

LES ATELIERS SANTÉ VILLE

Territoires, santé publique
et politiques de santé
au niveau local

.....
Document d'étape

Ce document a été réalisé par l'association RESSCOM :
Fernando BERTOLOTTO (*fernando.bertolotto@wanadoo.fr*) sociologue
et Michel JOUBERT (*michel.joubert@wanadoo.fr*) Enseignant-chercheur
(Paris VIII, CESAMES, laboratoire CNRS-INSERM),

avec pour les aspects rédactionnels la collaboration de :
Dominique DURAND (*dominique.durand@orange.fr*) journaliste
et Philippe NAVARRO (*philippe.navarro@ville.gouv.fr*) chargé de mission à la DIV.
Catherine RICHARD (*catherine.richard@ville.gouv.fr*)
chargée de mission santé à la DIV,
au département Lien social/service public
et Antoine GUENIFFEY (*antoine.gueniffey@sante.gouv.fr*),
chargé de la politique de la ville au bureau SD6D pour le ministère chargé de la santé,
ont assuré le suivi du projet pour les ministères de la Santé et de la Ville.

LES ATELIERS SANTÉ VILLE

Territoires, santé publique
et politiques de santé
au niveau local

Préface

En initiant les ateliers santé ville, conjointement avec la direction générale de la santé et la direction générale de l'action sociale, la délégation interministérielle à la Ville a eu la volonté de répondre aux problèmes spécifiques de santé rencontrés par les personnes qui résident dans des zones urbaines sensibles afin de rétablir une égalité sociale et territoriale. Le contrat de ville ou les conventions de programmes d'actions dans les zones urbaines sensibles, le partenariat institutionnel favorisent à ce titre le développement de programmes d'accès à la prévention et aux soins intégrés aux politiques publiques mises en œuvre localement.

Sous l'impulsion et l'animation dynamique des sous préfets chargés de mission pour la politique de la ville et des directeurs départementaux des affaires sociales, c'est un mode de territorialisation de la politique de santé publique qui se développe, avec une adhésion des maires et donc une participation active des communes.

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins constituent le cadre des ASV et ceux-ci en déclinent les principaux axes.

La loi relative à la politique de santé publique et celle relative aux libertés et responsabilités locales, toutes deux récemment promulguées, respectivement les 9 et 13 août 2004, conduisent à un ré-agencement des compétences en matière de santé publique et précisent le cadre et les orientations de la politique de santé publique. Les ateliers santé ville auront à se redéployer dans ce nouveau cadre institutionnel dans lesquels ils sont les bienvenus.

Les ASV constituent d'ores et déjà des matrices locales pour animer, adapter et renforcer les différents axes de la politique de la santé publique. Ils offrent un espace où la santé publique, la politique de la ville et la lutte contre les exclusions croisent leurs diagnostics, leurs approches, leurs cultures professionnelles et leurs pratiques pour faire émerger les spécificités des problématiques locales et in fine rendre plus fort l'impact de ces politiques publiques.

Faire ensemble pour faire mieux, pour faire plus juste, pour faire au plus près : telle est l'ambition des Ateliers Santé Ville.

Les communes et les intercommunalités s'engagent. Près de deux ans après leur lancement (2002-2003), nous dénombrons plus de quatre vingt ASV sur le territoire national et une cinquantaine se mettent en place actuellement. C'est plus d'une centaine d'ASV qui fonctionneront au terme de cette année.

Si les maires s'engagent, c'est qu'ils savent qu'aborder les questions de santé, permet de développer un autre regard sur la marche d'une ville et de compléter ce regard porté sur d'autres problématiques du champ social, éducatif et de l'insertion professionnelle.

Michel Joubert le décrit très justement dans la présente étude, précisant notamment le lien entre la précarité sociale et la santé, montrant notamment en quoi les questions émergentes dans le champ de la santé mentale renvoient directement à l’appréhension des phénomènes d’exclusion et partant des politiques d’insertion qui peuvent être développées sur un territoire.

Face à cet enjeu de cohérence, l’atelier santé ville est un révélateur des synergies à mettre en œuvre localement. Il décroïssonne et peut “faire levier” pour l’action publique.

Lancés initialement dans deux régions pilotes - l’Île-de-France et Provence-Alpes-Côte-d’Azur en Seine Saint-Denis et dans le Var (2001) - les ASV montrent d’ores et déjà une certaine maturité; les axes de travail émergent; la méthodologie s’affine, les actions se mettent en place.

Cette étude se présente cependant comme un document d’étape et il s’agit bien de cela : donner à comprendre les fondements, la méthode et le cadre institutionnel des ASV. Le tout illustré de nombreux témoignages de professionnels ou d’élus directement impliqués.

Ce travail sera nécessairement complété mais c’est une pièce importante.

Au delà des changement législatifs cités, les ASV se construisent aussi désormais dans le cadre de la loi d’orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1^{er} août 2003.

Celle-ci ré-affirme l’objectif de développement de la prévention et de l’accès aux soins comme une dimension importante de la politique de la ville. Elle présente les trois orientations majeures en ce domaine :

- favoriser l’installation des professionnels de la santé dans les quartiers,
- accompagner les programmes de prévention,
- renforcer la santé scolaire.

Elle définit par ailleurs une série d’indicateurs, qui permettra, année après année au niveau des conseils municipaux, des conseils généraux, régionaux et chaque année également devant les assemblées parlementaires de juger et de débattre de l’avancée des politiques publiques qui concourent, à travers elle, à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Les ASV trouvent dans ce cadre une légitimité renforcée.

Nul doute par conséquent que ces initiatives doivent être saluées comme elles le méritent, reconnues et accompagnées dans le cadre des réformes en cours.

Claude Brévan
Délégue Interministérielle à la Ville

William Dab
Directeur Général de la Santé

Sommaire

Préface	5
PRINCIPE	13
FONDEMENT	21
LES INEGALITES DE SANTE : OBJET ET CADRE D'UNE MOBILISATION	
1 La production des inégalités de santé : des données convergentes	24
2 Santé et précarisation	26
LA SENSIBILITATION ET MOBILISATION DES VILLES	30
1 La construction locale du système de santé	30
2 La nouvelle question urbaine	31
3 La précarité oblige à interroger le système de santé	33
4 L'enjeu de la santé dans la lutte contre l'exclusion sociale	36
DE NOUVELLES TERRITORIALISATIONS POUR LA SANTE PUBLIQUE	40
1 Un cadre législatif en cours de clarification marquant l'émergence d'une politique nationale de santé publique	40
2 Territoires et proximité : dépasser les logiques interstitielles	44
3 Identifier et mobiliser les ressources de santé et augmenter la flexibilité institutionnelle	45
4 Les thématiques majeures pouvant faire l'objet d'actions de santé au niveau local	46
MÉTHODE	55
METTRE EN PLACE UN ASV	58
1 Les niveaux de promotion des ASV	58
2 La définition d'une note de cadrage départemental	61
3 Le comité départemental de pilotage et de suivi	62
REALISER UN DIAGNOSTIC	65
1 Les méthodes diagnostiques	65
2 La participation de la population	69
3 Expérimentation et territoire	75
COORDONNER ET ANIMER UN ASV : LES COMPETENCES NECESSAIRES	81
1 Les compétences professionnelles mobilisées dans les ASV	82
2 Le travail d'interface	86
L'EVALUATION DES ASV : UN GUIDE POUR L'ACTION	
1 Le référentiel	89
2 Les options	90
3 Les méthodes	91
4 Les objets	93

ILLUSTRATION : L'EXPERIENCE SOUTENUE DE LA SEINE SAINT-DENIS	94
Grille d'évaluation des projets déposés	96
Typologie de référence	97

VADE-MECUM 99

Recommandations stratégiques et méthodologiques relatives à la mise en place d'un dispositif de promotion et d'animation des ASV au niveau régional	102
• Positionner la DRASS au sein des dispositifs départementaux de la politique de la ville	102

Recommandations stratégiques et méthodologiques relatives à la mise en place d'un dispositif de promotion et d'animation des ASV au niveau départemental	
• Consolider le positionnement de la DDASS au sein du dispositif départemental de la politique de la ville	104
• Constituer une plate forme institutionnelle départementale de soutien au volet santé de la politique de la ville et développement des ASV	104
• Lancement officiel d'une politique de promotion des ASV dans le département	105
• Réalisation du plan départemental de promotion des ASV	106

Recommandations stratégiques et méthodologiques relatives à la mise en place d'un dispositif de promotion et d'animation des ASV au niveau municipal	
Mise en place d'un ASV au sein du contrat de ville	107
Lancement d'une démarche ASV sur le territoire du contrat de ville	107
Animation d'une démarche ASV sur le territoire du contrat de ville	108

ANNEXES 111

LES TEXTES OFFICIELS	112
Circulaire DIV DGS du 13 juin 2000 sur la mise en œuvre des ateliers "santé-ville"	118

LES ATELIERS SANTE VILLE

LE CADRE DE RÉFÉRENCE	120
Fiche technique N°4	125
Loi n°2002-73 du 2 janvier 2002 de modernisation de l'action sociale et médico-sociale	128
La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé	130

BIBLIOGRAPHIE	134
---------------	-----

AVERTISSEMENT

Une mission d'assistance technique visant à définir et mettre en œuvre une stratégie de promotion des Ateliers Santé Ville (ASV) sur deux régions pilotes a été lancée par la DIV et la DGS entre octobre 2000 et décembre 2001 en Ile-de-France et en Provence Alpes Côte d'Azur. Son but était de mettre au point un référentiel susceptible de faciliter le processus d'implantation des ASV sur l'ensemble des communes ou inter-communalités comportant une ou plusieurs zones urbaines sensibles. La présente étude restitue les principaux résultats du travail de repérage des éléments constitutifs de la problématique des ASV et de leur promotion tels qu'observés dans les deux régions pilotes.

Elle présente également les principales questions pratiques et pistes de résolution méthodologique susceptibles d'aider les acteurs de terrain. Elle devrait contribuer ainsi au développement territorial de la politique de santé publique.

Principe

Principe

La lutte contre les exclusions dans le champ de la santé est une priorité nationale, à laquelle concourent les politiques de la ville et de santé publique.

Ces deux politiques cherchent, au niveau territorial, à optimiser leur efficacité par le biais de démarches de programmation, appelées "Ateliers Santé Ville" (ASV).

L'ASV constitue le point de convergence entre le volet santé de la politique de la ville et le volet santé de la loi contre les exclusions. Il est l'interface permettant de décliner les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), institués par l'article 71 de la loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Les PRAPS s'inscrivent dans une démarche de prévention de l'exclusion cherchant à résoudre les problèmes d'accès à la prévention et aux soins des personnes exclues, et s'intéressant à toutes les personnes en situation de précarité. Au regard des 20 à 25% de la population française touchés par la précarité, le PRAPS peut constituer un outil essentiel dans la lutte contre les inégalités sociales en matière de santé.

La décision du Conseil Interministériel des Villes (CIV) du 14 décembre 1999 relative à la mise en place des Ateliers Santé Ville se fondait sur un double constat :

- l'insuffisance du développement et du niveau de qualité des actions de santé intégrées à la politique de la ville,
- le faible degré d'intégration des territoires de la politique de la ville dans les politiques de santé publique concourant à la lutte contre les exclusions et les inégalités sociales et spatiales de santé.

C'est donc naturellement en lien avec les PRAPS I (1999-2002) que la démarche ASV s'est inscrite. Le cahier des charges des ASV (circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000), mis en annexe technique à la circulaire DGS/SD6 du 13 juin 2000 en présentait le cadre de référence :

"Créé à l'initiative des partenaires des contrats de ville, l'atelier santé ville vise à promouvoir le développement des programmes locaux de santé, en cohérence avec la démarche stratégique utilisée pour les PRAPS."

"Il s'agit d'améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires de la politique de la ville, qu'elles soient menées par les institutions, le monde associatif ou les acteurs de santé du service public ou privé."

De par leurs orientations stratégiques, les ASV renvoient aux questions relatives à la participation sociale en santé et à l'organisation de la prévention, telles qu'abordées dans les lois de modernisation de l'action sociale et médico-sociale (loi n° 2002-73 du 2 janvier 2002) et celle relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002).

L'importance des ASV a été notamment rappelée par Mme Dominique VERSINI, secrétaire d'Etat à la lutte contre l'Exclusion, dans sa présentation, en février 2003, du plan national de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion. Ce plan intègre les PRAPS II (2003-2006) et, dans ce cadre, le développement de la démarche territorialisée de l'accès à la prévention et aux soins suivant la méthodologie mise en œuvre par les ASV. Le texte précise :

“La deuxième génération des PRAPS prend en compte la démarche territoriale des programmes de santé. Il s'agit donc de :

- poursuivre le développement du cadre opérationnel de l'ASV en vue d'améliorer les conditions d'accès à la prévention et aux soins des publics socialement vulnérables des zones urbaines sensibles,
- développer les actions de prévention en leur faveur, au travers de coopérations avec les municipalités en contrat de ville et de coproductions villes/Etat d'objectifs de programmes de santé publique.”

Dans le cadre de la politique de santé publique définie au niveau régional, les ASV ont pour mission :

- l'identification au niveau local des besoins spécifiques des publics en situation de vulnérabilité et des déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie : habitat, logement, emploi, éducation, ressources,
- la coordination des différents acteurs : création et renforcement des réseaux médico-sociaux de proximité, établissements de santé, centres de santé, santé scolaire, etc,
- l'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site,
- la facilitation de l'accès effectif aux services sanitaires et sociaux de droit commun,
- la participation active de la population à toutes les phases des programmes, ainsi que la concertation avec les professionnels et les institutions intervenants dans ce domaine. »

La mise en œuvre des ASV au niveau territorial est faite sous la responsabilité des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et du Maire. Leur pilotage concerne donc à la fois le plan départemental (au titre de la programmation de santé publique) et le plan local.

Les thèmes de travail peuvent concerner :

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

L'ASV implique une fonction d'animation locale conjuguant des compétences d'ingénierie et de projet et des compétences en matière sanitaire et sociale.

Le chef de projet local doit “être intégré au pilotage du contrat de ville et dans le groupe de pilotage départemental du PRAPS animé par les DDASS”.

Au cours des dernières années, une nouvelle culture d'action en santé publique fondée sur la programmation territorialisée s'est progressivement développée. Les problématiques de santé rencontrées dans les dispositifs de lutte contre les exclusions ont montré l'importance des liens entre l'état de santé, les problématiques sociales et les conditions de vie des populations.

Les réponses à apporter doivent favoriser le retour ou l'accès des publics précarisés vers les circuits de droit commun. Il ne s'agit pas de mettre en place "une filière précarité" qui viendrait doubler le droit commun et qui drainerait les publics n'entrant pas dans les circuits ordinaires. De ce point de vue, la dynamique locale des acteurs de santé de proximité constitue un préalable en même temps que la condition qui permet d'éviter les écueils d'une prise en compte segmentaire des publics. Cette dynamique locale favorise l'ajustement du système de santé au plus près des réalités des groupes sociaux les plus vulnérables, suivant les principes de la promotion de la santé définis par l'Organisation Mondiale pour la Santé dans la charte d'Ottawa.

La charte d'Ottawa

Novembre 1986, co-parrainée par l'OMS

Extraits

"La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs – politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques – peuvent tous la favoriser ou au contraire lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leurs sont offertes d'opter pour une vie saine. "

La prise en compte des problématiques locales de santé se construit à partir d'un diagnostic partagé des besoins prioritaires, identifiant les aspects proprement sanitaires (analyse de l'offre et des besoins sanitaires, conditions d'exercice des professionnels, accessibilité aux services et moyens nécessaires à la prévention et aux soins), mais aussi les déterminants de l'état de santé (conditions et modes de vie, qualité de l'environnement, participation sociale aux choix déterminants pour la santé et le bien-être des populations).

La valeur des ASV dépasse largement les seuls publics dits défavorisés. Les ASV peuvent apporter une plus-value à l'ensemble de usagers du système de santé en terme de qualité et d'adéquation des services rendus.

En effet, l'analyse des principales problématiques de santé abordées au sein de la politique de la ville ou des PRAPS, montre bien :

- qu'elles ne revêtent pas un caractère spécifique,
- qu'elles concernent, à des degrés divers, l'ensemble de la population,
- que leur complexité appelle des changements de portée générale dans la conception et dans la conduite des politiques de santé publique, comme au niveau des pratiques des institutions et des professionnels chargés de la protection de la santé des populations.

L'enjeu principal des ASV n'est donc pas seulement celui d'améliorer la gestion ou l'organisation de l'action en santé pour les plus démunis, mais bien celui de contribuer, à partir du cadre de la politique de la ville, à l'optimisation de l'offre de services de droit commun concourant à la protection et à l'amélioration de la santé de l'ensemble des populations d'un territoire et à la réduction des inégalités territoriales infra-communales.

Dans cette perspective, l'ASV apparaît comme un espace d'expérimentation de nouvelles formes d'organisation de l'action publique. Il propose un modèle d'action complétant le système actuel d'organisation et de planification de la santé publique au niveau local, là où les intérêts et les moyens des différentes instances compétentes, agissant au niveau départemental et régional, rencontrent ceux des municipalités dans un cadre souple et contractualisé.

A ce titre, il peut constituer une surface d'ajustement entre les différents dispositifs existants et acteurs :

- pour les professionnels des secteurs sanitaire et social publics et privés, l'ASV peut porter l'opportunité de se faire "entendre", de participer à la production de projets locaux de santé, d'être partenaires et relais dans les multiples champs d'intervention ayant une incidence directe sur l'état de santé des publics et auxquels ils accèdent rarement : la sécurité, la prévention, le logement, les loisirs, l'emploi et l'insertion, l'aménagement des quartiers et dans d'autres lieux d'échanges où les interlocuteurs sont loins de leur pratique quotidienne : les services déconcentrés de l'Etat, les services sanitaires et sociaux des collectivités locales, etc.,
- pour les populations et les organisations sociales intéressées à la santé, l'ASV peut permettre d'investir un secteur d'action qui leur est trop souvent escamoté au nom de l'expertise,
- pour les institutions publiques, du fait du caractère dynamique et dynamisant de la problématique santé, l'ASV peut constituer un moyen d'élargir les surfaces de participation sociale à la vie de la cité.

Les ASV dans le VAR : Un laboratoire local

Entretien avec

Suzanne Guglielmi, *Médecin inspecteur et Directrice adjointe de la DDASS du Var et*
Isabelle Amary, *inspecteur principal.*

Les ASV ont été mis en œuvre à titre pilote depuis juin 2001 en région PACA. Le Var s'est inscrit dès le départ dans ce dispositif par la mise en place d'ASV dans 3 villes du département : Draguignan, La Seyne-sur-Mer et Toulon. La mise en œuvre de cette politique correspond à une volonté forte de la DDASS, soutenue de manière constante par la préfecture et particulièrement le sous préfet à la ville.

Les Elus se sont tout de suite impliqués. A côté de l'objectif général de réduction des inégalités de santé, en agissant, par une politique locale globale, sur la multiplicité de leurs déterminants, l'ASV se propose d'intégrer localement les objectifs de santé dans les territoires de projet, notamment sur les sites en contrat de ville, pour une plus grande cohérence et efficacité de l'action locale et avec l'implication de la population et des associations.

La plus value attendue des ASV
Plusieurs "grands principes" participent à l'orientation de la démarche :

- rechercher une cohérence et une efficacité de l'action locale du point de vue de la santé en donnant leur place aux populations et aux associations,
- tisser et renforcer les liens entre les services de l'État, les autres institutions, les élus, les professionnels,
- définir des territoires pertinents avec les objectifs de déclouonnement.

Les ASV peuvent permettre de :

- redéfinir des territoires locaux jugés pertinents : Pays Dracénois, communauté d'agglomération Fréjus Saint-Raphaël et, à terme, agglomération toulonnaise,

- déclouonner les secteurs (hôpital/ambulatoire - sanitaire/social - soins/prévention - individu/environnement),
- donner cohérence, sens et continuité, en respectant le temps nécessaire pour forger un langage commun, des référentiels,
- impliquer la population et les associations. Il faut en même temps tenir compte de la méfiance des plus défavorisés à l'égard des administrations, des élites et des organisations ou professionnels. Pour cela, des outils sont nécessaires : enquêtes participatives, consultations populaires au départ. Mais aussi impliquer les usagers dans la mise en œuvre et les évaluations nécessaires.

Des clefs pour la réussite.

- le choix du partenaire et de l'animateur,
- la désignation des coordinateurs,
- les méthodologies de consultation de la population : enquête participative de Fréjus Saint Raphaël, méthode de l'Université du Citoyen,
- l'appel aux technologies de communication pour que l'information circule, pour optimiser les temps de réunion, pour collecter et analyser les données, etc.
- l'élaboration d'outils d'aide : logiciel MS Project de programmation et suivi des actions ; usage des technologies de communication pour pallier le problème de la multiplication des réunions.

Les projets et des axes de travail

A Draguignan, les axes d'intervention sont les difficultés de santé des personnes âgées et l'appui méthodologique au CLIC intercommunal, les conduites dépendo-

gènes à risque des jeunes, le saturnisme dans la vieille ville. A La Seyne-sur-Mer les axes sont la souffrance psychique, le saturnisme dans la vieille ville – les anciens quartiers ouvriers repeints avec les peintures des chantiers navals.

A Toulon, le développement de l'ASV a été confié au CODES 83 . Le quartier choisi est celui de Sainte Musse. L'axe d'intervention retenu concerne l'appropriation des structures, dispositifs et professionnels de santé par les personnes en situation de précarité. La démarche est naissante sur la communauté Fréjus – Saint Raphaël. Elle concerne le quartier de la Gabelle, à l'articulation entre les deux villes et qui concentre une multiplicité de difficultés. Les axes en sont : santé-justice, protection civile participative, habitat ancien et saturnisme. Elle s'inscrit dans la perspective de réouverture du centre social et de réhabilitation de l'habitat.

Une dynamique départementale naissante

Une dynamique départementale autour des ASV se fait jour dans le département. Les élus, conscients de la nécessité d'ouvrir un nouvel espace local en matière de

santé, malgré l'absence de compétences légales, valident et soutiennent les projets listés ci-dessus. Les ASV deviennent des "laboratoires" locaux d'élaboration de politiques qui peuvent concerner des territoires beaucoup plus larges :

- ASV et personnes âgées : poids de cette population dans le Var qui représente la France à l'horizon 2020, élaboration d'actions cohérentes et nouvelles sur le MAD, les problèmes médicaux en extra-hospitalier, les familles et leurs "anciens", les migrants vieillissants, la prévention des accidents...

- ASV, santé – justice : utilisation éducative de la loi de 1970, mise en réseau d'associations et de structures médico-éducatives pour prendre en charge le jeune en difficulté

- ASV et protection civile participative : mobilisation des jeunes sur la constitution d'un corps de supplétifs de protection civile (crise, prévention des accidents, appui à l'intervention aux feux de forêt...), rétablissement des liens sociaux et intergénérationnels ainsi que du dialogue entre les jeunes et les institutions.

- ASV et saturnisme : l'habitat ancien des centres villes.

Fondements

Les processus de précarisation n'ont fait que s'accroître au cours de ces vingt dernières années. Ils révèlent les profonds décalages existant entre notre système social et sanitaire et une fraction importante de la population, socialement et économiquement défavorisée. Cette mise en question du système de santé et de protection sociale a été exacerbée par l'épidémie du sida, les affaires du sang contaminé, celles de l'amiante, puis par la crise de la vache folle. Les insuffisances d'un système centralisé, aussi sophistiqué soit-il, sont ainsi apparues quand il s'agit de prévenir, de mobiliser les acteurs et d'anticiper les risques. La question pour les politiques de santé publique de se confronter à la reproduction des inégalités sociales de santé a également été mise à l'ordre du jour.

La recherche de registres d'intervention plus appropriés a conduit à multiplier les approches territoriales pour les politiques de santé : la perspective dominante consistant à favoriser les rapprochements et les mises en cohérence susceptibles d'assurer une meilleure adéquation entre les moyens de l'action publique et les besoins des publics concernés.

La loi de lutte contre les exclusions permet de son côté d'articuler les efforts entrepris sur le plan de la généralisation de la protection sociale (couverture maladie universelle et AME) avec la recherche des moyens les plus efficaces pour toucher les publics en difficulté (programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins). La mise en application de ces programmes et la dialectique des échanges entre les priorités nationales de santé publique et les besoins des publics vivant sur des territoires socialement déterminés supposaient que soient développées des synergies d'acteurs et une bonne articulation des compétences : le développement du volet santé des contrats de ville s'est, à cet égard, avéré constituer un vecteur approprié.

Après avoir exposé les principales données qui fondent ces orientations, seront positionnés les repères historiques et les données actuelles qui permettent de comprendre le rôle que les villes ont joué et peuvent jouer dans l'impulsion et la mise en œuvre des politiques de santé. Puis les grandes lignes d'une nouvelle répartition en cours des compétences publiques, conduisant notamment à l'affirmation pour la première fois d'une politique nationale de santé publique seront abordées (la loi correspondante étant début 2004 débattue au Parlement). La mise à jour de l'importance de la dimension territoriale dans le développement de ces politiques permettront de compléter le tableau, qui conduit à mieux positionner l'Atelier Santé Ville dans son rôle d'outil d'intervention pour réduire les incidences de la précarisation sur la santé.

LES INEGALITES DE SANTE : OBJET ET CADRE D'UNE MOBILISATION

Au delà des rappels généraux de connaissances sur les inégalités sociales et territoriales en matière de santé², il est important de présenter les données qui ont compté dans la mobilisation des villes autour de la santé. Les inégalités ont toujours existé³, mais il a fallu une progression conjointe de leur mode de manifestation et de la perception des acteurs et décideurs locaux pour voir émerger le sentiment qu'il serait possible de modifier certains de leurs paramètres au niveau local.

Les données et les fenêtres d'observation se distribuent en deux grandes catégories : les logiques de production des inégalités conduisent à une distribution différentielle des causes de mortalité suivant les catégories sociales avec, lorsque la distribution spatiale des catégories sociales se polarise (logement social, zones urbaines défavorisées), l'apparition d'inégalités territoriales de santé ; des processus de reproduction ancrent ensuite cette logique dans la réalité sociale, au travers de tout un ensemble de mécanismes de vulnérabilisation, d'exposition aux risques, d'usure et de précarisation. La compréhension de ces mécanismes donne le sentiment que nous n'avons pas affaire à une fatalité mais bien à une fabrication sociétale sur laquelle il serait possible d'agir.

1 La production des inégalités de santé : des données convergentes

Malgré un système de santé reconnu comme parmi les plus performants au monde, mortalité prématurée et inégalités de santé restent en France très importantes⁴. A côté des stratégies curatives visant à améliorer l'offre et la qualité des soins, est reconnue aujourd'hui la nécessité d'agir d'une manière préventive et d'agir également sur la qualité et l'accessibilité du système de soins. Sur ces deux points, les inégalités sociales – qu'il s'agisse de représentations ou de conditions pratiques – jouent un rôle fortement discriminant.

- Les déterminants sociaux de la santé

Après une longue période où les travaux sociologiques et épidémiologiques mettaient en avant le caractère "irréductible" des inégalités sociales de santé, l'analyse comparative des inégalités de mortalité prématurée⁵ a permis de point un premier fait majeur : l'impact de l'exclusion du marché du travail sur la santé et la mortalité⁷. C'est en France que l'on constate, pour l'Europe, les écarts les plus importants entre la mortalité des ouvriers peu ou pas qualifiés et les catégories les plus favorisées (cadres, professions libérales, enseignants, etc.) alors que dans les pays du nord ces différences sont atténuées. Bien qu'il ne

2 - Plusieurs bilans de connaissance permettent de cadrer les données et les enjeux : en particulier A. Leclerc et al., 2000, M. Joubert et al., 2001 et les synthèses dans C. Tronchet (2001) et HCSP (2002).

3 - Cf. P. Boudelais, L'inégalité sociale face à la mort : l'invention récente d'une réalité ancienne, dans A. Leclerc et al., 2000.

4 - Haut Comité de la Santé Publique, La santé en France (2002), p.27.

5 - Cf. M. Druhle, Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé (1996).

6 - A. E. Kunst, F. Groenhof, J. P. Mackenbach et le groupe de travail de l'Union européenne sur les inégalités socio-économiques de santé, Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens, dans A. Leclerc et al., 2000.

7 - Cf. le travail d'A. Mesrine (2000) montrant l'importance de la surmortalité des chômeurs.

s'agisse que de moyennes globales considérées à l'échelle d'un pays, les comparaisons indiquent déjà que ces inégalités peuvent être amoindries ou compensées dans certaines conditions sociales, ou au contraire accentuées. D'autres variables entrent en jeu, croisant leurs effets avec la catégorie sociale dans des contextes socioculturels différents (modes d'alimentation, de prise de risques, consommation de tabac et d'alcool, etc). Ainsi, l'importance en France des cancers des voies aéro-digestives supérieures⁸ renvoie à ce croisement entre une condition sociale et un style de vie. Quand les données se rapprochent du territoire, c'est-à-dire quand il est constaté que sur une entreprise donnée, dans un bassin d'emploi, sur un quartier, tant de personnes sont mortes bien avant l'espérance de vie moyenne calculée au niveau national, les statistiques apparaissent insupportables. Derrière les chiffres, se profilent des personnes confrontées à des causes de décès prématurés et probablement évitables moyennant un travail sur les déterminants correspondants (comportements, conditions de travail et de vie).

Si la mortalité des hommes ouvriers et employés actifs, âgés de 25 à 54 ans était équivalente à celle des hommes cadres et employés, 240 des 360 décès comptabilisés pour un groupe 100 000 ouvriers et employés actifs pourraient être évités⁹ (85 par cancers dont 22 du poumon et 29 des voies aérodigestives ; 34 par maladies cardio-vasculaires ; 67 par morts violentes, dont 25 suicides et 20 accidents de la circulation ; 22 par alcoolisme et 32 par d'autres causes).

- Les inégalités territoriales de santé

Les données relatives aux inégalités spatiales de santé font apparaître des phénomènes contrastés sur le plan des villes. Les précautions méthodologiques nécessaires conduisent pourtant à rester très prudents quant à l'exploitation de données pour de trop petits territoires.

Certains types spécifiques de sur-mortalité croisent des territoires très marqués par le travail industriel et la dégradation des conditions sociales : Nord-Pas-de-Calais, Lorraine, Est industriel. Il est facile d'y lire l'incidence de l'usure au travail, des conditions d'exposition à de forts facteurs de risque et de la dégradation de l'environnement. L'impact de la dégradation du niveau de l'emploi (restructurations, crise régionale liée aux licenciements massifs) joue conjointement sur la santé mentale et les ressources permettant de se maintenir en bonne santé.

Les données les plus intéressantes pour les promoteurs d'actions de santé concernent la mortalité "évitable", qui comporte deux composantes : l'une liée aux risques individuels (diminution possible par une action sur les comportements) et l'autre liée au système de soins (possibilité d'une meilleure prise en charge).

8 - G. Desplanques, *L'inégalité sociale devant la mort* (1984)

9 - HCSP (2002), p. 171.

10 - Ibid, pp.181-203

11 - G. Salem et al., pp. 111 et suivantes.

La santé des enfants scolarisés.

A partir du bilan de santé des enfants de 6 ans, un cycle triennal d'enquêtes initiées en 1999 par les ministères des Affaires sociales et de l'Éducation nationale, en partenariat avec l'Institut de Veille Sanitaire démontre les importantes différences de modes de vie selon le degré d'urbanisation¹². Par exemple, la fréquence des phénomènes de surpoids croît avec le degré d'urbanisation.

Les enfants habitants des agglomérations importantes, notamment les petits franciliens présentent une surcharge pondérale plus importante en moyenne (16,6%) que les enfants issus des communes rurales (12,8%). Or l'obésité infantile est un facteur prédictif de l'obésité adulte et influe sur la qualité de vie et les facteurs de risques ultérieurs. Une analyse "toutes choses égales par ailleurs" confirme les liens entre le surpoids et le caractère urbanisé de la commune de domicile.

La proportion d'enfants en surcharge pondérale apparaît nettement plus importante en ZEP.

La situation de précarité des familles se trouve accrue dans les ZEP comparée à celle hors ZEP.

Un élève sur cinq présente un trouble de la vision, un sur huit porte des lunettes avec un certain déficit de dépistage dans les ZEP. On constate le même écart dans la prévention et le soin des caries pour les enfants scolarisés en ZEP.

Les difficultés, retards et/ou troubles du langage apparaissent sensiblement plus élevés en ZEP. Au total, un enfant scolarisé en ZEP sur deux obtient "un résultat positif" à la totalité des tests contre deux sur trois des enfants enquêtés dans les autres zones.

2 Santé et précarisation

Les liens entre précarisation, processus d'exclusion sociale et santé commencent à être mieux connus, sans que pour autant des indicateurs ou des outils efficaces permettent de prévenir l'engagement ou l'emballement de ces processus.

Il n'existe pas à proprement parler de pathologies propres aux publics précarisés, en dehors de certaines catégories de personnes plus particulièrement exposées à des risques spécifiques (personnes à la rue, usagers de drogues). Néanmoins, les inégalités de santé se nourrissent de phénomènes d'aggravation et de vulnérabilisation qui rendent l'incidence de tout un ensemble de risques ordinaires plus importante pour ces publics que pour les autres.

Dans le même temps, les freins à l'accès aux soins (qui ne peuvent être confondus avec des problèmes de droit), associés aux conditions matérielles de vie conduisent à l'aggravation de certaines pathologies¹⁴. Deux notions sont importantes pour comprendre et limiter ces logiques d'amplification : la précarisation et la vulnérabilisation.

- Les processus de précarisation

Considérer les problèmes en termes de précarisation modifie la représentation des possibilités d'action. Au lieu de considérer la pauvreté comme un "état", il est possible de

12 - 14% des enfants de 6 ans présentent une surcharge pondérale modérée ou sévère (indice de masse corporelle :IMC) dont 4% une obésité et 10% un surpoids modéré.

13 - Cf. G. Borgès Da Silva et al. (2002), qui montrent bien ces processus pour les inégalités sociales de santé relatives à la qualité des soins dentaires

14 - Cf. M. Joubert, P. Chauvin, Facy F., Ringa V. (eds) (2001).

reconstituer les logiques qui conduisent des familles, des enfants, des individus à voir leur situation se dégrader. Cela revient à considérer la précarité comme le résultat d'une production¹⁵ et non pas comme un phénomène implacable. L'amélioration de la connaissance de ces processus au niveau micro-local et la prise en compte des capacités de résistance et de la plus ou moins grande vulnérabilité de certains groupes de populations permettent d'ajuster une intervention au plus près des besoins.

La précarisation peut toucher toutes les facettes de l'inscription sociale de la personne : le travail en premier lieu (précarisation du travail, chômage de longue durée, maintien hors travail, etc.), mais aussi le logement (situations insécurisantes, environnement dégradé), la qualité des relations intra-familiales (maltraitance, violences intra-familiales, ruptures), la sociabilité (isolement, enfermement, stigmatisation) et les conditions d'exercice de la citoyenneté (capacité à faire valoir ses droits, à s'exprimer publiquement).

Les processus affectant l'un ou plusieurs de ces niveaux contraignent les personnes à rechercher de nouveaux équilibres : ils compensent ou transforment ce qui jusqu'ici les "tenait" socialement. La plupart réussit à opérer ces déplacements, en puisant dans les ressources de leur environnement proche - ou en s'appuyant sur les aides apportées par les intervenants sanitaires et sociaux, voire même en "prenant sur eux", comme on dit couramment. Ils surmontent les déficits et reconstituent des cadres et supports sociaux¹⁶. Pour les plus vulnérables, les choses ne se passent pas de cette manière. Ils connaissent "des difficultés enchaînées", c'est-à-dire que la précarisation vécue à l'un de ces niveaux entraîne une précarisation de l'un ou plusieurs autres niveaux conduisant progressivement au sentiment de ne plus avoir prise sur sa situation, de ne plus pouvoir réagir face à l'adversité ou compenser les déficits. Ces *feedback* sont typiques des trajectoires rencontrées dans le champ de l'exclusion : beaucoup de ceux qui, malgré une protection sociale virtuelle n'accèdent pas aux soins, se trouvent paralysés par la neutralisation ou la destruction de plusieurs de leurs supports sociaux.

Les processus de précarisation affectant les sphères matérielle (travail, ressources), relationnelle (sociabilités, soutiens, réseaux), intime (relations affectives, bases d'identité) et écologique (ancrage territorial, stigmatisation) conduisent les individus à voir se réduire leurs marges de liberté et d'autonomie et rendent les interventions et l'impact de l'action publique plus difficiles.

En contrepoint, il paraît essentiel de prendre en compte les phénomènes de résistance, de résilience ou de confrontation dynamique¹⁷ conduisant d'autres catégories de personnes à surmonter les épreuves de la précarisation¹⁸. Seule une dialectique dans l'appréhension des deux mouvements peut permettre de prévenir l'effet pervers redouté par beaucoup : la stigmatisation de ceux qui ne réussissent pas à s'en sortir.

15 - Cf. J. Maisondieu (1997), H. Thomas (1997)

16 - Cf. sur la problématique des supports sociaux M. Joubert (1998)

17 - La résistance suppose un minimum d'assise sociale, alors que la résilience, capacité à rebondir et à surmonter les épreuves, relève plus des ressources individuelles et de la rencontre avec des "tuteurs" singuliers ; les confrontations dynamiques supposent un mouvement collectif, social, communautaire ou éducatif. M. Tousignant, psychologue québécois parle de "résilience sociale" (Resscom, DIV, 2001) pour rendre compte de cette conjonction entre le mouvement des individus et les dynamiques collectives.

18 - Cf., pour les jeunes des quartiers nord de Marseille, B. Mésini, J.-N. Pelen, L. Roulleau-Berger, Exclusions, invention et résistances (2001).

- La vulnérabilisation de certaines catégories de population

Au delà de celles des facteurs biologiques (hérédité, risques génétiques), les vulnérabilités renvoient à une dimension psychosociale.

Dans l'histoire des individus, des interférences psychoaffectives peuvent naître de l'affaiblissement des protections naturelles (ancrages familiaux, filiations) et créer un terrain favorable au développement de conflits, de distorsion des processus identitaires et des dynamiques de socialisation. L'expérience de la disqualification et de la dévalorisation, que ce soit dans le cadre scolaire¹⁹ ou au sein du cadre de vie (relations de proximité, relations familiales) se trouve souvent à la base d'atteintes à l'estime de soi et au sentiment d'utilité. Le déni de compétences comme l'absence d'occasion de valorisation sont à l'origine de vulnérabilités particulières sur le plan de la santé mentale, un sentiment de mal-être, le resenti d'un déséquilibre identitaire. Un certain nombre de prises de risques s'inscrivent dans ces contextes : consommation de psychotropes, violences, tentatives de suicide²⁰.

Deux types de vulnérabilités²¹ peuvent être distinguées :

- une vulnérabilité de condition ancrée dans le mode de vie des personnes (problèmes socio-économiques, problèmes familiaux) et le statut social (position sur le plan de l'éducation, de l'insertion et de la socialisation, problèmes particuliers de certains sous-groupes, par exemple les migrants),
- une vulnérabilité de contexte qui renvoie aux aléas de la trajectoire des personnes : un accident, une rupture affective, la perte d'emploi, le renvoi d'un établissement scolaire.

Ces vulnérabilités sont le résultat de processus qui peuvent se conjuguer et déboucher sur des fragilités et des risques plus importants : désaffiliation ou perte des attaches sociales majeures.

L'idée de vulnérabilité renvoie à celle de "population en risque". Elle conduit à identifier les fragilités particulières qui peuvent surexposer la personne, amplifier ses difficultés de santé ou l'inciter à engager des conduites à risques ou des conduites addictives.

Les catégories de publics défavorisés socialement sont plus particulièrement touchées par la vulnérabilisation. Cela se traduit le plus souvent par un manque de repères, une fragilité des réseaux et supports sociaux. Elles se trouvent, en particulier, parmi :

- les enfants, adolescents et jeunes adultes : vulnérabilités propres à l'âge et aux contraintes d'adaptation vécues à divers moments critiques de leur développement (passage d'un cycle scolaire à l'autre, ruptures familiales, accidents, adolescence),
- les personnes âgées et les personnes handicapées,
- les migrants et plus particulièrement les personnes qui ne maîtrisent pas bien la langue française (orale ou écrite) ou ont des problèmes de papiers et de droits,
- les femmes seules et plus largement les personnes isolées confrontées à des difficultés socio-économiques.

Une approche opérationnelle des processus de vulnérabilisation sur le terrain de la santé renvoie à la possibilité de mise en place des politiques de prévention. Travailler sur

19 - Cf. S. Paugam, A. Van Zanten (2001)

20 - Cf. la réflexion menée dans le cadre d'un projet européen par la Mission départementale de prévention des toxicomanies de Seine-Saint-Denis (2002).

21 - Cf. l'annexe

l'inflexion de ces processus est à la base de la conception du volet santé de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions . Dans ce cadre, les Ateliers santé ville constituent un outil très directement utile dans l'identification des problématiques de vulnérabilisation et dans la recherche des méthodes les plus appropriées pour travailler avec les publics concernés.

Politique de la ville et santé dans le département du Vaucluse

entretien avec Stéphane LUCIEN BRUN, *sous-préfet,*
ancien chargé de mission pour la politique de la ville auprès du préfet de Vaucluse

“La santé est un domaine préalable à tout ce qui peut se faire en matière d'insertion. C'est un investissement social majeur dans le devenir des populations concernées par la politique de la ville. Une porte d'entrée dans le processus de leur réhabilitation. L'intégration d'un volet santé dans la politique de la ville vise deux objectifs : le premier est l'identification des besoins locaux de santé, corrélée au recensement de l'offre existante (une offre mouvante, car liée aux propres cursus des professionnels de santé) ; le second est de combler les différentiels entre offres et besoins.

Dans le département du Vaucluse, la politique de la ville fait appel à de nombreux partenaires: la DDASS, notamment par l'intermédiaire des PRAPS, le conseil régional, le conseil général, les centres communaux d'action sociale, la caisse primaire d'assurance maladie, le tissu associatif et mutualiste. C'est avec eux que nous sommes en capacité de développer un certain nombre de projets.

Tout d'abord, la réhabilitation d'un immeuble dans le quartier de Monclar, pour en faire un pôle santé offrant une alternative au recours aux urgences. Un pôle santé, c'est à dire un plateau médical cohérent appuyé sur le regroupement de professionnels du quartier (médecin généraliste, infirmier, chirurgiens dentistes) et de services (pharmacie et ser-

vices publics). Nous souhaitons intégrer dans les services offerts des antennes de la CPAM et de la CAF qui pourraient délivrer des bons d'examen.

En partenariat avec la Mutualité française nous travaillons à la création d'une maison des jeunes et de la santé dans un souci de mixité sociale. La Mutualité a commencé à construire un centre médical pour accueillir les jeunes en difficultés qui lui sont adressés par les missions locales et l'AFPA, mais aussi les étudiants de l'Université d'Avignon. Cette maison offrira des consultations plutôt orientées en pédopsychiatrie et des soins dentaires, gynécologiques et d'aide psychologique. Nous apportons également un appui à l'association SOS médecin, un partenaire important de la politique de la ville. Nous considérons que cette association est un acteur à part entière du service public de santé local. En effet, ses médecins sont les seuls à intervenir la nuit dans les quartiers réputés difficiles. Enfin nous avons engagé plusieurs démarches de prévention : avec la MILDT, notre idée est d'ouvrir des points d'écoute pour parents et mineurs à Carpentras et Avignon. Avec la DDASS, nous souhaitons ouvrir une cellule d'accueil en lien avec le Parquet. Dans le cadre du Programme Trace, un médecin est régulièrement présent à la mission locale d'Avignon.”

Les liens pauvreté – santé

Une étude de l'EPASS effectuée sur 6000 bénéficiaires de la CMU dont les revenus sont situés en dessous du seuil de pauvreté révèle que le poids des personnes en très mauvais état de santé est plus important dans cette population. Les indices (risque vital et invalidité) sont plus élevés que pour la population des bénéficiaires du RMI. Face à une situation de fragilité sociale, la dégradation de l'état de santé peut faire basculer dans la précarité. De même une situation de précarité sociale a des effets négatifs sur l'état de santé (phénomène de boucles de précarisation).

LA SENSIBILITATION ET MOBILISATION DES VILLES

En matière de santé publique, le niveau local est important²² de par le rôle qu'il est susceptible de jouer pour la promotion des politiques de santé s'adressant à des publics connaissant des difficultés spécifiques et de par sa contribution aux dynamiques de développement social. C'est ce qu'a permis de révéler et d'accompagner la politique de la ville. Mais, cette articulation avec le niveau local - en l'occurrence celui des villes - n'est pas nouvelle : elle apparaît dès le 18^{ème} siècle²³.

1 La construction locale du système de santé

Le système de santé s'est organisé progressivement dans le ressort des pouvoirs locaux. C'est dans les villes que le mouvement hygiéniste se développe pour tisser, peu à peu, les premiers dispositifs d'intervention publics en matière de santé. La sûreté, la tranquillité et la salubrité sont les trois piliers définissant, depuis 1884, les finalités de la police municipale²⁴. Plus tard, les avancées des découvertes pasteuriennes, viennent légitimer cette orientation, avec la charte d'hygiène publique du 15 février 1902, faisant obligation aux villes de plus de 20 000 habitants de créer des bureaux municipaux d'hygiène.

Avec l'affirmation du rôle de l'Etat, et tout un cortège de lois sociales, une nouvelle phase historique s'engage après la première guerre mondiale, éloignant durablement les villes du champ de la santé publique. La loi du 21 décembre 1941 attribuée à l'Etat, représenté par le préfet, la responsabilité de nommer les directeurs des hôpitaux publics et d'assurer le recrutement par concours des médecins. Elle lui donne ainsi le contrôle d'un des principaux éléments organisateurs du système de santé publique moderne. Lorsque l'hôpital devient quelques années plus tard le centre de gravité du système de santé²⁵, il contribue à mettre en place un plateau de services ouvert à tous les citoyens, sans conditions de résidence ni de situation sociale²⁶. Mais si l'Etat reprend de manière significative une pré-

22 - Cf. la liste des PRS et des correspondants par région sur le site <http://www.ensp.fr/prs-crs-praps/Coordonnateurs/prs.htm>

23 - Cf. notamment aux travaux de Michel Foucault et au concept de biopolitique (1997), ainsi que P. Artières, E. Da Silva (2001). Cf. également Jacques-Guy Petit, Yannick Marec (1996), Pierre Guillaume, (2000), Lion Murard et Patrick Zylbermann, L'hygiène dans la République (1996).

24 - Art L131-1 du Code des Communes (jamais abrogé).

25 - Notamment après la réforme hospitalière et universitaire de 1958, dite réforme Debré.

rogative historique des maires en matière de santé²⁷, il ne les prive pas pour autant totalement de ce levier majeur des politiques locales que sont les hôpitaux.

Après la deuxième guerre mondiale, le développement de l'Etat providence pendant les "Trente glorieuses" et la mise en place d'un système de protection sociale généralisé, confirment la tendance à la centralisation de la gestion de la santé publique et à la diminution de l'implication des villes, même si un certain nombre d'entre-elles maintiennent des dispositifs propres, tels que les centres de P.M.I., les centres de santé ou les dispensaires. Ce modèle fonctionne sans heurts jusqu'aux années soixante-dix, période qui voit s'amorcer une nouvelle crise du système de santé.

La crise économique internationale déstabilise le système. La hausse du chômage et le vieillissement de la population en mettent en danger le mode de financement, entièrement basé sur les revenus du travail salarié. Le renvoi à la "proximité" témoigne par ailleurs d'une stratégie de différenciation de la gestion des politiques publiques de santé : la demande sociale en santé, encore mal définie, émerge en étroite relation avec les phénomènes de vulnérabilisation²⁸.

Ces questions ne trouvent pas de réponses dans les dispositifs classiques fondés sur le principe de distribution d'une prestation. L'épidémie du Sida qui résiste à la technologie biomédicale et interagit fortement avec des variables sociales (groupes à risques, lien à un style de vie), remet également en cause les termes classiques de la relation entre le système de santé et sa clientèle. La nécessité se fait jour de développer d'autres stratégies d'intervention travaillant sur le registre de la proximité, de la prévention communautaire et de la réduction des risques. La ville devient alors une scène privilégiée de manifestation des effets les plus négatifs de cette mutation socio-sanitaire.

Les élus locaux se trouvent placés devant un nouveau dilemme : soit ils renvoient la responsabilité à l'Etat, mais "encaissent" le coût politique du malaise ressenti localement ; soit ils s'engagent à agir en déployant leur propre registre²⁹.

2 La nouvelle question urbaine

À partir de 1982, l'apparition des politiques relatives au développement social, à la sécurité et à l'insertion sociale et professionnelle de la jeunesse s'accompagne de la montée d'un souci sanitaire. Inégalement investi suivant les villes, cette préoccupation se trouve activée à partir du début des années 90 par le développement des problématiques relatives aux toxicomanies et au Sida³⁰. Quelques années plus tard, une nouvelle sensibilité de type écologique apparaît qui considère l'environnement quotidien comme un facteur détermi-

26 - À la différence de l'hospice qui, dépendant des municipalités, s'adressait seulement aux indigents domiciliés dans la commune Cf. l'article de P. Guillaume (1994), pp. 31-44 et le numéro 6 de Prévenir consacré à Habitat et Cadre de vie ; ainsi que le numéro 33, Qualité de vie santé environnement. Les travaux de Roger-Henri Guerrand et Michel Pinçon sont également importants pour comprendre cette dimension historique. Cf. plus en amont toutes les réflexions de H. Sellier autour des effets délétères de l'urbanisation dans les années 20-30. Cf. Katherine Burlen (1987).

27 - Depuis 1796 ils présidaient de droit le Conseil d'Administration des hospices de leur commune.

28 - Cf. sur ce sujet les travaux de Robert Castel (1995) .

29 - Cf. M. Joubert, Souci de prévention et souci démocratique. La santé au cœur des changements urbains (1996).

30 - Cf. M. Joubert (1998, 1999).

nant du bien-être des citoyens³¹. L'état de santé des populations vivant dans les villes devient alors un véritable enjeu politique. La prise en compte des autres composantes de la notion de santé, telles que l'O.M.S. puis la charte d'Ottawa les déclinent (politiques, sociales, culturelles, environnementales, psychologiques), dépasse la seule sphère médicale. D'autres catégories d'acteurs sociaux commencent à investir ce champ et à s'engager dans des dynamiques locales de travail : jeunesse, insertion, RMI, chômage, culture. L'espace de la santé se révèle relativement consensuel et l'idée de santé publique opératoire à ce niveau d'action : la santé de chacun est dépendante de la santé de tous, et tout ce qui pourra être entrepris au niveau de la collectivité des habitants d'un quartier sera vécu comme contribuant à l'amélioration de la condition commune.

Du point de vue sanitaire et social, les lois de décentralisation de 1982 ont surtout concerné les conseils généraux. Ceux-ci ont eu alors la charge des grands dispositifs de prévention - PMI, lutte contre le cancer, les MST, la tuberculose - et de l'aide sociale médicale, qui joue un rôle central dans la modernisation du dispositif d'accès aux soins des plus défavorisés³². Ces compétences ont suscité des engagements sur d'autres registres³³.

Les compétences des municipalités restent limitées mais certaines d'entre elles reviennent, parfois malgré elles, à "l'action en santé", et dépassent le cadre minimaliste dessiné par la décentralisation. Elles partent pour cela des dispositifs de lutte contre l'exclusion et s'engagent dans des démarches de santé publique innovantes, en lançant ou en soutenant des initiatives. Certaines d'entre elles constituent de véritables laboratoires pour les politiques publiques de santé³⁴.

Cinq études réalisées dans les années 90 confirment le retour des villes dans le domaine de la santé. Les municipalités disposent d'un certain nombre de moyens (services communaux d'hygiène et de santé, centres de santé, services consacrés à la promotion de la santé) qui assurent des liens forts et suivis avec une partie des publics concernés par l'exclusion sociale. Suivant les contextes et les périodes, beaucoup de villes engagent des programmes innovants et dynamiques dans plusieurs domaines de la santé publique : lutte contre le saturnisme, prévention du Sida et des toxicomanies, accès aux soins, santé mentale, travail en direction des personnes âgées et des personnes handicapées, etc. Elles s'appuient généralement sur les moyens et compétences de l'Etat ou des départements mais elles le font dans des conditions particulières, souvent en lien avec la population et des associations de terrain.

31 - Curieusement peu de travaux en sciences sociales ont, en France, cherché à explorer les liens entre écologie et santé. Nous avons amorcé ce travail dans le cadre des travaux suivants : F. Bertolotto, M. Joubert : " Santé et Écologie : approche des interactions entre bien-être et environnement en milieu urbain. Essai de problématisation ", Analyse secondaire du Séminaire Ville et Santé 1992/1993 pour le Ministère de l'Environnement, RESSCOM, 1994, et M. Joubert (dir.), F. Bertolotto, et al (1996). On pourra également consulter : C. Leroy C. (1990), C. Leroy, G. Fillhol (1991).

32 - L'État reste responsable du système de soins, de la lutte contre les grands fléaux sociaux (alcoolisme, toxicomanie, handicaps et santé mentale), de la santé scolaire et du contrôle administratif et technique des règles d'hygiène.

33 - Par exemple sur le plan de la prévention des toxicomanies, les compétences ne sont pas clairement partagées entre l'Etat et les conseils généraux. Cela n'a pas empêché plusieurs départements d'engager une politique et des moyens jusqu'à préfigurer la politique nationale relative aux centres de ressources et d'information sur les drogues et les dépendances. Des services spécialement dédiés à la prévention et à l'action sanitaire ont développé dans beaucoup de départements des actions sur le terrain de la prévention des maladies respiratoires, des maladies sexuellement transmissibles et participent aux campagnes de dépistage du cancer.

34 - Ces nouveaux espaces de production de santé publique font l'objet de recherches depuis le début des années 90. Cf. en particulier les contributions aux séminaires de recherche " Ville et Santé " (F. Bertolotto, M. Joubert, A. Lazarus, 1993, F. Bertolotto, M. Joubert, 1996, Prévenir, 1996, 1997), le numéro des Annales de la Recherche Urbaine consacré à la santé publique (1996) ainsi que D. Fassin (1998).

3 La précarité oblige à interroger le système de santé

Les services municipaux sont confrontés à une population dont la santé est dégradée, fragilisée par la précarité sociale, et qui rencontre des difficultés d'accès aux soins. Ces constats contrastent avec un taux de couverture sociale théorique supérieur à 90%.

Des études menées sur des quartiers³⁵ en difficulté, ainsi que l'action d'associations humanitaires³⁶ montrent que les obstacles ne sont pas seulement à imputer aux publics (incapacités psychologiques, physiques et culturelles³⁷), mais doivent aussi être recherchés à l'intérieur du système de santé, où les seuils d'accès sont souvent incompatibles avec les capacités et besoins objectifs de ces personnes :

- obstacles financiers : coût du ticket modérateur trop élevé pour une population sans couverture complémentaire,
- obstacles bureaucratiques : complexité des exigences administratives souvent considérées comme une étape préalable aux soins, notamment en milieu hospitalier,
- modalités des pratiques cliniques inadaptées et conditions d'écoute et d'accueil incompatibles avec les besoins des personnes fragilisées qui ont besoin d'un temps important pour formuler une demande "en bonne et due forme",
- méconnaissance et absence de moyens conceptuels susceptibles d'intégrer la problématique sociale à une symptomatologie plus ou moins précise, circuits de prise en charge complexes et opaques pour le non-initié, etc.

Si d'un point de vue épidémiologique, il est admis qu'il n'existe pas de maladies spécifiques à ces populations³⁸, les maladies courantes peuvent prendre des formes plus aiguës, aggravées par une concentration de problèmes sociaux qui agissent comme des facteurs supplémentaires de fragilisation.

Le social se trouve massivement présent dans la problématique santé. L'importance quantitative du phénomène semble dépasser les seuils de tolérance politique et sociale.

Quelques marqueurs de ce processus peuvent être listés :

- l'avènement de la "nouvelle pauvreté" et son "explosion" sur l'espace public local remet à l'ordre du jour la question des inégalités sociales et ses effets sur la santé,
- les nouvelles vulnérabilités révèlent des processus inédits de désaffiliation sociale particulièrement agressifs pour la santé,
- le retour des épidémies avec le sida révèle les limites éthiques et techniques d'un modèle médical jusqu'ici considéré comme "un allié au dessus de tout soupçon",
- le développement des conduites à risques et des addictions remet à l'ordre du jour la question de la place accordée au sujet, à sa souffrance et à son plaisir dans une société inégalitaire et individualiste,
- l'insuffisance et l'inadaptation des dispositifs formels de prévention de proximité révèlent la nécessité d'une actualisation des référentiels prenant en compte les contextes et processus producteurs de risques,

35 - Cf. F. Bertolotto (1992).

36 - Malgré le fait que ces questions étaient déjà bien connues des associations qui depuis longtemps travaillent dans le "quart monde", la mise sur la place publique de cette question et la pression qu'elle engendre au niveau des pouvoirs publics sont sans doute dues au caractère massif de l'exclusion et de son impact sur la santé, médiatisé par l'association Médecins du Monde qui, en lançant la "Mission France" en 1986 (centres d'accueil et de soins gratuits), dénonçait deux ans après, que plus d'un million de personnes n'avaient pas de protection sociale en France et n'arrivaient pas à accéder aux soins dans les conditions du droit.

37 - Cf. notamment aux travaux d'ATD Quart-Monde, Thill M., Larcher P., Lazare F., F.P. Debionne (1985).

38 - Cf. Alain Vulbeau (1992).

- les dysfonctionnements du système de protection sociale et de soins mettent en avant la question de l'accessibilité et conduisent à la recherche de nouvelles formes d'organisation territorialisée telles que les réseaux de santé et de soins,
- les politiques de lutte contre les exclusions conduisent au développement de stratégies d'actions basées sur le principe de "discrimination positive". Elles révèlent des populations jusqu'alors "invisibles" dans les tableaux de bord de l'action sanitaire et sociale classiques,
- les effets de la "transition épidémiologique" se font également sentir avec acuité au niveau local : le vieillissement des populations (y compris lorsqu'elles se trouvent en situation précaire) et l'augmentation du nombre des personnes souffrant de pathologies chroniques ou de handicaps, mortelles dans le passé, posent des problèmes nouveaux interpellant directement les pouvoirs locaux,
- la montée en charge de "la sensibilité écologique" fait émerger une nouvelle demande sociale enracinée dans un discours autour de la santé et du bien être et qui pointe des thématiques jusqu'ici très peu considérées par l'opinion publique, telles que les risques liés à l'environnement (pollutions, bruit, catastrophes naturelles, espaces verts, etc.) ou à l'alimentation (viande bovine et maladie à prions, allergies alimentaires, produits génétiquement modifiés, etc.). Elles sont souvent à l'origine d'une pression sociale qui conduit à inscrire la santé dans l'agenda politique local.

Ce contexte contribue à re-dynamiser le champ de la santé au niveau des villes. En reconnaissant très concrètement qu'une fraction importante de la population³⁹ se trouve exposée à des processus de fragilisation, les acteurs locaux sont conduits à mettre à jour une demande sociale en santé ne pouvant être appréhendée qu'au travers d'actions de proximité.

4 L'enjeu de la santé dans la lutte contre l'exclusion sociale

L'ASV : un levier d'action pour les villes

Entretien avec Mr Fahti BOUSBIH

Adjoint au Maire de La Seyne-sur-Mer, Délégué à la Politique de la Ville et à la Jeunesse

"L'ASV a été l'occasion pour les décideurs municipaux d'apprendre que, contrairement à ce qu'ils pouvaient penser *a priori*, ils ont plus de leviers d'action sur la santé des habitants qu'ils ne pouvaient le penser. En effet, l'ASV met l'accent sur les déterminants de la santé, autant que sur les manifestations médicales de la mauvaise santé. Les élus se sont alors aperçu que la problématique santé, qu'ils croyaient être

une thématique réservée aux médecins, offrait de multiples opportunités d'action aux municipalités, qui sont relativement influentes sur les services scolaires, sur le logement, sur l'habitat, sur les grands projets de rénovation urbaine, sur la jeunesse et le sport, sur la santé maternelle et infantile, sur la vie des quartiers, sur le lien social, sur le soutien financier aux associations, etc.

39 - Entre 10% et 12% d'après les différents travaux sur l'évolution de la pauvreté et de la précarité. Cf. S. Paugam (dir) L'exclusion, l'état des savoirs (1996)

En effet, qu'ils aient compétence ou pas sur une problématique, les élus locaux sont en première ligne du ressentiment ou de l'indignation de la population et font face aux conséquences des dysfonctionnements sociaux qui sont souvent à la base des problèmes de santé, et cette démarche leur offre la possibilité d'avoir quelques pouvoirs sur le problème dès lors qu'ils sont interpellés par la population.

De plus, les finances municipales comme celles des institutions signataires du contrat de ville subventionnent de nombreuses associations, dont certaines luttent contre la précarité et ses conséquences sanitaires et sociales. Il est néanmoins très difficile, pour un élu municipal, de connaître la pertinence du projet soumis à financement, son efficience, son efficacité réelle. L'ASV qui a à gérer l'évaluation de ces projets, est un outil qui permet aux décideurs municipaux de mieux utiliser leur pouvoir financier local vis-à-vis des associations et ce, en partage des responsabilités avec les autres institutions présentes dans le comité de pilotage.

Je dirais que l'ASV constitue certainement l'embryon de ce que nous appellerons peut-être un jour, les politiques locales de santé, plus proches des préoccupations des gens, et davantage susceptibles de recréer des liens sociaux et de réconcilier les Français avec la politique, autour d'enjeux concrets, sur lesquels ils auront prise. L'expérience de La Seyne, montre cependant que pour qu'un ASV puisse se mettre en place, un certain nombre de conditions sont nécessaires :

- Au niveau municipal : ne pas craindre de sortir des strictes compétences et missions de la ville dans le domaine de l'hygiène et de la santé, (avoir une mentalité d'explorateur).

- L'existence d'un minimum d'associations, d'initiatives citoyennes et administrations présentes sur le terrain, qui soient conscientes de la nécessité de travailler en réseau et de la difficulté de mettre en œuvre, de manière durable, ces coordinations,

- Pour initier l'ASV et le porter le temps nécessaire à atteindre sa maturité, il faut aussi une DDASS et un sous-préfet à la Ville qui "y croient" et qui s'en donnent les moyens,

- Une dynamique départementale qui nécessite une "masse critique" d'ASV dans le département. Dynamique qui produit deux effets : le sentiment de ne pas être qu'une "curiosité" expérimentale mais d'appartenir au courant principal, une émulation, une saine émulation, entre les différents ASV.

Lutter contre le saturnisme et gérer au mieux les souffrances psycho-sociales sont les principaux objectifs des ASV en cours à la Seyne-sur Mer. En effet, l'Association AVEROES (sise à Marseille) a été subventionnée dans le cadre des PRAPS pour la mise en œuvre opérationnelle de la prévention du saturnisme infantile. Ceci en faisant transiter les messages de prévention destinés au public exposé par une multitude d'intermédiaires en contact avec ces familles : travailleurs sociaux, personnels de PMI, enseignants, médecins, etc.

L'ASV a d'ores et déjà démontré sa capacité à faire se réunir autour d'une même table cette catégorie d'intervenants, ainsi que les hiérarchies correspondantes. L'ASV permet donc aux décideurs municipaux de mieux connaître et de mieux maîtriser les déterminants extra-médicaux de la santé. Le saturnisme est sans doute la thématique qui illustre le mieux cette assertion.

Concernant la souffrance psycho-sociale, il existe un groupe de travail départemental sur la souffrance psychique, mis en œuvre dans le cadre du PRAPS. L'ASV de la Seyne-sur-Mer se propose de faciliter la déclinaison locale des recommandations issues de ce groupe de travail. L'Atelier peut en effet y contribuer à plusieurs niveaux :

- La coordination inter-professionnelle : élément majeur, (puisqu'on sait que la souffrance psycho-sociale va souvent être exprimée devant les travailleurs sociaux), les instructeurs de RMI, qui sont en général désarmés. La première étape consiste donc à organiser un groupe de travail rassemblant les "psy" (psychiatre hospitaliers, des CMP, des CMPD), les médecins, les travailleurs sociaux, les enseignants, les instructeurs de dossiers RMI et les associations oeuvrant dans ce domaine. De ces rencontres naît une meilleure connaissance des possibilités et des contraintes des uns et des autres, l'embryon d'un langage commun et des contacts bilatéraux personnalisés, qui faciliteront la prise en charge pluridisciplinaire des cas les plus ardues.

- La consultation des habitants et des personnes concernées. L'ASV impose de ne pas se contenter de ce qu'on croit savoir des besoins et des demandes des habitants. Que l'on choisisse la méthode de l'enquête participative ou celle de l'université du citoyen, l'ASV permet de donner la parole. Ce qui réserve souvent bien des surprises sur ce que l'on croyait savoir et qui permet de susciter une dynamique sociale sur un quartier. Ainsi une telle démarche permet à l'ensemble des acteurs concernés de gérer au mieux les possibilités existantes, d'éviter de se tromper d'adversaire, d'éviter les querelles stériles (en connaissant davantage les contraintes des autres).

- L'Atelier permet enfin de réunir autour d'une même table les décideurs (comité de pilotage stratégique) et les opérationnels (comité technique), les autres institutions intervenantes sur le territoire de la commune (état, département, assurance maladie, ARH, ...) ce qui permet aux décideurs municipaux d'avoir une image globale des actions financées par les autres institutions sur le territoire de la commune.

La santé s'inscrit au point de croisement et de frottement entre les situations sociales et les zones d'impact de l'action publique et des services. Beaucoup d'études se sont cantonnées à l'approche des correspondances entre un public et les services dispensés, enregistrant la différenciation de l'impact d'une prestation d'un groupe social à l'autre. Les personnes qui n'accèdent pas aux prestations de prévention et de soins ont été beaucoup moins étudiées. Quelques travaux déjà évoqués pointent l'importance dans ce différentiel des dimensions subjectives ou de ce que l'on peut aussi appeler la "santé mentale".

Les difficultés rencontrées se jouent à plusieurs niveaux :

- la hiérarchie des besoins : la santé, pour plusieurs publics "sensibles" (adolescents, grands précaires, personnes confrontées à des changements brusques) constitue une préoccupation secondaire : il ne s'agit que d'une apparence, mais qui comporte des effets très pratiques. Apparence, car les personnes ont parfaitement conscience de souffrir de divers maux et de s'exposer en permanence à de nouveaux risques mais quand les bases de leur survie sociale ou identitaire se trouvent menacées, ce ressenti est écarté au profit de leur

préservation. Les effets pratiques de cette situation ont déjà été pointés : accentuation de la morbidité liée aux retards dans le recours aux soins, rétrécissement des attentions préventives, prises de risques.

- les modalités de l'accès : ces personnes ont souvent le sentiment que les prestations d'aide ne leur sont pas véritablement destinées car les conditions posées sont vécues comme incompatibles avec leur situation : papiers et administration, attentes et prises de rendez-vous, contraintes temporelles et exigences comportementales des traitements et des consultations, etc⁴⁰.

- les logiques d'usure et de fatigue sociale : elles sont directement liées à la détérioration des supports sociaux et conduisent les personnes à ne plus se sentir en état de s'occuper d'elles-mêmes. Elles alimentent des feed-back destructeurs sur l'ensemble des paramètres de la vie intime et sociale : dégradation des soutiens, perte des derniers ancrages, éloignement des accroches possibles à l'aide sociale ou à l'insertion, etc. Ces logiques ne concernent pas que les "sans domicile", mais de nombreuses situations sociales : adolescents et jeunes adultes en errance, personnes en ruptures familiales et professionnelles, personnes âgées isolées, etc.

Le cercle qui produit et reproduit en permanence les inégalités, vulnérabilités et prises de risques, peut être brisé à partir du moment où l'on introduit des ressources au plus près de ces processus. Par exemple, agir dans le champ de la santé peut constituer un levier pour re-dynamiser l'approche de l'insertion professionnelle⁴¹. Il en est de même pour les difficultés scolaires ou les tensions familiales. Il ne s'agit pas de médicaliser mais d'élargir l'espace des ressources et des soutiens auquel les personnes en difficulté peuvent accéder.

La santé trouve ici une traduction opératoire de son acception O.M.S. à savoir un cadre de promotion d'équilibre des individus sur les différents vecteurs de leur construction et de leur développement.

Les personnes qui subissent des processus d'exclusion trouvent dans ces espaces des conditions favorables à une prise en compte respectueuse de leur situation, des occasions de s'exprimer, de faire valoir leurs difficultés et de communiquer autour des souffrances ressenties. Du côté des professionnels et des acteurs sociaux présents sur les quartiers, l'ouverture de cette plage transversale de travail est l'occasion de traiter globalement les problèmes rencontrés.

L'expérience des ASV montre que la mobilisation et la coopération naissent très vite quand se trouvent ouverts de tels espaces et que cette mobilisation et ces coopérations font écho à un besoin profond des intervenants souvent eux-mêmes en difficulté et en souffrance face aux situations complexes engendrées par les logiques d'exclusion.

41 - Cf. M. Joubert (1995).

C'est le travail engagé, dans le cadre de certains PDI, avec l'introduction d'une approche psychosociale des difficultés d'insertion et de formation professionnelle (Accompagnement social individualisé - ASI - mis en place sur de nombreux sites en politique de la ville. Une expérience intéressante de travail avec ce dispositif a été présentée lors du séminaire de l'ORSPERE « La souffrance psychique dans l'espace public : une question politique ? » (20-22 septembre 2001, L'Arbresle) par l'équipe travaillant sur Vienne (Isère). Tout un travail sur le soutien social, l'exploration de la situation de non-emploi, la mise en mots et la remise en confiance a été engagée parallèlement à un bilan de compétence. Les relations entre exclusion et désocialisation sont ici très directement travaillées. La structure entretient des liens avec l'Université Lyon II et l'ORSPERE. D'autres formules sont expérimentées, comme la Plate-forme de développement individuel à Issy-les-Moulineaux, lieu de parole dans un espace « non médicalisé » qui permet de réduire certaines formes de souffrance psychique handicapantes pour le retour vers l'emploi.

Rôle d'un élu sur son territoire : A propos de la souffrance psychosociale

2001

Docteur Laurent EL GHOZI

Maire-adjoint, chargé de la santé et de la prévention (Nanterre, Hauts de Seine)

De plus en plus de personnes souffrent dans une société dure et exigeante sans autre repère que la performance, la consommation ou le profit. Cette souffrance "psychosociale", doit être entendue comme un appel. L'élu local, responsable du bien-être de ses administrés doit contribuer à y répondre, entre soin et action sociale.

La prise en charge de cette souffrance psychosociale, dont l'identification et la mesure sont impossibles, met en échec tant le secteur social que le secteur psychiatrique. En effet, les cadres nosographiques de la maladie mentale définis par et pour les psychiatres font largement l'impasse sur les conditions de vie des gens. Or la définition de la santé mentale est nécessairement multifactorielle et complexe. Il est des souffrances sans maladie donc sans réponse thérapeutique et des maladies sans souffrance exprimée c'est à dire sans demande de soins.

L'élu local a le devoir d'agir autrement. Il dispose, en dehors des professionnels de la santé mentale, d'une large palette de services municipaux : CCAS, Service Insertion, PAIO, services du logement, de la jeunesse, de la santé. Il possède également la capacité à mobiliser toutes les institutions autour de l'usager : outils de prévention du département, DDASS, hôpitaux, CHRS ou encore associations spécialisées ou d'habitants.

La mise en synergie de cette multitude d'acteurs, d'outils, de compétences, dans un partenariat décloisonné autour d'un projet, lui permet d'agir avec efficacité.

Responsable du bien-être de ses concitoyens, garant de leur égal accès aux droits et à la santé, l'élu est l'animateur local des différentes politiques qui concourent à ces objectifs :

- Le contrat de ville apporte des réponses, complémentaires au droit commun, aux difficultés spécifiques rencontrées par les populations des quartiers défavorisés. Sur proposition des services municipaux, des associations ou des professionnels, en particulier de la santé mentale, des actions sont retenues et financées. Dans le champ de la santé, elles peuvent être mises en cohérence et pilotées par un ASV. Après élaboration d'un diagnostic partagé par les acteurs et la population concernés, il mobilise autour du projet municipal toutes les structures qui peuvent y concourir dans des actions partenariales où chacun respecte les compétences des autres et sait pouvoir s'appuyer sur elles.

- Le RMI : plus de 30 % des bénéficiaires présentent des troubles psychopathologiques sévères qui rendent difficile toute insertion professionnelle. Plus de 50 % sont dans un état de souffrance qui les rend au moins temporairement incapables du désir et de l'investissement suffisants pour seulement s'engager dans des formations professionnelles.

- Le volet santé de la loi de lutte contre les exclusions s'inscrit dans les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les populations précarisées, élaborés avec une très large participation. La problématique de la "souffrance psychique" est présente dans les 23 PRAPS.

Les PRAPS proposent des actions coordonnées dont la mise en œuvre ne peut être que locale, adaptée à chaque public ou quartier. Les élus doivent s'y impliquer autant que les professionnels du social ou de la santé mentale.

- D'autres dispositifs auxquels participent les élus concourent à prévenir ou à lutter contre la souffrance psychosociale : des crèches à la coordination gériatologique, des Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) aux espaces d'insertion, des politiques de logement à la lutte contre la toxicomanie.

Quelques exemples à Nanterre illustrent comment la municipalité agit dans le cadre d'une politique locale de santé publique :

- Il y a déjà trente ans, sur la demande de parents d'enfants inadaptés, la Ville, associant les compétences et les moyens de l'Éducation nationale et de la DDASS a créé un Institut Médico-Éducatif et un CMPP, toujours gérés et aidés par une association présidée par un élu.

- Nous avons en lien avec le CMPP, l'inter secteur de Pédopsychiatrie, les écoles et la PMI créé un lieu banalisé d'accueil sur le temps scolaire où l'enfant, au lieu d'être considéré comme instable ou inadapté et donc rejeté, est reconnu avec ses difficultés et valorisé pour ce qu'il est. Les enseignants sont sensibilisés et soutenus par les professionnels de la psychiatrie.

- Nous avons ouvert, avec les collaborations de la PAIO, de l'Inter-secteur, du service de la Jeunesse, un Espace Santé Jeunes où, à partir de n'importe quelle demande, une écoute attentive par un psychologue peut permettre un repérage

et une orientation adéquats. De la même manière l'Espace Insertion est sensible à ces difficultés particulières et nous y finançons des vacations de psychologues.

- Parce que les enseignants sont confrontés à des difficultés majeures face à des comportements qu'ils ne comprennent pas, nous leur proposons des groupes de parole avec un psychologue où peut se dire leur désarroi devant la violence des élèves, se comprendre les mécanismes psychologiques en jeu et se recadrer leur relation éducative.

- Dans un quartier de la ville, un diagnostic participatif avec les professionnels et les habitants a fait émerger la souffrance psychosociale comme l'une des cinq difficultés majeures de santé. Un comité de pilotage travaille dans une logique de santé communautaire à élaborer des réponses collectives permettant à chacun de vivre mieux.

La démarche est toujours la même : réunir les acteurs concernés pour entendre leurs interrogations, leurs difficultés, leur impuissance, sensibiliser à l'écoute, au repérage de ce qui est souffrance et non-incapacité, violence, fuite ou repli sur soi, former et soutenir ces acteurs par des professionnels de la psychiatrie qui doivent savoir s'exposer à cette clinique sociale parfois dérangement, faire émerger cette souffrance partout où c'est possible, dans des lieux neutres et conviviaux avec des équipes psychosociales mobiles, allant là où les gens vivent et souffrent, travailler en réseau sans s'enfermer derrière les barrières du secret professionnel qui ne protège souvent que notre confort d'exercice (voire notre pouvoir) au détriment du sujet, mobiliser et coordonner tous les moyens disponibles.

DE NOUVELLES TERRITORIALISATIONS POUR LA SANTE PUBLIQUE

1. Un cadre législatif en cours de clarification marquant l'émergence d'une politique nationale de santé publique

Comme il a été dit, en matière de santé, les lois de décentralisation et de déconcentration de l'action de l'Etat de 1982-1984 ont dessiné le paysage de l'action publique, en attribuant aux conseils généraux des compétences importantes pour la prévention sanitaire (PMI, dépistage, vaccinations, MST, tuberculose, etc.), alors que la lutte contre les grands "fléaux sociaux" (toxicomanie, sida, santé mentale, alcoolisme) ainsi que la tutelle du système de soins sont restés du ressort de l'Etat⁴².

Ce paysage est en train d'être redessiné avec le projet de loi relatif à la santé publique et avec le projet de loi relatif aux responsabilités locales, qui traite notamment de la solidarité et la santé. Ces deux textes ont été adoptés tous deux en conseil des ministres dans l'année 2003 et sont débattus au Parlement début 2004. Ces perspectives apparaissent suffisamment fiables pour pouvoir être données ici mais elles sont à considérer avec précaution dans l'attente du vote des lois correspondantes.

Le projet de loi relatif à la santé publique affirme pour la première fois la responsabilité de l'Etat dans ce domaine. Des objectifs nationaux seront débattus chaque année au Parlement, permettant de coordonner les nombreux acteurs publics et privés qui concourent à la mise en œuvre de cette politique. L'Etat redevient responsable des campagnes de prévention et de lutte contre les grandes maladies. Il reprend les missions confiées au département en matière de vaccination, de lutte contre la lèpre et la tuberculose, de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et de dépistage des cancers.

Le projet de loi relatif aux responsabilités locales confirme que l'Etat est acteur de la politique de santé publique au niveau local (comme dans les autres domaines de la sécurité, la justice, l'emploi, l'éducation, et la fiscalité). Cependant, les régions entrent dans le système de santé en participant aux instances de décision, en œuvrant à des programmes régionaux spécifiques de la santé publique, en pouvant participer aux investissements sanitaires et en gérant les écoles de formation des professions paramédicales. Par ailleurs, en matière de santé le département demeure responsable de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance dans les conditions fixées par l'art. L 2111-1 du code de la santé publique. Ainsi, les services et consultations de santé maternelle et infantile, les activités de protection de la santé maternelle et infantile à domicile, l'agrément des assistantes maternelles et la formation de celles qui accueillent des mineurs à titre non permanent, continuent de relever de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement (dans les conditions prévues). Dans le cadre de ses missions, la PMI réalise aujourd'hui les bilans de santé en école maternelle.

42 - Cf. l'annexe

Si l'Etat affirme sa responsabilité pour la définition et la conduite de la politique de santé publique, le projet de loi relatif aux responsabilités locales affirme en revanche la responsabilité du département dans les politiques de solidarité. Son rôle fondamental est confirmé en matière d'action sociale, parallèlement à la décentralisation complète du RMI opérée par le projet de loi créant le revenu minimum d'activité, comme en direction des personnes âgées pour lesquelles le projet crée un bloc homogène de compétences. Le département assure à ce titre la coordination des dispositifs et services qui concourent à l'insertion et à la lutte contre les exclusions. Ainsi, grâce à un ensemble d'intervenants sanitaires et sociaux de première ligne (centres de PMI, circonscriptions de travail social, équipes de l'aide sociale à l'enfance, etc.) les départements sont conduits à favoriser l'accès aux soins des publics en difficulté : meilleur accès aux droits, travail sur les connexions entre les problèmes de logement, d'insertion et de santé, actions spécifiques en direction des allocataires du RMI. Ils financent l'hébergement des personnes âgées au titre de l'aide sociale et gèrent la prise en charge de la dépendance (allocation personnalisée à l'autonomie). Ils prennent en charge les dépenses d'hébergement en établissements spécialisés et d'aide à domicile des personnes handicapées admises à l'aide sociale. Ils conduisent également des actions visant à favoriser le maintien à domicile. Ainsi, sous le double point de vue de la proximité à l'égard des publics en difficulté et de leurs missions de prévention, les départements restent naturellement des partenaires privilégiés de l'Etat et des communes dans la mise en œuvre de la politique de santé publique au niveau local.

L'intrication des problématiques sanitaires et sociales, de même que la diversité des secteurs déterminant l'état de santé des populations, justifient cette fonction de chef d'orchestre assurée par l'Etat.

Au niveau régional, les partenariats avec l'ensemble des acteurs concernés (Collectivités territoriales, Assurance maladie...) se construiront autour du plan régional de santé publique. Les programmes régionaux de santé développés jusqu'alors seront, à terme, repris dans ce cadre qui comportera un programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les publics démunis (parmi l'ensemble des autres programmes et actions que le plan pourra comporter). Inscrits à l'origine dans le cadre de la loi contre l'exclusion de juillet 1998, les PRAPS ont vocation à adapter l'offre de prévention et de soins aux besoins des populations les plus démunies. Ils constituent un outil de concertation et de coordination permettant d'associer de multiples partenaires : associations, mutuelles, organismes d'assurance maladie, hôpitaux, organismes professionnels, collectivités locales et services de l'Etat. Ils suscitent tout particulièrement un dialogue entre le niveau régional et le niveau départemental et la prise en compte des difficultés de santé des personnes en situation de précarité économique et sociale dans l'ensemble des programmes de santé publique.

La mise en œuvre du plan régional sera assurée avec le groupement régional de santé publique qui, intégrant les principaux financeurs de la politique de santé, sera l'effecteur de ce plan. Les GRSP contractualisera avec des opérateurs dans des conditions propres à améliorer la qualité et la cohérence des actions de santé publique. Ils impliqueront les agences régionales de l'hospitalisation chargées de mettre en œuvre, au niveau régional, la politique hospitalière définie par le gouvernement, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de conclure avec eux des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et de déterminer leurs ressources.

C'est dans ce cadre que sera précisée progressivement la logique de territorialisation infra régionale de la politique de santé publique en tenant compte des zones structurant l'offre de soins et des récentes dispositions en la matière (définition des territoires de santé, ordonnance du 04.09.2003).

Dans son rapport annuel de 2002, intitulé "Politiques sociales de l'Etat et territoires", l'inspection générale des Affaires Sociales constatait "l'importance croissante du niveau infra-départemental et le renforcement du rôle de l'échelon régional" dans le champ des politiques sociales. Il soulignait l'importance, pour l'Etat, de pouvoir disposer d'une doctrine territoriale plus proche de la réalité du terrain, ainsi que des outils nécessaires au pilotage des dispositifs. Dans le même sens, dans un rapport consacré à "l'insécurité des professions de santé" publié le 18 décembre 2001, l'IGAS préconisait la création de Contrats Locaux de Santé Publique. Cette proposition a été reprise par le groupe de travail "amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville" présidé par le Dr J. Lebas, dont les conclusions déposées le 21 mars 2002 préconisaient le recours à l'ASV en tant que "dispositif clé d'un tel cadre politique". De fait, les volets santé des contrats de ville constituent, sur les territoires de la politique de la ville, une préfiguration de tels contrats locaux, présentant l'avantage de se situer dans le cadre d'une contractualisation globale dont les différents autres volets peuvent, dans une certaine mesure, être mis au service de la santé publique.

Les ASV dans les Bouches-du-Rhône : le choix de la proximité

Entretien avec Gérard Corruble, *médecin inspecteur de la DDASS des Bouches-du-Rhône.*

"Choisir de créer un atelier santé ville, c'est se rapprocher des acteurs de terrain, de leurs actions. La proximité, c'est la clé du succès.

Sur l'hyper centre de Marseille, le travail effectué par la mission municipale sida /toxicomanie et les actions du PRS jeunes ont anticipé la mise en place de l'ASV, qui est aujourd'hui effective. L'ASV va permettre d'impulser et de coordonner les nouveaux axes santé du projet de ville, notamment à l'égard des publics en errance, des personnes migrantes vieillissantes, sans abandonner les consommateurs de substances psycho-actives. A Salon-de-Provence, l'ASV s'est mis en place dans le cadre du PRS jeunes dans l'Espace santé jeune, un ancien point d'écoute santé, lieu inter-partenarial qui réunit la santé scolaire, la PMI, l'hôpital et diverses associations. La volonté de la municipalité, qui a initié la démarche

ASV, est d'aller vers d'autres publics et notamment vers les personnes en situation de précarité. Une coordinatrice a été recrutée et la démarche ASV est actuellement dans la phase diagnostic. A Martigues et Port-de-Bouc - le projet de ville est inter-communal - la DDASS est à l'origine d'un réseau de santé de proximité sous la forme d'une association qui regroupe l'hôpital, les centres sociaux, le réseau "ville hôpital toxicomanie" et l'Education nationale. Il existe également un observatoire communal de la santé sur Martigues. Les deux villes sont engagées, depuis longtemps, dans une dynamique de proximité et favorisent une démarche communautaire en santé. La création d'un ASV, sur une proposition de la DIV, leur a paru tout à fait logique. C'est la possibilité de poursuivre une dynamique, en s'appuyant sur une "ingénierie" expérimentée, et l'apport de consultants".

Compte rendu du conseil des ministres du 21 mai 2003

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées a présenté un projet de loi relatif à la politique de santé publique.

Ce projet vise à doter le pays des structures et de la démarche nécessaires pour mettre en œuvre une politique ambitieuse de protection et de promotion de la santé de la population. Si la France est considérée par l'OMS comme le pays disposant du système de santé le plus performant, il reste que la mortalité et la morbidité évitables y restent parmi les plus fortes des pays développés. Cette situation révèle un déséquilibre entre les moyens alloués aux approches curatives individuelles et ceux accordés à la prévention permettant d'agir efficacement sur les facteurs d'environnement et les comportements. La première des conditions d'un rééquilibrage est la clarification des responsabilités dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de santé publique. Pour la première fois, ce texte affirme la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique. Il lui revient de préparer ces programmes et de définir des objectifs pluriannuels établis sur la base d'une expertise indépendante permettant d'identifier les secteurs où des gains sanitaires peuvent être obtenus. Il lui revient également de coordonner leur mise en œuvre.

Le texte propose une centaine d'objectifs pour les cinq années à venir. Pour les atteindre, cinq plans nationaux seront développés sur la période 2004-2008 : la lutte contre le cancer ; la lutte contre la violence, les comportements à risques et les pratiques addictives ; la santé et l'environnement ; la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et la prise en charge des maladies rares.

Le titre premier concerne la politique de santé publique. Il clarifie les responsabilités et simplifie les nombreuses instances impliquées dans la conception et l'évaluation de cette politique. Il fait du niveau régional l'unité d'intervention en santé publique et permet l'implication des régions dans les actions sanitaires.

Le titre II concerne les outils d'intervention. Il crée, sous forme de groupement d'intérêt public (GIP), les groupements régionaux de santé publique pour fédérer les acteurs de terrain. Il instaure des consultations périodiques de prévention, modernise les règles relatives à la politique vaccinale, renforce la gestion des menaces sanitaires graves et les systèmes d'information sanitaire.

Le titre III comporte les dispositions relatives aux plans nationaux de santé publique. Il crée l'Institut National du Cancer. Il renforce la lutte contre le tabagisme, la protection des ressources en eau et la prévention du saturnisme.

Le titre IV concerne la formation et la recherche en santé. Il crée l'Ecole des hautes études en santé publique et actualise la loi sur la recherche biomédicale et la protection des personnes qui y participent. Il aménage enfin les dispositions relatives à la formation médicale continue.

2. Territoires et proximité : dépasser les logiques interstitielles

Le développement des approches territoriales participe d'une volonté de réduire les enclavements et les stigmatisations.

L'éloignement à l'égard des droits, de la prévention et des soins conduisent souvent à placer au second plan les questions de santé. Les personnes en difficulté tendent à se replier sur de petits "arrangements" avec le système (urgences, consultations gratuites, soins différés, abandon des attentions préventives). Elles utilisent les interstices qui assurent la survie mais s'éloignent des logiques de droit, de soins et de prévention. Pour éviter l'enclavement, il ne suffit pas d'installer un équipement proche ou d'ouvrir des droits administratifs. Ces éléments, pour jouer réellement leur rôle demandent à être intégrés par les publics. Le travail de proximité désigne ces expériences qui, sur différents fronts (insertion, services collectifs, sécurité, justice, éducation et santé) tentent d'opérer une jonction concrète avec les préoccupations des habitants. Les actions de médiation (adultes-relais, travailleurs sociaux, associations d'habitants) travaillent à cette articulation entre le rétablissement des droits et le changement concret de la situation des personnes. Ce n'est qu'à l'échelle du territoire du quotidien, (famille, voisinage, sociabilité, fréquentation de l'espace public et des équipements collectifs) que ces personnes peuvent retrouver une situation de droit.

- Le volet santé des contrats de ville

La part de la santé dans les contrats de ville n'a fait qu'augmenter ces dix dernières années : au cours du XI^{ème} plan (1994-1999), les trois-quarts des contrats de ville comportaient un volet santé, proportion qui a encore augmenté avec ceux du XII^{ème} Plan et l'introduction de l'outil ASV. Les liens entre la question sociale, la question urbaine, et les problèmes de santé apparaissent ainsi de plus en plus souvent.

Pour une ville, l'intérêt d'une telle démarche est triple. Elle permet de :

- mieux appréhender les besoins propres au territoire et aux populations en difficulté,
- trouver les méthodes et ressources pour développer des projets dans des domaines reconnus comme sensibles, mais pour lesquels les réponses ne sont manifestement pas adaptées,
- dégager une synergie contribuant à associer et à mieux articuler les partenaires.

Le conseil national des villes signalait sur ce dernier point⁴³ que "ni les associations de malades, ni les élus, qui ont pourtant légitimité à représenter les habitants, ni les professionnels du soin, peu familiers de la santé et de ses déterminants, pas plus d'ailleurs que des conséquences sociales ou organisationnelles de la maladie, ne peuvent seuls porter les actions de santé dans la cité."

- L'approche locale des problématiques de santé

Toutes les questions de santé ne trouvent pas au niveau du territoire communal, ni même inter-communal, une base significative d'expression et de différenciation. La géographie de la santé, pour être pertinente, a souvent besoin de travailler à l'échelle régionale⁴⁴ ou même inter-régionale. Néanmoins, la mise en forme locale des données épidémiologiques permet de travailler sur les "morts évitables" en identifiant les catégories de popu-

43 - Avis « Santé et pratiques sociales », février 2000

lations et de risque. L'approche locale permet de comprendre le rôle du contexte social ainsi que les facteurs et processus de dégradation et de conduire des actions sur la base de cette compréhension. Le travail à ce niveau permet aussi de renforcer la prise en compte de données plus subjectives relatives à l'état de santé perçu. C'est la raison pour laquelle, malgré les faibles compétences de la commune en matière de santé, beaucoup d'expériences importantes ont été engagées ces dernières années à cette échelle. Avec des variations suivant la configuration socio-urbaine (taille de l'agglomération, type d'environnement) et leur position dans la trame sanitaire (structures hospitalières, démographie médicale), les villes restent dans tous les cas l'un des cadres les plus pertinents pour impulser une politique de santé appréhendée d'un point de vue global.

- L'identification d'un périmètre : du quartier à la "communauté de résidence"

L'interrogation autour de la notion de quartier et l'identification du périmètre pertinent est essentielle pour l'analyse des dynamiques d'utilisation du système de prévention et de soins. Il peut s'agir d'un micro-quartier (quelques immeubles) comme d'un ensemble sur deux communes. Il peut aussi s'agir de la commune dans son ensemble, quand la ville fonctionne bien comme une entité dans laquelle la communauté des habitants se retrouve. La différenciation des territoires de référence ne doit d'ailleurs pas exclure les dynamiques à l'échelle de la commune qui reste le niveau le plus légitime (correspondance avec la représentation politique et le cadre d'administration de la vie locale). L'objectif est d'organiser l'articulation entre les différents niveaux d'intervention pour qu'à l'échelle locale les réponses proposées en termes de prévention et de soins soient les plus performantes possibles pour les usagers. En ce sens, la notion de "communauté" telle qu'elle commence à apparaître dans certains dispositifs de travail, semble plus adaptée que celle de quartier. Dans son acception anglo-saxonne, il s'agit de cibler l'ensemble social que constituent les personnes résidant sur un même territoire et de s'interroger sur la capacité de cet ensemble à fonctionner comme un niveau d'action de référence (community level) et même comme un acteur à part entière. La "communauté" est l'objet d'un travail continu mais elle peut fonctionner sur le mode de la métaphore ou de la représentation. Le passage à des actions au "niveau de la communauté" suppose que des instances de concertation et d'expression existent depuis un temps significatif et permettent réellement aux habitants de faire connaître leur point de vue et d'être partenaires dans les actions qui les concernent⁴⁵.

3 Identifier et mobiliser les ressources de santé et augmenter la flexibilité institutionnelle

L'identification d'un territoire pertinent permet de cadrer les ressources dans le domaine de la santé, afin de les rendre plus visibles, plus accessibles et plus adaptées aux publics. Mais le territoire est lui-même une ressource. La cohérence territoriale permet en effet de créer des "synergies de ressources" entre différents registres d'intervention qui, comme souvent avec la santé, tendent à se croiser : éducation, insertion, économie, aménagement, vie sociale, etc.

44 - En particulier pour tout ce qui est des données relatives aux causes de mortalité (INSERM).

45 - La communauté se définit d'abord par l'existence d'un ensemble de personnes et de groupes disposant d'un dénominateur commun. Celui-ci est constitué non seulement de besoins, c'est à dire de problèmes sociaux partagés, mais aussi d'intérêts communs et de valeurs communes (...) d'un devenir, d'un projet en perspective » (J.P. Bélanger et al., 2000, p.155) ; les auteurs parlent de « capital social » pour qualifier le potentiel partagé et le dynamisme local porté par une communauté.

La démographie médicale est devenue en quelques années un véritable problème sur de nombreuses communes⁴⁶. Cette situation occasionne des difficultés accrues pour les malades les plus précaires, une régression des attitudes préventives, le recours à l'hôpital, avec des consultations tardives et une insécurité accrue pour l'exercice des professions de santé⁴⁷. Sur certaines communes, la baisse du nombre de médecins généralistes, de spécialistes ou de para-médicaux, conduit les personnes à s'adresser de manière inadéquate à des professionnels implantés sur d'autres villes. De nombreux exemples de migrations sanitaires sont cités aux frontières des départements et des régions qui témoignent de la géométrie territoriale particulière à laquelle un certain nombre de personnes doivent se plier.

Dans le cadre de projets partagés sur des territoires distincts, il est important que les professionnels puissent travailler sur des territoires différents. Cette flexibilité peut contribuer à créer ou multiplier des liens : elle permet aussi d'assurer un repérage plus aisé par le public des différentes catégories de ressources et peut également contribuer à assurer une meilleure cohérence des services et de la politique de santé publique. Les dynamiques locales de santé sont en effet l'occasion pour les acteurs relevant de ces différents niveaux territoriaux (ville, département, région, État) et des différents registres d'action (protection sociale, action sociale, prévention, soins, promotion de la santé, enfance, éducation, jeunesse, insertion...) de se rencontrer et de prendre la mesure de leur "part commune".

Les échanges apparaissent souvent fructueux sur le plan de l'inter connaissance mais aussi de la légitimation des actions engagées.

La flexibilité joue à plusieurs niveaux :

- des professionnels de registres de compétences et de territoires divers se retrouvent sur un même territoire, à l'occasion d'une dynamique locale : expérience de base de tous les ASV,
- des professionnels et institutionnels travaillent sur un même domaine, mais à des niveaux territoriaux différents ; ils croisent leur vision et leur registre de savoir-faire : supervision, intervision, échanges d'expérience, dynamiques de projets,
- les comités de pilotage des projets rassemblent des acteurs intervenant à différents niveaux : région, département, État, CPAM, villes, réseaux, etc.

4 Les thématiques majeures pouvant faire l'objet d'actions de santé au niveau local

Quatre grands secteurs apparaissent pour lesquels les inégalités en matière de santé sont particulièrement préoccupantes :

- L'accès aux soins

Les problèmes d'accès aux soins sont de quatre ordres : le niveau de ressources et/ou des questions de droit, des situations d'éloignement territorial et culturel et des problèmes de capacités à effectuer les démarches (fatigue, dépression, isolement).

46 - Le département de la Seine-Saint-Denis, pour la région Ile-de-France est plus particulièrement touché : le déficit en médecins de ville semble encore devoir se creuser dans les années à venir, conduisant les habitants malades à recourir de plus en plus souvent aux urgences des hôpitaux publics, de plus en plus débordés. Cf. Le Parisien du 8 avril 2002.

47 - Cf. le rapport de J. Lebas (2002) sur l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé sur les quartiers de la politique de la ville.

Les réseaux

Les réseaux de santé de proximité ont été impulsés par la politique de la ville en 1993, et institués en tant que dispositifs intégrés au système de santé par les ordonnances n° 96-345 et 96-346 du gouvernement Juppé en avril 1996⁴⁸. Nés des premières démarches de santé sur les quartiers de la politique de la ville, ils ont été pensés et gérés comme des moyens d'intervention et pas seulement de coordination. Dans un premier temps, l'association de tous les acteurs des champs sanitaires et sociaux - les médecins de ville, de CMS, les praticiens hospitaliers, les travailleurs sociaux et les personnels des structures en contact avec les personnes en grande difficulté (foyers, CHRS, associations) - a conduit à former des réseaux plutôt professionnels. Au fil du temps, certains de ces réseaux se sont essayés à l'intégration progressive des patients eux-mêmes en développant des dynamiques de type communautaire. D'autres, au contraire se sont spécialisés et médicalisés.

Le passage à des "réseaux polyvalents de proximité" susceptibles d'approcher, avec les mêmes méthodes de travail, plusieurs types de pathologies (VIH, VHC, maladies chroniques, gérontologie, cancer..) ouvre la voie à une véritable démarche de santé publique pouvant déboucher sur des actions de prévention, de réduction des risques et d'amélioration de la qualité de vie des patients. Les réseaux Ville-Hôpital et Ville hôpital toxicomanie se sont également efforcés, pendant des années, de créer les synergies professionnelles et institutionnelles susceptibles d'améliorer le rapprochement et la qualité de prise en charge des patients. La place et les moyens accordés aux réseaux ont encore été précisés récemment, par le décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique.

Si le rôle de l'assurance maladie quant à l'amélioration de l'état de santé des populations les plus en difficulté est clairement établi⁴⁹, les inégalités de droit ont persisté à la mise en place de la CMU. L'accès et le jeu des complémentaires n'est pas équivalent d'une catégorie sociale à l'autre. La consommation médicale, et plus particulièrement la consultation des spécialistes, continue à croître en fonction des revenus parmi les assurés CMU avec complémentaire⁵⁰. L'accès reste donc largement inégal et ne relève pas seulement d'une question financière.

Les diagnostics locaux permettent de suivre les conditions concrètes de gestion de la couverture sociale parmi les publics les plus démunis (ouverture des droits pour la couverture maladie complémentaire, temps d'octroi de l'Aide médicale Etat).

Plusieurs logiques interfèrent encore dans un sens discriminant :

- les conditions dans lesquelles s'effectue le dépôt des demandes : le rapport aux circuits administratifs notamment,
- les effets de seuil : les personnes qui se trouvent à la limite des conditions de ressources, les conditions d'obtention d'une domiciliation (demande abusive de papiers administratifs par les communes)
- la gestion des situations durant le temps d'instruction des dossiers,

48 - Cf. P. Larcher et P. Poloméni, avril 2001

49 - P. Dourgon, M. Grignon, F. Jusot (2001).

50 - Cf. B. Boisguérin, M. Burdillat, C. Gissot, (2002).



Sources : Délégation Interministérielle à la Ville - Centre de Ressources - Octobre 2002

Carte des établissements hospitaliers avec une Permanence d'Accès aux Soins de Santé et communes. Datée de 2002.

Le fichier de la liste des PASS (Permanence d'accès aux soins de santé) existantes en 2003 comporte 369 PASS. Parmi elles, 13 sont situées dans les DOM et 356 en métropole.

Le traitement permettant de savoir si une PASS est ou non localisée en ZUS n'a été réalisé que sur les PASS de métropole.

Sur ces 356 PASS : 211 sont situées dans une commune ayant une ZUS (toutes les PASS de Paris, Lyon et Marseille sont classées dans ce cas)

Parmi ces 211 PASS :

- 10 ont une adresse en ZUS
- 124 sont dans un quartier hors ZUS d'une commune ayant une ZUS
- et pour 77, la localisation n'a pu être déterminée assez précisément pour les classer en ou hors ZUS (c'est en particulier le cas pour 18 des 20 PASS situées à Paris, Lyon ou Marseille)

Sources : Direction des Hôpitaux et de l'Offre de Soins - DIV - Centres de Ressources - Octobre 2002

- les conditions dans lesquelles certains soins, comme les soins d'optique et dentaires sont remboursés avec les incidences sur les assurés : les données pointent, en effet, un différentiel pour les bénéficiaires de la CMU⁵¹.

Pour les personnes ne pouvant juridiquement bénéficier de la CMU de base ou de la protection complémentaire, l'Aide Médicale d'Etat (AME) peut être attribuée. Le suivi de son application et de la situation des personnes qui ne réussissent pas à l'obtenir est important.

L'accès à la prévention⁵² et aux dépistages⁵³ connaît également de grandes inégalités et des micro-dispositifs de suivi local des campagnes menées semblent nécessaires.

Un certain nombre de villes ont engagé des démarches pour obtenir des données sur les profils de consultation hospitalière de leurs ressortissants. Ces données sont importantes.

Les PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

Dans le cadre des PRAPS, la loi a prévu la création de PASS dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier. Il s'agit de cellules de prise en charge médico-sociale mises en place dans un certain nombre d'hôpitaux. Elles sont destinées à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier ainsi qu'aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Elles ont aussi pour fonction d'accompagner les personnes en difficulté dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits sociaux. L'analyse effectuée en 2000 sur ce dispositif⁵⁴ a mis en évidence l'importance d'un tel outil, dans le contexte actuel, mais aussi ses limites : ses principes, "simples au premier abord, requièrent en fait auprès de personnes fragilisées par la vie et la maladie, de mettre en place des dispositifs appropriés, de développer des savoir faire qui ne sont pas encore communs dans nos hôpitaux et de s'adapter à des demandes souvent vécues comme contradictoires avec l'organisation hospitalière traditionnelle".

Les tutelles, dans la première phase de mise en place, n'étaient pas toujours convaincues de la pertinence de cette mesure et certains publics en grandes difficultés (étrangers sans papiers, jeunes en errance, usagers de drogues marginalisés) continuaient à rencontrer des difficultés à accéder aux soins hospitaliers. Le rapport concluait : "plutôt que de développer des pratiques spécifiques vis-à-vis des personnes en précarité, il nous paraît plus judicieux d'adopter sur le long terme de façon générale et systématique des attitudes et pratiques d'évaluation individuelle des risques de vulnérabilité chez les personnes qui recourent à l'hôpital. Tel est l'enjeu de la mise en place et de la pérennité des PASS."

51 - Cf. B. Boisguérin, C. Gissot (2002).

52 - Cf. les actions engagées en Seine-Saint-Denis par la Mission de prévention des toxicomanies et des conduites à risques en direction des pairs et des professionnels de proximité (prévention de proximité).

53 - Cf. F. Bertolotto, M. Joubert et al., Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage de masse du cancer du sein, BEH n°3, 2003

54 - En 2000, 1659 personnes sans couverture sociale se sont adressées à une PASS en Seine Saint-Denis ; c'est le nombre le plus important après Paris sur la Région Île-de-France (DRASS, Enquête « degré d'implication des PASS dans la CMU et l'AME »).

55 - Cf. J. Lebas (2000)

En effet, une partie des publics en difficulté utilise pour se soigner les urgences ou les PASS⁵⁴. Certains problèmes, que les personnes ne souhaitent pas aborder localement, se trouvent déplacés vers l'anonymat hospitalier.

- Le soutien social et la promotion de cadres favorables à la santé

Ces questions commencent à préoccuper les acteurs de la santé scolaire et les familles. Elles constituent une source de tension et de souffrance pour les enfants et les jeunes concernés⁵⁶. Les visites obligatoires effectuées par les médecins de santé scolaire représentent une base importante de données pour l'amélioration de l'offre de prévention et de soins au niveau local⁵⁷. Pour des raisons diverses, elles ne sont pas toujours exploitées à cette échelle. Les déséquilibres alimentaires arrivent au premier plan⁵⁸. Les questions d'alimentation renvoyant directement au style de vie des populations sont d'une grande importance dans l'aide pouvant être apportée aux populations confrontées à la précarité⁵⁹.

- La prévention des conduites à risques

Comme pour les autres domaines, les données locales ne sont pas très nombreuses. Les données communales, a fortiori infra-communales, sont rares ; de même que la prise en compte des variables relatives à l'exclusion et à la précarité⁶⁰. Malgré cela, le recueil régulier d'indicateurs existants (comparaison entre communes et départements) peut permettre de se faire une première idée de la manière dont les phénomènes se manifestent sur une ville. Pour les drogues illicites, les données⁶¹ se trouvent en partie biaisées (activités de professionnels et d'institutions), mais des investigations plus qualitatives permettent de se faire une idée plus proche des réalités⁶². En effet, pour pouvoir engager des actions de prévention, de facilitation de l'accès aux soins et à la substitution et de réduction des risques, il est nécessaire de connaître les contextes de consommation, la forme prise par les micro-trafics et les conditions d'engagement des personnes dans les consommations : trajectoires, facteurs incitatifs, rôle des interdépendances économiques.

Enfin, la tendance qui consiste à raisonner en termes de "prévention des conduites à risques"⁶³ permet de ne pas rester fixé sur les symptômes et modes de manifestation des difficultés vécues par certains publics, et d'aborder les processus qui peuvent les conduire à s'engager dans telle ou telle prise de risque, à les enchaîner ou à les associer. Cette approche suppose que des bases d'observation et de réflexion soient mises en place avec

56 - Cf. HCSP (2002), pp. 91-92, qui cite une étude de l'INVS pour les enfants de 7-9 ans : la prévalence du surpoids et de l'obésité serait de 14% chez les garçons et de 18% chez les filles.

57 - Cf. H. Collignon (2002). Les principaux indicateurs pour lesquels se manifestent des inégalités sur lesquelles les démarches locales sont susceptibles d'agir sont : la surcharge pondérale, les troubles de la vision, les caries, troubles du langage, asthme (prévalences supérieures en ZEP).

58 - M. Tubiana, M. Legrain, 2002 p. 23.

59 - Cf. la revue spécialisée sur ce plan (Alimentation et précarité).

60 - Cf. D. Lopez (2002).

61 - Indicateurs relatifs à l'interpellation des usagers (ILS - données OCRITIS, accessibles par communes, variation selon les produits consommés) ; à la répression du trafic (ILS spécifiques aux revendeurs, dealers locaux et trafiquants, saisies de produits) ; aux contaminations liées à l'usage de seringues (sida, hépatites) ; aux traitements suivis (hospitaliers, CSST) ; aux kits d'injection et seringues distribués ou vendus sur le territoire considéré ; aux cas de surdose enregistrés (décès, interventions en urgence : pompiers, samu). Sur le plan européen, le Groupe Pompidou a proposé une méthodologie de suivi des tendances de consommation sur plusieurs grandes villes (Conseil de l'Europe, 1994). Le dispositif Tendances Récentes et Nouvelles Drogues est susceptible de déboucher sur ce type de données, même si au départ il a été conçu pour mettre en évidence des tendances nationales et régionales (OFDT, 2000, 2002).

62 - Cf. par exemple, les diagnostics effectués relativement à l'économie parallèle liée aux drogues sur un certain nombre de communes dans le cadre du Conseil National des Villes (1994).

63 - Cf. l'évolution de la Mission départementale de prévention des conduites à risques de Seine-Saint-Denis. Cf. le travail effectué en Belgique par P. Jamoulle (2002) relativement à la "débrouille des familles" confrontées aux conduites à risques.

Les ASV de Marseille Centre

Entretien avec Mylène FRAPPA, *Mission sida-toxicomanies et prévention des conduites à risque, Direction générale de la protection et de la prévention, ville de Marseille, Bouches-du-Rhône*

“En 1995, le Maire de la ville a créé une délégation politique au sida et à la toxicomanie qui a été confiée à M. Jean-François Mattéi. Cette création se justifie par une situation épidémiologique très particulière sur la ville : le sida est la première cause de mortalité des jeunes adultes et les cas nouveaux sont deux fois supérieurs à la moyenne nationale. M. Mattéi auditionne toutes les structures impliquées, près de soixante dix, services de l'Etat, partenaires institutionnels, services hospitaliers, administration pénitentiaire, associations et notamment l'Association méditerranéenne de prévention des toxicomanies qui est positionnée comme l'un des principaux acteurs sur ce champ. De ces entretiens, il ressort la nécessité d'une coordination, l'affirmation d'orientations claires et cohérentes, le besoin d'un soutien spécifique de la municipalité. M. Mattéi crée alors la Mission sida et toxicomanie, aujourd'hui devenue la Mission Sida Toxicomanie et prévention des conduites à risques. Une ligne de crédit spécifique est ouverte sur le budget municipal, dont les 2/3 vont aux associations pour des actions particulières. Il met également en place un dispositif d'évaluation et d'expertise des projets soumis à la municipalité, une municipalité qui affiche désormais clairement ses priorités : la prévention et la réduction des risques liés aux usages de drogues et l'accès aux droits. Un geste symbolique marque la volonté du conseil municipal unanime dans ses décisions : la ville adhère à “la charte des villes contre le sida”.

La Mission Sida Toxicomanie, en partenariat avec les services de l'Etat et des

collectivités territoriales, doit susciter, développer et soutenir des projets et actions sur le territoire de la commune, autour des axes suivants:

- l'accès aux droits (soins, logement, insertion sociale) des marseillais concernés par l'infection à VIH et/ou la toxicomanie,
- la prévention de l'infection par le VIH et du Sida,
- la prévention de l'usage de substances psycho-actives et la réduction des risques sanitaires et sociaux liés à l'usage des drogues.

Le travail de la mission s'articule autour de priorités. Tout d'abord le suivi de dispositifs initiés par la Ville et notamment la gestion de huit automates échangeurs de seringues, dont l'emplacement a été l'objet d'une longue phase de concertation. Une évaluation permet aujourd'hui d'affirmer que cette mise en place nous a permis de toucher des publics avec lesquels nous n'avions pas, jusqu'alors de contacts ou que nous n'avions pas repéré. La mission fait de la concertation avec les acteurs locaux l'une de ses priorités. Elle coordonne les actions de proximité auprès d'usagers de drogues marginalisés. Elle a, par exemple, développé des équipes mobiles de proximité, en référence au travail de rue. En 1997/1998 les associations estimaient que ce travail n'était pas suffisant et qu'il fallait faire plus. C'est donc devenu l'un des chantiers de la mission. L'idée a été de s'appuyer sur les personnes elles-mêmes toxicomanes, en emplois jeunes, suivis par des tuteurs. Tous les intervenants sollicités pour faire ce travail ont suivi une formation

spécifique donnée, à la suite d'un appel d'offres, par l'Institut méditerranéen de formation en travail social, en lien avec un consultant analyste du travail et l'Institut de formation aux soins infirmiers.

Nous nous sommes rapprochés du Centre d'études et de recherches sur les qualifications (CEREQ - www.cereq.fr) pour valider les compétences et les qualifications des intervenants.

La mission contribue également au soutien méthodologique, technique et financier à des projets associatifs. Elle aide à l'élaboration de diagnostics locaux et de projets dans le cadre de la politique

de la ville ou auprès des mairies de secteur. Elle finance des enquêtes, études et recherches à visée diagnostique ou d'évaluation. Elle participe à des campagnes d'information et de communication. Enfin la mission est souvent le médiateur ou le régulateur des conflits que génèrent certains dispositifs. Les compétences de la délégation au sida et à la toxicomanie ont été étendues, sur suggestion de la mission, à la prévention des risques sanitaires chez l'adolescent dans une perspective plus large de promotion de la santé. L'Atelier santé ville est la structure idoine pour coordonner et impulser l'ensemble des acteurs intervenant sur cet axe.”

les acteurs locaux sur les différentes conduites à risques : déscolarisation, petite délinquance, mises en danger ou exposition à des risques (accidents, violences..), consommation de psychotropes, mouvements dépressifs et tentatives de suicide.

- La santé mentale

Les problèmes de santé mentale sont aujourd'hui pointés comme parmi ceux qui sont les plus préoccupants, que ce soit par l'Organisation Mondiale de la Santé ou, en France, la direction générale de la santé, par le biais des diagnostics opérés par les PRAPS⁶⁴ et l'Institut de Veille Sanitaire⁶⁵.

Les phénomènes concernés restent mal identifiés comme les compétences pouvant être engagées sur le plan de la prévention et de la prise en compte des différentes manifestations de la détresse quotidienne articulée à la précarisation des conditions de vie.

Dans ce domaine⁶⁶, nous ne disposons pas de données quantifiées satisfaisantes, en dehors de celles relatives aux placements d'office ou aux statistiques globales des secteurs

64 - Cf. la circulaire DGS/6C/DHOS/O2/DGAS/DIV n° 2001/393 du 2 août 2001 (orientations relatives aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale qui pointe plus particulièrement les besoins de décloisonnement et de mise en réseau des réponses institutionnelles pour ce qui est de l'enfance et de la jeunesse, avec la nécessité d'initier des démarches innovantes sur le plan de la prévention et de la gestion de l'urgence.

65 - Parmi les 10 premières priorités de veille sanitaire dans la consultation menée en 2000. Cf. le travail en cours réalisé pour l'Institut de Veille Sanitaire par Anne Lovell (Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale, 2003).

66 - Cf. HCSP (2000).

67 - Un indice de souffrance individuelle a été élaboré dans la région Nord Pas-de-Calais (note de la DDASS du Nord du 15.09.00) qui intègre les données relatives aux demandes spécifiques (pathologies alcool donnant lieu à hospitalisation, file active des institutions psychiatriques, tentatives de suicide, toxicomanes suivis dans les centres de soins spécialisés).

68 - Les assistantes sociales d'Aubervilliers, dans le cadre du groupe de travail mis en place à l'occasion des Ateliers Santé Ville en Seine Saint-Denis ont amorcé un travail de ce type pour évaluer les situations de « problèmes de souffrance psychique » parmi leur file active, et mettre en place une instance concertée de gestion de ces situations. Cf Pilar-Arcella-Giroux dans Proximités. La lettre départementale de la prévention des conduites à risques et des toxicomanies n°5, 2003.

de psychiatrie, dont le découpage obéit à une géographie particulière ne permettant pas d'identifier les données par commune. Les tentatives pour créer des indices ont nécessairement un caractère réducteur⁶⁷. Si ce type de données n'est pas facile à produire localement, elles permettent néanmoins de dégager des variables intéressantes pouvant être intégrées dans le cadre des grilles diagnostiques utilisées par les professionnels de première ligne⁶⁸.

- Les autres champs d'actions

A côté de ces quatre zones sensibles pour la santé, d'autres grandes questions s'inscrivent également dans le champ d'action des ASV : personnes âgées, personnes handicapées, publics migrants, jeunes en difficulté, santé scolaire, enfants exposés au saturnisme, etc.

Elles gagnent dans tous les cas à être déclinées à partir des zones sensibles précédentes. C'est de cette manière que peut se dégager la trame commune des problèmes de santé publique. On retrouve toujours, en effet, à des degrés divers :

- les questions d'accès aux soins et à la prévention dans le sens précisé plus haut, à savoir, la dynamique qu'il faut toujours créer pour assurer l'effectivité des actions engagées en direction d'un public donné,
- le soutien social et la qualité de vie, variables communes à la plupart des démarches de santé : c'est par ce biais qu'il est possible d'appréhender globalement et concrètement la situation des publics fragilisés et d'agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de leur santé (logement, droits, emploi...),
- les conduites à risques, dégagées du pôle "prise volontaire de risques" : beaucoup de problématiques de santé renvoient à une interaction entre risques et vulnérabilité ; la manière dont les personnes fragiles s'exposent ou se trouvent exposées peut être travaillée, anticipée et beaucoup de dommages évités,
- la santé mentale constitue également une condition de toute action de prévention et de promotion de la santé : ce n'est que lorsque les ressources, blocages et potentialités de changement des individus et des collectifs ont été bien identifiés, que les dynamiques de travail local réussissent véritablement à accrocher d'une manière durable⁶⁹.

69 - C'est ce que l'on appelle aujourd'hui l'*empowerment*. Cf. M. Breton (1999) et W.A. Ninacs (1995) et Prévention et santé mentale ; Les cahiers proximités, n°3, décembre 2003 (Mission de prévention du département de la seine-saint-Denis) Cf. également la mise à plat de toutes les méthodes de recherche-action présentées par R. Mayer et al. (2000)

Méthode

éléments

Quel que soit l'indicateur de mortalité retenu, les inégalités sociales de santé s'accroissent en France. Elles restent même plus fortes que dans de nombreux pays de niveau de développement comparable. C'est à partir de ce constat que se construisent les ASV.

Il existe aujourd'hui de nombreux travaux sur la question et de réelles avancées sur le plan scientifiques ont été enregistrées ces dernières années. Il n'en reste pas moins que ce thème est, de fait, faiblement émergent. Plusieurs raisons viennent à l'esprit, sans hiérarchie aucune : la diffusion des savoirs, la recherche pour le recueil et l'analyse des données disponibles, les questions pertinentes pour établir le débat et continuer à enquêter mais aussi le politique et ce, quelque soit le niveau territorial.

Ce qui est présenté dans le cadre méthodologique ci après est le point de départ d'une approche territoriale et ses premiers effets. L'angle d'approche est essentiellement sociologique et se veut opérationnel. Un ASV est avant tout un espace ouvert qui doit produire de la socialisation, du rapprochement et de la coopération autour d'objectifs partagés.

Les éléments de méthode rassemblés ici résultent de la mise en œuvre pilote des ASV avec l'accompagnement méthodologique de Resscom. Situés à l'articulation de dynamiques locales et d'un mouvement de déclinaison de programmes de santé publique, les ASV s'inscrivent dans le contexte émergent d'une politique de santé publique territorialisée.

L'ASV est également un espace ou plutôt un interface entre trois politiques publiques : celle de la santé, bien sûr mais aussi celle de la ville et celle de la lutte contre l'exclusion. Il s'agit de croiser les approches et dispositifs pour générer des rapprochements, des co-productions, des recherches communes et pour faire la preuve au niveau local, et parfois dans une visée infra-communale, des disparités sensibles, en s'appuyant sur le nécessaire et incontournable recueil de données épidémiologiques.

Comme "surface d'ajustement" au plus près des populations l'ASV est facteur d'acculturation et de convergence d'objectifs, à partir d'une meilleure compréhension de l'état de santé. L'expérience renseigne ainsi, du point de vue de la programmation de chaque ASV, sur les modes d'approche (plus ou moins globale) et sur les domaines ayant suscité l'engagement des collectivités locales. L'ASV relève en effet d'engagements volontaires avant tout des élus qui dépendent sans doute de la disparité des situations locales (problèmes de santé, capacités et expériences de santé publique). L'étendue possible du champ de la santé publique (pathologies, déterminants de santé...) et la portée à la fois restreinte et prioritaire des sites à considérer dans les régions confèrent un caractère empirique aux démarches de coopération entreprises.

Celles-ci réclament de toute évidence le temps nécessaire pour assurer la qualité du partenariat sur les orientations définies en commun au titre du contrat de ville. Les témoignages et observations rendent compte à ce titre des points clés à considérer. Ils mettent en

lumière les progrès accomplis dans nombre de sites locaux. Ils permettent aussi de prendre la mesure des développements d'ordre stratégique et méthodologique qu'il conviendra d'assurer avec la montée en puissance de la politique de santé publique s'agissant des rapports de celle-ci avec le plan local, compte tenu des enjeux qui y sont posés en termes de participation et de transversalité.

La méthodologie mérite d'être évolutive, vivante, dynamique parce que posée dans un contexte urbain en transformation où elle doit induire des modes d'agir sur les mécanismes et phénomènes de précarisation. C'est cette esquisse qui est proposée dans les pages qui suivent⁷⁰.

70 - Ces éléments sont en partis issus des réflexions engagées sur les deux régions pilotes. Le travail réalisé en Seine-Saint-Denis a donné lieu à une série de séminaires de réflexion associant les différents acteurs engagés dans les ASV, animés et coordonnées par Profession Banlieue. Une publication en a présenté les principaux résultats (M. Joubert, C. Mannoni , 2003).

METTRE EN PLACE UN ASV

Une trame commune semble résulter de la cinquantaine d'expériences engagées depuis deux ans. Elle dessine un canevas à partir duquel des voies propres à chaque contexte territorial peuvent être dessinées.

1 Les niveaux de promotion des ASV

- Le niveau régional

Appelée à prendre plus d'importance dans la territorialisation de la politique de santé, et déjà centre décisionnel important (ARH, URCAM, URML, CRAM), la région est le cadre de réflexion, de coordination et d'incitation qui détermine le développement des ASV.

Le projet de loi relatif à la politique de santé publique confirme le rôle majeur du Préfet de région pour la définition des modalités de mise en œuvre des objectifs et des plans de santé publique déterminés au niveau national en tenant compte des spécificités régionales (après consultation du comité régional de santé publique, il élabore un plan régional de santé publique dans lequel s'insèrent les programmes régionaux de santé, dont les PRAPS).

Si l'articulation des programmes régionaux de santé et des ASV, facilite la mobilisation des préfets de département, des sous-préfets à la Ville et des DDASS, un document d'orientation permettant de situer les ASV au sein de la politique régionale de santé reste nécessaire pour que chacun des acteurs ait une idée claire des objectifs assignés et des moyens affectés, au regard des actions déjà existantes. Dans cette perspective, la DRASS pourra s'appuyer sur une base de ressources, visualiser les besoins de formation et réaliser des réunions de coordination des référents ASV. L'intérêt est d'ajuster les programmes et d'assurer les conditions de leur évaluation.

- Le niveau départemental

L'impulsion des ASV s'est avant tout réalisé au niveau départemental. L'engagement du sous-préfet à la Ville et du DDASS est la condition minimale pour dynamiser et légitimer le partenariat nécessaire à la constitution d'un ASV. Il permet de faciliter et de renforcer les dynamiques de coopération et de mise en réseau des ressources de prévention et de soins.

Cet engagement suscite la désignation d'une personne référente au sein de la DDASS. Il s'agit à ce niveau de trouver les articulations entre le suivi de la politique de la ville, la mise en œuvre du PRAPS et plus largement les différents secteurs de la DDASS concernés par les problématiques de santé susceptibles d'être posées dans le cadre des ASV.

La mission de cette personne est d'assurer :

- la mobilisation des services de l'Etat, des institutions et des partenaires qui assurent le pilotage départemental,
- la constitution d'un pôle de ressources, qui pourra se situer au niveau départemental en appui, le cas échéant, sur le centre de ressources de la politique de la ville :

documentation, expériences de référence, équipes techniques, experts, correspondants villes,

- la mobilisation et l'accompagnement des villes candidates,
- le recueil et l'actualisation des données de référence relatives aux problématiques et priorités de santé publique sur le département : cartographie, indicateurs, enquêtes ciblées,

Il est essentiel de poser les bases d'une programmation annuelle à ce niveau, après le lancement officiel de l'ASV, de constituer une instance de suivi et de maintenir des échanges réguliers entre les villes : formations, synthèses, évaluations, capitalisation. L'ASV comble également et dans la durée, la surface de communication qui souvent, manque entre les villes, le département, les services de l'Etat et la médecine libérale.

Un plan départemental de promotion et d'évaluation des ASV peut être mis en place. Il doit alors être conçu comme le levier permettant d'atteindre les objectifs fixés au niveau du PRAPS et du contrat de ville.

Entretien avec Fernande POUILLARD

Conseillère technique départementale,

chargée de mission de la politique de la ville à la DDASS de Seine-Saint-Denis.

“Le projet ASV est piloté, dans le département, par la DDASS et nous nous efforçons d'animer la démarche. Nous avons commencé par créer une cellule de réflexion interne, en intégrant le tutelle des hôpitaux, le service du RMI, le service Sida-Toxicomanie et, plus ponctuellement, le service qui s'occupe des jeunes. Cette démarche heurtait la culture des services, finalisés sur des populations alors que la politique de la ville et celle des ASV l'est sur des territoires, mais chacun y a trouvé de l'intérêt : elle entraîne une autre façon de voir le rôle des villes en matière de prévention et d'éducation à la santé.

Nous avons fait le pari que les villes pouvaient produire des projets locaux de santé pertinents, particulièrement vers les populations les plus démunies, car elles sont proches d'elles, via les centres de santé, les services d'hygiène, et qu'elles pouvaient associer ces populations à ces projets. Nous avons fait le pari qu'elles pouvaient mieux articuler leurs interven-

tions avec celles d'autres acteurs, et construire des projets qui intègrent les priorités de l'État et donc contribuer à l'évolution des politiques publiques de santé. Nous avons intéressé les maires à la démarche des ASV, ateliers conçu comme des lieux de coordination, de cohésion, de consolidation des capacités locales dans le cadre de diagnostics puis d'élaboration de projets.

Pour faciliter la démarche ASV, nous ne nous sommes pas contentés de donner des directives. Nous avons voulu mettre les villes en capacité de réalisation en leur apportant un appui. Appui avec la création d'un comité de partenaires (voir plus haut), un suivi méthodologique sur cinq villes pilotes, l'édition d'une lettre, l'idée d'une évaluation et la rédaction d'une lettre de cadrage. Celle-ci rappelle les principes de l'opération et détermine les questionnements à prendre en compte pour la mise en oeuvre et l'évaluation des ASV au niveau des villes. Elle parle d'adéquation de la

coordination locale à la problématique retenue, par exemple santé mentale, toxicomanie, ou souffrance psychique, qui sont des thèmes récurrents, du degré d'adhésion des organismes représentés dans la coordination locale à la problématique choisie, de la connaissance et la compréhension partagées des missions respectives des partenaires et de l'adaptation de la conception du projet aux dynamiques d'évolution professionnelle dans les différents secteurs concernés. Elle évoque également l'organisation du projet ASV, sa qualité, sa reconnaissance, et son intégration dans les autres projets locaux.

Force est de constater que nous avons raison : cela fonctionne.

Il y a eu douze projets ASV déposés et aucun n'a lâché prise. L'importance de la coordination locale adaptée au projet a conduit neuf villes à recruter un coordinateur spécifique. Tous les projets reposent sur un diagnostic, qui exploite mieux les réservoirs de connaissances disponibles

(hôpitaux, cliniques, santé scolaire, état civil, pharmacies, sécurité sociale...) Deux villes - Pierrefitte et La Courneuve - ont engagé une enquête auprès de leur population. Ces diagnostics permettent de mieux appréhender les problèmes de santé, les obstacles à l'accès aux soins mais aussi de rechercher les ressources à mobiliser pour mieux répondre aux besoins.

Je ne veux pas décrire ici les projets qui sont en train de se construire, par exemple la Maison de la santé de Saint-Denis, ni l'avancement de la démarche ASV dans chacune des douze communes. Mais je voudrais signaler ce qui commence à changer. Tout d'abord, dans tous les ASV s'est posée la question des liens avec l'hôpital. Cette interrogation commence à induire des modifications dans les relations ville-hôpital. Et puis, le regard des partenaires départementaux sur les villes se modifie. Au delà de la concertation, nous percevons la possibilité de nouvelles politiques de prévention ou d'éducation à la santé."

- Le niveau local : lieu de la décision

Outre la validation politique de l'ASV, l'implication des Maires et de leurs élus (santé, social, politique de la ville) permet de créer des ouvertures en direction des services municipaux et des principaux professionnels de santé et/ou acteurs locaux : praticiens libéraux, services du département, instances travaillant sur la protection sociale, établissements de santé du secteur, services spécialisés, etc.

Cet engagement municipal est formalisé par une décision en Conseil municipal. La mise en place du projet constitue une phase de travail incontournable. Celle-ci se crée par la mobilisation et l'adhésion des élus locaux puis des acteurs locaux pour la réalisation d'un pré-diagnostic et la mise en place de groupes de travail. Les échanges avec l'équipe de la DDASS et les promoteurs des ASV du département ou de la région complètent cette première phase.

Il s'agit ensuite de penser avec l'ensemble des acteurs intéressés (sanitaires, sociaux, éducatifs, de l'emploi et de l'insertion) le montage opérationnel, de manière à bien évaluer les moyens qui sont nécessaires.

La phase suivante entre dans le cadre méthodologique général exposé plus loin. Les principaux axes de la méthode ASV sont déclinés : articulation avec le droit commun et les principaux acteurs de santé (hôpital, médecine libérale.), qualification en santé publique, diagnostic participatif, participation de la population, évaluation des actions.

Le mode et les conditions d'engagement de chaque ville varient d'un contexte à l'autre. La typologie élaborée en Seine-Saint-Denis donne une image assez représentative de la différenciation des positionnements et des dynamiques engagées sur l'ensemble du territoire. Il semble se dessiner des lignes directrices :

- L'importance accordée à l'engagement d'un travail diagnostique. La manière dont les diagnostics participatifs sont introduits dans les ASV permet de faire le point sur la situation socio-sanitaire, de consulter la population et de mobiliser tous les partenaires. Cette opportunité est largement investie par les villes qui y trouvent matière à engager une action assez consensuelle pour répondre à des besoins reconnus.
- L'engagement des villes répond à un besoin de travailler à une meilleure cohérence de l'action de santé publique au niveau local. L'ASV génère des outils permettant de réfléchir sur l'articulation des ressources, l'amélioration des coopérations inter-professionnelles et le développement d'approches globales des problématiques santé/précarité. Aujourd'hui, le sentiment de dispersion et de perte d'efficacité domine. Ce qui a longtemps fonctionné sur "le registre du bricolage" et des négociations de gré à gré, trouve avec l'ASV le cadre et la légitimité d'un développement reconnu et de synergies inter-communales et départementales. La possibilité d'obtenir un financement pour une coordination est souvent l'occasion de débloquer des situations locales et d'instaurer un réel espace de concertation autour des questions locales de santé publique.
- Le volet participation de la population est également investi positivement par les villes, dans un contexte où elles cherchent à multiplier des occasions de rencontre et d'expression de la population, notamment dans le cadre des dispositifs de la politique de la ville : gestion de proximité, conseil de quartiers, association d'habitants...

2 La définition d'une note de cadrage départemental

L'élaboration d'un note de problématique et de cadrage des ASV est utile pour que les partenaires impliqués s'entendent bien sur le sens de la démarche et sur les questionnements et critères qui, fondant la conception de celle-ci au niveau local, permettront d'apprécier à terme les progrès accomplis et les résultats. Cette note est soumise au pilotage départemental et constitue ainsi un support précieux pour les maîtrises d'ouvrage et d'œuvre locales impliquées dans la démarche ASV. Cette méthode, suivie en Seine-Saint-Denis, permet de disposer d'un guide. Elle présente également l'intérêt d'affirmer un certain nombre de conditions et d'enjeux propres à la conjoncture de santé publique du département : spécificités institutionnelles, professionnelles, grands axes de santé publique privilégiés, etc. La régulation opérée par le comité de suivi au niveau départemental permet d'organiser la complémentarité des interventions. L'évaluation de la faisabilité et de la qualité des projets concerne autant leur procédure d'élaboration, leurs conditions de mise en œuvre que la nature des résultats escomptés.

- Déroulement
- coordination locale mise en place au titre de l'ASV : problématique, compréhension partagée des missions des structures et professionnels de droit commun concernés,

- stratégie d'implication croisée de l'autorité sanitaire départementale (DDASS), de ses partenaires institutionnels (Services du département, CPAM, Éducation nationale, Ordre des médecins, hôpitaux, CRAMIF) et des organismes à vocation transversale (CIRDD, CODES, Centre de Ressources de la politique de la ville),
- articulation des actions à entreprendre avec les instruments de la démocratie locale : informations, consultations, décisions politiques.

- Résultats

- implication des instances politiques dans la conception et le suivi du projet : examen au bureau municipal et décision du Conseil Municipal : engagement des instances de pilotage de la politique de la ville,
- évaluation des progrès et contraintes relatifs à l'incidence sur les activités des structures et professionnels du droit commun,
- suivi et capitalisation des coopérations réalisées : chartes, conventions, protocoles, modèles de bonnes pratiques,
- objectivation de l'implication de la population : modes de participation, effets induits, incidence sur la démocratie locale.

- Cahier des charges et appel à projet

Ce cadre posé, il devient possible de définir au niveau du département un cahier des charges précis. Les schémas utilisés suivant les départements sont plus ou moins formalisés. Le pragmatisme consiste à laisser monter les projets les uns après les autres et à ajuster au fur et à mesure le cahier des charges en fonction des propositions.

Le cahier des charges doit inclure les principaux paramètres des orientations départementales et régionales :

- déclinaison du PRAPS,
- problématiques spécifiques,
- prise en compte du degré d'engagement des villes dans des démarches de santé.

La dimension méthodologique des ASV, tenant à la nécessité d'une démarche partenariale de conception d'un projet local de santé, doit y être réaffirmée très concrètement.

3 Le comité départemental de pilotage et de suivi

Le développement des ASV suscite la mise en place d'un comité départemental regroupant l'ensemble des partenaires concernés.

Ce comité départemental a une double mission :

- il conduit un travail de légitimation : en ajustant les arguments, en analysant les orientations, en s'assurant de la concordance avec les missions de chacun,
- il permet d'extrapoler la démarche et son suivi, en examinant les conditions dans lesquelles certaines actions peuvent être soutenues dans le cadre des prérogatives des partenaires associés (financements, suivi, reprises).

Sur la Seine-Saint-Denis, sous l'égide de la DDASS, avec une représentation de la DGS et de la DIV et l'accompagnement de RESSCOM, l'essentiel des institutions susceptibles d'être intéressées au développement des actions locales de santé liées à la lutte contre les exclusions ont été sollicitées :

- la CPAM et la CRAMIF, pour ce qui est du volet action sociale dans le suivi des prestations de santé, du suivi de la CMU, mais aussi de l'aide à la production d'indicateurs locaux,
- le conseil général qui a associé ses services à la démarche : le service de prévention et des actions sanitaires ainsi que la PMI sont présents aux réunions. Même si la position stratégique du département consiste à affirmer l'importance des actions s'adressant à l'ensemble de la population (souci de ne pas stigmatiser et de développer le socle du droit commun), l'intérêt à voir se développer des actions concertées à l'échelon local est manifeste.
- l'Inspection Académique (santé en faveur des élèves), le CIRDD (prévention des toxicomanies), le centre de ressource de la politique de la ville (Profession Banlieue), le Conseil de l'Ordre des Médecins, la CAF, la coordination départementale des services sociaux et la mission ville de la préfecture de région et la DRASS.

La santé dans le GPV de Viry Grigny : L'émergence d'un ASV

A la convention constitutive du grand projet de ville (GPV) s'ajoutent des conventions par thèmes notamment l'une sur la santé publique. Celle-ci réunit la Préfecture de l'Essonne, la CPAM 91, l'Inspection Académique, le Conseil général de l'Essonne, les villes de Grigny et de Viry-Châtillon qui "s'accordent pour organiser sur la durée du GPV une démarche partenariale dans le cadre d'une "convention santé" (afin de) renforcer, chacun dans leur domaine de compétence et en étroite relation, leurs interventions socio-sanitaire sur le territoire." Le programme santé publique du GPV est piloté par la DDASS, et techniquement suivi par un directeur d'études du GIP, Eugène Begoc. Mobilisant différents acteurs, et la phase de diagnostic maintenant achevée il préfigure fonctionnellement l'Atelier santé ville.

La convention se donne quatre objectifs :

1. Redonner confiance et responsabilité à chacun vis à vis de sa santé : l'état de santé relève, en amont de l'accès aux soins, de déterminants majeurs comme l'alimentation, le sommeil, l'activité physique, la connaissance des conséquences des conduites à risques... Faire prendre conscience de l'impact du mode de vie quotidien sur le bien être et la santé constitue un axe à part entière de la prévention, particulièrement essentiel dans ce territoire.

2. Mieux articuler l'action sociale et les dispositifs de soins : les professionnels de l'action sociale et de l'insertion, confrontés aux problèmes de santé des publics du territoire, ont mis en place des dispositifs d'accès aux soins. De son côté, l'Education nationale, outre la médecine scolaire, organise des actions comme celles des réseaux d'aide aux élèves en difficulté qui inclut des interventions de psychologues. L'optimisation et le développement de ces dispositifs passent par l'organisation d'échanges réguliers entre les professionnels concernés, en vue de mieux coordonner le système de soins et l'action sociale.

3. Comblent les déficits de l'offre de santé sur le territoire : les constats de carences de soins trouvent pour une part leur explication dans l'insuffisance du système de soins de proximité. Cinq priorités ressortent du diagnostic et des auditions des professionnels : le renforcement des consultations pré et post natales, le développement des bilans de

santé débouchant pour le patient sur des préconisations de recours aux soins les plus pertinents, en médecine ambulatoire ou hospitalière, le renforcement de l'offre de soins de santé psychique, le soutien et le renforcement des actions de lutte contre l'alcoolisme, la sécurisation des consultations pour les fins de soirée, les nuits et les week-end.

4. Garantir une bonne accessibilité aux soins : une bonne accessibilité aux structures d'offre de soins est garant de la qualité du système de santé, puisqu'elle assure la diversité et la complémentarité des structures. Cette accessibilité s'entend d'un point de vue géographique aussi bien que économique et social. Elle suppose non seulement de faciliter les déplacements, de faire connaître les droits, mais aussi de promouvoir les consultations de bilan et d'orientation.

La démarche partenariale s'adresse à l'ensemble des habitants du territoire tout en visant en particulier quatre types de publics :

- les mères de famille ayant charge d'enfants en bas âge et en butte à des difficultés marquées, du fait de leur précarité matérielle, d'une situation de primo-arrivantes ou de ruptures familiales,
- les enfants et adolescents en situation d'échec scolaire,
- les jeunes et adultes en situation d'exclusion ou de précarité professionnelle,
- les personnes en grande souffrance psychique.

Elle décline un programme d'actions en vingt points rattachés aux quatre objectifs. Chaque action tient compte des actions déjà mises en oeuvre et détermine ses propres objectifs.

Un comité de pilotage est mis en place. Il doit comporter "une représentation d'habitants significative, de 25 à 30 % des membres et les institutions suivantes qui s'engagent à s'y faire représenter : les villes et le conseil général, les réseaux d'éducation prioritaires, les missions locales, la DDASS 91, le Conseil de l'ordre des médecins. Les partenaires à mobiliser par le comité de pilotage sont les suivants :

- pour les institutions de santé : CPAM 91, DDASS 91, PMI, CDPS d'Evry, le CMPI'Imagerie, le CMP adultes, les CMPP, médecins scolaires, RASED, représentants des omnipraticiens libéraux et des pharmaciens du territoire,
- pour les travailleurs sociaux : CAF, CDAS, clubs de prévention, CCAS, MLE, services jeunesse des villes, les services emplois des villes, les centres sociaux ;
- pour les associations d'habitants : l'identification des associations susceptibles de mobiliser les habitants sur les programmes et campagnes de prévention sera une condition importante de la portée des actions organisées par le comité de pilotage qui y attachera une attention toute particulière.

Les ressources à mobiliser par le comité par le pilotage sont les suivantes :

- programmes annuels du Comité de Promotion de la Santé ;
- programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins ;
- intervenants et budgets prévention des caisses d'assurances maladie, de la DDASS et du Conseil général.

Parce que la convention précise que le secrétariat du comité de pilotage et l'animation du programme seront assurés par le GIP, un ASV semble constituer le dispositif le plus adapté.

REALISER UN DIAGNOSTIC

1 Les méthodes diagnostiques

Poursuivant la méthodologie instaurée pour les PRAPS de la première génération, et rappelée dans la circulaire DGS/SD6D du 19 février 2002 sur les PRAPS de deuxième génération, le premier objectif assigné aux ASV est “d'identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté”. La circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 attribue au coordinateur le soin de “recueillir les données quantitatives et qualitatives”.

- Le fond de carte

Rassembler les données existantes et construire une cartographie sanitaire et sociale peut permettre de mieux situer les besoins des différentes villes d'un département. Lors de l'engagement de la démarche en Seine-Saint-Denis, ce point avait été retenu. Il en a été de même dans les Bouches-du-Rhône.

La mise en forme de l'existant s'est concentrée sur les données suivantes :

- social : RMI, imposition et bas revenus, diplômes, retard scolaire, emplois précaires, isolement, chômage, couverture sociale (CMU, AME), logement (surpeuplement, INSEE),
- santé : causes de mortalité (INSERM), naissances prématurées, tuberculose, démographie médicale, dépenses de santé.

Sur le plan méthodologique, ce traitement – minimaliste - doit être fiabilisé et soumis à une reprise de la part des producteurs des données.

Presque aussi importante que la cartographie proprement dite, est la possibilité de créer une plate-forme de réflexion et coopération autour des données sanitaires et sociales, concerne les acteurs du département et plus particulièrement les villes. Le travail en coopération avec la DDASS, la CPAM, le conseil général, la CRAMIF et la CAF conduit à contextualiser la situation des villes du département sur le plan sanitaire et social.

Sans fétichiser ce type de données qui sont loin de répondre aux interrogations de santé publique, la cartographie pose un cadre susceptible de faciliter le positionnement des démarches et interpellations au niveau local, notamment en établissant des comparaisons par rapport aux moyennes départementales ou à l'égard d'autres villes du même type. La possibilité de disposer de termes de comparaison est importante, même si, d'un point de vue épidémiologique, la signification de ces données est réduite.

Sur ce fond d'indicateurs, les diagnostics locaux peuvent se poursuivre en approfondissant les données, menant des enquêtes et en consultant les acteurs et la population.

Beaucoup de questions prioritaires pointées par le PRAPS et retrouvées localement à l'occasion des diagnostics concernent des problématiques pour lesquelles il n'existe pas de données ou d'indicateurs significatifs : la santé mentale, la nutrition, l'accès aux soins, l'articulation entre professionnels, les conduites addictives, etc. Les données de cadrage permettent de positionner les questions posées et de dessiner ce qui pourrait être des liens ou processus sur lesquels la mobilisation des ressources locales pourrait agir.

Ce travail de cadrage permet d'activer la réflexion en termes de problématiques de santé publique entre les acteurs d'une échelle territoriale différente et cela d'une manière interactive : ascendant et descendant.

- information de l'échelon départemental (DDASS, CPAM et services du conseil général) sur les configurations locales de santé ressortant des démarches diagnostic,
- information des villes, et des acteurs locaux, sur les tendances plus générales enregistrées par les instances départementales (comparaisons).

Pour résumer, la cartographie fonctionne comme un outil d'aide à la décision plus que comme un mode d'objectivation scientifique des données sanitaires et sociales.

Elle a une fonction pédagogique et pragmatique. Par exemple, l'objectivation des causes de mortalité sur un territoire donne une mesure concrète de ce qu'il serait possible d'éviter moyennant une meilleure information, un travail sur la qualité de vie, une prévention des comportements à risques, etc. Cet usage n'est pas exclusif d'autres approches et en particulier de recherches plus rigoureuses.

- L'analyse des besoins

Le diagnostic n'est pas une affaire mécanique ou de recettes. Seul un mouvement de réflexion pointant l'opportunité et la légitimité d'un tel travail aux yeux des principaux acteurs locaux en garantit l'intérêt et la pertinence. Il s'agit d'être pragmatique et de ne pas engager les villes dans des démarches longues et coûteuses. Les ASV permettent à ce jour de dégager des lignes directrices et quelques précautions préalables.

Par exemple, la question du recours à un opérateur extérieur (bureau d'étude, association de recherche ou de santé communautaire) est abordée très différemment d'un site à l'autre. Même si certaines villes se sont dotées de ressources propres en matière d'études et de diagnostic (Paris, Marseille, Saint-Denis...), dans tous les ASV est ressenti l'intérêt d'élargir le cercle de la réflexion et de créer des espaces de travail décentrés des territoires habituels du travail sanitaire et social.

Les ASV engagés dans un processus diagnostique sont souvent conduits à combiner plusieurs ressources pour s'assurer d'une mobilisation réelle autour de la démarche de diagnostic :

- les groupes de travail : il s'agit essentiellement de groupes d'échanges de pratiques, de groupes thématiques visant à clarifier une problématique et de groupes mandatés pour mettre en place un projet, un dispositif ou de suivre un programme : équipement de quartier, maison de santé, etc.

Les obstacles récurrents devant être levés dans le processus de travail de ces groupes sont :

- les limites du mandat donné au groupe,
- la méthode, qui place au centre la connaissance des problèmes et des besoins au travers de l'expérience des acteurs avec des restitutions méthodiques et l'introduction, dès le départ, d'éléments d'évaluation,
- l'intégration par les institutions de référence de leur participation comme composante à part entière du travail,
- les problèmes rencontrés par les professions libérales pour dégager le temps requis et la nécessité d'adapter les horaires et de rechercher les moyens de dédommagement,

- le cadre et la terminologie utilisée.
- l'inventaire des données existantes comprend également les données de fréquentation des principales structures de prévention et de soins ou des bénéficiaires de prestations (aide sociale, RMI, FAJ, bailleurs, etc). La reconstitution pour une ville des données relatives à la mortalité et à la morbidité, même si elle n'a pas toujours de valeur épidémiologique, constitue un fond de carte pour réfléchir localement sur les interactions entre santé et précarité.

Les ASV peuvent être l'occasion, à l'échelle d'un département, d'établir des protocoles de production de données pour l'ensemble des villes, avec quelques termes de comparaison qui permettent de suivre les tendances lourdes.

- le répertoire des personnes-ressources permet d'identifier toute personne – professionnel ou non, du secteur sanitaire, social ou éducatif – qui se trouve en position de proximité et de compréhension à l'égard des problèmes de santé. La fonction ressource consiste dans la potentialité d'écoute, d'aide, de mise en relation et plus globalement de sociabilité (insertion au sein d'un réseau de relations). Le répertoire élaboré à cette occasion peut être soumis à évaluation : ce qui est connu ou non des habitants et constamment réactualisé. Les répertoires sont particulièrement utiles dans les domaines où les ressources ne sont pas faciles à identifier comme la prévention des toxicomanies ou la santé mentale.

- l'identification des problèmes mal résolus : généralement pratiquée au travers d'une consultation des acteurs et professionnels concernés par un problème ou un territoire, cette identification doit être considérée comme une première approximation devant être corrigée après consultation de la population et l'engagement d'investigations plus approfondies. La confrontation de ce tableau au répertoire des ressources permet de questionner certaines prestations (adéquation aux besoins, secteurs découverts) et d'établir une première hiérarchie des besoins. Elle constitue également la base d'une réflexion sur les processus et problématiques en cause.

- Les diagnostics participatifs

Préalablement à la création d'un ASV, les acteurs locaux de santé ont généralement déjà engagé des actions sur un certain nombre des déterminants sociaux du couple santé/précarité. La mobilisation des professionnels et de la population autour de ces expériences permet de rechercher collectivement de nouveaux moyens d'agir. En s'interrogeant sur les lacunes, les manques et les points aveugles de leur action, les acteurs imaginent d'autres modalités de travail pour toucher ou mieux prendre en compte des catégories de publics en difficulté et même cerner l'émergence de problèmes non encore identifiés. Cette interactivité est précieuse car elle permet d'évaluer la pertinence, la faisabilité et l'opportunité dans l'engagement de nouveaux projets.

Les enquêtes diagnostiques qui s'inscrivent dans cette logique se trouvent au centre du mouvement créé par les ASV : ce qui n'était jusqu'ici que des méthodes plus ou moins standardisées s'est transformé en un processus de travail susceptible de porter la dynamique de promotion de la santé publique au niveau local.

La méthode consistant à interroger tous les professionnels intervenants sur un quartier est souvent employée. Des questionnaires ouverts leur permettent de désigner les problèmes mal résolus, de les hiérarchiser et de faire des suggestions. Leur analyse permet d'obtenir une première image de la représentation que les professionnels se font des besoins. Il n'est pas question de confondre ce mode de consultation avec un diagnostic proprement dit, mais cette consultation fournit des matériaux essentiels pour pouvoir l'engager.

La phase suivante vise à élargir et approfondir la démarche en abordant le point de vue des habitants et des acteurs qui ne se trouvent pas strictement engagés dans le champ de la santé. Le croisement des sources et des constats fait généralement très vite apparaître des zones plus fortes de préoccupation pour lesquelles les ressources existantes ne sont pas suffisantes ou adaptées. Le développement de la participation avec des groupes de réflexion plus ciblés autour de tel ou tel problème identifié et l'ouverture de chantiers d'investigation et de recueil de données qui visent à mieux évaluer ce qu'il serait possible de faire, permettent de franchir une étape supplémentaire, de formuler des préconisations et de proposer des projets aux décideurs.

La réalisation d'enquêtes auprès de la population et des professionnels reste aussi une voie possible mais coûteuse, qui doit être renouvelée régulièrement si l'on veut intégrer les évolutions et l'incidence des actions menées. Ces enquêtes sont envisageables à la condition qu'elles soient construites sur la base d'un pré-diagnostic et de l'inventaire des « zones sensibles » et points de contact significatifs avec les habitants. L'existence d'une instance de suivi de l'ASV, intégrant les partenaires mandatés par leur institution et la présence d'un coordinateur-animateur sont indispensables à l'intégration des enquêtes dans la dynamique locale.

La méthode dite de recherche-action peut correspondre à cette dynamique de travail. Elle s'appuie sur la coopération entre des chercheurs, des professionnels et des acteurs locaux et vise à associer la production de connaissances à l'engagement d'action raisonnées.

Par ailleurs, l'organisation de conférences locales de santé donne l'occasion pour l'ensemble des professionnels et des institutions intervenant sur la ville de débattre entre eux. Ce type de consultation permet de dégager la représentation que les professionnels et les habitants se font des problèmes de santé sur la ville. A côté de l'intérêt de se retrouver et d'échanger des expériences, elle est également l'occasion de clarifier et de renforcer les orientations en matière de politique de santé sur la ville.

- Le tableau de bord

Le sens de ces activités est de déboucher sur des productions et des effets visibles. Le moment de la restitution est essentiel pour la légitimité de la démarche, mais aussi pour son effectivité : en l'absence d'échanges maintenus dans le temps, une grande partie du bénéfique et de la pertinence des apports effectués risque de se perdre.

Il paraît idéalement souhaitable que les ASV débouchent sur la production d'outils de pilotage maniables pour les démarches de santé locale. Des tableaux de bord, outils souples

de suivi, incorporant des données tant qualitatives que quantitatives, sont très utiles.

Ils doivent *a minima* intégrer :

- les indicateurs de cadrage disponibles : sanitaires et sociaux, éléments de comparaison entre la commune et les autres communes du département, données d'activités des structures et des professionnels,
- la carte des ressources,
- les résultats enregistrés dans les différentes opérations diagnostiques,
- des indicateurs opérationnels choisis pour le suivi de certaines problématiques spécifiques et l'évaluation des actions engagées.

Toutes ces informations doivent être datées et régulièrement réactualisées.

La validation des démarches diagnostiques et des mobilisations engagées dans le cadre de l'ASV conduit à l'établissement des priorités de l'ASV. Cette décision peut ressortir du croisement entre plusieurs facteurs :

- la récurrence dans les informations qui remontent du terrain (données, tendances, indicateurs),
- les éléments ressortant du travail sur les interfaces entre le ressenti des populations et celui des professionnels,
- la dynamique participative où le débat ouvert sur les problématiques de santé introduit de la démocratie dans la définition des choix et des urgences.

Quand la décision politique s'inscrit au point de convergence de ces trois dimensions, il y a des chances qu'elle soit légitimée et produise des effets dynamiques sur le terrain.

2 La participation de la population

La participation de la population est mise au premier plan des ASV. Même si l'on évoque une exception française - la participation ne serait pas bien intégrée culturellement - il semble que l'introduction d'une plus grande participation des habitants au niveau des politiques locales constitue une sorte de fil conducteur pour l'engagement d'actions en direction des publics en difficulté. Selon les niveaux d'action concernés, les méthodes choisies sont différentes. Les allers-retours entre l'expression et l'engagement des publics, l'implication des professionnels et le positionnement des décideurs et des financeurs représentent un véritable enjeu de la démocratie locale.

- Un enjeu de santé publique

L'assentiment et la coopération des personnes sont essentielles à l'efficacité de la prévention et de la prestation de soins : c'est ce que l'on appelle la compliance. A côté de ce qui conditionne une adhésion à un système déjà existant, se trouvent des enjeux de citoyenneté, des enjeux de connaissance et des enjeux de pouvoir.

- Les enjeux de citoyenneté. Se préoccuper de sa santé, en parler, trouver les ressources permettant de l'entretenir, c'est "prendre soin de soi" et de l'effectivité de son insertion dans la vie de la cité, qu'il s'agisse de qualité de vie, de logement, de travail, d'éducation, de sécurité, de vie familiale, d'accès aux droits, de possibilités ou de facilités pour exprimer ses revendications.

Le développement de ressources solidaires sur tous ces plans contribue à réduire les problèmes d'accès et à faire jouer les réseaux sociaux comme ressource de santé.

Malgré la CMU, l'action sociale et les actions conduites dans le cadre de la politique de la ville, de nombreuses personnes "restent sur la touche". Un certain nombre de questions relatives à la santé peuvent être abordées dans la proximité - l'accès à la prévention et aux soins (CMU, dents, yeux, dépistage du cancer, etc.), les conduites à risques, le « mal-être », le corps et l'alimentation, etc. - à condition de ne pas en faire des interventions éducatives unilatérales. Le débat suppose que les points de vue et divergences puissent s'exprimer, que les personnes n'aient pas le sentiment d'être jugées. "Aider les gens à être acteur", leur donner le "droit de dire", leur donner la latitude d'être véritablement bénéficiaires sont des postures qui contribuent à modifier la représentation de la population sur la santé. Dans les groupes de parole, ou les journées-débats, les échanges qui s'engagent contribuent à ce que les habitants d'un même quartier se connaissent mieux sans avoir le sentiment de se retrouver stigmatisés par les problèmes abordés. Les différentes composantes sociales et culturelles peuvent alors se retrouver plus facilement sur des thématiques transversales de santé.

Les enjeux de connaissance. Le discours profane sur la santé n'est pas incompetent. La délégation au savoir médical affaiblit le pouvoir propre des individus, des familles et des groupes sur le plan de leur santé. La prise de conscience des besoins comme des ressources permet d'assurer la réalisation au quotidien de tout un ensemble d'actes de santé : connaître ses limites, savoir gérer ses consommations à risques, connaître ce qui vous « fait du bien » (savoir-faire croisés entre les transmissions familiales et communautaires), développer des accès de confiance au système de santé, cultiver des soutiens dans son environnement proche, etc. Les dimensions immergées et subjectives de la santé (ressenti, disposition, représentations écrans) qui déterminent, en dernière instance, une partie des conduites des individus ne peuvent être comprises que par le biais d'un tel travail d'explicitation. Ces référents ne sont pas standards : ils sont le produit d'un ajustement entre les dispositions de personnes évoluant dans des conditions sociales et culturelles déterminées et les ressources de santé accessibles. Seule la participation permet de dresser la carte de ces référents.

Les enjeux de pouvoir. L'ouverture du champ du pouvoir sur la santé suppose que les détenteurs légitimes de ce pouvoir - les professionnels de la santé - acceptent de partager et de remettre en cause les positions établies. Le domaine de la santé doit intégrer l'usager comme acteur à part entière, en donnant un statut à sa parole.

Retrouver une place dans la cité, par exemple, change beaucoup de choses dans le rapport que des adolescents entretiennent avec la santé. Les logiques de précarisation et d'exclusion se caractérisent par l'affaiblissement des supports d'identification et d'inscription dans le corps social. Les démarches participatives de santé contribuent à cette reconstruction d'une place qui seule permet d'assurer une certaine stabilité et continuité dans le développement des conduites de santé. La participation est susceptible d'être le vecteur actif dans cette ré-appropriation d'une position reconnue. La notion d'**empowerment** rend compte de ce mouvement de mise en compétence ou en capacité. Le développement des compétences individuelles et collectives permet de développer l'autonomie de la personne, à condition de réellement lui laisser la latitude de trouver sa place.

- Participation et santé

La participation à des actions de bien commun, comme à des actions centrées sur des problèmes spécifiques rencontrés par telle ou telle personne, peut avoir un impact direct sur la santé des personnes qui y participent.

Les personnes les plus démunies n'accèdent souvent aux soins que dans les pires conditions, c'est-à-dire dans l'urgence. La connaissance de leurs trajectoires et contextes de vie peut faciliter l'action. Cela suppose que les intéressés soient parties prenantes et que "les brouilleurs d'accès" aient été désamorçés : précarité, langue, style de relation, tracasseries administratives, droits, etc. Les surfaces de ressources, d'écoute et de soutien aux personnes en difficulté (point santé, point accueil jeune, point écoute parents...) peuvent remplir ce rôle, quand les publics concernés se trouvent associés. L'implication vaut alors mise en situation de compétence. La posture d'entraide contribue à démultiplier les savoir-faire. Les différentes formules d'habitants relais travaillent dans ce sens.

Le travail de proximité ne peut se résumer à un simple mouvement de rapprochement spatial. Les lieux de participation sont souvent éloignés psychologiquement et symboliquement de ce que les personnes concernées imaginent pouvoir faire et dire. Ainsi, certaines initiatives très bien intentionnées ne rencontrent pas leur public. D'où la nécessité de repenser les actions de soutien, de soin et de prévention en allant vers les personnes en difficulté. Les ateliers santé ville constituent un support particulièrement précieux pour le développement de ce travail.

C'est dans le domaine de la santé mentale que l'impact de la participation est le plus évident, si on entend bien sûr par santé mentale l'ensemble des déterminants contribuant à l'équilibre d'une personne.

Les opportunités de s'exprimer, de participer à une démarche valorisante, de partager un souci, de débattre autour d'une difficulté, de faire état d'une souffrance constituent autant de premiers pas vers la résolution ou l'allègement des problèmes rencontrés. L'existence de dynamiques de soutien en santé mentale peut également constituer un rempart contre des passages à l'acte.

Pour la prévention, les chances d'avoir un tant soit peu d'impact sur les publics exposés ou vulnérables supposent un minimum d'engagement et de participation.

Quand elle sort de l'orientation la plus généraliste (messages standardisés adressés sans distinction à l'ensemble de la population), la prévention travaille à identifier les zones et les processus de vulnérabilisation sur lesquels il sera possible d'agir. Le travail de mise au jour ne peut ressortir ici d'un diagnostic classique. La vulnérabilité se trouve, par nature, masquée par différents écrans et reléguée dans l'intimité des conditions et expériences individuelles et collectives. Les enfants et jeunes adultes de milieu populaire n'ont pas l'habitude d'aborder ces questions et fréquentent rarement des psychologues. Les « prises de risques » constituent une autre de ces zones sensibles. Celles-ci se révèlent souvent au terme d'un travail commun entre la personne et l'intervenant qui permet d'explicitier ce qui ne va pas et de rechercher ce qu'il serait possible de faire pour que ça aille mieux. En dehors des relations cliniques, les points écoute, les dispositifs tournés vers la parentalité et certains suivis éducatifs en milieu ouverts travaillent de fait sur ces questions.

La valorisation des compétences est une des conditions pour que les personnes prennent en compte et gèrent d'une façon autonome un certain nombre de composantes de leur santé. Très souvent, ces compétences ne sont pas reconnues. Pire, elles sont souvent déniées par le système même qui devrait les promouvoir (l'école, les professionnels de santé). Il y a alors dessaisissement de la possibilité de se protéger et de produire de la santé et, passivité à l'égard de discours spécialisés.

Diverses instances peuvent contribuer à créer des dynamiques de valorisation des compétences, qu'il s'agisse d'individus ou de groupes (réseaux, groupe de pairs, de femmes, de parole, etc.)

L'ASV d'Avignon

Entretien avec le Dr Philippe Marcucci - *maire adjoint*

L'ASV est un nouvel outil de la politique de la ville qui faisait défaut, et que l'on découvre actuellement à Avignon. Cette démarche devrait nous permettre de mieux positionner le volet santé de la politique de la ville sur une dynamique de santé publique définie à l'échelon de l'individu, qui peut améliorer en profondeur les conditions de vie et par conséquent de santé de la population. Au niveau local cette démarche nous aide également à mieux situer la santé au sein de la politique municipale, et nous offre un cadre nouveau pour développer nos relations avec les différents partenaires institutionnels chargés des questions ayant une incidence sur la santé. Mais il nous a semblé que la principale condition pour qu'un ASV puisse se mettre en place de manière significative, était ici que les principaux intéressés, à savoir les habitants eux-mêmes et les professionnels de santé de terrain, adhèrent à cette démarche pour y prendre pleinement leur part. A Avignon, cela a été le parti pris de la démarche engagée. Pour y parvenir, nous avons lancé une démarche de diagnostic. Elle vise à recueillir leurs attentes et à préciser leurs besoins en matière de santé. Les gens ne se mobiliseront que sur des questions qui les intéressent, avant de suivre les éventuelles orientations données par des experts éloignés de leur quotidien.

C'est de cette manière que la mobilisation des professionnels libéraux, qui sont nombreux à accompagner la démarche, a pu s'engager. Invités dans un premier temps à une rencontre, ils ont pu débattre avec les promoteurs de l'ASV sur la dimension "démarche de proximité" à leur service, avec l'objectif de trouver des réponses concrètes aux questions qu'ils se posent chaque jour sans pouvoir y répondre seuls : des questions très concrètes, telles que les difficultés de communication rencontrées face à des familles migrantes ayant des habitudes alimentaires inadaptées par rapport à leur santé, souffrant de pathologies comme le diabète ou de problèmes bucco-dentaires.

Sur ces bases, nous avons pu engager une dynamique de travail où chacun a compris les liens entre les pratiques personnelles et les problématiques de santé publique, ainsi que la manière dont la politique de la ville peut faciliter cette articulation. Les professionnels libéraux de santé, observateurs éclairés et attentifs des problématiques de santé de la population, peuvent, après appropriation, devenir des acteurs convaincus des actions locales de santé publique. Une enquête est en cours au niveau de la population. Elle nous fournira les bases des propositions qui pourront être faites aux habitants.

Pour résumer, on pourrait dire que la participation de la population permet de sortir des appareillages trop lourds et inadaptés, pour promouvoir le développement ou la création de “supports sociaux”. Cette conception de la prévention - présente dans certaines pratiques de “promotion de la santé” - met en jeu des méthodes de travail tournées vers l'activation des ressources déjà présentes au sein de la population de référence. C'est ce qui s'est développé, avec les associations, dans le domaine du sida, les associations d'auto-soutien pour les usagers de drogues, ou encore les associations de malades du cancer.

- Les méthodes participatives

Sur le plan méthodologique, le premier degré de la participation consiste à assurer à tous une information égale sur l'existant, qu'il s'agisse des risques, des ressources, des droits ou des services. Mais, pour les publics en difficulté les formes de communication classiques n'ont pas toujours les effets escomptés. Pour identifier les potentialités et ressorts de la motivation des publics concernés, plusieurs supports sont généralement utilisés :

- les groupes de parole : ils permettent de comprendre les représentations collectives de la santé et des maladies, les besoins ressentis et les dispositions des personnes à engager des changements,
- les travaux ethnographiques : ils associent dans la durée des personnes, avec des échanges entretenus et la possibilité de structurer des points de vue,
- les dispositifs de communication : ils constituent de supports de participation à condition que les messages ne soient pas trop fermés ou directifs,
- les associations et groupes de pairs : sans avoir forcément la santé comme objet central d'activité, de multiples associations contribuent de manière significative à la réflexion et à l'action sur les besoins de santé. C'est un tel mouvement qui a été engagé autour du sida, du saturnisme, de la réduction des risques. La mobilisation des “pairs” est encore peu pratiquée en France, mais les quelques expériences de référence sont prometteuses.
- les différents modes d'expression culturelle (théâtre, arts plastique, écriture, photographie, etc.) : ils débloquent certaines situations et créent les conditions de l'expression et de la participation. Dans le domaine de la santé mentale, dans le domaine scolaire ou d'insertion comme pour les conflits inter-générationnels, ces techniques produisent des effets spectaculaires qui doivent alors être encadrés sur le plan psychologique.
- les réseaux d'échange de services et de savoirs : ils contribuent à rétablir des liens à partir d'un support palpable qui matérialise l'échange.

Le diagnostic participatif de La Courneuve

La mise en œuvre de la démarche ASV sur La Courneuve s'est effectuée en trois temps.

Le premier, la réalisation d'une enquête / consultation en direction des acteurs sanitaires, sociaux et éducatifs concernés par la santé des habitants de la commune.

Plus de 250 personnes ont été contactées sur la base d'un questionnaire très simple, qui visait à demander à ces professionnels : les thèmes à aborder dans l'enquête en direction de la population, les problèmes de santé considérés comme préoccupants sur la ville, les actions pouvant être engagées et les contours de la démarche participative à mettre en place.

Se sont dégagés de cette première enquête les problèmes considérés comme mal résolus : les conduites à risques (tabac, alcool, cannabis, etc.), le déficit d'actions de prévention (avec des difficultés à toucher les publics les plus concernés : les jeunes, les familles en difficulté, les femmes de plus de 55 ans pour ce qui est du dépistage du cancer du sein) et les questions de santé mentale au sens large. Les « questions à la population » étaient décalées à l'égard de ces thématiques avec le souhait exprimé d'explorer les problèmes d'accès aux soins, d'hygiène de vie et les problèmes d'alimentation.

Le deuxième temps a consisté en l'engagement d'un agent de santé communautaire. Le troisième en la réalisation d'un diagnostic participatif avec l'intervention d'un opérateur extérieur.

Ce diagnostic a comporté plusieurs phases :

- **le recueil et l'analyse des données existantes** : mise en perspective des indicateurs disponibles pour la commune à l'égard d'autres communes du même type et des moyennes départementales,

- **la consultation approfondie de tous les professionnels concernés.**

Plus de 90 entretiens en vis-à-vis ont été conduits. Pour les médecins et paramédicaux libéraux il a été procédé à des entretiens téléphoniques. Cette consultation a mis en évidence, par ordre d'importance :

- la persistance des problèmes d'accès aux soins pour certaines catégories de population, malgré le développement de la CMU,
- le poids des difficultés sociales et de la précarité,
- les problèmes de santé mentale (autant par leur ampleur que par la difficulté à y répondre),
- les problèmes liés à l'alimentation et au diabète.

Le déficit de professionnels sur la commune, le manque de concertation et la faiblesse des moyens consacrés à la prévention ont également été soulignés.

- Une "enquête population" conçue comme la base d'un travail avec les habitants de la ville.

Plus de 300 personnes ont répondu à un questionnaire passé par des sociologues et des acteurs intervenant sur la ville en contact avec la population (médiateurs, mission locale, PMI, associations, médecins, services municipaux, CCAS, CMS, CAF, foyer, etc.). Certaines personnes ont été interrogées sur le marché...où se trouvait un stand ASV. A côté de problèmes classiques (dentaires, ophtalmo) pour lesquels se posent des problèmes d'accès aux soins (56% des réponses), les problèmes ostéo-articulaires (dos, arthrose) et les problèmes de santé mentale (dépression, insomnies, mal-être) sont arrivés en tête des préoccupations (autour de 40% des réponses). Les questions d'accès aux soins étaient également mentionnées : manque de professionnels, longs délais pour les rendez-vous, soins différés et attention préventive réduite au maximum pour ces publics.

- **La tenue de "focus groups" destinés à activer l'analyse des données existantes et à profiler des préconisations.**

Les trois groupes qui se sont réunis à deux reprises (adultes-familles / enfance-jeunesse / population) ont rassemblé plus de 60 personnes et débouché sur des préconisa-

tions plus précises et sélectives. Les problèmes d'accès aux soins sont ressortis comme prioritaires, avec plusieurs suggestions : espace d'information, guichet unique, travail sur l'effet de seuil avec la CPAM, meilleure coopération entre professionnels sanitaires et sociaux, création d'espaces de proximité interculturels où les questions de santé pourraient être discutées, augmentation de l'offre de soins. La santé mentale est également apparue devoir faire l'objet d'un chantier prioritaire, avec la nécessité de valoriser les ressources existantes (écoute, soins, ethnopsychiatrie), de développer des actions de promotion démarquées de la psychiatrie (écoute de proximité, meilleure formation des acteurs sanitaires et sociaux, intégration d'objectifs en santé mentale en différents points de contact avec la population : aide aux devoirs, insertion, logement...). Dernier objectif prioritaire : la promotion de la santé et la prévention, avec une meilleure information pour les publics en difficulté et des actions ciblées de type communautaire. La prévention des conduites à risques et des toxicomanies est inscrite dans ce cadre. Ces priorités n'excluent pas le développement d'actions sur les autres thèmes identifiés : diabète, personnes âgées, qualité de vie.

La synthèse des enseignements de ce diagnostic a été présentée en comité de suivi puis en assemblée plénière ouverte à la population. La mise en œuvre des préconisations a été soumise au bureau municipal de la ville.

3 Expérimentation et territoire

La territorialité des ASV, fondé sur la définition des territoires de la politique de la ville, s'inscrit à l'articulation des deux registres du système de santé :

- l'offre de soins de proximité, qu'il faudrait élargir à l'offre de prévention,
- les bassins de problématiques (types de risques, de vulnérabilité, difficultés, processus, etc.) pour les populations.

L'approche territoriale consiste à aborder les découpages et articulations avant tout du point de vue de la population et des problèmes qu'elle rencontre (cf carte des PASS p.79). Il s'agit de travailler la cohérence des actions santé du point de vue du meilleur usage possible des ressources existantes.

C'est dans cet entrecroisement que les ASV jouent un rôle clarificateur : du point de vue "d'une approche écologique" mettant au jour les distributions et travaillant à la cartographie des données pertinentes mais aussi sur le plan topologique avec la recherche des proximités et des complémentarités permettant d'assurer une meilleure synergie entre les intervenants. Ce travail sur le territoire, qui ne se confond pas avec le périmètre communal, conduit à dessiner un cadre qui guide les orientations prises par les politiques territoriales.

- Quartiers et intercommunalité

Un ASV inter-communal a été suivi en Seine-Saint-Denis. Il concerne deux quartiers périphériques avec sur l'un, une permanence de la sécurité sociale, et sur l'autre une antenne de la CPAM. Une bonne gestion de l'accès aux droits (circulation de l'information) voudrait que ces deux antennes conjuguent leurs efforts, avec du même coup une meilleure

visibilité et une meilleure correspondance avec les besoins de la population. Dans le cadre de l'ASV, des complémentarités ont été recherchées entre les deux pôles de services et les principaux acteurs de santé des quartiers limitrophes (développement d'un réseau santé à cheval sur les deux communes, circulation des personnes entre les deux villes). Les deux villes, à cette occasion, souhaitaient mieux identifier les caractéristiques des populations (connaissance des besoins spécifiques) et les ressources existantes pouvant être mobilisées sur le territoire concerné.

La réflexion sur la notion de quartier n'a pas manqué d'être engagée. Autant les choses sont claires pour certains quartiers d'habitat ancien qui présentent une histoire commune et une identité de problématiques (problèmes de salubrité, saturnisme, rénovation, isolement, absence de praticien), autant il faut se méfier des "formes urbaines" qui sont le résultat des seuls partis-pris d'urbanisme et qui peuvent être traversées par des problématiques différentes, avec des proximités latérales plus fortes que la proximité formelle créée par la structure d'aménagement.

En pratique, si un cadre territorial est toujours donné au départ d'une action, il tend généralement à évoluer dans la logique d'une politique de santé publique qui se doit d'être cohérente au niveau de la ville toute entière.

La multiplication de micro-actions à l'échelle des quartiers ou des cités ne doit pas se faire au détriment de cette cohésion globale. Les frontières intercommunales, interdépartementales et même inter-régionales tendent à s'effacer et concernent de nombreux quartiers. En région Ile-de-France, mais aussi en PACA, les croisements entre "quartiers-frontières" sont manifestes. Les cartes de ressources (équipements, politiques favorables à telle ou telle catégorie d'usagers), les cartes urbaines (structures de logement, dynamiques de quartier) et les cartes de problématiques (marquage accentué pour une difficulté, un contexte, un risque) ne se superposent pas avec les frontières administratives entre elles. D'où l'importance de ne pas négliger les interactions qui peuvent s'opérer sur certains points de croisements géographiques et privilégier la notion "usage".

Plusieurs problèmes peuvent s'y concentrer : zones de confins (stigmatisation, délaisement, éloignement), zones de marges (tous les trafics utilisent les possibilités ouvertes par les frontières) et zones de conflits (les tensions peuvent être scénographiées par le vis-à-vis de cités traversées par une limite administrative et politique). Ces proximités ont surtout un effet sur le plan de la circulation de certains publics problématiques (usagers de drogues illicites, jeunes errants, trafiquants divers, prostitution). L'existence sur un quartier ou une commune, par exemple, d'une politique de réduction des risques avec implantation de distributeur automatique de seringues a un effet sur les circulations d'usagers comme de vendeurs (effets de polarisation). Pour d'autres, c'est la présence d'un centre de santé ou d'un praticien avec lequel les relations sont bonnes qui est à la base du déplacement de la logique de proximité. Le travail concerté à l'échelle de la région se justifie ici amplement, sans rien enlever au primat donné au travail local.

Réponse partielle à l'utilité des cartographies de ressources et de besoins, l'identification des "trous" manifestes dans la carte des ressources peut aider à définir les orientations qui permettront d'assurer une meilleure intervention en matière de prévention et de soins.

“Ces trous” sont de plusieurs ordres :

- faiblesse des acteurs de proximité : démographie médicale et paramédicale, travailleurs sociaux, etc.
- absence de certaines actions spécifiques, alors que les problèmes sont avérés : santé mentale, toxicomanie, etc.
- manque d'équipements,
- éloignement de certaines ressources de droit commun : guichets de protection sociale, accès aux ressources de prévention,
- transports en commun, etc.

- La notion de communauté

Le territoire constitue une ressource, à partir du moment où il est considéré du point de vue de son adéquation à une “communauté de vie” (mode de vie, ressources partagées, dynamique commune). Les mobilisations territoriales engagées sur des projets très divers permettent d'accrocher assez facilement le souci commun de la santé, considérée dans son acception large. En ce sens, le territoire local constitue bien le socle pour le développement de politiques de santé publique où les personnes concernées auront très concrètement la possibilité de dialoguer et de participer. Le choix opéré à ce niveau doit avant tout être guidé par les dynamiques d'acteurs et de ressources existantes, avec la possibilité de changer de registre quand cela est jugé pertinent. L'entrée territoriale – en particulier dans le cadre de contrats de ville inter-communales - constitue une variable qui peut stimuler des développements divers sans produire pour autant une fixation territoriale source d'effets pervers bien connus (enclavement, éloignement du droit commun, perte de la vision globale). Il est aussi important que les grands programmes nationaux et régionaux soient repris en compte localement et que ces derniers soient en capacité d'intégrer les apports, innovations, nouveaux besoins, en provenance des dynamiques locales.

- Les territoires de récurrence

Les premiers résultats des diagnostics participatifs comme des démarches communautaires conduits sur les territoires de la politique de la ville font apparaître un certain nombre de récurrences quant aux problématiques mal résolues travaillées dans le cadre des ASV. Cela n'est probablement pas un hasard. En effet, un certain nombre de questions dans le champ de la santé présentent la particularité de concerner des populations qui partagent les mêmes conditions de vie, avec des effets de concentration sur des territoires. Nous pouvons déceler une conjonction de facteurs qui concourent à majorer l'occurrence du développement de difficultés sur ces territoires.

Et en particulier :

- La question des conduites addictives apparaît dans de nombreuses régions comme un des axes de mobilisation pour lequel les ASV peuvent être utiles.

Elle peut être considérée d'un triple point de vue :

- celui de la consommation et de la vente des drogues : ce n'est que parce que l'offre de produits peut rencontrer *in situ* une demande que le processus d'engagement dans ces pratiques s'enclenche. Toutes les recherches montrent l'importance des réseaux de sociabilité propres aux adolescents et jeunes adultes rencontrant des difficultés sur le plan de leur scolarité, de leur insertion professionnelle ou de leur socialisation familiale. Les “bassins de

précarité” conduisent à créer des dynamiques de recherche de ressources informelles où le marché des produits illicites vient très vite s’inscrire. Une bonne connaissance de la manière dont fonctionnent ces processus est nécessaire pour pouvoir conduire des actions de prévention et d’aide aux personnes.

- celui de la communauté de vie : il existe d’importantes ressources de prévention et de régulation. Certaines fonctionnent d’une manière informelle (interactions préventives au sein de la famille ou des groupes de pairs), d’autres se développent à partir d’incitations plus explicites, avec les actions qui visent à alimenter le débat public local et à développer les compétences et synergies préventives des acteurs locaux. Les ASV sont souvent l’occasion d’initier ce type d’interpellation, que ce soit autour de diagnostics ou de discussions entre habitants, associations et professionnels.

- pour les actions ciblées en direction des usagers de drogues (réduction des risques, échanges de seringues), l’approche inter-communale permet de sortir des logiques de marquage des quartiers par des actions trop ciblées.

- *La santé mentale arrive également sur presque tous les sites aux premières places des problèmes mal résolus pour lesquels il est souhaité que les ASV fassent progresser les acteurs de terrain et les politiques au niveau local*

Cette question doit être abordée à partir d’autres registres que ceux de la prise en charge classique de la maladie mentale. Les professionnels de santé mentale ne se sentent pas toujours concernés par ces situations “frontières”. Les travailleurs sociaux, eux, ne se sentent pas formés ni préparés pour aborder les composantes psychologiques des problématiques de précarité.

A côté de la récurrence de ces constats, les acteurs sont confrontés à un même problème : constituer une carte des ressources en santé mentale, c’est-à-dire identifier ce que pourraient être – dans le champ sanitaire et social – des points d’appui et des partenaires. D’un côté, les spécialistes, avec l’identification des relais : d’une part, ceux qui peuvent faciliter les accès, négocier autour des situations “limites”, d’autre part, de nombreux acteurs qui ne se revendiquent pas comme travaillant en santé mentale mais qui, de fait, sont susceptibles de constituer des recours : divers “psy” intervenant dans les équipes, les structures qui travaillent sur l’écoute, les professionnels qualifiés à l’accueil des publics en difficulté, ceux qui sont en contact avec les jeunes ayant des conduites problématiques, etc. La constitution d’une carte des ressources revient à entrer dans une logique d’action : dans le même temps où on en dresse les contours, on construit un partenariat et on travaille à faire reconnaître et à qualifier les acteurs en contact avec les publics concernés.

- *La question de l’accès aux soins est également une problématique récurrente.*

En ce domaine, un arsenal de mesures et de dispositifs existe aujourd’hui. Cette entrée n’en reste pas moins centrale dans la mobilisation des acteurs car une des premières actions généralement engagée par l’ASV consiste à dresser la carte des ressources et des conditions d’accès pour des publics déterminés.

Cette carte comprend plusieurs registres de recours aux soins qui se croisent à des échelles territoriales différentes :

- l'accès à la CMU et à la complémentaire,
- les accès hospitaliers : facilitation par les Permanences d'Accès aux Soins de Santé, meilleure acceptabilité pour les publics en grande difficulté et les usagers de drogues dans les services de droit commun, travail sur les urgences,
- l'accès à la médecine générale, en libéral ou en CMS, avec une fidélisation variable suivant les publics (plus aléatoire et indirecte chez les jeunes),
- les accès aux prestations spécialisées (spécialistes, radios, examens), avec une incidence certaine de la précarité ; parmi les spécialités les plus "difficiles d'accès" en même temps que les plus sensibles à la précarité : la psychiatrie, les soins spécialisés dans le domaine des addictions, la gynécologie,
- les accès aux consultations engageant des prothèses (dentaires, auditives, lunetterie).

Pour chacun de ces accès, il existe des circuits différenciés selon les publics. Des filières uniques chez certains, des arborescences de recours chez d'autres, des accès aléatoires chez ceux qui connaissent le plus de difficultés. Un travail conduit au sein de la population pour reconstituer le système d'accès dans lequel s'inscrivent les personnes (approche ethnologique et/ou géographique) peut faciliter le positionnement des dispositifs d'aide, car derrière la couverture sociale commune, se cachent des inégalités importantes.

Pour conclure sur la problématique du territoire, telle qu'elle se trouve mise en action dans les ASV, deux éléments ressortent :

- elle n'est pertinente et productive qu'à partir du moment où on n'en fait pas un cadre absolu et mécanique (progresser par empirisme). Le plus important pour travailler avec les publics en difficulté, consiste à croiser et rencontrer leur propre mode d'inscription sur le territoire, en dépit de quoi le rendez-vous est manqué et les dispositifs tournent sur eux-mêmes. Il faut ensuite construire avec eux des territoires de coopération appropriés qui permettent de solutionner leurs problèmes et de réduire les processus de précarisation et d'amplification de leurs difficultés.
- Les imbrications de compétences, de territoires et de dispositifs génèrent de la complexité directement liée à l'intrication des déterminants de la santé publique. Cette complexité se traduit notamment sur le plan des financements. La multiplicité de dossiers devant être instruits pour engager des actions locales ne manque pas d'interroger le "souci de cohérence" auquel les acteurs de terrain sont incités. Il faudra sur ce point probablement aller vers plus de lisibilité et de facilitation pour que les efforts engagés au niveau local ne s'épuisent pas dans les tourments administratifs et une insuffisante clarification des compétences.

Le groupe santé mentale de l'ASV d'Aubervilliers (93)

Dans le cadre de l'ASV, la ville d'Aubervilliers met en place en 2001 un groupe de travail sur la santé mentale. Ce groupe réunit des travailleurs sociaux (prévention, AS, handicap), des intervenants du champ de l'insertion (PLI, RMI, mission locale), un médecin (médecin libéral engagé dans le réseau ville-hôpital) et des professionnels de la santé mentale (CMP adulte et enfant, CMPP, psychologues de l'ASE). Il se constitue sur la base de besoins communs :

- la difficulté à évaluer les situations de détresse psychologique, qui viennent brouiller les possibilités d'engager un travail sur le plan de l'action sociale, de l'aide scolaire ou de l'insertion, sans que pour autant une demande quelconque soit posée (dépressions, violences, conduites addictives),
- le devenir des orientations effectuées en direction du CMP,
- la notion de souffrance psychique et la façon de l'aborder quand il apparaît clairement que cela ne consiste pas toujours à effectuer une orientation vers la psychiatrie

Considérer les difficultés de santé mentale comme un problème relevant de la santé publique suppose de rechercher les déterminants sociaux et collectifs qui les surdéterminent de manière à agir à leur niveau.

Les membres du groupe sont attentifs au fait de ne pas inverser l'ordre des déterminations :

- ne pas répondre par la médicalisation ou la psychiatrisation à des problèmes résultant manifestement de la précarisation (absence de ressources, problèmes de logement, etc.),
- ne pas renvoyer systématiquement les situations vers une demande de diagnostic : l'étiquette ou la classification dans une catégorie diagnostique ne résout pas forcément les problèmes pour lesquels la personne s'adresse à un intervenant,
- adopter un point de vue pragmatique, dans le respect des personnes, pour ne pas ajouter une violence institutionnelle (mieux écouter les difficultés, s'adapter aux comportements de la personne, parler plus doucement et lentement, ne pas contredire, raccourcir l'attente et les entretiens),
- écarter la recherche "à tout prix" de signes psychopathologiques répertoriés (médicalisation), un individu ne pouvant être réduit à sa difficulté et même à sa pathologie.

Une mise en synergie des ressources locales est recherchée par le groupe. Parmi les pistes travaillées :

- la concertation entre acteurs travaillant en direction du même public (par exemple : école / structures de la petite enfance / CMPP / dispositifs d'aide / travailleurs sociaux) elle permet de faire connaître le travail effectué par chacun et les conditions de recours.
- le développement de relais (conseil soutien suivi) : pouvoir apporter une aide aux personnes, en dehors des prestations spécialisées, notamment dans des phases où elles doivent s'ajuster individuellement à des conditions nouvelles.
- la mise en œuvre d'interventions à "bas seuil d'exigence" sur le modèle de ce

qui s'est fait dans le domaine des toxicomanies : créer des liens, faciliter la production de repères avant qu'il soit possible d'adresser la personne à un intervenant.

- les interventions croisées : par exemple un « psy » intervient au service social pour établir des « liens » sans marquer les personnes. Le travail à plusieurs, jusqu'aux réseaux quand ils sont effectifs, permet d'ouvrir l'espace de recherche engagée par le sujet qui cherche à se retrouver, au lieu de le rendre dépendant. Dans ce sens, le CMP a engagé un travail dans les lycées (classes de seconde) en lien avec les Conseiller Principaux d'Education. Il s'agit de faire intervenir un psychologue ou un psychiatre durant les heures de classe sur une série de thèmes choisis avec les élèves (les conduites à risques, quand faut-il consulter, qu'est-ce qu'un psychiatre ?). Ce travail permet de faire évoluer les représentations et à établir des liens de proximité avec les personnes et les enseignants. L'assistante sociale ou l'infirmière du lycée (l'adolescent éventuellement) peuvent interpeller le "psy" pour une consultation qui aura pour vocation première d'établir "un accrochage" avec la personne. Ce n'est que dans un second temps qu'elle viendra éventuellement sur les lieux de soins.

- une sémiologie de référence : après les précautions relatives à la catégorisation, les cliniciens de première ligne – comme les médecins généralistes - ont besoin d'une sémiologie de référence pour pouvoir traiter d'une manière un peu rigoureuse des situations rencontrées. Une première liste a été proposée par l'un des membres du groupe et discutée.

Une expérience a été engagée à la suite de ce groupe : des réunions inter-professionnelles (RESAD) destinées à croiser les approches sur les situations les plus problématiques et conjuguer les ressources. Une coordinatrice a été engagée en 2002 pour suivre les démarches relatives à la santé mentale.

COORDONNER ET ANIMER UN ASV : LES COMPETENCES NECESSAIRES

Les ASV sont confrontés à une question pratique : comment trouver des professionnels qualifiés ? Le protocole déduit de la circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 suggère une double compétence : en santé publique et en conduite de projets partenariaux. Une qualification difficile à trouver chez une même personne et pour laquelle les formations conjuguant ces deux aspects restent à développer. Actuellement, les recrutements effectués localement fonctionnent de manière très pragmatique.

Les profils de poste insistent en général sur plusieurs compétences :

- une connaissance des cadres politiques et institutionnels dans lesquels s'inscrivent les démarches ASV, notamment celui de la politique de santé publique et dans un contexte urbain : la ville,
- une capacité à décrypter le jeu des acteurs sanitaires et sociaux, de façon à pouvoir animer des stratégies de mobilisation et de coopération,

- une maîtrise des techniques d'animation de réseau,
- une capacité à intégrer les méthodes localement appropriées pour faire participer la population,
- une capacité à repérer les ressources mobilisables sur un territoire et les ressources des organismes tels que les observatoires (ORS), les universités en termes de formations et d'études de terrain
- une capacité à susciter une maîtrise d'ouvrage appropriée pour assurer l'initiation et le pilotage des projets.
- un bon niveau de connaissances sur les processus et facteurs des situations d'exclusions,
- une maîtrise des outils de communication,

Les exemples de recrutement sur la région Ile-de-France montrent les difficultés rencontrées pour trouver les bonnes personnes. Toutes les compétences recensées sont rarement présentes dans les profils des candidats. Les formations correspondantes sont encore limitées ou inadaptées. Les profils les plus appropriés se sont en fait constitués "sur le tas". Ces constats soulignent qu'au delà des recrutements spécifiques éventuels, il s'agit aussi de réfléchir à une organisation de maîtrise d'œuvre tenant compte de l'implication de la ville dans les actions de santé publique. Cette organisation doit par ailleurs associer les compétences d'ingénierie de projet disponibles au titre de la politique de la ville.

1 Les compétences professionnelles mobilisées dans les ASV

Sont décrits ici les différents savoirs faire et champs de compétence que les professionnels des ASV doivent connaître. C'est l'ensemble de ces compétences qui est mobilisé selon la nature du projet retenu au titre de l'ASV. Ces compétences couvrent par ailleurs les différentes phases du processus de l'ASV : diagnostic de situation, conception du projet partenarial, mise en œuvre opérationnelle. Ainsi, tout en assurant une maîtrise globale sur l'ensemble du processus, il convient de considérer que la réalisation de ces différentes phases requièrent des compétences spécifiques.

- Identifier et collecter les données

Les acteurs locaux de santé publique doivent être en mesure d'identifier les données utiles et de les mobiliser rapidement. Ce travail permet de saisir l'émergence éventuelle de nouvelles problématiques ou l'accentuation de problèmes existants pour telle ou telle catégorie de population.

Ils disposent pour ce faire de la palette d'outils utilisables dans le cadre des ASV, qu'ils doivent donc maîtriser : diagnostic participatif, participation/consultation des habitants, mise en commun des informations sanitaires et sociales dont disposent les différents acteurs institutionnels et associatifs, capacité à saisir la situation des publics les plus précarisés.

En ce sens, même si certains diagnostics peuvent être sous-traités à des équipes extérieures, il est nécessaire de savoir définir le cahier des charges de la prestation pour garder au niveau local la maîtrise de ce type de travail et en tirer les conséquences pour la résolution des problèmes posés. Cela peut se faire par le biais du comité de pilotage et par l'intégration au sein de l'ASV d'une ou plusieurs personnes formées à la démarche de diagnos-

tic participatif, a minima le coordinateur ou la personne en faisant office.

- Coordonner les actions et les ressources

La coordination des actions et des ressources sur le territoire concerné implique une bonne connaissance des différents acteurs en présence. Ceux-ci appartiennent aux secteurs social, éducatif, sanitaire, associatif, communaux, de l'insertion et du logement. Il ne s'agit pas d'entretenir des relations avec l'ensemble de ces professionnels et institutions mais de développer une compétence transversale permettant de légitimer les démarches, dégager les synergies partenariales et développer les interfaces. Il faut à ce sujet considérer les articulations intersectorielles en fonction des diverses problématiques de santé susceptibles d'être abordées de manière plus ou moins spécifique au titre de l'ASV.

En effet, l'une des principales difficultés est la dispersion des acteurs et le manque de visibilité des ressources. Les professionnels, et *a fortiori* les habitants, ne sont pas toujours au courant des possibilités d'aides et de prestations existant localement et il est rare qu'une institution dispose à elle seule de ce type de connaissance. Les réseaux de professionnels sont eux fondés sur ce type de relations et d'inter connaissance.

Un travail d'analyse de ressources locales est généralement engagé par les coordinateurs ou les responsables de projets de santé : il consiste à repérer l'éventail des ressources dites de droit commun mais aussi de "première ligne", susceptibles d'assurer le travail de proximité avec les publics défavorisés. Beaucoup d'actions innovantes en direction de ces publics consistent à retrouver le contact, rétablir de la confiance et assurer le développement d'une dynamique locale de mobilisation. Ces interventions de première ligne sont essentielles au rétablissement des droits et à l'accès aux soins et à la prévention et interpellent par conséquent les ressources de droit commun. Ce travail de proximité reste encore peu valorisé et reconnu. Les échanges d'expériences et les évaluations sont encore rares et les professionnels qui s'y engagent ont peu de visibilité et de reconnaissance.

La conception de "systèmes sentinelle" peut également participer des missions du coordinateur de l'ASV. Il s'agit de développer un réseau de correspondants particulièrement sensibilisés et outillés au repérage des difficultés spécifiques de santé ou d'accès à la prévention et aux soins, rencontrés par les publics précarisés. Pour garder son efficacité dans la durée, ce type de réseaux doit être souple, peu coûteux en temps passé et interactif (retour rapide des résultats, apports en formation, traduction en termes de projets d'action).

- Organiser les échanges avec "le droit commun"

L'organisation des interactions entre le travail de proximité et le travail « avec le droit commun » constitue une autre des missions essentielles des coordinateurs ASV. Elle consiste à instaurer des échanges entre les professionnels travaillant dans les grandes institutions (AS, psychologues, éducateurs, médecins, etc.) et les relais de proximité. Ceux-ci peuvent "faire remonter" des interrogations et des besoins susceptibles d'éclairer les pratiques et d'améliorer les prescriptions. Inversement, ils peuvent développer leur qualification pour mieux orienter les personnes en difficulté.

- Organiser la participation de la population

La participation de la population ne se réduit pas à quelques moments symboliques. Le

rôle des professionnels est de contribuer à la mise en compétence des publics.

Dans un premier temps, cette mobilisation de la population se fait à partir des points de contact existants (associations, usagers). Elle se renforce ensuite au travers de dynamiques de sensibilisation centrées sur des problèmes reconnus par les publics. La culture de la “promotion de la santé” et de la “santé communautaire” sont à ce titre indispensables au coordinateur ASV.

Ces compétences en matière de travail collectif et en matière de démocratie sanitaire restent les plus difficiles à rassembler, alors même que beaucoup des projets intègrent cette dimension. Un certain nombre de professionnels de santé ont intégré la culture consistant à mobiliser chez leur patient leurs ressources propres. Du côté de la promotion de la santé, ce sont des préceptes de pédagogie dynamique et active qui sont souvent mis en avant.

- Maîtriser l'ingénierie de projet

L'ingénierie de projet intègre une multitude d'éléments et ne se cantonne pas aux dimensions techniques de la gestion des actions. La mission de coordination de l'ASV consiste à gérer un équilibre entre les démarches spécifiques - le travail avec une population en difficulté et le développement du droit commun - s'assurer que les situations d'exception ne perdurent pas et que les personnes recouvrent leurs droits et une bonne maîtrise des ressources communes de prévention et de soins.

Cette régulation est assurée si les professionnels impliqués localement disposent d'un cadre négocié de suivi et d'évaluation des actions conduites dans le cadre des ASV et des PRAPS. La construction de ce cadre assure au projet légitimité, relais et possibilité de pérennisation.

- Savoir communiquer

Une maîtrise des techniques de communication est utile. En effet, les informations ressortant des ASV ont vocation à entrer dans une logique publique de diffusion et de mobilisation. Cela a été et reste un enjeu majeur dans la lutte contre le sida. Cela vaut également pour beaucoup de questions de santé publique, abordables par le biais du travail local.

- Intégrer les dynamiques territoriales

Les dynamiques territoriales (relations entre quartiers, actions intercommunales, recherche des espaces de proximité les plus appropriés pour agir sur telle ou telle catégorie de problèmes, etc.) contribuent à alimenter le profil de poste des coordinateurs et agents de santé impliqués dans le travail local de santé. Une compétence territoriale (la capacité à dresser la carte des ressources, à penser les articulations, à inscrire les actions à la bonne place, etc.) se trouve engagée dans la constitution des pôles qui assurent le développement des dynamiques locales.

Aïcha LAGAJALI-BORGES,

coordinatrice santé à la direction de la politique de la ville, Clichy-sous-Bois (93)

“A Clichy-sous-Bois, un volet santé est inscrit dans la convention cadre du contrat ville, sous la thématique relative à la qualité des services publics, la citoyenneté et le lien social. L'ASV a été mis en place en décembre 2001. Quatre objectifs lui sont assignés :

- information en matière d'accès aux soins et aux droits en direction du public et des professionnels de santé,
- travail sur la construction d'une offre de soins adaptée : implantation des spécialistes sur le territoire, santé mentale des jeunes, problèmes des certificats médicaux pour pratiques sportives,
- partenariat entre professionnels de santé : soutien aux réseaux, implication de l'hôpital et de la médecine de ville,
- soutien aux actions de prévention : toxicomanie, tabagisme, alcoolisme, avec sollicitation de l'éducation nationale dans ces objectifs.

Mon premier travail a été de faire connaître l'ASV, de prendre contact avec les structures qui interviennent dans le domaine de la santé, de recenser leurs besoins. Je ne parlais pas de rien, je profitais d'un patrimoine, d'un héritage en quelque sorte : il existe une commission santé initiée par les professionnels et des partenaires de terrains qui ont l'habitude de se voir et de réfléchir ensemble. Cette commission est devenue l'Association pour les Actions sociales et de Santé. Elle regroupe la PMI, la mission locale, l'association d'écoute et d'accueil des adolescents et d'autres structures. Il existe également une association de médecins généralistes. Celle-ci est engagée, sur incitation de l'ordre départemental des médecins, lui-même sollicité par le préfet, dans un projet de permanence des soins sécurisée. L'idée est de désengorger les services d'urgence hospitaliers en développant de nouveaux pôles de réponses aux appels médi-

caux le soir, la nuit et le week-end, tout en sécurisant l'activité médicale. Cela s'est concrétisé sous la forme d'un "centre de permanence des soins de proximité" (CPSP). La CPAM (pour la télétransmission), le conseil général (pour le matériel), la municipalité (pour le local sécurisé) et l'association qui doit mobiliser les médecins et faire le lien avec les urgences de l'hôpital sont prêts à s'engager. Le Fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville participe à la rémunération des médecins. Reste à trouver le local, définir les éléments de sécurisation, et s'occuper de l'accueil.

En tant qu'animatrice de l'ASV, ma mission idéale aurait été de définir, sur le périmètre de la ville, un projet global de santé. Mais les sollicitations sont nombreuses et ce n'est donc pas encore à l'ordre du jour. C'est pourquoi j'avance en priorité sur les quatre objectifs précités : la santé mentale et les jeunes avec la mission locale, la PJJ, la PMI ; l'éducation nationale et les médecins généralistes ; diagnostic partagé et le travail en réseau.

Résoudre le problème des certificats médicaux pour pratiques sportives en interpellant le centre social intercommunal. Il s'agit d'informer les parents de l'importance de la pratique sportive et de la nécessité d'avoir un certificat d'aptitude, mais aussi de trouver les moyens de financer la consultation médicale préalable au certificat.

Nous faisons émerger la question de l'accès aux soins dans les ateliers citoyens. Les habitants ont des choses à dire en matière de santé : ils ne savent pas où se soigner, à qui s'adresser, la notion de "médecin de famille" leur est étrangère. Dernière initiative, une formation, via la DDASS, sur les questions de prostitution pour les acteurs des services municipaux et la création d'un réseau de vigilance..."

2 Le travail d'interface

Pour la plupart les actions engagées dans le domaine de la santé sont conduites à dépasser une approche purement médicale. Les compétences des professionnels gagnent donc à ne pas se cantonner au strict champ médical.

Les interfaces particulièrement importantes à travailler sont :

- santé - social : les risques de renvoi mutuel des personnes ou des problèmes, comme ceux d'absorption excessive (médicalisation, traitement social exclusif) sont connus.
- psychiatrie / social / insertion / santé : les enchaînements de problématiques pour les publics précarisés demandent un ajustement des logiques professionnelles : aucun professionnel dans un secteur spécialisé ne se sent totalement compétent pour intervenir quand les personnes ressentent des problèmes de santé mentale. Ce croisement de problématiques nécessite des espaces de travail permettant d'articuler efficacement l'intervention des différents professionnels concernés.
- santé / jeunesse : les besoins de santé ne sont pas ressentis comme tels par les jeunes. Les services jeunesse travaillent rarement sur ces questions. Pourtant beaucoup de conduites à risques se trouvent au cœur des enjeux de la prévention. Des agencements originaux doivent être trouvés pour agir sur les principaux vecteurs d'exposition auxquels les jeunes les plus en difficulté sont confrontés : dépression, tentatives de suicide et autres modalités de souffrance psychique ; consommation de produits psychoactifs ; exposition à la transmission des virus (sida, hépatites).
- établissements de santé / acteurs locaux : l'intégration des acteurs hospitaliers dans les dynamiques locales de santé se trouve au cœur de la démarche ASV. Elle reste vécue comme une entreprise difficile et soumise à des aléas régis par des politiques institutionnelles encore peu propices à une démarche de territoire. Sensibiliser et associer ces acteurs reste essentiel pour d'une part recueillir et connaître les problèmes de santé des usagers (type de recours et motifs, identifier les problématiques spécifiques de l'établissement de santé, rechercher et résoudre des prises en charge en extra hospitalier) et d'autre part , développer localement l'information sur les mésusages du recours aux services de santé public et privé, développer des stratégies d'intervention sur la régulation des flux : campagne de prévention suivant l'analyse des besoins et des pathologies retrouvées dans les services hospitaliers, échanges de professionnels de santé suivant les besoins en spécialistes entre la ville et l'hôpital, participation aux réseaux ville-hôpital, travail d'accueil et d'orientation. L'appui réciproque entre les compétences et le savoir hospitalier - besoin et motif du recours à l'hôpital des usagers - et celles des professions sanitaires et sociales exerçant en ville semblerait poser les bases d'une résolution de problématiques récurrentes et/ou chroniques : régulation des flux des urgences, implication des ressources potentielles et des pratiques de professionnels sur les territoires, réflexions entre professionnels intra et extra hospitaliers sur la complémentarité des services publics et et privés, construction d'information au public, co-production de campagnes de prévention suivant les problématiques locales de santé publique.

• population / professionnels : la composante “participation de la population” figure comme une interface majeure dans le système de compétences de l'intervenant local en santé publique. Beaucoup d'équipements dits de proximité (maison de santé, point écoute, boutique bas seuil...) échouent souvent à répondre efficacement aux besoins de la population, car les concertations élémentaires dans l'initiation et le développement des projets n'ont pas été réalisées. Les professionnels concernés par un projet sont souvent de disciplines diverses, certains peuvent avoir les compétences et les moyens de savoir inscrire le travail avec la population en amont de la définition des projets. Ces compétences sont à rechercher, à solliciter auprès de personnes dont les profils sont parfois atypiques : personnes relais par exemple, personnel d'accueil, mais aussi des professionnels : sage-femme et /ou puéricultrice à domicile, infirmiers libéraux, etc. Certains professionnels de santé, notamment les libéraux souhaiteraient s'impliquer dans des actions mais ont peu de disponibilité du fait des horaires de leur exercice libéral (tenir compte des horaires pour les solliciter). Il semble important de leur laisser le choix de se positionner quel que soit le degré d'implication suivant leur charge de travail. Ils peuvent être des relais importants d'information, de messages de prévention, d'orientation mais aussi apporter un savoir faire adapté aux publics dont ils ont la charge. Suivant les objectifs et les thèmes choisis, la part d'implication des professions libérales doit être représentative et ne pas souffrir de représentation systématique d'impossibilité de les impliquer !

Entretien avec François Cremieux,
directeur adjoint de l'Hôpital Louis Mourier (Ap-Hp)
Colombes, Hauts-de-Seine

Édifié à la fin des années 1960, le Centre Hospitalo-Universitaire Louis Mourier est un hôpital de proximité. Il a pour mission la satisfaction des besoins de la population de son bassin de recrutement (190 000 habitants). Avec 436 lits d'hospitalisation, 25 lits d'hôpital de jour, 120 lits de long séjour et des consultations dans toutes les disciplines, c'est, pour la région parisienne, un hôpital moyen. Louis Mourier est lié, dans le cadre d'un syndicat inter hospitalier à l'Hôpital de Nanterre pour gérer les urgences, organiser une garde alternée de chirurgie et offrir une cohérence des soins sur le nord ouest du département. Il participe au réseau VIH-Sida ARES 92, ainsi qu'à un réseau périnatal pour la prise en charge médico-psychosociale du Nord des Hauts-de-Seine. Il dis-

pose d'une PASS et de procédures internes spécifiques pour accueillir les personnes démunies. En relation avec des établissements de soins de santé et de réadaptation, il prend sa place dans les différents réseaux gérontologiques qui se mettent en place. Il entretient enfin de bonnes relations avec les centres de santé municipaux de Colombes, Gennevilliers et Nanterre.

C'est dans ce contexte qu'une convention de partenariat a été signée le 30 septembre 2002 entre le Centre municipal de santé de Gennevilliers et l'hôpital, afin, selon la municipalité, “d'amener la qualité hospitalière au plus près des genevillois”. “Avec cette complémentarité entre nos deux établissements de santé, nous voulons allier proximité et qualité de la méde-

cine, accessible à tous”, expliquait Claude Chavrot, adjoint au maire chargé de la santé et de la prévention au mensuel municipal “Gennevilliers magazine”.

Pour Alain Tyrode et Patrick Brun, respectivement médecin-chef du centre municipal de santé et chef de service des urgences de l’hôpital Louis Mourier, l’idée de cette collaboration s’imposait comme une évidence : 20% des patients de Louis Mourier viennent de Gennevilliers. Selon Alain Tyrode, la vocation de l’hôpital est de faire des investigations sophistiquées et de l’hospitalisation lourde. “Les consultations et soins ambulatoires doivent se faire dans des structures plus souples. Le rôle du Centre municipal de santé est justement de recevoir les patients au plus près de chez eux et, quand nécessaire, de les accompagner vers l’hôpital.” “La coopération signée le 30 septembre entre les deux établissements, explique François Crémieux, se décline en plusieurs axes. Tout d’abord une mise en commun des praticiens : des consultations de spécialistes hospitaliers sont progressivement mises en place au CMS. Si elles nécessitent des examens plus poussés, ces mêmes médecins recevront leurs patients à Louis-Mourier. Dans l’autre sens, des médecins du centre municipal de santé prendront part aux gardes d’urgence de Louis-Mourier. Second axe, l’hôpital va partager son plateau technique avec le CMS. Des créneaux spécifiques seront proposés aux gennevillois. En cardiologie par exemple, la lecture informatique des holter rythmiques posés au CMS se fera à Louis-Mourier. Tout comme les scanners, ou d’autres examens d’exploration fonctionnelle.”

La municipalité insiste, pour sa part, sur un troisième axe : la prévention.

Prévention bucco-dentaire tout d’abord. Les étudiants de l’école dentaire rattachée à Louis-Mourier pourront être affectés à l’espace santé jeunes au dépistage et à la prévention, un réseau de soins prenant ensuite le relais à Louis-Mourier. Prévention également dans les domaines tels que les cancers du sein et colo-rectaux, ou encore les maladies cardio-vasculaires, au dépistage desquelles le CMS travaille. Une coopération est également en cours concernant la pédiatrie et la néonatalogie.

De cet accord bilatéral, François Crémieux souhaite faire le modèle d’un ASV pour mieux organiser les relations entre les différentes institutions sur le territoire de l’hôpital. Mais vais-je y arriver, ou devrais-je me limiter à des relations bilatérales avec le CMS ? C’est que l’hôpital est peu impliqué dans la politique de la Ville, alors qu’il existe un contrat-ville sur Colombes. “Je suis allé le chercher à la DIV. Pourtant, notre taille, notre situation, notre compétence, devraient nous placer au cœur de ce type de dispositif. Mais cet oubli tient sans doute au fait que nous ne sommes pas tournés vers la ville. Les gens viennent puis repartent. Pour le reste, c’est de l’expérimentation. Nous avons nos propres critères de fonctionnement, qui ne prennent pas en compte les politiques de la ville. Nos activités en direction de la prévention des toxicomanies au sein du réseau ARES, par exemple, ne nous rapportent aucun point ISA (Indice synthétique d’activité), points déterminants pour nos budgets. J’espère cependant que notre partenariat avec le CMS va modifier notre image dans la ville et celle de l’hôpital au sein du centre de santé municipal. Quant au patient, il rentre dans une filière plus cohérente et la mise au point d’un dossier médical commun lui évitera la redondance des examens.

L'ÉVALUATION DES ASV : UN GUIDE POUR L'ACTION

La circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 sur la mise en œuvre des ateliers “santé-ville” établit l'évaluation comme élément de la démarche des ASV : “une évaluation de type participative comportant un volet qualitatif et quantitatif. La place donnée à la participation des habitants permettra aux acteurs d'apprécier l'impact des actions de santé dans le sens du concept de santé bien être...”

L'évaluation doit permettre d'aider les acteurs et décideurs à ajuster en continu leurs objectifs et méthodes de travail pour une meilleure adéquation aux besoins des publics en difficulté. Dans ce but, la démarche des ASV comportent un enjeu qualitatif affirmé. La qualité de l'évaluation tient tout particulièrement à la qualité de la réflexion menée au titre de la conception même du projet partenarial, qui doit exprimer en conséquence la plus-value recherchée.

L'évaluation se définit globalement comme un processus d'observation et de comparaison : “elle suppose de comparer des données recueillies à un ensemble de normes, de règles ou repères, appelé référentiel”. Dans un premier temps, est examiné le référentiel des ASV (référentiel global), ainsi que la manière dont il peut se décliner selon les projets engagés (référentiels sectoriels). La question comporte une seconde dimension : comment les ASV peuvent faciliter l'intégration d'une culture de l'évaluation au sein des dynamiques locales de santé publique ?

1 Le référentiel

Dans le cadre de la politique de la ville et plus précisément des ASV, la question de l'évaluation peut se poser à deux niveaux avec des indicateurs différents :

- le cadre de référence général - les PRAPS - définissent des orientations, des priorités et des indicateurs possibles qui correspondent aux missions et ressources propres de l'échelon régional. Sont déclinées les orientations permettant de caractériser ces objectifs au niveau local : indicateurs transversaux rendant compte des avancées des programmes de santé publique pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes en difficulté, niveau d'évaluation régional et inter-départemental.
- le cadre des programmes développés sur chacun des sites constitue une composition entre le cadre précédent et un ensemble de paramètres locaux. Un référentiel spécifique doit être défini : celui-ci peut être global ou sectoriel, renvoyer à une action portant sur un problème particulier ou en direction d'une population particulière. Il tiendra compte des programmes de santé publique susceptibles d'avoir été élaborés en la matière, notamment au niveau national.

Intégrée par chacun des acteurs, l'évaluation doit produire des effets à très court terme, car la réflexion à laquelle elle donne lieu est l'occasion de préciser à chaque phase du projet et d'une manière très serrée l'adéquation avec les objectifs ;

Cette clarification conduit à revenir sur l'assise des ASV et sur ce qui la différencie d'autres actions engagées localement. Cette assise fonctionne comme cadre dans le processus de suivi et d'évaluation. Les ASV qui s'inscrivent dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions et des PRAPS sont très clairement positionnés autour d'une interrogation majeure : comment articuler l'émergence de politiques régionales de santé publique (PRAPS, SROS, PRS...) avec la pertinence des actions propres au "niveau local" dans la proximité avec les publics les plus en difficulté ?

L'évaluation doit conduire à répondre à la question de l'efficience de ces actions, et donc faire avancer leur positionnement au sein d'une politique globale concertée, tant pour ce qui est de leur légitimité que de l'attribution de moyens. L'explicitation des compétences et des capacités des communes en matière de santé publique sont des problématiques sous-jacentes à cette démarche.

Si les ASV contribuent, par le renforcement du partenariat local, à mettre en place des actions susceptibles de réduire la distance des publics en difficulté à l'égard de la prévention et des soins, les options d'évaluation doivent intégrer *a minima* :

- la recherche d'indicateurs relatifs à l'identification des publics concernés,
- l'identification des vecteurs (déterminants sociaux) de l'éloignement au regard des ressources existantes sur le territoire considéré,
- le repérage des conditions de leur implication dans une démarche visant à restaurer l'usage de ces ressources et plus largement du droit commun.

Ce qui fait référentiel est la combinaison (le système de relations) entre ces trois éléments qui fondent les caractères méthodologique, expérimental et participatif des ASV. Une évaluation comportera donc toujours un recueil d'éléments sur ces trois plans et sur leurs interactions.

La mise à jour de référents sectoriels autour desquels doivent se positionner les projets constitue à elle seule un premier travail dans l'engagement d'une démarche ASV. Sur la base de la problématique générale exposée ci-dessus, les projets tendent à se centrer sur un secteur, un public ou une démarche-diagnostic territorialisée qui engagent des paramètres particuliers.

2 Les options

L'évaluation des processus consiste à se concentrer sur les phases de conception et de mise en œuvre des programmes ainsi que sur les éléments imprévus qui apparaissent et donc la manière de les intégrer : l'enregistrement des informations, des événements, des faits survenus (personnes mobilisées, touchées, etc.) et des interactions (convergences, échanges, frictions) permet de mieux saisir les facteurs qui vont être opérants pour atteindre les objectifs fixés.

L'évaluation conçue de cette manière n'est pas qu'un outil de jugement venant sanctionner positivement ou négativement un travail, mais un guide.

La restitution des données aux acteurs, au fur et à mesure de leur apparition permet de travailler les effets positifs et négatifs. L'approche continue entretient un débat systématique sur les options les plus appropriées à la réussite des projets et permet de corriger en temps réel les démarches engagées. Dans ces conditions, les moyens de l'évaluation ne peuvent être dissociés de ceux qui sont consacrés au projet proprement dit. Un acteur-pivot dans le dispositif d'action (le coordinateur ou une autre personne ayant des compétences sur la question) peut assurer le travail de recueil et d'enregistrement, à partir du moment où le protocole d'évaluation a bien été discuté avec les principaux partenaires du projet et qu'il leur en est régulièrement rendu compte.

L'établissement de degrés dans la progression du travail engagé dans le cadre de l'ASV permet de définir des objectifs secondaires à partir desquels il est possible de franchir une nouvelle étape dans le processus de changement stratégique. Par exemple, les progrès dans l'accès aux soins, comme dans diverses conduites problématiques, peuvent être évalués en premier lieu sur le terrain des représentations (droits, risques, possibilité de changer une situation). Les conditions dans lesquelles les personnes synthétisent ensuite plusieurs éléments empruntés à leur environnement social, à leurs délibérations intimes, à leur réseau de soutien pour engager des modifications dans leurs comportements ne sont pas abordables par une évaluation. Il est par contre possible de saisir l'incidence directe d'un travail sur un segment particulier de la vie d'une personne ou d'un groupe, surtout quand ils sont acteurs-partenaires et que ce segment a été travaillé d'un commun accord. Cela n'empêche pas de continuer à enregistrer les variables au long court qui encadrent la vie des personnes et sont susceptibles d'évoluer à un moment ou à un autre.

Cette construction progressive des termes de l'évaluation, en lien avec les protagonistes concernés, peut constituer une dimension centrale des ASV au regard de leur référentiel global. Elle constitue le garant de la dynamique participative en même temps qu'elle assure la légitimation du projet. L'introduction d'un surcroît de démocratie dans la gestion et la promotion des questions relatives à la santé peut passer par cette approche de l'évaluation. À condition de ne pas être réduite à une mise en scène, l'évaluation constructive et interactive revient à travailler le sens même de l'action, à l'affiner et à le corriger en harmonie avec les acteurs engagés. À la base de cette position : la reconnaissance de l'existence d'un capital de compréhension et de connaissance chez les acteurs directement confrontés aux problèmes de prévention et de soins. Ce capital est le plus souvent laissé en jachère, avec très peu de temps et de moyens consacrés aux échanges d'expériences.

3 Les méthodes

La programmation d'une évaluation doit être pensée au départ de chaque projet. Cela suppose des débats préalables permettant d'identifier les effets attendus, les résultats escomptés, les hypothèses de travail et les facteurs sur lesquels on pense pouvoir agir pour produire un changement. Ceci renvoie à la nécessité d'exprimer la plus-value recherchée avec la mise en œuvre de l'ASV.

La définition précise et étayée de chaque objectif (aux différents niveaux stratégiques et opérationnels) permet de profiler le processus d'évaluation et en particulier de réfléchir à l'opérateur et à la manière de procéder (protocole, incidences sur l'action, périodicité).

Les objets de l'évaluation ne sont pas les mêmes suivant le positionnement des acteurs dans le projet. L'évaluation doit permettre de trouver les interfaces qui conduisent à associer les différents groupes partie prenante : les politiques, les décideurs, les intervenants ou les habitants trop souvent cantonnés au statut de « bénéficiaires » des programmes. A partir du moment où l'orientation du dispositif est participative, sa finalité ne peut être univoque (fixée une fois pour toute) : les échanges engagés dès le début du processus participatif autour du référentiel sont susceptibles d'introduire des changements dans le cours de l'action.

L'évaluation positionnée comme outil de connaissance et d'apprentissage en continu suppose :

- de mandater les personnes qui réaliseront les recueils d'informations, les observations, et les entretiens,
- de programmer des temps réguliers de réflexion pour permettre aux intervenants de réfléchir sur leurs pratiques, faire le point sur l'état d'avancement de l'action et assurer les ajustements nécessaires.

L'évaluation est aussi un outil pour démontrer la plus value apportée par les projets et programmes : elle sert alors de levier dans les échanges avec les décideurs. La mise en forme régulière des données d'évaluation, leur inscription au sein d'un tableau de bord associant le qualitatif au quantitatif, permet de débattre plus clairement des orientations adoptées et de leur incidence sur la réalité locale. Elle alimente l'analyse stratégique qui, au plan local, comporte plusieurs registres d'articulation. Articulations entre :

- politique de santé / politique sociale / politique urbaine,
- orientations du PRAPS, des programmes de santé publique et des priorités locales,
- prévention, réduction des risques et soins,
- registres de compétence et bassins territoriaux.

La demande d'évaluation est souvent centrée sur la mesure des résultats obtenus au regard des objectifs fixés. Mais certains objectifs sont plus complexes à traduire dans une batterie d'indicateurs, les changements de comportement par exemple ou bien encore l'incidence sur la morbidité. Pour évaluer ces objectifs, des dispositifs légers doivent être imaginés : personne intervenant sur des temps ciblés, focus groups, enquêtes légères, etc. Certaines méthodologies permettent de rendre les processus de production de données plus abordables, moins tributaires de dispositifs complexes et coûteux : le RAP (Rapid Assessment Process) et le RAR (Rapid Assessment and Response) répondent à la nécessité d'évaluer rapidement des dommages ou des risques dans des situations où les données sont absentes ou trop longues à récolter par les méthodes habituelles (publics éloignés, pratiques illicites, catastrophes naturelles, actions terroristes et contextes de guerre, absence de dispositifs stables de prise en charge et de suivi, etc.) Dans le cadre de l'OMS, des guides ont été créés et expérimentés, en particulier, pour approcher la situation relative au sida, à l'usage des seringues et l'usage des produits psychoactifs.

L'élaboration d'un cadre méthodologique approprié (triangulation des informations recueillies, méthodes itératives, introduction de nouvelles données) permet de pallier le caractère composite des données et de dégager des indicateurs.

La méthode revient à :

- constituer un réseau de correspondants sur le terrain : des professionnels acceptant de devenir “sentinelles”,
- construire une grille simple d’enregistrement de données sur le problème concerné,
- définir un protocole de recueil : périodicité, codes d’observation et d’enregistrement.

Elle doit également permettre de repérer les éventuels effets non attendus, qu’ils soient positifs ou négatifs découlant de l’engagement des dynamiques de projet.

A chaque phase de l’évaluation, il est important de travailler sur le contexte des projets, les opportunités et les contraintes rencontrées. Pour ne pas être occultés par les routines d’enregistrement, ces éléments doivent apparaître explicitement dans les items de repérage et de suivi.

Toutes ces considérations confirment l’importance de penser et de construire des indicateurs, sans se laisser enfermer par les seuls critères épidémiologiques classiques. Ces indicateurs posés au début d’un programme permettent de clarifier les données à recueillir : ils ne se réduisent pas à ce qui est comptabilisable, mais peuvent comporter des items « subjectivés » (indices de satisfaction, ressenti, représentations, etc).

4 Les objets

Plusieurs niveaux d’évaluation sont possible, de l’évaluation globale d’un programme à l’évaluation de dimensions spécifiques de l’action, la participation des habitants par exemple ou bien encore les dynamiques transversales.

Les deux dimensions de l’évaluation se retrouvent à chaque niveau : évaluation du processus-diagnostic (manière dont il s’est déroulé, dont les engagements ont été tenus) et évaluation des résultats (connaissances / changement dans l’appréhension des publics / changements dans les inter-relations).

Evaluer la mobilisation des acteurs et la cohérence des coopérations suppose, par exemple, d’intégrer la temporalité : la mobilisation sur un diagnostic, un groupe de travail ou un événement n’a de véritable portée que si elle se traduit par des changements à plus long terme : reconnaissance par les institutions de la légitimité des temps partagés, évolution des modes de coopération, amélioration des accès au droit commun, approches interdisciplinaires de certains problèmes, etc.

Pour évaluer une action conduite sur un problème identifié comme mal résolu, dans le prolongement d’une phase de diagnostic, il est indispensable de concevoir les protocoles d’évaluation des actions engagées de façon à pouvoir suivre leur capacité à agir sur la zone identifiée comme déficiente.

Le schème d’évaluation prend alors une forme particulière :

- explicitation des facteurs déterminants du problème identifié sur lesquels le projet se propose d’agir,
- mode d’observation des moyens engagés et méthodes utilisées,

- enregistrement des données relatives à l'évolution des facteurs déterminants.

Pour évaluer le rapprochement à l'égard de publics éloignés, certains paramètres récurrents doivent être pris en compte :

- facteurs d'éloignement identifiés,
- supports de rapprochement mis en place,
- modalités effectives de participation du public ciblé, de la communauté et des professionnels,
- zones du droit commun participant à la démarche (interactions et partenariat permettant de modifier les conditions d'accès, changement dans la maîtrise des droits et recours pour les publics).

ILLUSTRATION :

L'EXPERIENCE SOUTENUE DE LA SEINE SAINT-DENIS

Dès décembre 2000, la DDASS de Seine-Saint-Denis s'est mobilisée dans une démarche expérimentale. Le département est en effet fortement concerné par la politique de la ville : sur 40 communes 24 sont en contrats de ville. La plupart des municipalités ont également une expérience en matière de santé. Il existe 56 centres municipaux de santé et une expérience forte dans le traitement du saturnisme.

En décembre 2000, les 24 communes inscrites en politique de la ville ont été invitées à une réunion de présentation du projet ASV. Par la suite, quinze villes ont posé leurs candidatures, et douze continuent la démarche. Dix villes ont bénéficié d'un financement dès 2001 et une onzième en 2002.

Cinq sites ont fait l'objet d'un accompagnement méthodologique par l'association RESCOM.

Les principaux partenaires des ASV se réunissent régulièrement : CPAM, CRAMIF, Éducation nationale, conseil général, le centre de ressources destiné aux professionnels de la politique de la ville en Seine-Saint-Denis - Profession Banlieue - le centre d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances départemental (CIRDD 93), la coordination des services sociaux, le conseil de l'Ordre des médecins. La DGS et la DIV accompagnent la démarche. Une lettre d'information, intitulée "Bulletin de santé" a été créée pour faciliter la diffusion des réflexions et la connaissance des initiatives. Le site Internet de Profession banlieue (www.professionbanlieue.org) suit l'évolution des ASV, et une publication reprend les principaux enseignements de l'expérience de la Seine-Saint-Denis en région Ile de France. Elle a été éditée par le centre de ressources en mars 2003 : "Les ateliers Santé Ville Expérimentations en Seine Saint Denis"

Le programme de préparation et le cahier des charges établis par la DDASS en novembre 2000 dégageaient deux axes de travail :

- la mobilisation des données et indicateurs sanitaires et sociaux : dresser une cartographie de référence pouvant éclairer la politique départementale de promotion des ASV. Il s'agissait dans un premier temps de mobiliser et d'associer des données existantes, puis de suggérer et d'expérimenter des modes de recueil et des indicateurs nou-

veaux dans un souci de rapidité dans l'évaluation et les possibilités de réponse. Un partenariat a été constitué dans cette perspective (CPAM, CAF, CRAMIF, PMI, SPAS, INSERM, ORS) et une première cartographie a été présentée en comité de pilotage.

- le second était centré sur l'engagement d'un travail sur site auprès de cinq des villes candidates retenues. RESSCOM avait pour mission de participer à l'animation de ces démarches locales en facilitant les liens avec la dynamique PRAPS, l'établissement des diagnostics et des suivis, mais aussi l'ajustement des méthodes utilisées pour la conduite de projet et l'évaluation. Chacun des sites retenus avait, au départ, une spécificité qui en faisait un prototype pour les autres sites engagés dans la démarche ASV.
- Aubervilliers s'est fixée trois orientations : l'impulsion d'un groupe de réflexion sur les problèmes de santé mentale rencontrés par les professionnels sanitaires et sociaux ; l'engagement d'une dynamique communautaire autour de la mise en place d'un équipement de quartier ; le développement d'un système d'indicateurs relatif aux besoins de santé.
- Le Blanc-Mesnil, Dugny : la promotion d'une approche inter-communale des besoins de santé d'un quartier limitrophe aux deux communes : diagnostic participatif à partir de pôles de service mis en place par chacune des villes.
- Clichy-sous-Bois : la recherche d'une cohérence d'action locale au travers de l'engagement d'un diagnostic local de santé associant la population.
- La Courneuve : la mobilisation des acteurs sanitaires et sociaux autour d'une dynamique de diagnostic participatif sur le territoire communal : réflexion inter-professionnelle, enquête population .
- Pierrefitte-sur-Seine : l'engagement d'un diagnostic participatif auprès des professionnels et de la population.

Une analyse secondaire de ces démarches a été effectuée. Il s'agissait de penser les possibilités de transfert ou de modélisation des méthodes les plus appropriées sur le plan du développement des politiques de santé au niveau local. Des ateliers départementaux ouverts à toutes les villes en contrat de ville intéressées ont été prévus à cet effet. Ils ont été conçus comme l'occasion de croiser les expériences et les points de vue des villes engagées dans la démarche. Le second objectif consistait à élargir le cercle de cette dynamique à l'ensemble des villes concernées sur le département par les ASV.

Ces ateliers se sont réunis de septembre à décembre 2001 et ont réuni 80 professionnels et élus travaillant sur 15 des villes en contrat de ville du département. Cinq thèmes transversaux renvoyant aux principales orientations des ASV ont été retenus :

- le travail de diagnostic et la recherche d'indicateurs,
- la participation de la population aux démarches locales de santé,
- la notion de territoire pertinent,
- la question de l'évaluation,
- les compétences requises pour la mise en œuvre de ces actions.

L'orientation adoptée par la DDASS, dès les premières rencontres avec les villes, a été de mobiliser l'ensemble des villes en contrat de ville et de ne pas simplement privilégier les démarches "exemplaires". Ce choix a permis aux villes qui amorçaient une politique de santé, ou cherchaient à se doter d'outils diagnostic pour évaluer les problèmes de santé des publics en difficulté, de bénéficier de moyens et d'apports techniques appropriés (échanges d'expériences, soutien méthodologique). Bien loin de l'usage purement instrumental des dispositifs publics (un dossier de plus pour obtenir un financement dans un contexte où les moyens sont toujours réduits) ou de la diffusion standardisée d'une nouvelle instruction, cette orientation a conduit à des engagements avec des finalités diversifiées qui reflètent l'état réel de la situation des villes. C'était l'objectif, avec l'hypothèse relayée par plusieurs villes, de voir à cette occasion se développer une politique de santé publique qui serait bien arrimée sur la mobilisation des acteurs de proximité.

Le contexte est ici particulier, car beaucoup de communes bénéficient d'une expérience importante, ancrée dans l'histoire, les discours, les réalisations sanitaires et sociales et, plus dernièrement, par dix années de projets locaux de santé pour au moins trois des villes en contrat de ville. L'enjeu ASV au niveau départemental a été de créer une synergie pour assurer la diffusion des expériences, l'engagement d'actions dans des zones encore faiblement impliquées et la mise en cohérence de l'ensemble des dynamiques.

Grille d'évaluation des projets déposés

Le projet de mise en place des ASV vise à "développer les programmes locaux de santé de type participatif en mettant l'accent sur la promotion de la santé, la prévention et l'éducation pour la santé". Il poursuit également comme objectif, "l'amélioration de la cohérence et de la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires de la politique de la ville." C'est au regard de ces critères qu'ont été analysés les projets déposés.

- Les critères relatifs à la construction du projet

L'appel à projet demandait aux villes candidates de préciser plusieurs points :

- phase dans lequel le projet s'inscrit (expériences antérieures, place dans les politiques de santé existantes, problématiques dominantes dans la mise en cohérence des actions). L'objectif était de dégager une typologie des démarches proposées sur le département.
- explicitation des objectifs et de la portée du projet au regard des moyens et de l'expérience des promoteurs (volonté politique, prise en compte de la circulaire, méthode proposée et nature de la demande d'accompagnement quand elle était souhaitée),
- faisabilité (correspondance entre les objectifs et les moyens, possibilité d'insertion dans le système d'action local)

- Les critères relatifs à l'inscription dans la démarche ASV.

Il s'agissait de voir comment les projets avaient traduit et intégré les éléments du cahier des charges relatifs à :

- l'existence d'une dimension "participative" pour les populations concernées, avec des précisions sur les modalités d'association envisagées,
- l'articulation avec la problématique de lutte contre les exclusions (PRAPS Île-de-France) et les éléments contenus à cet égard au sein du contrat de ville,
- le potentiel de mobilisation d'un partenariat significatif au sein de la démarche

(réseaux, acteurs du droit commun, structures hospitalières et médecine générale), Ces critères ont permis de classer les projets, non pas par ordre de « mérite », mais en fonction de leur stade d'explicitation et d'avancement de leur démarche locale de santé.

Typologie de référence

Quinze projets ont été déposés dans un premier temps et une typologie de ces projets est ressortie qui, sans préjuger de l'avancement réel des actions de santé dans les villes, a traduit la manière dont l'ASV avait été envisagé dans le cadre des propositions. Le suivi effectué par RESSCOM a porté sur un projet pris dans chacune des cinq catégories déterminées par la typologie, de préférence le plus significatif des problèmes sur lesquels les villes souhaitaient travailler de manière à pouvoir faire l'objet d'un transfert méthodologique :

- Construction d'un projet :

C'est le cas des villes qui ne sont pas encore entrées dans ce type de dynamiques de travail, mais souhaitent s'y engager. Certaines ont une politique de santé centrée généralement sur les ressources et prestations habituelles (CMS, SCHS) ; d'autres n'ont pas encore développé la santé au sein de leur politique. Elles souhaitaient généralement :

- réaliser un état des lieux, recenser les ressources existantes et identifier les problèmes majeurs pour les habitants sur lesquels il serait possible d'agir,
- clarifier les objectifs assignés à l'ASV : précisions sur l'articulation avec le PRAPS et le contrat de ville, choix d'un axe dominant ; repérage des problèmes opérationnels,
- construire une méthode appropriée : échelle d'action (thématiques, territoires), implication de la population, choix des partenaires, logique décisionnelle.

- Réalisation d'un diagnostic :

Les projets sont principalement centrés sur la réalisation d'une démarche de diagnostic, avec l'intégration des objectifs suivants :

- inventaire et analyse de l'existant (données, ressources, besoins déjà identifiés),
- recherche d'orientations sur le plan du territoire (échelle d'action la plus appropriée), des thématiques (définition des priorités et recherche de complémentarités) et des populations ciblées,
- recherche d'une méthode de travail appropriée, précisant le mode d'implication de la population, le rôle des partenaires, la prise en compte des rétroactions possibles au niveau local et l'évaluation de la démarche.

- Mise en place d'un programme

Lorsque les principaux éléments de diagnostic sont déjà acquis (avec des conditions d'actualisation à préciser au départ du programme), plusieurs projets se centrent sur :

- l'approfondissement des objectifs sur le plan opérationnel : identification des moyens, profil et recherche des opérateurs, mobilisation des partenaires, définition des effets attendus,
- la conception du programme : explicitation des modalités de participation des habitants, clarification des relations inter-partenaires, définition d'un protocole d'évaluation et réflexion sur les indicateurs, analyse des interactions produites avec les prestations de droit commun.

- Réalisation d'une évaluation

Quand des programmes sont déjà engagés et que leur poursuite ou leur réorientation supposent la réalisation d'évaluations, l'ASV peut se centrer sur la dynamique d'évaluation avec :

- l'analyse des démarches engagées, explicitant les objectifs stratégiques et opérationnels ainsi que les correspondances avec les effets attendus,
- la recherche des indicateurs pertinents (quantitatifs et qualitatifs) intégrant ceux qui relèvent de la problématique ASV (réduction des logiques d'exclusion, participation de la population, implication de l'hôpital, interaction avec le droit commun),
- l'intégration de la procédure d'évaluation dans le système d'action locale : les ASV prônent cette orientation, les évaluations trop distanciées des acteurs produisant peu d'effets utiles : l'assignation d'un rôle aux partenaires et à la population dans l'évaluation permet d'introduire des ajustements dans le cours même de réalisation du programme

- Travail en intercommunalité

Les projets, qui s'inscrivent généralement dans l'une ou l'autre des phases précédentes, sont ici essentiellement travaillés dans une perspective intercommunale, avec des approches croisées : de l'identification des problèmes (diagnostics, indicateurs), du partenariat (synergies ou difficultés), des méthodes et moyens mis en œuvre, de la plus-value apportée par l'abord intercommunal.

Vade-mecum

Ce chapitre avance un certain nombre de recommandations, portant successivement sur les différents niveaux concernés par la mise en œuvre des ASV (niveaux régional, départemental et local).

Ces propositions développées à partir du développement pilote de la démarche, restent à considérer en tenant compte des orientations suivantes qui se dégagent :

- développer une meilleure connaissance réciproque entre les politiques territoriales (en particulier la politique de la ville) et la politique de santé publique. Il s'agit notamment de réfléchir aux opportunités et possibilités d'inscription de la santé au cœur des projets de territoire notamment lorsqu'ils donnent lieu à des contrats globaux avec l'Etat. Le nombre de territoires en contrat de ville dans les régions et départements est un élément important à prendre en compte, il varie de manière très importante.
- tenir compte des territoires dans la définition et la mise en œuvre de la politique régionale de santé publique (notamment dans la perspective du plan régional de santé publique actuellement prévu).
- préciser, dans le cadre des régions, les articulations à trouver pour les services de l'Etat entre le niveau régional (niveau d'impulsion stratégique et d'animation) et le niveau départemental plus directement impliqué dans la mise en œuvre et appelé ainsi, du point de vue des acteurs locaux, à aider à préciser les objectifs de la politique de santé publique et les voies et moyens de leur réalisation.
- accorder une importance particulière à la phase de conception de l'ASV (en tant que démarche locale de coopération inter institutionnelle), qui doit être conclue par la formalisation d'un projet ou d'un programme adapté aux problématiques retenues et explicitant, outre les actions spécifiques à réaliser, la part que les ressources locales prennent et devront prendre à la mise en œuvre de l'ASV. En effet, au-delà du renforcement des actions locales, qu'il convient d'argumenter, l'ASV doit permettre de mettre en valeur et d'optimiser les activités locales (par l'amélioration de la coordination)
- pouvoir rendre compte de l'importance des actions menées au titre de la santé publique sur les zones urbaines sensibles (selon ce qui a été prévu à ce sujet dans le système d'information budgétaire du ministère chargé de la santé), de même que de manifester les efforts faits en la matière dans le cadre de la politique de la ville (selon le programme annuel de performance de cette politique)
- susciter des articulations avec les instances universitaires, s'agissant en particulier de la promotion de référentiels d'intervention auprès des publics, de l'évaluation des actions et, d'une manière générale, de la reconnaissance du caractère opératoire de la "promotion de la santé" au niveau local, moyennant l'implication du public et compte tenu de la diversité des politiques publiques concernées.

Recommandations stratégiques et méthodologiques relatives à la mise en place d'un dispositif de promotion et d'animation des ASV au niveau régional

Positionner la DRASS au sein des dispositifs départementaux de la politique de la ville

Rendre effectif avec l'appui d'un mandat du préfet de Région, la délégation de cette mission à la DRASS, articulant territoires de la politique de la ville et la démarche PRAPS dans le cadre des programmes de santé publique

- communiquer les éléments du schéma adopté au niveau régional, à l'ensemble des préfets et sous préfets à la Ville, ainsi qu'aux institutions partenaires de la politique de la ville, des chefs de projet des contrats de ville. Faire remonter les éléments d'informations aux correspondants de la DGS (bureau SD6D) et à la DIV (département Lien social, service public)
- constituer un dossier contenant les principaux textes de référence, et apprécier le volume et spécificité du volet santé de la politique de la ville dans la région (recenser l'ensemble des territoires de la politique de la ville,
- recenser les actions santé financées, identifier l'engagement budgétaire du ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité, que ce soit par des crédits FIV ou des autres lignes budgétaires, identifier les actions qui sont formellement intégrées au PRAPS et à un PRS),
- faire une première évaluation du degré de cohérence intrinsèque des actions santé couvrant les territoires de la politique de la ville dans la région par rapport aux priorités départementales et régionales du PRAPS, et celles dégagées au niveau régional (Conférence Régionale de Santé)
- apprécier le degré de perméabilité du niveau régional à la démarche territoriale déclinée dans le cadre des ASV (*cf grille d'analyse rapide proposée en annexe 1*).

"Check list" des principales étapes à considérer :

- planifier des réunions de travail (*a minima* quatre fois par an) avec les responsables du volet santé de la politique de la ville des départements, bilan et d'échanges d'expérience des programmes de santé publique,
- participer aux réunions régionales de la politique de la ville (contextualiser les problématiques de santé dans le champ urbain, recueil d'informations de projets urbains, de politique de l'habitat, de proximité des services publics...),
- constituer, en partenariat avec les centres de ressources de la politique de la ville, une base de référence documentaire et d'expériences en matière d'actions de santé concertées au niveau local, à partager avec les responsables départementaux (production et édition de documents à partir de groupes de travail sur des thématiques spécifiques, séminaires, etc),
- réaliser une synthèse annuelle des principales actions de santé développées au sein des territoires de la politique de la ville, dans le cadre des bilans annuels sur les interventions de santé publique,

- établir le lien avec le PRAPS et les autres programmes et actions de la politique régionale de santé publique, et rendre lisible le volume financier qu'elles représentent en distinguant si possible les différentes sources de financements.
- Poser des recommandations susceptibles d'améliorer la cohérence régionale des actions.

Mise au point d'un plan régional pluriannuel de promotion des ASV avec les responsables départementaux pouvant contenir les programmes suivants :

- formations et procédures d'information sur l'actualité départementale, régionale et nationale du dossier destinées à l'ensemble des porteurs (thèmes sensibles à considérer avec attention : le diagnostic et l'observation des problématiques, la programmation et la mise en œuvre d'actions, la participation des citoyens, le suivi et l'évaluation des actions),
- études ou projets de recherche/action transversaux intéressant plusieurs sites,
- expérimentation de procédures permettant d'optimiser la cohérence et l'efficacité des actions de santé réalisées au niveau local (Exp. : l'ASV "guichet unique" de dépôt de dossiers de demande de financements pour les porteurs d'actions de terrain, permettant aux différents financeurs d'opérer une sélection et priorisation des actions à soutenir au plus près du terrain, ainsi qu'un travail d'optimisation qualitative des projets par l'accompagnement technique de l'équipe chargée de l'animation de l'ASV),
- élaboration de synthèses locales à intégrer et valider au sein du PRAPS,
- mise en place d'un programme de capitalisation de l'expérience à prévoir avec les centres de ressources de la politique de la ville,
- réalisation d'événements de valorisation et de communication publique des travaux.

Recommandations stratégiques et méthodologiques relatives à la mise en place d'un dispositif de promotion et d'animation des ASV au niveau départemental

Consolider le positionnement de la DDASS au sein du dispositif départemental de la politique de la ville

Temps moyen à prévoir : variable selon les départements, peut aller de 1 à 6 mois

- Disposer d'un mandat du sous préfet à la Ville,
- Désignation d'une personne référente chargée du suivi du dossier au sein de la DDASS, de préférence ayant des compétences en Santé Publique (prévoir un mi-temps pour la période initiale qui peut durer au minimum une année),
- Veiller à une bonne articulation de la politique de la ville et du PRAPS au sein de la DDASS,
- Communiquer les éléments du schéma adopté à l'ensemble des institutions signataires du Contrat de Ville et aux chefs de projet, au SGAR, au coordonnateur du PRAPS à la DRASS, au bureau SD6D de la DGS et au chargé de mission Santé et de la région à la DIV,
- Constituer un dossier contenant les principaux textes de référence, les CdV du département de la période précédente et actuelle, et les actions de santé réalisées sur le territoire des contrats de ville intégrées au PRAPS ou à un autre programme de santé publique,
- Faire une première évaluation du degré de cohérence et de pertinence des actions santé de chaque contrat de ville ainsi qu'au niveau départemental, par rapport aux priorités départementales du PRAPS et celles dégagées au niveau régional par la dernière Conférence Régionale de Santé
- Apprécier le degré de perméabilité départementale aux ASV (cf. grille d'analyse rapide de la perméabilité locale aux ASV proposée par RESSCOM en annexe 1)

Constituer une plate forme institutionnelle départementale de soutien au volet santé de la politique de la ville et développement des ASV

Temps moyen à prévoir : 3 mois

1 Réunir et/ou inciter les principales institutions départementales responsables de prévention et de santé afin de les inviter à contribuer à la mise en place des ASV dans le département. Penser notamment à : service statistiques de la DRASS, coordonnateurs du PRAPS ou des PRS, CPAM, CAF, FASILD, Conseils Généraux (PMI- ASE, PDI-RMI, Personnes Agées, cellules MST/SIDA, Cancers, Prévention Spécialisé), Hôpitaux, Secteurs Psychiatriques, Education Nationale, DD de l'administration pénitentiaire et de la police nationale, DDPJJ, DDJS, Délégation départementale aux Droits des Femmes, DDTEFP (Médecine du Travail), associations de professionnels libéraux, associations ou autres structures contribuant aux politiques publiques de santé locales (ORS, CRES, CDES, CDPA, CIRDD, etc.)

2 - Recenser auprès de ces institutions les actions qu'ils développent ou seraient susceptibles de développer sur les zones urbaines sensibles, ainsi que les sources d'informations susceptibles de contribuer aux diagnostics locaux, en précisant la nature des informations, le niveau territorial auquel ces informations peuvent être produites et les conditions d'accès pour les acteurs des ASV.

3 - Constituer une base de référence documentaire et d'expériences en matière d'actions de santé concertées au niveau local (cf. *travaux RESSCOM et autres sources pouvant être rassemblées au sein des centres de ressources de la politique de la ville*).

4 - Réaliser une synthèse des principales thématiques traitées, de leur territorialité et du degré d'information qu'elles produisent ou qui les sous tendent. Identifier les zones de convergence et de divergence entre acteurs, thématiques institutionnelles et priorités départementales et régionales du PRAPS et de la conférence régionale de santé.

Lancement officiel d'une politique de promotion des ASV dans le département

Temps moyen à prévoir : entre 3 et 6 mois selon les capacités techniques des équipes municipales candidates ou des moyens d'accompagnement technique proposés par la DDASS

1 - Réunion officielle, réalisée par le préfet ou son représentant et la DDASS, réunissant l'ensemble des municipalités (élus et chefs de projet des contrats de ville), où il sera présentée l'actualité du dossier (*rappel des textes, conditions et moyens de mise en œuvre, appréciation technique du volet santé de la politique de la ville dans le département et illustration d'expériences analysées dans d'autres sites—cf. plus haut—*), et annoncée la volonté de promouvoir la mise en place d'ASV dans le département en lançant un appel à projets, en présentant un schéma d'accompagnement technique minimal des équipes municipales chargées du montage des projets qui le souhaiteraient (cf. plus haut soutien des institutions chargées de la santé et de la prévention, possible assistance technique de la DDASS, possibles ressources techniques mobilisables)

2 - Etablissement d'un calendrier de mise en place progressive des ASV avec les candidats, incluant une première phase de formulation des projets et détermination des moyens nécessaires à leur mise en œuvre locale ainsi qu'à leur accompagnement au niveau départemental (1 à 2 rencontres de travail, de calage entre la DDASS et les municipalités sont à prévoir par projet d'ASV)

3 - Elaboration des projets et mise au point d'un plan départemental pluriannuel de promotion des ASV avec les porteurs de projets pouvant contenir les programmes suivants :

- formations et procédures d'information sur l'actualité départementale, régionale et nationale du dossier destinées à l'ensemble des porteurs (thèmes sensibles à considérer avec attention : le diagnostic et l'observation des problématiques, la programmation et la mise en œuvre d'actions, la participation des citoyens, le suivi et l'évaluation des actions),
- des études ou projets de recherche/action transversaux intéressant plusieurs sites,

- expérimentation de procédures permettant d'optimiser la cohérence et l'efficacité des actions de santé réalisées au niveau local (Exp. : l'ASV comme "guichet unique" de dépôt de dossiers de demande de financements pour les porteurs d'actions de terrain, permettant aux différents financeurs d'échanger avec les porteurs d'actions et avec eux opérer à une sélection et priorisation des actions à soutenir au plus près du terrain, ainsi qu'un travail d'optimisation qualitative des projets par l'accompagnement technique de l'équipe chargée de l'animation de l'ASV),
- élaboration de synthèses locales à intégrer et valider au sein du PRAPS,
- mise en place d'un programme de capitalisation de l'expérience à prévoir avec les centres de ressources de la politique de la ville (ex : groupe de travail entre acteurs de santé et de l'urbain),
- réalisation d'événements de valorisation et de communication publique des travaux.

Réalisation du plan départemental de promotion des ASV

Temps moyen à prévoir : objectifs à caler en tenant compte de la temporalité des PRAPS et du contrat de ville.

1 - Mise en œuvre des programmes transversaux avec des temps d'évaluation et d'ajustement annuels.

2 - Prévoir un programme de suivi spécifique de chaque ASV (évaluation du volet santé de la politique de la ville).

3 - Prévoir un temps annuel d'évaluation collective des ASV avec les partenaires participant à la plate forme départementale de soutien aux ASV (évaluation de la contribution de la politique de la ville aux PRAPS).

Recommandations stratégiques et méthodologiques relatives à la mise en place d'un dispositif de promotion et d'animation des ASV au niveau municipal

Mise en place d'un ASV au sein du contrat de ville.

Temps moyen à prévoir : entre 1 et 3 mois selon le degré de complexité du dispositif de pilotage du CdV

1 - Décision officielle des instances responsables du pilotage du contrat de ville de créer un ASV et notification de la décision à la DDASS

2 - Mise en forme du projet d'ASV par l'équipe technique municipale chargée de l'animation du contrat de ville, avec l'aide de la DDASS et éventuellement d'un prestataire de service spécialisé externe, afin de :

- mettre au point le dispositif d'animation de l'ASV, en définissant une stratégie de mise en place qui permette à celui-ci d'être formellement reconnu et positionné au sein du contrat de ville et du PRAPS (définition de ses finalités et conditions d'articulation aux instances de pilotage du contrat de ville et du PRAPS, définition avec la DDASS des indicateurs d'évaluation et de suivi de l'ASV),
- procéder à une première analyse de la problématique santé au sein du contrat de ville (si déclinée) et/ou de son territoire afin d'apprécier le degré de perméabilité à un ASV (cf. annexe 1), la nécessité d'établir (ou compléter) un diagnostic local de santé, et d'identifier les grandes lignes de travail susceptibles d'organiser l'action de l'ASV
- définir le montage opérationnel de l'ASV en procédant à une première évaluation des moyens nécessaires à son fonctionnement : établissement d'un plan d'action ainsi que d'un budget de fonctionnement et d'investissement qui valorise les moyens déjà en place au sein du CdV, en tenant compte et en intégrant d'autres ressources locales, en prévoyant un budget spécifique pour la réalisation d'études ou pour le financement de prestations externes de type accompagnement technique de l'équipe chargée de l'animation de l'ASV, ou des formations d'acteurs de terrain (en moyenne et pour la 1ère année, l'expérience montre qu'un budget de 4573 euros (30.000 F) à 7622 euros (50.000 F) selon l'importance du site, devrait suffire)

3 - Validation du projet opérationnel par les instances responsables du pilotage du contrat de ville.

Lancement d'une démarche ASV sur le territoire du contrat de ville

Temps moyen à prévoir : 2 à 6 mois selon le degré d'organisation du champ local de la santé et le degré d'élaboration du volet santé du contrat de ville.

L'équipe opérationnelle chargée de l'animation de l'ASV, en concertation avec l'insistance de pilotage comprenant la DDASS devra, dans un premier temps, préparer le terrain, soit :

- réaliser ou actualiser le diagnostic local de santé et définir les objectifs prioritaires de santé pour le territoire (ou valider les orientations santé du contrat de ville qui précédaient la mise en place de l'ASV),
- établir un premier schéma de programmation local qui devra tenir compte de l'existant et viser prioritairement à la création ou développement d'une dynamique locale de promotion de la santé : il ne s'agit pas de " partir à zéro " mais de mettre en place une démarche progressive qui cherchera à rendre de plus en plus cohérentes et efficaces les actions santé inscrites au sein du contrat de ville et du PRAPS, en cherchant de manière systématique à privilégier et faciliter l'implication des publics dans les actions de santé initiées dans ce territoire, et au-delà, créer une dynamique qui amènera l'ensemble des actions locales de santé à s'aligner sur ce seuil de qualité,
- identifier les bases (finalités, moyens et organisation) d'un tableau de bord local permettant d'observer l'évolution de la problématique santé du contrat de ville à court (1 an), moyen (3 ans) et long (6 ans) termes

Dans un deuxième temps, il conviendra d'inviter l'ensemble des acteurs concernés par la question (porteurs d'actions, associations diverses, professionnels et institutions locales, public en général) à une rencontre d'information de la mise en place de la démarche ASV, en les invitant à s'y associer de manière dynamique. Pour cela, il est recommandé de définir une politique de communication adaptée aux différentes catégories d'acteurs, et d'adopter publiquement quelques principes organisateurs de l'ASV, susceptibles de faciliter l'adhésion et la mobilisation des publics, tels que les suivants :

- un principe éthique qui garantit la non discrimination ainsi que le respect de la dignité et des intérêts fondamentaux des personnes bénéficiaires des actions inscrites dans l'ASV,
- un principe de transparence qui garantit la lisibilité de ce qui est fait dans le cadre de l'ASV à toutes les catégories d'acteurs, pendant toute la durée et à toutes les phases des programmes (depuis leur planification jusqu'à leur évaluation),
- un principe de responsabilité qui garantit que l'engagement de chaque acteur dans cette démarche se fera dans le strict respect des capacités biologiques, psychologiques, culturelles et sociales de chacun (afin d'éviter l'effet de culpabilisation), et que les institutions assumeront pleinement la part de responsabilité qui leur revient d'après ses compétences réglementaires et techniques.

Animation d'une démarche ASV sur le territoire du contrat de ville

Temps moyen à prévoir : durée du contrat de ville

1 - Avec les éléments issus de l'analyse initiale de la situation ainsi que ceux qui résultent de la réaction des acteurs locaux invités à participer à la démarche de l'ASV, il s'agira d'élaborer un plan d'animation qui pourra intégrer les actions ou programmes suivants :

- formations et procédures d'information sur l'actualité départementale, régionale et nationale du dossier destinées à l'ensemble des porteurs (thèmes sensibles à considérer avec attention : le diagnostic et l'observation des problématiques, la programmation et la mise en œuvre d'actions, la participation des citoyens, le suivi et l'évaluation des actions),
- études ou projets de recherche/action transversaux intéressant plusieurs acteurs et secteurs du site en contrat de ville,
- expérimentation de procédures permettant d'optimiser la cohérence et l'efficacité des actions de santé réalisées au niveau local,
- élaboration de synthèses locales à intégrer et à valider au sein du PRAPS,
- mise en place d'un programme de capitalisation et de publication de l'expérience à prévoir avec les centres de ressources de la politique de la ville (adresses des centres de ressources politique de la ville sur le site : www.ville.gouv.fr),
- réalisation d'événements de valorisation et de communication publique des travaux

2 - Prévoir un programme de suivi spécifique de chaque action ou programme intégré à l'ASV (évaluation du volet santé de la politique de la ville)

3 - Prévoir un temps annuel d'évaluation collective des ASV avec les partenaires participant à la plate forme départementale de soutien aux ASV (évaluation de la contribution de la politique de la ville aux PRAPS)

Annexes

LES TEXTES OFFICIELS

1.1 Références

Circulaires DGS n° 74 bis du 2 décembre 1993 et n° 88 du 1er décembre 1994 relatives à la mise en place de réseaux de santé de proximité.

Circulaire DGS/DAS/DIRMI n° 97-568 du 19 août 1997 relative aux actions de santé en faveur des personnes en difficulté.

Avis adopté par le Haut Comité de la Santé Publique lors de sa séance plénière du 11 février 1998 : "Précarisation sociale et santé".

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

Circulaire n° DGS/SP2/99/110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (PRAPS).

Circulaire DIF/DAS/DIV/DPM/ n° 99-153 du 9 mars 1999 relative aux réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents.

Circulaire du 25 mai 1999 relative à la mise en place des PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé).

Circulaire DGS/DGAS/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999, relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux.

Relevé de décisions du comité interministériel des villes du 14 décembre 1999 : mise en place des ASV

Circulaire DIV/DPT-IEDE/2000/231 du 26 avril 2000 relative à la mise en œuvre des adultes-relais dans le cadre de la politique de la ville.

Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé ville dans le volet santé des contrats de ville 2000-2006.

Circulaire n° DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire, cahier des charges des ateliers santé ville en annexe.

Circulaire DIV/DPT-LSSP/MILDT/2001/14 du 09/01/2001 relative à la prise en compte de la lutte contre la drogue et prévention des dépendances dans le cadre de la politique de la ville.

Circulaire n°2001-012 du 12 janvier 2001, Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves, BO n°1, 25/1/2001.

Circulaire DGS/6 C/DHOS/O 2/DGAS/DIV n° 2001-393 du 2 août 2001 d'orientation relative aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale.

Circulaire DGS/SD6 n° 2001-504 du 22 octobre 2001, relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé.

Programme de lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté, juillet 2001.

Comité Interministériel des Villes du 1^{er} octobre 2001 sur les conditions d'exercice des professions de santé/maison de santé.*

Circulaire DGS-DGAS n° 2002/145 du 12 mars 2002 relative à la mise en oeuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeunes.

Circulaire cabinet délégué à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées/DIF/MEN n°2002-231 du 17 avril 2002 relative au développement des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents. Échange, entraide et solidarité entre parents. Relations entre les familles et l'école.

Circulaire DGS/SD6D n°2002/100 du 19 février 2002 relative aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation de précarité (PRAPS II, 2003-2006) : démarche territoriale de santé fiche 4.

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Circulaire DGS n°309 du 3 mai 2002 définissant les orientations du Ministère chargé de la santé et les actions à mettre en oeuvre par les DDASS, DRASS et SCHS dans le domaine de la lutte contre l'intoxication par le plomb pour l'année 2002.

Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPIJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté.

Circulaire DIV/DPT-IEDE n°2002-283 du 3 mai 2002 relative à la mise en oeuvre du programme adultes-relais.

Circulaire DGS/SD1/SD4 n° 2002-517 du 8 octobre 2002 relative aux consultations régionales pour l'élaboration de la loi de programmation quinquennale en santé publique.

Plan National de Renforcement de la Lutte contre la précarité et l'exclusion - 2003 - Améliorer l'accès aux soins des personnes en difficulté sociales (fiches S1 à S5).

Plan National d'Action pour l'Inclusion sociale (PNAI), France, 2003-2005, juillet 2003.

Loi N° 2003-710 du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine. JO du 2 août 2003. Chapitre 1^{er} : Réduction des inégalités dans les zones urbaines sensibles, annexe 1/ point 4 : santé.

*Rapport du Dr Jacques Lebas du 13 février 2002 "Amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville"

1.2 Verbatim

Loi d'orientation - Programme national d'action de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2001).

Axe 1 : Favoriser le retour à l'emploi des personnes qui en sont les plus éloignées

Axe 2 : l'accès de tous aux droits fondamentaux

2.1. Favoriser l'accès aux droits fondamentaux

2.1.3. Le droit à la santé

La lutte contre les exclusions en matière de santé ne peut se contenter d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de marginalité. Elle doit avoir une démarche préventive et veiller à ce que les personnes les plus fragiles ne se trouvent aussi en situation d'exclusion. C'est en cela qu'il convient de veiller à ce que l'ensemble de la population utilise au mieux les ressources de notre système de santé, dans sa dimension préventive aussi bien que curative. Réduire les inégalités sociales en matière de santé permet donc à la fois de travailler à une meilleure prise en charge des personnes exclues et à une prévention de l'exclusion. En 1997, près de 15 % des personnes interrogées par le CREDES déclaraient avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois notamment en matière dentaire.

La couverture maladie a considérablement progressé. Actuellement 5,2 millions de personnes bénéficient de la couverture complémentaire, soit près de 2 MF de plus que le nombre des anciens bénéficiaires de l'ancienne aide médicale gratuite des départements, avec une qualité de couverture très renforcée. Deux propositions relatives à la CMU sont en cours d'expertise dans le cadre de l'évaluation qui sera disponible à la fin de l'année. Améliorer la prise en charge des soins dentaires et aider la prise en charge de la couverture complémentaire des personnes dont les ressources sont légèrement au dessus du plafond (3.600F pour une personne isolée).

D'une politique d'accès aux soins, qui reposait sur un dispositif de type quantitatif, il nous faut maintenant passer à une politique de recours aux soins, basée sur des actions de qualité et de proximité, permettant de développer, avec les plus démunis, une démarche de santé leur permettant, effectivement, de recourir à la prévention et aux soins.

Le programme d'amélioration de l'accès à la prévention aux soins comporte 6 volets ; pour chacun un effort particulier devra être fait en faveur des départements d'outre-mer. Dans ce cadre, le concours des associations est fondamental ; elles sont seules à même d'accompagner, au quotidien, les personnes et les familles. La mobilisation des professionnels de santé - et pas seulement les médecins - est tout aussi indispensable ; ils doivent être davantage sensibilisés et associés à cette nécessité d'accompagner, d'aller vers les personnes les plus démunies, en très étroite collaboration avec les associations. Plus qu'un changement institutionnel, il s'agit de favoriser un changement culturel permettant aux professionnels des différents champs - le soin, la santé mentale, le social - de se rapprocher afin de pouvoir offrir - dans la proximité nécessaire : bassins de vie, quartiers... - les réponses les plus adaptées.

1 - Renforcer les PRAPS : La dynamique née dans les régions qui a donné lieu à plus d'un millier d'actions doit être amplifiée et soutenue. Points d'accueil et d'écoute pour les jeunes en situation de mal-être ou de souffrance psychologique, permanences de soins dans les lieux d'hébergement, formation des professionnels à l'accueil des publics en situation de précarité, sessions d'information sur la santé et le système de santé, appui aux réseaux rassemblant les professionnels de la santé et de l'action sociale, etc... Les PRAPS ont particulièrement ciblé le public jeune et la population en souffrance psychique. Ce travail doit être développé avec les associations compétentes en tirant les leçons des expériences menées en France ou dans les autres pays européens (dans la suite du colloque européen de décembre 2000 à Paris). 20 MF supplémentaires seront consacrés en 2002 aux actions d'accès à la santé dans le cadre des PRAPS.

Un effort particulier sera réalisé afin de développer les points d'écoute et d'accueil pour les jeunes qui seront mieux articulés et développés (10 MF supplémentaires y seront consacrés).

2 - Soutenir les actions santé de la politique de la ville, cadre favorable à une approche globale et de proximité ; les actions seront centrées sur la santé des enfants et des jeunes, et notamment sur le suivi des visites médicales effectuées par la PMI et la santé scolaire et sur la prévention des problèmes bucco-dentaires. La mise en place des « ateliers santé-ville » décidée en décembre 1999 sera renforcée afin que les habitants des quartiers populaires puissent s'exprimer, en concertation avec les professionnels de santé et de l'action sociale sur leurs problèmes d'accès à la prévention, notamment en matière de risques liés à la sexualité, et aux soins. 15 MF supplémentaires en 2002 y seront consacrés.

3 - Développer l'éducation pour la santé, outil majeur d'une politique de prévention. Les inégalités sociales en matière de prévention sont plus grandes qu'en matière de soins. Il convient d'aider les personnes en situation de précarité à mieux exprimer leurs attentes par rapport au système de santé et à s'engager dans une démarche de santé active. Les actions d'éducation pour la santé, mises en œuvre par des personnes formées, seront développées et soutenues dans la durée (15 MF supplémentaires en 2002).

4 - Améliorer l'accès aux soins de santé : 300 hôpitaux se sont engagés dans la création d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) pour mieux accueillir et suivre les personnes en situation de précarité. Ce dispositif doit être qualitativement renforcé, en lien très étroit avec le tissu associatif et d'action sociale, et mieux s'adapter aux territoires de la ville et aux problèmes particuliers du monde rural. La création de 100 nouvelles PASS supplémentaires par an en 2002 et 2003 répondra aux besoins non couverts.

5 - Répondre aux besoins de santé mentale des publics les plus démunis : l'élaboration des PRAPS a laissé émerger la question de la souffrance psychique dans les situations de précarité et d'exclusion, identifiée dans la plupart des régions comme un problème de santé prioritaire. Les schémas régionaux de psychiatrie ont, dans huit régions, pris en compte de façon plus spécifique les publics démunis.

Trois grands axes d'intervention résultent des propositions issues de ces dispositifs et sont de nature à favoriser l'accès aux soins psychiques des publics les plus démunis. Au-delà de l'action globale en faveur de la santé mentale, 15 MF supplémentaires seront spécifiquement dédiés aux actions permettant la prise en charge des personnes démunies.

- l'adaptation de l'offre de soin et de pratiques professionnelles : amélioration de la prise en charge sanitaire par une clarification des modalités d'admission et d'orientation des patients hébergés en institution ou sans domicile fixe, réduction ou suppression des zones non couvertes par l'offre de service public, amélioration de la préparation de la sortie par les établissements psychiatriques pour assurer la continuité des soins.

- le partenariat local entre la psychiatrie et les autres acteurs sociaux : l'engagement de démarches de décloisonnement entre institutions est nécessaire afin d'améliorer le repérage et la prise en compte de la souffrance psychosociale, de favoriser, par la formation des professionnels, le travail de l'écoute au sein des lieux fréquentés par les populations en difficultés, d'améliorer l'accompagnement social des personnes vers l'offre de soin ainsi que vers l'offre de réinsertion. D'une façon plus générale, il importe d'encourager la constitution de réseaux de proximité et la formalisation de conventions de réciprocité d'intervention.

- l'action directe auprès des publics démunis et le développement de la prévention : l'intervention d'un professionnel de la psychiatrie (ou d'une équipe pluridisciplinaire) dans les lieux de vie et de passage de ces populations (centres sociaux, missions locales, foyers de jeunes travailleurs, centres d'hébergement et de réinsertion sociale...) ou dans des lieux « banalisés » où sont intégrées les fonctions d'accueil, d'écoute et de soins doit permettre d'animer un dispositif d'écoute et d'expression de la souffrance et apporter aux personnes en grande vulnérabilité, un soutien individuel ou collectif.

6 - Prendre en compte les problèmes des migrants : les migrants, et notamment les primo-arrivants, ont souvent du mal à bien utiliser les ressources du système de santé. Des actions adaptées seront menées avec les associations spécialisées.

Avis du Conseil National des Villes (CNV),
février 2000, Santé et pratiques sociales

- Une "coordination santé" dans chaque ville

La santé des citoyens, comprise à la fois comme préservation d'un capital indispensable pour toute leur vie familiale, sociale et professionnelle, et comme investissement pour leur avenir dans ces mêmes sphères, est déjà l'une des préoccupations prioritaires de nombreux élus*, au même titre que l'éducation, le développement économique ou la sécurité. Comme l'aménagement du territoire, ce ne peut être qu'une préoccupation de long terme.

Il est recommandé de créer une architecture cohérente, soutenue au niveau municipal par une volonté politique portée par des élus et des services, qui résiste au temps à travers les échéances électorales.

Des moyens

Ni les associations de malades, ni les élus, qui ont pourtant légitimité à représenter les habitants, ni les professionnels du soin, peu familiers de la santé et de ses déterminants, pas plus d'ailleurs que des conséquences sociales ou organisationnelles de la maladie, ne peuvent seuls porter les actions de santé dans la cité.

* Sur 113 villes de plus de 30 000 habitants qui ont répondu à une enquête postale en 1992, 88 (78%) disposaient d'un élu responsable des questions de santé. Dans la moitié des cas, cet élu avait le statut d'adjoint au maire. - BERTOLOTTO F, SCHOENE M. La santé dans les villes de plus de 30 000 habitants. RESSCOM et Institut Th. Renaudot Ed. Paris, 1996 : 62 pages

Il est recommandé de créer des espaces publics de rencontre, de débats et de négociation.

Il est recommandé la création parallèle de centres de ressources (documentation, mise en réseau d'acteurs, formations, soutien méthodologique, aide à l'évaluation des pratiques ou à la recherche de financements...) permettant à ces trois types d'acteurs d'acquérir les compétences nécessaires, ce qui leur évitera le travers bien peu professionnel de devoir tout réinventer quotidiennement. Des intervenants extérieurs y apporteront des méthodes de travail et défendront une éthique d'intervention, réalisant une formation intégrée à l'action.

Il est recommandé que les acteurs y soient formés ensemble pour construire un référentiel commun (salariés et bénévoles, libéraux, institutionnels...), décloisonner, offrir des espaces de régulation.

Il est recommandé que les volets santé des contrats ville ne se limitent pas aux seuls problèmes de la toxicomanie et de l'accès aux soins des publics en difficulté.

Il est recommandé que ces formations et ces soutiens méthodologiques insistent particulièrement sur l'évaluation (point faible général) qui permet de valoriser les acteurs, de consolider les innovations et les acquis, de mesurer les impacts et la valeur ajoutée spécifique, et d'apprécier la production de santé dans les différents champs d'intervention (santé, action sociale, éducation, loisirs, culture...).

Pour les territoires prioritaires de la politique de la ville bénéficiant de contrat de ville, il est recommandé que soit imposé un volet "santé" dans les contrats de ville, pouvant aller jusqu'à un "Contrat Local de Santé Publique", et que tout contrat de ville d'où le volet "santé" serait absent soit pénalisé.

Il est recommandé que les hôpitaux soient intégrés au dispositif et qu'il leur soit demandé de ne pas s'impliquer dans une unique fonction d'établissement de soins, mais comme "structure ressource" tant dans le champ de la santé que dans celui de la prévention.

Il est recommandé que soit systématiquement intégrée la question de la participation des "habitants -usagers-citoyens" et que la démarche leur permettant d'occuper une place décisionnelle dans leur histoire de santé soit une des orientations prioritaires du volet santé.

Il est enfin recommandé que les villes s'impliquent et mettent en cohérence leur participation dans la déclinaison locale du volet "santé" des dispositifs nationaux, régionaux ou départementaux (Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins, Plans Départementaux d'Insertion, Couverture Maladie Universelle, santé des jeunes, alcoolisme, santé mentale...).

Circulaire DIV DGS du 13 juin 2000
sur la mise en œuvre des ateliers "santé-ville"

REPUBLIQUE FRANÇAISE
Ministère délégué à la ville
Secrétariat d'Etat à la santé
Délégation interministérielle à la ville
Direction générale de la santé

Paris, le 13 juin 2000.

La déléguée interministérielle à la ville

Le directeur général de la santé

A

Mesdames et Messieurs les préfets

- responsable départemental politique de la ville
- directeur départemental des affaires sanitaires et sociales

Objet : mise en œuvre des ateliers "santé-ville"

Les études les plus récentes conduites aussi bien sous l'égide du Haut Comité de Santé Publique que le Centre de recherche, d'Etude de Documentation en Economie de la santé convergent toutes vers le même résultat : les personnes en situation de précarité présentent toutes des états de santé fragilisés par les difficultés qu'elles rencontrent pour accéder aux systèmes de soins.

La faiblesse de leurs revenus, l'absence ou l'insuffisance de couverture complémentaire, le recours tardif à un médecin aggravent considérablement l'état de leur santé au point de compromettre encore plus leurs possibilités d'insertion.

La situation de nombreuses personnes vivant dans les quartiers de la politique de la ville les conduisent à connaître des difficultés supplémentaires : la santé n'est pas une priorité lorsqu'il est déjà difficile de faire face aux dépenses de la vie quotidienne liées au logement, à l'alimentation, ...

Avec la politique du revenu minimum d'insertion et celle de l'insertion des jeunes en difficulté, la politique de la ville a contribué à la prise en compte de la santé ; au XIème plan, les trois quarts des contrats de ville comportaient un volet spécifique.

Le bilan a permis de constater une meilleure inscription des questions de santé dans le parcours socioprofessionnel des personnes en difficulté, et le passage de la problématique de santé individuelle à celle de la santé publique, partout où le partenariat entre institutions et professionnels a pu s'établir dans la durée.

Il s'agit au XIIème plan d'amplifier les effets de ces évolutions notamment par l'organisation à l'échelle d'un territoire des politiques publiques de santé de l'Etat et des collectivités locales.

.../...

C'est pourquoi, le Comité Interministériel des Villes du 14 décembre 1999 a précisé les conditions de la mise en œuvre du volet santé des contrats de ville 2000/2006 avec les ateliers "santé-ville".

La note jointe ateliers "santé-ville" précisent les modalités de mise en œuvre des contrats de ville.

Les ateliers "santé-ville" s'inscrivent ainsi dans les priorités régionales des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins et de la loi de lutte contre les exclusions, dont ils contribuent à enrichir l'application locale. Ils doivent permettre une articulation dynamique entre la politique de la ville et la politique de santé et ainsi contribuer à la réduction des inégalités de santé.

Vous devez favoriser la mise en place de ces ateliers "santé-ville", dûment intégrés aux contrats de ville, en associant les services départementaux chargés des affaires sanitaires et sociales pour en assurer la promotion et le suivi.

Claude BRÉVAN,
Déléguée interministérielle à la ville

Lucien ABENAHIM
Directeur général de la santé

LES ATELIERS SANTE VILLE LE CADRE DE RÉFÉRENCE

Le Comité Interministériel des Villes du 14 décembre 1999 a précisé les orientations de la politique de la ville en matière de santé avec la mise en place, au sein des Contrats de Ville, d'ateliers "santé ville". Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), institués par l'article 71 de la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions fixent un cadre d'action et contribuent à leur mise en œuvre. Créé à l'initiative des partenaires des contrats de ville qui souhaitent inscrire la santé comme une priorité forte, l'atelier "santé ville" pourra constituer le dispositif opérationnel de la convention thématique santé. L'atelier "santé ville" vise à promouvoir le développement de programmes locaux de santé, en cohérence avec la démarche stratégique utilisée pour les PRAPS. Il s'agit d'améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires de la politique de la ville, qu'elles soient menées par les institutions, le monde associatif ou les acteurs de santé du service public ou privé.

LES OBJECTIFS

Les ateliers "santé ville" ont pour objectifs :

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

LES ACTEURS

Tous les acteurs des champs sanitaires et sociaux doivent être impliqués, particulièrement les médecins de ville, les établissements de santé publics et privés, les structures de santé mentale, les CHRS, les centres de santé, les centres sociaux, les services de santé scolaire, les services sociaux d'accueil aux étrangers, les missions locales.

La démarche de réseau comme moyen d'intervention devra être privilégiée de manière à évoluer vers la constitution de réseaux de santé de proximité.

LES THÈMES D'ACTION

Les thèmes de travail peuvent concerner :

- la connaissance de l'état de santé de la population des sites prioritaires,
- la définition des objectifs d'amélioration de l'état de santé et de ses déterminants,
- l'accessibilité aux droits sociaux, aux soins, à la prévention et à la santé,
- l'analyse des principaux dysfonctionnements de l'accès à la prévention et aux soins,
- les questions concernant les pratiques professionnelles sanitaires, sociales et d'insertion,

- la qualité et l'organisation de l'offre de soins,
- les besoins en formation des professionnels accueillant les publics en situation de précarité.

Les ateliers "santé ville" s'appliquent à des territoires infra-communaux (les quartiers), communaux ou intercommunaux suivant l'échelle pertinente définie par le diagnostic territorial.

LES MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE

L'atelier "santé ville" n'est pas une structure de plus mais le lieu de la coordination des acteurs en vue de l'élaboration d'un diagnostic partagé des problèmes à traiter, de l'adoption et de la mise en œuvre d'un programme d'actions concertées, de leur réalisation et d'une évaluation régulière des résultats obtenus.

Il est souhaitable de s'appuyer sur les structures existantes qui participent aux actions de lutte contre les exclusions.

Un coordonnateur peut être recruté pour animer la démarche, dans ce cas il doit être intégré au pilotage du contrat de ville et dans le groupe de pilotage départemental du PRAPS animé par les DDASS.

Sa mission porte sur l'animation, l'aide à la concertation, le soutien méthodologique par la création d'outils adaptés aux projets locaux de santé. Les techniques de travail communautaire ou en réseau sont particulièrement recommandées.

Dans ce cadre, il recueille les données quantitatives et qualitatives, mobilise les compétences existantes : les chefs de projet politique de la ville, le chargé de projet toxicomanie, les centres de ressources de la politique de la ville, les centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies, les Observatoires Régionaux de Santé. Il apporte un soutien aux acteurs (par exemple les Adultes relais). Il promeut la participation des habitants dans les projets locaux de santé et assure la cohérence et l'articulation des conventions thématiques santé prévention avec les actions de prévention du Contrat Local de Sécurité (CLS).

Par ailleurs, il a vocation à participer, en lien avec les DDASS, aux travaux des PRAPS dont il est un correspondant privilégié sur le territoire, à l'action menée dans le cadre des Conférences Régionales de Santé et à valoriser la participation des habitants dans les projets locaux de santé comme les Etats généraux de la santé le préconisent. Compte tenu de la nature de la mission, il est souhaitable que cette fonction soit assurée par un professionnel ayant une connaissance des techniques de la santé publique, notamment le recueil et l'analyse des données quantitatives et qualitatives, le diagnostic partagé, les méthodes de suivi, d'animation et d'évaluation, de communication, les politiques publiques, les relations avec les partenaires et la population.

LES SOUTIENS FINANCIERS DE L'ÉTAT

Les ateliers "santé ville" bénéficient d'un soutien financier de la part du ministère délégué à la Ville et du secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale dans le cadre des contrats de ville. A ce titre, ils sont financés conjointement par la Ville et l'Etat. Pour l'Etat, le chapitre 47-11-20 du ministère de l'emploi et de la solidarité, le chapitre 46-60-10 (fonds d'intervention pour la ville) et le chapitre 37-82 pour le financement des actions de service public, seront mobilisés. Les crédits des autres collectivités territoriales et des autres partenaires seront également recherchés (FAS...). Il convient dans tous les cas de figure, avant de mobiliser des financements complémentaires, de rechercher une bonne utilisation coor-

donnée des financements existants. Les ateliers “santé ville” retenus feront l’objet d’un rapport annuel de suivi auprès du Comité régional des politiques de santé (en application de l’article 71 de la loi 98-657 du 29 juillet 1998 d’orientation relative à la lutte contre les exclusions) et des instances de pilotage du contrat de ville.

L'ÉVALUATION

Les ateliers “santé ville” doivent prévoir une procédure précise d’évaluation de type participative comportant un volet qualitatif et quantitatif. La place donnée à la participation des habitants permettra aux acteurs d’apprécier l’impact des actions de santé dans le sens du concept de “santé bien-être”, selon des critères qui seront différents suivant les populations concernées et les modes d’intervention.

L’évaluation permettra d’examiner les résultats des projets locaux de santé et leur cohérence avec l’ensemble des actions de santé sur les territoires en contrat de ville (par exemple : accès aux droits par mise en place de la CMU, notamment l’accueil et la domiciliation au niveau des CCAS, fonctionnement et pertinence de la Permanence d’Accès aux Soins de Santé dans l’établissement de santé de proximité, place et rôle des réseaux Ville-Hôpital au niveau local, des réseaux de santé de proximité, du volet santé PDI...) et leurs effets sur l’amélioration de la santé des habitants et, au-delà, sur la qualité de vie et l’insertion sociale.

L’évaluation des ateliers “santé ville” inscrit dans les contrats de ville, sera pris en compte dans le cadre de l’évaluation nationale de la politique de la ville du XII^{ème} plan.

Circulaire DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000

Annexe technique n°1 :

Cadre de référence des ASV relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire (d’application immédiate, non paru au journal officiel)

Les contrats de ville

1 - Le volet santé des contrats de ville 2000-2006

Articulation et démarche de deux politiques : ville et santé

“Il repose sur l’articulation effective entre la politique de la ville et la politique de santé menée par l’état, à tous les niveaux, dans le cadre de la lutte contre les exclusions en matière de santé auprès de populations en situation de vulnérabilité(...)”.

L’enjeu central est celui de la mobilisation des services de droit commun, d’acteurs de santé publics et privés, de promoteurs de projet qu’il s’agisse des actions préventives de santé publique, de l’accès aux soins ou de l’urgence sanitaire et sociale. Le contrat de ville constitue à ce titre un outil performant à cette mobilisation par la dynamique mise en oeuvre par les acteurs de la politique de la ville (Sous Préfets Ville, Chefs de projets, équipes de développement local), d’aide au diagnostic dans le cadre de la lutte contre la précarité et ses effets sur la santé (en 1997, la Direction Générale de la Santé constate que 45% des actions de santé sont en direction des publics en situation de précarité et situées

sur les sites en contrat de ville, seulement 15% de ces actions sont financées au titre des contrats de ville).

La déclinaison, au niveau local, de la démarche des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS*) présentée aux élus par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales et le sous préfet chargé de la politique de la ville, fera l'objet d'un avenant au contrat de ville : convention thématique du volet santé des contrats de ville : atelier santé ville.

Le volet santé du contrat de ville permet une prise en compte locale des problématiques de santé (diagnostic, analyse de l'offre et des besoins sanitaires, conditions d'exercice des professionnels, accessibilité de la population à la prévention et aux soins). Pour les professionnels de santé, elle ouvre un espace où se faire entendre, où se co-produit les projets locaux de santé en interaction avec les différents acteurs urbains (du commissariat à l'élu, des services déconcentrés de l'état au sous-préfet...).

Elle permet parallèlement d'inscrire ces professionnels dans les dispositifs de la politique de la ville, d'en faire les partenaires et les relais. Elle peut enfin inclure les professionnels de santé publics et privés dans ses champs (santé, sécurité, prévention, aménagement des quartiers, etc.).

2 - La convention thématique "santé" du contrat de ville : les ateliers santé ville

Afin de conforter cette évolution relative à la territorialisation des politiques de santé, le Comité Interministériel des Villes du 14 décembre 1999, a précisé les orientations de la politique de la ville en matière de santé et décidé la mise en place des Ateliers Santé Ville.

Rappel du cadre et des enjeux de la démarche

"La circulaire Délégation Interministérielle à la Ville/Direction Générale de la Santé du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des Ateliers Santé Ville dans le cadre de la convention thématique des contrats de ville 2000-2006, et celle de la Direction Générale de la Santé (SP2/2000/324) du même jour relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire, présentent le cahier des charges et les principales caractéristiques des Ateliers Santé Ville, ainsi que les modalités de leur financement et leur inscription dans le contrat de ville. Les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales constituent le pivot naturel pour la concertation nécessaire et l'animation de cette procédure relative à la déclinaison au niveau territorial, communal ou intercommunal de la politique régionale de santé. Il s'agit en l'occurrence de s'appuyer sur l'engagement des principaux acteurs de santé des territoires de la politique de la ville, au premier rang desquels les élus locaux. Il s'agit aussi de fédérer dans ce cadre l'action des partenaires institutionnels départementaux. Les coordinateurs régionaux des PRAPS ont, par ailleurs, un rôle majeur d'intégration des priorités régionales de santé dans la politique de la ville. Dans cette perspective, la mise en œuvre des Ateliers Santé Ville doit conduire à consolider la place et à préciser le rôle des services sanitaires et sociaux de l'Etat dans cette politique. Dans le contexte actuel de régionalisation des politiques de santé publique, les s constituent le cadre opérationnel privilégié à l'échelon territorial d'organisation de l'ensemble des

acteurs de santé, en vue de mieux répondre aux besoins de santé de la population et à leur expression au titre de la démocratie sanitaire. Ils devraient contribuer de ce point de vue aux réflexions sur le développement d'une territorialisation des politiques de santé. Il s'agit dans ce sens de prendre en compte les programmes de santé locaux intégrés aux contrats de ville, de faire valoir leur pertinence au niveau local et leur cohérence avec les orientations et priorités définies dans le cadre du PRS et du PRAPS. ”

Éléments d'orientation et de mise en œuvre juin 2001

“La nouvelle génération des contrats de ville témoigne de la progression dans la prise en compte des questions de santé par les villes et leurs élus. La diversité des problématiques rencontrées et des moyens susceptibles d'être mis en œuvre en matière de santé justifie la recherche d'une meilleure articulation entre le niveau municipal et la politique régionale de santé, compte tenu des Programmes Régionaux de Santé (PRS) et en particulier des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) qui ont, pour objectifs communs, avec la politique de la ville de réduire les inégalités sociales en matière de santé et territoriales”.

Fiche technique N°4

accompagnant les orientations de la Circulaire DGS/DS6D n°2002/100 du 19 février 2002 relative aux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS), visant à préparer les PRAPS de deuxième génération (2003-2004-2005-2006) :

METHODOLOGIE

Territorialisation

Dans le cadre des PRAPS I la logique de territorialisation n'a pas été poussée : bien que soutenant la réalisation d'actions locales conformes à leurs objectifs, les PRAPS ne sont que faiblement relayés dans le cadre de projets ou contrats territoriaux de niveau infra départemental. A la faveur de la montée en charge de ces projets et contrats (d'agglomérations, de pays, de ville) cette inscription constitue en conséquence un des enjeux du PRAPS II. Au niveau régional comme au niveau local les PRAPS suscitent un travail à la fois trans-institutionnel et trans-professionnel.

La mise en œuvre et l'adaptation des PRAPS réclament une coopération avec l'échelon communal et intercommunal pour deux raisons essentielles. D'une part les municipalités contribuant à l'action sanitaire et sociale peuvent favoriser des prises en charge coordonnées autour de l'usager de même que le développement d'actions de prévention, d'autre part l'implication de ces municipalités permet de tenir compte des objectifs de santé dans un cadre de démocratie locale impliquant une recherche de cohérence des politiques publiques sur le territoire, notamment au bénéfice des plus démunis.

Le territoire local constitue ainsi le lieu privilégié d'une "approche intégrée de la santé" avec l'ensemble des ressources locales concernées.

Cet objectif notamment poursuivi par le développement de la santé dans les contrats de ville et le recours à des personnes relais, conduit aussi à soutenir les réseaux de santé de proximité

1. La santé dans les contrats de ville

La coopération avec l'échelon local, en lien avec les autres partenaires institutionnels de la DDASS, représente un nouveau mode de fonctionnement pour des services sanitaires et sociaux de l'Etat qui n'ont pas, sauf exception, de représentation infra départementale. Elle repose sur l'instauration d'un véritable co-pilotage en réponse à une volonté politique conjointe de promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité et des publics les plus démunis. Il convient notamment de renforcer les actions de santé dans le cadre de la politique de la ville au titre des contrats de ville 2000-2006. Les territoires des contrats de ville représentent une part importante des publics du PRAPS (50 % des actions PRAPS sont menées en milieu urbain concerné par un contrat de ville), mais seulement 10 % de leurs actions bénéficient d'un financement de la politique de la ville.

Au titre du PRAPS, il s'agit en particulier de développer les actions qui visent les enfants et les jeunes : suivi des visites médicales du service de santé scolaire, accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires, sensibilisation au dépistage des troubles du langage, information sur le saturnisme infantile dans les quartiers anciens dégradés, soutien aux actions de santé des missions locales Il s'agit en outre de développer les "ateliers santé ville" (ASV) dont le cahier des charges a été publié dans la circulaire PRAPS du 13 juin

2000. Ces ateliers ne résument pas tout le volet santé des contrats de ville mais sont plus particulièrement destinés à favoriser la coopération d'acteurs locaux centrée sur une meilleure compréhension des besoins de la population du point de vue de la santé. Ils doivent permettre d'éclairer les enjeux de l'établissement d'une coopération inter institutionnelle au niveau infra départemental sur les questions de santé.

La démarche pilote engagée fin 2000 à propos des ASV dans les régions Ile-de-France et Provence Alpes Côte d'Azur avec l'accompagnement de l'association RESSCOM ("Recherches évaluations sociologiques sur la santé, le social et les actions communautaires") permettra de dégager des enseignements sur les conditions de leur mise en œuvre. Ceux-ci donneront lieu à la publication d'un guide "repères" conjointement avec la DIV au cours du premier trimestre 2002. Par ailleurs, les ASV sont un des thèmes des rencontres nationales santé-précarité prévues les 28-29 et 30 mai (voir fiche 6).

Les orientations du PRAPS II coïncidant avec la révision à mi-parcours des contrats de ville 2000-2006, soulignent la nécessité du renforcement de la thématique santé dans les contrats de ville. Elles engagent, dans un premier temps, à renforcer au besoin les liens entre les services sanitaires et les acteurs de la politique de la ville. Le cas échéant, les centres de ressources de la politique de la ville peuvent y contribuer.

2. Personnes relais

Plusieurs structures s'appuient sur le concept de personnes relais / médiateurs de santé pour développer des actions de proximité en direction des publics en difficulté. Ces personnes, souvent recrutées parmi les publics les plus exclus des soins, ou en grande proximité avec eux, établissent un lien entre des services sanitaires et sociaux sous-utilisés et certains groupes de population repérés comme sous-utilisateurs des services (ou utilisateurs très tardifs, dans un contexte d'urgence).

Les missions de ces agents, facilitateurs de l'accès à la prévention et aux soins, peuvent être les suivantes :

- diffuser des messages de prévention adaptés aux attentes et aux besoins des personnes qui ont un accès très limité aux informations dans ce domaine ;
- faciliter l'accès aux dispositifs de droit commun et aux lieux ressources dans le domaine sanitaire et social ;
- promouvoir des actions collectives de proximité en direction des publics en situation de vulnérabilité ;
- identifier les difficultés et les obstacles qui freinent un accès aux soins précoce et à la prévention pour certains publics ;
- à partir de l'analyse des difficultés rencontrées, élaborer des recommandations et des propositions - tant en direction des professionnels sanitaires ou sociaux que des publics concernés - pour améliorer cet accès aux soins et à la prévention ;
- développer des actions de proximité en partenariat et en complémentarité avec le réseau des professionnels sanitaires et sociaux ;
- transformer les représentations socio-culturelles que peuvent avoir des professionnels sanitaires ou sociaux à l'égard de publics en situation d'exclusion.

Plusieurs dénominations peuvent être utilisées pour qualifier l'activité de ces personnes : il s'agit soit de personnes relais, soit de médiateurs sanitaires ou sociaux, de facilitateurs, d'accompagnants, ou de référents. L'objectif vise à un meilleur accès de tous aux dispositifs de droit commun en matière sanitaire et sociale. Le statut peut être bénévole ou salarié

(contrats aidés : contrats emplois jeunes, adultes relais, contrats emploi solidarité, contrats emploi consolidés...).

Certains programmes démonstratifs ont pour objet de suivre et d'évaluer l'impact de l'activité conduite par des médiateurs sanitaires et sociaux pendant quelques années, afin d'élaborer ensuite des propositions sur l'opportunité de nouveaux métiers, de déterminer les formations nécessaires et les lieux d'exercice les plus opportuns. Dans cette étape expérimentale, les PRAPS peuvent utilement soutenir les programmes de formation de ces médiateurs, compléter le financement de certains emplois aidés, notamment ceux qui s'inscrivent dans le dispositif d'adultes relais (emplois aidés à 80 % du SMIC par la politique de la ville – circulaire DIV/DPT/IEDE/2000/231 du 26 avril 2000) : en effet les associations ou les structures qui emploient les médiateurs doivent avoir les moyens d'assurer non seulement la rémunération, mais aussi la formation et le suivi nécessaires.

3. Les réseaux de santé de proximité

Les réseaux de santé de proximité constituent un mode d'intervention approprié pour une meilleure prise en compte des besoins de santé des publics en situation précaire. En conséquence, le PRAPS doit s'appuyer sur les réseaux de soins existants, encourager leur évolution vers des réseaux de santé de proximité, et susciter la création de tels réseaux là où ils font défaut. Les actions de mise en réseaux des professionnels de l'action sanitaire et des professionnels de l'action sociale peuvent être financées par des crédits "politique de la ville", ainsi que par des crédits du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), conformément aux possibilités ouvertes par l'article 23 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000. Consulter SD2B et la CNAM.

Conformément à l'article 25 de la loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000, les actions portées par des professionnels de santé libéraux ou des regroupements de professionnels libéraux de santé peuvent bénéficier d'un financement du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) dès lors qu'elles participent à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. Elles peuvent contribuer notamment à l'amélioration des pratiques professionnelles, à la mise en place et au développement de formes coordonnées de prise en charge notamment des réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé.

Les professionnels de santé susceptibles d'être intéressés, notamment ceux qui sont responsables d'un réseau. Dans la mesure où ces réseaux se structurent suffisamment structuré pour répondre à un souci d'amélioration de la qualité des prises en charge, ils doivent être informés de la possibilité de bénéficier de financements accordés aux professionnels de santé libéraux par le Comité régional de gestion du FAQSV créé au sein des Unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM). Pour cela, ils doivent prendre l'attache des URCAM pour avoir communication du dossier-type auquel ils doivent se référer.

4. Les spécificités du milieu rural en matière d'accès à la prévention et aux soins

Le constat

Le territoire change : certaines zones se désertifient. La population évolue : le pourcentage de retraités s'accroît ; une nouvelle population venue des villes s'installe parfois. Les traditions (méfiance et isolement, ou au contraire solidarité et entraide, poids des secrets propres aux communautés réduites, traditions alimentaires, attitudes face à l'alcool...), le niveau culturel (poids de l'illettrisme dans les zones les plus traditionnelles), le type d'emploi (agricole, industriel ou tertiaire) influent sur la santé.

Les professionnels se raréfient : les avantages de l'installation en ville par rapport à l'installation en zone rurale, provoquent un refus d'installation de nouveaux professionnels, en particulier des spécialistes.

Des propositions

L'analyse des PRAPS de première génération montre que des actions peuvent être menées pour que le système de santé prenne mieux en compte les problèmes d'accès à la prévention et aux soins des personnes du monde rural.

Des initiatives destinées à alléger la charge de travail et de responsabilité des professionnels tout en les arrachant à leur solitude peuvent être encouragées : mise en réseau informatique de tous les professionnels de santé du département par le RSS ou un Extranet sécurisé d'usage simple (sur le modèle de celui qui relie tous les professionnels libéraux de santé de Mayenne) ; permettre une formation médicale continue mieux adaptée aux contraintes d'exercice des professionnels du monde rural ; favoriser des échanges rapides par forums ou e-mails ; organiser plus simplement les gardes ; inciter à la mise en réseaux de santé des professionnels de la santé et du social de la zone sur les thèmes les plus prégnants, selon les lieux (réseau gérontologique, réseau de soins palliatifs, réseau addictologie, réseau de périnatalogie...) en ayant toujours le souci des plus exclus ; soutenir le regroupement des professionnels de santé libéraux (médicaux, para-médicaux, ambulance, siège de réseaux...) dans une maison médicale bien placée au cœur de la zone, pour simplifier l'organisation entre professionnels et accélérer la réponse de soins.

Il est souhaitable d'adapter aux besoins particuliers du monde rural l'offre des établissements de soins :

- en améliorant la qualité de réponse des petits établissements (hôpitaux locaux) et leur image dans la population (effort de communication vers les prescripteurs et vers la population) ;
- en ouvrant davantage les PASS vers l'extérieur en amont et en aval des séjours hospitaliers (participation aux réseaux de santé de la zone, déplacements pour suivis conjoints après un passage par la PASS [comme le fait celle de Sarlat], voire instauration d'une PASS mobile, si le contexte culturel local ne prête pas trop au risque de stigmatisation) ;
- en ouvrant des PASS (ou des antennes de consultation de l'hôpital général le plus proche, ouvertes un à deux jours par semaine) dans les hôpitaux locaux de certaines zones particulièrement fragiles.

Loi n°2002-73 du 2 janvier 2002

de modernisation de l'action sociale et médico-sociale

Après avoir décrit l'importance quantitative du secteur, le commentaire de la Loi précise les éléments que la réforme devait modifier :

1 - l'évolution des pratiques depuis 20 ans, souhaitée par les pouvoirs publics pour répondre à des demandes nouvelles permettant d'appréhender la personne en situation de fragilité dans sa globalité par des projets individualisés, en institution comme hors institution.

2 - face à une demande sans cesse croissante et malgré les efforts déjà réalisés ou en cours, le secteur social et médico-social peut parfois connaître un déficit quantitatif et qua-

litatif de l'offre au regard des besoins à satisfaire. Cela est vrai dans le secteur de l'exclusion mais cela l'est tout autant dans le domaine des personnes handicapées, notamment pour ce qui concerne les adultes. Dans le champ des personnes âgées, si les institutions sont globalement en nombre suffisant, elles sont encore trop peu médicalisées ;

3 - ce secteur est pleinement concerné par des compétences conjointes résultant deslois de décentralisation : les départements participent à hauteur de 40 % aux dépenses du secteur ; certaines communes ou regroupements de communes se sentent interpellées ;

4 - à l'exception notable du domaine des personnes âgées dans lequel la part du secteur public est prépondérante, le champ de la lutte contre l'exclusion et celui du handicap sont majoritairement portés par le tissu associatif. Il s'agit là d'une dimension importante, dès lors que le monde associatif contribue à la fois à l'expression des besoins des populations qu'il représente et dans le même temps participe à la satisfaction de ces besoins par les réponses adaptées qu'il apporte, et par la quasi délégation de service public qu'il exerce par contractualisation.

5 - enfin, dernier trait distinctif du domaine social et médico-social : celui-ci dispose d'un savoir-faire et d'une technicité découlant de la nature même des prises en charge et des interventions effectuées, qu'elles soient en établissement, à domicile ou sur un mode ambulatoire : c'est la qualité de vie de l'usager qui prend une place centrale et prédominante. S'agissant de personnes en situation de fragilité, l'enjeu est de préserver ou de reconstruire leurs liens avec la communauté, afin de leur garantir le plein exercice de leur citoyenneté.

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU CONTENU DE LA RÉFORME

1 - Les deux principes directeurs à concilier

- Garantir les droits des usagers et promouvoir l'innovation sociale et médico-sociale ;
- Instaurer des procédures de pilotage du dispositif rigoureuses et plus transparentes en rénovant le lien entre la planification, la programmation, l'allocation de ressources, l'évaluation et la coordination.

2 - Les quatre principales orientations :

Orientation n° 1 : Affirmer et promouvoir les droits des bénéficiaires et de leur entourage :

- en définissant les droits fondamentaux des personnes et en précisant certaines modalités d'exercice de ces droits : charte de la personne accueillie, règlement intérieur, contrat ou document individualisé garantissant l'adaptation de la prise en charge, recours possible à un médiateur, projet d'établissement fondé sur un projet de vie, d'animation et de socialisation, participation à des conseils d'établissements rénovés dorénavant dénommés conseils de la vie sociale.

Orientation n° 2 : Élargir les missions de l'action sociale et médico-sociale et diversifier la nomenclature et les interventions des établissements et des services :

- en prenant en compte les évolutions observées depuis 20 ans quant au contenu des actions notamment les actions de prévention, de conseil et d'orientation, les actions d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, d'assistance, d'accompagnement social, de

développement social ou d'insertion par l'économique dans un cadre institutionnel ou à domicile et en milieu ouvert.

- donnant une existence reconnue aux prises en charge diverses, avec ou sans hébergement, à titre permanent ou temporaire, en internat, semi-internat, externat, à domicile, en accueil familial. Le texte confère également une base légale aux structures nouvelles de lutte contre l'exclusion, aux services d'aide à domicile notamment pour adultes handicapés ainsi qu'aux lieux de vie et aux centres de ressources prodiguant aide et conseils aux familles en difficulté le plus précocement possible.

Orientation n° 3 : Améliorer les procédures techniques de pilotage du dispositif :

- en mettant en place une planification médico-sociale plus efficace par l'instauration de véritables schémas sociaux et médico-sociaux pluriannuels (5 ans) et révisables, (...) caractère régional et départemental ;

Orientation n° 4 : Instaurer une réelle coordination des décideurs, des acteurs et organiser de façon plus transparente leurs relations

- en institutionnalisant des procédures formalisées de concertation et de partenariat ;
- en confiant à la section sociale du comité national et des comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale la mission de repérer les grands problèmes sociaux et médico-sociaux à résoudre et de définir les réponses à y apporter ;

- par l'instauration d'une convention entre le préfet et le président du conseil général, afin de définir les objectifs, les procédures et les moyens du partenariat à instaurer ;

- par la mise en place d'un système d'information commun entre l'Etat, les départements et les organismes d'assurance maladie

- en instaurant avec les établissements des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, afin de favoriser la réalisation des orientations des schémas sociaux et médico-sociaux et la mise en oeuvre des projets d'établissement.

- en stimulant les actions de coopération entre établissements et services, par la mise en place d'une palette diversifiée de formules de coopération et de coordination. L'enjeu est de développer des complémentarités entre établissements, de garantir la continuité des prises en charge lors d'un transfert d'un établissement à un autre et de décloisonner secteur sanitaire et secteur social.

- en généralisant les démarches évaluatives, notamment par la création d'un conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale chargé de valider des référentiels de bonnes pratiques et de veiller à leur mise en oeuvre.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002

relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Cette loi apporte un certain nombre de moyens nouveaux particulièrement importants pour la mise en oeuvre des ASV, puisque d'une part, en harmonie avec la finalité et le moyen principal de la politique de la ville, elle donne des moyens nouveaux permettant la participation effective des usagers du système de santé aux instances chargées de sa gestion ; et d'autre part, parce qu'elle permet de mieux situer le dispositif dans un cadre d'organisation de la politique régionale de santé publique renouvelé, et au sein de ce dernier précise la place du PRAPS (instance à travers laquelle le volet santé de la politique de la ville devrait s'articuler, via les ASV, à la politique de lutte contre les exclusions).

“Participation des usagers au fonctionnement du système de santé”

L'article 20 du Chapitre III de la loi après avoir indiqué qu'un nouveau chapitre (IV) consacré à cette question est inséré dans le titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique, il précise notamment les conditions de la participation des usagers :

- Art. L. 1114-1. - Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à sa représentativité et à son indépendance. Les conditions d'agrément et du retrait de l'agrément sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. “Seules les associations agréées peuvent représenter les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique.” Les représentants des usagers dans les instances mentionnées ci-dessus ont droit à une formation leur facilitant l'exercice de ce mandat.

- Art. L. 1114-2. - Lorsque l'action publique a été mise en mouvement par le ministère public ou la partie lésée, et sous réserve de l'accord de la victime, les associations agréées au niveau national dans les conditions prévues à l'article L. 1114-1 peuvent exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne les infractions prévues par les articles 221-6, 222-19 et 222-20 du code pénal ainsi que les infractions prévues par des dispositions du présent code, portant un préjudice à l'intérêt collectif des usagers du système de santé.

- Art. L. 1114-3. - Les salariés, membres d'une association visée à l'article L. 1114-1, bénéficient du congé de représentation prévu par l'article L. 225-8 du code du travail lorsqu'ils sont appelés à siéger : “1° Soit au conseil d'administration, ou à l'instance habilitée à cet effet, d'un établissement de santé public ou privé, ou aux commissions et instances statutaires dudit établissement ; 2° Soit dans les instances consultatives régionales ou nationales et les établissements publics nationaux prévus par le présent code.”, “L'indemnité prévue au II de l'article L. 225-8 du code du travail est versée par l'établissement de santé public ou privé concerné dans le cas visé au 1° du présent article ; dans les cas visés au 2°, elle est versée par les établissements concernés, ou par l'Etat lorsqu'il s'agit d'instances instituées auprès de l'Etat.”

- Art. L. 1114-4. - La commission régionale de conciliation et d'indemnisation mentionnée à l'article L. 1142-5, réunie en formation de conciliation, peut être saisie par toute personne de contestations relatives au respect des droits des malades et des usagers du système de santé.

“L'organisation régionale de la santé”

L'article 35 du chapitre VI de la loi, indique que l'article L. 1411-3 du code de la santé publique est rédigé de la manière suivante :

“Il est créé dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse un conseil régional de santé qui a pour mission de contribuer à la définition et à la mise en oeuvre des politiques régionales de santé. Il siège en formation plénière ou en sections spécialisées.

“Le représentant de l'Etat dans la région ou dans la collectivité territoriale de Corse et le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation assistent sans voix délibérative aux travaux de la formation plénière et des sections spécialisées.”

Il indique ensuite qu'après l'article L. 1411-3 du même code, sont insérés trois articles nouveaux ainsi rédigés :

• Art. L. 1411-3-1. - En formation plénière, le conseil régional de santé :

1° Analyse l'évolution des besoins de santé et procède à l'examen des données relatives à la situation sanitaire et sociale de la population, propres à la région;

2° Propose, au regard des priorités retenues sur le plan national et des spécificités de la région, des priorités de santé publique qui portent notamment sur l'organisation des soins et la prévention et qui peuvent faire l'objet de programmes régionaux de santé ;

3° Etablit, par la voie d'un rapport annuel, le bilan de l'application de la politique de santé dans la région, portant sur l'organisation et la qualité des soins ainsi que sur la politique de prévention, et formule des propositions en vue de leur amélioration ;

4° Procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers ; cette évaluation fait l'objet d'un rapport spécifique ;

5° Peut organiser des débats publics permettant l'expression des citoyens sur des problèmes de politique de santé et d'éthique médicale.

Le rapport général et le rapport spécifique consacré aux droits des personnes malades et des usagers du conseil régional de santé sont transmis avant le 1^{er} mars de chaque année au ministre chargé de la santé, au Haut conseil de la santé, à la Conférence nationale de santé, au conseil régional, au représentant de l'Etat dans la région ou dans la collectivité territoriale de Corse, à l'agence régionale de l'hospitalisation, à l'union régionale des caisses d'assurance maladie, à l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral et au conseil mentionné à l'article L. 4391-1. Ils sont rendus publics, assortis le cas échéant des observations des personnalités ou organismes précités.

La formation plénière comprend des représentants des collectivités territoriales, du conseil économique et social régional, des organismes d'assurance maladie, des professionnels du champ sanitaire et social, des institutions et établissements sanitaires et sociaux, des usagers, ainsi que des personnalités qualifiées et des représentants du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. Elle élit en son sein le président du conseil régional de santé.

• Art. L. 1411-3-2. - Le conseil régional de santé est subdivisé en cinq sections qui sont compétentes, respectivement :

1° Pour donner un avis sur les projets de carte sanitaire et de schéma régional d'organisation sanitaire, dans les conditions prévues par l'article L. 6121-8, ainsi que sur les projets de décisions d'organisation sanitaire mentionnées aux articles L. 6115-3 et L. 6115-4 relevant des compétences de l'agence régionale de l'hospitalisation ; cette section est assistée d'un collège régional d'experts ;

2° Pour donner un avis au représentant de l'Etat dans la région sur la définition des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins, telles qu'elles sont mentionnées au II de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) et au 3° du II de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins ;

3° Pour donner un avis au représentant de l'Etat dans la région sur le programme régional d'accès à la prévention et aux soins prévu par l'article L. 1411-5 ;

4° Pour donner un avis au représentant de l'Etat dans la région sur les programmes régionaux de santé mentionnés à l'article L. 1411-3-3 ;

5° Pour donner un avis au représentant de l'Etat dans la région sur les programmes régionaux de statistiques et d'études dont il coordonne l'élaboration et la mise en oeuvre.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application des articles L. 1411-3, L. 1411-3-1 et du présent article.

- Art. L. 1411-3-3. - Le représentant de l'Etat dans la région détermine, parmi les priorités proposées par le conseil régional de santé et après avis de la section compétente de ce conseil, celles qui font l'objet de programmes régionaux de santé. Ces programmes sont pluriannuels.

“Dans un délai respectant l'échéance prévue par l'article L. 1411-3-1, il rend compte chaque année de la réalisation de ces programmes au conseil régional de santé.”

Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

L'article 37 de la loi, précise que le troisième alinéa de l'article L. 1411-5 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

“Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins est établi après consultation de la section compétente du conseil régional de santé prévue par l'article L. 1411-3-2. Cette section comprend des représentants des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie et des associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion. Des représentants des services de l'Etat et de l'agence régionale de l'hospitalisation assistent sans voix délibérative aux travaux de la section. Le représentant de l'Etat dans la région rend compte chaque année de la réalisation de ce programme à la formation plénière du conseil régional de santé.”

Bibliographie

- Actualité et Dossier en Santé Publique, Les collectivités locales et la santé publique* - 1, Protection sanitaire et lutte contre les fléaux sociaux, N°5, décembre 1993
- Aiach P., *A propos des inégalités sociales dans le domaine de la santé*, Cah.Socio. Démo, Méd., XXVIème année, n°2, p.151-167, avril-juin 1986
- Aiach P., Carr-Hill R., Curtis S., Illsey R., *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne*, INSERM, La documentation Française, 1988
- Arène M., *L'importance accordée à la santé dans la politique de la ville, Prévenir, Ville & Santé*, n° 31, 1996, pp. 21-32
- Arrières P., Da Silva E., *Michel Foucault et la médecine*. Lecture et usages, Editions Kimé, 2001
- Bantuelle M. et al. *Santé communautaire et promotion de la santé*, 6 tomes : 1. Des concepts et une éthique ; 2. Les acteurs et leurs pratiques ; 3. Le diagnostic communautaire ; 4. La participation et les acteurs ; 5. L'évaluation, un outil au service du processus ; 6. Des ressources pour agir, ASBL Santé, Communauté, Participation, 2000-2002
- Beebe , *Rapid Assessment Process*. An introduction, Altamira Press, 2001
- Belanger J.-P., R. Sullivan, B. Sevigny, *Capital social, développement communautaire et santé publique*. Réflexion sur l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, A.S.P.Q., 2000
- Bertolotto F., *Santé publique et crise urbaine dans les quartiers défavorisés*, revue Lumières de la Ville, N°5, juin 1992
- Bertolotto F., Joubert M. et al. Ville et santé (dir), *Comité français d'éducation pour la santé*, coll. La santé en action, 1996
- Bertolotto F., Joubert M., *Évaluation de la politique de la ville*. Étude thématique "Services Publics", Les réseaux de Santé – Les actions en matière de toxicomanie, Préfecture d'Île-de-France, Conseil Régional d'Île-de-France, 1998
- Bertolotto F., Joubert M. , Lazarus A., *La ville et les politiques de santé publique*. Repères et enjeux (dir), DIV-RESSCOM. 1993
- Bertolotto F., Joubert M., Leroux M., Ruspoli S., Ancelle-Park R.-M., Jestin C., Albi N., Sancho-Garnier H., *Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage de masse du cancer du sein*, BEH n°3, 2003
- Blum-Boisgard C. et al., *L'évaluation en santé publique*, Actualité et dossiers en santé publique, 1996, 17.

Boisguérin B., Burdillat M., Gissot C., *La mise en place de la CMU*. Une synthèse d'études qualitatives sur les premiers mois du dispositif, Etudes et résultats, n° 151, janvier 2002

Boisguérin B., Gissot C., *L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU*, Etudes et résultats, n° 152, janvier 2002.

Borgès Da Silva G., Minguet-Fabbri J., Orgebin JY, Herter G., Chanut C., Mabriez JC, *Qualité des soins dentaires et inégalités sociales de santé*, Revue Médicale de l'Assurance Maladie, vol. 33, n°3, juillet-septembre 2002, pp. 193-200

Bouhnik P., *Consommateurs d'héroïne en milieu urbain défavorisé*, Communication, Paris, Seuil, 1996, n° 62, p.241-256

Bourgeois P., *En quête de respect. Le crack à New York*, Seuil, 2001

Breton M., *Les étapes de l'empowerment en régime démocratique : vers un modèle de pratique*, Revue Intervention, n°109, 1999, pp.43-53

Burlen K., *La banlieue oasis, Henri Sellier et les cités-jardins, 1900-1940*, Presses Universitaires de Vincennes, Saint Denis, 1987

Bussi M., Legrand C., Le Moigne P., De Ridder G., *Cartes noires pour nuits blanches : la consommation de médicaments psychotropes dans l'agglomération rouennaise*. De l'analyse spatiale aux comportements de santé, MTG/LERS, rapport pour le PIREN/CNRS, 1993

Bussiere E., *Principaux indicateurs issus des certificats de santé*, DREES, Collection Statistiques, n°17, décembre 2000.

Les cahiers. Proximités, *Mission de prévention des conduites à risques et des toxicomanies*, Département de la Seine Saint-Denis, n°3, décembre 2003.

Calves G., *Les politiques de discrimination positive, Problèmes politiques et sociaux*, La Documentation Française, N°822, 4 juin 1999

Castel R., *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Fayard, 1995

Causse L., Roche P., *Activité professionnelle des intervenants de proximité*. Analyse d'une pratique de réduction des risques auprès des usagers de drogue, Convention Mission Sida Toxicomanie Ville de Marseille/Céreq, Janvier 2002.

Cesbron P., *Prise en charge des demandes tardives d'interruption de grossesse en France*, Contracp. Fertil. Sex., 1998, vol. 26, n°5, pp. 351-355.

Chauvin P., Lebas J. (eds), *Santé et précarité*, Flammarion, Paris 1998.

Choquet M., Lagadic, *Evaluation en milieu scolaire d'un programme de prévention primaire en matière de toxicomanie*, INSERM U472, Paris, OFDT, janvier 1999.

Collignon H., *Santé des enfants de six ans : des inégalités sociales manifestes*, Médecine & Enfance, mars 2002, 186-190

Collignon H., *La santé des enfants de six ans à travers les bilans de santé scolaire*, Etudes et Résultats, n°155, janvier 2002 (DREES).

Collin J.F., Giraudo S., Baumann M., *Outil d'aide à l'évaluation de performance des actions de santé : l'exemple du programme de prévention de l'alcoolisme en Lorraine*, Santé Publique, 2001, vol. 13, n°2, 179-193.

Commission Européenne, *La santé publique en Europe*, Luxembourg, 1997

Conan M., *L'évaluation constructive. Théorie, principes et éléments de méthode*, Éditions de l'Aube, 1998

Conseil national des villes, *L'économie souterraine de la drogue*, 1994

Corvez, A. et Vigneron E. (dir.), *Santé publique et aménagement du territoire, Actualité et dossier en santé publique*, décembre 1999.

Cresson G., *Le travail domestique de santé*, L'Harmattan, 1995

DATAR-CREDES, *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?*, Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires, La documentation Française, 2001

De Gaulejac et al., *La lutte des places*, ed. Epi, 1994

De Ridder Guido, *L'effervescence des approches territoriales : jeu de cartes et quête des savoirs locaux*, Prévenir, 31, 1996, pp.65-74

Debionne F.P. Larcher P., *L'accès des populations les plus défavorisées aux structures de prévention*, Revue Française de Santé Publique, 1985, n° 32, pp.22-27.

Decludt B., Campese C., *Les cas de tuberculose déclarés en France en 1998 et 1999*, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire n° 10, 2001.

Delarue J. M., *Banlieues en difficultés: la relégation*, Éd. Syros, Alternatives, Paris, 1991

Desplanques G., *L'inégalité sociale devant la mort*, Économie et Statistiques, 162, 1984, p.29-50

Donzelot J., Estebe P., *L'Etat animateur – Essai sur la politique de la ville*, Ed Esprit, avril 1994

Doucet L., Favreau L., *Théories et pratiques en organisation communautaire*, PUQ, Sainte-Foy, 1996

Dourgon P., Grignon M., Jusot F., *L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ?* Une revue de la littérature, CREDES, Bulletin d'information en économie de la santé, n°43, décembre 2001

Dozon J.-P., Fassin D. (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Balland, 2001

Druhle M., *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*, PUF, 1996

Ecole Nationale Santé Publique, *Colloque francophone Villes-Santé*, Ed. ENSP, 1990

EMCDDA, *Evaluating Drug Prevention in the European Union*, EMCDDA, 1998

Evans R. G., Barer M.L., Marmor T.R. (dir), *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Les Presses de l'Université de Montréal, John Libbey Eurotext, 1994

Evin C., *Synthèse des travaux et conclusions du groupe de travail sur la régionalisation du système de santé* - Assemblée Nationale - Commission de affaires culturelles, familiales et sociales, mars 2000

Fassin D. (dir), *Les figures urbaines de la santé publique*. Enquête sur les expériences locales, La Découverte, 1998

Fassin D., *Aux marges de la santé publique. Les réseaux de prise en charge du sida dans le dispositif sanitaire français*, Santé Publique, 1, 1996, pp. 5-15

Fassin D., *L'espace politique de la santé* - Essai de généalogie, PUF, 1996

Foucault M., *Histoire de la sexualité - Tome II : La volonté de savoir*, Gallimard

Foucault M., *Il faut défendre la société*, Paris, Gallimard/Seuil, 1997

Gadreau M, Goujeon D. : *Revenu minimum d'insertion et santé : quelle(s) relation(s)*. Sciences sociales et santé 1994, 4 : 77-104

Garel M., Crost M., Kaminski M., *Caractéristiques psychologiques et sociales des femmes qui ont des IVG itératives*. Enquête dans trois centres français, *Contracp. Fertil. Sex.*, 1996, vol. 24, n°1, 72-77.

Girard J.-F., *Quand la santé devient publique*, Hachette, 1998

Granger I., *Promouvoir une démarche locale de santé*. Exemple de méthodologie, DDASS de Seine Saint-Denis, septembre 2000

Groc I., Legros M., *La santé, un nouveau terrain d'action pour les communes*, CREDOC, 1995

Groupe de Recherche d'Histoire (GRHIS) de l'Université de Rouen, *Les politiques municipales face aux pathologies urbaines, de 1789 à l'an 2000*, colloque international 4-7 décembre 2002, Faculté des Lettres, rue Lavoisier, 76821 Mont Saint Aignan cedex. (à paraître).

Guillaume P., *Mutualistes et médecins, conflits et convergences XIX-XX siècles*, Les éditions de l'Atelier, Paris, 2000.

Guillaume P., *L'assistance, entre État et collectivités locales, en France, au 19^e siècle*, in Au bonheur des citadins - La santé et la ville, Sociologie Santé, 11, 1994, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine, pp. 31-44.

Guilloux K, Guimonneau T. (coord.), *La santé publique à l'épreuve du terrain*. Guide pratique en santé précaire, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997.

Harold A. Linstone, Muray Turoff (eds), The Delphi Method. *Techniques and Applications*, Addison-Wesley Publishing Company, 1975.

Haut Comité de la Santé Publique, *La santé en France*, La Documentation française, 2002.

Haut Comité de la Santé Publique, *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*, Rennes, ENSP, 2000.

Haut Comité de la Santé Publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Editions ENSP, 1998.

Henrard J.-C., Ankré J., en collaboration avec Bertolotto F., *Systèmes et politiques de santé*, Editions de L'Ecole Nationale de Santé Publique, 4^{ème} trimestre 1996.

Inspection Générale des Affaires Sociales, *Rapport annuel 2002 : Politiques sociales de l'Etat et territoires*, Ed. La documentation française, 2002.

Institut Théophraste Renaudot, *Pratiquer la santé communautaire*. De l'intention à l'action, Chronique Sociale, 2001.

Jamouille P., *La débrouille des familles*. Récits de vie traversées par les drogues et les conduites à risques, De Boeck, Bruxelles, 2002.

Jamouille P., *Drogues de rue. Récits et styles de vie*, De Boeck Université, Bruxelles, 2000

Jauffret M., *L'auto-support des usagers de drogues en France*. Groupes d'entraide et groupes d'intérêt, Documents du groupement de recherche Psychotropes, Politique et Société, n° 6, juillet-septembre 2000.

Joubert M. (dir), *Santé mentale, ville et violence*, Erès, 2003.

Joubert M., *Une approche sociologique de la santé mentale*, La santé de l'homme, INPES, mai-juin 2002, pp.6-9.

Joubert M., *Politiques locales et nouveaux dispositifs d'action dans le domaine des toxicomanies*, Déviance et société, n° 2, vol 23, 1999, pp. 165-187.

Joubert M., *Les politiques locales en matière de problèmes liés aux drogues*, in : OFDT, Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances, 1999, pp.247-250.

Joubert M., *La mobilisation sélective des professionnels de santé au niveau local : à propos de la prise en charge des usagers de drogues touchés par le sida*, in : Les professionnels, Collection Sciences sociales et sida, ANRS, 1998.

Joubert M., *Crise des supports sociaux et démarches de santé communautaire*, Revue internationale de Psychosociologie, vol. V, n°9, printemps 1998, pp. 123-134.

Joubert M., *Souci de prévention et souci démocratique. La santé au cœur des changements urbains*, Prévenir, n° 31, 1996, 37-63.

Joubert M., *Remonter le fil des dégradations*. La production urbaine de santé dans la banlieue parisienne, Les Annales de la Recherche Urbaine, n° 73, 1996, 33-42.

Joubert M., : *Crise du lien social et fragmentation de l'accès aux soins*. Prévenir 1995, n° 28, : pp. 93-104.

Joubert M., *Démocratie locale et politiques publiques de santé*, Le courrier du C.N.R.S. n° 81, 1994, 181-182.

Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V. (eds), *Précarisation, risque et santé*, Inserm, 2001

Joubert M. (dir), F. Bertolotto, P. Bouhnik, *Quartier, démocratie et santé*, L'Harmattan, 1993.

Joubert M. (dir), F. Bertolotto, Lanzarini C., Brossaud C., Aquatias S., *Santé et écologie : approche des interactions entre bien-être et environnement dans une ville de la banlieue parisienne*, RESSCOM - Plan Urbain - ministère de l'Environnement, 1996.

Joubert M. (dir), P. Giraux, N. Lamamiri, I. Maillard, C. Mannoni, *Atelier Santé Ville de La Courneuve. Diagnostic participatif santé*. Rapport final, RESSCOM, octobre 2002

Joubert M., Mannoni C., *Ateliers santé ville. Synthèse des réflexions menées sur le département de Seine Saint-Denis*, Resscom, Profession Banlieue, 2003.

Larcher P., *Des réseaux dans tous leurs états à l'état dans tous les réseaux, Ville et santé*, vol. 2, Réseaux et nouvelles pratiques, Prévenir 32, 1997, pp. 177-184.

La Rosa E., Consoli S.M., Le Clésiau H., Birouste J., Joubert M., Soufi K. (2000), *Étude de la souffrance psychosociale et de ses facteurs modérateurs chez les consultants en situation de précarité d'un centre de prévention sanitaire et sociale*, Rev. Epidém. Et Santé Publ., n°4, 48, pp. 351-362.

Lazarus A. et Strohl H., *Pauvreté, précarité et pathologies mentales. Une souffrance que l'on ne peut plus cacher*, Délégation interministérielle à la ville, DIRMI, 1996.

Lebas Dr J., *Rapport de la mission d'accompagnement à la mise en œuvre des PASS dans les hôpitaux*, Direction des Hôpitaux, 2000.

Lebas Dr J., *Rapport du groupe de travail : amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville*, DIV, février 2002.

Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., *Les inégalités sociales de santé*, Inserm, La Découverte, 2000.

Leroy C., *La santé et l'écosystème urbain*. Rapport d'un groupe d'experts santé-environnement. Revue trimestrielle de la LFHLM, juillet 1990 n°106.

Leroy C., Filhol G., *La santé et la vie quotidienne : les contraintes de l'environnement global de la ville, Villes en parallèles Acteurs et chercheurs dans la ville*, n°17-181 1991, Burgel G. (dir.) pp.92-101.

Les Annales de la Recherche Urbaine, *Ville et Santé Publique*, 73, 1996.

Lopez D., *Consommation de drogues illicites et exclusion sociale : état des connaissances en France*, Tendances, n°24, OFDT, octobre 2002.

Loriot M., *L'impossible politique de santé publique*, Erès, 2002.

Maisondieu J., *La fabrique des exclus*, Bayard 1997.

Marchand Buttin F., Patte D., *Étude sur les dispositifs hospitaliers de prise en charge des patients en situation de précarité*, DGS, DH, DAS, Département de Santé Publique, Faculté Xavier Bichat, 1998.

Massé R., *Culture et Santé Publique*, Montréal, Gaëtan Morin, 1995.

Mayer R., Ouellet F., Saint-Jacques M.C., Turcotte D. et coll., *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Gaëtan Morin éditeur, Montréal, 2000.

Mésini B., Pelen J.-N., Roulleau-Berger L., *Exclusions, invention et résistances*, dans D. Schnapper (ed) (2001), pp.101-143.

Mesrine A., *La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage*, Economie et statistique, n°334, 2000, pp.33-48

Mission départementale de prévention des toxicomanies (Conseil Général de Seine-Saint-Denis), *Les Cahiers de Proximité*, n°1 (2002)

Monnier E. , *Évaluation des politiques publiques*. Méthodes et pratiques, Problèmes poli-

tiques et sociaux, La Documentation Française, n°599, janvier 1989.

Murard L., Zylberman P., *L'hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée 1870-1918*, Fayard, 1996.

Murard L., Zylberman P., *Santé, salubrité et municipalité en France, 1880-1914*, Prévenir, n°31, pp. 183-193.

Ninacs W.A., *Empowerment et service social : approches et enjeux*, Revue Service Social, vol. 44, 1995, pp. 69-93.

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, *Tendances récentes*. Rapport TREND, 2000.

Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional pour l'Europe, *Villes et Santé*, ENSP, 1990.

OMS (WHO), *The Rapid Assessment and Response Guide on Psychoactive Substance Use and Especially Vulnerable Young People (EVYP-RAR)* - The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drugs - The Rapid Assessment and Response Guide on Substance Abuse Risk Behavior , 1998

Pascal J., Lombrail P., *Mesure de l'état de santé de la population*, La Revue du Praticien, 2001, 51, 1931-1938.

Paugam S. (dir) *L'exclusion, l'état des savoirs* (1996).

Paugam S, Van Zanten A., *Constructions identitaires et rapports sociaux dans une cité défavorisée de la banlieue parisienne*, dans D. Schnapper (2001), pp. 19-68.

Petit Jacques-Guy et Marec Yannick, *Le social dans la Ville, en France et en Europe, 1750-1914*, Les Éditions de l'Atelier , Paris 1996.

Pinell P., *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France, 1981-1996*, PUF, 2002.

Profession banlieue, *Mieux comprendre les conduites à risques*, 2002.

RESSCOM-DIV, *Villes, violence et santé mentale*, Bulletin n°1, 2001.

Roelandt J.-L., *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale*. La place des usagers et le travail en partenariat dans la cité, rapport remis au Ministre délégué à la santé, avril 2002.

Salem G., Rican S., Jouglu E., *Atlas de la santé en France*, vol 1, *les causes de décès*, collection MIRE, John Libbez eurotext, 2000.

San Martin H., *Santé publique et médecine préventive*, Masson, 1983.

Schaetzel F., Loncle P., Marchand A.-C., *Des généralistes pour les programmes régionaux de santé*, La Revue du praticien. Médecine générale, tome 16, n°571, 15 avril 2002, pp.596-599.

Schoene M., *Santé communautaire, "une approche plurisectorielle"*, Territoires, décembre 2001.

Schnapper D. (ed), *Exclusions au cœur de la Cité*, Ed. Anthropos, Economica, 2001.

Schwartz O., *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, PUF, 1990.

Thill M. Larcher P., Lazare F., F.P.Debionne, *L'accès de la santé en Quart Monde. A propos de rencontres avec 83 familles dans un quartier défavorisé*, Revue Française de Santé Publique, 1985 N° 32 pp. 28-32.

Thomas H., *La production des exclus*, Paris, PUF, 1997.

Tonnelier F., Vigneron E., *Géographie de la santé en France*, PUF, 1999.

Tronchet C., *Synthèse des PRAPS, DGS*, 2001.

Valarié P., Joubert M. et coll. : *Évolution des Services Communaux d'Hygiène et de Santé et Formation Permanente*, rapport de recherche au CNFPT, 1990.

Vieillard-Baron H., *Politique de la ville : origines, moyens, méthodes et résultats*. Rapport final / dir. - Laboratoire de géographie urbaine, EHESS, 1998. – 317 p.

Vulbeau A., *De la sarcellite au malaise des banlieues : trente ans de pathologie des grands ensembles*, in Lumières de la Ville, N°5, juin 1992.

Zeggar H., *L'accès aux droits des populations en difficulté*. Une enquête de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, Droit Social, n°5, mai 2001.

Winslow C.E., *The Untilled Field of Public Health*, Edit. Modern Medicine, New York, 1961

Directrice de la publication : Claude Brévan
Responsable des éditions : Jean-Stéphane Migot
Conception graphique et réalisation : Laurent Marre
Impression : IME Paris

LES ATELIERS SANTÉ VILLE

Territoires, santé publique et politiques de santé au niveau local

En initiant les Ateliers Santé Ville, conjointement avec la Direction Générale de la Santé, la DIV a eu la volonté de répondre aux problèmes de santé rencontrés par les personnes qui résident en zones urbaines sensibles.

Les ASV représentent avant tout une méthode d'intervention : appréhender et développer la santé publique au niveau communal et infra communal par une mobilisation concertée de l'ensemble des intervenants, au rang desquels les élus locaux.

La présente étude est un document d'étape. Elle vise à faire le point sur le cadre d'intervention, les méthodes et les thèmes abordés par les ASV. Rédigée pour l'essentiel en 2003, elle rend compte du développement des premiers ASV.



Délégation interministérielle à la ville

194, avenue du Président Wilson,
93217 Saint-Denis La-Plaine.

Tél : 01 49 17 46 46

www.ville.gouv.fr

ISBN : 2-11-093635-5 ISSN : 1633-7654

Prix : 15 €

