informations ? Comment faire évoluer les instances en fonction du développement du PLSP ?

• Nous débattons de ces aspects sur la base des expériences passées. La formalisation est indispensable, nous verrons les différentes façons d'y parvenir.

Prendre en compte les différents échelons territoriaux : les modalités de fonctionnement doivent tout spécialement intégrer la double dynamique « niveau régional 4 ou infra régional » et de façon plus large les différents échelons territoriaux. Les programmes régionaux de santé publique donnent des cadres structurants. Les enjeux locaux doivent pouvoir également trouver leur légitimité. Quelles sont les expériences disponibles pour illustrer cette double dynamique ? Quels sont les espaces créés pour cela ? Quelles sont les adaptations réciproques nécessaires ? Quels sont les facteurs de réussite ?

Équipe, santé publique : enjeu du travail intersectoriel

Les PLSP impliquent de trouver des « façons de faire » dans différents secteurs (éducation, social, insertion, justice, développement durable, etc.), et des articulations avec les différents volets des Cucs tout particulièrement. L'équipe locale de santé publique doit alors travailler avec des acteurs dont les cadres de référence diffèrent :

- quelles interfaces de travail faut-il promouvoir pour que chacun trouve une légitimité, favoriser une culture partagée autour d'un PLSP ?
- comment tricoter ces modes de coopération intersectorielle ? Quelles formes peuvent-ils prendre (formations intersectorielles, groupes de travail, espaces de reconnaissance mutuelle, etc.). Quelles compétences mobiliser pour faire « lien » et faire « sens » ?
- quelles sont les règles du jeu à expliciter ? Comment les formaliser (passer des personnes impliquées aux institutions impliquées, entre autres) ?
- comment faire évoluer les modalités d'organisation avec le degré de développement des PLSP ? Quelles sont les capacités d'ajustement à mettre en scène ?
- modes de coopération impliquent animation et communication : quelle animation mettre en œuvre ? Quels modes de communication impulser ?

Notes problématiques des ateliers 1 à 10

• Que nous apportent les expériences à ce propos ? Quels modes de fonctionnement diversifiés peuvent-ils être pensés ? Quels espaces différenciés et articulés peuvent-ils contribuer à la synergie des acteurs ? Comment traduire tout cela en termes de compétence et de modes d'organisation ? Quelles sont les conditions de réussite à réunir... où les habitants auraient leur place ?

Conclusion

L'atelier 8 sera donc l'opportunité d'appréhender la notion d'équipe locale de santé publique et surtout de la partager, car cette entité se décline de façon différenciée selon les contextes.

Les exposés, les débats, les espaces de travail conjoints devraient nous permettre de relever autour des compétences et modalités d'organisation liées au déploiement des PLSP :

- a) les principaux résultats acquis ;
- b) les critères de réussite associés : quelles combinaisons regrouper ?;
- c) les 3 défis majeurs à relever et les conditions à mettre en place pour cela.

REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

a) Une synthèse de documents disponibles concernant les ASV est réalisé dans « Les ateliers Santé-ville, inventaire de l'ensemble des productions écrites », étude réalisée à la demande du groupe de travail « Santé » du Conseil national des villes, avril 2007.

b) Les quelques repères bibliographiques qui suivent contiennent des chapitres relatifs aux compétences et modalités d'organisation des ASV où le cas échéant dans le champ de la politique de la ville :

Bertolotto Fernando, Joubert Michel, Truze Philippe, *Mission d'accompagnement technique des services déconcentrés de l'État chargés du volet santé de la politique de la ville pour la mise en place des ateliers Santé-ville dans les régions Île-de-France et Provence-Côte d'Azur, RESSCOM, 2001.*

Blanchard Philippe, Bonidan Dominique, Dilain Claude, Dufour Marie-Odile, Duvernois Olivier, El Ghozi Laurent, Ginot Luc, Granger Isabelle, Joubert Michel, Lancino Sylvie, Lanvers Claude, Laporte Pierre, Lepée Maryse, Mannoni Chantal, Mazar Maureen, *L'atelier Santé-ville, une démarche territoriale de santé publique, Profession Banlieue, 2005.*

Blanc Maurice, Grandjean Gilbert, Sipp Jean-François, Vautrin Gérard, *Référentiel de compétences des métiers du développement social urbain : le métier de chef de projet de politique de la ville, DIV, mars 2002.*

ATELIER 9 : OBSERVATOIRES LOCAUX DE SANTÉ

par **Zoé Vaillant**, membre du laboratoire Espace Santé et Territoires à l'université Paris X

Constat

Les villes ont développé des programmes de veille sanitaire, de promotion et de prévention de la santé, notamment pour certaines à travers un observatoire local.

Questionnement

Comment ces observatoires ont-ils identifié et suivi les évolutions de l'état de santé de la population ?

Comment les programmes de veille, de promotion et de prévention ont-ils été intégrés dans l'observatoire ?

La prise de conscience et la prise en compte dans les politiques publiques de la dimension socio spatiale des inégalités de santé a débouché récemment sur la création d'ASV dans le cadre de la politique de la ville, qui s'intéressait depuis longtemps déjà au ciblage de l'action publique (hors santé) sur des territoires particuliers.

L'idée sous-jacente est que le seul statut socioprofessionnel, et/ou le niveau d'éducation des populations – les deux, essentiels – ne suffisent pas à expliquer la persistance des inégalités de santé, mais qu'ils pèsent différemment selon les territoires, (composition, fonctionnement, modes de production des territoires). Les politiques sectorielles et de populations axées sur la lutte contre la pauvreté ou la précarité et sur l'amélioration de l'accès théorique aux soins formels (mise en place de la CMU par exemple) ne parviennent pas à elles seules à réduire ces iné-

galités de santé qui relèvent de logiques inégalitaires et de processus de précarisation qui débordent largement le champ stricto sensu de la santé, et recoupe le travail, le revenu, l'éducation, le logement, l'aménagement, la vie familiale...

Le point focal est donc mis sur le territoire, supposé être une porte d'entrée pertinente pour identifier par l'observation de leviers d'action pour agir sur des déterminants de la santé et réduire à terme les inégalités.

Cet angle d'attaque par le territoire correspond-il à un simple zonage servant à tracer les limites physiques du périmètre d'observation et d'action d'une institution comme l'ASV et son observatoire ? Ou bien attend-on de cette territorialisation de l'observation qu'elle soit source et force de révélation, qu'elle aide à découvrir comment fonctionnent ensemble le territoire et la santé ? S'agit-il ici de considérer le territoire, non pas comme un simple cadre d'action et d'observation au sens d'un découpage politico-administratif inerte, mais bien comme un élément agissant sur la chose observée (et à observer), la santé. Le territoire contribuerait à déterminer une part de la santé et, inversement, la santé des populations est supposée jouer un rôle dans la constitution des territoires.

Qu'entend-on, par cette « entrée par le territoire » et que peut-on en attendre ? Comment la recherche de la compréhension de cette intrication entre le social, le sanitaire et le spatial peut-elle se traduire dans l'observation ? Comment les observatoires locaux l'ont-ils appréhendée ? Quelles difficultés rencontrent-ils ?

L'objectif général des observatoires locaux de Langres, Salon-de-Provence, Agen et Bagneux, qui présentent ici des communications (sans doute représentatives des préoccupations des autres observatoires locaux), est d'identifier et d'analyser des besoins et des comportements de santé pour pouvoir adapter la réponse au plus près des réalités locales. Certains observatoires ont fait réaliser par un prestataire

Notes problématiques des ateliers 1 à 10

extérieur un premier diagnostic territorial visant à dégager des thèmes de santé prioritaires pour l'action. Au-delà de ce diagnostic de lancement, les observatoires cherchent à mettre en place des procédures, et des protocoles permettant de mesurer et suivre dans l'espace et dans le temps les besoins de santé, les difficultés d'accès aux soins et leurs ressorts.

Ces objectifs ambitieux soulèvent différents problèmes qui transparaissent dans les communications proposées par cet atelier.

Problèmes méthodologiques : analyser les besoins de santé ?

Comment, par quels types d'indicateurs les observatoires ont-ils mesuré la santé (ou sera-t-elle mesurée ?) et décrit les états de santé ? Comment comptent-ils en suivre les évolutions dans le temps et l'espace ? Quels sont les organismes détenteurs de données qui ont été sollicités ? Dans quels cadres et conditions ?

Utiliser les données issues du système de soins : intérêt et limites

La mesure la plus classique et la plus immédiate de la santé consiste à s'appuyer sur le décompte localisé aux échelles voulues de la mortalité, de la morbidité via la mesure des données de recours aux soins.

Mais en quoi un taux de recours chez le médecin ou à l'hôpital pour telle ou telle pathologie nous renseigne-t-il sur les besoins réels de la population du quartier ou de la ville considérés et sur l'écart éventuel recherché entre les besoins effectifs et les recours ?

On utilise en fait des données de morbidité diagnostiquée, c'est-à-dire de recours effectifs au système de soins par les populations pour approcher les besoins de soins réels. Or, ce qui est mesuré ici est l'activité du système de soins plus que les besoins réels. Il y aurait donc un décalage entre l'ambition de départ – caractériser des besoins réels – et ce qu'il est possible de faire avec ces indicateurs issus du système de soins.

Il existe toutefois des indicateurs permettant d'approcher des besoins qui consistent à calculer les attentes en vertu de la structure par âge et par sexe de la population que l'on peut confronter à la morbidité effectivement diagnostiquée.

Sur le fond, ce travers conduit à assimiler et à réduire les besoins de santé à une demande effective de soins médicaux. Or, l'approche de la santé par le territoire repose précisément sur l'idée d'une transversalité, étant entendu au départ que les inégalités de santé ne se réduisent pas au problème de l'accès formel aux soins biomédicaux.

Données en population : utiliser l'existant pour approcher des besoins ?

Certains indicateurs « en population » déjà existants permettent cependant de décrire les niveaux de santé et d'approcher la question des besoins de soins à travers le repérage de défaut de prise en charge, comme les indicateurs de santé scolaire, par exemple.

Les données de la santé scolaire constituent des indicateurs maniables, faciles à mobiliser, simples, informatifs, reproductifs, peu coûteux et intéressants à exploiter en lien avec d'autres données comme les résultats aux test de lecture/écriture/calcul de CE2, par exemple. Qu'en est-il de leur exploitation ?

Le chiffre, nécessaire mais non suffisant ?

Cette approche quantitative de la santé de type épidémiologique privilégie un modèle biomédical de représentation de la santé fondé sur l'absence ou la présence de maladies répertoriées. Elle constitue UN pan de la santé et non pas LA santé. Il s'agit d'une santé qui, traduite par des données chiffrées, apparaît comme un bien objectivé et mesuré à travers des pathologies. Mais, la santé ne se limite pas à l'absence de pathologies, elle a une dimension subjective difficile à traduire en données *a fortiori* chiffrées.

Notes problématiques des ateliers 1 à 10

Comment mesurer, qualifier et, plus encore, quantifier un « mal-être » individuel ou collectif, qui ne relèverait pas de catégories nosographiques de la psychologie ou de la psychiatrie, mais peut-être de la qualité des rapports sociaux, de la vitalité d'une démocratie, de la marge de manœuvre que les habitants ont pour agir (et pas uniquement dans le domaine sanitaire *stricto sensu*) ? Comment mesurer et rendre compte d'une difficulté à vivre, pétrie par l'épreuve de rapports sociaux inégaux, où le sentiment d'insécurité sociale s'accroît, par l'absence d'espoir ou le sentiment d'impuissance ?

Et plus encore, comment mesurer l'impact d'un tel contexte sur la formulation de besoins de santé et les trajectoires thérapeutiques, par exemple ?

Les approches qualitatives, de types anthropologique, sociologique ou géographique peuvent-elles avoir ici leur place ? Les communications présentées n'évoquent pas ces approches, même sous forme de projet. Mais y-a-t-il des exemples ? Cette absence fait sens et invite à discuter de leurs intérêts et pertinence et des difficultés et freins à leur mise en œuvre.

Des problèmes techniques et organisationnels qui posent la question de la légitimation de la démarche

Quatre points émergent des communications :

- le besoin, lorsque les ASV ou observatoires disposent d'outils prêts-à-l'emploi (un SIG à Langres ; des protocoles cartographiques standardisés à Bagneux), d'une réflexion de fond structurée permettant d'orienter l'usage de ces outils, l'un des écueils à éviter étant l'attitude « presse bouton » vis-à-vis d'un logiciel ;
- le manque de compétences techniques en interne pour créer et/ou exploiter des données, qui oblige à mandater des prestataires extérieurs, solution coûteuse et non durable ;
- la difficulté d'accéder à des données de santé existantes et à impliquer des acteurs clés tels que les professionnels de santé ;

- le temps passé dans la recherche de financement au détriment de l'observation.

Chacune de ces difficultés pose la question fondamentale de la légitimation de la démarche dans son ensemble par le politique, car l'implication des élus et pas seulement de ceux chargés des questions de santé, détermine très largement l'ampleur et l'efficacité de la marge de manœuvre laissée à l'observation.

Le déploiement de cette observation suppose donc de construire un argumentaire solide qui assoit la démarche et soude ainsi les partenaires. Ce rôle d'argumentation incombe-t-il au seul observatoire ? Quels appuis – scientifiques et politiques ceux-ci peuvent-ils trouver ? Car derrière la légitimation et le développement de cette observation, l'enjeu (énorme) est bien de porter et de faire valoir un changement de paradigme : passer du biomédical à construire plus transversal qui tiendrait compte des logiques sociétales dans lesquelles les diverses populations sont prises pour agir et s'épanouir le mieux (ou le moins mal ?) possible.

La difficulté « anxiogène » pour les observatoires réside sans doute dans le fait qu'ils se trouvent dans une situation étrange ou inhabituelle : ils cherchent à observer quelque chose qui ne se donne pas à voir « comme ça », juste parce qu'on poserait dessus un œil scrutateur. En effet, ce que l'on observe est aussi ce que l'on construit. Il ne s'agit pas tant d'observer quelque chose que l'on croit déjà existant et qu'il faut réussir à saisir, que de créer des nouveaux points de vue à faire valoir. Mission difficile, mais passionnante.

ATELIER 10 : VALORISATION DE LA PRODUCTION DES ASV

*par **Aude Caria**, psychologue et responsable de la Maison des usagers du Centre hospitalier Sainte-Anne*

Le bilan des ASV, réalisé par la DIV en 2006, soulignait qu'un des freins à leur développement résidait dans « un besoin d'explicitation et de suivi de la démarche », en particulier auprès des élus. En effet, les élus peuvent hésiter à financer une démarche au détriment d'autres actions locales, avoir des difficultés à s'impliquer dans le financement d'un coordinateur, dissocier les actions sur des zones ciblées de la gestion des ressources et dispositifs existants sur le reste du territoire communal ou intercommunal, enfin, confondre la démarche ASV avec le travail des réseaux de soins.

L'analyse de ces différents freins, pose la question de la valorisation de la production des ASV auprès des élus, afin de lever les obstacles à leur mise en œuvre efficace, c'est-à-dire au sein d'une cohérence territoriale et décisionnaire. Les ASV capitalisent un savoir et un savoir-faire qu'ils ont dans l'obligation de faire connaître. Ils doivent pour cela utiliser les outils de communication pertinents, le vocabulaire adapté à leur cible (les élus) et une stratégie de communication régulière et attractive.

Toutefois, cette démarche ne peut se concevoir sans appréhender les différentes représentations à l'œuvre dans les champs du soin, de la prévention, de la santé, de l'action municipale... Doit-elle se cantonner dans des actions qui sont du registre des comportements individuels ou s'autorise-t-on à entrer dans des actions collectives, avec une démarche de mobilisation participative ? Va-t-on sur des dossiers beaucoup plus impliquants pour les territoires comme l'habitat ?

Par quel processus de travail, de structuration des enjeux, de compréhension des jeux d'acteurs doit-on passer ? Comment se fonde la communication entre les différents acteurs de la mise en œuvre des actions ? Comment, en regard, se construit-elle dans les équipes, entre élus, avec les équipes techniques et comment communique-t-on avec les différents acteurs ? L'analyse des enjeux est-elle une partie cachée à laisser dans une boîte noire ou bien, en intègre-t-on une partie dans le diagnostic fait par les ASV ?

L'atelier abordera des questions très concrètes permettant de réfléchir, à partir de témoignages, sur les manières efficaces de prendre en compte les questions de santé publique dans les politiques municipales, de développer des stratégies de communication élaborées et de valoriser des connaissances issues des ASV auprès des décideurs locaux, départementaux et régionaux.

Comment expliciter et diffuser la démarche ASV ? Comment faire connaître et reconnaître les résultats des processus engagés à court, moyen et long terme, s'agissant des réductions des inégalités de santé ? Comment communiquer sur les pratiques des acteurs, les projets locaux et les résultats ? Quels seraient les moyens à mettre en œuvre, et avec quels partenaires, pour valoriser les travaux du local aux plans national et international ? Quels appuis seraient-ils nécessaires ? Quelle évaluation doit-on faire des politiques de communication ?

BIBLIOGRAPHIE :

Ateliers Santé-ville, Collections Repères, les Editions de la DIV, 2006
Actes du séminaire DIV, « Les élus et les programmes territoriaux de santé » 27 janvier 2005 ; août 2005.

Atelier Santé-ville d'Aubervilliers : un point de rencontre entre population et professionnels, **Denis Dangaix**. *La santé de l'homme* n° 384

<http://www.ville.gouv.fr/>

<http://i.ville.gouv.fr/>

Les processus des inégalités sociales et territoriales de santé

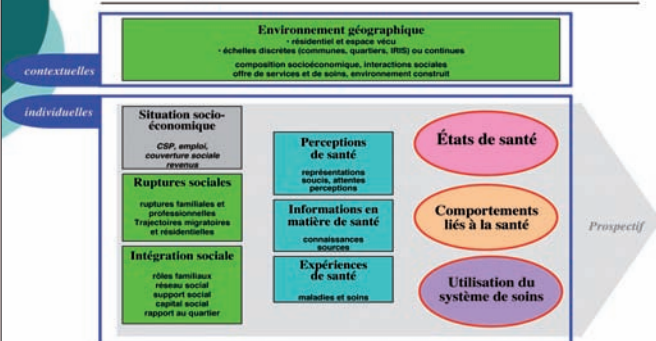
Approches et perspectives en épidémiologie sociale

Pierre Chauvin
Équipe DS3 (Déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins)
UMRS 707, Inserm – Université Paris 6

Politique de la Ville et Santé Publique

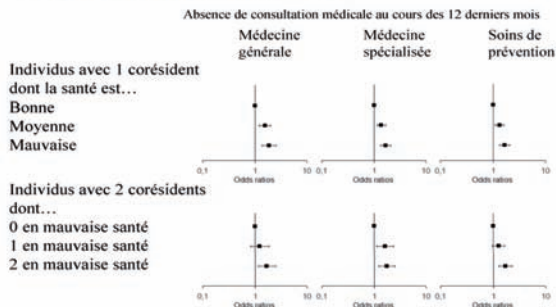
Bordeaux, 6-8 octobre 2008

Des modèles théoriques aux hypothèses à tester



Le rôle des facteurs familiaux

Le recours aux soins des aidants



Le rôle des insertions sociales

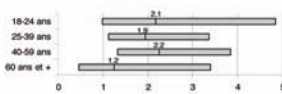
Soutien social et recours aux soins ambulatoires*

* Au cours des 12 derniers mois, tous lieux et toutes causes sauf accidents

	OR*	95% CI
Sexe		
féminines	ref.	
hommes	0.51	0.42 - 0.63
Niveau de revenus		
quartile sup	ref.	
quartile moyen sup	0.78	0.57 - 1.06
quartile moyen inf	0.66	0.49 - 0.91
quartile inf	0.54	0.39 - 0.74
Couverture maladie		
SS + complémentaire	ref.	
CMU - AME	0.70	0.52 - 0.95
SS seule	0.47	0.17 - 1.32
Maladies chroniques		
aucune	ref.	
1	2.25	1.77 - 2.87
2 ou plus	6.25	4.39 - 8.90
Soutien social		
faible	ref.	
moyen	1.39	1.09 - 1.78
fort	1.92	1.40 - 2.64

* ajusté sur l'âge

par âge



par type de quartier



Source : cohorte SIRS, 2005.

L'exemple de la dépression

Événements dans l'enfance et dépression à l'âge adulte

	MODELE LOGISTIQUE MULTINIVEAU	
	OR ¹	IC 95%
Sexe	1,81***	(1,41-2,31)
Mauvaise qualité des relations avec la mère	1,59**	(1,20-2,12)
Mauvaise qualité des relations avec le père	1,27	(0,99-1,64)
Violence conjugale parentale	1,50**	(1,14-1,98)
Abus sexuel dans l'enfance	1,90*	(1,13-3,21)
Résider en ZUS	1,48**	(1,11-1,98)

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

¹ajusté sur l'âge et le statut socio-économique (à l'âge adulte)

Source : cohorte SIRS, 2005.

Le recours aux soins et à la prévention

L'absence de suivi gynécologique régulier

	OR	IC 95%	P
Age			<0,0001
19-29	2,53	1,69	3,8
30-44	Ref		
45-59	1,42	0,9	2,23
≥ 60	5,47	3,73	8,02
Nationalité			0,01
Française de parents français	Ref		
Française de parent(s) étranger(s)	1,60	1,13	2,27
Etrangère	1,69	1,02	2,79
Niveau d'études			0,02
Supérieur	Ref		
Secondaire 2ème cycle	1,49	1,02	2,17
Secondaire 1er cycle	1,38	0,86	1,91
Aucun ou primaire	1,95	1,24	3,09
Couverture maladie			<0,0001
SS + complém. ou 100%	Ref		
SS seule	2,77	1,75	4,41
AME ou CMU	0,96	0,36	1,21
Aucune	2,73	0,51	14,59
Situation maritale			<0,0001
Vit en couple	Ref		
Ne vit pas en couple	3,21	2,44	4,22
Type quartier			<0,0001
ZUS	Ref		
Quartier non ZUS	1,29	0,91	1,83
Moyen Sup non ZUS	0,53	0,39	0,72

Source : cohorte SIRS, 2005.

Les facteurs contextuels associés à l'obésité

	ORa	95% CI	p
Niveau socioéconomique du quartier			< 0,001
5 ^{ème} quintile	ref		
1 ^{er} quintile	2,87	(1,58-5,21)	
Distance moyenne aux magasins d'alimentation de détail¹			0,003
1 ^{er} quintile	ref		
5 ^{ème} quintile	2,09	(1,24-3,54)	
Proportion de fast foods parmi les restaurants²			0,004
1 ^{er} quintile	ref		
5 ^{ème} quintile	1,80	(1,10-2,93)	
Nombre de destinations			0,001
5 ^{ème} quintile	ref		
1 ^{er} quintile	1,91	(1,09-3,32)	

¹ Moyenne des distances à la boulangerie, la boucherie et la poissonnerie les plus proches

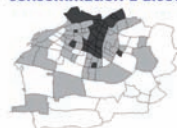
² Dans un rayon de 500 m

³ Nombre de commerces et services dans un rayon de 500 m (36 types: banques, commerces de détail, supermarchés, pharmacies, salons de coiffure, cinéma, postes, médecins libéraux, etc.) ajustés sur l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et de revenus, la catégorie socioprofessionnelle, la situation financière perçue.

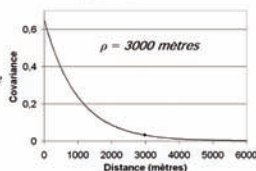
Source : SIRS, 2005

Disparité des portées spatiales

Troubles liés à la consommation d'alcool



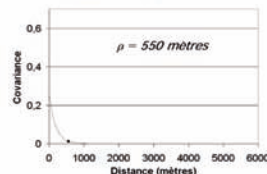
Portée de la corrélation dans l'espace



Troubles névrotiques liés au stress



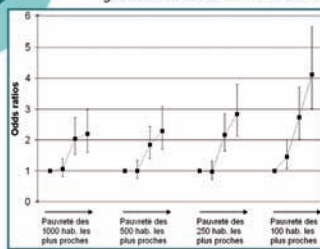
Covariance



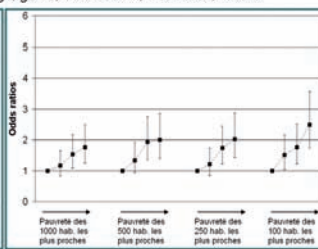
Disparité des échelles

Troubles liés à la consommation d'alcool

Ajusté sur les facteurs individuels : âge, genre, état matrim., instruction, revenu



Troubles névrotiques liés au stress



Séminaire "Politique de la ville et santé publique"

Réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Méthodes, contextes et processus.

Michel JOUBERT - Sociologue
(Paris VIII - CSU)

Le triangle problématique : imbrication et ré-articulations du sanitaire, du social et du territorial

- ❑ Développement des vulnérabilités sociales (amenuisement des supports sociaux, précarisation) ;
- ❑ Rétroactions : la santé comme champ d'expression et de manifestation des vulnérabilités :
 - santé mentale : ressenti, démoralisation, accentuation des pathologies,
 - conduites à risques : déplacements, conversion des fragilités en prises de risques et expérimentations,
 - accès aux droits, à la prévention et aux soins : approfondissement du différentiel.
- ❑ Concentration : incidence majorée pour les populations socialement défavorisées vivant sur les quartiers d'habitat social, feedback lié au déficit de ressources ;
- ❑ Difficultés d'orientation tant pour les publics que pour les professionnels (segmentations, renvoi d'un secteur à l'autre..)

Michel JOUBERT - Sociologue
(Paris VIII - CSU)

Une nouvelle manière de faire en santé publique : agir sur les contextes, processus de vulnérabilisation et agencements de ressources

- ❑ Les ASV constituent l'un des dispositifs travaillant sur cette articulation au travers :
 - du développement de connaissance partagées (diagnostic participatif) et dynamiques (recherche de solutions, amélioration de l'existant) sur les problématiques sanitaires et sociales, les processus à l'origine de leur production (incidence de la précarisation, effets d'engrenage) et leurs contextes de manifestation ;
 - de la mise à jour, mobilisation, coordination et mise en cohérence des acteurs et des ressources à l'échelle d'un territoire ;
 - de la promotion d'expérimentations *ad hoc* destinées à réduire les facteurs producteurs d'inégalités et à répondre aux besoins identifiés (conception et mise en œuvre de programmes locaux de santé publique).

Michel JOUBERT - Sociologue
(Paris VIII - CSU)

Changements possibles pour les populations concernées

- ❑ Rapport aux droits et aux ressources (méconnaissance, distance / rapprochement, appropriation)
- ❑ Dispositions morales (passivité, résignation, feedback de démoralisation / mobilisation, participation à la recherche de changements..)
- ❑ Usage dynamique des ressources (appropriation, partage, développement) et des vecteurs de mobilisation (expression, reconnaissance)
- ❑ Préservation ou reconstitution d'une base de support social (réseau, place, activité, échanges)

Michel JOUBERT - Sociologue
(Paris VIII - CSU)

Changements pour les acteurs et les professionnels

- ❑ L'actualisation des compétences et l'accès à des référents partagés
- ❑ La recherche et la construction de proximités avec les personnes en difficulté
- ❑ Le développement des accessibilités (droits, ressources, attentions..) et de l'accompagnement
- ❑ La réinvention de la prévention (agencement local de ressources structuré autour et avec les personnes vulnérables)

Michel JOUBERT - Sociologue
(Paris VIII - CSU)

Les supports de mobilisation et le territoire

- Hybridation des référentiels d'intervention (santé / social ; santé / éducation ; primaire / secondaire ; prévention / réduction des risques / soins) et la promotion de nouvelles postures de travail (communautaires, *care*, *empowerment*, réduction des risques..)
- Développement d'un travail en réseau (sur ces bases) et la création de nouveaux modes de coopération (interview, échanges de pratiques, actions conjuguées)
- Reconnaissance du rôle central des agencements visant à réduire les distances et à développer la médiation (relais pour les droits et les accès, espaces d'échanges, sas et passerelles)
- Structuration de cercles de ressources aux différents échelons territoriaux (retrouver de la cohérence, de la lisibilité et de la proximité) et recherche d'une dynamique d'échanges entre le registre local et le registre global (articulations PRSP, ARS)

Michel JOUBERT - Sociologue
(Paris VIII - CSU)



Promotion de la santé, implication des villes et rôle de l'INPES

Annick Foyard
dir. du Développement
de l'éducation pour la
santé
INPES

« Santé et contrats urbains
de cohésion sociale »
6,7 et 8 octobre 2008
Bordeaux

annick.foyard@inpes.sante.fr

<http://www.inpes.sante.fr>

Prendre en compte les déterminants de la santé

- ❖ Limites de l'approche centrée sur les individus et des facteurs de risques individuels
- ❖ **Approche populationnelle**
 - Déterminants structurels, ceux qui façonnent les comportements individuels et la capacité des individus à adopter des comportements de santé
- ❖ **Les conditions dans lesquelles les gens vivent et travaillent**
 - Dimensions spécifiques du contexte social qui ont un impact sur la santé
 - Mécanismes par lesquels les conditions sociales se répercutent sur la santé

A. Foyard

6 octobre 2008 - Santé et CUCS

Combiner les stratégies d'intervention

- ❖ **Agir sur les ressources personnelles (contrôle perçu) et compétences individuelles favorables à la santé**
 - Favoriser le développement des compétences psychosociales par des activités de groupe liant négociation, positionnement individuel, prise de décision, construction collective, etc. :
 - Connaissance de soi, appartenance, résistance à la pression, soutien social...
- ❖ **Agir sur l'environnement**
 - L'environnement organisationnel
 - L'environnement physique
 - L'environnement social
 - ⇒ l'accessibilité, la notoriété, etc

A. Foyard

6 octobre 2008 - Santé et CUCS

Mettre en œuvre des actions intégrées dans une programmation

- ❖ Encourager des pratiques de santé favorables : mobilisation des personnes, renforcement des compétences à agir, redonner confiance, conférer les moyens aux personnes pour faire des choix.
- ❖ Favoriser un accès aux soins.
- ❖ Mobiliser à l'échelle du territoire les partenariats.
- ❖ Garantir la cohérence et la continuité des actions locales et régionales et l'articulation des politiques à tous les niveaux

A. Payard

6 octobre 2008 - Santé et CUCS

Prendre en compte tous les facteurs décisifs pour la santé

Charte de Bangkok (2005)

- inégalités croissantes à l'intérieur des pays et entre eux
- nouveaux modes de consommation et de communication
- commercialisation
- changements environnementaux mondiaux
- urbanisation



A. Payard

6 octobre 2008 - Santé et CUCS

Intensifier l'action avec les villes

La qualité du cadre de vie influe sur la santé des citoyens

- ❖ L'influence de l'environnement social et culturel du lieu de résidence
- ❖ l'importance du contexte socio économique du lieu de résidence

Des attributions de compétence qui peuvent permettre d'élaborer des réponses globales aux besoins des habitants

- ❖ Lieu d'intégration « intersectorielles » des politiques et d'articulation des rôles des différents acteurs (démarche locale qui fait appel à la coopération des partenaires du milieu (santé, santé scolaire, organismes de développement, associations...))

Un niveau d'intervention situé au plus près des populations :

- ❖ compréhension fine des difficultés
- ❖ possibilité d'associer la population (participation des citoyens aux décisions qui les touchent)

A. Payard

6 octobre 2008 - Santé et CUCS

renforcer la prise en compte des Inégalités Sociales de Santé

à partir de ce que l'on sait des données de la littérature :

- Combiner les approches : universelles et sélectives

Amener la santé de **toutes** les couches sociales au niveau de celle des mieux nantis

+

Accent sur la santé des plus défavorisés/groupes spécifiques de façon à ce que leur santé s'améliore de façon plus significative et plus rapidement

- ❖ Privilégier les actions sur les déterminants sociaux de santé
- ❖ Combiner les actions tant en "amont" (causes) qu'en "aval" (conséquences)
- ❖ Approche à long terme – tout en mettant l'accent sur les résultats à court terme

A. Papard

6 octobre 2008 – Santé et CUCS

L'articulation avec l'INPES

- ❖ Développer les connaissances sur les données de la littérature et les rendre accessibles
- ❖ Intensifier les partenariats (coproduire des réflexions, des études, des outils, des évaluations, des événements....)
- ❖ Accompagner la diffusion de productions par des actions auprès des acteurs de proximité
- ❖ Poursuivre la coopération internationale notamment celle relative aux inégalités sociales de santé
- ❖ Améliorer l'accessibilité des productions de l'INPES
- ❖ Privilégier les activités de partage et de capitalisation des expériences notamment avec les pôles de compétences en éducation et promotion de la santé

A. Papard

6 octobre 2008 – Santé et CUCS

AVONS-NOUS AVANCÉ SUR LA QUESTION DE LA SANTÉ MENTALE DANS LA CITÉ ?

Aude CARIA

Centre hospitalier Ste-Anne
Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé,
pour la recherche et la formation en santé mentale
(CCOMS, Lille, France)

Séminaire ASV, Bordeaux 6-8 octobre 2008

La construction sociale du trouble psychique



Source : Étude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale
Rapport final Rédigé par Anne Lovell, INVS 2002

La construction sociale du trouble psychique



Source : Étude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale
Rapport final Rédigé par Anne Lovell, INVS 2002

Principales prévalences France métropolitaine (N=36.000)

- Au moins un trouble détecté par le questionnaire MINI : **32%**
- Trouble de l'humeur : **13,6%**
 - (épisode dépressif majeur 11%)
- Trouble anxieux : **21,6%**
 - (anxiété généralisée : 12,8%, phobies 6,21% , stress post-traumatique:0,7%...)
- Abus ou dépendance alcool : **4,3%**
- Abus ou dépendance drogue : **2,5%**
- Syndrome d'allure psychotique : **2,8%**
- Risque suicidaire élevé : **1,9%**

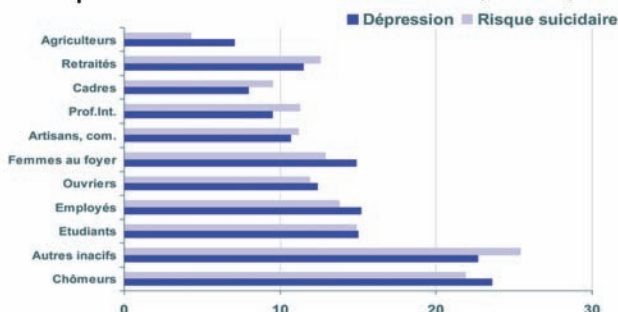
Source : Enquête SMPG – CCOMS – DREES 1999-2005

EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

- L'épisode dépressif (11%) est plus fréquemment repéré chez :
 - Les femmes : 13% (vs 8,9 % hommes)
 - les chômeurs : 20 %
 - les « autres » inactifs (étudiants, femmes au foyer, autres personnes ne recherchant pas d'emploi...) : 18,8 %
 - les personnes séparées ou divorcées : 17,4 %
 - personnes au chômage ET séparées ou divorcées : 30 %
- △ 30 % des personnes ayant un épisode dépressif ont aussi un trouble anxieux généralisé

Source : Enquête SMPG – CCOMS – DREES 1999-2005

Troubles dépressifs et risque suicidaire selon la CSP (en %)



Source : Enquête SMPG – CCOMS – DREES 1999-2005

Présentations PowerPoint des intervenants

Consommation de soins des personnes identifiées comme dépressives par le MINI

4 425 épisodes dépressifs diagnostiqués MINI

% de réponse « oui »	Episode dépressif F32	Troubles dépressifs récurrents F33
Êtes-vous allé voir quelqu'un pour ces pbs ?	45,3 %	49,7 %
Professionnel de santé générale	66,8 %	69,4 %
Professionnel de psychiatrie	24,6 %	31,7 %
Avez-vous pris des médicaments pour les nerfs (tranquillisants, antidépresseurs, somnifères) pour ces pbs ?	35,3 %	42,7 %
Anxiolytiques	48,4 %	60 %
Anti-dépresseurs	44 %	43 %

Source : Enquête SMPG – CCOMS – DREES 1999-2005

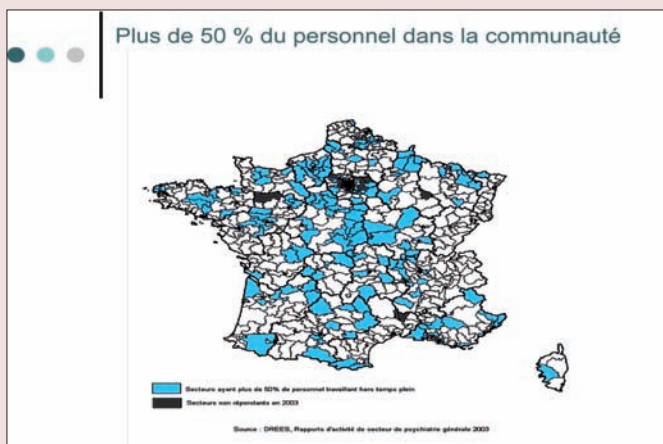
Recommandations de l'OMS pour l'organisation des services de santé mentale (2003)

- Les soins et les services équilibrés doivent intégrer un éventail de **services de proximité** qui :
 - sont **près du domicile**, incluant des hôpitaux modernes pour les admissions des cas aigus, et des **ressources résidentielles locales** de longue durée ;
 - sont **mobiles**, incluant des services fournissant des traitements à domicile ou bien là où l'utilisateur en a besoin ;
 - fournissent des traitements et des services spécifiquement **adaptés aux besoins** de chaque individu ;
 - respectent les conventions internationales en matière des **droits de l'homme**
 - reflètent les **priorités des usagers eux-mêmes** ;
 - sont **coordonnés** entre les différents acteurs des services de santé mentale et sociaux

Critères OMS de bonne pratiques appliqués aux services de psychiatrie publique en France

A partir des rapports d'activité des services de psychiatrie, remplis par les chefs de service (Source DREES) – derniers chiffres disponibles	2003
1- Pas de service d'hospitalisation fermée	29%
2- Plus de 50% des personnels en extra-hospitalier (dans la communauté)	30%
3- Permanence téléphonique constante (réponse d'un soignant : 30%)	71%
4- Service toujours en relation avec les médecins généralistes	21%
5- Au moins une réunion par mois avec les associations d'usagers et familles	5%
6- Réponse à l'urgence	82%

2003: 23 services sur 830 remplissent 5 critères
3 services sur 830 remplissent 6 critères



Bibliographie

La santé dans la politique de la ville

Sélection bibliographique – CRPV-PACA avec la collaboration du service Documentation du CRES-PACA (Comité régional d'éducation pour la santé), 8 avril 2008.

Politique de la Ville/Santé/ASV

La démarche Atelier Santé-ville. Des jalons pour agir

sous la direction de, MANNONI, Chantal.

Saint-Denis : Profession Banlieue, janvier 2008, 218 p.

Ateliers santé-Ville, une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

Délégation interministérielle à la ville

Saint-Denis-La-Plaine : les Editions de la DIV, 2007, 286 p.

Cet ouvrage de la collection "Repères" consacré aux ASV propose aux lecteurs 5 parties : la Politique de la Ville et la santé publique ; territoires d'action de proximité et de cohésion sociale des politiques de la santé et de la ville : utopies ou réalités ? Des déterminants urbains et de santé à l'intervention des ateliers Santé-ville ; Etat des lieux des ateliers Santé-ville ; l'atelier Santé-ville, une exigence d'innovation méthodologique, les conditions de faisabilité.

Consultable CRPV

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

Conseil national des villes

Saint-Denis : Conseil national des villes, 2007, 8 p.

Le groupe de travail qui a produit cet avis s'est attaché à faire le point des connaissances et des pratiques sur les atouts et freins éventuels de l'outil qu'est l'atelier Santé-ville. Deux thématiques d'approfondissement ont été

choisies et ont été particulièrement étudiées à travers les auditions : l'accès aux soins et la santé mentale.

Notamment dans les annexes, une audition à Marseille autour des deux ASV existants.

Consultable CRPV

Les élus et les programmes territoriaux de santé publique.

Bilan et perspectives des ateliers Santé-Ville. Actes du séminaire du jeudi 27 janvier 2005

Collectif

Saint-Denis-La-Plaine : les Editions de la DIV, 2005, 62 p.

Ce séminaire a permis à plus de cinquante villes d'échanger sur leurs pratiques locales dans le domaine de la santé publique, et plus particulièrement de faire le point sur les ateliers Santé-ville, développés depuis plus de cinq ans.

Le séminaire a abordé les questions suivantes : quelle place pour les collectivités locales dans l'élaboration d'une politique de santé publique ? Loi de santé et territoires : vers une coproduction locale de santé publique ? Santé et recours aux soins : présentation d'une enquête réalisée à partir de cinq ZUS franciliennes. Politiques locales de santé publique et établissements hospitaliers. Avenir des ASV et rôle de l' élu local. Les ASV : perspectives et recommandations.

Consultable CRPV

L'atelier Santé-ville, une démarche territoriale de santé publique

Saint-Denis : Profession Banlieue, 2005, 89 p.

Ce document rend compte des interventions et débats tenus lors d'une rencontre en décembre 2003 sur le thème des ateliers Santé-ville (mis en place en 1999). Les acteurs des ateliers Santé-Ville de la Seine-Saint-Denis ont ainsi pu débattre de l'opportunité que représente les ASV dans les politiques publiques de lutte contre les exclusions sociales et territoriales en matière de santé : méthodologie de mise en place d'un ASV, les principaux enseignements, l'engagement des institutions, les inégalités territoriales de santé, les

Bibliographie

nouvelles compétences induites par ma mise en place des ASV, le point de vue des élus : telles ont été les questions débattues lors de cette journée.

Consultable CRPV

Les ateliers Santé-ville. Territoires, santé publique et politiques de santé au niveau local

BERTOLOTTO, Fernando ; JOUBERT, Michel

Saint-Denis-La-Plaine : les Editions de la DIV, 2004, 142 p.

Ce document d'étape fait le point sur les ateliers Santé-ville (ASV) initiés pour répondre aux problèmes de santé rencontrés par les personnes résident en zones urbaines sensibles. Ce document est l'analyse du cadre d'intervention, des méthodes et des thèmes abordés par les ASV.

Consultable CRPV

Les ateliers Santé-ville. Expérimentations en Seine-Saint-Denis

JOUBERT, Michel ; MANNONI, Chantal

Saint-Denis : Profession Banlieue, 03/2003, 151 p.

Quelques uns des enseignements méthodologiques issus de la mission de suivi des ateliers Santé-ville (ASV) en Seine-Saint-Denis sont réunis ici. Les enjeux et le dispositif des ASV sont rappelés, puis des outils de pilotage sont discutés. La participation des habitants aux actions de santé est aussi un élément important que les auteurs discutent, avant de définir le territoire pertinent pour ces ateliers ainsi que la place de l'évaluation dans les démarches locales.

Consultable CRPV

Les ateliers Santé-ville. Conditions de mise en œuvre, méthodologies

JOUBERT, Michel

Paris : Recherches Évaluations Sociologiques sur la Santé ; le Social et les Actions communautaires, 12/2002.

Les résultats de la mission confiée à Resscom sont présentés. Il s'agissait de mettre à jour et d'activer les conditions de possibilité de mise en place et de développement des ateliers Santé-ville.

Consultable CRPV

Amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville

LEBAS, Jacques

Saint-Denis-La-Plaine : les Editions de la DIV, 08/2002, 54 p.

Certains professionnels de la santé ressentent l'insécurité et la dégradation de leurs conditions d'exercice. Le risque de désertification des praticiens dans certains quartiers de la politique de la ville est au cœur de ce rapport. Les difficultés rencontrées par les professionnels de la santé sont identifiées, des actions ou projets émergents pour améliorer ces conditions sont recueillies et des recommandations sont faites.

Consultable CRPV

Ville et santé publique

Santé et précarité sociale : vers une politique publique locale ?

Collectif

Les Cahiers du DSU, n°43, 2006, 47 p.

Ce numéro explore les contours des démarches territoriales prenant en compte les problématiques de santé des personnes fragilisées. Il clarifie les liens entre précarité sociale, caractéristiques des territoires et inégalités sociales de santé. Il identifie les éclairages et initiatives locales, et met en valeur le travail en réseau comme levier de l'action.

Consultable CRPV

Bibliographie

Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique

Paris : les Editions de la DIV, 11/2005, 96 p.

Santé et ville. Enjeux et outils pour une approche territorialisée et transversale de la santé

SCHOENE, Marc, GUENIFFEY, Antoine

Sarcelles : Pôle de Ressources Départemental 95, 08/2002, 21 p.

*Les approches de la santé dans la ville sont multiples. L'intervention locale en matière de santé est une approche spécifique de santé publique. Les ateli-
ers Santé-ville sont une démarche innovante de cohérence et de coordina-
tion d'intervention fondée sur la participation des habitants.*

Consultable CRPV

Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales

FASSIN, Didier

La Découverte, 1998, 238 p.

*Au cours de la période récente, la santé publique a connu un certain renou-
vellement de ses pratiques à travers son inscription territoriale dans la ville.
De nouveaux agencements de compétences et de pouvoirs, de pratiques et
de savoirs, de valeurs et de normes, en partie affranchis des limites tradition-
nelles de la médecine, se dessinent dans ce nouvel espace local de la santé
publique. Ce livre fait part d'expériences multiples qui ont été recueillies et
analysées par une recherche menée dans huit villes de France, dont une à
Marseille, selon une approche pluridisciplinaire.*

Consultable CRES-PACA

La ville et les politiques de santé publique. Repères et enjeux **BERTOLOTTO, Fernando ; JOUBERT, Michel ; LAZARUS, Antoine**

Paris : Délégation interministérielle à la ville ; Recherches Évaluations

Sociologiques sur la Santé ; le Social et les Actions Communautaires, 11/1992, 39 p.

Certaines populations sont en marge du système de santé. Des expériences ont donc été impulsées par la DIV pour une meilleure inscription de la santé dans les politiques territoriales. Les enjeux et dynamiques des projets locaux de santé sont débattus et le domaine de la santé est mis en relation avec l'ensemble des problématiques du développement social urbain.

Consultable CRPV

Les inégalités sociales de santé

Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins.

Résultats d'enquêtes statistiques conduites dans des quartiers de la Politique de la ville

CHAUVIN, Pierre ; PARIZOT, Isabelle

Saint-Denis-La-Plaine : les Editions de la DIV, 2007, 126 p.

Cet ouvrage présente les principaux résultats d'enquêtes conduites auprès des habitants de sept zones urbaines sensibles franciliennes entre 2001 et 2003, dans le cadre d'un programme de recherche régional "Santé, inégalités, ruptures sociales". Cet ouvrage permet une mise en perspective de ces deux enquêtes offrant ainsi des éléments de connaissance et de réflexion sur les processus qui lient, dans les quartiers défavorisés franciliens, la situation socio-économique des individus, leurs liens sociaux, leur rapport au système de soins et de santé.

Consultable CRPV

Défaveurs sociales et santé... Les défis d'un lien complexe. Dossier

QUILLE Florence, BENATTAR Francine, Contact santé, 221, 02/2007, pp. 9-27

Bibliographie

Santé et précarité : l'évolution des déterminants. Actes du colloque. Synthèse des interventions

CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur, DRASS Provence-Alpes-Côte d'Azur, Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur, 10/2003, 27 p.

Lieu et date : Aix-en-Provence, 30 octobre 2003

Synthèse des interventions au colloque sur les déterminants de la relation entre la santé et la précarité qui a abordé les thématiques suivantes : sensibilité des publics précaires aux programmes d'éducation pour la santé, repérage des personnes en situation de précarité aux urgences, déterminants sociaux de l'observance, déterminants du recours aux soins, patients dans les PASS hospitaliers et les dispensaires humanitaires, précarisation des femmes en situation monoparentale.

Consultable CRES-PACA

Santé mentale, ville et violences

JOUBERT, Michel

Paris : éditions Erès, 2003, 357 p.

Cet ouvrage rassemble les contributions de cliniciens (psychiatres, psychologues), d'ethnologues, de sociologues, d'épidémiologistes, d'acteurs locaux permettant de faire le point sur les principales avancées en matière de prévention et de promotion de la santé mentale au regard des problèmes qui se posent pour une fraction des habitants des grandes villes (dépression, mal-être, violence).

Consultable CRES-PACA

Discrimination et santé : enjeux politiques et signification sociale

FASSIN, Didier ; LAUDEREAU, Claire

La question de la discrimination raciale et de la manière dont elle est portée dans l'espace public est abordée et l'invention de la discrimination à la française est introduite. Puis, l'auteur étudie à travers le domaine de la santé, les choix et enjeux de nos sociétés. Les "5 à 7", 2002, 22 p.

Consultable CRPV

Les inégalités sociales de santé

LECLERC Anne, FASSIN Didier, GRANDJEAN Hélène

La Découverte, INSERM, 2000, 448 p.

Fruit d'un programme de recherche pluridisciplinaire, ce livre dresse un état des savoirs en matière d'inégalités sociales face à la santé. Pour les grands domaines de la santé et les principales maladies, il apporte des informations précises, s'efforçant d'expliquer pourquoi ces inégalités ont leurs racines en amont du système de soins.

Consultable CRES-PACA

Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport du groupe de travail "Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale"

LAZARUS, Antoine

Paris : Délégation interministérielle à la ville, 02/1995, 59 p.

Les professionnels du secteur social mettent en relief la souffrance et la mal être d'un nombre important des personnes dont ils ont la charge. Le groupe de travail a tenté de définir ces populations et leur santé mentale, de repérer les pratiques actuelles en direction de ces populations notamment les jeunes et enfin de cerner le thème de la souffrance au travail. Le rapport présente les synthèses des travaux.

Consultable CRPV

Précarisation, risque et santé

JOUBERT Michel, CHAUVIN Pierre, FACY Françoise

Editions INSERM, 2001, 474 p.

La crise des années 1980-1990 a multiplié le nombre des chômeurs et des actifs en situation précaire qui ont développé des modalités de rapport aux risques inédites pour les acteurs sanitaires et sociaux. Epidémiologistes, anthropologues, sociologues, psychologues et médecins tentent ici d'indiquer comment des actions mieux adaptées pourraient être développées.

Consultable CRES-PACA

Précarité et santé

Bibliographie

LEBAS Jacques, CHAUVIN Pierre, KOUCHNER Bernard

Paris : Flammarion, 1998, 299 p.

Etat des lieux par 38 acteurs de terrain et d'expertise de la situation sanitaire des populations les plus exposées à la précarité. Les principales causes de difficulté d'accès aux soins sont précisées et les initiatives et dispositifs médico- sociaux mis en place depuis quelques années sont passés en revue. Consultable CRES-PACA

**Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social
DAVY Evelynne, DREYFUS Michèle, DUROCHER Liliane**

Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, 2007, 28 p.

Ces recommandations sont destinées aux travailleurs sociaux. Elles rappellent tout d'abord ce que sont la souffrance psychique et la pathologie mentale en lien avec la précarité et l'exclusion, précise le rôle des travailleurs sociaux auprès des personnes malades, notamment en cas de manifestations extrêmes de leurs pathologies. Une meilleure connaissance de la psychiatrie par les travailleurs sociaux et une meilleure connaissance du champ social par les professionnels de la psychiatrie sont nécessaires, afin d'assurer une meilleure orientation pour une prise en charge médicale.

Etudes locales

Evaluation du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) 2003-2006 en Provence-Alpes-Côte d'Azur

DRASS Provence-Alpes-Côte d'Azur, GRSP Provence-Alpes-Côte d'Azur, 07/2007, 85 p.

L'évaluation de la deuxième génération du PRAPS Provence Alpes-Côte d'Azur 2003-2006 s'est déroulée de novembre 2006 à avril 2007. L'évaluation a porté sur la cohérence des objectifs, les modalités d'instruction et de pilo-

tage, le fonctionnement des permanences hospitalières d'accès aux droits et aux soins, la place accordée aux bénéficiaires, ainsi que les effets du programme. Des recommandations ont été émises pour faire évoluer le PRAPS. Celui-ci est en cours de redéfinition, et de nouveaux objectifs seront proposés pour l'année 2008.

Consultable CRES-PACA

Les ateliers Santé-ville des Bouches-du-Rhône. Éléments pour une évaluation départementale

DDASS des Bouches-du-Rhône, 02/2006, 59 p.

Après quatre ans de mise en œuvre d'ateliers Santé-ville dans les Bouches-du-Rhône, un plan départemental d'évaluation a été mis en place pour contrôler la cohérence globale du dispositif, son organisation et son articulation avec d'autres programmes, ainsi que la méthode développée. Parallèlement à cette évaluation, un plan local d'évaluation centré sur les huit ateliers Santé-ville créés dans le département a été élaboré. Ce rapport explicite les enseignements de ces deux évaluations.

La santé des ménages les plus pauvres en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Collectif

Sud Insee l'essentiel, n° 97, 2006, 4 p.

Commentaire Données issues de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux réalisée en 2003.

Provence-Alpes-Côte-D'azur; SANTE; Enquête; Statistique

Consultable CRPV

Diagnostic santé. atelier Santé-ville Marseille nord

BERARD, Line

Marseille : ASV Marseille nord, 2005, 59 p.

Ce diagnostic a été mené en 2004 et est la démarche préalable à la construction d'un plan local de santé publique. Il comprend :

Bibliographie

- *des données issues d'une enquête de perception menée auprès de professionnels du champ sanitaire et social. Le diagnostic est le résultat du croisement des données perçues avec les données objectives obtenues localement. Son objectif final est de déterminer quels sont les problèmes de santé prioritaires pour la population vivant sur ce territoire.*
- *la consultation des habitants de ce territoire à travers la mise en place de groupes d'expression*
- *des données sanitaires disponibles localement.*

Consultable CRPV

Le Plan régional de santé publique Provence-Alpes-Côte d'Azur Éléments de contexte et premières propositions 2005.

DRASS PACA, 2005, 15 p.

Cette brochure rappelle brièvement le diagnostic régional partagé de la situation sanitaire et sociale de la région, élaboré lors de la première version du PRSP. Suivent le cahier des charges du PRSP 2005/2009 et son contenu, une présentation des objectifs généraux et stratégiques du PRSP, des nouvelles modalités d'action et de coordination et enfin le bilan des programmes de santé et des actions de prévention mis en oeuvre dans la région.

Consultable CRPV

Atelier Santé-ville de Salon-de-Provence. Plan local d'actions de santé publique 2005-2008

CASANOVA-CISSE Stéphanie

*Ville de Salon-de-Provence, Observatoire régional d'épidémiologie (OREP),
DDASS des Bouches-du- Rhône, 2005, 67 p.*

Présentation des 4 axes du Plan local d'actions en santé publique de la ville de Salon-de-Provence pour les années 2005-2008 : organiser l'analyse et le suivi de la situation sanitaire et sociale locale, améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en souffrance psychique, promouvoir l'appropriation d'une bonne hygiène de vie et lutter contre les maladies à déterminisme alimentaire, développer la prévention précoce des difficultés et

troubles des apprentissages et du comportement.

Consultable CRES-PACA

Evaluation de la participation des habitants sur les ASV du site Martigues / Port-de-Bouc

DEMONTIS Laurent, VIGNOLO Chantal

Institut de formation des cadres de santé du pays d'Aix, 2005, 25 p.

La participation des habitants du site inclus dans le dispositif des ateliers Santé-ville de Martigues/Port-de-Bouc est analysée à travers des entretiens réalisés auprès de professionnels ayant contribué à la mise en place de ces ateliers Santé-ville (ASV).

Consultable CRES-PACA

Atlas social de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les aspects territoriaux de la pauvreté et de la précarité

DURANG Xavier, MIKLAVEC Nelly

Dispositif régional d'observation sociale, 2005, 45 p.

L'atlas social de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur propose une analyse spatiale sous forme de chiffres et de cartes des questions liées à la pauvreté et à la précarité.

Consultable CRES-PACA

L'égalité de l'accès aux soins en région Provence-Alpes-Côte d'Azur

ROUX Christian, DUVAL Philippe

CESR Provence-Alpes-Côte d'Azur, 20/09/2004, 127 p.

Après un panorama des politiques de santé menées en Europe, en France, en Bretagne et en Alsace, le Conseil économique et social régional PACA établit un état des lieux épidémiologique par population de la région, concernant notamment les personnes âgées et les personnes précaires, analyse l'offre régionale de soins hospitaliers, l'offre de soins du secteur médical libéral et propose des pistes de réorganisation de l'offre de soins.

Consultable CRES-PACA

Bibliographie

Résultats de l'étude de préfiguration. Atelier Santé-ville Marseille Nord BARTOLETTI Julien, GOEURLOT Daphné, SCOTTO Vanina

CoDES des Bouches-du-Rhône, DDASS des Bouches-du-Rhône, 01/06/2003, 154 p.

La Région Provence-Alpes-Côte d'Azur est l'une des régions pilotes d'application du dispositif des ateliers Santé-ville. Marseille est l'une des 5 villes retenues dans les Bouches-du-Rhône et après la mise en oeuvre d'un ASV en Centre Ville, la nécessité de mettre en oeuvre un ASV sur les quartiers nord de Marseille s'est ensuite imposée. Il a été décidé de lancer une étude préalable en raison d'une densité importante, d'une lisibilité réduite des actions de santé, et de l'homogénéité de ce territoire et afin de donner un pré-diagnostic aux partenaires du contrat de ville.

Consultable CRES-PACA

Synthèse de l'enquête participative sur la santé des habitants de la rocade sud d'Avignon

TRUZE Philippe

Atelier Santé-ville d'Avignon, 12/2003, 13 p.

Présentation sous forme de tableaux et d'histogrammes des résultats de l'enquête sur la santé des habitants de la Rocade sud d'Avignon dans le cadre de la phase de diagnostic de l'Atelier Santé-ville d'Avignon.

Consultable CRES-PACA

Les ateliers Santé-ville : un outil de planification à l'échelle locale. L'expérience du département des Bouches-du-Rhône

KACER Jennyfer

ENSP, 2003, 77 p.

Analyse de la mise en place d'ateliers Santé-ville (ASV) dans les Bouches-du-Rhône, de l'émergence d'une nécessaire réponse territorialisée face à la problématique santé-précarité à l'élaboration des Plans locaux de santé publique (PLSP).

Consultable CRES-PACA

Genèse des ateliers Santé-ville dans le département des Bouches-du-Rhône

Délégation interministérielle à la ville ; Direction départementale des affaires sanitaires et sociales des Bouches-du-Rhône, 12/2002, 19 p.

La région PACA expérimente les ateliers Santé-ville dans le cadre d'une mission d'observation et de modélisation des pratiques. La démarche de l'ASV est expliquée aux intervenants départementaux, la DDASS contribue à l'émergence des ASV et soutient la coordination départementale. Le bilan des ASV sur Marseille est donné.

Consultable CRPV

2000-2015. Quelles priorités de santé publique en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Une tentative prospective

Observatoire régional de la santé (ORS) Provence-Alpes-Côte d'Azur, Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

Référence : ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur, 1999, 58 p.

Dans le cadre de la conférence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur de 1999, l'ORS a réalisé un recueil de données concernant tous les indicateurs de santé que sont les évolutions spatiales et démographiques, la croissance économique, les progrès technologiques, l'évolution de l'opinion publique, l'épidémiologie de la morbidité et de la mortalité, les moyens sanitaires de lutte contre les maladies, afin de tenter une analyse prospective pour la période 2000-2015 permettant d'orienter les priorités régionales de santé.

Consultable CRES-PACA

Etats généraux de la santé en région PACA. Les inégalités géographiques d'accès aux soins

Référence : DRASS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 1998, 18 p.

Lieu et date : Digne-les-Bains, 7 décembre 1998

Bibliographie

Ce forum, dans le cadre des Etats généraux de la santé en Provence-Alpes-Côte d'Azur, s'est déroulé à Digne-les-Bains sur les inégalités géographiques d'accès aux soins et les réponses des établissements de soins et des médecins libéraux. Consultable CRES-PACA

Enquête santé. Site Saint Barthélémy – Le Canet – Saint-Joseph

Ville de Marseille, 1997, 28 p. + annexes

Ce document porte sur la santé déclinée selon la problématique inscrite au contrat de ville de Marseille : les facteurs de risque pour les habitants des quartiers DSU – Site Saint Barthélémy – Le Canet, Saint Joseph – et les difficultés d'accès aux soins pour ces mêmes habitants. Ce document comporte trois parties : les résultats de l'enquête (identification des principaux problèmes et solutions suggérées); une deuxième partie concerne l'analyse des résultats; une troisième fait état des dispositifs proposés.

Consultable CRPV

Diagnostic santé des quartiers prioritaires d'intervention de la ville de Nice. Rapport final - version 2

Observatoire régional de la santé (ORS) Provence-Alpes-Côte d'Azur

ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 1997, 83 p.

Afin d'évaluer la pertinence des interventions proposées par différents promoteurs d'actions de santé dans le cadre du contrat de ville, la ville de Nice a fait réaliser un diagnostic-santé selon la double ambition de :

- *rendre compte de l'ensemble des ressources locales dans le domaine de la santé*
- *définir des axes de travail prioritaires sur l'ensemble des sites visés par le contrat de ville.*

Après avoir défini les problèmes de santé des populations défavorisées et évaluer l'adéquation entre l'offre de soins existante et les besoins, ce diagnostic propose un cadre d'actions dans lequel doivent s'inscrire les promoteurs de projet.

Consultable CRES-PACA

Directeur de la publication
Hervé Masurel

Responsable des éditions
Corinne Gonthier

Coordination
Catherine Richard

Contact DIV
catherine.richard@ville.gouv.fr

Réalisation graphique
Polynôme Communication

Impression
IME

Dépôt légal : avril 2009

La DIV a organisé, en partenariat avec la Direction générale de la santé (DGS), un séminaire de capitalisation et de réflexion intitulé « Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales – Santé et contrats urbains de cohésion sociale » les 6, 7 et 8 octobre 2008, à Bordeaux. Constat majeur du séminaire : le volet santé des contrats pose l'atelier Santé-ville (ASV) comme l'outil fédérateur des politiques de la ville, de santé publique et de cohésion sociale.

La phase de test est aujourd'hui dépassée : un réel savoir-faire a été acquis dans les domaines du diagnostic local, de la définition des objectifs et de la mise en œuvre de plans d'action de santé publique locale. Il importe désormais de capitaliser et de valoriser ce savoir-faire pour assurer l'avenir des ASV. Depuis leur mise en place, les ASV ont permis :

- l'ancrage au plan local d'une culture et de programmes d'action de santé publique ;
- l'apparition d'un nouveau métier, le coordonnateur ;
- l'existence d'un nouvel espace de contractualisation entre l'Etat et le local ;
- l'émergence d'un « savoir expert » des populations.

Ces trois journées ont confirmé la capacité des équipes locales des villes à innover, s'engager dans des approches populationnelles, construire avec leurs partenaires, et réaliser une véritable avancée dans le champ de la santé publique sur les territoires de la politique de la ville.

Ce séminaire a connu un prolongement avec la journée nationale organisée le 5 décembre 2008 au ministère de la Santé, « Politiques territoriales et politique de santé : comment mieux agir ensemble au niveau local ? ».



Délégation interministérielle à la ville

194, avenue du Président-Wilson
93217 Saint-Denis La Plaine cedex
www.ville.gouv.fr

ISSN : 1629-0410
ISBN : 978-2-11-096852-4