



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2000 –

**LA PROMOTION DE LA SANTE
A L'ECHELLE DE LA VILLE**

– thème n° 25 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 09 élèves en formation initiale

Animateur :
Pascal THEBAULT

Nous remercions les personnes, professionnels et bénévoles, qui ont bien voulu se prêter au jeu de l'entretien.

Nous remercions Pascal THEBAULT pour l'aide qu'il nous a apportée.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LES RÉFÉRENCES THEORIQUES.....	2
1.1 L'ÉVOLUTION DU CONCEPT DE SANTÉ.....	2
1.1.1 <i>L'émergence du concept</i>	2
1.1.2 <i>Le double mouvement du 20eme siecle : l'organe et le bien-être</i>	2
1.2 UN CONCEPT GLOBAL PRIS EN CHARGE PAR DES ACTEURS ÉCLATÉS	3
1.2.1 <i>Les structures</i>	3
1.2.2 <i>Les tentatives récentes pour améliorer la coordination</i>	4
1.3 LES PRINCIPES FONDATEURS DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN VILLE.....	5
1.3.1 <i>Le partenariat</i>	5
1.3.2 <i>L'intersectorialité</i>	6
1.3.3 <i>La participation des populations dans la promotion de la santé</i>	6
1.4 LA VILLE ÉCHELON PERTINENT DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ.....	8
1.4.1 <i>Evolution historique et politique</i>	8
1.4.2 <i>La ville au carrefour des préoccupations d'une nouvelle santé publique définie par l'O.M.S.</i>	9
2 LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ	11
2.1 LES ACTEURS ET LEURS LOGIQUES.....	11
2.1.1 <i>Leur conception de la promotion de la santé</i>	11
2.1.2 <i>Des logiques de collaboration de mieux en mieux développées mais perfectibles</i>	12
2.2 LES MÉTHODES.....	14
2.2.1 <i>l'identification des besoins</i>	14
2.2.2 <i>la priorisation des besoins</i>	15
2.2.3 <i>les actions entreprises</i>	16
2.3 LES LACUNES DANS LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS	17
2.3.1 <i>Les moyens</i>	17
2.3.2 <i>L'évaluation reste une difficulté</i>	18
3 UNE DEMARCHE DE PROMOTION DE LA SANTE A RENFORCER	20
3.1 LA PROMOTION DE LA SANTE, UNE NOUVELLE SANTE PUBLIQUE A RENFORCER.....	20
3.1.1 <i>Le renouvellement capital de la promotion de la santé</i>	20
3.1.2 <i>Une appréciation objective de cette démarche</i>	20
3.1.3 <i>Les enjeux sous-jacents</i>	20
3.2 LES EVOLUTIONS EN COURS.....	21
3.2.1 <i>La volonté de faire des usagers des acteurs du système de santé</i>	21
3.2.2 <i>Le projet de loi de modernisation du systeme de sante</i>	21
3.2.3 <i>Les ateliers santé-ville</i>	22
3.3 NOS PROPOSITIONS A PLUS LONG TERME	23
3.3.1 <i>Pour développer le partenariat</i>	23
3.3.2 <i>Pour une intersectorialité renouvelée</i>	24
3.3.3 <i>Pour une plus grande participation des citoyens</i>	24
CONCLUSION	26
BIBLIOGRAPHIE.....	27
ANNEXES	29
RESUME	

INTRODUCTION

Si, pendant longtemps, la maladie a ignoré son contraire, la santé est aujourd'hui au centre des préoccupations. Cette notion positive s'est enrichie au fil du temps, du "silence des organes" à un "état de complet bien-être physique, mental, social". Cette vision englobante conduit à la recherche d'un idéal de santé total : il ajoute à la dimension curative individuelle, une volonté de promotion collective de la santé et intègre aujourd'hui la notion de développement durable. Elle fait la synthèse entre trois types d'objectifs : économiques, sociaux et environnementaux.

La complexité résulte de cette particularité : la santé est bien plus que la juxtaposition des santés individuelles, elle est le résultat de l'ensemble des interactions sociales, ce qui donne leur légitimité aux interventions des pouvoirs publics.

Mais ce qui est global est difficile à traduire concrètement. L'O.M.S. a donc accompagné cette redéfinition de la santé d'une forte valorisation de la ville comme terrain d'action privilégié. Cela a conduit à l'émergence d'une "nouvelle santé publique" avec de nouveaux acteurs dans le champ de la promotion locale de la santé et de nouveaux enjeux de santé publique sur l'agenda municipal.

A cette nouvelle définition ont été associés de nouveaux modes d'action, suivant ainsi les recommandations d'Albert Einstein : "A nouvelles idées, nouvelles méthodes." La recherche d'une véritable participation de l'ensemble des acteurs est inscrite comme objectif prioritaire.

Pour mettre en œuvre cet objectif, on peut s'interroger sur la pertinence de l'échelon ville :

En quoi peut-il permettre une promotion de la santé efficace dans ses résultats et participative dans sa démarche? Les principes de la promotion de la santé peuvent-ils résister à l'épreuve de l'échelon - ville?

Après l'étude des principes ambitieux de l'O.M.S., nous verrons comment les réalités contrastées et les expériences variées des villes traduisent les difficultés de la mise en pratique.

Nous tenterons alors d'envisager des aménagements pour donner plus de corps aux notions fondamentales de partenariat, d'intersectorialité et de participation.

1 LES REFERENCES THEORIQUES

Le concept de santé a été défini progressivement, de façon de plus en plus large, cherchant à favoriser l'épanouissement de l'individu dans son environnement. Cette extension de la notion conduit aujourd'hui à l'implication d'acteurs nombreux qu'il est parfois difficile de coordonner. Pourtant, le choix de méthodes fondées sur l'intersectorialité, le partenariat et la participation fait partie intégrante des objectifs affirmés par l'O.M.S.

Pour les mettre en œuvre, la ville a été perçue comme l'échelon pertinent pour donner corps à la promotion de la santé et réaliser sur le terrain le passage du "faire pour" au "faire avec". Sa légitimité sans cesse réaffirmée semble aujourd'hui bien établie.

1.1 L' EVOLUTION DU CONCEPT DE SANTE

1.1.1 L'EMERGENCE DU CONCEPT

1.1.1.1 *La maladie : du caractère naturel à la volonté de soigner*

Pendant longtemps, les origines de la maladie et les causes de la mort étaient incertaines. Les deux étaient perçues comme des passages obligés de la vie.

Le **pasteurisme** au contraire marque la mise en œuvre de la rationalité scientifique avec la découverte des microbes et la compréhension des vaccinations. Il constitue une avancée essentielle mais il conduit à une gestion curative des problèmes de santé. L'action des professionnels médicaux est donc prédominante.

1.1.1.2 *La santé : une approche positive qui conduit à la prévention*

Deux évolutions apparaissent au 18^{ème} siècle.

La santé commence à se définir par rapport à la maladie, et la bonne santé est l'absence de maladie. La santé est donc le reflet du "silence des organes". Cette manière de voir s'est développée avec la médecine anatomo-clinique héritière directe du siècle des Lumières, de l'âge de la Raison et de la conscience humaniste.

Le concept de prévention peut alors apparaître : si la vie doit être exempte de maladie et si la mort doit être repoussée, il faut se donner les moyens de ne pas tomber malade.

Le développement de l'**hygiénisme** conduit quant à lui à une approche globale des problèmes de santé au niveau des échelons communal et urbain. L'important est que l'hygiène s'impose hors du système sanitaire et social, au cœur du débat politique.

Les politiques concernant l'adduction d'eau, l'évacuation des eaux usées, la salubrité, les moyens de transport permettent une réduction significative des maladies infectieuses. Elles visent à suppléer les carences de la médecine thérapeutique en développant l'aspect préventif. Il s'agit de transformer les conditions de vie qui constituent les inégalités premières en matière de maladie.

1.1.2 LE DOUBLE MOUVEMENT DU 20EME SIECLE : L'ORGANE ET LE BIEN-ETRE

1.1.2.1 *La médecine entre toute puissance et faiblesses (entre curatif et préventif)*

Le développement de spécialités et les découvertes incessantes reculent toujours plus loin les limites de la médecine.

Au contraire, l'émergence de maladies telles que le S.I.D.A., pour lesquelles aucun traitement n'est efficace, ne fait que donner plus de force aux partisans d'une approche moins centrée sur la pathologie et plus sur la prévention de la maladie.

On aboutit donc à un paradoxe avec la foi dans la toute puissance de la médecine et la prise de conscience de ses limites.

1.1.2.2 Vers la redécouverte d'une approche globale

Cette approche globale est l'héritière de l'hygiénisme et trouve une traduction concrète dans la définition large de la santé adoptée par l'O.M.S..

Son principal objectif est d'ouvrir le champ de l'action sanitaire à d'autres dimensions. La santé est un tout dont chaque personne, chaque professionnel des secteurs concernés, n'appréhende qu'une partie. Ainsi la santé est définie comme un « *état complet de bien-être physique, mental et social* ».

La Charte d'Ottawa de 1986 la définit comme « *la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci* ».

Il s'agit donc d'une disposition favorable de toutes les fonctions biologiques et physiologiques de l'organisme reconnue par l'individu et intégrant toutes les influences internes et externes. Il ne suffit plus de soigner les corps malades mais il faut aussi créer les conditions d'un bon état de santé.

1.1.2.3 D'une conception élargie de la santé à la promotion de la santé

L'O.M.S. définit ainsi la promotion de la santé, comme « *l'ensemble des processus qui permettent aux gens individuellement et collectivement d'augmenter leur contrôle sur la santé et sur ses déterminants* ».

C'est un état dynamique partagé entre des responsabilités individuelles et collectives. En effet, son maintien repose à la fois sur la responsabilité de chaque individu de ne pas s'exposer aux facteurs de risque et de se traiter en temps utile, et sur celle de la société qui doit mettre en place les éléments nécessaires pour promouvoir et garantir la santé de chacun de ses membres.

Grâce à cette conception dynamique et globale, l'organisation cherche à améliorer la santé pour tous et à réduire les inégalités en s'attaquant aux facteurs qui se conjuguent pour que la santé se gagne ou se perde.

Ces déterminants concernent à la fois les conditions de vie (logement, transport, nutrition), les conditions de travail, la qualité de l'environnement et des relations sociales ou la culture. La promotion de la santé va donc bien au-delà des soins et de la médecine pour associer la prévention, l'éducation pour la santé ou le développement d'un environnement socio-économique favorable.

1.2 UN CONCEPT GLOBAL PRIS EN CHARGE PAR DES ACTEURS ECLATES

1.2.1 LES STRUCTURES

1.2.1.1 Le niveau national : L'Etat

↳ Le Ministère de la Solidarité : Il édicte des normes en matière de santé, impulse la politique de promotion de la santé et assure une certaine cohérence avec le C.F.E.S.¹ et le H.C.S.P.². La D.G.S.³ assure la gestion d'une ligne budgétaire réservée au soutien de structures et de programmes d'éducation pour la santé.

¹ Comité Français d'Education pour la Santé

² Haut Comité de Santé Publique

³ Direction Générale de la Santé

↳ Les services déconcentrés (DDASS, DRASS) : Ils contrôlent la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'action sanitaire et à la promotion de la santé. Ils disposent en leur sein d'une personne chargée du dossier « promotion de la santé ».

↳ Autres ministères et autres services déconcentrés de l'Etat : Les Ministères de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports, de l'Economie, de l'Environnement.

↳ Autres organismes publics : Les Comités d'Education pour la Santé constituent le seul réseau ayant une activité exclusive en matière d'éducation et de promotion de la santé. Le CFES est chargé de la conception et de la mise en œuvre des grandes actions de promotion de la santé pour le compte du Ministère de la Solidarité.

Le réseau des Comités Régionaux et Départementaux d'Education à la Santé donne des conseils méthodologiques et mène des actions de promotion de la santé.

1.2.1.2 Le niveau local

La décentralisation a largement contribué à l'existence politique du territoire. L'action publique de santé ne s'articule plus seulement par rapport à des compétences, mais aussi par rapport à un espace sociopolitique où se retrouvent les différents acteurs.

↳ Le département : Le Conseil Général a un rôle important en matière sanitaire et sociale. Il a en charge la P.M.I.⁴, le suivi des vaccinations, la prévention de la tuberculose et du cancer, la prise en charge des personnes âgées, le suivi sanitaire des personnes en situation de précarité,...

↳ Les institutions de Sécurité Sociale : Elles interviennent grâce à deux types de ressources, le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire et le Fonds d'Actions Sanitaires et Sociales. Les C.A.F. participent à des actions de promotion de la santé en direction des familles et des publics les plus en difficulté.

Les mutuelles : Elles sont régies par le Code de la mutualité et constituent des groupements à but non lucratif. Elles fournissent une couverture complémentaire à l'assurance maladie, gèrent des réalisations dans le domaine sanitaire et social et participent également de plus en plus aux actions de promotion de la santé.

1.2.2 LES TENTATIVES RECENTES POUR AMELIORER LA COORDINATION

1.2.2.1 Au niveau national

↳ Le Haut Comité de Santé Publique⁵(H.C.S.P.) : Il "*donne des avis et apporte au ministère des éléments d'orientation et de décision en vue d'améliorer la santé publique en effectuant un rapport annuel, rendu public, comportant des indicateurs comparatifs ainsi que des analyses globales et prospectives* »

↳ La Conférence Nationale de Santé⁶ (C.N.S.) : Trois missions principales lui sont confiées : l'identification de l'état sanitaire de la population, la proposition de hiérarchisation des choix de santé à partir des rapports du H.C.S.P. et l'aide des Conférences Régionales de Santé (C.R.S.) pour réaliser un diagnostic de l'état sanitaire dans leur zone et faire des propositions pour promouvoir et développer l'état de santé de la population.

1.2.2.2 Au niveau régional

De manière générale, les lois de décentralisation n'ont pas confié de compétences particulières aux Conseils Régionaux en matière de santé. Le seul mode d'action dans ce domaine est relatif à la compétence en matière de développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique. Cependant, toutes les lois sanitaires actuelles s'organisent autour de la région : Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H.), unions professionnelles des médecins libéraux, formation médicale continue...

⁴ Protection Maternelle et Infantile

⁵ Décret du 3 décembre 1991

⁶ Ordonnance n 96-345 du 24 avril 1996

↘ Les Conférences Régionales de Santé⁷ : Elles regroupent différents acteurs du secteur sanitaire et social désignés par le préfet. Les origines variées des intervenants font des C.R.S. un lieu de réflexion, d'analyse, de débats et de propositions. Leur mission est d'établir les priorités régionales de santé publique en tenant compte des orientations de la C.N.S., de proposer une meilleure adaptation des moyens sanitaires, sociaux et médico-sociaux et d'alimenter les réflexions de la C.N.S. à laquelle est envoyé un rapport de ses travaux..

↘ Les Programmes Régionaux de Santé (P.R.S.) sont définis par le Préfet de Région et largement inspirés des priorités définies par la C.R.S.

↘ Les Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins⁸(P.R.A.P.S.) visent à prendre en compte les besoins et les difficultés des personnes en situation de précarité pour anticiper et adapter les réponses à leur apporter. L'atteinte de ces objectifs passe par la mobilisation des différents acteurs. Ils définissent des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé et déterminent les modalités de participation des collectivités territoriales, des organismes de Sécurité Sociale, des A.R.H., des mutuelles, des associations...

Ces instances de concertation visent à favoriser la mobilisation et la coordination des pouvoirs publics, des institutions et des associations. Le postulat est qu'il est possible, par une action concertée, d'améliorer de façon significative l'état de santé de la population.

1.3 LES PRINCIPES FONDATEURS DE LA PROMOTION DE LA SANTE EN VILLE

Selon le concept global Villes-Santé fourni par l'O.M.S., « *Une ville est en bonne santé lorsqu'elle maintient, améliore et produit un environnement, une organisation sociale, des ressources humaines qui permettent à ses habitants d'être utiles les uns aux autres, d'exprimer et de développer pleinement leur potentiel* ».

La mise en œuvre des actions s'appuie sur une conception de la santé publique centrée sur les valeurs d'équité, d'intégrité et de responsabilité. Ces valeurs sont présentes en filigrane à tous les niveaux, de la décision à la mise en œuvre ou l'évaluation de la promotion de la santé. La nécessité de conduire des actions les plus adaptées aux besoins de la population urbaine implique que soient encouragés :

- Le partenariat entre les différents acteurs de la promotion de la santé,
- Les actions concertées intersectorielles,
- La participation des populations.

1.3.1 LE PARTENARIAT

1.3.1.1 Définition

Pour le dictionnaire Le Petit Robert, le partenariat est « une association ou alliance en vue d'une action commune ». Cette définition, une parmi d'autres, ne précise qu'imparfaitement un concept aux contours flous. En effet, le partenariat peut à la fois être considéré comme la mutualisation des moyens et des compétences dans un but commun, et comme le co-pilotage d'un projet ou d'un dispositif.

Entre ces deux approches, une différence fondamentale est perceptible. Dans la première, une négation des spécificités de chaque partenaire peut être ressentie comme une perte d'identité. Dans la seconde, il y a un refus de toute hiérarchisation des partenaires, ce qui peut entraîner une confusion des rôles. Ces difficultés potentielles rendent nécessaire de trouver une démarche partenariale équilibrée entre ces deux tendances.

⁷ Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée de dépenses de santé
Décret 97 360 du 17 avril 1997 relatif aux Conférences régionales de santé et aux Programmes régionaux de santé

⁸ Article 71 de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

1.3.1.2 Caractéristiques générales

Le partenariat présente les caractéristiques suivantes :

- Un enjeu collectif,
- Un même domaine d'action,
- Un objectif défini en commun et de manière consensuelle,
- Un cadre législatif ou contractuel,
- Un projet construit avec un échéancier,
- Des partenaires connus et identifiés,
- Un partage égalitaire des responsabilités.

L'hétérogénéité des enjeux et des logiques des différents acteurs rend le partenariat difficile à construire. Un débat sur les missions, les champs d'action de chacun et leurs interfaces semble incontournable.

1.3.2 L'INTERSECTORIALITE

1.3.2.1 Définition de l'action intersectorielle⁹

L'action intersectorielle est « *la résultante d'un processus qui permet à des acteurs de différents secteurs de travailler ensemble dans le but de résoudre un problème dont la solution exige une action concertée* ».

1.3.2.2 Les actions intersectorielles dans le domaine de la santé

L'état de santé des populations étant déterminé par des décisions prises dans des secteurs divers, son amélioration déborde le champ du système de santé. Il faut donc intervenir de manière intersectorielle, si l'on veut apporter des solutions aux problèmes de santé des populations. C'est ainsi que les services municipaux peuvent être amenés à modifier leur politique et leur programme afin de renforcer leur contribution dans ce domaine. Certains critères financiers peuvent être également des arguments favorables à la recherche de partenaires dans la mise en place d'actions intersectorielles.

1.3.2.3 Les méthodes pour une action intersectorielle réussie

L'O.M.S., promoteur des projets Ville-Santé qui mobilisent les actions intersectorielles, propose quelques pistes :

- Création d'un groupe de pilotage facilitant les relations de travail entre les secteurs.
- Comparaisons d'expériences par les différents responsables de divers secteurs, discussion autour des stratégies et pratiques etc ...
- Evaluation de l'impact sur la santé publique des stratégies et des différentes actions.
- Participation de la population. Les actions intersectorielles peuvent s'appuyer sur les enquêtes menées dans le but de promouvoir la participation des populations.

1.3.3 LA PARTICIPATION DES POPULATIONS DANS LA PROMOTION DE LA SANTE¹⁰

Dans notre réflexion, cette participation s'entend comme une participation à la décision dans le champ de la santé publique.

Est-ce que les citoyens ordinaires sont de simples consommateurs de biens et de décisions ou bien des acteurs pouvant se rendre responsables de leurs actions ?

Peuvent-ils être conçus comme des acteurs sociaux au même titre que les autres intervenants collectifs ? Quels moyens leur allouer ?

⁹ Fortin. J.P. et coll. « L'action intersectorielle en santé » Rapport de l'université de Laval et de l'équipe de recherche en organisation et évaluation des services de santé. (Direction régionale de Santé Publique de Québec). Juin 1994.

¹⁰ ¹⁰ De Conninck P., inspiré de « l'implication des citoyens ordinaires dans le processus d'aide à la décision en santé publique ». Revue Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 4, n2, 1997, p152-162.

Par quels processus de consultation et de participation devraient-ils être impliqués et comment un tel processus peut-il s'articuler aux structures décisionnelles en place ?

En faisant réfléchir et débattre le citoyen ordinaire au côté des décideurs et des promoteurs, l'acceptabilité sociale de la décision semble potentiellement plus grande, et le projet correspond davantage aux attentes des différentes parties. Il semble que la participation formelle des citoyens contribuera à rétablir un équilibre entre les intérêts privés, publics et communautaires.

1.3.3.1 Participation et pouvoir

Le type de participation que le citoyen se verra accorder aura un effet sur le niveau de pouvoir spécifique dont il disposera. Hance, Chess et Sandmann¹¹, en 1990, proposent une « échelle du pouvoir » à 6 niveaux.

- 1^{er} niveau : le promoteur agit seul, sans communiquer avec les citoyens.
- 2^{ème} niveau : il informe les citoyens sans leur demander de se prononcer sur la décision.
- 3^{ème} : il consulte sans réellement tenir compte des avis reçus.
- 4^{ème} : il consulte et tient compte des commentaires.
- 5^{ème} : il s'associe la population pour résoudre le problème.
- 6^{ème} : il remet entre les mains du citoyen le pouvoir de prendre seuls les décisions.

1.3.3.2 Participation et action

Il est nécessaire de situer la participation du citoyen dans le contexte dynamique de l'action.

Saul¹² propose une typologie de l'action selon quatre caractéristiques :

- La détermination de la problématique (la réalité),
- La considération et l'examen de cette problématique,
- La décision,
- La gérance de la décision.

Une participation des citoyens au niveau des deux dernières étapes de l'action aura une portée différente d'une participation au niveau de la définition de la problématique.

1.3.3.3 Participation et travail communautaire : l'« empowerment »

Les pratiques des travailleurs sociaux ont été longtemps caractérisées par une approche dichotomique entre individu et environnement, les empêchant de se concentrer sur l'interdépendance entre l'individu, le groupe, les organismes et la communauté.

Le travail social privilégie une approche psychothérapeutique des individus et la thérapie de groupe, délaissant le travail communautaire.

L'approche des situations dans leur complexité commence à se développer, en particulier celle de l'"empowerment" (1994), approche d'origine canadienne.¹³

Cette approche incite le travailleur social à aider une communauté à établir des formes de coopération et de collaboration lui permettant de résoudre des problèmes et d'atteindre des objectifs. Il lui procure des informations et des services, mais laisse à la communauté le pouvoir de décider quand et comment les utiliser.

Cependant, le travailleur social a du mal à laisser à l'individu, au groupe ou à la communauté le pouvoir d'identifier les besoins et il donne majoritairement son opinion sur l'interface entre l'individu et son environnement. Son rôle serait plutôt de mobiliser les partenaires pour qu'ils collaborent. L'empowerment permet de transformer les forces des individus et des communautés en pouvoirs collectifs. Il peut se représenter en une série d'étapes successives :

Création d'un groupe

- Ceci favorise la conscientisation

¹¹ Hance B.J., Chess C., et Sandmann T.M., (1990). « *Industry risk communication manual : improving dialog with community.* » Boca Raton. Lewis Publishers.

¹² Saul J., (1996). « *Le citoyen dans un cul-de-sac ? Anatomie d'une société en crise. Montréal* » : Fides/Musée de la civilisation.

¹³ D'après un article de Margot BRETON, professeur à la faculté de Service Social, université de Toronto – dossier : travail social : l'individu, le groupe, le collectif - revue INFORMATIONS SOCIALES N° 83, 2000

- puis l'association difficultés privées – problèmes publics
- puis une aide mutuelle et l'engagement dans l'action collective
- puis l'affrontement avec les interlocuteurs du groupe
- puis le changement.

Les membres du groupe sont alors capables de passer de la solidarité à l'intérieur du groupe à la lutte politique nécessitant la recherche de partenaires dans la communauté.

La réalisation d'un programme d'action est facilitée par la capacité des acteurs à naviguer entre les différents niveaux : individuel, de groupe ou communautaire (Breton, 1995).

1.4 LA VILLE ECHELON PERTINENT DE LA PROMOTION DE LA SANTE

Affirmer que la promotion de la santé trouve son expression optimale au niveau de la ville, prise à la fois dans sa dimension urbaine, mais aussi politique, revient à avancer qu'elle est historiquement et politiquement le cadre le plus propice. Elle est aujourd'hui au carrefour des préoccupations de la nouvelle santé publique, telles que l'Organisation Mondiale de la Santé les a définies dans son projet ville-santé.

1.4.1 EVOLUTION HISTORIQUE ET POLITIQUE

Le rôle des villes en matière de santé publique est le fruit d'une longue évolution, qui se traduit au niveau politique par la mise en œuvre de dispositifs s'appuyant sur la notion de proximité et de participation.

1.4.1.1 La ville échelon pertinent : un long processus de maturation

Cette prise de conscience de l'importance de la salubrité remonte à l'Antiquité. Les romains ont, les premiers, fait de la santé publique urbaine une priorité, ce souci se traduisant par la formule "*Salus publica suprema lex esto*".

Durant la période médiévale, on perd de vue l'aspect purement hygiéniste et l'on s'oriente vers le traitement des problématiques sociales avec la création de zones d'habitats urbains réservées aux plus pauvres. Les préoccupations hygiénistes resurgissent durant le 19^{ème} siècle sous l'impulsion des travaux d'Elwin CHADWICK qui publie en 1842 un essai sur l'environnement sanitaire des populations ouvrières de Grande Bretagne. Pour la première fois, l'hygiène et la salubrité deviennent des thématiques récurrentes et les collectivités locales ont une mission en matière de santé publique. L'aboutissement de ce long phénomène prend la forme en France de l'adoption de la charte communale qui confère aux maires des pouvoirs de police administrative : "la police municipale a pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la salubrité publique"¹⁴. Le cadre urbain devient donc la référence en matière de santé et d'hygiène.

Parallèlement à cette évolution, plusieurs facteurs ont de fait renforcé la légitimité des villes comme échelon le plus adapté à la prise en charge de la promotion de la santé. L'émergence du phénomène urbain s'accélère au 19^{ème} siècle en raison de l'exode rural. De plus, l'apparition du chemin de fer dans les années 1830 a généré une concentration urbaine anarchique qui a imposé le recours à l'instrument législatif pour réguler cette situation (loi cadre sur l'hygiène publique de 1850). Ce texte insiste avant tout sur la notion d'habitat salubre et confie aux collectivités locales un rôle important dans ce domaine. Cette tendance à la concentration sera remise en cause durant le 20^{ème} siècle du fait de l'apparition de l'automobile et de la multiplication des mouvements pendulaires.

De nos jours, ce sont presque les 2/3 de la population française (et plus de la moitié de la population mondiale) qui vivent en milieu urbain. De fait, la ville devient un lieu de

¹⁴ Art L 2212-2 du code des collectivités locales

captage des flux économiques et sociaux, soit un véritable système vivant qui doit s'appuyer sur la promotion de la santé pour s'inscrire dans la durée.

1.4.1.2 La ville échelon démocratique de la promotion de la santé

La démocratie à la française est avant tout centralisée. Pour y remédier, un des objectifs de la décentralisation est de rapprocher les centres de décisions des intéressés et impulser la participation des citoyens par le biais du référendum local (loi d'orientation sur l'administration territoriale de la république du 06/02/1992).

Le dernier point de l'argumentaire est primordial dans le cadre de la promotion de la santé car il fait du citoyen un acteur responsable. La conception de la ville comme siège de la démocratie directe est issue de la conception grecque de la démocratie, renforcée par la vision de TOCQUEVILLE¹⁵. En vertu du principe de subsidiarité et de la densité des solidarités de voisinage, la ville peut être considéré comme un échelon pertinent de la promotion de la santé.

La politique de la ville placée sous l'égide de l'Etat vient renforcer l'idée que la ville est le cadre territorial et politique le plus proche des administrés. Les contrats de ville sont passés entre l'Etat et les collectivités territoriales et chaque partenaire s'engage à mettre en oeuvre des actions concrètes et concertées. Ces contrats associent des partenaires variés (organismes HLM, sociétés de transport...) et la participation de la population est une des priorités. La multiplication des volets santé dans les contrats de ville témoigne de la prégnance de cette question et de l'importance que les pouvoirs publics et locaux lui donnent. La politique de la ville constitue un des éléments qui réaffirme les partenariats qui existaient au préalable dans le cadre des projets ville santé. L'Etat institutionnalise ainsi des dispositifs par le biais de l'outil législatif.

1.4.2 LA VILLE AU CARREFOUR DES PREOCCUPATIONS D'UNE NOUVELLE SANTE PUBLIQUE DEFINIE PAR L'O.M.S.

La ville est le point de convergence des trois champs sur lesquels s'appuie la promotion de la santé: le développement urbain, la santé et le développement durable. Ces trois dimensions fondent le projet ville-santé.

1.4.2.1 le développement urbain, la santé et le développement durable

La promotion de la santé appréhende désormais le citoyen comme un acteur évoluant dans un environnement. Cette dimension écologique se retrouve dans la seconde condition posée par la Charte d'OTTAWA au développement de la promotion de la santé : créer des milieux favorables.

Si l'on considère la santé comme une ressource, on se place inévitablement dans le cadre du développement durable. Ce concept est apparu pour la première fois en 1987 dans le rapport BRUNDTLAND. Il part du postulat que la société doit être capable de répondre à ses propres besoins sans compromettre la capacité des générations futures à répondre ensuite aux leurs. Il est intéressant d'ailleurs de voir que la notion de développement durable a été récemment reprise dans la circulaire du 5 juin 2000 relative à la politique des réseaux de ville.

La notion de ville durable, mise en avant dans la charte d'AALBORG en 1994(charte des villes européennes pour la durabilité) s'inscrit dans une recherche d'un cercle vertueux entre trois pôles: l'économie, le respect des équilibres écologiques et le développement social. Ces trois déterminants du concept de ville durable sont intéressants puisqu'en lien direct avec deux des trois types de facteurs qui conditionnent l'état de santé des individus: les modes de vie et l'environnement (dimension physique, sociale et psychologique). Il y a donc une réelle complémentarité entre la notion de santé et celle de ville durable.

¹⁵ in "La démocratie en Amérique"

Le développement durable s'appuie sur le principe de démocratie qui sous-tend la définition de la promotion de la santé. En effet, comment réaliser la durabilité s'il n'y a pas à un moment ou un autre une prise de conscience des acteurs? La démocratie à l'échelon de la ville est donc la solution éclairée qui fondera l'autolimitation et le non-gaspillage chez les acteurs.

1.4.2.2 Le projet ville-santé

L'O.M.S., depuis sa création en 1946, s'est fixée comme but de réaliser l'égalité de l'ensemble des êtres humains en matière de santé. Pour aboutir, cet objectif ambitieux doit trouver un milieu de référence commun à l'ensemble de la population. Le phénomène urbain en ce qu'il concerne la moitié de la population de la planète, constitue un des leviers grâce auquel les individus auront une réelle prise sur leur propre santé, replacé dans le contexte plus global de la promotion de la santé. C'est à ce niveau qu'intervient le projet ville-santé initié par l'OMS en 1986.

La Ville-Santé se définit comme une ville qui améliore la qualité de son environnement, favorise le développement d'une communauté solidaire, améliore la santé pour tous en réduisant les inégalités, développe une économie diversifiée et innovante, donne à chacun les moyens d'avoir accès à la culture et de réaliser son potentiel de créativité.

La ville est le terrain privilégié de la dégradation de la santé (pollution, lieu de précarisation), tout en étant un lieu de création, de production de richesses économiques, de mixité sociale et d'accès à la culture. La formule "*Penser globalement, agir localement*" retranscrit parfaitement la volonté des membres de l'O.M.S. L'impulsion vient du haut, mais les moyens demeurent exclusivement locaux. Les maires disposant de prérogatives très étendues, ils doivent œuvrer pour le bien-être et la qualité de l'environnement qui conditionne la santé.

Confronter la perception des acteurs participants à la conception et la mise en œuvre de ces programmes nous a paru important dans notre démarche de compréhension.

2 LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE

Pour compléter nos sources bibliographiques et pouvoir appréhender de façon plus concrète la mise en œuvre effective du concept de promotion de la santé, nous avons suivi une méthodologie classique d'enquête.

Nous avons donc interrogé des acteurs divers (élus, médecins directeurs de services communaux d'hygiène et de santé, responsables d'associations... voir liste en annexe) qui nous ont paru pertinents dans cette perspective, puis nous avons étudié leurs réponses à l'aide d'une grille d'analyse que nous avons préalablement élaborée (cf. grille en annexe).

Nous avons ainsi pu constater à la fois un grand nombre d'initiatives innovantes, mais aussi les difficultés de l'application sur le terrain de principes théoriques, en particulier au regard du jeu des acteurs et des exigences d'efficacité des politiques tant à l'échelon local qu'au niveau national.

2.1 LES ACTEURS ET LEURS LOGIQUES

2.1.1 LEUR CONCEPTION DE LA PROMOTION DE LA SANTE

Si certains des acteurs rencontrés pensent que les principes de l'O.M.S. « frisent l'utopie », la plupart sont conscients de la nécessité de définir la santé au sens large, au-delà de sa seule dimension curative ou exclusivement sanitaire. Ils ont ainsi bien intégré la définition de l'O.M.S. qui préconise la mise en place de processus dynamiques et intersectoriels, visant à agir sur les mentalités et à toucher une majorité d'individus.

Cependant, l'analyse des actions concrètes montre parfois une instrumentalisation des concepts de l'O.M.S. par les décideurs. Ainsi, l'adhésion au réseau Villes-Santé n'est pas toujours synonyme d'actions s'inscrivant dans une logique nouvelle, et participe plus souvent à la fédération d'actions préexistantes. Ce "label O.M.S." est alors explicitement recherché par les élus pour donner une certaine légitimité à leur démarche et à leurs initiatives, sans pour autant que ces principes se retrouvent dans leur façon de gérer leur ville.

De même, beaucoup d'actions réalisées dans ce cadre ne sont, en fait, pas innovantes, et s'inscrivent dans la sphère des interventions traditionnelles des communes dans le domaine de la santé. Cela peut correspondre à la recherche d'une plus grande efficacité et d'une plus grande lisibilité des politiques. Ainsi, les actions mises en place peuvent être plus proches d'une conception traditionnelle de la santé, comme par exemple la mise en œuvre ou la participation à des campagnes de vaccination.

De la même façon, la méthode retenue est souvent plus proche de l'éducation à la santé que de la promotion de la santé proprement dite, dans un souci d'agir plus efficacement et plus durablement sur les comportements.

2.1.2 DES LOGIQUES DE COLLABORATION DE MIEUX EN MIEUX DEVELOPPEES MAIS PERFECTIBLES

2.1.2.1 L'implication d'acteurs très variés

Du fait de cette nouvelle dimension de la santé publique, les acteurs de la promotion de la santé présents au niveau local sont de plus en plus nombreux et divers, et disposent d'une légitimité variable pour s'investir dans ce domaine. Interviennent en effet, sur le territoire des villes, des élus, des services municipaux, mais aussi d'autres collectivités locales, des services de l'Etat, en particulier par l'intermédiaire des D.D.A.S.S.. De plus, les associations, qui défendent les intérêts de groupes de population bien identifiés, que ce soit par leur âge, leur appartenance sociale, leur origine géographique ou les pathologies dont elles ou leurs proches peuvent être atteints, ont un rôle très actif.

Dans ce contexte d'intervention de nombreux acteurs, leurs modes d'interaction jouent un rôle déterminant pour l'efficacité de leurs décisions et des programmes qu'ils mettent en œuvre. De même, pour faire face aux exigences induites par la spécificité de la promotion de la santé, on assiste à une évolution des cadres d'action. Ainsi, au niveau urbain, le travail en réseau est souvent privilégié, avec la constitution de groupes de pilotage au niveau des services communaux chargés de l'hygiène et de la santé ou des Centres Communaux d'Action Sociale (C.C.A.S.).

Par ailleurs, de nouveaux outils sont mis à la disposition des acteurs stratégiques et de terrain. Par exemple, la deuxième version des contrats de ville prévoit l'introduction obligatoire d'un volet santé. De même, dans une lettre aux préfets et aux D.D.A.S.S., la Délégation Interministérielle à la Ville (D.I.V.) préconise la création d'ateliers santé-ville ayant pour vocation de fédérer les moyens et les actions dans le cadre de la politique de la ville.

2.1.2.2 Les difficultés du travail en commun

Mais au-delà de ces nouvelles possibilités, des actions partenariales et contractuelles sont de plus en plus souvent engagées, avec des bonheurs divers. De même, une approche globale de la santé requiert une démarche intersectorielle au sein des services municipaux.

En effet, une démarche partenariale entre les différents acteurs est nécessaire à une approche en termes de promotion de la santé, même si cette méthode comporte des difficultés.

Le choix des partenaires :

Pour qu'une action de santé publique soit initiée et mise en place, il faut que les positionnements des partenaires soient clairs et sans équivoque. Or, si certains acteurs comme l'Etat via la D.D.A.S.S. adoptent une politique lisible pour leurs partenaires (par exemple, seules seront financées les actions répondant aux priorités dégagées par la Conférence Régionale de Santé), d'autres restent plus incertains sur l'approche choisie de la promotion de la santé. Ainsi, les municipalités ne formalisent pas ou peu leur politique en la matière, créant une certaine confusion chez leurs partenaires.

Une autre interrogation relative au partenariat dans le cadre étudié est celle qui porte sur la compétence des personnes réunies. Tous les acteurs ne sont pas toujours suffisamment formés. En particulier, certains élus ou responsables de services communaux ne sont pas issus du domaine de la santé ou ne sont pas particulièrement sensibilisés, avant leur prise de fonction, à la nécessité d'une collaboration avec une multitude d'autres intervenants.

La place de l'Etat comme partenaire est aussi ambiguë. Les D.D.A.S.S. sont en effet chargées de veiller à la cohérence des politiques au niveau de leur département d'influence, et donc à l'égalité et à l'équité des citoyens dans ce cadre. Cela peut se révéler

contradictoire avec une action partenariale avec des municipalités dynamiques ou innovantes. De même, on assiste parfois à des ré-appropriations par le niveau national d'initiatives ou de procédures utilisées au niveau local, comme en témoigne la décision de créer des ateliers santé-ville.

En effet, il convient de se poser la question du partage des savoirs et des connaissances entre les divers acteurs. Cela concerne aussi bien les partenaires institutionnels qu'associatifs ou politiques, les compétences spécifiques requises n'étant pas inhérentes à une quelconque fonction ou mandat électif. Le choix des personnes désignées pour participer à une démarche de promotion de la santé est fondamental.

Parler de personne en tant que partenaire privilégié n'est pas non plus sans risque. Les considérations de personnes, les relations particulières et les projets soutenus par la volonté de quelques-uns, semblent compromettre la pérennité du partenariat. La promotion de la santé ne doit pas reposer sur des "actions individus-dépendantes".

Pourtant, malgré l'autonomisation sans cesse plus grande des élus par rapport aux services de l'Etat, une municipalité ne peut plus se permettre de faire face seule aux nouveaux enjeux de santé publique, que ce soit pour mettre en place des actions ou pour les financer, d'où la nécessité de fédérer des interventions de plusieurs organismes autour d'objectifs communs. Une telle façon de procéder est d'ailleurs un gage de proximité des citoyens, qui favorise leur participation et contribue à la réussite des actions.

Les difficultés du partenariat :

Enfin, au terme du processus de concertation, des difficultés se posent quant au mode de validation des propositions et quant à l'acteur qui jouera le rôle de « leader ».

A contrario, on assiste parfois à des phénomènes de "violence institutionnelle", induits par des enjeux de pouvoir, où les élus d'une commune essaient de prendre le pas sur leurs autres partenaires pour de simples questions d'affichage politique ou d'échéances électorales. De même, certains acteurs du champ de la santé sont généralement peu associés à cette démarche, comme les médecins libéraux.

Enfin, la superposition des dispositifs législatifs et la difficile lisibilité du cadre réglementaire peuvent nuire au travail en commun et à la pérennité des actions engagées, en ne leur conférant qu'un financement annuel ou au "coup par coup", les rendant ainsi plus sensibles aux changements de majorité politique, tant au niveau national qu'au niveau local.

Le déficit d'interventions intersectorielles :

De même, on assiste dans la plupart des municipalités appartenant au réseau Villes-Santé à un déficit d'**interventions intersectorielles**. Cet autre principe fondateur de l'action en matière de promotion de la santé, qui consiste à influencer dans leur prise de décision des services pour lesquels la santé ne fait pas a priori partie des missions centrales, comme ceux chargés du logement, de la voirie ou de l'environnement, est en effet souvent difficile à mettre en place.

Certes, les services chargés de la santé peuvent compter sur le concours d'autres services comme ceux de la communication pour la mise en route de certaines campagnes ou pour l'information des usagers.

Cependant, la mise en place d'une démarche intersectorielle souffre généralement du cloisonnement des activités des différents services, au niveau des municipalités comme au niveau du ministère. Il est ainsi difficile de "faire passer" le message de la santé d'un service à l'autre. De même, le découpage des activités est encore fortement marqué, que ce soit dans la culture administrative ou simplement dans l'organisation budgétaire.

Si la municipalité apporte l'impulsion et la coordination nécessaires à la promotion de la santé dans le cadre de la ville, elle peut également être à l'origine d'une sclérose de cette

politique innovante. En effet, le caractère personnel du mandat lie une coopération efficace des services communaux, entre eux et dans les relations extérieures, à la volonté des élus.

Il n'est pas rare que le mode d'organisation des services nuise à la mutualisation des moyens et à la coopération entre les intervenants municipaux. A nouveau, des considérations de personnes peuvent être retenues, les cadres territoriaux devant intégrer cette logique d'intersectorialité dans leur activité de service.

Les services déconcentrés de l'Etat, ainsi que les services centraux des ministères, peuvent aussi participer à ces blocages, bien qu'ils aient une expérience plus approfondie en la matière.

Cet état de fait traduit également l'existence d'enjeux de pouvoir entre les différents services, mais aussi entre les personnes, qui ne veulent pas voir réduire leur sphère d'influence. C'est en particulier pour cette raison que la diffusion de la santé dans toutes les activités municipales ne s'est pas encore révélée possible.

2.2 LES METHODES

Les différents entretiens effectués ont mis en avant la démarche poursuivie par les acteurs de la promotion de la santé. Celle-ci se présente en trois phases :

- L'identification des besoins,
- La priorisation des besoins,
- Les actions menées en réponse aux besoins retenus.

2.2.1 L'IDENTIFICATION DES BESOINS

2.2.1.1 La participation directe

La participation directe des individus lors de cette phase d'identification s'observe à travers quelques expériences. Ainsi, dans la ville de Lorient, un projet a été mené auprès de personnes de terrain, tels des gardiens ou concierges, et d'habitants. Le thème était alors le mieux-être des citoyens. Il avait été choisi volontairement « ouvert », afin de laisser les participants l'interpréter à leur guise et dévoiler leurs véritables préoccupations.

Mais ces approches participatives semblent, au vu de nos entretiens, demeurer assez rares. On peut rapprocher ce constat de l'échelle de Rifkin. En effet, on accorde principalement aux citoyens la possibilité de participer à l'estimation des besoins. Les autres aspects de la participation sont largement délaissés : le leadership, l'organisation, la mobilisation des ressources et la gestion étant souvent du domaine exclusif des pouvoirs publics.

Les obstacles les plus souvent avancés pour une participation directe sont :

- La faible mobilisation de la population pour ce type de réunions. Cela pose la question de la représentativité des participants, et donc de la fiabilité des résultats,
- Les femmes sont souvent plus nombreuses à ces rencontres. On peut donc supposer l'existence de biais dans les résultats récoltés,
- La fréquentation irrégulière des réunions par les participants conduit à une recombinaison permanente des groupes de réflexion et freine l'évolution des échanges.

Compte tenu de ces difficultés de mise en œuvre, certains intervenants de la promotion de la santé préconisent la participation des associations sur des thèmes précis.

2.2.1.2 La participation indirecte

Les comités de pilotage, composés des différents acteurs présentés ci-dessus, sont souvent à l'initiative de l'identification des besoins. Leur légitimité vient de la présence en leur sein d'associations. Celles-ci sont alors considérées comme représentantes des citoyens : leurs animateurs de terrain font le lien avec la population et permettent la remontée des besoins exprimés.

Plusieurs éléments viennent cependant mettre en question leur représentativité :

- Tous les individus ne sont pas engagés dans la vie associative car l'implication dans ce cadre repose le plus souvent sur le bénévole,
- Les associations ont souvent des missions dirigées vers des populations, des pathologies ou des contextes (ex : un quartier) particuliers,
- Les modes de sélection des associations pour participer au comité de pilotage ne sont pas bien identifiés,
- Certaines associations adoptent des démarches de lobbying. En effet, leur pouvoir de pression tend à s'exercer au niveau du comité de pilotage et à orienter les axes des travaux vers la défense d'intérêts catégoriels.

La question qui se pose alors est celle de la véritable place du citoyen.

Certaines initiatives ont pu être prises pour réintroduire le citoyen dans cette démarche de participation indirecte. Ainsi ont pu être soumis à l'avis de la population les besoins retenus par le comité de pilotage. Mais elles demeurent très rares. Cela s'explique par les mêmes raisons évoquées ci-dessus quant à la participation directe, mais aussi par le fait que certains problèmes ne seront que rarement reconnus par les individus, tels que ceux liés à la dépendance à l'alcool.

2.2.2 LA PRIORISATION DES BESOINS

2.2.2.1 L'influence du contexte législatif et institutionnel

Pour obtenir des moyens de financement, les acteurs de terrain, que sont les associations, sont unanimes sur l'importance de la cohérence des actions proposées avec les critères des dispositifs de la DDASS. Ainsi, ces initiatives doivent s'inscrire dans le cadre des politiques et priorités de l'Etat.

Par ailleurs, certains projets de la municipalité doivent être suivis, tels la semaine de la promotion de la santé, avec les petits déjeuners, les goûters...

Très souvent, les besoins retenus comme prioritaires sont grandement influencés par les conclusions des Conférences Nationales ou Régionales de Santé. Parfois aussi, les mêmes axes avaient déjà été retenus par le comité de pilotage. Ainsi à Lorient, la priorité des conférences de santé a été l'alcoolisme ; or il s'agissait également du besoin premier pour le comité.

2.2.2.2 L'influence du contexte local

Les comités de pilotage ainsi que les politiques des villes visitées ont souvent fait le choix de publics-cible, tels que les jeunes, comme c'est le cas à Besançon. Les enfants sont en effet considérés comme un public à privilégier, car ils ne sont pas encore totalement façonnés par le poids des habitudes et des modes de vie. Il serait en effet plus difficile de « travailler sur les mentalités » des adultes. D'autres localités au contraire, comme Brest, défendent une approche plus globale de la promotion de la santé, plus à même de lutter contre la stigmatisation de certaines populations ou de certains territoires urbains.

Ces différences d'approche initiale influencent directement la priorisation des besoins repérés.

Par ailleurs, le travail des comités s'organise le plus souvent en trois temps : un premier temps de réflexion et de discussion, un second temps où sont inventoriés les besoins, puis un troisième temps où des propositions d'actions sont faites au bureau municipal. Mais celui-ci va souvent justifier ces choix selon des critères budgétaires. En cela, il participe également à la priorisation des besoins.

Celle-ci peut alors être biaisée, compte tenu des enjeux électoraux guidant les choix d'intervention des politiques.

2.2.3 LES ACTIONS ENTREPRISES

Comme les besoins reconnus prioritaires peuvent avoir trait à une population déterminée, à une pathologie précise ou à un contexte défini, les actions entreprises seront également ciblées.

Le contenu et la perception du message reposeront alors sur le vecteur utilisé.

2.2.3.1 Les actions d'éducation à la santé

L'énergie de la promotion de la santé est la connaissance. Le vecteur de cette connaissance est la communication. La façon, dont le message est transmis, est alors fondamentale.

Ainsi un ingénieur santé – environnement intervenant dans une école primaire, doit savoir adapter son langage et sa présentation.

Ces modes d'actions vont se décliner sous la forme de :

- Groupes de parole organisés autour de thèmes tels que la nutrition ou les contraceptions, avec les parents dans les écoles,
- Campagnes d'affichage dans les villes telle que celle organisée autour des dangers de l'alcool au volant à la sortie des discothèques,
- Interventions dans des écoles, collèges ou lycées,
- Participation à la journée S.I.D.A.,
- Conférences.

Globalement, ces actions sont surtout ponctuelles. Leur mise en place relève souvent davantage de leur visibilité politique que de leur véritable efficacité sur les populations. Il est parfois tentant de choisir des actions aux effets visibles à court terme, même si leur efficacité est incertaine à plus long terme.

2.2.3.2 Les actions de promotion de la santé

La caractéristique principale de ces actions est la participation des individus aux actions avec, par exemple, la formation de personnes-relais qui pourront animer des réunions de quartiers autour de certains thèmes de santé :

- La création d'une maison de la santé, comme celle en projet à Lorient. Elle serait destinée à l'accueil des personnes en situation précaire ; elle aurait pour but d'offrir des services spécifiques à ces personnes (et les plus précis possible) ; des examens de santé pourraient y être réalisés ; un centre de documentation serait disponible ; des lieux de réflexion seraient également proposés,
- Des unités de création théâtrale telle celle organisée à Angers autour de la toxicomanie : pièce construite à partir de témoignages, suivie d'un débat,
- Les semaines de santé publique organisées régulièrement au niveau des quartiers pour traiter des projets en cours ou à mener au quotidien.

Ces actions nécessitent également d'être pluriannuelles pour devenir efficaces.

2.3 LES LACUNES DANS LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS

Le regroupement en réseaux de nombreux acteurs vise à mettre en œuvre des actions concrètes promouvant la santé publique. Atteindre cet objectif requiert un travail préalable de définition et d'élaboration de projets communs. Mais, au cours des entretiens, le déploiement de moyens humains, financiers et techniques est aussi apparu comme une condition sine qua non.

Les partenaires disposent généralement de ressources limitées pour faire face à des besoins importants, perçus ou exprimés par la population. Dès lors, il semble nécessaire d'allouer efficacement les moyens disponibles et de tendre vers l'efficacité. En ce sens, évaluer la portée des actions menées est indispensable.

2.3.1 LES MOYENS

La concrétisation des projets demande l'utilisation de ressources financières, humaines et techniques. Cette condition s'exprime pour chaque acteur pris individuellement. Lorsque les projets résultent d'un travail de réflexion commun, l'égalité de contribution des intervenants est recherchée. La faiblesse des moyens mis à leur disposition est un facteur qui limite le développement de la promotion de la santé publique.

2.3.1.1 Le capital humain :

Les entretiens mettent en évidence que les budgets de fonctionnement alloués aux services chargés de la promotion de la santé au sein des Mairies constituent la part congrue des finances de la collectivité. Leur dotation va de pair avec la taille réduite des services. En général, ils se composent d'un médecin et d'infirmières. Des ingénieurs en environnement ou encore des psychologues (comme à Angers) peuvent aussi compléter le dispositif.

Le manque de personnel qualifié reflète le champ restreint des compétences des collectivités en ce domaine. Ainsi, le déploiement d'actions dépend de la volonté et de la sensibilité des élus à cette thématique, tandis que l'extension des prélèvements obligatoires est politiquement incorrecte.

Madame LASSOUARN, membre de la majorité plurielle élue à la ville de Brest, analyse son bilan de mandat comme l'institutionnalisation d'un service de promotion de la santé.

Le recrutement de fonctionnaires territoriaux (infirmières et médecin) marque l'appropriation du champ de la santé publique par la collectivité et autorise en conséquence la pérennisation des actions au-delà de son mandat.

Le volume d'actions engagées dépend mécaniquement de la disponibilité des services. L'utilisation de personnel non titulaire comme les étudiants ne constitue pas toujours une alternative pertinente dans la mesure où leur production dépend du temps que l'encadrement peut leur consacrer. Cependant, la spécialisation du personnel par thème dans le cadre d'une mutualisation des connaissances facilite la maîtrise de l'ensemble du champ d'intervention.

2.3.1.2 Les moyens financiers

Les collectivités locales ou encore les associations rencontrées soulignent majoritairement le manque de moyens à leur disposition.

L'O.M.S. ne prévoit pas l'allocation de ressources financières à son Réseau de Villes. Cette pénurie est d'autant plus sensible que l'administration centrale du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité n'y pallie pas.

Par ailleurs, les acteurs locaux déplorent le cadre contraignant des politiques nationales pour financer les actions locales. Les modalités de participation aux actions initiées par les services déconcentrés du Ministère, comme les Programmes Régionaux

d'Accès à la Prévention et aux Soins (P.R.A.P.S.), sont strictement encadrées. Ces critères entrent facilement en contradiction avec l'élaboration d'une réponse adaptée à la demande locale.

La Maison de Quartier de Villejean dirigée par Monsieur SCHOPP rencontre cette difficulté, à laquelle s'ajoutent d'autres contraintes. En effet, son budget de fonctionnement établi par la municipalité de Rennes est élaboré avant la manifestation des besoins par la population du quartier. Ses moyens, déjà limités, se heurtent au principe de l'annualité budgétaire des collectivités.

Interlocutrice directe, notamment des collectivités locales, l'Union Européenne apparaît au premier abord comme une alternative efficace aux autres structures de financement. Cependant, l'aide fournie est contingente à un processus d'allocation complexe qui peut décourager les requérants.

La rigidité de l'Administration se marie mal avec les caractéristiques spatio-temporelles des demandes, peu prévisibles, émanant d'un territoire et de populations spécifiques et nécessitant souvent des financements pluriannuels.

2.3.1.3 Les moyens techniques

La constitution de réseaux autorise, à l'instar du capital humain et des ressources financières, la mutualisation de moyens techniques.

La mise à disposition d'une même exposition pour l'ensemble des partenaires d'un réseau assure la réalisation d'économies. De même, l'appui logistique de certaines communes en faveur d'associations est remarquable. Par exemple, le service communication de la municipalité de la Roche-Sur-Yon contribue aux campagnes d'associations locales.

2.3.2 L'EVALUATION RESTE UNE DIFFICULTE

Evaluer l'impact des actions menées est susceptible d'apporter une aide indéniable à la conduite de projets.

En effet, dégager le bilan des coûts et avantages permet de justifier la reconduction ultérieure des interventions, et, dans une démarche progressiste, de définir les corrections nécessaires pour accroître leur impact. La faiblesse des moyens financiers à disposition renforce encore la recherche d'une allocation optimale des ressources et milite en faveur de l'abandon d'actions inefficaces. Estimer le bienfait de son travail peut stimuler les groupes de travail.

Toutefois, force est de constater que l'évaluation est peu fréquente. Puisque les services disposent de moyens limités, un choix s'opère entre cette démarche d'appréciation a posteriori et la mise en œuvre d'actions concrètes. Cette dernière est privilégiée.

Réaliser cette étude requiert le suivi et le traitement d'indicateurs statistiques.

Mesurer l'impact d'une action d'éducation buccodentaire nécessite d'inciter les dentistes à collecter et à fournir des informations comme le nombre de caries par habitant, selon l'âge, ... Plus généralement, l'élaboration d'un système d'informations est gourmande de moyens et demande la mobilisation de nombreux intervenants.

Isoler l'effet du programme sur l'évolution d'un phénomène est difficile. En effet, de multiples facteurs (intrinsèques ou externes au phénomène considéré), interviennent et se combinent de telle sorte que séparer leur effet individuel est ardu.

De plus, le résultat de l'effort de prévention peut devenir sensible uniquement à long terme. Les échelles de temps des actions humaines et des phénomènes biologiques diffèrent.

C'est pourquoi, Monsieur GALLIFET de la Direction Général de la Santé souhaite que des équipes scientifiques suivent la démarche de mise en œuvre des ateliers santé-ville et créent des indicateurs appropriés. Ce regard porté sur les méthodes et les résultats est un moteur du changement. Les méthodologies développées et ses résultats seront ensuite diffusés.

Un manque de moyens et des obstacles techniques ne rendent guère aisée la systématisation de l'évaluation pourtant porteuse d'avantages certains.

3 UNE DEMARCHE DE PROMOTION DE LA SANTE A RENFORCER

Les fondements d'une démarche de promotion de la santé reposent sur la mobilisation des trois axes forts que sont le partenariat, l'intersectorialité et la participation. Ces principes se veulent les garants de la réussite des actions entreprises, laquelle peut être jugée à l'aune de l'efficacité, de l'efficience et de la pertinence des projets développés sur le terrain.

3.1 LA PROMOTION DE LA SANTE, UNE NOUVELLE SANTE PUBLIQUE A RENFORCER

Au regard des études et des observations que nous avons menées, nous avons pu constater que la promotion de la santé souffre de nombreux handicaps. C'est pourquoi nous estimons indispensable le renforcement de cette démarche innovante, et nous avons tenté de faire quelques propositions en ce sens.

3.1.1 LE RENOUVELLEMENT CAPITAL DE LA PROMOTION DE LA SANTE

Promouvoir la santé dans un cadre urbain est certes novateur et source de richesse communautaire, mais également difficile à inscrire dans une approche globale et pérenne. Cette fragilité face au temps et aux événements extérieurs risque de grever toute chance de réussite. En effet, la promotion de la santé doit être soutenue par des moyens et des volontés suffisantes, qui doivent pouvoir s'apprécier sur le long terme. Certains de nos interlocuteurs nous ont exprimé leur crainte du caractère éphémère d'une telle politique de santé publique, la qualifiant même d' "utopie".

3.1.2 UNE APPRECIATION OBJECTIVE DE CETTE DEMARCHE

Les expériences qui sont actuellement menées doivent être dépassées si nous souhaitons réellement entrer dans une démarche de promotion de la santé. Il faut donc déterminer ce qu'elle peut effectivement apporter à la santé et au bien-être du citoyen, et si cela justifie de lui consacrer les moyens en personnel, matériels et financiers qu'elle requiert.

On en vient alors à la difficile évaluation selon un bilan coûts-avantages, peu évidente au regard de la nature de l'objectif, la santé, et en raison du défaut d'outils et de méthodes adéquates.

De plus, cette évaluation doit-elle être appréciée au regard de critères purement médicaux ou doit-elle prendre en compte l'amélioration du bien-être, de la qualité de vie?

La Conférence Nationale de Santé affirme la nécessité de donner les moyens à l'évaluation, ce qui permettrait de déterminer ce qu'il faut changer et améliorer.

3.1.3 LES ENJEUX SOUS-JACENTS

Ainsi, nous estimons qu'il convient de s'attaquer aux faiblesses actuelles de la promotion de la santé au niveau de la ville, car derrière ces démarches, se trouvent des enjeux fondamentaux.

En premier lieu, l'approche partenariale de cette politique offre la possibilité de dépasser les intérêts catégoriels. Ainsi, cela permet de ne pas réduire la promotion de la santé à des considérations purement électoralistes. De plus, fédérer des logiques d'intervention différentes sur des problèmes complexes et par la mise en pratique d'une intersectorialité efficace et efficiente favorise l'adaptation aux besoins de la population. Cela

permet également de rechercher l'optimisation des attributions des financements publics par une réflexion collective à laquelle les citoyens pourront être associés.

En second lieu, cette conception de la promotion de la santé participe à l'évolution de l'organisation territoriale de la santé, même si à une certaine "municipalisation" s'oppose aujourd'hui le retour de l'Etat, notamment avec les ateliers santé-ville.

Enfin, une approche collective et communautaire de la santé offre une valeur pédagogique essentielle à l'égard de la population, vecteur d'un apprentissage attendu de la citoyenneté.

L'ensemble de ces considérations s'oriente en définitive vers un objectif commun, celui de l'humanisation des villes.

Il nous apparaît donc important de poursuivre la démarche engagée, mais par des moyens renouvelés, capables d'assurer la pertinence, l'efficacité et l'efficience des actions menées. A ce titre, nous nous permettons de suggérer quelques modifications au système actuel.

3.2 LES EVOLUTIONS EN COURS

La mise en avant de l'objectif de promotion de la santé à l'échelle de la ville et la recherche de nouveaux modes d'action plus participatifs s'inscrit dans un mouvement plus général de renforcement de la « démocratie sanitaire ».

3.2.1 LA VOLONTE DE FAIRE DES USAGERS DES ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE.

Le rapport rédigé par Etienne CANIARD sur La place des usagers dans le système de santé reflète bien l'évolution des mentalités dans ce domaine. Il fait suite aux Etats Généraux de la Santé de juin 1999 et propose d'accroître la participation des usagers dans le processus de décision afin de leur permettre d'exercer une réelle fonction de vigilance.

Le projet de loi de modernisation du système de santé donne d'ailleurs corps à cette volonté en renforçant le rôle des associations de malades et d'usagers reconnues d'utilité sanitaire dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

Plus récemment, le rapport du professeur BEUSCART d'avril 2000 sur Les enjeux de la société de l'information dans le domaine de la santé aborde sous un autre angle le besoin accru d'information. L'auteur estime que les nouvelles technologies de l'information et de la communication sont des vecteurs essentiels pour mettre en perspective les données relatives à la santé, dans un environnement sanitaire et social en pleine mutation.

Au-delà des rapports et des propositions diverses, la création de nouvelles instances telles que l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), les Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) ou les commissions de conciliation sont la traduction concrète de cette prise de conscience.

3.2.2 LE PROJET DE LOI DE MODERNISATION DU SYSTEME DE SANTE

Le projet de loi de modernisation du système de santé cherche à améliorer les dispositifs de promotion de la santé. Dans l'avant-projet du texte, le titre I est consacré à la démocratie sanitaire et le titre II à la qualité du système de santé. Dans ce deuxième titre, le chapitre D est relatif à la prévention. Au-delà du rappel des principes et des objectifs de la politique de prévention, la création de deux organismes est prévue :

Un "**comité technique national de prévention**", chargé d'assurer la coordination des actions de prévention et leur financement. Il serait présidé par le Ministre de la Santé, et réunirait des représentants des ministères concernés, chargés notamment de la santé, de la

sécurité sociale, de l'éducation nationale, du travail, de l'environnement et de l'équipement, de l'assurance maladie, des collectivités territoriales et des personnes qualifiées.

Un **"institut national d'information, de promotion de la santé et d'éducation pour la santé"**. Ce serait un établissement public de l'Etat chargé de promouvoir des habitudes de vie favorables à la santé. Certaines de ses missions pourraient constituer des avancées intéressantes :

- Sa contribution au développement de référentiels de bonne pratique et d'outils méthodologiques dans le domaine de la prévention,
- Sa mise à la disposition du public, des associations d'usagers et des professionnels, des supports d'information et des outils méthodologiques visant au développement des actions de formation dans ce domaine,
- L'identification et la valorisation des expériences innovantes, en lien avec les partenaires régionaux (et locaux?).

3.2.3 LES ATELIERS SANTE-VILLE

La déléguée interministérielle à la ville et le directeur général de la santé ont adressé le 13 juin 2000 un courrier aux préfets, aux responsables départementaux de la politique de la ville et aux DDASS, concernant la mise en place des ateliers "santé-ville".

Dans les deux régions pilotes désignées, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Ile-de-France, il est prévu d'expérimenter les ateliers "santé-ville" dans quelques sites choisis. Il sera en effet plus facile de dépasser les méthodes traditionnelles des contrats de ville sur des territoires qui disposent déjà d'un contexte favorable à la mobilisation des acteurs.

Les ateliers "santé-ville" partent du constat que les personnes en situation de précarité présentent souvent des états de santé fragilisés par les difficultés qu'elles rencontrent pour accéder aux systèmes de soins. C'est pour tenter de remédier à ces difficultés que les ¾ des contrats de ville comportent aujourd'hui un volet santé.

On constate en effet une meilleure prise en compte de la santé chez les personnes démunies là où le partenariat institutions – professionnels s'inscrit dans la durée.

Le 12^{ème} plan vise donc à organiser les politiques publiques de santé de l'Etat et des collectivités locales à l'échelle d'un territoire dans le cadre des PRAPS. Les objectifs des ateliers "santé-ville" sont :

- Identifier les besoins des personnes en difficulté et les déterminants de santé liés aux conditions de vie,
- Faciliter la mobilisation et la coordination des intervenants par la création et le soutien de 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,
- Développer la participation des populations à toutes les phases des actions et la concertation entre les professionnels.

L'originalité des ateliers "santé-ville" vient de la volonté d'en faire des espaces de concertation et non des structures supplémentaires s'ajoutant à ce qui existe déjà.

Ainsi, il est prévu que le financement soit assuré essentiellement par des lignes budgétaires déjà accordées dans le cadre des Programmes Régionaux de Santé ou des PRAPS.

L'Etat cherche à la fois à se repositionner (avec la désignation d'un « délégué de l'Etat » garant de l'articulation de l'ensemble) et à ne pas donner le sentiment de déposséder les autres acteurs. Cela passe par la création de Groupements d'Intérêt Public (GIP) pour les contrats de ville. Ils comprennent :

- Un comité de pilotage regroupant l'Etat et les collectivités locales,
- Une maîtrise d'œuvre co-mandatée par l'Etat et la ville.

Elle peut subdéléguer des pouvoirs aux associations locales ou à des personnes mises à disposition par d'autres acteurs institutionnels.

3.3 NOS PROPOSITIONS A PLUS LONG TERME

3.3.1 POUR DEVELOPPER LE PARTENARIAT

La clarification de la politique municipale en matière de promotion de la santé peut être réalisée par une amélioration du fonctionnement du Service d'Hygiène et de Santé Publique des Mairies. Le directeur de ce service doit être en mesure d'expliquer et de formaliser les choix municipaux avec les élus, du point de vue thématique comme du point de vue du positionnement stratégique.

Les considérations particulières de personnes et de compétences nous amènent à proposer la mise en place de programmes de formation spécifiques, laissant en suspens la question de leur financement. Tout d'abord, il apparaît nécessaire d'inclure dans certaines formations initiales dispensées à l'Ecole Nationale de la Santé Publique, notamment celles des Inspecteurs des Affaires Sanitaires et Sociales et des Médecins Inspecteurs de Santé Publique, un module d'approche et d'apprentissage de la négociation avec les associations. En outre, il conviendrait de développer chez les partenaires, élus, administratifs et associatifs, de la promotion de la santé dans le cadre de la ville une culture de santé publique, de négociation et de conduite de projets. Ces connaissances pourraient être acquises en intra ou en extra grâce à des programmes d'enseignement à l'ENSP ou dans d'autres organismes de formation.

La diffusion de ces connaissances serait susceptible de se faire au travers des réseaux de villes.

Le manque de connaissances du secteur de la santé publique peut également être pallié par un recours plus systématique à des consultants extérieurs.

En ce qui concerne l'insuffisance des effectifs, abordée dans le sens d'un désintérêt des professionnels envers ce secteur de santé, nous proposons l'intégration de compléments de formation en santé publique dans les études de personnes susceptibles d'intervenir dans ce cadre, comme cela va être réalisé dans les études médicales.

Refuser que cette politique soit portée par des "actions individus-dépendantes" induit une certaine formalisation du partenariat, qu'elle prenne la forme d'une institutionnalisation ou d'une contractualisation. La volonté de mener une politique de promotion de la santé passe par une matérialisation de cet engagement, et notamment par l'attribution d'un lieu de travail spécifique et de moyens en personnel. Une autre solution, même si elle peut paraître utopique, consisterait en un croisement des échéances pour éviter de faire correspondre les actions aux mandats électoraux et aux durées de nomination.

La difficulté de trouver des financeurs pour les actions pourrait être atténuée par une meilleure lisibilité des actions, passant par la mise en place d'un catalogue actualisé des bailleurs de fonds, ainsi que par une simplification des critères d'éligibilité des projets par les financeurs. Une clarification des financements européens doit également être opérée. En outre, il est fondamental que la durée des financements accordés soit compatible avec la durée des actions décidées, leur pertinence et leur efficacité en dépendant. Néanmoins, des avancées ont pu être constatées avec les contrats de ville¹⁶ dont l'objectif affiché est de donner le temps aux partenaires locaux d'élaborer de véritables projets territoriaux, ce qui passe par des financements pérennes et donc des conventions pluriannuelles.

¹⁶ Orientations de la politique de la ville du gouvernement fixé par le Comité interministériel des villes le 30 juin 1998.

Circulaire du 31 décembre 1998 relative aux contrats de ville 2000-2006; JO 15 janvier 1999, p.726.

Enfin, les difficultés liées à la masse des textes législatifs et réglementaires et des dispositifs révèlent un défaut de maîtrise de l'outil juridique et de son interprétation. Il faudrait procéder au recrutement de juristes, et à la création de services juridiques spécialisés. Plus simplement, il apparaît nécessaire de conforter la volonté de créer des cellules ou services juridiques au sein des DDASS, auxquels l'ensemble des partenaires pourraient avoir accès. Ensuite, l'importance de cette dimension juridique devra être prise en compte lors de la constitution des futures Agences Régionales de Santé, pouvant devenir le service de référence. En outre, il serait utile de créer un service télématique sur un site Internet auquel pourrait avoir accès l'ensemble des partenaires et des villes concernées par des problématiques juridiques. Au-delà d'une base de données commune, il existerait ainsi une interprétation uniforme des textes.

3.3.2 POUR UNE INTERSECTORIALITE RENOUVELEE

Le cloisonnement entre les services des municipalités ou de l'Etat peut trouver une conclusion favorable avec la notion de pôle. Cette dernière tend à se développer dans l'administration, favorisant la transversalité et la coopération des personnes ressources. De plus, elle permet une intelligibilité accrue pour les partenaires extérieurs. Ce type d'organisation par pôle nécessite un mode d'organisation rénové et des attitudes de travail différentes. Les formations des cadres de l'administration territoriale ou de l'Etat pourraient tenir compte de ces nouveaux modes de fonctionnement.

Le développement des agences favorise la mise en commun des moyens et des compétences entre des secteurs d'activité assez proches (par exemple, l'Agence Régionale d'Hospitalisation rapprochant l'Assurance Maladie et l'administration sanitaire). Il serait peut-être envisageable de se servir de ces plates-formes suffisamment souples pour rapprocher différents secteurs œuvrant dans un même but, le niveau régional de ce type de structures restant le plus pertinent.

De même, une meilleure diffusion des recommandations du Haut Comité de Santé Publique pourrait faciliter l'information des intervenants dans ce domaine.

Enfin, pour que les actions menées conjointement par les différents secteurs d'activité soient plus lisibles et plus compréhensibles pour les citoyens, des efforts d'information et d'éducation à la citoyenneté doivent être entrepris. Cela pourrait prendre la forme de conférences-débats ou bien d'autres supports de communication interactive centrés sur la connaissance des risques et sur l'explication des actions menées dont les effets peuvent être à court ou à long terme.

3.3.3 POUR UNE PLUS GRANDE PARTICIPATION DES CITOYENS

Quelques pistes :

- Etre attentif au choix des associations porteuses de projets.
- La représentativité des associations engagées doit faire régulièrement l'objet d'une évaluation auprès de leur base.

Un choix de partenaires associatifs visant à assurer la pluralité est aussi une garantie. Cela permet en effet une expression démocratique face à l'action menée et constitue une vraie richesse à exploiter.

- Favoriser l'engagement des acteurs.
- Veiller à la transparence de l'information et renforcer les circuits d'information est nécessaire. Une information complète et uniforme doit être diffusée à l'ensemble des partenaires, en particulier aux responsables. Les acteurs doivent être suffisamment formés pour être capables d'interroger l'expert.
- Les contraintes liées inévitablement à tout projet doivent être clairement explicitées : contraintes en temps, charge de travail et déplacements.

Un maximum de conditions préalables détaillées ci-dessus doit être réuni au moment du démarrage du projet. Par ailleurs, un soutien continu matériel et financier doit pouvoir être assuré.

L'engagement pour la cause communautaire doit être favorisé chez les acteurs afin d'aller bien au-delà des intérêts individuels et catégoriels. Le principe de l'*empowerment* développé en première partie est à ce titre très intéressant.

- Faire des choix courageux.

Même porté par une association, un mauvais projet doit être rejeté par les pouvoirs publics. Par ailleurs, l'implication des partenaires associatifs doit être négociée. Si nous faisons à nouveau référence à l'échelle de RIFKIN, la participation doit être élargie le plus possible à l'ensemble des domaines et non plus exclusivement à l'estimation des besoins.

- Diversifier les angles d'approche des problèmes.

Afin d'éviter la stigmatisation, il est utile de croiser les angles d'approche : géographique, thématique et "populationnel".

- Développer une culture de l'évaluation.

Plusieurs pistes sont envisageables :

-Intégrer la notion d'évaluation dans les projets simultanément sur les 3 domaines : résultats, processus et participation.

-Négocier préalablement les critères, les modalités et la responsabilité de chaque acteur.

-Valoriser les critères de réussite autres que ceux des résultats, en particulier la qualité du travail en commun.

CONCLUSION

La promotion de la santé apparaît comme un enjeu "politique" au sens le plus noble du terme.

Politique, car elle est au centre du débat public. Le projet de loi de modernisation du système de santé qui sera examiné par le Parlement début 2001 prévoit ainsi une partie consacrée à la prévention et à la promotion de la santé. De même, la mise en place des ateliers santé-ville marque la volonté de l'État de réaffirmer son rôle de coordination dans ce domaine.

Politique, car la santé est ancrée dans la cité, la "polis", traduisant ainsi dans l'action la force des solidarités de proximité. L'échelon ville est alors investi d'une fonction de corps intermédiaire qui peut lui permettre de jouer un rôle essentiel dans l'ensemble des interdépendances sociales. Il est en effet au cœur de la rénovation des modes d'articulation entre la société et les institutions.

Politique, car elle repose sur la confrontation des points de vue et le décloisonnement des actions pour aboutir à une refondation des méthodes et du sens de l'action publique. L'enjeu est d'aboutir à une cohérence d'ensemble quand l'exercice du pouvoir, la définition des priorités et les moyens de financements sont partagés.

Politique, car la pratique de la santé est non seulement, comme l'a affirmé Michel Foucault, "l'armature permanente de la vie quotidienne" mais aussi une ouverture plus large sur la société et les sociétés dans leur ensemble. L'enjeu est d'associer tous les maillons de la chaîne à la réalisation de l'objectif. De là réside la difficulté mais aussi l'intérêt de la démarche.

Politique, car elle est au croisement de la liberté individuelle et de l'appartenance collective. L'enjeu est de permettre la recherche permanente de dialogue et de participation sans aboutir à de nouvelles lourdeurs.

Politique, car elle nécessite du temps : le temps long de l'action publique et de la prise de conscience. La promotion de la santé ne doit pas être considérée seulement comme une utopie mais aussi comme un projet, ambitieux certes, mais capable de renouveler profondément les modes de travail et de pensée.

La promotion de la santé nous est apparue encore en phase de montée en charge, ce qui est un élément de fragilité mais aussi de force car cela laisse le champ libre aux initiatives innovantes. Même si elles restent encore modestes et inachevées, les démarches mises en œuvre traduisent bien la prise de conscience des interdépendances entre les niveaux de territoire, les compétences institutionnelles et les préoccupations des différents acteurs de terrain. L'enjeu n'est pas seulement d'améliorer l'efficacité des politiques, mais aussi d'en restaurer la légitimité démocratique pour rétablir le dialogue entre le citoyen et tous les autres acteurs.

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES OFFICIELS

Textes de l'OMS sur la promotion de la santé

- **Textes fondamentaux**

Déclaration d'Alma-Ata, OMS, 1978 (conférence internationale sur les soins de santé primaires).

Charte d'Ottawa, OMS, 1986 (première conférence internationale pour la promotion de la santé).

Déclaration finale du sommet de Rio sur le développement durable, 1992.

Charte d'Aalborg (charte des villes européennes pour la durabilité), 1994.

- **Un programme générique**

Le programme OMS intitulé « *La santé pour tous d'ici l'an 2000* ».

- **Un programme de promotion de la santé centré sur la ville**

Le programme villes-santé de l'OMS Europe, conçu en 1985 et mis en œuvre depuis 1988.

Textes officiels en France

- **Compétences des communes en matière de santé**

Lois de décentralisation de janvier et juillet 1983 bouleversant le champ de la promotion de la santé.

Code des collectivités territoriales sur les missions du maire.

- **Politique de la ville**

Circulaires interministérielles (D.I.V., Ministère des affaires sociales et de la solidarité) du 7 septembre 1988 et du 23 mars 1991 visant à relier la politique de D.S.U. aux politiques sociales et sanitaires.

Circulaire relative aux contrats de ville 2000-2006, 31 décembre 1998, J.O. 15 février 1999.

Circulaire du 13 juin 2000 sur la mise en place des ateliers santé-ville.

- **Organisation du système de soins**

Décret du 3 décembre 1991 instituant le Haut Comité de Santé Publique.

Ordonnance n 96-345 du 24 avril 1996 instituant la Conférence Nationale de Santé.

Décret 97 360 du 17 avril 1997 relatif aux Conférences régionales de santé et aux Programmes régionaux de santé.

Loi du 29 juillet 1999 relative à la lutte contre l'exclusion (art.71 instituant les PRAPS).

Projet de loi de modernisation de la santé, articles 28 et suivants, 2000.

OUVRAGES

Jean BEAUDRILLARD, « Citoyenneté et urbanité » Editions Esprit, 1994.

J.P. FORTIN, « L'action intersectorielle en santé », Rapport de l'université de Laval et de l'équipe de recherche en organisation et évaluation des services de santé, Direction générale de santé publique de Québec, juin 1994.

B.J. HANCE, C. CHESS, T.M. SANDMAN, « Industry risk communication manual = improving dialog with community », 1990.

SABOURAUD A. : « *Environmental Health in the city* » comité d'organisation, ENSP, 1992.

J. SAUL, « Le citoyen dans un cul-de-sac ? Anatomie d'une société en crise. » Montréal. Fidès/Musée de la civilisation.

Alain TOURAINE, « Pouvons-nous vivre ensemble égaux et différents? » Fayard, 1998.

« *La santé de l'homme : Les stratégies de la santé pour tous face à une urbanisation galopante* », Publication de l'OMS, 1994.

Haut Comité de Santé Publique, La santé publique en France, 1994-1998, La documentation française, 1998.

Alain CORBIN, « Le miasme et la jonquille : l'odorat et l'imaginaire social aux 18^{ème} et 19^{ème} siècles », Aubier Montaigne, 1982.

Michel CROZIER, « La société bloquée », Editions de Seuil, 1994.

Philippe LECORPS, « Santé publique : du biopouvoir à la démocratie », Editions ENSP, 1999
CRICKX B., LAMIRAND M., NICOLAS J-F. – La dermatite atopique : premières journées Lyon Mai 2000, Ed. EJD Book Series, 05/2000.

.

ARTICLES

Margot BRETON, professeur à la faculté de Service Social, université de Toronto – dossier : travail social : « l'individu, le groupe, le collectif » - revue INFORMATIONS SOCIALES N° 83, 2000

P. HASSENTEUFEL, B. LE BIHAN-GOUINOU, P. LONCLE-MORICEAU, A. VION, art. in « Les figures urbaines de la santé publique », ss dir. D. FASSIN, éd La Découverte, 1998

Comité Régional Aquitaine d'Education pour la Santé, « Les priorités, les initiatives et les attentes des communes en matière de santé dans le cadre de la politique de la ville », 2000.

ANNEXES

Objectifs	Thèmes d'action	Propositions d'actions
pour développer le partenariat	Clarification de la politique municipale en matière de promotion de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • amélioration du fonctionnement du Service d'Hygiène et de Santé Publique de la Mairie. Le directeur de ce service doit être en mesure d'explicitier et de formaliser les choix municipaux avec les élus, du point de vue thématique comme du point de vue du positionnement stratégique.
	Développer les compétences	<ul style="list-style-type: none"> • mise en place de programmes de formation spécifiques. Tout d'abord, il apparaît nécessaire d'inclure dans certaines formations initiales dispensées à l'Ecole Nationale de la Santé Publique, notamment celles des IASS et des MISP, un module d'apprentissage de la négociation avec les associations. • développer chez les partenaires élus, administratifs et associatifs une culture de santé publique, de négociation et de conduite de projets. Ces connaissances pourraient être acquises en intra ou en extra par les enseignements de l'ENSP ou d'autres organismes de formation. • la diffusion de ces connaissances serait susceptible de se faire au travers des réseaux de villes. • recours plus systématique à des consultants extérieurs.
	Eviter les "actions dépendantes"	<ul style="list-style-type: none"> • formalisation du partenariat, qu'elle prenne la forme d'une institutionnalisation ou d'une contractualisation. • matérialisation de cet engagement. • croisement des échéances.
	Diminuer les difficultés de trouver des financeurs	<ul style="list-style-type: none"> • meilleure lisibilité des actions, passant par la mise en place d'un catalogue up to date des bailleurs de fonds, ainsi que par une simplification des critères d'éligibilité des projets par les financeurs. • clarification des financements européens. • durée des financements accordés compatible avec la durée des actions décidées.
	Développer la maîtrise de l'outil juridique et son interprétation	<ul style="list-style-type: none"> • recrutement de juristes et création de services juridiques particularisés. • création de cellules ou services juridiques au sein des DDASS. • prise en compte de la dimension juridique lors de la constitution des futures Agences Régionales de Santé. • création d'un service télématique sur un site Internet
Pour une intersectorialité renouvelée.	déclotsonner les services municipaux ou d'Etat	<ul style="list-style-type: none"> • intégration de la notion de pôle. • inclure ces nouveaux modes de fonctionnement dans les formations des cadres d'administrations territoriales ou de l'Etat . • se servir du développement des agences pour rapprocher des secteurs d'activités différents œuvrant dans un même but, le niveau régional de ce type de structures

	Promouvoir le développement durable	<ul style="list-style-type: none"> restant le plus pertinent. diffuser davantage les recommandations du Haut Comité de Santé Publique informer à travers des conférences-débats ou d'autres communications interactives centrées sur la connaissance des risques et sur l'explication des actions menées dont les effets peuvent être à court ou à long terme.
Pour une grande participation des citoyens	Garantir la représentativité	<ul style="list-style-type: none"> être attentif au choix des associations porteuses du projet. évaluer régulièrement la représentativité des associations auprès de leur base. rechercher la pluralité lors du choix de partenaires associatifs favoriser l'engagement des acteurs. veiller à la transparence de l'information et renforcer les circuits d'information. information complète et uniforme à l'ensemble des partenaires, en particulier aux responsables. les acteurs doivent être suffisamment formés. les contraintes liées inévitablement à tout projet doivent être clairement explicitées : contraintes en temps, charge de travail et déplacements. soutien continu matériel et financier.
	Atteindre les préalables	<ul style="list-style-type: none"> faire des choix courageux : même porté par une association, un mauvais projet doit être rejeté par les pouvoirs publics. l'implication des partenaires associatifs doit être négociée. la participation doit être élargie le plus possible à l'ensemble des domaines et non plus exclusivement à l'estimation des besoins (échelle de RIFKIN).
	Respecter les limites de toute participation	<ul style="list-style-type: none"> croiser les angles d'approche : géographique, thématique et "populationnel".
	Diversifier les angles d'approche	<ul style="list-style-type: none"> intégrer la notion d'évaluation dans les projets simultanément sur les 3 domaines : résultats, processus et participation. négocier préalablement les critères, les modalités et la responsabilité de chaque acteur. valoriser des critères de réussite autres que ceux des résultats, en particulier la qualité du travail en commun.
	Développer l'évaluation des projets	

GRILLE D'ENTRETIEN

1. Profil de l'interlocuteur

- qui êtes-vous ?
- quel est votre parcours ?
- quelle a été votre motivation pour occuper ce poste ?

2. Que signifie la « promotion de la santé » pour vous ?

Quelle définition en donnez-vous ?

3. Application du concept :

- quelles initiatives ont été mises en œuvre dans cette perspective dans votre département ?
- comment ont-elles été mises en œuvre ?
- avec quel financement ?
- comment se fait le choix des priorités (actions, populations-cible...) ?
- quel est exactement le rôle de la DDASS dans cette démarche ?

4. Reformulation :

Dans nos lectures à propos de la promotion de la santé, certains concepts nous ont semblé essentiel pour mettre en place une démarche de promotion de la santé au sens de l'OMS.

Quel sens revêtent pour vous ces concepts et comment peuvent-ils mis en application ? :

- participation des usagers et des populations à la définition des politiques
- partenariat
- intersectorialité

Cette mise en application est-elle cependant souhaitable dans une perspective d'efficacité des politiques publiques ?

5. Bilan des actions décidées et engagées :

- pour les populations-cible
- pour la DDASS

6. Evaluation des programmes

- les projets sont-ils évalués ?
- selon quelle(s) méthode(s) ?

7. Les ateliers santé-ville

- où en est le projet dans votre département ?
- quelles actions seront concernées, comment se fera le choix ?
- faut-il en attendre des changements et des améliorations significatifs en matière de promotion de la santé ?

GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

Mots clés ou phrases porteuses de sens (ex : « il faut travailler sur les mentalités »)

Profil et motivation de la personne interviewée.

Acteurs		Mots clés.
Elu : Début ou fin de mandat ? Projets ?	<input type="checkbox"/>	
Professionnel : Secteur, projets ?	<input type="checkbox"/>	
Bénévoles : Parcours, motivation., croyances.	<input type="checkbox"/>	
Association d'usagers (de citoyen ?) : Thème central.	<input type="checkbox"/>	
Autre.	<input type="checkbox"/>	

Sa représentation de la promotion de la santé

Sa représentation des principes fondateurs

- Participation
- Partenariat
- Intersectorialité

La pertinence de la place de la ville dans le champ de la promotion de la santé : perception et représentation.

Les actions entreprises

- Place de l'aspect politique
- Place de l'aspect culturel

Référence aux principes fondateurs

Evaluation des actions : analyse et réflexions rétrospectives

Moyens et financement

RESUME

L'OMS, dont la création remonte à 1948, promeut dès le départ une conception large de la santé conçue comme " un état de complet bien-être physique, mental et social ". C'est dans le cadre de son activité qu'elle cherche à transformer cette conception large en un outil conceptuel et une base opérationnelle.

Pour cela, la régionalisation est un moyen de décliner les principes selon les particularités de chaque zone. Ainsi, le bureau Europe a mis en place un programme consacrant l'échelon ville comme le niveau pertinent de la promotion de la santé. Le réseau ville-santé français regroupe aujourd'hui les villes engagées dans cette démarche.

Au-delà des objectifs ambitieux annoncés, les méthodes promues sont au cœur du dispositif. Les dimensions partenariales, intersectorielles et participatives visent en effet à améliorer la coordination entre les acteurs et à favoriser l'implication de tous les habitants.

Mais comment passer efficacement du "faire pour" au "faire avec et faire ensemble"? Comment faire d'un slogan une réalité quotidienne ? Comment l'échelon ville résiste-t-il à la confrontation avec la réalité ? La transformation des villes ne se décrète pas. Plus que sur des programmes et sur des moyens, elle repose sur un changement des manières de faire et de penser.

Après une étude des principes, nous avons découvert sur le terrain des expériences variées et innovantes. Mais les limites constatées nous ont amenés à examiner les évolutions en cours et à faire des propositions pour donner davantage corps aux principes énoncés.