

13
NOVEMBRE
2009

16

Le volet santé des Cucs, « 5^e pilier » de la politique de la ville Analyse critique

Michel Joubert, Chantal Mannoni

MICHEL JOUBERT

*est sociologue,
professeur à l'université de Paris VIII
et chercheur au Cesames (CNRS).*

CHANTAL MANNONI

*est médecin
de santé publique.*

À la demande du secrétariat général à la Ville, Marie-Ange Vincent, psychosociologue, Chantal Mannoni et Michel Joubert, sous la direction de Fernando Bertolotto, sociologue spécialisé en santé publique, ont analysé le contenu du volet santé des contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) (cf. encadré méthodologie page 2). Cette analyse portait notamment sur quelques interrogations générales :

- Comment le volet santé contribue-t-il ou profite-t-il des actions qui se mènent plus largement dans le champ de la réduction des inégalités sociales ? Aujourd'hui, les acteurs intervenant dans le champ de la santé s'interrogent sur le fait de ne pas se focaliser sur les seuls facteurs sanitaires mais d'y intégrer les déterminants sociaux, c'est-à-dire des facteurs qui rétroagissent sur la santé des habitants.
- Ce volet santé apporte-t-il quelque chose de plus par rapport à l'existant ? Des actions de santé se mènent depuis longtemps sur de nombreux territoires, dont ceux des ateliers santé ville. Dans quelles conditions la logistique mise en place au travers des Cucs peut-elle participer au développement des actions de santé publique au niveau local ?
- Dans le cadre de l'articulation entre le sanitaire et le social, comment les modalités de programmation et de contractualisation des actions

de santé publique s'inscrivent-elles dans ces périmètres territoriaux ?

- Enfin, la mise en œuvre du volet santé permet-elle de faire évoluer le droit commun pour une meilleure prise en compte des publics en difficulté ?

PROFESSION
BANLIEUE

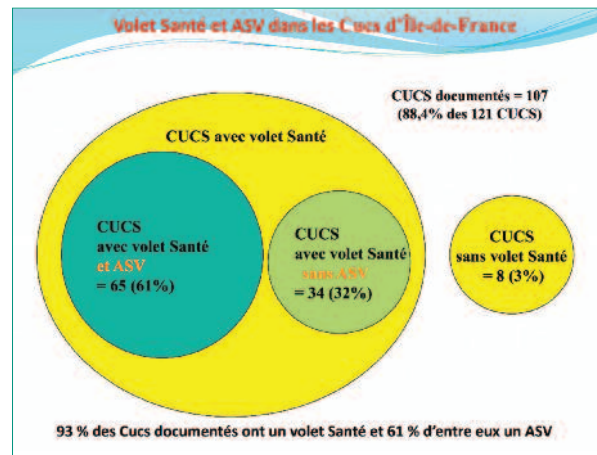
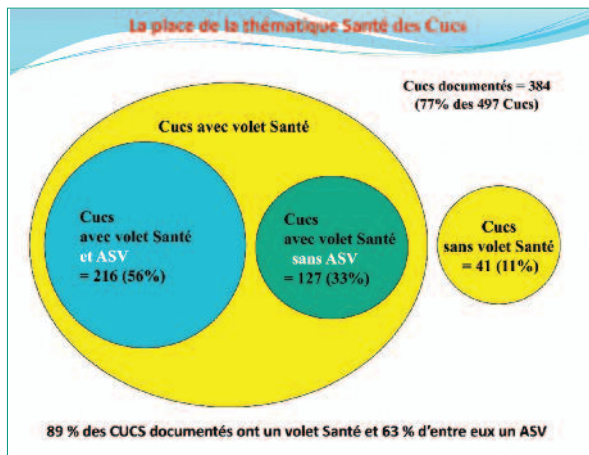
ÉTAT DES LIEUX

L'état des lieux des différents Cucs montre qu'un faible nombre de sites (11 % au niveau national, 3 % pour l'Île-de-France) n'ont pas de volet santé¹ (graph 1).

Sur les 384 Cucs documentés à l'échelle nationale, 89 % ont un volet santé, dont 63 % avec un atelier santé ville. L'Île-de-France (107 Cucs documentés)

en compte pour sa part 93 %, dont 61 % avec un atelier santé ville.

Il y a donc une forte tendance à considérer l'atelier santé ville comme un élément déterminant et structurant du développement du volet santé (graph 2).



La méthodologie

Au début de ce travail, les données relatives aux actions de santé dans les Cucs étaient très disparates. Une base de données a donc été reconstituée à partir des fichiers et des informations contenus dans les bases existantes (obéissant chacune à différentes finalités). Celle-ci a permis d'avoir des ordres de grandeur pour situer ce que représentait le volet santé et, à l'intérieur de celui-ci, les ateliers santé ville.

Sur les 497 Cucs recensés, 384 permettaient de disposer d'informations détaillées pour reconstituer les variables de base. À partir de là, un échantillon de soixante Cucs représentatifs de la structure générale a été constitué*.

Pour cinquante d'entre eux, des échanges à distance avec les différents acteurs ont permis de constituer une documentation explicite sur les orientations, les méthodes, les moyens, les réunions, les programmes, les publics touchés, les évaluations, etc.

Pour les dix autres, qui reflétaient la diversité présente dans la base générale, un travail approfondi, sous la forme d'enquêtes de terrain et d'entretiens, a été mené avec les coordonnateurs, les chefs de projets et les personnes impliquées dans les démarches locales de santé, de manière à reconstituer sous forme de monographie les principaux ressorts des actions conduites sur le volet santé.

Les données recueillies sont arrêtées à la fin de l'année 2008 et ne prennent donc pas en compte tout ce qui s'est passé au-delà de cette date.

* Les sites approchés dans l'analyse critique: **Brest Métropole Océane**, Lannion, Rennes Métropole, Vannes, Chartre, Agglomération de Chartres, Agglomération tourangelle, **Blois, Bourges, Grasse**, Martigues, Carros, Marignane, Marseille, Montélimar, Lyon, Dieppe, Ambarès-et-Lagrave, Eysines, **Alès**, Carcassonne – Trèbes – Berriac, Sète, **Argentan**, Cherbourg, Pays de Flers, Agglomération caennaise, Dôle, Pontarlier, Metz, Creutzwald, **Grand Nancy**, Agglomération nantaise, La Roche-sur-Yon, Communauté d'agglomération de Valenciennes Métropole, Communauté urbaine de Dunkerque, Étapes, **Lille – Lomme**, Communauté d'agglomération de Brive, Communauté de communes du Carmausin, Saintes, Poitiers, **Chanteloup-les-Vignes**, Les Mureaux, Valenton, Le Pré-Saint-Gervais, Paris, **Épinay-sur-Seine**, Colmar, Le Puy-en-Velay, Vichy, Agglomération chalonaise, Autun, Sainte-Menehould, Reims, Sedan, Ajaccio, La Possession (île de la Réunion), Tergnier, Chauny, Laon. [Les noms en gras indiquent les dix sites ayant fait l'objet d'un travail approfondi. (NdA)]

¹ Les priorités locales ont peut-être conduit à négliger cette question ou à sous-estimer ce que pouvait représenter la santé dans les actions de cohésion sociale. Ou encore, ces sites ne bénéficiaient peut-être pas d'expériences antérieures qui les auraient dynamisés pour s'engager dans cette démarche.

L'analyse des variations régionales dans la distribution des trois types de situations de la santé dans les Cucs fait apparaître des différences assez tranchées entre :

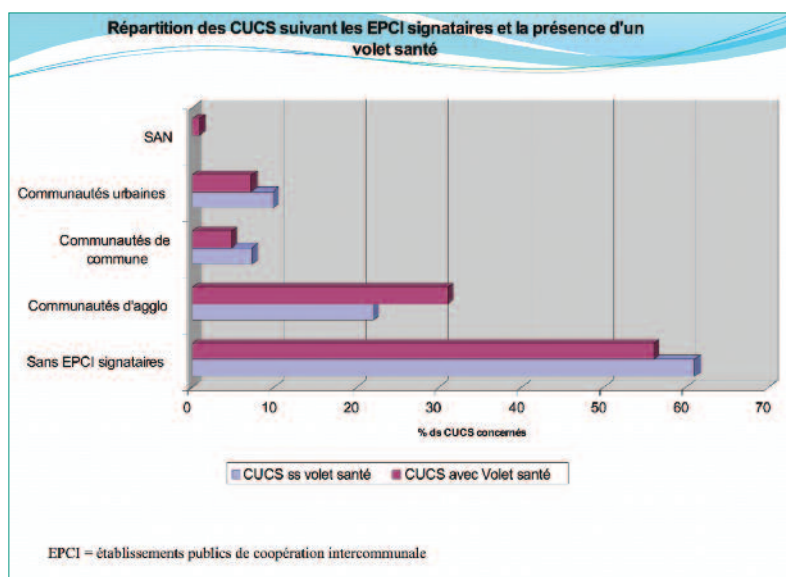
- des régions ayant peu développé le volet santé: c'est le cas en Haute-Normandie, où plus de la moitié des Cucs n'ont pas de volet santé (54 %), ou à la Guadeloupe et en Corse, qui ont peu de Cucs (50 %), ou encore en Alsace, qui n'en comporte que 33 %;
- des régions où les Cucs disposent de volets santé, mais sans ateliers santé ville structurants: c'est le cas de la Martinique, de la Lorraine, du Limousin et de la Franche-Comté, qui disposent de volets santé dans plus de la moitié de leurs Cucs;
- et, pour la majorité des autres régions, une orientation Cucs - Asv bien marquée (plus de 50 % des volets Santé des Cucs comportant un atelier santé ville): plus de 80 % pour la Guyane, Champagne-Ardenne et les Pays de la Loire, suivies par des régions où ce sont deux tiers des Cucs qui disposent d'ateliers santé ville (Aquitaine, Auvergne, Poitou-Charentes, Paca).

Des variations sont également à relever. Elles tiennent à l'importance en nombre d'habitants du territoire concerné: plus la densité urbaine augmente, plus la part du volet santé augmente et plus la part des ateliers santé ville dans ce volet santé y est importante.

Ainsi, l'absence de volet santé se remarque plus particulièrement pour les Cucs couvrant des territoires de moins de 17 000 habitants (environ 20 %): le milieu urbain est moins dense et probablement la prise en compte de la santé y

est-elle moins prioritaire. Les Cucs sont ainsi devenus l'outil majeur de conception, de développement et de programmation dans la plupart des grandes villes, avec des disparités importantes cependant notamment pour un territoire comme l'Île-de-France (dans les Yvelines, 53 % des Cucs ont volet santé et Asv et 47 % volet santé sans Asv; en Seine-Saint-Denis, 79 % des Cucs ont volet santé et Asv, 14 % volet santé sans Asv, et 7 % n'ont pas de volet santé).

Enfin, la proportion de Cucs avec volet santé est beaucoup plus nette dans les communautés d'agglomération (voir page 13) et 49 % des Cucs avec Asv s'inscrivent dans un cadre intercommunal.



OUTILS ET COMPOSANTES STRATÉGIQUES

Quatre composantes centrales engageant des objectifs et des enjeux spécifiques au champ de la santé ont été identifiées et analysées.

Composantes stratégiques du processus de construction et de développement du volet santé

- **Le diagnostic**: associer les professionnels et les habitants en croisant les approches sanitaires, sociales et éducatives.
 - > Enjeu: possibilité d'engager une approche globale des déterminants sociaux et locaux de la santé à l'origine des inégalités sociales de santé et d'identifier les ressources susceptibles de les infléchir.
- **Le pilotage**: instance assurant la conduite et la légitimité de la démarche.
 - > Enjeu: l'implication des élus et des services de l'État (Préfecture, Ddass), mais aussi du département et de la région, pour lui assurer une assise reconnue susceptible de se pérenniser (enrichissement du droit commun).
- **La programmation**: capacité à définir des programmes de santé publique.
 - > Enjeu: articuler les éléments du diagnostic participatif local (besoins, ressources) avec les orientations développées aux autres niveaux territoriaux (intercommunalité, département, région).
- **L'évaluation**: construction d'outils permettant d'assurer le suivi et la régulation de la démarche ainsi qu'une politique de communication, au regard des objectifs ressortis du diagnostic.
 - > Enjeu: pérenniser les avancées et leur intégration dans le droit commun.

1) Le diagnostic

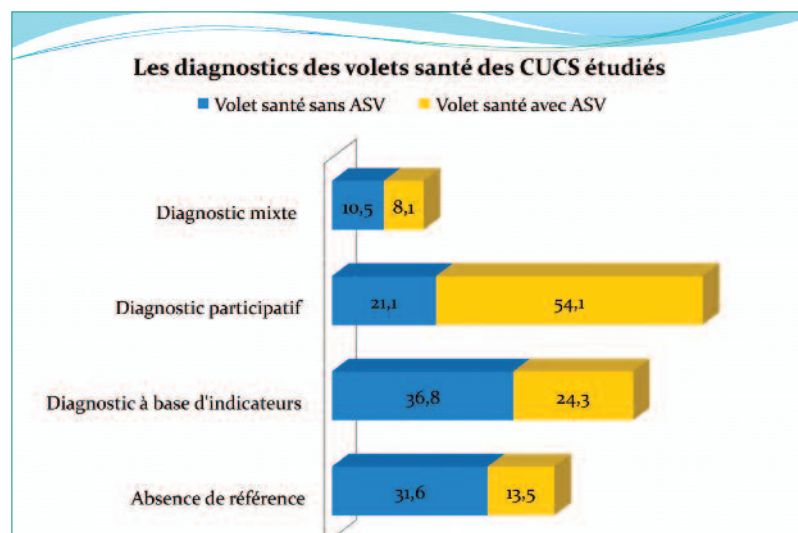
La grande majorité des Cucs avec volet santé font référence à un ou plusieurs diagnostics, ce qui était l'une des conditions de mise en place d'une démarche Asv. Si l'appréhension du diagnostic peut être sensiblement différente d'un site à l'autre, on observe cependant les dominantes suivantes:

- *Le diagnostic participatif ou diagnostic partagé*. Il est fondé sur la co-construction de l'analyse des besoins avec les acteurs directement concernés: élus, professionnels et habitants. Il concerne aujourd'hui plus de 40 % des Cucs.
- *Le diagnostic élaboré à partir d'indicateurs sanitaires et sociaux*. Il fait appel aux principaux organismes producteurs de données au niveau national: Insee, Inserm...; ou local: Pmi, Ase, service social, Caf, Ccas, Éducation nationale... Cette méthode a cependant prouvé ses limites: d'une part, certaines informations sont difficiles à obtenir (les observatoires régionaux de santé ont peu facilité la collecte et la mise

en forme de données pour les Cucs), d'autre part, certaines données sont « sensibles », ne font pas l'objet de standardisation, demandent des négociations ou des conventions et enfin, portant sur des échelles territoriales trop réduites, peuvent être remises en cause par des spécialistes.

- *Le diagnostic mixte*. Il combine les deux formes et est utilisé quand les conditions pour une approche participative ne sont pas réunies. Cette approche demande un engagement politique fort. Elle crée une émulation et met au jour des besoins auxquels il faut être capable de répondre.
- *L'absence de diagnostic*. Un certain nombre de Cucs ont été élaborés sans diagnostic, ou avec des éléments très généraux qui ont servi à la mise en place du contrat mais ne peuvent être considérés comme un réel diagnostic sur lequel s'appuyer pour mettre en place des actions.

La démarche atelier santé ville a permis de questionner les outils existants et de pointer leurs limites. Car, outre le diagnostic, c'est tout le système d'observation, permettant de mesurer un état des lieux à un instant « t »,



de suivre et d'évaluer de façon objective les progrès en matière de réduction des inégalités de santé, qui est questionné. La démarche atelier santé ville met également en évidence la nécessité de croiser les diagnostics et donc d'influencer dans le sens de dynamiques plus participatives. C'est une plus-value que l'on observe dans le temps et dont l'importance dépend des moyens dont disposent les villes.

2) Le pilotage

Le pilotage a une fonction stratégique. Il permet d'avoir un premier aperçu de la reconnaissance et de la validité de la démarche telle qu'elle est perçue par les différentes instances partenariales. Il permet également de tester le pouvoir de convocation du volet santé sur les différents acteurs de la santé et du secteur social concernés par le développement d'actions auprès des publics les plus en difficulté. C'est un moyen d'apprécier la qualité et la force de la démarche.

La mise en place d'un atelier santé ville va souvent de pair avec la création d'un comité de pilotage (91 % des Asv). En effet, le diagnostic préalable suppose un pilotage pour définir le cahier des charges mais également pour suivre et commenter les résultats. La démarche peut ainsi être partagée par les élus locaux, les services déconcentrés de l'État, le préfet et les représentants des départements et de la région.

La formule qui prime largement est celle du comité de pilotage local (pour 38 % des Cucs avec volet santé et 59 % des Cucs-Asv). C'est un pilotage strictement inscrit sur le territoire du Cucs, qui rassemble les acteurs locaux et les représentants des instances départementales. Il

est quelquefois associé à un comité de pilotage départemental (28 % des Cucs-Asv).

Quand les services déconcentrés de l'État sont peu présents, on note une moindre implication des élus locaux. Dans ce cas, se mettent le plus souvent en place des instances de pilotage purement techniques (qui font probablement perdre à la démarche une partie de sa force).

En Seine-Saint-Denis, par exemple, la démarche atelier santé ville a initialement bénéficié d'un portage fort de la Ddass et de comités de pilotage locaux comprenant pratiquement systématiquement un représentant de la ville et de l'État. Aujourd'hui, la question du pilotage se pose différemment pour des raisons historiques propres au département mais aussi parce que le contexte a changé avec la mise en place des agences régionales de santé et la réduction des ressources des Ddass. Les comités de pilotage devront s'adapter à cette nouvelle situation pour être garants de la démarche au niveau local mais aussi aux échelons départementaux et régionaux. Le partenariat ville-État devra être réorganisé pour garantir ce co-pilotage.

3) Les modalités de programmation

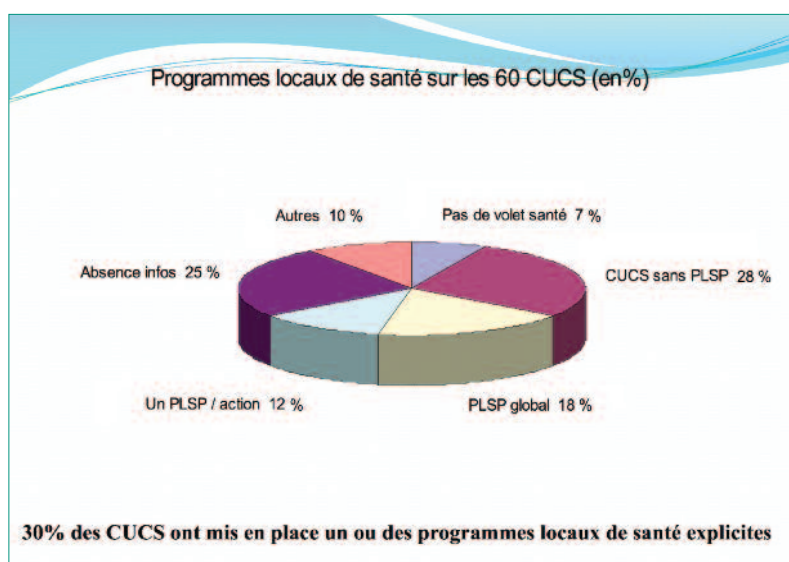
L'analyse des programmes locaux de santé publique révèle des situations très variées, y compris lorsque la procédure de diagnostic a débouché sur une réflexion opérationnelle (conditions de mise en œuvre, recherche des promoteurs):

– une première tendance consiste à considérer que la

30 % des Cucs avec volet santé ont mis en place un ou des programmes locaux de santé publique (PLSP) explicites.

Lorsqu'il y a un atelier santé ville, la programmation est plus lisible et plus cohérente.

- 28 % des Cucs n'ont pas de PLSP.
- 18 % des Cucs ont un PLSP global.
- 12 % des Cucs ont un PLSP par action.
- Les PLSP existants concernent majoritairement les quartiers prioritaires d'une même ville (58 %).
- 25 % des PLSP sont inscrits dans l'intercommunalité.



- somme des actions de santé engagées sur un territoire constitue le programme local de santé. Or cette somme d'actions ne fait pas nécessairement un « tout » cohérent et est de plus difficile à évaluer et à corriger. Ainsi, la formule du programme local de santé global, qui intègre toutes les activités santé engagées, tend à réduire le travail de définition d'objectifs opérationnels évaluables;
- les financements étant souvent liés à des actions spécifiques, la tendance opposée consiste à considérer chaque action pour laquelle on dépose un dossier de financement comme un programme. Si l'on entend par programme un outil stratégique destiné à produire un changement ou à modifier la dynamique de travail auprès d'un public, en lien avec l'identification des difficultés et les moyens mis en œuvre, on a, dans ce cas, du mal à avoir une définition claire de l'outil en réduisant les programmes aux fenêtres de financement;
 - un équilibre semble se trouver dans une troisième formule de construction raisonnée à partir des objectifs issus du diagnostic et de la mobilisation des ressources. Lorsque le diagnostic a été véritablement participatif et dynamique, il continue à nourrir un processus d'élaboration de programmes très directement axés sur le débat, le suivi, l'ajustement permanent avec les professionnels et les publics.

4) Les procédures d'évaluation

Les procédures d'évaluation découlent naturellement de la méthode et des principes qui ont prévalu dans le diagnostic. Si le diagnostic a été participatif, les procédures d'évaluation introduisent également une composante participative (19 % des Cucs-Asv ont mis en place une évaluation participative). Quand il n'y a pas d'atelier santé ville, l'évaluation se fait essentiellement à partir d'indicateurs, ce qui peut être aléatoire, les évaluations devenant dans ce cas des alibis ou des habillages de la démarche.

Les processus d'évaluation sont composites et non dénués de pragmatisme (auto-évaluation, échanges d'expériences, etc.). Il n'y a pas de méthodologie universelle et il est tenu compte des ressources qui permettent de nourrir l'évaluation et de la suivre au fil du développement des actions.

Cela suppose cependant d'une part une cohérence d'équipe, qui intègre dès le départ les objectifs relatifs à l'évaluation, et d'autre part une pérennité de celle-ci, pour les tenir dans la durée.

Différentes modalités d'évaluation

En correspondance avec le déficit de programmation, les capacités de suivi et d'évaluation restent relativement faibles (40 % de non-réponses ou d'absence explicite d'évaluation). On trouve notamment :

- La modalité d'évaluation la plus utilisée, la **recherche d'indicateurs et la mise en place de tableaux de bord** (34 % des Cucs avec volet santé), généralement déclinés – quand il y a des programmes locaux de santé – par fiche-programme.
- D'autres modalités, très dispersées, sont également notées, souvent en complément à cette base d'indicateurs relatifs à l'action :
 - **des procédures d'évaluation participative** qui prolongent les logiques de participation déjà engagées à l'occasion des diagnostics et des groupes de réflexion, quand ce n'est pas au niveau des actions elles-mêmes (mais c'est plus rare) (14 % du total des Cucs, 19 % des Cucs-Asv); elles sont surtout intégrées dans la programmation atelier santé ville;
 - **des techniques d'auto-évaluation**, dans lesquelles les équipes se fabriquent leurs propres indicateurs d'activité et des outils utilisés tout au long de la mise en œuvre des actions (participation, satisfaction...); l'évaluation des processus est de même nature et concerne également les équipes qui se donnent des moyens de suivre l'avancement de leur programme;
 - **les évaluations externalisées** (appel à un bureau d'étude) restent rares : 11 % des Cucs avec volet santé.



Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention

Une méthodologie nommée « Outil de catégorisation des résultats en matière de promotion et de prévention de la santé » a été éprouvée notamment en Suisse et au Canada. Elle part du principe que, si l'on agit sur les déterminants, cela produit nécessairement un effet, même s'il n'est pas mesurable au niveau local.

Le modèle a été développé par Promotion Santé Suisse en collaboration avec les instituts de médecine sociale et préventive de Berne et de Lausanne. Il repose sur le « outcome model » du professeur Don Nutbeam. Il permet d'évaluer les résultats obtenus par des projets de promotion de la santé et de prévention et peut servir de manière plus générale à l'analyse d'une situation, à la planification d'une intervention et à l'évaluation d'un projet.

En janvier 2007, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a réalisé une version adaptée pour la France du « Guide de catégorisation des résultats » en collaboration avec un groupe de professionnels de la région Provence – Alpes – Côte-d'Azur.

Cet exercice serait intéressant à mener au niveau des ateliers santé ville, au moins en matière de structuration et d'organisation. Si l'on considère que 30 % des ateliers santé ville sont aujourd'hui articulés avec le programme de réussite éducative (Pre), qu'ils seront 70 % dans quelque temps et que les différents volets santé du Cucs sont articulés entre eux, on peut d'autant plus mesurer l'intérêt de construire des outils.

Si les déterminants qui interviennent autour de la démarche atelier santé ville sont appropriés et travaillés, on peut alors considérer que l'on a un effet levier sur la réduction des inégalités de santé. Ces outils sont bien sûr à adapter, mais c'est la démarche qui est intéressante parce qu'elle pourrait permettre de montrer les évolutions et d'avoir des outils d'évaluation qualitatifs.

Contenu de l'outil de catégorisation

Les résultats attendus des interventions en prévention et promotion de la santé sont classés en trois colonnes :

- > Amélioration de la santé de la population,
- > Modification des déterminants de la santé,
- > Modification des facteurs qui influencent les déterminants de la santé.

Une colonne supplémentaire décrit les catégories d'activités de promotion de la santé.

Mode d'emploi

Le modèle de catégorisation des résultats est un instrument d'analyse qui sert au développement de la qualité. Il permet d'identifier des résultats planifiés (objectifs) et des résultats effectivement atteints en lien d'une part avec des activités de prévention et de promotion de la santé et d'autre part avec des problèmes de santé. Il permet de déceler les interactions et l'impact des projets et des programmes.

Le modèle peut être utilisé à différents niveaux : projets, programmes, institutions, stratégies nationales, régionales ou locales. À tous ces niveaux, le modèle peut être utilisé aux phases d'analyse de situation, d'élaboration des objectifs et stratégies, de pilotage et d'évaluation d'un projet. Il peut servir à en démontrer l'impact et donc à légitimer l'investissement financier vis-à-vis des pouvoirs publics.

L'outil de catégorisation des résultats peut non seulement être utilisé par le responsable du projet ou l'évaluateur mais aussi servir de support à la discussion sur le projet, dans le cadre d'une séance de travail de l'équipe projet, entre évaluateurs et principaux participants au projet...

Pour en savoir plus, sur le site de l'Inpes :

- Aperçu général de l'outil : www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/modelePSS.pdf
- Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention : www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/guide-fr.pdf



5) La coordination

La coordination est une condition *sine qua non* de la structuration du volet santé, le centre de gravité de la démarche. Pourtant, la plupart des démarches commencent sans coordination. Souvent, le coordonnateur est recruté après la phase de diagnostic participatif, alors qu'il serait plus profitable qu'il soit intégré dès le début, pour établir des liens, amorcer des dynamiques de projet et constituer un réseau partenarial.

On trouve, là encore, différents types d'organisation de la coordination, selon les sites, et donc différents niveaux de positionnement :

- *le rattachement à la mairie*, (60 % des ateliers santé ville). Les villes fournissent la logistique et donnent aux coordonnateurs les moyens de faire réellement leur travail dans le cadre du partenariat. Que ce soient les CCAS, cas le plus fréquent (Bourges, Épinay-sur-Seine, Grasse...), ou d'autres services (santé, politique de la ville), cette option ouvre pour l'instance le risque d'être perçue comme une simple émanation de la mairie, en affaiblissant le « capital médiation-animation » si important dans les processus de coordination et de mobilisation interprofessionnelle. Cependant, l'impulsion de la ville, quand l'équipe est compétente et motivée, peut permettre de balayer les arrières-pensées, surtout pour les questions de santé, qui font généralement consensus sur le plan local. Cette inscription peut également être facilitatrice pour les liens avec le volet réussite éducative ;

- *l'utilisation d'associations ou de réseaux* (15 à 20 % des ateliers santé ville). Ces rattachements présentent des avantages en termes de distance et de marge de manœuvre qui paraissent indéniables, avec le risque d'être plus vulnérables sur le plan des possibilités de pérennisation, même si les élus participent la plupart du temps aux conseils d'administration de ces associations. À Alès, l'association Réséda, association de coordination des réseaux de santé du bassin sanitaire alésien, est mandatée pour l'animation de l'atelier santé ville ;

- *le rattachement à des instances intercommunales* – communautés de communes ou d'agglomération (6 % des ateliers santé ville) ;

- *l'utilisation, surtout pour les Cucs ne disposant pas d'atelier santé ville, des chefs de projet Cucs* (12 %). Cette coordination par défaut peut permettre une synergie au niveau des différentes composantes du Cucs, même si ce n'est pas nécessairement celle que l'on souhaiterait.

La coordination dépend également du rattachement hiérarchique du coordonnateur, ce qui induit le développement d'interfaces avec d'autres services. Par exemple, si l'atelier santé ville est rattaché au service santé, il devra développer des liens avec le service politique de la ville. Entre également en compte l'histoire de la démarche, le poste de coordination étant susceptible d'évoluer au fur et à mesure de l'avancement de cette dernière.

Quelques points sensibles demeurent dont notamment des besoins récurrents en formation et des compétences

encore très hétérogènes (avec l'enjeu que représente la définition même de la fiche de poste), des recrutements souvent trop tardifs et un *turnover* important des équipes qui nuit à la capitalisation des expériences.

Les formations des coordonnateurs devraient être traitées à un niveau intermédiaire, entre l'échelon local et l'échelon régional, et mutualisées. Des coordinations, des réseaux seraient sûrement utiles pour dégager un espace de travail, de reconnaissance des compétences et d'invention de formations adaptées. Une expérimentation de ce type a été réalisée en Île-de-France, animée par l'Observatoire régional de la santé en partenariat avec les centres de ressources politique de la ville. Dégager des synergies, des dynamiques de travail, fait partie des tâches à approfondir.

6) Interaction entre le volet santé et les autres volets du Cucs

Le lien entre volet santé et programme de réussite éducative ressort très nettement de l'analyse (30 % des Cucs). Sont principalement abordées les questions de santé mentale et de conduites à risques, au travers de programmes de prévention. Chaque volet est cependant d'abord mobilisé sur ses propres objectifs, pour lesquels il doit rendre des comptes.

Les interactions du volet santé avec les autres volets du Cucs sont beaucoup moins significatives :

- 18 % des Cucs ayant un volet santé ont un lien avec le volet « Droits, citoyenneté, prévention de la délinquance » ;



- 12,5 % des Cucs ayant un volet santé ont un lien avec le volet « Logement, habitat ». Il n'existe cependant pas de vrais programmes en dehors de la question du logement des personnes ayant un handicap mental pour lesquelles il y a nécessité de mettre en place des réseaux pour le suivi et la prise en compte de leurs besoins spécifiques ;
- 11 % des Cucs ayant un volet santé ont un lien avec le volet « Emploi, insertion ».

Quelques projets transversaux existent (jeunesse/adolescence, accès aux droits, qualité de vie, lien social), mais cela reste à développer.

Parmi les dix Cucs spécifiquement étudiés, on peut néanmoins constater que des mailages commencent à s'amorcer, surtout pour ceux qui intègrent un atelier santé ville de deuxième génération. Cela est lié à la formalisation du volet santé du Cucs et de l'atelier santé ville mais également aux moyens affectés à la coordination afin qu'elle puisse réellement jouer son rôle d'interface avec d'autres dispositifs et d'autres volets de la politique de la ville.

ENJEUX DE DÉVELOPPEMENT ET QUESTIONS STRATÉGIQUES POUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ

Les publics visés

On peut noter ici quelques grandes dominantes :

- 37 % des activités des Cucs avec volet santé sont orientées en direction des publics les plus en difficulté ;
- 33,6 % ciblent des groupes structurellement fragiles. La notion de vulnérabilité, qui concerne des groupes de population qui ne sont pas dans la précarité visible, est de plus en plus souvent prise en considération. Il y a là de vrais enjeux pour réduire les inégalités de santé et pour travailler sur les déterminants. On note ici un fort investissement dans le champ de l'enfance et de l'adolescence ;
- 16,8 % s'adressent à l'ensemble de la population. Il a été considéré alors que ce qui est fait pour l'ensemble de la population profite de fait aux publics en difficulté ;
- 12,6 % sont menées en direction des professionnels. La

question de la mise en compétence et de la mobilisation des professionnels est cruciale. Des programmes se sont développés spécifiquement sur ce point afin de renforcer la culture commune des professionnels (mise en place de formes de coopération efficaces, outils partagés, investissement dans les programmes engagés).

Les principales problématiques

Les problématiques choisies rejoignent les grandes thématiques de santé publique déclinées dans les programmes nationaux ou régionaux :

- l'accès aux soins pour 55 % des Cucs avec volet santé et plus de 70 % des Cucs-Asv. La difficulté est d'aller à la rencontre des publics pour lesquels l'amélioration des dispositifs ou des prestations ne suffit pas. Les ateliers santé ville

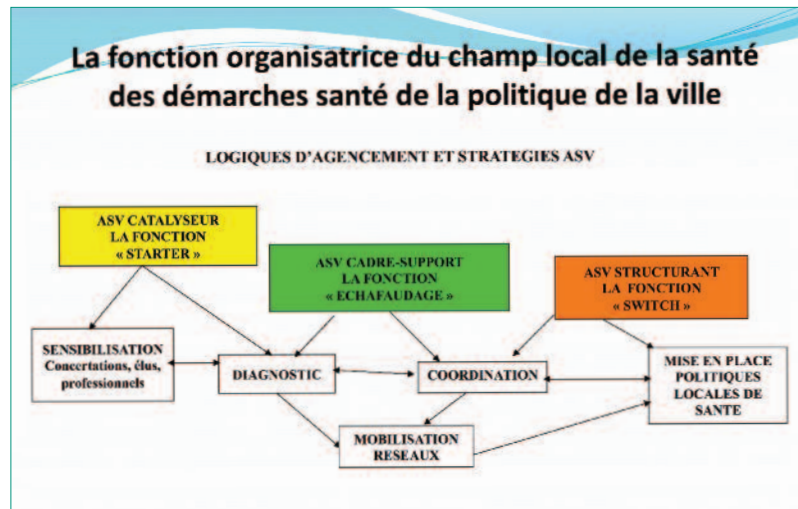
Les thématiques santé des CUCS (échantillon)

Les thématiques du volet santé des CUCS	Volet santé sans ASV	Volet santé avec ASV	Total
Non réponse	14	1	17
Accès soins	10,5	73	55,4
Problèmes nutrition, alimentation	5,3	54,1	39,3
Santé mentale	15,8	45,9	37,5
Souffrance psy	10,5	37,8	30,4
Prévention suicide	5,3	32,4	25
Prévention globale	5,3	32,4	23,2
Coordination réseaux	15,8	27	23,2
Prévention toxicomanies	10,5	24,3	21,4

expérimentent des manières de se rapprocher de ceux qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins;

- la *santé mentale* pour 37 % des Cucs avec volet santé et 46 % des Cucs-Asv. Cela peut paraître évident aujourd'hui, mais, il y a encore cinq ou six ans, on considèrerait que cela relevait du domaine de la psychiatrie. Or la santé mentale est à différencier de la souffrance psychique qui, elle, nécessite un recours aux soins. C'est un secteur transversal et central, qui a trait à des problèmes d'adaptation, de vulnérabilités, à des confrontations difficiles avec le quotidien et l'environnement. De nouvelles compétences se sont dégagées dans ce champ à l'échelle des politiques locales;
- la *nutrition* pour 39 % des Cucs avec volet santé et 54 % des Cucs-Asv (lutte contre l'obésité et déficits sur le plan nutritionnel). Les campagnes du Programme national nutrition santé (Pnns) ont contribué à faire émerger cette thématique qui apparaît cependant de façon significative dans son lien avec la thématique de la santé mentale (ce fut le cas à Villiers-le-Bel, par exemple, lors du diagnostic préparatoire de l'atelier santé ville);
- les *conduites à risques et les toxicomanies*;
- la *coordination des professionnels*.

LES ATELIERS SANTÉ VILLE: MOTEUR OU MÉTHODE?



On distingue quatre phases dans le développement des ateliers santé ville: le lancement (2000-2001), la montée en charge (2002-2005), l'expansion (2006-2008) et la transition (2009-2010). Après une période d'hésitation sur leur devenir, ils sont aujourd'hui dans une phase de stabilisation et sans doute d'inscription dans le droit commun.

Trois moments, trois logiques dans le processus de construction d'une stratégie de santé publique *via* la démarche atelier santé ville peuvent être distingués:

- l'atelier santé ville, dans une *première fonction dite « starter »*, est en quelque sorte le détonateur, ce qui permet de faire prendre conscience, d'ouvrir un espace, de sensibiliser les professionnels ou les élus, le diagnostic étant le plus souvent le point de départ de cette phase. Les choses peuvent en rester là, mais il est essentiel d'assurer cette remise en perspective des besoins avec la possibilité de mener des actions au niveau local;

- une *deuxième fonction, dite « échafaudage »*, consiste à amorcer une construction, c'est-à-dire à élaborer un certain nombre d'outils et de ressources. L'atelier santé ville a une utilité particulière au niveau de la structuration de ces ressources de base pour mettre en place des programmes locaux de santé. Le diagnostic est bien sûr présent, mais la coordination est essentielle. Ces deux pôles fonctionnent en synergie par la mise en place par exemple de groupes de travail de réseaux de professionnels. Tout cela n'a d'intérêt que si cet « échafaudage » sert de tremplin à la mise en place de politiques inscrites dans la durée et produisant des effets évaluable;

- dans la *troisième fonction, dite « switch »*, l'atelier santé ville fait office d'interconnexion dans la mise en place des programmes. Il fait le lien avec les politiques régionales, les dispositifs de droit commun et les différentes ressources locales et est au carrefour des diagnostics et de la coordination. La démarche peut s'in-



crire dans la durée et au niveau des politiques effectives *via* des opérateurs, l'atelier santé ville n'étant jamais lui-même complètement opérateur.

L'atelier santé ville comme outil structurant du volet santé

La thématique santé est clairement inscrite et prise en compte au sein du Cucs dans 84 % des sites ayant un atelier santé ville. 11 % en sont au stade de l'initialisation (atelier santé ville catalyseur) : les élus se mobilisent et les professionnels apprennent à travailler ensemble. Dans ce cas, les conditions sont réunies pour lancer l'élaboration des programmes de santé publique. C'est une phase incontournable. Dans des villes déjà impliquées dans des politiques de santé, comme en Seine-Saint-Denis, où sont présents des centres de santé, des réseaux associatifs, l'atelier santé ville est alors dans une phase de stabilisation, de capitalisation ou de remise en forme d'une politique de santé publique locale. Il est un trait d'union entre l'échafaudage et la construction de la politique locale.

L'atelier santé ville est un outil rare et précieux. Dans l'histoire des politiques publiques, il fait partie des démarches qui ont innové quant au processus d'élaboration de l'action publique qui se construit très souvent au niveau de l'État central pour redescendre vers le niveau local, contraignant les acteurs à entrer dans la logique centrale (avec des incitations sur le plan institutionnel ou financier). Les ateliers santé ville, comme les Points accueil

écoute jeunes ou le Rmi dans sa phase initiale, illustrent ce que pourrait être une action plus proche des publics en difficulté, une action qui se nourrit de ce qui se passe sur le terrain, invente et peut faire remonter des modalités de travail qu'aucun technocrate n'aurait jamais pu imaginer.

L'atelier santé ville est aujourd'hui un support structurant qui contribue à l'élaboration de l'axe santé des Cucs, c'est-à-dire à l'élaboration de stratégies de santé publique adaptées au local, qui prennent en compte les priorités telles qu'elles sont définies au niveau régional dans une logique d'interaction constructive. Reste à vérifier que cette logique de travail ne se rigidifie pas dans l'avenir ; car l'atelier santé ville n'est pas

un dispositif, ce n'est pas un ensemble de dispositions réglementaires avec des moyens et des procédures fixées une fois pour toutes. Les besoins en santé et les ressources se déclinent localement de façon si sensible, si variable, qu'une logique de dispositif serait tout à fait inadaptée. On passerait alors, comme dans le cas des politiques jeunesse, à côté d'une partie des publics les plus en difficulté, ceux qui sont les plus éloignés des dispositifs ou des institutions.

L'atelier santé ville est une démarche, un état d'esprit, une sensibilité, une dynamique de travail qui fait en permanence le va-et-vient avec les conditions locales, les publics, tout en s'appuyant sur des logiques de diagnostic qui assurent cette

L'Asv comme outil structurant du volet santé des Cucs

Dans 84 % des sites ayant au moins un atelier santé ville, la thématique santé est clairement inscrite et prise en compte au sein du Cucs.

- 11 % des Cucs avec atelier santé ville se trouvent en phase d'initialisation ; les outils (l'atelier santé ville « catalyseur », avec son budget de démarrage et la mise en œuvre d'un diagnostic) sont mis au service d'un travail de sensibilisation et de recherche des conditions de possibilité partenariales, financières et politiques.
- Les villes et agglomérations ayant développé des politiques dynamiques sur le plan de la santé (mise en place de centres municipaux de santé, de réseaux associatifs, de projets dans le cadre des ateliers santé ville de première génération) sont souvent conduites à utiliser l'atelier santé ville comme support de remise en forme de leurs acquis (19 % des Cucs avec volet santé) ; l'atelier santé ville pourra évoluer vers un rôle de « support structurant » ou rester un habillage.
- Le recours à un « volet cadre » (après un diagnostic classique) constitue un moyen de différer la mobilisation pour 22 % des ateliers des Cucs-Asv. L'atelier santé ville fonctionne alors plus comme un support méthodologique permettant aux acteurs de dégager – à partir des priorités régionales – des orientations locales sur le plan de la santé publique (réduction à un rôle de relais).
- Dans la grande majorité des cas (41 %), l'atelier santé ville apparaît comme le support structurant de l'axe thématique santé, c'est-à-dire renvoie à une dynamique outillée pour une stratégie de santé publique (lien diagnostic – programmes – évaluation).



communication. Dans quelles conditions les interactions entre le local et le régional s'opéreront-elles, notamment dans des régions comme l'Île-de-France? peut-être par la nécessité d'avoir des instances départementales qui assurent ces articulations.

Cette démarche passe par un certain nombre d'étapes en fonction desquelles le rôle du comité de pilotage et des comités techniques, l'engagement des groupes de travail ainsi que la feuille de route du coordonnateur évolueront. Sauter certaines étapes – la tendance locale est à l'activisme – pénaliserait de fait la mise en place des synergies qui contribuent à monter une politique locale de santé.

Enfin, des dérives peuvent exister; l'atelier santé ville n'est alors qu'un habillage et un moyen d'obtenir des financements pour quelque chose qui existe déjà et que l'on ne fait pas évoluer.

La participation des habitants

Les modalités de consultation des habitants sont variées. Très souvent, les habitants sont consultés comme dans le cadre des projets urbains: ils sont invités à venir discuter des projets en cours pour faire entendre leurs besoins (12 % des Cucs avec volet santé et 23 % des Cucs-Asv). Dans d'autres cas, on considère que le seul fait de les interroger dans le cadre d'enquêtes, souvent menées par des prestataires extérieurs, est une modalité de participation (18 % des Cucs-Asv). Cela peut prendre également la forme de groupes de travail ou de groupes de parole, où s'opère toutefois une sélection assez forte entre l'habitant « lambda » et les associations habituellement conviées à ce type de réunions.

Modalités de consultation des habitants

- Consultation des habitants (réunions ouvertes): 16,5 % des Cucs avec volet santé, 20 % des Cucs-Asv.
- Enquêtes (faisant office): 16 % des Cucs avec volet santé, 18 % des Cucs-Asv.
- Groupes de travail et groupes de parole.
- Intégration active des habitants dans des actions ou des dispositifs de travail relatifs à la santé: 20 % du total des Cucs, 23 % des Cucs-Asv.

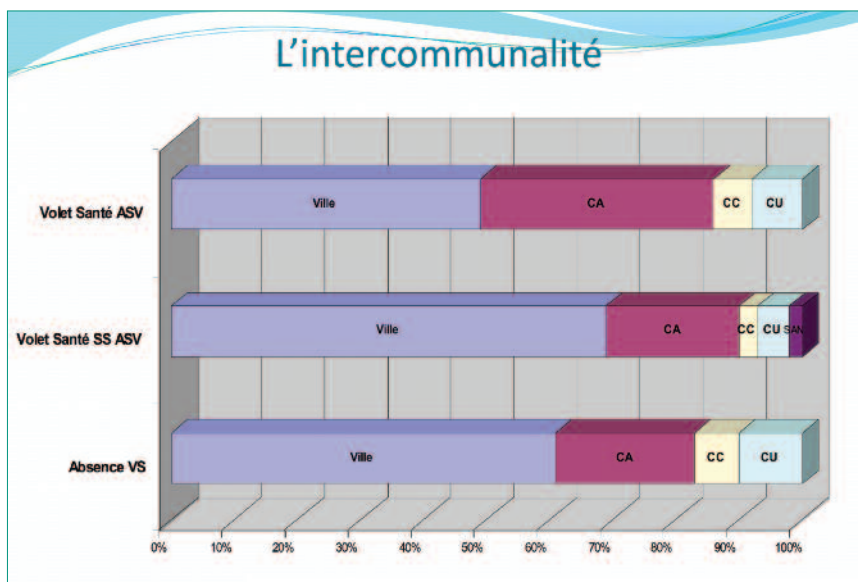
Il y a enfin l'intégration active des habitants: on essaie d'inventer les conditions qui permettent de rencontrer la population pour faire avec elle un travail dans la durée sur les questions de santé, en lien avec les questions liées à leurs conditions de vie. Plus de 20 % des Asv travaillent dans cette optique avec un savoir-faire qui se développe dans la durée au contact d'habitants qui ne sont pas des « habitants alibi » mais des partenaires à part entière.

Ce travail avec les habitants n'est pas simplement un élément de démocratie locale, il permet d'agir sur la santé et d'améliorer réellement la situation des habitants. Le fait de réfléchir avec eux sur la nature de leurs difficultés, comme le mal-être ou l'isolement, est déjà une ouverture et une action en soi. Ainsi, la participation, pour certaines problématiques fortes activées dans les ateliers santé ville, peut constituer en elle-même une modalité d'action dans la lutte contre les exclusions (sortir de l'isolement, du mal-être, des tensions inter-générationnelles, des prises de risques...).



L'intercommunalité

Les ateliers santé ville constituent le principal support de développement de la nouvelle expérience intercommunale en santé publique.



Inégalités sociales de santé et intégration par le droit commun

L'évolution des problèmes de santé et de leurs modes de manifestation suppose l'engagement d'approches globalisées (intersectorielles), travaillant dans la proximité, avec des moyens articulant le registre territorial local (quartiers, ville, agglomération) et les synergies régionales. Il ne s'agit pas simplement de réunir des acteurs de secteurs différents dans un groupe de travail ou un comité de pilotage, il s'agit de faire bouger les choses dans chaque secteur, de créer des brèches et des compréhensions transversales au regard des problématiques de santé, en particulier sur les questions de vulnérabilité.

Les démarches de programmation engagées avec le volet santé des Cucs forment aujourd'hui une « trame conductrice » opératoire pour le développement de politiques concertées de santé publique (programmes régionaux, futures agences régionales de santé); mais encore faut-il que les programmes initiés au niveau des régions prennent en compte cette richesse...

Les ateliers santé ville rencontrent aujourd'hui une adhésion croissante, y compris sur les territoires ayant déjà mis en place des programmes de santé publique au niveau départemental et régional. Ils « portent » l'axe thématique santé de la politique de la ville, en lui offrant un cadre d'expression suffisamment structuré et structurant pour qu'il puisse avoir la



« consistance » et la légitimité suffisante pour l'adhésion croissante d'acteurs relevant de ce champ (élus, services du conseil général, Caf, bailleurs sociaux, acteurs de l'économie sociale, médecine libérale). S'il y a eu un moment concurrence avec le réseau villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé, les actions tendent aujourd'hui à se mixer et à entrer en synergie.

S'il est impossible aujourd'hui de mesurer *les effets de la démarche atelier santé ville sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, on peut en revanche d'ores et déjà constater une modification du jeu des acteurs sur les questions de santé. Leur mobilisation, leur présence dans les programmes qui se mettent en place ont modifié en profondeur la perception de la place de la santé dans les politiques locales où, souvent, elle faisait figure de parent pauvre. Aujourd'hui, la santé est perçue comme un point névralgique : c'est une question qui concerne tous les habitants et qui les touche au cœur de leur histoire et de leurs modes de vie. Les avancées sur le plan de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé se jouent sur le développement de la prévention (innovations dans la proximité et l'approche des publics vulnérables), de la promotion de la santé, de la participation de la population et de l'amélioration des conditions d'accès aux ressources.

Les raccords aux politiques de droit commun s'opèrent via les comités de pilotage et sont souvent intégrés comme un objectif dans les plans locaux de santé (articulation entre actions en population générale et actions en direction des plus vulnérables). Encore faut-il que le droit commun évolue, c'est-à-dire que les dispositifs de protection sociale, de soins et de promotion de la santé soient orientés vers une meilleure compréhension et prise en compte des publics vulnérables, en allant au-devant d'un certain nombre de difficultés « normales » que rencontrent ces publics plutôt que de les renvoyer vers des dispositifs spécifiques. Dans cette optique, le travail mené spécifiquement en direction des publics en grande difficulté doit être circonscrit dans le temps.



CONCLUSION ET PRÉCONISATIONS

Le volet santé des Cucs confirme l'importance de la contribution de la politique de la ville au renouvellement et à l'optimisation des politiques publiques de santé, en particulier en matière de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

La démarche atelier santé ville apparaît comme un outil efficient d'organisation et de régulation du champ local de la santé publique; elle est de plus en plus reconnue et adoptée par les acteurs locaux.

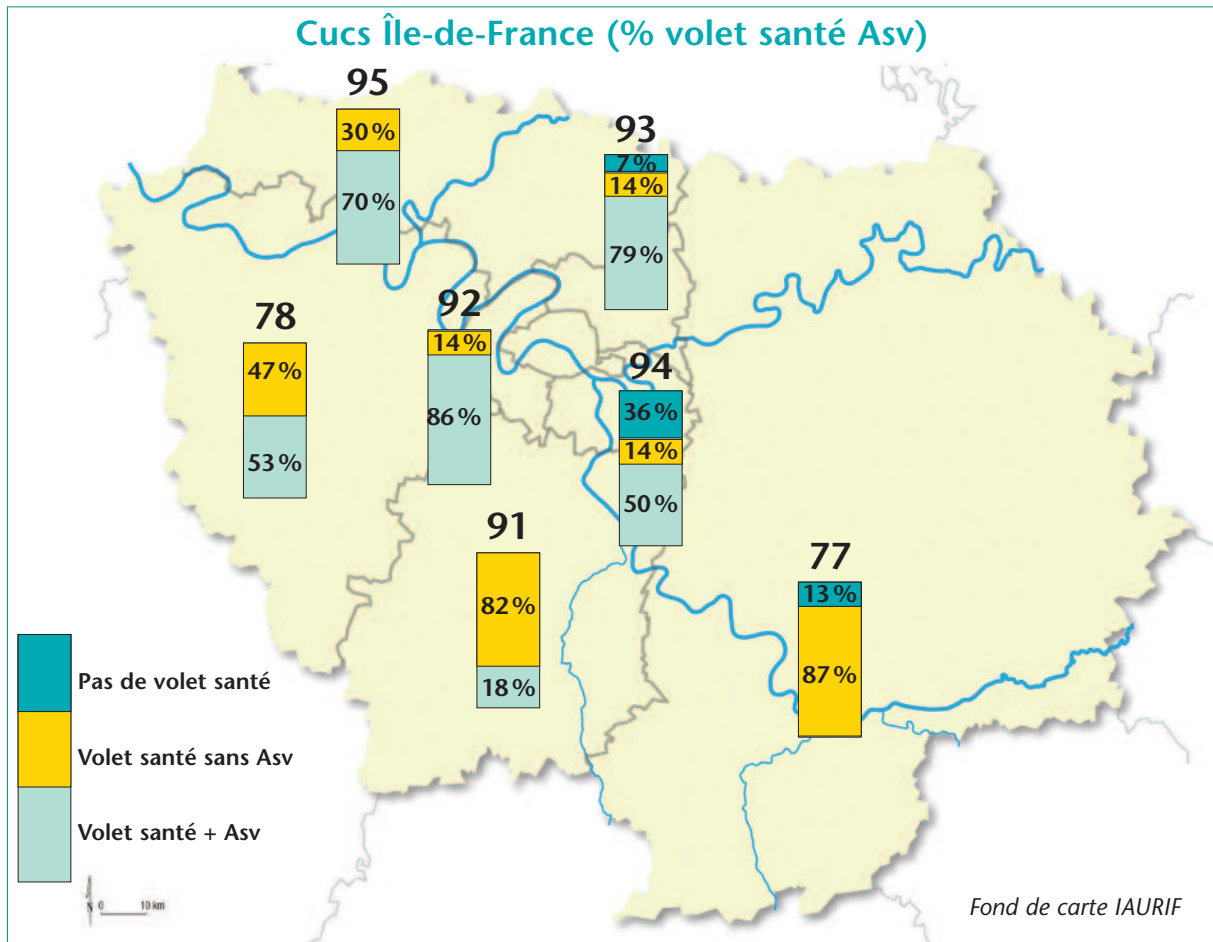
Les facteurs en rapport avec les déficits de pilotage et de programmation constatés pointent la nécessité de remobiliser les services déconcentrés de l'État et d'améliorer les compétences techniques des animateurs.

Il s'agit maintenant en effet de consolider le cadre d'intervention en améliorant le dispositif opérationnel actuel. L'optimisation des vingt années d'engagement public sur cet axe thématique de la politique de la ville pourrait s'opérer à l'occasion de la construction des contrats locaux de santé conçus dans la perspective de la stabilisation des acquis au niveau du droit commun. ■

Voies de consolidation et de développement du volet santé de la politique de la ville

- 1) Élargissement et mobilisation des partenaires clés des démarches santé (réexpliquer les objectifs, la démarche, sensibiliser les chefs de projet, impliquer les conseils généraux et régionaux).
- 2) Systématiser les acquis méthodologiques et assurer la reconnaissance et la consolidation des compétences des coordonnateurs (formations, validation des acquis de l'expérience).
- 3) Contribuer à l'augmentation du niveau de compétences des équipes locales pour assurer une programmation transversale et des programmes spécifiques (espaces départementaux, concertations sur la méthodologie et les thématiques).
- 4) Augmenter les moyens en animation, suivi, coordination et évaluation des actions spécifiques, du niveau local au niveau régional (agences régionales de santé) et national (réseaux, rencontres).
- 5) Expérimenter un cadre d'inscription dans le droit commun des expériences engagées, par exemple par le biais des contrats locaux de santé.
- 6) Soutenir et qualifier l'expérience de l'intercommunalité par l'intégration du champ de la santé (contrats locaux de santé).
- 7) Développer une stratégie d'intégration dynamique au droit commun de la démarche atelier santé ville en assurant son caractère d'« a-dispositif » (souplesse, adaptabilité, interactivité).
- 8) Préciser le cadre et les conditions d'évolution du volet santé des Cucs.
- 9) Clarifier et simplifier les modes de financement des programmes locaux de santé publique.
- 10) Développer les liens avec les universités et la recherche (évaluations, formations, échanges).





PROFESSION BANLIEUE

CENTRE DE RESSOURCES

15, rue Catulienne
93200 Saint-Denis
Tél. : 01 48 09 26 36
Fax : 01 48 20 73 88
profession.banlieue@wanadoo.fr

www.professionbanlieue.org

AVEC LE SOUTIEN DE

- La Préfecture de l'Île-de-France
- L'Acse
- La DDASS de la Seine-Saint-Denis
- La Direction de l'accueil, de l'intégration et de la citoyenneté
- Le Conseil général de la Seine-Saint-Denis
- Le Conseil régional de l'Île-de-France
- Les villes de la Seine-Saint-Denis
- La Caisse des dépôts

ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

- BLANCHARD Philippe, DILAIN Claude, DUFOUR Marie-Odile, DUVERNOIS Olivier, EL GHOZI Laurent, GINOT Luc, GRANGER Isabelle, JOUBERT Michel, LANCINO Sylvie, LAPORTE Pierre, LÉPÉE Maryse, MANNONI Chantal, **L'Atelier santé-ville, une démarche territoriale de santé publique**, Profession Banlieue, 2005.
- BRUNET Florence, CAMUS Baptiste, DROSSO Ferial, LAGUILLAUME Claude, PIOU Olga, **Vieillir dans les quartiers populaires. Un enjeu de politique publique**, Profession Banlieue, coll. Les Cahiers, 2010.
- JOUBERT Michel, MANNONI Chantal, **Les Ateliers santé ville. Expérimentations en Seine-saint-Denis**, Profession Banlieue, 2003.
- LANGLOIS Gaëlle, **Promouvoir la santé au niveau local**, Pôle de ressources départemental Ville et Développement social Val-d'Oise, coll. Dossier thématique, 2008.
- MANNONI Chantal (coord.), **Les Ateliers santé ville. Une plus-value locale pour la réduction des inégalités de santé**, Pôle de ressources départemental Ville et Développement social Val-d'Oise, Pôle ressources de la Délégation à la politique de la ville et à l'intégration, Profession Banlieue, 2010.
- MANNONI Chantal (dir.), **La Démarche atelier santé ville. Des jalons pour agir**, Profession Banlieue, 2008.
- MANNONI Chantal, **Politique de la ville, territoire et santé. Réflexions autour des ateliers santé ville et de leurs enjeux en Seine-Saint-Denis**, Profession Banlieue, 2004.
- PRAZNOCZY Corinne, **Dynamiques territoriales de santé en Île-de-France**, Observatoire régional de santé d'Île-de-France, 2009.
- Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé**, Délégation interministérielle à la ville, 2009.