



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2001 –

**PRAPS ET POLITIQUE DE LA VILLE**

– thème n° 33 –

**Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale**

*Animateur*

– *Pascal THEBAULT*

# Sommaire

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1 POLITIQUE DE LA VILLE ET POLITIQUE SANTÉ : DES ÉVOLUTIONS CONVERGENTES POUR LUTTER CONTRE LES EXCLUSIONS.....</b>	<b>3</b>
1.1 POLITIQUE DE LA VILLE : DES OPÉRATIONS HABITAT VIE SOCIALE AUX NOUVEAUX CONTRATS DE VILLE DU XII <sup>e</sup> PLAN .....	3
1.2 POLITIQUES DE SANTÉ : VERS LA TERRITORIALISATION DES ACTIONS ET LA LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS. ....	5
<b>2 POLITIQUE DE LA VILLE ET ACTIONS DE SANTÉ : QUELLES ACTIONS ET DANS QUEL CADRE ? .....</b>	<b>7</b>
2.1 LE PRAPS : UN CADRE ADAPTÉ À LA MISE EN ŒUVRE D'UNE TERRITORIALISATION DES ACTIONS .....	7
2.2 QUELLE PERTINENCE POUR L'ÉCHELON VILLE DANS LE CADRE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ EN FAVEUR DES PLUS DÉMUNIS ?.....	9
2.3 LE VOLET SANTÉ DES CONTRATS DE VILLE 2000-2006 .....	11
<b>3 LES ATELIERS SANTÉ-VILLE PRESENTATION DU PROJET ET DE L'EXPERIMENTATION.. .....</b>	<b>13</b>
3.1 CADRE THÉORIQUE.....	13
3.2 LA DÉMARCHE D'EXPÉRIMENTATION DES ASV .....	15
3.3 LES ATELIERS SANTÉ VILLE : PERCEPTION DES ACTEURS .....	17
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>19</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>20</b>
<b>ANNEXE 1 : LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....</b>	<b>23</b>
<b>ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES CONTACTEES .....</b>	<b>24</b>
<b>ANNEXE 3 : GRILLES D'ENTRETIEN .....</b>	<b>25</b>
<b>ANNEXE 4 : LE PRAPS BRETAGNE.....</b>	<b>30</b>
<b>ANNEXE 5 : ATELIERS SANTÉ VILLE : PRÉSENTATION DE L'EXPÉRIMENTATION MENÉE DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE ST DENIS .....</b>	<b>33</b>

## INTRODUCTION

Au cours de sa conférence de presse du 18 juillet dernier, le ministre de l'emploi et de la solidarité a souligné que la prise en charge de proximité des personnes en situation de précarité était indispensable pour lutter contre les exclusions.

Dans ce cadre, la mise en œuvre au niveau de la ville des priorités d'action définies par les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (P.R.A.P.S) doit être soutenue afin de garantir l'effectivité de l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

La ville est en effet un lieu privilégié de mobilisation des moyens et de coordination des acteurs au niveau le plus proche des populations.

De nombreuses villes ont déjà développé des actions de santé dans ce sens.

La légitimité de ces actions est renforcée lorsqu'elles s'inscrivent en cohérence avec les objectifs définis dans le PRAPS.

Mais le PRAPS peut être également l'occasion pour les villes de développer d'autres priorités et surtout d'autres formes d'action en santé afin de rendre toujours plus effectifs les objectifs de renforcement de l'accès à la prévention et aux soins définis au niveau régional.

C'est dans le but de renforcer la territorialisation des politiques de santé que le Comité Interministériel des Villes du 14 décembre 1999 a décidé de la création des Ateliers Santé Ville (ASV).

Il convient de souligner dès à présent que la problématique qui nous était proposée, à savoir l'étude qualitative de l'apport des ateliers santé ville dans le cadre de la déclinaison locale des PRAPS, n'a pu être développée compte tenu du retard accumulé par les différentes instances centrales et déconcentrées dans l'expérimentation de ce dispositif et dans sa diffusion auprès des acteurs locaux éventuellement intéressés.

Par conséquent, notre groupe a tenté de montrer en quoi les actions engagées dans les villes répondent aux objectifs du PRAPS et comment les acteurs interagissent pour mettre en place cette politique en faveur des plus démunis, au niveau le plus approprié.

C'est dans ce sens, que nous avons apprécié la pertinence des objectifs et des méthodes de l'outil « ateliers santé ville », au travers l'analyse de ses fondements théoriques et de la perception qu'en ont actuellement les acteurs de la politique de santé au niveau local.

Pour mener cette réflexion, nous avons tout d'abord analysé l'évolution des politiques de la ville et des politiques de santé vers la prise en compte des situations d'exclusion (première partie).

Puis, à partir de l'analyse des politiques de santé menées par 4 villes de la région Bretagne dans le cadre de leur contrat de ville, nous nous sommes interrogés sur la pertinence de l'échelon ville pour la mise en œuvre des objectifs définis dans le PRAPS (deuxième partie).

Enfin nous avons analysé le projet des Ateliers Santé Ville sur le plan théorique et expérimental et rendu compte de la perception actuelle de ce projet par les acteurs de terrain en région Bretagne (troisième partie).

Notre méthodologie fut la suivante :

Après une phase de documentation et de découverte du sujet, nous avons décidé, pour des raisons pratiques, de centrer notre analyse du terrain sur la région Bretagne.

Pour alimenter notre réflexion sur les actions de santé menées par les villes dans le cadre du PRAPS nous avons rencontré les responsables des contrats de ville et les représentants des services de santé de 4 des villes bretonnes fonctionnant en contrat de ville : Rennes, Saint-Brieuc, Vannes et Brest (En raison des contraintes de temps et de disponibilité des interlocuteurs, nous n'avons pu rencontrer les acteurs des villes de Lorient, Quimper et Saint Malo).

Au sein des administrations déconcentrées du ministère de la santé de ces 4 villes, nous avons rencontré les responsables de la mise en œuvre du PRAPS et les chargés des relations avec la politique de la ville.

Pour comprendre et analyser la mise en place des Ateliers Santé Ville, nous avons réalisé des entretiens avec les personnes chargées du projet au niveau de l'administration centrale (DIV et DGS) ainsi qu'avec les personnes impliquées dans l'expérimentation menée en Seine Saint Denis (sociologue du RESSCOM et directeur de la santé à la ville de St Denis).

# **1 POLITIQUE DE LA VILLE ET POLITIQUE DE SANTE : DES EVOLUTIONS CONVERGENTES POUR LUTTER CONTRE LES EXCLUSIONS**

La montée du phénomène de l'exclusion a précédé celle de sa conscientisation. Phénomène polymorphe, l'exclusion met en scène une multiplicité d'acteurs parmi lesquels l'Etat a parfois du mal à définir son rôle et à légitimer son action. La séparation du sanitaire et du social n'a sans doute pas facilité l'appréhension de l'exclusion qui a, dès lors, fait l'objet de prises en charge à la fois parcellaires et éclatées ; d'aucuns ont une vision de l'exclusion strictement économique, à travers le prisme du chômage, d'autres ne l'appréhendent qu'à travers la grande exclusion.

La définition élargie de la santé élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé<sup>1</sup> et son appropriation progressive par l'ensemble des acteurs du domaine socio-sanitaire ont favorisé une prise de conscience collective du caractère multidimensionnel de l'exclusion et de la nécessité subséquente de rechercher le niveau le plus efficient de coordination de l'ensemble des actions et des acteurs à chaque niveau.

## **1.1 Politique de la ville : des opérations Habitat Vie Sociale aux nouveaux contrats de ville du XII<sup>e</sup> plan<sup>2</sup>**

On a coutume de dater le démarrage de la politique de la ville aux opérations Habitat Vie Sociale (HVS), lancées en 1977 après l'échec des politiques sociales traditionnelles trop sectorisées, et qui intègrent des ingrédients de la politique de la ville (transversalité, partenariat). Mais ces opérations ne se sont, pour l'essentiel, traduites que par des réhabilitations de logements. Au début des années 80, le Développement Social des Quartiers, prémices de la politique de la ville, propose la réhabilitation du bâti ainsi que des actions d'accompagnement social, dont la promotion de la santé. Il s'agissait de mettre en synergie un véritable réseau d'acteurs institutionnels et de terrain. Cette période est marquée par plusieurs rapports importants qui apportent des éléments à l'évolution de la politique de la ville<sup>3</sup>. Après les lois de décentralisation de 1983, le partenariat avec les collectivités locales devient progressivement un moyen essentiel de la politique de la ville.

---

<sup>1</sup> « La santé est un état de complet bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

<sup>2</sup> d'après : DAVID Jérôme, « politique de la ville : chronologie » in « revue française des affaires sociales » n°3 j-s 2001

<sup>3</sup> les rapports DUBEDOUT (ensemble refaire la ville), BONNEMAISON sur la prévention de la délinquance, SCHWARTZ sur l'insertion des jeunes

Vers la fin des années 80, l'appellation Développement Social Urbain remplace, non sans mal, celui de Développement Social de Quartier : le territoire d'intervention se déplace du quartier vers la ville, reflétant le souhait de voir traiter le quartier non seulement pour lui-même mais par rapport à la ville, voire à l'agglomération. La Délégation Interministérielle à la Ville suscite la mise en œuvre d'actions concertées entre l'Etat, les collectivités territoriales et les partenaires locaux.

La circulaire du Premier Ministre en 1989 définit ce que sera la politique de la ville pour le X<sup>e</sup> plan et fixe deux principes : la pluralité des niveaux d'intervention (quartiers, ville, agglomération) et d'actions (économique, social, culture, éducation, sport, loisirs).

Le début des années 90 est marqué par des lois importantes pour la politique de la ville : la loi Besson, qui a pour objectif de garantir le droit au logement, la loi de solidarité financière, instituant une dotation de solidarité urbaine : les communes favorisées financent les communes moins favorisées, la loi d'orientation pour la ville, ayant pour objectif de créer des conditions de vie et d'habitat favorisant la cohésion sociale et visant à éviter les phénomènes de ségrégation.

Le XI<sup>e</sup> plan voit l'émergence du contrat de ville comme outil principal de la politique de la ville. A partir de 1998, de nouvelles mesures sont arrêtées dont trois textes législatifs majeurs<sup>4</sup> : En avril 2001, 247 contrats de ville pour la période 2000-2006 sont signés. Ils sont à 70% intercommunaux et les conseils généraux y sont très majoritairement présents. Ces nouveaux contrats de ville incluent la santé comme l'une des priorités.

L'évolution de la politique de la ville est un bon exemple de la prise de conscience par l'Etat de la nécessité de politiques transversales permettant de prendre en considération l'ensemble des déterminants d'un phénomène aussi complexe que l'exclusion.

Toutefois, l'hétérogénéité des pratiques des villes dans le traitement de l'exclusion n'apparaît pas toujours satisfaisante. Les élus locaux, dans une perspective que l'on devine électoraliste, ont eu pendant longtemps une tendance assez nette à ne traiter l'exclusion qu'au travers de certains de ses symptômes les plus voyants : lutte contre l'errance et la mendicité, lutte contre l'insécurité dans les quartiers dits sensibles. Les acteurs du champ associatif vont alors et dans le meilleur des cas, de manière très hétérogène selon les villes, tenter de pallier les insuffisances de la politique locale ou bien se comporter uniquement comme une force d'opposition à une politique locale défailante.

---

<sup>4</sup> la loi sur l'aménagement durable du territoire, la loi sur le renforcement et la simplification de la coopération intercommunale, et en décembre 2000, la loi SRU (solidarité et renouvellement urbain) qui reprend le principe de mixité et oblige les communes des grandes agglomérations à disposer d'au moins 20% de logements sociaux.

## 1.2 Politiques de santé : Vers la territorialisation des actions et la lutte contre les inégalités.

Dès 1986, les Etats qui, dans le cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ont signé la charte d'Ottawa, se sont engagés à : «réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé et à offrir à tous les individus les mêmes ressources et les mêmes possibilités de réaliser pleinement leur potentiel de santé».

Dans son bilan 1994-1998, le HCSP pointe l'influence des déterminants liés au comportement et à l'environnement et, dans une logique d'égalité et d'équité, dénonce les effets de la pauvreté et de la précarité<sup>5</sup> sur la santé.

La conférence nationale de santé de mars 2001 mentionne la mise en place d'une politique volontariste de meilleure organisation du système de soins (prenant en compte le territoire comme lieu de vie et de promotion de la santé) en tant que nécessité pour garantir le respect du principe d'égalité d'accès à la prévention et aux soins.

Le système de soins a évolué dans sa typologie au cours des 50 dernières années. Dans les années 50, le médecin de famille est le coordonnateur des soins.

Dans les années 70, la politique de santé se structure autour de la recherche d'une plus grande efficacité du système. Elle s'oriente en premier lieu vers la planification et la maîtrise des dépenses, puis vers la mise en place de processus d'assurance de la qualité des soins. Elle relance également les actions de promotion de la santé.

La loi du 31/12/1970 portant réforme hospitalière place l'hôpital et son plateau technique au cœur du dispositif de coordination des soins, et lui confie une mission de prévention des fléaux sociaux. Il a en outre l'obligation d'assurer un accueil permanent et non discriminatoire des populations.

Mais depuis le début des années 90, le vieillissement de la population et l'apparition du phénomène de précarisation ont rendu les problématiques de santé plus complexes.

Les réseaux sanitaires et sociaux se développent et paraissent plus à même de répondre à la diversité et la complexité des situations.

---

<sup>5</sup> Le rapport du Haut Comité de Santé Publique de février 1998 définit la précarité, dans le prolongement de la définition qu'en avait donné J. Wresinski comme « un processus de fragilisation conduisant à une plus grande vulnérabilité devant un certain nombre de handicaps sociaux, coûteux pour l'individu et susceptibles d'entraîner un glissement vers des situations plus durables et plus dramatiques, proche de la grande pauvreté ou de l'exclusion ».

En décembre 1988, la persistance des difficultés économiques et sociales avait rendu impérative la création du Revenu Minimum d'Insertion, allocation dont le versement est conditionné par un contrat d'insertion établi avec les populations concernées. Ce nouvel outil évoluera en lien avec la politique d'assujettissement et de prise en charge Assurance Maladie jusqu'à la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Toutes ces mesures n'ont cependant pu contenir la montée des phénomènes de précarité et d'exclusion sociale. La loi d'orientation et de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 préconise la nécessité d'une prise en compte de l'individu dans la globalité de ses besoins considérés comme autant de droits.

La LCE veut sortir d'une logique d'assistance pour mettre en place une logique d'accès aux droits fondamentaux, ceux-ci étant garantis par la mise en œuvre de moyens adaptés, plus que par la création de droits nouveaux. Elle incite à améliorer le fonctionnement des institutions sociales et la coordination des acteurs pour rendre plus efficaces leurs interventions. Dans cette perspective, pour ce qui concerne le volet santé, elle porte obligation d'élaborer des PRAPS fondés sur la coordination des acteurs et le développement des réseaux. Elle inscrit également dans le Code de la Santé Publique, la mission sociale de l'hôpital au travers les PASS notamment.

Les PRAPS constituent un cadre de priorités à partir duquel des actions locales et innovantes peuvent être initiées. Ils visent expressément à une territorialisation des politiques de santé, entendues dans leur sens le plus large, mieux à même de percevoir la cohésion géographique, culturelle, économique et sociale d'un ensemble humain à géométrie variable que l'on nommera selon le cas pays, agglomération, ville ou quartier.

## **2 POLITIQUE DE LA VILLE ET ACTIONS DE SANTE : QUELLES ACTIONS ET DANS QUEL CADRE ?**

### **2.1 Le PRAPS : un cadre adapté à la mise en œuvre d'une territorialisation des actions**

Dans chaque région, un programme régional spécifique d'accès à la prévention et aux soins doit donc être arrêté par le Préfet de région, compte tenu de la situation des départements, après consultation d'un comité régional qu'il préside, dont le secrétariat est assuré par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

Ce comité réunit le directeur régional de l'hospitalisation, un représentant de chacune des DDASS de la région, le recteur d'académie, un représentant de chaque conseil général désigné par son assemblée, deux représentants des communes désignés par l'association des mairies la plus représentative, le représentant de l'union régionale des caisses d'assurance maladie désigné par son président et, dans les régions où existe une délégation régionale du fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés, son délégué régional.

Le PRAPS, établi pour trois ans, définit des actions coordonnées de prévention, d'éducation pour la santé, d'accès aux soins, de suivi et de réinsertion, à mener en faveur des personnes les plus démunies. Il détermine les modalités de leur mise en œuvre et précise les méthodes d'évaluation de leur application et de leur résultat.

S'ils prennent appui sur les compétences déjà acquises des programmes régionaux de santé et des plans départementaux d'accès aux soins des populations en situation précaire, les PRAPS entendent cependant jouer un rôle original de régulateur, infra national et supra local, de définition et de mise en œuvre des politiques de santé en faveur des populations précarisées.

Dans l'esprit du rapport Mauroy d'octobre 2000, «refonder l'action publique locale», les PRAPS reconnaissent et mettent en œuvre le principe de subsidiarité selon lequel les compétences sont transférées à la collectivité apte à les exercer au niveau le plus proche des citoyens et le plus efficace. Ils vont même plus loin en ce sens qu'ils ne font pas de distinction selon la nature publique ou privée de la structure la mieux à même de prendre en charge de manière efficace les problèmes des populations en situation de précarité.

C'est donc bien dans le cadre de la territorialisation des politiques publiques que vient s'inscrire le PRAPS. Mais que recouvre cette notion de territoire ?

Le territoire est un espace construit par le jeu d'acteurs multiples : entreprises, habitants, associations, élus locaux... De fait, la massification des phénomènes d'exclusion a déqualifié une approche sectorielle et centralisée des politiques publiques à l'égard des démunis, au bénéfice d'approches globales, pluri-sectorielles et de proximité de ces populations.

L'approche territoriale de l'action publique réunit les politiques de lutte contre l'exclusion et les politiques de santé en faveur des populations démunies. Elle présente deux caractéristiques : En premier lieu, il s'agit d'une approche pluridisciplinaire des problématiques d'exclusion, à tous les niveaux d'intervention, qu'ils soient national, régional, départemental ou local ; en second lieu, l'approche locale de la territorialisation, celle qui nous intéresse plus particulièrement dans le cadre de la politique de la ville, consiste à élaborer des solutions à partir et avec les populations concernées.

Ces deux facettes de la territorialisation nous apprennent qu'il ne semble pas y avoir de territoire optimum ; le territoire doit être à géométrie variable et répondre à un besoin précis, porté par un environnement militant, placé dans des réseaux de relations soutenus par les dispositifs institutionnels (DDASS et Etablissements Publics de Santé notamment).

Le PRAPS est un instrument déterminant de cette politique de territorialisation des actions pour l'accès à la prévention et aux soins en faveur des populations démunies : il se situe comme l'interface qui manquait jusqu'à présent entre une démarche descendante transcrivant la vision des représentants de l'État, garant des cohérences de la politique de santé dans ses objectifs fondamentaux, en particulier celui de l'égalité d'accès aux soins pour tous, et une démarche ascendante transcrivant les actions des acteurs sur le terrain qui répondent de manière précise et ciblée aux besoins effectifs des populations les plus démunies.

Comme nous l'avons montré, ceci s'inscrit dans une logique convergente des politiques de la ville et des politiques de santé pour l'accès aux soins et à la prévention.

La politique de la ville doit dépasser les approches sectorielles<sup>6</sup>. Cet objectif de transversalité était explicitement formulé dans la loi de lutte contre les exclusions : «*La lutte contre les exclusions est une priorité de l'ensemble des politiques publiques* ».

---

<sup>6</sup> circulaire du 31 décembre 1998 : « *La politique de la ville n'est pas une politique sectorielle de plus. Elle constitue une dimension de toutes les politiques publiques* »

En Bretagne, le PRAPS a retenu 2 objectifs principaux et 9 objectifs secondaires (cf. annexe). Les préconisations émises sont les suivantes :

- partir des besoins et des préoccupations de la population et l'associer le plus possible au montage des actions
- resserrer les liens entre les professionnels des différentes institutions par la formation et la constitution de réseaux
- tenir compte des préoccupations des personnes et établir une relation de confiance avec elles
- donner au médecin généraliste un rôle pivot pour la prise en charge de la santé des populations, dans le cadre d'un réseau médico-social
- aller au devant des populations non demandeuses de la CMU

Le cadre de la politique de la ville semble particulièrement adapté à la mise en œuvre d'actions dans le sens de ces préconisations. L'échelon de la ville est-il toutefois le plus pertinent pour le développement de ces actions?

## **2.2 Quelle pertinence pour l'échelon ville dans le cadre de la politique de santé en faveur des plus démunis ?**

### **2.2.1 Question préalable : la santé est-elle de la compétence des villes ?**

Avant de s'interroger sur la pertinence de l'échelon de la ville pour mener des actions en matière de prévention et d'accès aux soins il faut se demander si la santé est de la compétence de la ville. En effet, certains responsables de contrats de ville ont souligné que, pour les élus, la santé ne relevait pas de la compétence des municipalités. En règle générale, ils considèrent que la santé correspond aux soins et donc que cette organisation est de la compétence étatique. Dans un contexte où la santé est encore assimilée au sanitaire et où elle est considérée comme un sujet d'ordre individuel voire intime, où le champ de la santé est réduit à celui des institutions et techniciens du soin, beaucoup de municipalités restent réservées sur leur engagement dans un domaine qu'elles considèrent hors de leurs compétences.

Les résistances s'expriment devant les risques de créer des structures parallèles face à l'hôpital d'une part, à la médecine de ville d'autre part. Pourtant, si on reprend la définition de la santé de l'OMS, il semble évident que la ville a un rôle à jouer en matière de prévention et d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité.

### 2.2.2 La ville échelon de proximité

L'argument le plus évident en faveur d'une action des villes pour l'accès à la prévention et aux soins est que la ville est un échelon de proximité. C'est en effet sur le territoire de la ville que se situent les réseaux d'acteurs qui œuvrent dans ce domaine. Des réseaux de santé de proximité formels ou informels existent et constituent un vivier important de professionnels pluridisciplinaires capables de mener des actions en santé innovantes avec les populations. Un exemple intéressant peut être pris dans la ville de Brest où il existe depuis quelques années un réseau informel de professionnels qui travaillent dans le secteur de la prévention et de l'accès aux soins. Cette dynamique a permis de soutenir des projets innovants portés par les acteurs de terrain dans ce domaine. La municipalité a ainsi pris conscience de la nécessité d'intégrer un volet santé au contrat de ville 2000-2006 pour coordonner les actions entreprises.

Cette proximité permet de faire remonter des projets à partir de constats d'insuffisances ou de besoins identifiés de manière précise.

### 2.2.3 Le territoire en question

Si le niveau local est de plus en plus perçu comme un niveau pertinent pour mener des actions de santé pour les plus démunis, de nombreuses interrogations subsistent quant au niveau exact pour mener ces actions : quartier, ville, agglomération, bassin d'emploi...

Du point de vue des acteurs que nous avons rencontrés, il semble que la notion de territoire doive demeurer ouverte.

Si les quartiers demeurent la base des interventions de développement et de solidarité, le contrat de ville peut comporter des programmes à l'échelle de la commune ou de l'agglomération. La recherche d'un territoire clairement délimité serait donc réductrice.

Comme l'a souligné l'un de nos interlocuteurs : « *il ne faut pas avoir de dogme en la matière mais adapter le découpage aux réalités rencontrées* ».

Ainsi l'approche territoriale de la lutte contre les exclusions ne se réduit pas au traitement prioritaire des quartiers à problèmes.

En tous les cas, quel que soit le niveau de mise en œuvre des politiques, il apparaît que l'Etat, garant de l'égalité des droits sur le territoire français, doit garder un rôle d'impulsion et de coordination des actions menées au niveau régional et local.

Les « ateliers santé ville », définis comme des instruments de coordination des acteurs visant à « *promouvoir le développement de programmes locaux de santé, en cohérence*

avec la démarche stratégique utilisée pour les PRAPS », pourraient permettre de répondre à cette exigence.

### **2.3 Le volet santé des contrats de ville 2000-2006**

Selon une note diffusée aux correspondants locaux de la politique de la ville par la DIV (le 23 septembre 1999), le volet santé des contrats de ville de deuxième génération repose :

- sur l'articulation effective entre la politique de la ville et le champ sanitaire et social sur les thématiques santé/précarité et toxicomanies portées par la DDASS,
- sur l'intégration des politiques de santé menées par l'état, à tous les niveaux, en utilisant le support politique de la ville.

L'enjeu central est celui de la mobilisation des réseaux de droit commun, qu'il s'agisse des actions préventives de santé publique, de l'accès aux soins ou de l'urgence sanitaire et sociale.

Ces contrats de ville doivent constituer à ce titre un outil performant de 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.

Les PRAPS peuvent être un support pour les communes qui connaissent des difficultés à faire émerger les manques et les dysfonctionnements dans l'accès aux droits, aux soins et à la prévention à l'échelle intercommunale, communale et infra-communale.

Un avis du Conseil National des Villes de février 2000 relatif à la santé et aux pratiques sociales, insiste également sur le fait qu'une architecture cohérente doit être créée et soutenue au niveau municipal par une volonté politique portée par les élus et les services, et résistante au temps et aux échéances électorales. De même, parmi d'autres recommandations, pour les territoires prioritaires de la politique de la ville et bénéficiant d'un contrat de ville, *«il est recommandé que soit imposé un volet santé pouvant aller jusqu'à un contrat local de santé publique, et que tout contrat de ville où le volet santé serait absent soit pénalisé»*.

Nous avons pu rencontrer dans les quatre villes bretonnes disposant d'un contrat de ville et que nous avons retenues ( à savoir Brest, Rennes Saint Briec, et Vannes ), des acteurs de la mise en place dudit contrat et *a fortiori* de son volet santé.

Au travers de nos entretiens, nous avons pu constater que même si ces villes ou agglomérations disposaient d'un volet santé plus ou moins développé et très souvent inspiré

du PRAPS, la mise en œuvre des actions sur le terrain se faisait de manière très inégale, en fonction notamment :

- ✓ De l'antériorité des actions de santé menées par la ville
- ✓ Des réseaux de professionnels et d'associations présents sur le terrain et effectifs avant l'élaboration du volet santé.

Il est clairement apparu que les villes ayant une histoire en matière de santé, disposant de réseaux efficaces et mobilisables de suite, ont eu moins de difficultés à faire accepter par les décideurs du niveau local et à élaborer, grâce à des groupes de travail, le volet santé du contrat de ville. D'autres, pour lesquelles il n'y avait pas de réelle antériorité, ont dû façonner de toutes pièces une politique de santé et « accusent donc un certain retard » en matière de coordination des actions de terrain . L'action de ces villes en matière de santé étant limitée au soutien financier au coup par coup des projets en lien avec l'axe thématique santé-solidarité

- ✓ De la sensibilité des acteurs à ces problèmes de santé /précarité / solidarité et de leur relation avec les services déconcentrés du ministère de la santé.

En effet, pour certains des contrats de ville étudiés, il est apparu que les acteurs au niveau municipal et/ou les agents des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales avaient su créer une réelle dynamique autour des thématiques PRAPS et contrat de ville, favorisant sur le terrain, en mobilisant les partenaires locaux (professionnels, associations, administrations...) pour la mise en œuvre du volet santé du contrat et la concrétisation des actions prévues

Par conséquent, nous avons constaté que la solidité (ou la fragilité) de ces réseaux dépendaient de l'investissement et de la mobilisation des acteurs et de leurs relations personnelles .

Les réseaux sont -ils forcément « individu-dépendants » ?

Quel type de dispositif permettrait d'assurer la pérennité des relations inter individus au-delà de critères d'affinités personnelles ?

L'Atelier santé ville pourrait-il être un de ces dispositifs ?

### **3 LES ATELIERS SANTE–VILLE PRESENTATION DU PROJET ET DE L'EXPERIMENTATION**

#### **3.1 Cadre théorique**

- **Les Ateliers Santé Ville ont pour objectif d'optimiser les actions santé menées par les villes dans le cadre de leur Contrat de Ville, en cohérence avec les objectifs définis par le PRAPS**

Créé à l'initiative des partenaires des contrats de ville qui souhaitent inscrire la santé comme une priorité forte, l'ASV pourrait constituer le dispositif opérationnel de la convention thématique santé.

Si le positionnement de l'ASV au sein des contrats de ville va de soi, il apparaît indispensable de spécifier la manière dont il doit s'articuler, d'une part, avec les actions de santé programmées dans d'autres dispositifs, notamment les réseaux de soins et, d'autre part, avec des projets relevant de secteurs connexes (social, éducatif, insertion, sécurité, logement..).

Les ASV ont pour vocation d'améliorer **la cohérence** et **la pertinence** des actions destinées aux populations précarisées des territoires de la politique de la ville, qu'elles soient menées par les institutions, le monde associatif ou les acteurs de santé du secteur public ou privé.

Au carrefour de la politique de la santé et de la politique de la ville, ils ont pour ambition de combiner la volonté descendante de l'une et ascendante de l'autre, afin d'aboutir à une coordination des structures et des actions de santé dans le cadre de la lutte contre les exclusions au niveau d'un territoire déterminé.

En d'autres termes, ils devraient améliorer l'articulation entre les divers échelons afin de renforcer la pertinence de la territorialisation de la santé et de soutenir en cela l'action du PRAPS.

- **Les Objectifs et la Stratégie des Ateliers Santé Ville ont été définis par la circulaire DIV /DGS du 13 juin 2000**

**Les objectifs fixés par l'Etat pour les ASV sont les suivants:**

- Identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie
- Faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien des réseaux médico-sociaux
- Diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site
- Rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun

- **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 ; d'autre part, la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes ».**

En terme de **stratégie**, les ASV doivent permettre d'instaurer **une dynamique partenariale** entre les différents représentants des institutions :

En articulation avec le niveau régional (DRASS), le lancement des ASV requerra un rapprochement des DDASS avec les sous-préfets chargés de la politique de la ville.

Ce rapprochement impliquera de la part des professionnels des DDASS, l'amélioration de l'organisation du suivi de la politique de la ville et le **renforcement de l'articulation des secteurs sanitaires et sociaux**. Il conviendra également que la DDASS et la préfecture puissent mobiliser avec elles les principales institutions concernées par l'accompagnement et la pérennisation des actions de santé au niveau local : services déconcentrés du Conseil Général, Caisses d'Assurance Maladie, Education Nationale, Conseil des Ordres des professionnels de santé.

**Cette dynamique partenariale devra s'inscrire dans une démarche de réseau et favoriser la constitution de réseaux de santé de proximité** dans lesquels tous les acteurs des champs sanitaires et sociaux seront impliqués et 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...

La stratégie fixée pour les ASV repose également sur **une démarche participative**.

L'Atelier doit être « un outil privilégié dans l'initiation et le développement de démarches associant les populations concernées »<sup>7</sup>, ceci à partir de méthodes différentes, au premier rang desquelles :

⇒ l'instauration de **diagnostics participatifs** pour l'identification des besoins locaux.

⇒ La mise en œuvre d'actions plaçant la population au cœur des projets.

⇒ L'évaluation des actions par consultation régulière des publics pour et avec lesquels les actions ont été pensées.

D'après nos différents interlocuteurs impliqués dans le projet des ASV, cette démarche participative, et particulièrement la réalisation des diagnostics participatifs, devront se fonder :

---

<sup>7</sup> DIV, « les ASV, éléments d'orientation et de mise en œuvre »

- sur la mise en place de forum et de groupes de paroles destinés à permettre la formulation des problèmes d'accès aux soins par les populations précarisées elles-mêmes et les professionnels de santé. Ainsi des pistes d'amélioration pourront émerger directement du terrain et des populations concernées.

- sur la réalisation d'enquêtes par les professionnels de santé auprès des populations avec lesquelles ils sont en contact et sur la base de référentiels communs.

Ces groupes de paroles et enquêtes devront comprendre des méthodes rigoureuses de restitution des résultats des consultations de la population, notamment par la validation systématique de leur « parole » par tous les participants et les personnes interrogées pour que s'instaure une relation de confiance facilitant l'expression.

Il ressort donc de la circulaire du 13/06/2000 et des propos des personnes en charge du projet à la DIV et à la DGS, que l'objectif des ASV n'est pas d'être « une structure de plus », mais un lieu de coordination entre les 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.

En ce sens les ASV apparaissent donc comme une volonté des pouvoirs publics d'« institutionnaliser » et de généraliser **une méthodologie nouvelle de travail** reposant sur la participation des populations et le fonctionnement en réseaux des acteurs.

Si les objectifs et la stratégie des ASV sont donc définis, l'élaboration d'une méthodologie précise et efficace de mise en œuvre nous est apparue plus délicate.

La DIV et la DGS ont ainsi engagé une démarche pilote depuis juin 2000 dans deux régions de France : l'Ile de France et en premier lieu le département de Seine St Denis et la région PACA.

### **3.2 La démarche d'expérimentation des ASV**

La conduite technique de cette expérimentation a été confiée au RESSCOM, centre de recherche en sociologie, qui fut associé au projet des ASV dès son amorce, puisqu'il a participé à l'élaboration de la Circulaire du 13/06/2000.

Il a pour rôle d'apporter une aide technique et méthodologique par la définition d'indicateurs de santé, de référentiels communs, mais également en communiquant cette nouvelle logique d'action en santé fondée sur la participation et la dynamique partenariale.

Il assure également l'explication et la mise en œuvre concrète des objectifs assignés à l'ASV :

- l'articulation avec le PRAPS

- l'établissement de liens entre les actions sanitaires et d' « insertion sociale et économique »
- la détermination d'une thématique santé prioritaire

Par ailleurs il joue un rôle d'interface entre les acteurs des différents échelons pour amener à une réelle coordination

A partir des enseignements ressortant du suivi effectué par le RESSCOM, des séances de travail seront mises en œuvre au niveau départemental ( la première séance est prévue mi-octobre 2001) intégrant toutes les villes intéressées et susceptibles d'être concernées par telle ou telle dimension de la démarche. Ces séances viseront à opérer des transferts méthodologiques entre sites, avec capitalisation des expériences sur les différentes dimensions des projets.

A plus long terme, ces expérimentations sont destinées à constituer une plate forme de ressources nationales à destination de toutes les villes de France désireuses d'adopter le dispositif des ASV.

Il est ressorti de nos entretiens avec le sociologue du RESSCOM et le directeur de la santé à la ville à la Ville de St Denis que les enjeux des Ateliers Santé Ville sont variés. Il s'agirait de :

- Renforcer la clarté, la lisibilité des actions menées dans les villes pour soutenir les initiatives et pallier les insuffisances et les dysfonctionnements.
- Mettre en cohérence les politiques de santé des villes au sein des départements, l'Etat devant s'assurer de la complémentarité des actions impulsées par les villes.
- Permettre une meilleure coordination entre les politiques de la ville et la politique de santé de l'Etat pour aboutir à une véritable politique régionale de santé.
- Permettre la participation effective des habitants à toutes les étapes du processus pour une appropriation des actions engagées.

Il apparaît donc que les ateliers santé ville impliquent la mise en place d'une démarche de territorialisation des actions de santé et de partenariat s'inscrivant tout à fait dans l'évolution des politiques de la ville et des politiques de santé précédemment décrites.

Mais si les ASV tels qu'ils sont prévus par les textes et expérimentés dans deux régions de France apparaissent comme un outil adapté pour la mise en œuvre effective du PRAPS, il importe d'analyser leur perception par les acteurs sur le terrain.

### **3.3 Les ateliers santé ville : perception des acteurs**

#### **3.3.1 Connaissance de la circulaire et de son contenu :**

La circulaire sur les ateliers santé ville a été adressée par la DIV et la DGS aux services déconcentrés de l'Etat et aux responsables des contrats de ville en juin 2000. Les entretiens mettent en évidence une analyse et un traitement de son contenu très variable selon les sites et selon les acteurs :

Au niveau des DDASS, ce sont généralement des conseillers techniques en travail social, localisés au pôle social qui sont chargés de la politique de la ville et ils ont connaissance de la circulaire et de son contenu. S'agissant du coordinateur du PRAPS, selon qu'il est localisé au pôle social ou au pôle sanitaire, et selon le niveau de communication interne entre les deux pôles, la connaissance du contenu de cette circulaire est très fluctuante d'une DDASS à une autre, allant d'une ignorance totale à une appropriation avec mise en œuvre de projets.

Les responsables des contrats de ville ont également été destinataires de la circulaire, certains l'ont classée et oublié « *ce que je pense des ateliers santé ville ? cela sera très rapide, je ne sais pas de quoi vous parlez...* », certains ont élaboré des projets, essayé d'avoir des informations complémentaires et se placent dans une position d'attente d'un « signal » du ministère, certains ont élaboré des projets en collaboration avec la DDASS et commencé sa mise en œuvre (recrutement en cours d'un coordinateur d'atelier santé ville).

#### **3.3.2 Appréciations des ateliers santé ville :**

Elles aussi, varient selon les interlocuteurs. On peut les classer en 3 groupes :

- Les ateliers santé ville comme outil de légitimation des actions et levier dans la discussion avec les élus :

*« Notre projet dans le cadre des actions santé du contrat de ville correspond très bien à ce qui est prévu dans les ateliers santé ville. La circulaire vient lui donner une légitimité, nous pouvons nous y référer pour le faire intégrer dans le contrat de ville et le faire accepter par le maire »*

- Les ateliers santé ville comme outil de mobilisation des financements :

*« On en faisait sans le savoir, c'est plutôt un label pour obtenir des financements »*

*« ça permet de concrétiser l'axe santé du contrat de ville et de faciliter les financements de la politique de la ville »*

*« Nous allons pouvoir recruter un coordinateur pour la mise en place d'un réseau sur les financements prévus pour les ateliers santé ville »*

➤ Les ateliers santé ville comme un nouveau phénomène de mode

Dans ce cas la circulaire a été perçue comme *« une de plus tombée du haut »* et les acteurs craignent que les ateliers santé ville ne soient qu'une fougade de plus sans lendemain *« comme nous avons connu d'autres ayant nécessité la mobilisation de tout un tas de personnes dans des réunions sans déboucher sur rien de concret. Les acteurs finissent par se lasser... »*

Il ressort des entretiens menés une compréhension multiforme de la circulaire. Il semble que la diffusion de celle-ci enjoignant les services déconcentrés à développer cet outil, sans pour autant proposer d'accompagnement méthodologique, n'ait en rien modifié les pratiques au niveau local. Les villes qui avaient déjà développé des actions correspondant à celles décrites dans les ateliers santé ville -celles qui *« en faisaient sans le savoir »* - se trouvent confortées dans leur démarche. Les villes qui n'avaient pas adopté ce type de démarche n'y ont pas été nécessairement plus incitées par la circulaire.

Toutefois, nous pouvons conclure ce chapitre par ce commentaire de la responsable départementale d'un PRAPS : *« la DDASS devrait avoir un rôle moteur et insister pour faire évoluer les actions de santé vers des ateliers santé ville, les inscrivant ainsi dans une démarche de promotion de la santé. Les services déconcentrés de l'Etat ont un rôle prépondérant à jouer sur le public en situation précaire et leur légitimité a été renforcée dans ce sens depuis la mise en place des PRAPS, alors qu'ils avaient du mal à se faire entendre auparavant dans ce domaine »*

On peut ainsi voir la mise en place des ateliers santé-ville comme un moyen pour les services déconcentrés de l'Etat de remplir un peu plus leur rôle de garant de la politique de lutte contre les exclusions et d'animateur au niveau local des actions de mise en œuvre de cette politique.

## CONCLUSION

La logique de territorialisation des politiques, en particulier celles des politiques de santé doit permettre un accès aux droits effectif pour tous. S'agissant des PRAPS, cette démarche doit permettre aux acteurs locaux de participer à leur élaboration, de s'approprier le cadre d'action défini et de l'adapter aux réalités locales. La territorialisation permet donc d'engager un mouvement d'échange entre le niveau régional et le niveau local, ce dernier étant un acteur tant de l'orientation que de la mise en œuvre des politiques.

C'est dans cette perspective que l'on a pu démontrer que la ville était un niveau pertinent pour mener des actions de santé en direction des personnes en situation de précarité.

Face à la diversité des niveaux d'implication des villes dans les politiques d'accès aux soins que nous avons constatée sur le terrain, il est nécessaire que l'Etat, par l'intermédiaire de ses services déconcentrés, soit garant, par son rôle de coordinateur et d'animateur des politiques au plan local, de l'effectivité des droits pour tous.

S'agissant de la mise en œuvre des politiques d'accès aux soins des populations précarisées, les dysfonctionnements perçus sur le terrain venaient principalement de problèmes de cloisonnement, de manque de communication entre les différents professionnels chargés de la mise en œuvre d'une même politique. Ce cloisonnement fut perceptible à plusieurs niveaux : entre administration centrale et administration déconcentrée, au sein même des services déconcentrés et dans leurs relations avec les acteurs locaux (élus, secteur associatif, professionnels libéraux de santé...).

Cette étude nous a permis de souligner la nécessité de travailler en partenariat. C'est en ayant, chacun dans nos métiers (Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales, Directeur d'Hôpital, Médecin Inspecteur de Santé Publique, Directeur d'Etablissement Social et Médico-Social, Infirmier Général, Ingénieur Sanitaire) une bonne connaissance des actions menées sur le terrain par les différents acteurs, que nous pourrions conduire des actions efficaces et cohérentes. La culture commune acquise depuis notre formation initiale et renforcée par notre participation professionnelle à des réseaux sera un élément essentiel d'efficacité des politiques de santé dans ce nouveau contexte de territorialisation.

# BIBLIOGRAPHIE

## Textes législatifs

- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (article 71)
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel du 2 août 1991 : 10255-10269.
- Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 sur la couverture maladie universelle
- Décret n° 97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé
- Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
- Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 95-08 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies
- Circulaire DGS n° 97-731 du 20 novembre 1997 relative aux conférences régionales de santé et aux programmes régionaux de santé
- Circulaire DGS/DAGPB/DAS du 8 septembre 1998 relative à la mise en œuvre de la loi d'orientation contre les exclusions sur les exercices 1998 et 1999 : action sociale et santé publique-PRAPS
- Circulaire DGS/SP2 n° 99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place des PRAPS
- Circulaire DH/AFI/AS n° 05960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place des PASS
- Circulaire DGS/DIV du 13 juin 2000 sur la mise en œuvre des ateliers santé-ville

## **Ouvrages :**

Debionne, Patris et coll. : La santé passe par la dignité, l'engagement d'un médecin – Editions Quart Monde – 2000

Haut Comité de la Santé Publique : La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé – Editions ENSP – Février 1998

Haut Comité de la Santé Publique : La santé en France – La documentation française – novembre 1998

Joubert, Chauvin, Facy et coll : Précarisation, risque et santé – Editions INSERM, 2001

## **Revue, périodiques, articles, rapports :**

BONNEMAISON G, « *Face à la délinquance : prévention, répression, solidarité* » – La Documentation Française, 1982, 212p

DUBEDOUT H, « *Ensemble refaire la ville* » La Documentation Française – 1983, 122p

SCHWARTZ B, « *L'insertion sociale et professionnelle des jeunes* » – La Documentation Française, 1981, 146p

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. « Rapport 2000 »

Action PRAPS - *Le volet santé de la loi de lutte contre l'exclusion* - n°4 juin 2000, p1-8

Actualités et dossiers en santé publique - *Réseaux de santé et filières de soins* — n°24 septembre 1998

Bulletin du RESSCOM - *Séminaire ville, violences et santé mentale* -- n°1 avril 2001

Problèmes économiques : *Question urbaine et question sociale : quel lien pour quelle politique publique?* N° 2.574 24 juin 1998

Professions de santé et plateau technique – Le journal des métiers de la santé – n°4 janvier / février 1998

Revue française des affaires sociales - *Politique de la ville : chronologie* - - n°3 - juill sept 2001, p 16-21

MIP 2000 : Promotion de la santé à l'échelle de la ville

MIP 2000 : Territorialisation des politiques de santé : Quelles applications dans le cas de la santé des populations démunies ?

Note de synthèse du GREFOSS : DDASS et politique de la ville – E. Maurel – juillet 1999.

MDSL, Billaud V, *La santé dans les politiques des villes, étude bibliographique pour le conseil National des Villes* - octobre 1999

**Sites internet :**

<http://i.ville.gouv.fr>

[www.ville.gouv.fr](http://www.ville.gouv.fr)

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

<http://crdp.intereduc.net/web/CDDP93/Pvchrono.htm>

[www.cnr.asso.fr/textesOff/documents/officiels/asvdi2.htm](http://www.cnr.asso.fr/textesOff/documents/officiels/asvdi2.htm)

[http://www.archivistes.org/sections/Municipaux/Pol\\_ville/briere.htm](http://www.archivistes.org/sections/Municipaux/Pol_ville/briere.htm)

## ANNEXE 1 : LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>ARH</b>	<i>Agence Régionale d'Hospitalisation</i>
<b>ASV</b>	<i>Ateliers Santé Ville</i>
<b>CHRS</b>	<i>Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale</i>
<b>CMU</b>	<i>Couverture Maladie Universelle</i>
<b>CNV</b>	<i>Conseil National des villes</i>
<b>DDASS</b>	<i>Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales</i>
<b>DGS</b>	<i>Direction générale de la Santé</i>
<b>DIV</b>	<i>Direction interministérielle à la ville</i>
<b>DRASS</b>	<i>Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales</i>
<b>DSQ</b>	<i>Développement Social des Quartiers</i>
<b>DSU</b>	<i>Développement Social Urbain</i>
<b>HCSP</b>	<i>Haut Comité de Santé Publique</i>
<b>HVS</b>	<i>Habitat Vie Sociale</i>
<b>MIP</b>	<i>Module Inter-Professionnel</i>
<b>OMS</b>	<i>Organisation Mondiale de la Santé</i>
<b>PASS</b>	<i>Permanences d'Accès aux Soins de Santé</i>
<b>PRAPS</b>	<i>Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins</i>

## ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES CONTACTEES

- Au niveau de l'administration centrale :
  - ✓ Mme Richard, chargée de mission au département lien social et service public à la Direction Interministérielle à la Ville
  - ✓ M. Guenifey, chargé de mission à la Direction Générale de la Santé
  - ✓ M. Joubert, sociologue au RESSCOM (centre de recherches qui est chargé du suivi méthodologique dans le cadre de l'expérimentation mené dans le département de Seine St Denis)
  - ✓ M. Schoene, directeur de la santé à la ville de St Denis
  
- Au niveau des administrations déconcentrées
  - ✓ Mme Dupuy Belair, coordinatrice du PRAPS Bretagne à la DRASS
  - ✓ En Ille et Vilaine : Mme Brunet, chargée du PRAPS à la DDASS ( n'a pas pu être rencontrée), M. Gieseler, Conseiller Technique en Travail Social (CTTS), responsable de la politique de la ville
  - ✓ Dans le Morbihan : Mme Barbier, CTTS chargée du PRAPS
  - ✓ Dans les Côtes d'Armor : Mme Quittançon, MISP chargée du PRAPS, Mme Saillard, CTTS chargée de la politique de la ville.
  - ✓ Dans le Finistère : M. Blécon, chargé du PRAPS (n'a pas pu être rencontré), Mme Sovrano, chargée de la politique de la ville (n'a pas pu être rencontrée)
  
- Au niveau des villes
  - ✓ A Rennes : M. Allais, chargé du contrat de ville, Mme Lebris, responsable du service hygiène et santé de la ville ( n'a pas pu être rencontrée).
  - ✓ A Vannes : M. Picheral, chargé du contrat de ville, M. Le Porho en charge des actions de santé.
  - ✓ A St Briec : Mme Chauwin, en charge du contrat de ville.
  - ✓ A Brest : Mme Sarraux, médecin au service santé publique de la ville.

Villes de Redon, Fougères, Laval : pas de réponse à nos sollicitations

## ANNEXE 3 : Grilles d'Entretien

GRILLE D'ENTRETIEN DIV et DGS
-------------------------------

- Profil – Identification des interlocuteurs et définition des missions ?
- Pertinence du niveau de la ville pour les actions de santé visant les publics en précarité
- Selon vous, pourquoi est-il pertinent de retenir le niveau de la ville dans l'élaboration de programmes orientés vers les populations en précarité ?
- Les PRAPS donnent-ils l'occasion aux villes de renforcer les actions de santé ?
- Quels est le niveau d'implication des villes dans les PRAPS ?
- Quel est le rôle du contrat de ville ?
- Quelles sont les modalités de financement des actions dans le cadre d'un contrat de ville ?
  
- Les Ateliers santé ville :
  - De quoi s'agit-il ?
  - Pourquoi ont-ils été mis en place ?
  - Comment se déroulent les expérimentations en Seine Saint-Denis et en région PACA ?
  - Répondent-elles aux objectifs attendus ? Quels en sont les premiers résultats ?
  - Quelles sont les étapes d'ici 2002 ?
  - Quels sont les acteurs des ASV et quelle est la participation de la population ?
  - Quels sont leurs modes de financement ?
  - Comment seront -ils généralisés ?

## GRILLE D'ENTRETIEN DDASS ou DRASS

- Identification de l'interlocuteur
- Quelles sont vos fonctions ?
- Articulation des PRAPS avec la politique de la ville
- Quels sont vos relations de travail avec les responsables de la politique de la ville de votre territoire ?
- Qu'ont apporté les PRAPS en matière de lutte contre l'exclusion et de réduction des inégalités en matière d'accès aux soins dans les villes en contrat de ville?
- Quelle a été l'implication des villes dans la mise en œuvre des PRAPS ?
- Quelle est l'importance du volet santé dans les contrats de ville ? Quelle évolution constatée depuis la 1<sup>ère</sup> génération ?
  
- Rôle et place des ateliers santé ville
- Quelle connaissance avez vous des ASV?
- A votre avis quelle sera la valeur ajoutée de cet outil dans le développement des activités santé des contrats de ville ?
- Quelle sera leur valeur ajoutée dans la coordination des actions menées par les services de l'Etat et les services municipaux ?
- Avez-vous déjà élaboré des projets pouvant faire l'objet d'un atelier santé ville
- A votre avis la ville est-elle un niveau pertinent pour le développement d'actions de santé orientées vers les populations en situation précaire ? pourquoi ?

## GRILLES D'ENTRETIEN RESSCOM

- Identification de l'interlocuteur et définition des missions
- Définition de l'atelier santé-ville
- Qu'est-ce qu'un atelier santé-ville ?
- Quels en sont les objectifs et les enjeux ?
- Quelle est leur articulation avec les PRAPS ? Les contrats de ville ?
- Méthodologie et expérimentation
- Comment et sur quels critères ont été déterminés les lieux de l'expérimentation ?
- Quels sont les sites qui ont été choisis ? Par qui ?
- Qu'advient-t-il des projets non retenus ?
- Quelle est la méthodologie suivie ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées sur le terrain ?
- Quels sont les acteurs mobilisés ? mobilisables ?
- Quelles est l'implication et la place des services déconcentrés(DDASS, DRASS) ? De la DIV ? Des élus locaux ?
- Quels sont les outils d'évaluation prévus ?
- Quelles sont les modalités de diffusion arrêtées au niveau départemental ? national ?
- Quel rôle joue le RESSCOM ?
- Quelle sera la nature de ses travaux et la forme de sa participation aux mises en place futures des ateliers santé-ville ?
- Dans une perspective de généralisation :
- Qui pourrait remplir le rôle du RESSCOM ?
- Quels pourraient être les freins rencontrés ?

## GRILLE D'ENTRETIEN VILLE

### Les Contrats de ville

- Depuis combien de temps la ville de ... est-elle en contrat de ville ?
- Quels sont les principaux axes du contrat de ville de ... ?
- Quelle est l'importance du volet santé du contrat de ville de ... ?
- Quels sont les projets concernant la prévention et l'accès aux soins qui ont été initiés dans le cadre de votre contrat de ville ?
- Les projets initiés en matière de santé répondent-ils aux objectifs définis par le PRAPS ?  
Si non, pourquoi ?
- Les projets qui ont été lancés dans le domaine de la prévention et de l'accès aux soins ont-ils d'ores et déjà fait l'objet d'une première évaluation ?

### Les Ateliers Santé Ville

- Un projet d'atelier santé ville a-t-il été proposé par votre ville ?; où en est la réponse de la DIV ? du ministère ?
- Quels ont été les champs d'action prioritaires retenus ?
- Un état de lieux des situations d'exclusion et de précarité a-t-il été établi dans votre ville ?
- Un recensement systématique des ressources et des actions préexistantes sur le terrain a-t-il été élaboré ?
- Les premiers travaux effectués dans le cadre du projet de mise en place d'un atelier santé ville ont-ils permis de mettre au jour des problématiques inexplorées jusqu'alors ?
- Existe-t-il des résistances clairement identifiées de la part des acteurs du monde associatif relativement à leur intégration dans un atelier santé ville ?

## GRILLE D'ENTRETIEN COODONNATEURS PRAPS

- Identification de l'interlocuteur
- Quelles sont vos fonctions ?
- Votre implication dans la mise en œuvre des contrats de ville et des ateliers santé ville ?
- Articulation du PRAPS avec la politique de la ville
- Place et rôle du PRAPS dans la politique de la ville ?
- Qu'ont apporté les PRAPS en matière de lutte contre l'exclusion et de réduction des inégalités en matière d'accès aux soins ?
- Quelle est l'implication des villes dans la mise en œuvre du PRAPS ?
- Quelle est l'importance du volet santé dans les contrats de ville ? Quelle évolution constatée depuis la 1<sup>ère</sup> génération de contrat ?
- Rôle et place des ateliers santé ville ?
- Valeur du concept ?
- Quelle peut-être leur valeur ajoutée dans le développement du volet santé des contrats de ville ?
- Quelle valeur ajoutée dans la déclinaison locale du PRAPS ?
- Quelle valeur ajoutée dans la coordination des actions menées par les services de l'Etat et les services municipaux ?

## ANNEXE 4 : Le PRAPS Bretagne

### L'état des lieux

L'état des lieux a été réalisé dans les départements, à partir d'un questionnaire transmis aux structures de soins et de prévention et des travaux des groupes techniques départementaux qui incluent des représentants des communes, a fait apparaître un certain nombre d'axes nécessitant des améliorations ainsi que l'apparition des nouveaux publics en difficultés qui n'étaient pas nécessairement présents dans les dispositifs ou programmes antérieurs.

Les axes nécessitant des améliorations sont les suivants : l'accès aux droits (CMU, RMI,...), l'accès aux soins et leur suivi (mauvaise répartition médecine de ville / hôpital et défaut de coordination entre les deux), recours inadéquat aux urgences de l'hôpital, souffrance psychique des personnes, l'éducation pour la santé, la formation des personnels (cloisonnement santé / social, pratiques d'accueil discriminatoires...).

L'état des lieux a permis également d'identifier de nouveaux publics en difficultés, autres que ceux relevant des dispositifs traditionnels de l'action sanitaire et sociale des années 80-90 (chômeurs, résidents CHRS, SDF, Rmistes,...) ; Il s'agit des jeunes désinsérés socialement, des enfants et adolescents des publics en difficultés, des étudiants en difficultés économiques et en situation de mal être, des travailleurs saisonniers et des employés pas ou peu qualifiés, des victimes des effets de seuil de la CMU, des veuves d'artisans, d'exploitants agricoles âgées de 50 à 70 ans, des gens du voyage, des étrangers et des détenus sortant de prison.

Les préconisations régionales en matière d'accès à la prévention et aux soins

Le PRAPS Bretagne définit deux objectifs généraux,

- *favoriser dans les trois années à venir l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies*
- *améliorer dans les trois années à venir l'accès aux soins des personnes démunies*

lesquels sont déclinés en neuf objectifs stratégiques,

*en matière d'accès à la prévention,*

- développer le plus en amont possible des actions de prévention globale dans un contexte de complémentarité entre les différents services
- développer les compétences des professionnels autour de problèmes dûment identifiés en éducation pour la santé
- soutenir les familles dans leur rôle éducatif par la mise en œuvre de réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement
- améliorer la répartition géographique des interventions et des actions de santé

en matière d'accès aux soins,

- amener les personnes à entreprendre une démarche de soins tout en respectant leur choix
- améliorer la prise en compte de la souffrance psychique et du mal être souvent présents chez ces publics
- renforcer la prise en charge des conduites addictives et des conduites de rupture
- poursuivre le décroisement santé / social
- veiller à la continuité dans l'accès aux soins comme dans l'accès aux droits

A partir de ces objectifs généraux et stratégiques, le PRAPS, élaboré selon une démarche ascendante et concertée entre de très nombreux acteurs régionaux, départementaux, communaux, élus locaux, professionnels de santé, éducateurs, associations, etc. effectue quelques préconisations,

en matière de prévention,

- faire passer des messages adaptés en terme de communication
- mettre en place l'éducation à la santé plutôt globale en direction de publics ciblés
- adapter l'éducation à la santé aux besoins des publics
- articuler la prévention du PRAPS avec les autres PRS par la mise en place d'une charte
- soutenir les parents dans leur rôle éducatif

en matière d'accès aux soins,

- développer des conventions de coopération entre le secteur de santé mentale et le secteur social, tout en gardant sa spécificité

- être en capacité d'accueillir en situation de crise dans les CMP, tout en faisant le lien avec le secteur social
- développer des messages forts dans le cadre des conduites addictives en direction des scolaires
- favoriser l'orientation des populations vers les centres d'examen de santé des CPAM
- développer la relation entre l'hôpital et son environnement, en établissant des conventions de coopération
- développer le partenariat entre les lieux d'accueil et les institutions

## ANNEXE 5 : LES ATELIERS SANTE VILLE PRESENTATION DE L'EXPERIMENTATION MENEES DANS LE DEPARTEMENT DE LA SEINE ST DENIS

Après un appel à candidature lancé à l'échelle du département, 5 villes ont été retenues parmi les 15 ayant déposé un dossier de projet d'ASV.

Ces 5 sites ont été retenus au terme d'une procédure d'analyse ayant permis de dessiner les contours des principales catégories de projets selon leur degré d'élaboration. Cette analyse a permis d'observer :

- De grandes inégalités parmi les villes quant à la connaissance des spécificités méthodologiques de l'ASV.

Un important travail d'information du concept doit donc être mené pour accéder à une certaine efficacité du dispositif. Cela est particulièrement vrai s'agissant des modes de financement qui pour l'instant, apparaissent obscures. En effet, la circulaire du 13 juin 2000 dispose que : « Les ateliers santé- ville bénéficient d'un soutien financier de la part du ministre délégué et du secrétariat d'état 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... » Or, selon la DGS, le financement des ASV se fera dans le cadre de la politique de la ville (dont les crédits devraient être doublés en 2002), mais sans qu'il soit prévu de ligne budgétaire spécifique. Cette question financière devra être impérativement éclaircie car à terme, elle pourrait devenir une entrave à la généralisation des ASV.

- Que les thématiques principales présentées dans les projets étaient : la consommation de produits psychoactifs, la santé des jeunes et le problème des relations familiales, la santé mentale.
- Que les attentes des villes vis à vis des ASV étaient principalement la coordination des professionnels et le soutien des actions locales de santé.

Les 5 sites retenus présentent 5 stades typiques d'engagement dans les projets d'ASV :

- La Courneuve , phase de construction du projet :

Il s'agit d'élaborer toute la démarche en démarrant par un état des lieux pour aboutir à une détermination des modes d'action et de participation de la population.

- Pierrefitte, phase de réalisation d'un diagnostic :

L'ASV a ici pour fonction d'exploiter le bilan de l'existant afin d'en dégager les déterminants et les formes prises par la précarité sur le territoire considéré. Cela permettra ensuite d'orienter l'action.

- Aubervilliers : phase d'évaluation :

Les actions sont déjà lancées sur le terrain, l'ASV est alors un outil d'évaluation visant à fixer les orientations susceptibles de renforcer leur efficacité.

- Blanc-Mesnil et Duny, expérience en intercommunalité :

Ici, c'est sous l'angle de la coopération communale que sont abordés les problèmes de santé des personnes en situation de précarité du fait de l'homogénéité à cette échelle, des populations ciblées.

A partir des enseignements ressortant du suivi effectué par le RESSCOM, des séances de travail seront mises en œuvre au niveau départemental ( la première séance est prévue mi-octobre 2001) intégrant toutes les villes intéressées et susceptibles d'être concernées par telle ou telle dimension de la démarche. Ces séances viseront à opérer des transferts méthodologiques entre sites, avec capitalisation des expériences sur les différentes dimensions des projets.

⇒ Un exemple de projet d' Atelier Santé Ville : la Maison de la Santé à Saint-Denis

Le besoin de créer une telle structure a été soulevé lors de la première conférence locale de Saint-Denis d'Avril 1998. Les travaux et enquêtes préparatoires avaient fait émerger d'une part, le besoin d'expression et d'écoute des habitants et d'autre part, l'insuffisance de connaissances des professionnels de santé sur les diverses offres de soins existant dans la commune. Pour pallier ces manques la maison de la santé a été conçue en deux espaces :

- Le pôle professionnel qui sera un lieu de rencontres et de réflexions entre les professionnels de la santé publique. Il est à l'heure actuelle en procédure de validation et de financement à l'URCAM.
- Le pôle communautaire qui sera un lieu d'information en matière de santé au service de la population.

Ces deux espaces ne sont pas destinés à exister de façon cloisonnée mais au contraire, leur réunion au sein d'un dispositif commun doit favoriser l'alimentation d'une dynamique de coopération et d'enrichissement mutuel.

A plus long terme, ces expérimentations sont destinées à constituer une plate forme de ressources nationales à destination de toutes les villes de France désireuses d'adopter le dispositif des ASV.

Les ASV doivent venir dynamiser et mettre en cohérence l'existant pour mieux prendre en compte certains problèmes de santé liés à la précarité.

Ils n'ont vocation ni à se superposer, ni à générer un dispositif supplémentaire par rapport à ceux qui existent déjà

De même, ils ne doivent pas perturber les régulations existantes localement ( réseaux de soins, filières de santé...).

Ils doivent constituer des lieux de **développement social durable** en s'appuyant sur des projets de nature à promouvoir la santé en investissant prioritairement l'accès à la prévention et à l'éducation pour la santé et cela à partir de démarches de santé communautaires associant véritablement et directement les populations.

L'ASV ne doit pas être le dispositif local des plus précaires et ainsi stigmatiser leur situation. En revanche, il doit s'orienter vers la prise en compte des plus démunis par le droit commun.