

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

Promotion 2002- 2003

**LES ATELIERS SANTE VILLE :
UN OUTIL DE PLANIFICATION
A L'ECHELLE LOCALE
- L'EXPERIENCE DU DEPARTEMENT
DES BOUCHES-DU-RHÔNE –**

Jennyfer KACER

Remerciements

Je souhaite remercier :

Mme Marie-Christine Savail, ma maîtresse de stage pour l'autonomie laissée dans la gestion de mon stage.

Mme Mireille Lavit, inspectrice principale au pôle social de la DDASS 13 pour la liberté d'initiative qu'elle m'a accordée dans l'organisation de mon travail. Guide dans la définition du sujet de mon mémoire jusqu'à sa réalisation, je lui suis reconnaissante de la confiance qu'elle m'a octroyée en faisant de ce stage un exercice professionnel.

Melle Cécile Monfreux, coordinatrice départementale des Ateliers Santé Ville, pour son soutien et sa compréhension. Personne ressource pour l'organisation de mon investigation, ce fut très agréable de travailler avec elle.

L'ensemble des personnels de la DDASS, notamment le médecin, l'inspectrice et les secrétaires administratifs du pôle social, pour leur disponibilité et leur compétence.

Toutes les personnes impliquées dans les Ateliers santé ville que j'ai pu rencontrer, élus et professionnels de terrain, pour leur disponibilité et leur franchise.

Le directeur de l'hôpital de la Conception et les assistantes sociales exerçant dans cette enceinte, pour m'avoir permis, par leur accueil chaleureux, d'appréhender l'aspect pratique de l'interaction du domaine sanitaire et du secteur social.

Toutes les personnes qui m'ont soutenu moralement.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
I L'EMERGENCE D'UNE REPONSE TERRITORIALISEE FACE À LA PROBLÉMATIQUE SANTÉ- PRÉCARITÉ.....	6
I-1 : L'action publique en faveur de la santé des plus démunis :	6
I-1-1 : Santé et précarité : des problématiques imbriquées	6
A) Interactions entre santé et précarité.....	6
B) Le nécessaire partenariat ou travail en réseau.....	7
I-1-2 Une prise en charge globale altérée par des schémas cloisonnant les publics et les pathologies	8
A) Une reconnaissance par l'Organisation Mondiale de la Santé de la commune comme échelon d'intervention sanitaire pertinent.....	8
B) Une vision globale au niveau national : la loi de lutte contre les exclusions	10
C) Santé précarité : une planification encore morcelée	11
I-2 Vers une territorialisation des politiques de santé.....	14
I-2-1 D'un contexte local à des politiques territoriales	14
A) PACA/Bouches du Rhône : un contexte local spécifique.....	14
B) Les premiers pas de politiques territoriales et ciblées	14
a) Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins	14
b) Volet santé des contrats de ville.....	16
I-2-2 : Création des Ateliers Santé Ville	18
A) Cadre et enjeu de la démarche	18
a) Cadre légal des ASV.....	18
b) Les ASV : outil de coordination et d'articulations.....	20
B) Stratégie et méthodologie de mise en œuvre des ASV	21
a) Les différentes dimensions de la mise en œuvre des ASV.....	21
b) Les sites pilotes des ASV	22
II ANALYSE DE LA MISE EN PLACE DES ATELIERS SANTÉ VILLE	24
II-1 Les étapes de la mise en place des Ateliers santé ville dans le département .	24
II-1-1 L'adaptation des différents Ateliers santé ville aux spécificités locales.....	24
A) Une nécessaire souplesse dans la mise en place des différents ASV.....	24
a) Des similitudes entre les sites	24
b) Des disparités selon les sites	26

B) Photographie des Ateliers Santé Ville.....	28
a) Deux ASV opérationnels.....	28
b) D'autres ASV à venir.....	32
II-1-2 L'harmonisation des pratiques locales par la DDASS :.....	35
A) Les missions de la DDASS : animer et encadrer l'activité locale.....	36
a) Le rapprochement du sous préfet, des élus locaux et la mobilisation des partenaires institutionnels.....	36
b) Le suivi des coordinateurs des ASV recrutés.....	37
c) Une aide et un soutien méthodologique.....	38
B) Différents outils au service des missions de la DDASS.....	38
a) Les différentes instances de pilotage.....	38
b) L'organisation interne.....	40
II-2 La mise en place des Ateliers Santé Ville dans le département : des enjeux importants et des difficultés à surmonter.....	41
II-2-1 Enjeux de la mobilisation des acteurs.....	41
A) Des implications préexistantes : moteur ou obstacle ?.....	41
a) Au niveau institutionnel : l'implication des élus locaux.....	41
b) Au niveau opérationnel : la préexistence de réseaux.....	41
A) Le portage du poste de coordinateur : source d'ambiguïtés.....	42
a) Des difficultés à mobiliser les acteurs de la politique de la ville.....	42
b) Un positionnement complexe du coordinateur face aux partenaires des ASV.....	43
II-2-2 : Des obstacles à dépasser pour construire un outil de planification à l'échelle locale.....	44
A) Les obstacles financiers au développement du dispositif ASV.....	44
a) Les effets pervers de la complexité des financements.....	44
b) Des obstacles en terme de pérennisation.....	45
B) La difficile rupture avec certaines représentations et pratiques.....	46
a) Le bouleversement des logiques politiques.....	46
b) Des différences de fonctionnement et de cultures professionnelles entre les partenaires.....	49
III DES ATELIERS SANTE VILLE AUX PLANS LOCAUX DE SANTÉ PUBLIQUE.....	52
III-1 Poursuivre et améliorer la démarche amorcée.....	52
III-1-1 Affiner l'identification des besoins pour définir des priorités.....	52
A) Vers une plus grande mobilisation des acteurs de terrain.....	52
a) Porter une attention particulière à certains corps professionnels.....	52
b) Prendre en compte les réalités et contraintes de chacun.....	53

B) Vers une réelle participation des habitants	54
a) Mobiliser les habitants	54
b) Organiser le partenariat entre les habitants et les professionnels	56
III-1-2 Construire une démarche d'évaluation	57
A) Préalables à l'évaluation	57
a) Pourquoi faire une évaluation ? Quelle en est la finalité ?	57
b) Quel en est l'objet ? Sur quels champs précis portera-t-elle ?	57
c) Qui la commande ? Qui la finance ? Qui est concerné ?	58
d) Comment se fera-t-elle ? Qui participera ?	58
e) Quelle est la méthodologie ?	58
f) Comment seront utilisés ces enseignements ?	59
B) Mettre en œuvre la démarche d'évaluation	59
a) Si l'intervenant extérieur accepte cette mission d'évaluation	59
b) Si l'intervenant extérieur ne remplit pas cette mission d'évaluation	59
III- 2 Construire et mettre en œuvre un Plan Local de Santé publique :	
Approche prospective	60
III-2-1 L'élaboration du PLS	60
A) Du diagnostic à la définition des priorités de santé	60
B) Les formes de la programmation	61
III-2-2 Les actions découlant du PLS	64
A) Typologie des actions possibles d'un PLS	64
a) Des actions de coordination	65
b) Des actions d'information et de formation	65
c) Des actions de promotion de la santé	66
d) Des actions sur les déterminants de santé	66
B) Mise en œuvre des actions issues du PLS	66
a) Simplifier la procédure de dépôt et d'analyse des projets	66
b) Financer les actions	67
III-3 : Mettre en cohérence le PLS et les autres politiques de santé	68
III-3-1 Articuler le Programme Local de Santé publique avec la politique de la ville	68
A) Quel devenir des ASV et du PLS au sein de la politique de la ville ?	68
a) La possible disparition de l'outil ASV :	68
b) Le positionnement de la DDASS : se déposséder du dispositif au bénéfice des équipes des contrats de ville ?	69
B) Conserver des liens étroits avec la ville et la politique de la ville	70
a) Intégrer le PLS dans le volet santé des contrats de ville	70
b) Favoriser l'appropriation de la thématique santé par les équipes opérationnelles de la politique de la ville	70

c) Continuer à suivre les domaines de la politique de la ville relevant de l'Etat...71	
III-3-2 Intégrer le Programme Local de Santé publique dans le droit commun:.....	71
A) Continuité territoriale :.....	71
B) Continuité dans le temps.....	73
a) La pérennisation des financements de l'outil ASV.....	73
b) La maîtrise des actions de terrain.....	73
A) Continuité des thématiques transversales.....	74
CONCLUSION	76
Bibliographie	73
Liste des Annexes.....	77

Liste des sigles utilisés

ALMS	Agents Locaux de Médiation Sociale
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CLI	Commission Locale d'Insertion
CMU	Couverture Maladie Universelle
CODES	Comité Départemental d'Education à la Santé
COPIL	Comité de PIlotage
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRS	Conférence Régionale de Santé
CTTS	Conseillère Technique en Travail Social
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS	Direction Générale de la Santé
DIV	Délégation Interministérielle à la Ville
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DSQ	Développement Social des Quartiers
DSU	Développement Social Urbain
ETP	Equivalent Temps Plein
IASS	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
MST	Maladie Sexuellement Transmissible Mission Sida Toxicomanie
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OREP	Observatoire Régional d'Epidémiologie

PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PADALPD	Plan Départemental d'Aide au Logement des Personnes Défavorisées
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PDI	Plan Départemental d'Insertion
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PLS	Plan Local de Santé publique
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS	Programme Régional de Santé
PVAS	Politique de la Ville et Aide Sociale
RESSCOM	Recherches Evaluations sociologiques sur la Santé, le Social et les actions COMMunautaires
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficienc e Acquis e
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

« Une ville en santé, ce n'est pas une ville où le mot santé apparaît comme un label, comme la justification d'activités verticales ou ponctuelles. C'est une ville travaillant à son développement social, dans une citoyenneté vraie, une ville soucieuse de son environnement, soucieuse de la communication sous toutes ses formes, soucieuse de lutter contre les exclusions. »¹

INTRODUCTION

Le concept de santé a donné lieu à de nombreuses définitions s'inspirant de l'esprit de l'époque à laquelle elles étaient élaborées.

Au 18^e siècle, la santé est définie par opposition à la maladie. Cette conception négative de la santé établit une dépendance entre santé et médecine. Elle tend à réduire les politiques de santé publique à des politiques d'accès aux soins.

Au 19^e siècle, le développement de l'hygiénisme conduit pour sa part à une approche plus globale des problèmes de santé au niveau des échelons communal et urbain. La prévention se développe afin de transformer les conditions de vie, premier déterminant de l'état de santé des populations.

Au 20^e siècle, la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) du 22 juillet 1946 présente la santé comme : « un état complet de bien-être physique, mental et social »². Progressivement, la visée d'une action globale sur tous les facteurs environnementaux, non plus seulement physiques mais aussi psychosociaux et culturels s'inscrit au cœur du référentiel de l'OMS, formalisé par la Charte d'Ottawa adoptée en novembre 1986 lors de la conférence internationale pour la promotion de la santé. La notion de promotion de la santé apparaît alors : elle « a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer (...) ». La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de

¹ DESCHAMPS JP. Association des maires Villes et banlieues de France ; *Santé des populations, dynamique des villes* ; Actes de la journée du 21 décembre 1995.

² OMS, Conférence internationale sur les soins de santé primaires, haut Comité de la Santé Publique. In *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. ENSP. Février 1998.

l'individu. »³ Cette démarche englobe tous les secteurs de la vie quotidienne : habitat et urbanisme, environnement résidentiel et professionnel, conditions de travail et de loisirs, réseaux de relations et vie sociale. Elle amorce également la notion de santé communautaire en envisageant la participation des ressortissants de la communauté aux décisions les concernant.

L'élargissement progressif du concept de santé implique nécessairement de s'interroger sur la situation des personnes les plus vulnérables, privées d'une majorité des droits fondamentaux et dont l'état de santé reste problématique. Aujourd'hui, 300 000 personnes seraient en France concernées par l'exclusion, 4,5 à 5,5 millions par la pauvreté (soit environ 8 à 10% des individus) et entre 12 et 15 millions par la précarité (soit 20 à 25% des individus).

Si la pauvreté révèle « l'état d'une personne ou d'un groupe qui dispose de peu de ressources »⁴, on ne peut approcher ce concept qu'en utilisant divers types d'indicateurs. Trois indicateurs : monétaire, de condition de vie et administratif s'appuient respectivement sur le seuil de pauvreté, les diverses dimensions de la vie courante et sur le nombre de ménages qui relèvent de la solidarité nationale au titre des minima sociaux.

En 1985 le terme de précarité se généralise, défini par le rapport Wrésinsky comme « l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. »⁵

On parle aujourd'hui d'exclusion économique, sociale, par la santé. Il s'agit d'une réalité dynamique caractérisée par l'absence de la possibilité de bénéficier de droits attachés à la situation sociale et à l'histoire de l'individu concerné. Au-delà des difficultés financières, le problème de l'exclusion est intimement lié à des sentiments d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi qui entraînent une intense souffrance psychique et la difficulté de s'insérer dans un tissu relationnel. « C'est également cette souffrance qui conduit au renoncement y compris des soins à son propre corps et finalement à

³ Conférence internationale pour la promotion de la santé co-parrainée par l'Association canadienne de santé publique, Santé et Bien-être social, Canada et l'Organisation mondiale de la Santé :
Vers une nouvelle santé publique. 17-21 novembre 1986, Ottawa, Ontario, Canada.

⁴ BASIN C., HEROLD M. La santé oubliée. In *Actualité et dossier en santé publique n°12*. EDITION septembre 1995.

⁵ WRESINSKI J. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* Rapport présenté au Conseil Economique et Social. 1987

l'adoption de comportements pathogènes qui aggravent une vulnérabilité souvent déjà importante aux maladies organiques et psychiques »⁶.

La prise en considération des problèmes de santé des personnes en difficulté, de plus en plus prégnante dans les considérations politiques, symbolisée par la loi de lutte contre les exclusions, est imprégnée de deux évolutions parallèles.

D'une part, la gestion de la problématique santé-précarité subit l'influence d'un mouvement croissant des démarches de planification : processus continu de prévision des ressources et de services requis pour atteindre des objectifs déterminés selon un ordre de priorités établi. Afin de choisir la ou les solutions optimales parmi plusieurs alternatives, ces choix prennent en considération le contexte de contraintes internes et externes. Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins issus de la loi de lutte contre les exclusions formalisent cette tendance.

D'autre part, à la croisée des champs sanitaires et sociaux, cette problématique constitue le champ privilégié des expérimentations des politiques territorialisées qui, conformément au rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales sur les « politiques sociales de l'Etat et territoires »⁷, visent des objectifs de proximité, d'équité et de qualité. Ainsi, la santé devrait constituer un enjeu fort des prochains contrats de ville, reposant sur des principes de transversalité, de discrimination positive, de citoyenneté et de contractualisation - L'enjeu de la politique de la ville étant de bâtir une logique prenant en compte l'ensemble des dimensions sociales et économiques.

Déjà en 1993, le Plan Santé-Ville mis en oeuvre dans le cadre des mesures de lutte contre l'exclusion par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville vise le soutien des actions en faveur de l'accès aux soins et de l'amélioration de la couverture sociale des personnes en difficulté. Il reconnaît l'opportunité d'une intervention sur les sites en contrats de ville. Mais, basée sur le développement des réseaux de santé de proximité, la prise en charge des plus démunis à l'hôpital et sur la formation des professionnels à l'accueil et au suivi de ces populations, le Plan Santé-Ville n'aborde pas ces problématiques sous un angle de programmation. De plus, les crédits alloués ne sont qu'exceptionnels, c'est pourquoi ce dispositif est passé quelque peu inaperçu.

En revanche, suite à l'adoption de diverses dispositions législatives visant l'amélioration de l'accès aux soins des plus démunis, l'esprit des Plans Santé-Ville se retrouve dans le dispositif expérimental de mise en place des Ateliers Santé Ville dans le département des

⁶ *Op. Cit. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé.*

⁷ IGAS ; Rapport annuel 2002 ; p.20

Bouches du Rhône, intégrant une démarche de planification. Le Comité Interministériel des Villes du 14 décembre 1999 a précisé les orientations de la politique de la ville en matière de santé avec la mise en place, au sein des contrats de ville, d'Ateliers Santé Ville (ASV). Ils s'inscrivent dans une stratégie de développement de l'interactivité entre les objectifs de lutte contre les exclusions déclinés dans les PRAPS et la mise en œuvre du volet santé des contrats de ville. Les ASV posent le pari politique de mettre en œuvre la Loi de Lutte contre les Exclusions par le développement de programmes locaux de santé publique. La région Provence Alpes Côte d'Azur a été désignée comme région pilote par la Délégation Interministérielle à la Ville pour expérimenter ces ASV.

Compétentes pour l'application de la Loi de Lutte contre les Exclusions, les DDASS sont également les porteurs et animateurs légitimes de la thématique santé de la politique de la ville. Ainsi, les Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale exerçant notamment au sein d'un pôle social sont les chefs de projet désignés de la mise en place des ASV, outil de planification à l'échelle locale. En effet, acteur de terrain, l'inspecteur est amené à construire l'organisation interne et externe de la mise en place des instances qui permettront l'élaboration de la programmation. Il est également chargé du suivi de ce plan puisque la majorité des actions locales de cette programmation seront financées par les services déconcentrés de l'Etat.

Mais comment faut-il organiser la mise en place des ASV sur le département ? Sont-ils susceptibles de réduire les inégalités d'accès aux soins des personnes vivant sur les territoires en contrat de ville ? Les ASV permettent-ils effectivement une démarche participative ? Comment vont-ils s'articuler avec les autres politiques régionales, départementales et communales ? Ces interrogations ont guidé mon travail de terrain.

Ainsi, en tant que futur IASS, l'objectif de mes investigations à la DDASS des Bouches du Rhône a été de déterminer dans quelle mesure les ASV peuvent constituer un outil pertinent de planification à l'échelle locale ?

Pour répondre à cette question la méthodologie adoptée fut la suivante :

Une première phase de recherche documentaire m'a permis de cerner la problématique santé-précarité et le cadre légal traitant de cette thématique.

Une participation active à l'ensemble des réunions afférant aux ASV a permis de compléter la vision théorique des circulaires et orientations ministérielles sur la mise en place des ASV par une approche pragmatique. En effet, la concomitance de mon stage à l'initialisation des ASV m'a offert la possibilité d'assister à de nombreuses rencontres : premier comité de pilotage départemental, réunions de coordinations intermédiaires, réunions internes au service de la DDASS, comité de pilotage local de Salon de Provence, comités de programmation et de suivi en présence des acteurs de terrain du

territoire de Marseille centre, présentations de l'étude de préfiguration effectuée sur les quartiers Nord de Marseille. Un investissement particulier sur la question de l'évaluation des ASV, par un travail de construction d'indicateurs de suivi (Voir Annexe n°3), a contribué à mon intégration effective au sein de l'équipe ASV du pôle social de la DDASS. De plus, une dizaine d'entretiens semi-directifs (Voir Annexe n°1), d'une durée moyenne d'une heure trente, menés à l'aide d'une grille d'entretien préétablie (Voir Annexe n°2) ont contribué à ma perception des enjeux, obstacles et éléments facilitateurs de la construction des ASV. Il est notamment apparu opportun d'interroger les personnels de la DDASS investis dans les ASV ainsi que les personnes extérieures impliquées, notamment les coordinateurs, mais aussi d'aller à la rencontre des chefs de projet ASV dans le département de la Seine-Saint-Denis, nettement avancés dans la démarche. Enfin, un stage d'une semaine à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, sur le site de la Conception (notamment auprès des assistantes sociales de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé, des urgences et du service de gynécologie sociale) m'a permis d'affiner ma perception du dispositif par l'approche des professionnels de terrain.

Ces investigations m'ont amenées à construire une réflexion sur les Ateliers Santé Ville s'articulant autour de trois axes :

Dans un premier temps, il est apparu important de rappeler le contexte territorial et réglementaire de l'instauration des ASV en région PACA avant de souligner le cadre théorique de la création des ASV. (PARTIE I)

Dans un deuxième temps, mes investigations m'ont permis de cerner les différentes étapes de la mise en place des ASV dans le département des Bouches du Rhône et d'en retirer des pistes d'analyse. (PARTIE II)

Enfin, eu égard à l'état d'avancement des ASV du département et face aux forces et faiblesses constatées en appréhendant la mise en place des ASV, il est nécessaire d'adopter une approche prospective afin de prévoir la continuité des ASV et l'élaboration du PLS. (PARTIE III)

I L'EMERGENCE D'UNE REPOSE TERRITORIALISEE FACE A LA PROBLEMATIQUE SANTE- PRECARITE

La complexité de la problématique santé-précarité impose une approche globale de plus en plus reconnue au niveau national. Pourtant, au niveau des services déconcentrés régional et départemental les démarches de planification abordent cette problématique de manière partielle, en ciblant des thématiques et des publics plus restreints. Lorsque l'approche est territoriale et ciblée, le lien, notamment entre les échelons régional (PRAPS) et communal (volet santé des contrats de ville), semble étriqué. C'est pour pallier ces insuffisances d'articulation que les ASV ont été créés.

I-1 : L'action publique en faveur de la santé des plus démunis :

I-1-1 : Santé et précarité : des problématiques imbriquées

A) Interactions entre santé et précarité

Comme le suggèrent les définitions même de la santé et de la précarité, dans leur acceptation large assimilée à un processus plutôt qu'à un état, ces deux concepts sont étroitement liés. Toutes les analyses sur les effets de la santé sur la précarité menées en France font craindre une régression du niveau de santé des populations les plus fragiles. De nombreuses études montrent que les événements biographiques qui marquent particulièrement l'enfance et l'adolescence déterminent étroitement la santé ultérieure. « Par analogie avec le concept de capital humain, tout se passe comme si l'individu disposait d'un capital santé mêlant le biologique et le biographique, sans cesse modifié par les événements positifs et négatifs de son existence, et bien entendu influencé par l'usage qui en est fait. Les formes actuelles de la précarité font peser sur ce capital de lourdes hypothèques. »⁸ S'il n'y a pas de maladie spécifique de la précarité, force est de constater que le cumul, l'intrication des symptômes, des maladies et des facteurs de risque se retrouvent en même temps chez les personnes et les groupes les plus fragilisés.

Néanmoins, la relation qui unit la santé et la précarité n'est pas unilatérale, mais plutôt circulaire dans la mesure où la santé est un produit du processus de développement mais elle est aussi l'un de ses déterminants majeurs.

Cette complexe interdépendance influe inévitablement sur les pratiques et les politiques publiques. D'une part, le cumul d'une triple souffrance médicale, sociale et

⁸ *Op. Cit. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé.*

psychologique entraîne une complexité dans l'organisation de la réponse institutionnelle, d'autant plus que les demandes s'expriment souvent de manière indifférenciée auprès des professionnels quel que soit leur secteur d'intervention. Les médecins sont déroutés par des comportements et symptômes à la frontière du médical et du social ; les travailleurs sociaux sont amenés à détecter des problèmes de santé sans être en mesure d'établir un diagnostic. D'autre part, une politique de santé publique en faveur des populations précaires ne saurait se cantonner au problème de l'accès aux soins, bien que celui-ci soit le plus urgent. En terme de soins mais aussi de prévention, notre système de santé doit s'adapter aux conditions de vie des personnes en difficulté. Au-delà même du domaine de la santé une approche de santé publique peut viser à répertorier les déterminants de santé et à œuvrer pour leur modification. Progressivement, le domaine social s'imbrique dans le sanitaire et les politiques sociales accentuent notablement leurs thématiques santé afin d'aborder la problématique santé-précarité dans sa globalité.

B) Le nécessaire partenariat ou travail en réseau

Comme cela a déjà été le cas pour le SIDA, la toxicomanie et la prise en charge des personnes âgées, l'intrication de facteurs multiples dans la prise en charge des personnes socialement démunies a amené les acteurs professionnels à travailler davantage ensemble, à proposer de nouvelles formes d'intervention. La prise en charge globale, le travail en réseau, les lieux d'écoute, les points santé, représentent des modèles de pratiques professionnelles très souvent évoquées dans le champ santé-précarité.

Ainsi, le réseau permet, par l'adoption d'une certaine forme de travail, « de faire face à des problèmes complexes dépassant le champ de compétences d'un seul acteur. Il intéresse plusieurs acteurs de part sa finalité et il dépend de la dynamique des acteurs qui le composent. »⁹ Le réseau expérimente un certain décloisonnement, indispensable dans le domaine santé-précarité, que ce soit entre secteurs : public, libéral, associatif, ou entre domaines d'action : sanitaire, social, administratif.

Il peut s'agir de réseaux spécifiques : spécialisés dans un facteur de risque, une pathologie ou des tranches d'âge, de réseaux généralistes dont les dénominateurs communs sont le territoire et la santé des personnes en difficulté sociale, de réseaux plus ou moins formels.

⁹ GUILLOUX K., GUIMONNEAU T. *Pratiques en santé précarité : la santé publique à l'épreuve du terrain*, repères à l'usage des professionnels de terrain et des services déconcentrés de l'Etat. Direction Générale de la Santé, Ministère de l'emploi et de la solidarité. Décembre 1997. P. 127

Les divers partenariats recouvrent des pratiques très différentes. L'absence de référentiels et de cadre éthiques désorientent les professionnels, conscients des risques de dérapage. Psychiatisation ou médicalisation du social, dilution des compétences et des rôles professionnels, perte de toute maîtrise pour la personne prise en charge, rupture du secret professionnel constituent autant de dangers à éviter. Pour pallier ces risques et afin de promouvoir le développement de ces réseaux, l'intervention étatique s'est progressivement affirmée. De nombreux textes¹⁰ incitent, formalisent et réglementent la constitution de réseaux.

La reconnaissance légale de l'importance des réseaux préfigure l'intérêt grandissant porté par les pouvoirs publics en faveur de la santé des personnes en situation de précarité.

I-1-2 Une prise en charge globale altérée par des schémas cloisonnant les publics et les pathologies

A) Une reconnaissance par l'Organisation Mondiale de la Santé de la commune comme échelon d'intervention sanitaire pertinent

Depuis sa création en 1946, l'OMS s'est fixé comme but de réaliser l'égalité de l'ensemble des être 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, puisqu'il concerne la moitié de la population de la planète, constitue la base du 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 de Marseille participe à ce projet ville-santé.

¹⁰ La circulaire DH/DAS n° 33 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des plus démunis rappelle les obligations des services publics de santé à l'égard de ceux qui ont des difficultés à faire valoir leurs droits, la circulaire DGS n°74 bis du 2 décembre 1993 relative aux réseaux de santé de proximité, l'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale, en proposant à l'ensemble des acteurs de la santé, les réseaux de soins comme modèle d'un nouveau système de prise en charge des patients (réseaux ville-hôpital), la circulaire DAGPB/DAS/DGS n°2000-364 du 8 juin 2000 relative au projet d'annuaire des acteurs de la lutte contre les exclusions, la circulaire N°DHOS/O3/DSS/CNAMTS/2002/610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé,...

Cette reconnaissance de l'échelon communal est l'occasion de spécifier les compétences sanitaires des communes, réduites par les lois de décentralisation, ainsi que la légitimité des villes à intervenir en matière de santé.

Le maire dispose d'un pouvoir réglementaire en matière de règles générales d'hygiène¹¹. La désinfection en cas de maladies contagieuses, l'obligation de tenir un carnet de vaccination, la lutte contre les fléaux sociaux, (hospitalisation d'office des malades mentaux,...) sont autant de pouvoirs dévolus aux maires. Notamment, en vertu de l'article 33 de la loi du 22 juillet 1983, les maires assurent la présidence des conseils d'administration des hôpitaux communaux, ils peuvent gérer et financer des centres de santé. Enfin, les municipalités interviennent aussi indirectement, c'est à dire sur un plan politique et stratégique, par le financement d'associations, le soutien de réseaux ou de filières de soins, et par la coordination territoriale.

Par rapport au Conseil Général¹² et à l'Etat, les villes disposent donc à priori de compétences limitées en matière de santé. Cependant, de nombreuses communes ont engagé des initiatives dans le champ de la santé, soit pour maintenir une tradition d'intervention, soit pour des raisons politiques.

Au-delà des compétences réglementaires des communes, leur positionnement au regard de la santé s'est modifié avec l'évolution même du concept de santé. L'acceptation actuelle de la santé, de plus en plus assimilée à l'approche globale de promotion de la santé autorise toutes les collectivités territoriales à intervenir dans ce domaine dans la mesure où elles ont le pouvoir d'initier des actions portant sur le bien-être des individus dépendant de la plupart des secteurs de la vie de la cité (économie, emploi, loisirs, culture, logement, transports,...). Le caractère transversal de la problématique santé suffit à justifier l'intervention de la ville dans ce domaine, échelon de dimension humaine sur lequel les acteurs de proximité et les habitants sont en constante interaction.

¹¹ Article L.2 du Code de la Santé Publique et L. 772 du CSP : rôle des services communaux d'hygiène et de santé.

¹² En matière sanitaire, en plus de la Protection Maternelle et Infantile, le département s'est vu confier après la décentralisation, certaines maladies (tuberculose, MST, SIDA exclu, cancer). Mais ses compétences en matière sociale élargissent son champ d'intervention, sur la santé. Le service départemental fait intervenir des médecins, des psychologues et des infirmiers dans le cadre des circonscriptions d'actions territorialisées.

La santé locale permet une approche spécifique de santé publique, elle dépasse « le curatif, l'individuel, le sanitaire, pour s'attacher à des démarches pluridisciplinaires, transversales et participatives. »¹³

L'imbrication des compétences des différentes administrations publiques, la co-présence d'un système public et d'un système privé de santé, la diversité des acteurs impliqués et le cloisonnement des institutions exigent au niveau local une mise en relation et en communication, afin d'instaurer des interventions cohérentes et complémentaires. Pour certains, c'est à la ville, notamment par le biais de la politique de la ville, qu'il revient d'assurer ce rôle de coordination, en favorisant des approches transversales et partenariales, en impulsant une mobilisation dynamique des différents acteurs sur des projets.

B) Une vision globale au niveau national : la loi de lutte contre les exclusions

« En raison de la persistance de la précarité et du caractère multidimensionnel du phénomène, et parce que tous les droits fondamentaux sont interdépendants et indivisibles, la lutte contre la grande pauvreté et l'exclusion sociale ne saurait atteindre l'efficacité nécessaire sans une volonté forte et sans une conception d'ensemble. »¹⁴ Ainsi le gouvernement a lancé deux types d'actions afin de lutter contre les inégalités sociales de santé :

- Une action globale de développement économique et de lutte contre les exclusions est inscrite dans la loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

La dignité apparaît au cœur de la loi dont l'objectif est d'abord de garantir l'accès effectif aux droits fondamentaux, tremplin vers la réinsertion sociale. Il s'agit ensuite de « prévenir les exclusions et de mieux agir ensemble » contre elles en s'appuyant autant que possible sur des solutions de droit commun. Les droits communs et indivisibles figurant dans la loi concernent les domaines de l'emploi, du logement, de la santé et de la citoyenneté. Sont aussi mentionnés les droits fondamentaux dans le domaine de l'éducation, de la formation, de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance.

- Une action plus spécifiquement sanitaire qui comporte deux volets :

La mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) qui vise à faire disparaître les barrières financières de l'accès aux soins. Le 1^{er} janvier 2000, la loi n°99-

¹³ SCHOENE M. ; *Santé et ville. Enjeux et outils pour une approche territorialisée et transversale de la santé*. Les soirées du pôle de ressource départementale et de développement social de mars 2002 ; n° 9 Août 2002

¹⁴ DEBIONNE ; *La santé passe par la dignité* ; Editions Quart-Monde 2000.

641 du 27 juillet 1999 portant création de la CMU est entrée en vigueur. Elle vise d'une part à garantir d'accès effectif à l'assurance maladie de base et, d'autre part, à assurer une couverture complémentaire aux six millions de personnes qui y ont renoncé, faute de ressources suffisantes, soit 10% de la population.

Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins institués par l'article 71 de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions amorcent l'adaptation de notre système de santé aux besoins de la population.

De plus, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions comprend d'autres articles dans son volet santé : l'article 73 réaffirme le rôle social des établissements de santé, l'article 74 prévoit le renforcement de l'accompagnement apporté par la PMI aux femmes enceintes et mères de famille, particulièrement les plus démunies, l'article 75 invite les CPAM à se recentrer sur les populations exposées aux risques de précarité, l'article 76 prévoit la mise en place dans les établissements publics et privés participant au service public hospitalier, de Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), ouvertes à tous et visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, l'article 143 porte sur la multiplication, au sein des établissements scolaires, de comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, ouverts aux élèves, parents et à la cité.

Cette vision globale fait l'objet d'une réaffirmation constante :

Ainsi, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) s'est fixé comme objectifs spécifiques de réduire la fréquence des déficiences vitaminiques et minérales et de la dénutrition parmi les populations en situation de précarité.

Plus clairement encore, le Plan National de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion du 25 mars 2003 dans le volet « améliorer l'accès aux soins des personnes en difficulté », reprend notamment les objectifs d'« améliorer les conditions d'accès aux soins des publics en situation précaire dans le cadre d'une nouvelle programmation régionale (PRAPS) » et de « développer la démarche territorialisée d'accès à la prévention et aux soins suivant la méthodologie mise en œuvre dans les Ateliers Santé Ville dans le cadre de la nouvelle programmation régionale des PRAPS », et ce sur la période 2003-2006.

C) Santé précarité : une planification encore morcelée

De nombreux schémas et programmes intègrent la problématique santé-précarité au sein des services déconcentrés de l'Etat, mais ils n'englobent jamais l'ensemble de la thématique.

Au niveau de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) :

✓ Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) :

L'article L712-1 de la loi du 31 juillet 1991 associe le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire à la carte sanitaire afin de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé.

Ainsi, en région PACA, suite au bilan mettant en lumière le fait que les actions menées par les établissements hospitaliers en faveur des plus démunis restent encore trop isolées et fragiles, le SROS comprend des objectifs en matière d'accès aux soins des plus démunis. Ce schéma souligne que « pour renforcer les dynamiques en cours, de véritables adaptations structurelles s'imposent »¹⁵. Aussi, sur la base des dispositions de la loi de lutte contre les exclusions, et des conclusions de la Conférence Régionale de Santé du 27 avril 1998, ces adaptations s'orientent autour de quatre objectifs majeurs : affirmer la mission locale du service public hospitalier, conforter l'hôpital dans une dynamique de réseaux et assurer la continuité des soins, développer de nouvelles pratiques hospitalières, permettre l'accès de tous aux établissements privés.

✓ Le Programme Régional de Santé (PRS) sur la santé des enfants et des jeunes :

Les (PRS) ont été créés par l'ordonnance du 24 avril 1996 et le décret du 17 avril 1997. Ils sont le prolongement opérationnel des Conférences Régionales de Santé (CRS) qui établissent notamment les priorités de santé publique de la région.

La région PACA a élaboré deux PRS sur les thèmes de l'hépatite C (CRS de 1999) et sur la santé des enfants et des jeunes (CRS de 1997). Ce dernier, élaboré en mai 1999 pour une durée de cinq ans, intègre à la fois la thématique santé-précarité dans les constats réalisés comme dans les objectifs et le plan d'action établi, ainsi que la notion de coordination et la nécessaire organisation de réseaux locaux pour que l'enfant, le jeune, sa famille soient au centre du dispositif, et afin de réduire les inégalités d'accès aux soins et à la santé.

Ainsi, parmi les cinq objectifs généraux que doit atteindre le PRS santé des enfants et des jeunes, trois méritent d'être relevés dans une optique de planification locale :

- Dans les territoires et les quartiers vulnérables, réduire de 50% la proportion d'enfants qui présentent des problèmes de développement à l'entrée à l'école élémentaire.
- Parvenir dans cinq ans à 80% d'écoles et d'établissements ayant un programme ou un projet d'éducation à la santé.

¹⁵ SROS Médecine Chirurgie Obstétrique de deuxième génération. ARH PACA. Octobre 1999 : « Le schéma détermine la répartition géographique des installations et activités de soins qui permettraient d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population. »

- Bâtir un système régional d'information sur l'état de santé des enfants et des jeunes.

Au niveau de la DDASS, le Plan départemental d'insertion (PDI) des Bouches du Rhône comprend parmi ses objectifs généraux un volet « insertion par la santé ». Pour la période 2003-2005, ce volet repose sur quatre axes :

- développer l'accès aux droits,
- promouvoir une culture d'accès aux soins et de prévention auprès des bénéficiaires du RMI,
- favoriser la continuité des soins en optimisant l'utilisation des moyens,
- contribuer à la cohérence des réponses apportées par les différents dispositifs par rapport aux besoins de santé repérés à l'échelon du territoire. La déclinaison des programmations annuelles du PDI doit donc se faire en cohérence avec le PRAPS, les contrats de ville et notamment les ASV, le Programme Départemental d'Insertion des Personnes Handicapées,...

Les PDI sont déclinés au niveau local par les Programmes Locaux d'Insertion. L'importance accordée à la problématique santé varie selon les Commissions Locales d'Insertion. Ainsi, le PLI de Salon de Provence s'est fixé des objectifs santé précis après avoir identifiés les constats et les problématiques sanitaires des allocataires du RMI. Il souligne la nécessité de permettre au public d'accéder à des soins liés à sa présentation physique pour lui redonner une meilleure estime de soi, ou encore d'identifier plus finement les problématiques de santé des populations les plus exclues du fait de son état de santé afin d'y apporter des réponses plus adaptées. Il propose même des actions, notamment de partenariat dans le cadre du PRS, des PASS et des ASV. D'autres CLI comme celle des 15^e et 16^e arrondissements de Marseille se cantonnent à des données médicales chiffrées, non analysées.

Il est également possible de noter les conventions de santé mentales réalisées dans le cadre de la gestion du RMI, le Plan Départemental d'Aide pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD) et le programme départemental de lutte contre les toxicomanies qui abordent la santé des plus démunis sous un angle d'approche spécifique.

Ainsi, ces différents schémas contribuent à l'amélioration de l'accès aux soins des plus démunis mais ils n'abordent cette problématique que de façon partielle. La porte d'entrée est thématique et non territorialisée alors que les spécificités des contextes locaux de la région PACA démontrent la nécessité d'une territorialisation.

I-2 Vers une territorialisation des politiques de santé

I-2-1 D'un contexte local à des politiques territoriales

A) PACA/Bouches du Rhône : un contexte local spécifique

La région PACA est fortement urbanisée : plus de 80% de la population vivent dans des pôles urbains. Comptant 4 506 253 habitants, la région PACA se situe au troisième rang des régions de France. Le solde migratoire apparent est de 170 000 personnes sur 1990-1999, pour une croissance démographique de 5% (3,5% France entière). La proportion des plus de 65 ans est de 18,2% (15,6 au niveau national). Elle est également la troisième région la plus riche mais elle a le troisième taux de chômage le plus fort (14,8 %). Cette région est fortement touchée par la précarité et des écarts de revenus importants ne pouvant disparaître par la croissance : 513 156 bénéficiaires de bas revenus dont 54% hors minimum sociaux. Le taux de bénéficiaires du RMI est de 52 ‰, alors qu'il s'élève à 31,5 au niveau national.

Au niveau de l'accès aux soins, les centres de santé de la région ont accueilli 26 800 consultants, dont 45,7% en situation de précarité alors qu'au niveau national, la part de la population précaire accueillie dans ces centres était plus faible (31,3%). Au niveau des pathologies, PACA arrive en 2^{ème} position nationale pour le Sida et pour l'hépatite C. Enfin, cette région est caractérisée par la faiblesse des équipements médico-sociaux, notamment en soins de longue durée, et surtout en structures d'accueil pour adultes handicapés, et en CHRS.

Ces caractéristiques de la région PACA sont encore plus flagrantes dans les Bouches du Rhône, plus gros département de la région. Ainsi, l'importance des difficultés d'accès aux soins de personnes en situation de précarité elles-mêmes sur-représentées, justifient la nécessité d'une approche particulière : territoriale et ciblée sur ces publics.

B) Les premiers pas de politiques territoriales et ciblées

a) *Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins*

Dans un souci d'adaptation progressive du système de santé aux besoins des personnes en situation de précarité, l'article 71 de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a créé les Programmes Régionaux d'accès à la Prévention et aux Soins. S'ils s'inscrivent dans la continuité d'une logique enclenchée avec les Programmes Départementaux d'Accès aux soins mis en place par la circulaire du 21 mars 1995, les PRAPS diffèrent toutefois des PDAS par leur caractère obligatoire et leur niveau

d'organisation régional. Le PRAPS est un instrument déterminant de la politique de territorialisation des actions visant à protéger les personnes qui vivent dans une situation précaire et qui ont des difficultés d'accès aux services sociaux et de santé. En effet, il est à l'interface entre une démarche descendante transcrivant la vision des représentants de l'Etat, garant de la cohérence de la politique de santé dans ses objectifs fondamentaux, en particulier celui de l'égalité d'accès aux soins pour tous, et une démarche ascendante transcrivant les actions des acteurs de terrain qui répondent de manière précise et ciblée aux besoins effectifs des populations les plus démunies. S'il est élaboré au niveau régional, le PRAPS repose sur des diagnostics départementaux, associant des acteurs locaux et réclamant un engagement particulier des DDASS.

Le PRAPS 1^e génération de la région PACA a fixé quatre objectifs généraux pour la période 2000-2003 :

- Optimiser les dispositifs d'accès aux droits, notamment afin d'accompagner la mise en œuvre de la CMU.
- Améliorer le fonctionnement et la coordination des dispositifs existants afin de favoriser l'accès aux soins et leur continuité.

Dans une logique de mise en réseau et de territorialisation, le second objectif intermédiaire de cette priorité est de coordonner les acteurs des différents systèmes sanitaires et sociaux afin d'assurer une réelle continuité des soins. Les deux objectifs spécifiques méritent également d'être relevés : le premier étant d'optimiser le fonctionnement des réseaux de santé de proximité déjà existants et d'assurer le développement de ces réseaux dans les territoires vulnérables non couverts ou insuffisamment couverts, et le second, de favoriser l'engagement des professionnels sanitaires et sociaux dans la prise en charge des publics précaires.

- Favoriser et améliorer la prévention et la prise en charge de la souffrance psychique.

Dans l'optique d'élaboration d'une politique de santé publique à l'échelle locale, il convient de souligner l'objectif intermédiaire n°1 qui est d'améliorer la prévention et la prise en charge de la souffrance psychique dans les territoires ciblés de la politique de la ville et/ou les territoires particulièrement vulnérables repérés dans les diagnostics départementaux. La connaissance des besoins de la population constitue pour sa part un des objectifs spécifiques de cette priorité.

- Développer les actions et coordonner les intervenants dans le champ de l'éducation à la santé.

Ainsi, le PRAPS PACA illustre la nécessité d'une approche à la fois pluridisciplinaire et locale des problématiques d'exclusions, à l'image de celle que nous aborderons dans le cadre des ASV.

b) *Volet santé des contrats de ville*

Le onzième plan voit l'émergence du contrat de ville comme outil principal de la politique de la ville. L'hypothèse selon laquelle le contrat de ville peut constituer le dispositif privilégié de mise en œuvre de la loi de lutte contre les exclusions dans les agglomérations est aussi formulée.

Avant d'envisager le volet santé des contrats de ville, il est important de procéder à quelques éclaircissements sur la nature de cette politique. La transversalité et le partenariat, clés de voûte de la politique de la ville, n'apparaissent qu'au début des années 80, dans une série de rapports fondamentaux¹⁶. Cette période est aussi caractérisée par la consolidation de la politique contractuelle en faveur des quartiers défavorisés avec les contrats de Ville/Etat/ Région et avec la procédure de Développement Social des Quartiers (DSQ). La même année, l'appellation Développement social Urbain remplace celle de DSQ déplaçant ainsi le territoire du quartier vers la ville. Les différentes instances de la politique de la ville¹⁷ naissent en octobre 1988. Les années 90 sont caractérisées par un foisonnement législatif sur la politique de la ville. Le pacte de relance pour la ville de 1996, le Rapport Sueur de 1998 et la loi Solidarité et Renouvellement urbain de 2000 fixent les nouvelles ambitions de la politique de la ville basée sur « la refondation du pacte républicain sur l'ensemble du territoire,... le renforcement de la cohésion sociale dans les villes, en cherchant à renforcer la mixité et la mobilité sociales, la mobilisation de l'ensemble des partenaires concernés autour des projets collectifs répondant aux principales préoccupations des habitants, et la construction d'un nouvel espace démocratique par un soutien aux acteurs de terrain. »¹⁸

« La fiche thématique 1.2 « la santé » du dossier ressource « les contrats de ville dans le 11^e plan » est un outil de référence important qui précise les objectifs des actions à mener dans le cadre des contrats de ville et précise une méthodologie. Ce travail sur la santé

¹⁶ H. DUBEDOUT; B. SCHWARTZ « Ensemble refaire la ville » sur l'insertion sociale et professionnelle des jeunes donnant naissance aux missions locales ; G. BONNEMAISON sur la prévention de la délinquance ; A.SAVARY sur les zones d'éducatives prioritaires.

¹⁷ Le Conseil National des Villes et du développement social urbain, fusion du Conseil National du Développement Social des Quartiers et du Conseil National de Prévention de la Délinquance ; Le Comité Interministériel de Villes et du développement social urbain ; la Délégation Interministérielle à la Ville et au développement social urbain.

¹⁸ DIV ; *Guide de la politique de la ville et du développement local – histoire et organisation* ; éditions ASH ; Novembre 2000 ; p. I-1-9010.

réalisé dans le but d'aider les personnes à retrouver une inscription sociale et professionnelle énonce cinq objectifs »¹⁹ :

- mise en place d'une couverture sociale pour l'ensemble des personnes en difficulté,
- mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé, d'information et de prévention adaptées aux populations en difficulté,
- ouverture et adaptation du système de soins à ces populations,
- facilitation de l'insertion dans le parc des logements sociaux des handicapés,
- prise en compte des facteurs indirects concourant à la santé : qualités urbaines, esthétiques, environnementales, désenclavement.

Elle rappelle la nécessité d'une articulation étroite avec les services de l'Etat et du département. Elle préconise une méthodologie de diagnostic à l'échelle de la ville et à l'échelle du quartier.

Si d'une manière générale « la santé aura été le parent pauvre du 11^e plan »²⁰ et si la dimension sanitaire de la politique de la ville est encore jeune, dans le département des Bouches du Rhône, la majorité des communes manifeste une véritable volonté d'intégrer la problématique santé dans les contrats de ville. Sur Marseille en particulier, l'expérience acquise en matière de politique de la ville a permis la mise en place d'habitudes de travail partenarial, et a amené les institutions à regarder plus finement ce qui se passe sur un territoire.

Comme l'a rappelé la représentante de la DIV lors du premier comité de pilotage départemental des ASV, la santé est, avec le renouvellement urbain, l'emploi, le développement économique et l'éducation une des priorités de la DIV pour la programmation 2003-2006 dans la mesure où elle est un préalable indispensable à l'insertion dans la vie sociale et économique.

Néanmoins, au-delà des déclarations d'intention, les projets d'actions de santé dans le cadre de la politique de la ville demeurent de faible importance.

Si les contrats de ville intègrent la problématique santé, et si les PRAPS doivent, dans la mesure du possible, être élaborés à l'échelle des contrats de ville²¹, les liens qui unissent ces deux dimensions politiques autour de la lutte contre les exclusions demeurent trop

¹⁹ ROSENBERG S. *Guide de la politique de la ville et du développement local – santé* ; N° VIII Editions ASH ; janvier 1999. Fiche VIII-1

²⁰ BILLAUD V. *La santé dans les politiques de la ville*, étude bibliographique pour le conseil national des villes, MDSL- Intervention santé ; Octobre 1999 ; p. 18

²¹ Groupe de travail interministériel et interpartenaires sur la définition des contrats de ville du XII^{ème} Plan : *Orientations pour une mise en œuvre commune de la loi contre les exclusions et du contrat de ville*

étriqués. La création d'ASV vient renforcer cette nécessaire articulation entre les PRAPS et la politique de la ville.

I-2-2 : Création des Ateliers Santé Ville

A) Cadre et enjeu de la démarche

a) Cadre légal des ASV

La circulaire DIV/ DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des Ateliers Santé Ville dans le cadre de la convention thématique des contrats de ville 2002-2006 et la circulaire DGS/SP2/2000/324 du même jour relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire présentent le cahier des charges et les principales caractéristiques des ASV.

L'ASV ne saurait constituer une structure ni une source de financements complémentaires supplémentaires. Il s'agit d'un lieu de coordination des politiques publiques en vue de leur déclinaison sous la forme d'un plan local d'action de santé publique de type participatif. Ils ont donc pour but de permettre une articulation dynamique entre la politique de la ville et les politiques de santé et de contribuer à la réduction des inégalités territoriales en améliorant la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires de la politique de la ville. Pour cela, ils mettent l'accent sur la promotion de la santé, la prévention et l'éducation pour la santé.

Plus spécifiquement, les ASV ont pour objectifs :

- ✓ **D'identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie :**

La phase de bilan initial de la situation est indispensable à la construction d'un projet local. Elle est réalisée par un diagnostic qui permet une connaissance la plus objective possible des lieux et des populations, des phénomènes et des ressources existantes, la confirmation ou l'infirmité de certaines hypothèses concernant l'état de santé de la population, mais aussi l'évaluation de la dynamique locale sur laquelle le travail pourra s'appuyer. Le diagnostic doit faire émerger des données quantitatives, à l'aide d'indicateurs chiffrés, et qualitatives. Au niveau communal ou inter-communal, des démarches de diagnostic associant au maximum l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux proches des publics en difficulté et ceux-ci mêmes, peuvent contribuer à identifier et à dynamiser les données comme les « bonnes pratiques. »

✓ **De faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien à des réseaux médico-sociaux :**

Cet objectif varie selon le territoire envisagé. Dans des communes où la santé n'a pas encore constitué un domaine d'action spécifique au niveau local, il peut s'agir de réaliser un état des lieux et de faciliter la mise en place, en lien avec la logistique du contrat de ville, de modalités de mobilisation et de coopération sur les problématiques non abordées. Dans les communes disposant d'expérience et de ressources mais qui ne donnent pas lieu à une mobilisation autour des problèmes posés par l'exclusion et la précarisation, l'ASV peut sensibiliser et dégager des chantiers de travail en partenariat sur la définition des zones problématiques et mettre en place une dynamique d'échange entre les actions spécifiques auprès des publics en difficulté et les dispositifs de droit commun. Dans les communes assurant leurs missions obligatoires ainsi que des prestations en matière de soins mais qui n'ont pas de dynamique partenariale assortie d'un diagnostic pour agir auprès des publics en difficulté, il peut constituer un support d'engagement des logiques de consultation de la population, de mise en réseau des professionnels et de mobilisation des ressources locales autour d'une meilleure prise en compte des publics. Enfin, dans les communes sur lesquelles existent de nombreuses expériences et ressources en matière d'action locale de santé, il peut s'agir enfin d'un accompagnement à la recherche et l'expérimentation d'outils, d'une qualification des professionnels.

✓ **De diversifier les moyens d'intervention** en fonction de l'analyse des besoins par site :

L'ASV apporte méthode et coopération en prenant en compte la disparité des contextes et des ressources locales, pour aider à dégager des formes d'action originales et adaptées. La diversification est donc en lien avec l'approche territorialisée des problématiques de santé rencontrées. S'il est globalement possible d'anticiper les modes de diversification, en affirmant par exemple que la base de la diversification réside dans l'hétérogénéité des actions, la véritable innovation reste à déterminer en fonction des priorités définies dans le plan d'action par les différents acteurs des ASV.

✓ **De rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun :**

Déclinaison locale des objectifs de la loi de lutte contre les exclusions, cet objectif spécifique se subdivise en deux objectifs : l'accès aux soins et l'accès aux droits.

- ✓ De développer d'une part la **participation active de la population** à toutes les phases des programmes et d'autre part, la **concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social** concernés par ces programmes²² :

L'accent sera mis sur cet objectif d'appréhender la santé sous un angle communautaire lors de notre questionnement sur l'avenir des ASV. La concertation avec les professionnels et institutionnels constitue également une fin et un moyen pour optimiser la prise en charge des personnes en situation de précarité. Elle prend une part importante dans chaque étape de mise en place des ASV, qu'il s'agisse de l'analyse des besoins, de la définition des objectifs, ou de la formalisation d'un plan d'action.

b) Les ASV : outil de coordination et d'articulations

Pour les programmes de santé développés dans les territoires de la politique de la ville, les ASV constituent un lieu de concertation et d'amélioration locale de la pertinence en allant du diagnostic à la planification en santé publique, de cohérence, par l'intégration locale d'actions et de dispositifs divers, d'efficience, favorisant une action communautaire et partenariale et insistant sur l'évaluation.

Plusieurs niveaux d'articulation se trouvent directement travaillés à l'occasion du traitement local de la problématique santé-précarité par les ASV :

- ✓ Des articulations territoriales : **ville-département-région** :

S'il est clair que le travail de proximité est incontournable pour réduire les inégalités et rapprocher les personnes en difficulté du droit commun, il faut toujours rechercher les pertinences et synergies territoriales qui peuvent permettre d'approcher la meilleure cohérence d'action. L'un des principaux enjeux est donc la déclinaison des PRAPS et des politiques régionales de santé par l'outil ASV.

- ✓ Des articulations entre domaines d'action : **sanitaire-social-éducatif** :

Les problèmes de la précarisation se font sentir à tous les niveaux ; agir sur une seule des composante se révèle alors inefficace. Le partenariat et la transversalité, développés dans le travail de proximité se trouvent au cœur de la démarche des ASV.

- ✓ Des articulations entre registres de compétences :

habitants-profanes-professionnels :

L'ouverture sur la participation des habitants suppose en premier lieu de penser les liens entre les cultures profanes en matière de santé et les cultures professionnelles, elles-mêmes souvent cloisonnées.

²² Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé dans le cadre des Conventions Thématiques Santé des contrats de ville 2000-2006

B) Stratégie et méthodologie de mise en œuvre des ASV

a) Les différentes dimensions de la mise en œuvre des ASV

✓ Les partenaires :

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

Il convient par ailleurs que la DDASS puisse avec la préfecture mobiliser autour d'elle les principales institutions concernées par l'accompagnement et la pérennisation des actions au niveau local : conseil général, caisses d'assurance maladie, conseil des ordres des professionnels de santé, Caisses d'Allocations Familiales, Fond d'Aide Social, y compris les organismes régionaux : DRASS, Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM),...

Outre les institutionnels, tous les acteurs des champs sanitaires et sociaux doivent être impliqués dans la démarche des ASV : particulièrement les médecins de ville, les établissements de santé publics et privés, les structures de santé mentale, les CHRS, les centres de santé, les centres sociaux, les services de santé scolaire, les services sociaux d'accueil aux étrangers, les missions locales.

✓ Les financements :

D'une manière générale, les ASV bénéficient d'un soutien financier de la part du Ministère délégué à la ville et du secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale dans le cadre des contrats de ville. A ce titre, ils sont financés conjointement par la ville et l'Etat²³.

Les crédits autres des collectivités territoriales et des autres partenaires peuvent être recherchés (Conseil régional, conseil général, FASILD,...).

La DIV n'a pas manqué de rappeler qu'il convient dans tous les cas de figure, avant de mobiliser des financements complémentaires, de rechercher une bonne utilisation coordonnée des financements existants.

✓ Les problématiques récurrentes :

La dynamique ASV est susceptible de toucher plus particulièrement certaines thématiques : Il s'agit de **l'accès aux soins, au dépistage et à la prévention** dans la mesure où la CMU est loin d'avoir tout résolu de ce point de vue. L'éloignement, les écarts, le manque de compréhension et le mésusage des droits et ressources sont liés aux problématiques particulières d'un public qui cumule les difficultés. Les recours en

²³ Chapitres 47-11-20 (PRAPS) ; 46-60-10 (fonds d'intervention pour la ville) ; 37-82 (financement des actions de service public)

urgence ou tardifs aux dispositifs existants attestent du fait que certains continuent à différer les soins, à négliger la prévention, à ne pas se faire dépister alors qu'ils sont les plus concernés.

La **santé mentale** constitue une zone de problèmes vécus comme prioritaire dans laquelle les actions autres que la simple orientation semblent difficiles à inventer ou à mettre en œuvre. Or les multiples difficultés sur le plan de la santé mentale (dépression, violences, repli, dévalorisation, mal-être des jeunes,...) perturbent profondément le fonctionnement et les logiques de droit commun (éducation, insertion, aide sociale, protection de l'enfance, citoyenneté,...). L'initiation de recueils de données, la mise en place d'instances de concertation et de réflexion entre acteurs, sur les incidences de la précarisation notamment, la création d'espaces d'échanges, d'écoute et de soutiens contribuent à créer les conditions pour que les villes deviennent partenaires dans la promotion d'une politique de santé mentale.

Les **conduites à risques** et les **conduites addictives** peuvent constituer un champ d'action privilégié des ASV dans la mesure où pour la prévention, la réduction des risques et l'accès aux soins, seules des conditions locales et un partenariat éclairé peuvent permettre de sortir des déclarations d'intention pour créer des démarches mobilisatrices susceptibles d'interférer sur les processus en cause.

Enfin les problèmes de **nutrition**, tributaires du style de vie et de l'impact de la précarité appellent des dynamiques particulières caractérisées par un travail communautaire et par le développement d'un soutien social.

Conformément à l'esprit des ASV, ces problématiques potentiellement récurrentes doivent être vérifiées et priorisées afin d'adapter les orientations de l'ASV aux spécificités du site considéré.

b) Les sites pilotes des ASV

La DIV a désigné les régions Nord, Ile de France et Provence Alpes Côtes d'Azur comme sites pilotes pour expérimenter les ASV.

La région Nord n'a pas amorcé cette démarche. Par contre en **Ile de France**, le développement s'est concentré dans un premier temps dans le département de la Seine-Saint-Denis. En décembre 2000, la DDASS de Seine-Saint-Denis a engagé, avec l'appui de la Direction Générale de la Santé (DGS) et de la DIV, et avec le soutien méthodologique de l'association Recherches Evaluations sociologiques sur la Santé, le Social et les actions COMMunautaires (RESSCOM), une démarche qui s'est adressée aux vingt quatre communes en contrat de ville. L'équipe de la DDASS, composée de la Conseillère Technique en Travail Social (CTTS), coordinatrice départementale des ASV, d'un IASS notamment en charge de la politique de la ville, d'un Médecin Inspecteur en Santé Publique (MISP), et du chargé de mission PRAPS, a retenu onze projets d'ASV

parmi la quinzaine de ville qui se sont proposées. Au stade actuel de la démarche, toutes les villes ont démarré. Dix villes sur onze ont un ASV opérationnel et en sont donc à la phase d'action.

Des projets et méthodes très diversifiés ont été adoptés, conformément à la nécessité d'adaptation aux problématiques locales. Certains ASV se sont centrés sur le diagnostic, d'autre sur la programmation lorsqu'ils disposaient déjà d'un état des lieux. D'autres se situent autour de la réalisation d'évaluations ou bien s'inscrivent dans un travail inter-communal. Certains sont généraux alors que d'autres se centrent sur des thématiques, d'ailleurs très diverses. La participation des habitants est variable selon les ASV : trois villes seulement ont un diagnostic réellement participatif. Deux ASV ont engendré la création de structures de type maison de la santé. Peu de villes ont élaboré un Programme Local de Santé. La seule obligation imposée aux villes par la DDASS réside dans le portage du projet par les chefs de projets de la politique de la ville et par un référent santé de la ville. Les différentes expériences des ASV sont mutualisées grâce à des groupes de réflexion organisés au sein du centre de ressource politique de la ville « Profession Banlieue ». Si la démarche d'évaluation n'est pas encore amorcée, l'ensemble des acteurs semble optimiste sur la plus-value apportée par les ASV.

Dans la région **PACA**, le Var (trois ASV) et le Vaucluse (un ASV) se sont investis dans la démarche. Mais, comme pour l'Ile de France, un seul département a fait preuve d'une implication particulière. Il s'agit des Bouches du Rhône. Il convient maintenant d'approfondir l'expérience de ce département.

II ANALYSE DE LA MISE EN PLACE DES ATELIERS SANTE VILLE

La détermination de la mise en place des ASV dans un département peut s'opérer à travers la description de la mise en place des ASV dans les des Bouches du Rhône, complétée par une analyse des forces et faiblesses de ce processus. La coordinatrice de l'ASV de Marseille centre à clairement schématisé la démarche ASV. (Voir Annexe n°3)

II-1 Les étapes de la mise en place des Ateliers santé ville dans le département

II-1-1 L'adaptation des différents Ateliers santé ville aux spécificités locales

A) Une nécessaire souplesse dans la mise en place des différents ASV

a) *Des similitudes entre les sites*

✓ Le **coordinateur** local : une personne relais indispensable

« Parler de la nécessité d'une approche globale et multidisciplinaire peut paraître d'une grande banalité quand le partenariat est le principe même des dispositifs d'insertion ou de développement social. »²⁴ Malgré tout, du sanitaire vers le social ou du social vers le sanitaire, le lien doit être fait et il ne se fait pas seul.

Chaque ASV repose sur un coordinateur local, indispensable à la construction de la démarche comme en atteste l'expérience de le Seine-Saint-Denis. En effet, dans le 93, dix ASV sur onze seulement sont opérationnels. Cela s'explique par le fait que le onzième ne dispose pas encore de coordinateur. D'une manière générale le coordinateur est celui qui élaborera le Plan Local de Santé publique, son action vise donc à atteindre l'ensemble des objectifs généraux des ASV. Pour cela il doit analyser les politiques afin de pouvoir au mieux les décliner au niveau local. Il est également chargé de faire remonter au niveau départemental les priorités dégagées au niveau local, et de développer des articulations dynamiques entre les différents niveaux organisationnels dans la mesure où il est à l'interface des acteurs de terrain, des professionnels de santé, des décideurs et des financeurs. Il a pour mission le recueil de données, la mobilisation des acteurs professionnels, la capitalisation des expériences positives et le développement des démarches participatives. Dans ce cadre, le coordinateur a donc une fonction d'animation, d'aide à la concertation, de soutien méthodologique et d'accompagnement des

²⁴ BOIGE-FAURE S. *Santé et développement social. Médicaliser le social ou socialiser la santé ?* De la nécessité d'un animateur coordinateur des questions de santé sur le territoire ; Les cahiers du centre de ressource du DSU ; n° 11 ; Juin 1996 ; p. 15

professionnels pour la création d'outils adaptés. Il veille également à assurer la circulation de l'information et la mobilisation des compétences existantes. Effectivement, il donne de la cohérence, de la crédibilité et de la lisibilité à cette politique locale de santé afin de lui assurer une certaine continuité.

✓ Deux instances de pilotage au niveau local :

Au plus près du terrain, un **groupe technique de programmation et de suivi opérationnel**, associe au-delà des associations, les institutions sanitaires, hôpitaux, secteur psychiatrique, assurance maladie, ordre des médecins, afin d'appuyer et légitimer le travail de coordination. Il s'agit des groupes de travail et de réflexion qui seront amenés à faire émerger des priorités intégrées dans le PLS.

L'échelon décisionnel est assuré par un **comité de pilotage (COPIL) local** des financeurs, instances politiques. Dans certains cas, afin d'éviter la multiplication des comités il a été décidé de ne pas créer de comité ad hoc et s'appuyer sur les instances locales : la commission santé du contrat de ville a ainsi pu être érigée en COPIL local à Marseille.

✓ Le calendrier, un outil méthodologique indispensable

Logiquement la démarche ASV s'étale sur deux à trois ans. Il faut compter une année pour élaborer le diagnostic et une année pour faire émerger les priorités. Ce calendrier est peu formalisé et donc peu respecté alors qu'il constitue un enjeu important dans la cohérence départementale.

b) Des disparités selon les sites

L'intérêt d'une démarche de planification à l'échelle de la ville réside justement dans la mise en lumière des disparités de l'offre et des besoins de santé des plus démunis au sein d'un même département. En effet, il est indispensable de faire preuve de souplesse dans le montage des ASV afin de répondre au mieux aux besoins d'un territoire. Ainsi, il est opportun d'avoir des ASV qui abordent des thématiques différentes ou qui se développent sur des niveaux territoriaux distincts (infra ou inter-communal) dans la mesure où chaque commune ne recherche pas la même plus value dans les ASV (certaines insistent sur l'outil de diagnostic, d'autres sur l'outil de coordination) et compte tenu du fait que par définition chaque contexte local est spécifique.

Certaines disparités de financements peuvent également être mises en évidence pour les ASV opérationnels à l'aide de ce tableau :

ASV FINANCEMENT 2002

VILLE	MARSEILLE CENTRE VILLE	SALON de PROVENCE	MARTIGUES PORT DE BOUC
<u>POLITIQUE DE LA VILLE</u>			
<i>Etat</i>			3 811,00 €
<i>Ville</i>	4 000,00 €	3 049,00 €	2 586,00 €
<i>Fasild</i>	3 000,00 €		1 524,00 €
<i>Région</i>	4 000,00 €	2 287,00 €	3 811,00 €
<i>Département</i>		3 049,00 €	
<u>ETAT</u>			
<i>DIV</i>	18 294,00 €	27 441,00 €	30 489,00 €
<i>PRAPS</i>	7 623,00 €	7 623,00 €	7 623,00 €
<u>AUTRES</u>			
<i>Ville MST</i>	3 049,00 €		
CONTRE PARTIE Charges Supplétives	4 574,00 €	4 574,00 €	12 196,00 €
TOTAL	40 540,00 €	48 023,00 €	62 040,00 €

La différence des porteurs des postes de coordinateurs mérite d'être relevée dans la mesure où elle constitue l'un des enjeux de la lisibilité des ASV. Ainsi, l'Observatoire Régional d'Epidémiologie (OREP) emploie les deux coordinatrices de Salon de Provence et de Marseille centre et doit porter l'ASV d'Aix en Provence, le Comité Départemental d'Education à la Santé (CODES) porte le poste de Marseille Nord et doit reprendre celui de Marseille centre, le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) d'Arles porte l'ASV de cette même commune, l'observatoire local de santé communal porte le poste de Martigues/Port-de-Bouc.

Enfin, il convient de constater une disparité au niveau de l'état d'avancement des différents ASV.

B) Photographie des Ateliers Santé Ville

a) Deux ASV opérationnels

✓ **Salon de Provence :**

- Contexte historique et naissance de l'ASV :

La commune de Salon de Provence fut la première des Bouches du Rhône à s'engager dans la démarche des ASV. Face à l'émergence de nouveaux projets en matière de santé (maison médicale notamment), il est apparu important d'avoir une meilleure lisibilité de l'existant. Ce choix fut donc motivé par la réalisation d'un diagnostic conjuguée avec la nécessité de coordonner et de mettre en synergie les actions et acteurs.

Initiée en septembre 2001, lorsque la ville de Salon de Provence demande à la DDASS de mettre en place un ASV, la démarche ASV se concrétise en mai 2002, avec le recrutement de la coordinatrice. Ce délai a notamment permis le rapprochement de la DDASS avec la ville et l'association porteuse du poste de coordinateur, à savoir l'OREP. Ainsi, la coordinatrice, employée par l'OREP pour un 80% ETP, a pu amorcer sa démarche de diagnostic et notamment travailler sur les outils du recueil de données avec le soutien méthodologique de l'OREP. Conformément à la convention d'objectifs, la ville aurait du reprendre le portage du poste de coordinateur, après évaluation de l'action, au terme d'une année de fonctionnement et sous réserve des financements croisés. Mais la ville a par la suite indiqué qu'elle n'était pas en mesure de porter le poste.

La naissance de l'ASV fut formalisée lors de la réunion de lancement de décembre 2002, visant à faire connaître l'ASV aux différents partenaires, à présenter la démarche et les premières avancées sur le site de Salon de Provence et enfin, à amorcer la mobilisation des partenaires intéressés par la démarche.

- Caractéristiques de l'ASV :

L'ASV de Salon de Provence est un ASV tout public, qui aborde les problèmes de santé de la population en opérant des découpages par tranches d'âge : personnes âgées, adultes en situation d'isolement, enfant-famille, adolescents et jeunes adultes. Si ce choix par public semble avoir été suggéré par les éléments du pré-diagnostic (recueil quantitatif de données), il ne faudra pas omettre que les ASV visent à terme l'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité et non pas de celles qui n'ont pas de difficultés d'accès aux soins.

L'ASV de Salon de Provence couvre l'ensemble des territoires en contrat de ville de Salon de Provence, mais il reste ouvert sur l'intercommunalité tant au niveau du recueil des données qu'au plan de la définition de priorités de santé.

- Etat d'avancement et organisation de l'ASV :

A première vue, cent dix structures sanitaires et sociales sont concernées par la démarche : le recensement décompte vingt deux structures regroupant des professionnels libéraux, vingt six structures institutionnelles (Conseil général, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Education Nationale, centres hospitaliers, CAF, CPAM,...), et autant de structures associatives, seize structures intervenant dans des domaines spécifiques (toxicomanie, logement, formation), des associations d'habitants, et huit réseaux identifiés.

A ce stade de la démarche, l'ASV de Salon de Provence a quasiment achevé la phase de diagnostic qui, conformément à la méthode adoptée par la coordinatrice et validée par le comité de pilotage local, s'est construite en deux temps. Dans un premier temps, des données objectivées recueillies à l'aide d'indicateurs statistiques (démographiques, socio-économiques, environnementaux, épidémiologiques) intégrant la dimension locale ont été étayées par des données qualitatives, ressortant d'entretiens avec les professionnels sanitaires et sociaux sur le thème de la santé (rencontre de trente huit structures et de soixante quinze professionnels). Dans un second temps, ce diagnostic sera exploité et sans cesse réactualisé par l'organisation de groupes de travail à différents niveaux.

L'ASV de Salon de Provence repose sur une organisation rigoureuse permettant une grande souplesse dans le désir d'implication des acteurs locaux. Il se décompose en trois niveaux :

- Un niveau informationnel, pour les professionnels qui désirent seulement apporter ou rechercher de l'information sur les réseaux PRS et PRAPS existant sur le territoire, sur des partenaires à contacter, sur la procédure d'appel à projet,...
- Un niveau opérationnel, qui est en fait un groupe de réflexion sur les problématiques de santé des différentes tranches d'âge ciblées.
- Un niveau décisionnel, composé des référents volontaires de chaque groupe de travail pour composer le groupe de suivi et de programmation qui sera en charge de mettre en lumière les priorités et d'élaborer le PLS.

Concernant la participation des habitants, l'association de l'Université du citoyen a réalisé des propositions de services pour consulter les habitants, mais les moyens financiers ne semblent pas permettre la réalisation de cette dimension participative.

- Premiers constats :

Les premiers constats font ressortir l'existence d'un dispositif de santé très développé et d'une dynamique partenariale importante, l'absence de problématiques de santé particulières sur les territoires en contrat de ville, mais une géographie et des mouvements de population spécifiques, et tout de même une spécificité au niveau d'un public pouvant être identifié comme prioritaire : les hommes étrangers travailleurs

agricoles et plus particulièrement les résidents du foyer sonacotra. Des constats ont également été réalisés par publics, identifiant les problématiques qui en ressortent ainsi que les besoins et attentes des professionnels.

- Perspectives :

Les premiers groupes de réflexions se sont réunis et ont déjà permis de mettre en lumière des besoins prioritaires, voire d'initier des projets d'actions. Les services de la DDASS ont demandé qu'un projet de PLS soit réalisé pour novembre 2003, afin d'émerger simultanément aux programmations du contrat de ville de 2000-2006 et du PRAPS. Il ne faudrait pas que cette étape se fasse trop dans la précipitation alors que les tâtonnements de la méthodologie de diagnostics ont révélé qu'une prise de recul sur le dispositif est bénéfique aux actions engagées.

✓ **MARSEILLE centre ville :**

- Contexte historique et naissance de l'ASV :

La présence en centre ville, d'une population en situation de précarité et/ou en rupture du fait de leur pratique d'usage de drogue a conduit notamment les différents pouvoirs publics à la mise en place de dispositifs de traitement et de prévention en direction de ces populations le plus souvent affectées d'un ensemble de problèmes, de santé notamment. Il existe un nombre important de dispositifs de prévention à vocations différentes, mais il n'existe pas de lieu de coordination entre les acteurs sanitaires et socio-éducatifs. Un ASV sur le centre ville de Marseille aurait donc pour vocation principale de renforcer la coordination des acteurs.

Initiée en septembre 2001, la démarche ASV sur le territoire de Marseille centre ville s'officialise le 1^{er} Octobre 2002, date de prise d'effet du contrat de travail à 80% ETP de la - coordinatrice et se médiatise le 3 Décembre 2002 lors de la réunion de lancement de l'ASV centre ville. Depuis le printemps 2002, comme à Salon de Provence, la DDASS a opéré des rapprochements avec les responsables de la politique de la ville, les élus de la ville, la mission Sida Toxicomanie (MST) de Marseille, dépendant de la direction générale de la prévention et de la protection de la ville de Marseille exerçant la fonction du comité de pilotage de l'ASV de Marseille, et l'OREP, employeur juridique de la coordinatrice. Ainsi, le Professeur en santé publique de l'OREP, la MST et la DDASS ont conjointement mené une étude de faisabilité, préparant les conditions d'intervention de la coordinatrice. Pour 2003, le poste de la coordinatrice devrait être repris par le CODES qui a déposé dans cette perspective un dossier dans le cadre de la programmation 2003 du contrat de ville.

- Caractéristiques de l'ASV :

A la différence de l'ASV de Salon de Provence, l'ASV de Marseille centre est un dispositif mono-thématique, centré pour la première année sur la santé des jeunes et de leur

famille. Cette limitation se justifie d'une part par la densité de la population en difficultés sur le centre ville, qui rendrait un travail global colossal et donc irréalisable, et d'autre part par la situation particulièrement problématique des jeunes sur le territoire.

L'ASV est mis en œuvre sur le périmètre de la convention territoriale opérationnelle du centre ville, à savoir les 1^e, 2^e, 3^e, et une partie du 6^e arrondissement de Marseille, concentrant des populations dans une situation économique fragile.

- Etat d'avancement et organisation de l'ASV :

Le diagnostic de l'ASV de Marseille centre est en cours de réalisation. S'il intègre des données statistiques objectives, il est surtout axé sur la perception de la santé par les habitants et les professionnels, afin de révéler les besoins de santé sur le territoire, c'est-à-dire, l'écart entre un état de santé physique, mental, social constaté et un état de santé considéré comme souhaitable. En l'état actuel de la démarche, les données quantitatives ont été quasiment toutes recueillies, les données qualitatives ont pu émerger par la réalisation d'entretiens individuels avec les professionnels. Il avait été envisagé de consulter les enfants et adolescents du territoire grâce à un outil de l'OREP : « Vécu et santé perçue de l'enfant et de l'adolescent », mais cette démarche n'a pas encore été amorcée.

Un groupe de suivi et de programmation s'est mis en place afin d'échanger sur ces données constatées. Il devait éventuellement se découper par la suite en groupes de travail thématiques, mais cela n'a pas encore eu lieu. La nature des échanges observés lors de la première réunion du groupe de suivi, a mis en lumière la nécessité d'avoir une méthodologie solide et claire pour la coordinatrice ainsi que l'exigence d'un positionnement clair de l'ASV et de ses missions, pour que les professionnels soient mis en réelle condition de concertation.

- Premiers constats :

Les premiers constats qui émergent des groupes de suivi sont encore flous dans la mesure où chacun des acteurs est resté dans son propre domaine d'intervention, peu d'éléments ont réellement été mis en commun, les échanges ont été peu constructifs. Néanmoins, la problématique de la mobilité des personnes sur le territoire et dans les services a fait l'objet d'un consensus.

- Perspectives :

L'ASV exclusivement axé sur les jeunes la première année a vocation à s'élargir aux autres publics en situation de précarité par la suite. Les conditions de mise en œuvre de cet élargissement devront être construites en cohérence avec l'action initiale engagée.

b) D'autres ASV à venir

✓ **Martigues/Port-de-Bouc :**

Nous avons choisi de faire figurer l'ASV de Martigues/Port de Bouc parmi les ASV à venir alors qu'il est officiellement créé. Ce choix s'explique par la complexité même de cet ASV.

- Contexte historique et naissance de l'ASV :

La commune de Martigues est depuis longtemps inscrite dans une démarche de mise en cohérence des actions de santé sur le territoire et de coordination par le biais de réseaux. En effet, depuis 1999 il existe un réseau de santé de proximité, mis en œuvre par la DDASS avec l'appui du contrat de ville, qui regroupe 20 structures. De plus, depuis 1992, le territoire dispose d'un observatoire communal de la santé, service public municipal dont la vocation est de devenir intercommunal. Sa compétence initialement centrée sur les risques en milieu professionnel devrait être étendue à l'ensemble des risques sanitaires. Enfin, la programmation 2000-2003 du contrat de ville a mis l'accent sur l'accès à la santé des populations les plus démunies en développant une démarche locale de santé publique et en donnant des outils aux acteurs (revue spécialisées, guide social recueillant l'ensemble des ressources locales et des partenaires par thèmes).

C'est dans ce contexte que l'inscription des communes de Martigues et de Port-de-Bouc dans la démarche ASV s'est initiée en septembre 2001. La naissance de l'ASV de Martigues/Port-de-Bouc est relativement difficile à dater dans la mesure où ce regroupement de communes s'est pour ainsi dire proclamé ASV avant même la formalisation de cet état de fait. Ainsi, nous savons que le coordinateur est employé à 100% ETP par l'observatoire local de santé de Martigues, qui est un service communal.

- Caractéristiques de l'ASV :

L'ASV de Martigues/Port-de-Bouc est un ASV inter-communal. Il ne s'est pas positionné sur un public particulier.

- Etat d'avancement et organisation de l'ASV :

L'état d'avancement de l'ASV est aussi flou que les conditions de sa création. En effet, il est difficile de distinguer les actions résultant de l'ASV de celles de l'observatoire communal de santé.

- Premiers constats :

La priorisation de la lutte contre les addictions et de la santé des jeunes est affichée depuis la préparation du contrat de ville en 1999. De même, le représentant de la ville de Martigues a souligné lors du comité de pilotage départemental des ASV que les thématiques de la tuberculose, de l'hygiène bucco-dentaire et corporelle, du suicide, de l'Interruption Volontaire de Grossesse, du saturnisme, de l'asthme, et des maladies

professionnelles méritaient des investigations complémentaires. Est-ce à dire que les autres données statistiques sur la santé et ses déterminants sur le territoire est acquis ou bien s'agit-il de pré-priorités ? Cette question reste en suspend.

- Perspectives :

Le principal défi pour cet ASV reste de le convaincre d'entrer réellement dans la démarche ASV, avec les similitudes d'organisation que cela entraîne et la transparence que cela exige.

✓ **Arles et Aix en Provence**

- Contexte historique et naissance de l'ASV :

La commune d'Arles est la plus étendue des Bouches du Rhône et même de France. Le seul hôpital de la commune est excentré alors que la PASS est localisée dans un accueil de jour du centre ville, et se trouve donc submergée par une population nomade importante. Avec un quart de la population concentrée dans le centre urbain et les quartiers périphériques et l'autre quart dans des villages, l'accessibilité aux services sanitaires et la connaissance mutuelle des acteurs sociaux et sanitaires s'opère difficilement. La motivation de cette commune pour la démarche des ASV réside donc dans un besoin de coordination. En effet, les assises locales des politiques de santé organisées au début de la programmation du contrat de ville 2000-2006 ont mis l'accent sur la nécessité de réenclencher la mobilisation des acteurs associatifs. Si l'on considère qu'un ASV naît du fait du recrutement d'un coordinateur, celui d'Arles est donc très jeune dans la mesure où la coordinatrice a été recrutée le 15 mars 2003, bien que l'inscription des élus communaux dans la démarche date de septembre 2002. Le poste de la coordinatrice est portée par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) d'Arles.

Aix en Provence est une commune caractérisée par la grande disparité de sa population avec une périphérie confrontée à un cumul de difficultés sanitaires et sociales, autour d'un centre riche.

La convention cadre 2000-2006 de mars 2000 du contrat de ville d'Aix-en-Provence propose de « mettre en place un groupe de travail réunissant l'ensemble des professionnels pour une mutualisation des moyens et des compétences, en y impliquant la médecine de ville, pour une responsabilité partagée et la mise en œuvre d'actions concrètes et coordonnées. » La ville manifeste sa volonté de s'engager de créer un ASV en 2002. Cette démarche est encouragée par la DIV qui, dans sa notification de crédits 2002, vise expressément l'ASV d'Aix-en-Provence. Après l'aval de l'équipe technique du contrat de ville et le rapprochement de la DDASS avec la politique de la ville et l'OREP, le jury de recrutement du coordonnateur de l'ASV s'est réuni en avril 2003. La coordinatrice d'Aix en Provence vient d'être recrutée en avril 2003, l'ASV démarre à peine.

- Financements :

En 2002, la notification de crédits de la DIV prévoit de 15 000 € affectés aux ASV d'Aix et d'Arles. Parallèlement, ces ASV sont inscrits dans la programmation de la politique de la ville.

- Caractéristiques des ASV :

Pour les deux ASV l'organisation et les caractéristiques de l'ASV ne sont pas encore déterminées : tant au niveau du découpage territorial qu'au niveau du public.

- Premiers constats :

A Arles, si la démarche de diagnostic n'est pas encore amorcée, il ressort néanmoins d'études antérieures que les problématiques principales concernent les jeunes et les personnes âgées. De plus, la carence de logements adaptés est connue et reconnue. Enfin, les initiatives existent mais ne se concrétisent pas.

La municipalité d'Aix-en-Provence dispose déjà d'un diagnostic de santé sur la ville réalisé par une personne mise à disposition du CCAS en juillet 2001. Il est fort probable que la coordinatrice reprendra ces éléments et passe plus rapidement à la mobilisation des acteurs.

✓ **L'étude de préfiguration sur les quartiers Nord de Marseille :**

- Contexte de l'étude de préfiguration :

Les quartiers Nord de Marseille cumulent et concentrent les situations de précarité les plus extrêmes et des difficultés d'accès aux soins importantes. Certaines zones sont caractérisées par un foisonnement d'actions cloisonnées, d'autres manquent manifestement d'actions eu égard aux besoins du public concentré sur ces territoires. Ainsi, avant de mettre en place un ASV précipitamment, cette étude de préfiguration a été initiée afin de choisir parmi les 13^e, 14^e, 15^e et 16^e arrondissements de Marseille l'échelle territoriale la plus pertinente pour mettre en place un ASV. L'objectif général de cette étude est donc de rassembler les informations permettant aux partenaires des contrats de ville de juger de la pertinence de la mise en place d'un ASV sur des zones particulières. L'élaboration de cet outil d'aide à la décision repose sur un animateur de l'étude de préfiguration à temps plein, la coordinatrice de programmes du CODES à 0,1 ETP et sur l'aide de deux stagiaires. L'animateur/coordonateur de l'étude a été recruté en février 2003 pour une durée de cinq mois il dépend juridiquement du CODES.

- Financements :

18784 € lui ont été attribués au CODES au titre de l'étude de préfiguration. Lors de la présentation de l'étude aux partenaires du contrat de ville la question des financements est restée en suspens. La répartition des crédits entre l'Etat et la politique de la ville reste problématique et est en discussion.

- Caractéristiques :

Les caractéristiques d'un futur ASV sur les quartiers Nord sont justement l'objet de cette étude de préfiguration dans la mesure où le territoire concerné reste à définir. Il est possible de retenir les 13^e, 14^e, 15^e, 16^{ème} arrondissements, territoire très étendu et à forte concentration de population, ou bien les zones uniquement en contrat de ville.

- Etat d'avancement et organisation :

L'étude de préfiguration se déroule autour de trois axes. Il s'agit de dresser un état des lieux de la situation sociale, économique et sanitaire des populations des quartiers Nord à travers des données chiffrées, des actions de santé mises en œuvre sur ce territoire (recenser les actions de santé mises en œuvre par les associations et les centres sociaux, les actions de santé développées par les médecins libéraux, par la CPAM, la cellule RMI du conseil général, les structures de santé et les services sociaux et croiser les objectifs des actions de santé avec les objectifs des programmes régionaux de santé), et enfin, de rendre compte de la dynamique partenariale des acteurs potentiellement impliqués dans les ASV.

Chacune de ces phases est en cours de réalisation, voire achevée. Il est indéniable que cette étude s'apparente à un pré-diagnostic et devra être exploitée pour la création de l'ASV. L'anticipation sur le diagnostic de l'ASV se retrouve au niveau de l'objectif de mobilisation des acteurs dans la mesure où, comme l'a souligné l'ensemble des participants à la réunion de présentation, le partenariat s'instaure dès cette phase de préfiguration.

Ainsi, la mobilisation des équipes opérationnelles de la politique de la ville s'est déjà amorcée par une réunion de présentation de la démarche aux chefs de projets concomitante à la remise d'une grille d'entretien pour avoir une vision des réseaux existants et un avis sur la pertinence d'un ASV.

- Perspectives :

L'étude de préfiguration doit s'achever en juin 2003. Elle débouchera logiquement sur la création d'un ASV qui sera déjà bien avancé compte tenu du travail réalisé lors de cette étude.

Chacun des ASV, opérationnel ou à naître en est donc à des étapes différentes avec des caractéristiques différentes. Afin que les plans locaux qui en découlent puissent être exploités à d'autres niveaux qu'au plan local, il convient donc d'harmoniser ces différentes démarches. Cette mission revient à la DDASS, garante de l'unité républicaine.

II-1-2 L'harmonisation des pratiques locales par la DDASS :

Pour que les ASV puissent effectivement faire le lien entre une politique de santé publique et des politiques locales, il convient d'harmoniser ces pratiques, et donc d'exiger des traits

communs pour les éléments qui peuvent paraître incontournables. Cette impulsion revient à la DDASS.

A) Les missions de la DDASS : animer et encadrer l'activité locale

a) Le rapprochement du sous préfet, des élus locaux et la mobilisation des partenaires institutionnels

D'une part, chaque démarrage d'ASV est marqué par une période de rapprochement de la DDASS et des représentants de la politique de la ville comme de la ville. Généralement, une première rencontre réunit les représentants de la DDASS avec le maire ou l'adjoint au maire, de la commune qui désire s'investir dans les ASV. En effet, comme nous avons déjà pu le souligner, la légitimité d'intervention de la ville en matière ne saurait s'affirmer sans une volonté politique forte. La présence d'un élu à la santé au sein de la municipalité et sa place au sein du conseil municipal attestent d'ailleurs du désir ou non d'intégrer la santé dans les villes. Ensuite, comme le souligne la note de juin 2001 réalisée par la DIV sur les éléments d'orientation et de mise en œuvre des ASV, le lancement des ASV requiert en premier lieu un rapprochement des DDASS avec les sous préfets chargés de la politique de la ville. Ainsi, le cahier des charges des ASV est soumis à la fois au conseil municipal et au comité de pilotage du contrat de ville pour validation. Pour formaliser ces rapprochements, une convention est signée entre le porteur du poste de coordinateur, le préfet du département et le représentant de la commune.

Ces démarches, en apparence purement administratives ont vocation à ne pas lancer un ASV sans l'implication des acteurs de la ville et de la politique de la ville, les plus à même pour des raisons politiques ou de connaissance de proximité à faire vivre les ASV.

D'autre part, les institutions intéressées par des actions de santé au niveau local refusent généralement de se considérer comme de simples financeurs et leur investissement réside également dans des déclarations d'intentions dont l'intensité doit être consolidée dans le temps. Ainsi, le représentant de la CPAM des Bouches du Rhône a-t-il souligné lors du comité de pilotage départemental que l'assurance maladie n'est pas qu'une source de financements, mais constitue également une ressource d'informations et de prestations « pour que l'accès aux droits se traduise par un véritable accès aux soins. » Cela ne l'empêcha pas de souligner que l'assurance maladie est plutôt susceptible d'intervenir lors de la phase d'action des ASV, si les thèmes entrent dans ses missions. De même, le conseil général a rappelé lors du comité de pilotage local de Salon de Provence qu'ils ne sont pas que financeurs mais également porteurs de politique publique. Mais on ne peut pas nier la variabilité de l'investissement affiché selon les sites

et les enjeux qui y sont attachés. L'intérêt est différent selon que le créneau paraît porteur ou non. Ainsi, l'association des habitants dans la définition d'un politique de santé peut être considérée comme un thème politiquement intéressant pour un conseil général qui risque de perdre ses dernières compétences en matière de santé à l'aube d'une nouvelle vague de décentralisation. Parallèlement, l'ASV peut présenter un intérêt relatif quand il existe déjà des actions marquées par le conseil général, comme les actions en faveur des jeunes du type maison de l'adolescent à Marseille. Enfin, l'ASV peut constituer un enjeu de taille en éveillant l'idée de coordonner des services, comme doivent le faire les conseils généraux avec les PMI, les plannings familiaux et les services sociaux.

Concernant le conseil régional, selon une des coordinatrices, l'ASV représente du micro-local dans un domaine qui ne les concerne pas réellement. Il ne les intéresse donc pas directement.

b) Le suivi des coordinateurs des ASV recrutés

Le coordinateur est recruté par un jury composé d'un ou plusieurs représentants de la DDASS, un représentant de la ville et le président de l'OREP. Dans le cadre de ses fonctions, l'IASS est donc également amené à faire partie de ce jury de recrutement et doit pouvoir déceler des qualités personnelles relationnelles indispensables pour permettre aux acteurs d'un territoire de communiquer au-delà des compétences spécifiques en matières de santé publique. Au-delà d'une formation sociale, médicale et/ou en santé publique, une connaissance des méthodes de diagnostic, de programmation et de conduite de projet est requise. Ainsi, pour que le coordinateur local puisse impulser la démarche de diagnostic et en assurer le suivi, accompagner les professionnels dans la définition du plan d'action, et soutenir les réseaux de santé existants et/ou favoriser les démarches de mise en réseau, il est important d'impulser sa propre mobilisation, de développer des outils de communication avec lui, de l'accompagner et de le soutenir dans son travail. C'est notamment le rôle de la coordinatrice départementale, mais ce soutien relève également de la responsabilité de l'ensemble des personnes du service de la DDASS investies dans la démarche.

Le suivi du coordinateur peut consister en un cadrage ou un recadrage de ses missions. L'exemple du site de Marseille Nord est très probant dans la mesure où la frontière entre une étude de préfiguration et un diagnostic menant à la définition de priorités est difficile à percevoir. Ainsi, il est parfois apparu opportun de rappeler le cadre de la démarche au coordinateur et à son employeur juridique afin qu'ils n'amorcent pas un véritable ASV avant d'avoir défini les zones d'actions pertinentes. De même, il est important de rappeler à l'esprit des coordinateurs les engagements pris, notamment les échéances. Ainsi, l'ASV « jeunes » de Marseille centre devra élargir son public à la fin de la première année.

Enfin, au niveau du diagnostic, la sollicitation de tel ou tel professionnel ou institution peut être suggérée par les instances de pilotage du dispositif lorsqu'il semble qu'un coordinateur a omis des personnes ressources en la matière.

Le suivi des coordinateurs peut également consister en un soutien professionnel, pour « ouvrir des portes » afin de faciliter leur démarche. Ainsi, le recueil d'indicateurs, long et difficile à mettre en cohérence, a pu être facilité par une intervention sous couvert de la DDASS afin d'obtenir plus aisément des informations que les coordinateurs peinaient à obtenir auprès de certaines administrations (URCAM).

c) Une aide et un soutien méthodologique

La DDASS a fait le choix de recourir à un intervenant extérieur. C'est avec l'OREP que ce dispositif a démarré compte tenu de son expertise unanimement reconnue sur les questions de santé publique et de ses potentialités en terme d'appui méthodologique et d'assistance technique.

Le président de cette association, professeur en santé publique intervient plus concrètement autour de trois axes principaux :

- ✓ L'aide à la formalisation précise des objectifs à poursuivre par les A.S.V en tenant compte des champs de compétence des partenaires, des enquêtes de terrain, des études existantes ou des enquêtes en cours sur sites. Il apporta notamment une aide au niveau épidémiologique et statistique.
- ✓ L'aide à la mise en place d'outils et de méthodes d'animation du partenariat, de groupes de travail de professionnels ou d'habitants. Cet aspect pourra s'étendre également à une aide à la programmation et à la planification.
- ✓ L'aide à la construction d'une grille d'évaluation des actions des ASV, de suivi et de préconisations pour permettre les réajustements éventuels.

Ce recours à un intervenant extérieur présente l'intérêt d'avoir un certain recul, un regard extérieur à l'activité directe et permet de viser une cohérence départementale des objectifs et des rôles de chacun. Mais le fait que cette même personne apporte un soutien méthodologique pour l'ensemble des ASV alors qu'il supervise deux ASV en particulier risque de fausser l'aspect objectif de ce regard extérieur sur la situation locale.

B) Différents outils au service des missions de la DDASS

a) Les différentes instances de pilotage

Composé de la DDASS, de l'OREP, des coordinateurs des ASV et d'un représentant de chaque ville, un **comité technique** se réunit au moins une fois tous les deux mois. Il assure le suivi départemental des ASV (méthodologie, plans d'actions, plans d'évaluation,

résultats,...), il permet la circulation de l'information entre les villes participantes, il synthétise les plans locaux pour en faire ressortir les aspects départementaux, il fait le lien avec les différents programmes et assure les médiations nécessaires. Jusqu'alors, aucun comité technique ne s'est réuni.

Afin d'homogénéiser les aspects opérationnels et notamment financiers des différents ASV, un **comité de pilotage (COFIL) départemental** s'est constitué. Il valide les propositions d'orientations à caractère départemental qui lui sont soumises par le Comité Technique, il assure le suivi de la mise en œuvre de mesures à caractère général, à partir de la synthèse des plans locaux, par des décisions d'ordre financier, par la conclusion de conventions, ou par des instructions propres à chaque institution, il assure le relais vers les instances régionales si nécessaire Enfin, il assure un rôle d'arbitrage en cas de divergences entre les comités locaux et le Comité Technique ou au sein du Comité Technique, et d'une manière générale à l'égard des différends qui pourraient mettre en péril le bon déroulement des plans locaux de santé publique. Il se réunit deux fois par an. Présidé par le Sous-Préfet Chargé de mission pour la Politique de la Ville, il est composé des représentants des sous préfets d'arrondissements de chaque commune, des conseils régional et général, des maires ayant mis en place un ASV, du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, de l'ARH, de l'URCAM, de l'OREP, du recteur d'Académie. Instance décisionnelle dont le secrétariat est assuré par la DDASS, le premier COFIL départemental des ASV s'est réuni début février 2003, pour valider ces éléments contenus dans le règlement intérieur.

Enfin, l'équipe de la DDASS a mis en place des Réunions de Coordination Intermédiaire afin de permettre aux coordinateurs des ASV du département de se rencontrer, d'échanger et de mutualiser leurs expériences. Néanmoins, jusqu'à présent la composition élargie de fait de ces rencontres (présence de certains porteurs et des stagiaires) n'a pas permis de réels échanges. Elle s'apparente plutôt à un rendu face à une instance de contrôle. Est-il vraiment indispensable, à l'instar de l'expérience de la Seine-Saint-Denis (échanges mensuels des coordinateurs des ASV au sein du centre de ressource de la politique de la ville, Profession Banlieue), d'organiser ces réunions dans un lieu plus neutre pour que les participants se sentent à l'aise ? Progressivement, cette réunion s'est également transformé en lieu de mobilisation des acteurs de la politique de la ville qui doivent y être associés une fois sur trois. A ce jour, cette RCI élargie n'a pas eu lieu.

b) L'organisation interne

Les personnels de la DDASS intervenant sur les ASV méritent d'être relevés avant de percevoir leur complémentarité en concordance avec l'esprit et les objectifs des ASV. Ainsi, la conduite du projet ASV est menée par l'inspectrice principale du service Politique de la Ville et Aide Sociale (PVAS) du pôle social de la DDASS.

Une chargée de mission contractuelle a été employée au titre de coordinatrice départementale. Elle met en cohérence les différentes actions menées sur chaque site, tant au niveau de la création des ASV que pour les actions qui découleront des PLS. A terme elle sera chargée d'harmoniser les plans locaux en réalisant une synthèse départementale. Elle fait le lien entre le niveau départemental et le niveau local par un contact régulier avec les coordinateurs.

De plus, le Médecin Inspecteur de Santé Publique exerçant au pôle social de la DDASS est référent technique en matière de santé publique. Ses connaissances dans les domaines de l'inspection de la santé, des établissements et actions de santé, de la toxicomanie, de l'éducation et la promotion de la santé ainsi que son expérience d'élaboration du PRS jeunes et du volet santé des PDI sont autant de ressources qui ne peuvent qu'optimiser la cohérence des ASV.

Enfin, à l'image de l'organisation par référents territoriaux pour les dossiers politique de la ville, les différents ASV existants sont répartis entre les deux secrétaires administratifs et l'inspectrice du service à raison de deux ASV chacun. Il convient de noter que l'inspectrice investie dans les ASV est également en charge du dossier PRAPS, et a donc un rôle majeur d'intégration des priorités régionales de santé dans la politique de la ville, ce qui facilite la continuité entre les ASV et les PRAPS.

Cette organisation interne au service, complétée par une organisation interne à la DDASS visant la communication permet une réactivité pour répondre aux besoins ressentis par les coordinateurs notamment. Ainsi, la carence sur la thématique santé-environnement au niveau de la ville, exprimée par les coordinateurs, fut palliée par l'intervention d'un ingénieur des études sanitaires qui donna des informations sur les liens entre la santé et la salubrité du logement.

L'ensemble de ces constats mérite une analyse approfondie.

II-2 La mise en place des Ateliers Santé Ville dans le département : des enjeux importants et des difficultés à surmonter

II-2-1 Enjeux de la mobilisation des acteurs

A) Des implications préexistantes : moteur ou obstacle ?

a) Au niveau institutionnel : l'implication des élus locaux

Le lancement d'un ASV doit venir d'une initiative communale. Il ne saurait être imposé par les services de l'Etat, même s'ils perçoivent un réel besoin sur tel ou tel territoire. Aussi, comme l'a souligné la totalité des coordinateurs interviewés, l'implication dans les questions de santé, voire la personnalité des élus locaux permettent l'émergence de dynamiques de santé sur un territoire, et constituent par là-même un atout considérable pour lancer des ASV. En effet, à Salon de Provence, la première adjointe au maire est une pédiatre élue à la santé, membre du comité technique du PRS santé des enfants et des jeunes. Cette dernière souligne d'ailleurs que sans cet intérêt personnel pour les questions de santé, elle n'aurait pas eu connaissance de ce dispositif ; ce qui rappelle à l'occasion la nécessaire transmission de l'information, notamment de l'Etat vers les collectivités territoriales.

Ce constat coïncide avec la volonté des services de la DDASS de faire par la suite porter les ASV par les villes. Mais comme nous allons le souligner pour les chefs de projets de la politique de la ville, une implication forte des élus risque de s'accompagner d'une tentation et d'une tentative d'orienter politiquement le diagnostic et donc le PLS.

b) Au niveau opérationnel : la préexistence de réseaux

Dans chacune des communes investies dans l'ASV, une dynamique partenariale plus ou moins forte existe. Ces réseaux plus ou moins formels ont instauré des habitudes de travail en commun et une connaissance mutuelle pouvant être valorisées et exploitées dans la démarche de coordination des ASV. A Salon de Provence, la dynamique partenariale est forte. Par exemple, un espace santé jeunes a été créé dans le cadre du PRS santé des enfants et des jeunes. Cet antécédent permettra de focaliser l'ASV sur la création de nouveaux réseaux pour des publics jusqu'alors marginaux dans les dispositifs comme dans la société et surtout sur la coordination des dispositifs et réseaux existants. Inscrit dans les contrats de ville d'Aix en Provence et de Martigues, le PRS santé des enfants et des jeunes a notamment constitué un facteur dynamisant important. Néanmoins, au même titre que les interventions isolées des acteurs de terrain, le cloisonnement des réseaux entre eux est aussi de nature à justifier la création des ASV.

Si la préexistence de réseaux constitue donc un avantage indéniable pour le lancement d'un ASV sur un territoire, elle peut amoindrir la perception de la plus-value d'une telle démarche. En effet, les acteurs de terrain préfèrent par définition agir plutôt que conceptualiser leur action. Il est important que l'ASV ne constitue pas à leurs yeux un réseau supplémentaire se superposant à des dispositifs multiples et difficilement lisibles. Quel est l'intérêt pour une structure telle que le Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme, extrêmement bien implantée sur le territoire de Marseille centre et connaissant tous les réseaux de son champ d'action de s'investir dans les ASV ? Leurs savoirs-faire sont indéniablement profitables aux autres intervenants médico-sociaux, mais individuellement, ce type de structures participe aux ASV au cas où il pourrait obtenir des moyens supplémentaires. De même, pourquoi s'investir une fois de plus dans un dispositif dont la pérennité semble parfois incertaine ? Ces questions émanant des professionnels ne doivent pas rester sans réponse, quand la réponse existe. L'établissement de contacts clairs et réguliers dès la phase de recueil de données, la présentation publique de la démarche sont autant de facteurs de mobilisation des acteurs.

A) Le portage du poste de coordinateur : source d'ambiguïtés

a) Des difficultés à mobiliser les acteurs de la politique de la ville

Une dichotomie entre la DDASS et la politique de la ville s'est opérée au montage du portage de l'ASV. Actuellement, l'IASS en charge des ASV a bien conscience qu'à Martigues et à Aix en Provence, les chefs de projets sont fortement impliqués, qu'à Salon de Provence l'équipe du contrat de ville a bien accueilli les ASV sans les faire siens, alors qu'à Marseille centre, le projet a quelque peu été monté en dehors du chef de projet et est plutôt impulsé par la MST. A défaut d'un co-pilotage dès l'initiation de la démarche, il est maintenant urgent d'associer les chefs de projets ne serait-ce que pour qu'il en fasse écho auprès des autres partenaires de la politique de la ville et pour que la thématique santé s'intègre effectivement au contrat de ville. Dans ce but, il est prévu d'inviter les chefs de projets politique de la ville à certaines RCI. Mais, d'une part il n'est pas certain que ces invitations suffisent à les mobiliser. D'autre part, il est important de solliciter les bons acteurs. A Marseille, ce sont les chefs de projets DSU qui ont connaissance accrue des actions et des besoins du terrain. Selon la coordinatrice de l'ASV de Marseille centre, ils sont plus au fait que les référents de la thématique santé du contrat de ville.

De plus, la question de l'articulation du travail entre la politique de la ville et les ASV se pose. Concrètement : jusqu'où les équipes opérationnelles de la politique de la ville peuvent-elles solliciter le coordinateur des ASV ? Dans la mesure où les ASV ne constituent pas exclusivement le volet santé des contrats de ville, l'IP a bien rappelé lors du COPIL local de Salon de Provence que le coordinateur n'a pas pour missions de se

prononcer sur des dossiers santé de la politique de la ville, même s'il doit être en lien étroit avec les chefs de projets des actions de santé de la politique de la ville. Le risque d'une implication trop grande du coordinateur dans les dossiers santé de la politique de la ville est que son diagnostic soit influencé par les actions qui existent actuellement. Or, il appartient aux actions santé du contrat de ville de s'intégrer dans le diagnostic de l'ASV et non l'inverse.

b) Un positionnement complexe du coordinateur face aux partenaires des ASV

En premier lieu, il est important de souligner l'impact du positionnement géographique des coordinateurs. La simple localisation de leur bureau peut éveiller des interrogations dans les esprits des partenaires des ASV. L'ASV de Salon de Provence est-il un dispositif communal puisque la coordinatrice exerce ses fonctions dans un local mis à disposition par la mairie, celui de Marseille centre émane-t-il de la MST, celui d'Arles sera-t-il rattaché au CCAS ... ? Il est important de spécifier le caractère purement matériel de ces circonstances afin de rendre lisibles les ASV.

En second lieu, l'ASV vise à renforcer les partenariats et non le contraire. Pourtant, certaines associations sont à la fois employeurs des coordinateurs et promoteurs d'actions (sur les mêmes lignes budgétaires que les associations qu'il s'agit de mobiliser). Cela risque de troubler la perception du dispositif ASV et donc d'en limiter l'efficacité. Pour que l'ASV n'apparaisse pas aux yeux des acteurs comme un concurrent potentiel dans leur « course aux financements », il est important de clarifier sans cesse le tenants et aboutissants de cette démarche nouvelle. Si l'ASV de Salon de Provence est surtout assimilé à la mairie sans que le portage associatif soit affiché, la perspective de changement de porteur de l'ASV de Marseille centre (de l'OREP neutre au CODES parfois promoteur de projets) apparaît comme plus problématique pour la coordinatrice. En effet, cette dernière n'a pas manqué de souligner que l'OREP, instance régionale, est une association plus neutre que le CODES, qui mène des actions de santé financées par la DDASS sur le même territoire. Elle suggère ainsi d'acquiescer une plus grande légitimité d'intervention des coordinateurs en étant directement rattaché à la DDASS ou à la ville. Nous étudierons ces éventualités par la suite.

II-2-2 : Des obstacles à dépasser pour construire un outil de planification à l'échelle locale

A) Les obstacles financiers au développement du dispositif ASV

Le coût moyen annuel pondéré d'un ASV c'est à dire sur la base d'un poste de coordinateur à 80 % ETP et hors contre partie de charges supplétives est de : 39 930 euros. En 2002, la politique de la ville a financé 20 % du coût global, les contre-parties de charges supplétives représentent 14 % du coût global et l'Etat (hors politique de la ville) a pris en charge 66 %.

a) *Les effets pervers de la complexité des financements*

L'ASV est un dispositif co-financé par l'Etat et la politique de la ville. Pour certains ASV, le Conseil Régional, le Conseil Général et le FASILD ont participé. Si cette multiplicité de financements permet aux ASV de se mettre en place, elle ne permet pas de clarifier ce dispositif. « La parcellisation des financements, l'enchevêtrement des compétences rendent le système opaque et nuisent à son efficacité. »²⁵

Comment défendre des actions novatrices face à des administrations très diverses et ultra-normatives ?

Comment améliorer la qualité des actions proposées quand la simple constitution du montage financier et des dossiers exige une énergie considérable de leurs initiateurs ?

Peut-on croire que les actions découlant des ASV seront susceptibles d'être financées par l'ensemble des administrations qui ont contribué au développement des ASV ? Cela n'est pas systématique et certaines actions n'entreront jamais dans les prérogatives du Conseil Régional par exemple.

L'implication dans un ASV est-elle susceptible de leur apporter des sources de financements supplémentaires ? La réponse est catégoriquement négative dans la mesure où aucune ligne budgétaire « ASV » ne sera ajoutée aux budgets de l'Etat.

L'émargement des ASV au titre de l'objectif 2 du PRAPS constitue l'exemple le plus probant du flou qui peut entourer la nature des ASV du fait de la nature de ces financements. Spontanément, il est possible de penser que l'ASV qu'il ne constitue pas un outil de déclinaison du PRAPS mais une action du PRAPS parmi d'autres. Cette interprétation revient à nier l'ASV en tant qu'outil de planification à l'échelle locale. Or,

²⁵ LALLEMAND D. ; revue trimestrielle des ministères de la Santé Publique et de l'assurance Maladie, de l'Intégration et de la lutte contre les exclusions, de la solidarité entre les générations ; Echanges santé-social ; *Plans santé-ville, réseaux de santé de proximité, actions, évaluations, perspectives* ; n°hors série septembre 1995 ; p. 8.

bien que cela ne soit pas clair pour les personnes extérieures aux services de l'Etat, y compris les coordinateurs, l'inscription des ASV dans le cadre du PRAPS vise la cohérence et non l'incohérence. Sur question, l'inspectrice principale chef de projet des ASV souligna l'intérêt d'une telle démarche. Le financement des ASV dans le cadre du PRAPS signifie au contraire que l'Etat ne se désengage pas de cette nouvelle politique de santé publique. Ce rattachement au PRAPS souligne que l'ASV n'est pas qu'un outil de la politique de la ville, mais constitue également un outil de programmation de santé. Avant même que le PLS ne soit construit, le PRAPS est investi dans les ASV. Dans le cas présent, la PRAPS ne finance pas une action mais impulse une dynamique grâce à ses financements.

b) Des obstacles en terme de pérennisation

Une démarche de planification complète, du diagnostic aux actions en passant par une réflexion sur les priorisations, ne peut se réaliser sur une année. Pourtant les financements alloués le sont d'année en année. Ne serait-ce que théoriquement, ce mode de fonctionnement apparaît comme inadapté à des dispositifs dont l'efficacité s'étale dans le temps.

La pratique est encore plus inquiétante. La multiplicité de financements fait que chaque institution renvoie la responsabilité du financement à son homologue. Au final, pour l'année à venir, les financements sont plus qu'incertains. Ces incertitudes méritent d'être relevées :

La DIV a alloué une aide au démarrage lors de la mise en place du dispositif. Mais, les communes d'Arles et d'Aix en Provence, qui amorcent la démarche ASV en 2003, ne sont pas sûres de bénéficier de cette aide au démarrage.

Les crédits de la politique de la ville ont diminué de moitié pour l'année 2003.

Les financements de l'Etat pour l'année 2002 étaient importants. Certains acteurs prennent cette part pour acquise, alors qu'elle ne l'est pas.

Les crédits du FASILD sont gelés pour l'année 2003.

Avec une tendance générale à la baisse, ces évolutions budgétaires constituent un obstacle important au développement du dispositif. La précarité des financements risque même de mettre en cause la continuité de cette action de santé publique.

L'une des missions prioritaires du pilote des ASV réside donc dans la recherche de financements.

Outre l'enjeu de survie des ASV, l'absence de pérennité des financements a un impact direct sur l'implication des acteurs. Au niveau des DDASS, cela aboutit à un paradoxe. Comme l'ont souligné très justement le président de l'OREP et la coordinatrice de Marseille centre, l'Etat affiche une ambition de développement d'une politique locale forte, mais il ne donne pas les moyens aux services déconcentrés d'aider réellement ce

développement. Cela entraîne un problème de positionnement pour la DDASS qui doit impulser sans pouvoir garantir de suivre financièrement. Au niveau local, cette instabilité est source de difficultés pour la mobilisation des acteurs. En effet, il est légitime que les professionnels de terrain, en première ligne face aux problèmes de financements, soient lassés de s'investir dans des démarches qui périssent faute de financement. Les coordinateurs, à l'interface entre les niveaux décisionnel et opérationnel, sont les plus exposés à cette schizophrénie technocratique. Même si la tentation est grande, leur rôle d'impulsion et d'animation de la coordination ne peut se retrancher sans cesse derrière cette incertitude financière.

D'une manière générale, ce manque de moyens pose la question de la finalité de l'action publique vis-à-vis des personnes en difficulté : « insertion ou assistance, progrès social ou paix sociale ? »²⁶ Si les conditions matérielles de la mise en place des ASV peuvent être sources de difficultés, l'évolution des conditions idéologiques d'adoption d'une nouvelle approche de santé publique ne se font pas sans heurts.

B) La difficile rupture avec certaines représentations et pratiques

a) *Le bouleversement des logiques politiques*

✓ D'une démarche descendante vers une démarche ascendante :

Comme l'a rappelé le MISP de la DDASS, le lancement des ASV modifie les logiques de santé publique majoritairement appliquées. La démarche ASV s'apparente plus à la promotion de la santé au sens de l'OMS qu'à une politique de santé publique.

En effet, la politique de santé publique base ses actions sur des études épidémiologiques, sociologiques, économiques. Ces observations sont faites SUR la population, de l'extérieur. Cela débouche sur des propositions de santé publique, sur des planifications, des orientations politiques et stratégiques. Des décisions de santé publique sont alors prises pour agir sur la population, par des interventions techniques, des programmes d'éducation de type sanitaire. L'évaluation est de type épidémiologique. Les données de ces résultats, chiffrables, sont à nouveau analysées et donnent lieu à de nouvelles orientations. Il s'agit d'une démarche descendante qui aboutit souvent à un empilement de dispositifs très prégnant en matière de lutte contre les exclusions.

A l'inverse, une démarche ascendante construit ses actions à partir de la population, de ses besoins ressentis, de ses demandes. Un travail participatif et en partenariat est engagé pour étudier les besoins et favoriser l'expression des demandes par la population.

²⁶ Module interprofessionnel de santé publique ; *Territorialisation des politiques de santé : quelles applications dans le cas de la santé des plus démunis ?* Thème n°18 ; ENSP ; 2000 ; p.13.

Cette démarche débouche sur une dynamique de développement social local, de santé communautaire ou d'éducation pour la santé, qui, plus largement, vient nourrir la démarche de promotion de la santé. L'évaluation est participative et se fait à tous les niveaux, tout au long des actions.

Cette présentation est schématique, et la réalité de l'ASV correspond plutôt à une démarche ascendante teintée de démarche descendante. D'autant que cet idéal n'est pas atteint. En effet, d'une part, la participation de la population et l'évaluation restent encore trop discrètes par rapport aux orientations ministérielles et aux objectifs des ASV.

D'autre part, certains événements propres aux ASV locaux interrogent la réalité de cette démarche ascendante. Comme nous avons pu le souligner, les préoccupations politiques des communes risquent à tout moment d'influencer l'élaboration du diagnostic et donc de dénaturer la démarche. De plus, l'existence d'ASV thématiques peut instaurer un décalage entre les objectifs initiaux des ASV (constituer une déclinaison du PRAPS) et la réalité. S'il est fort possible que, sur un territoire, des priorités soient déjà identifiées, il n'en demeure pas moins que les PLS découlant des ASV devront concerner l'ensemble des personnes vivant sur les territoires des contrats de ville et connaissant des difficultés d'accès aux soins.

✓ Le laborieux passage à une logique communautaire :

L'inscription dans une démarche ascendante implique l'appropriation d'une logique communautaire. Selon l'OMS, « la participation communautaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part, prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part, développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme celui de la communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animés par la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les mettra en mesure d'être des agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement... Cela suppose qu'ils ne se sentent pas tenus d'appliquer des solutions classiques lorsqu'elles ne conviennent pas, mais qu'ils se rendent compte au contraire qu'ils ont toute latitude d'innover pour trouver des solutions qui conviennent.»²⁷

Cette vision peut être complétée par la notion de promotion de la santé définie dans la Charte d'Ottawa : « La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux

communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions. »²⁸

L'habitant est donc expert de son quotidien. Quelles que soient leurs difficultés et leurs conditions de vie, les populations ont des solidarités et des savoir-faire qui leur sont propres et qu'il faut exploiter. La santé communautaire est donc au cœur des ASV. Plus qu'un moyen pour construire le PLS, elle constitue une fin en soi pourtant difficile à atteindre.

De multiples contraintes et divergences sont identifiées en matière de participation des habitants. Globalement, la nécessaire participation des habitants n'est pas partagée par tous dans la mesure où la conception stricte de la santé reste ancrée dans les esprits. La santé communautaire est vécue comme un dépassement du champ de compétence médicale des professionnels. De plus, il n'existe pas encore de corps professionnel en matière de santé communautaire, et les acteurs, souvent isolés, manquent de reconnaissance. Enfin, le temps nécessaire pour travailler avec la population est toujours sous-estimé.

Au niveau opérationnel, il n'est pas facile de faire travailler ensemble des personnes d'horizons très différents : habitants, professionnels de terrain associatifs, spécialistes de la santé, institutionnels,... d'autant que les espaces de négociation des différents acteurs sont rares voire inexistantes. A Marseille, l'Université du Citoyen est la seule association implantée sur le territoire qui propose des actions de réelle démocratie participative. Deux projets²⁹ ont été déposés dans le cadre des ASV mais quand ce ne sont pas les idées, se sont les moyens qui font défaut. De plus, sur les territoires défavorisés, la santé revêt un caractère secondaire par rapport aux besoins et aux droits fondamentaux. Tant que ceux-ci ne sont pas pris en charge, les personnes en situation de précarité auront des difficultés à s'engager dans une démarche communautaire. Enfin, la perception du temps, différente pour chacun, influe notamment sur le rythme du travail et sur l'efficacité des

²⁷ Groupe régional de programmation du PRS santé des enfants et des jeunes ; *Permettre aux habitants de s'engager dans des actions de santé de proximité*. Séminaire régional organisé à Marseille les 8, 9 et 10 novembre 1999 et 31 janvier 2000. Les actes... p. 30.

²⁸ Op.Cit *Charte d'Ottawa*.

²⁹ Projet de formation des professionnels à la démarche Université du Citoyen déposé en politique de la ville.

Objectifs : créer les conditions de la participation des habitants à l'action publique et former les professionnels à l'organisation d'ateliers citoyens et d'assemblées plénières permettant aux habitants de se former à la prise de parole collective en public, d'approfondir leurs connaissances pour argumenter leurs idées, de repérer les centres de décision et leur fonctionnement, de créer les conditions de dialogue autour des sujets qui les préoccupent.

rencontres. Comment prétendre vouloir impliquer les habitants en organisant la réunion de lancement des ASV à dix heures du matin ?

Au niveau institutionnel et politique, plus ou moins précises, cadrées, thématiques, les commandes publiques ont souvent tendance à considérer la participation des habitants comme un moyen et non comme un objectif. Dans les collectivités territoriales et locales, l'institutionnel et l'administratif sont très liés aux élus. L'injonction de participation des habitants aux actions de santé est un vrai paradoxe car, notamment en période électorale, l'enjeu autour de l'émancipation des habitants va souvent de paire avec celui de maintenir l'ordre en place. Enfin, il appartient aux institutions de faciliter de tels projets en y adhérant et en les finançant. Or, s'ils y adhèrent, ils souhaitent une action à moindre coût. La participation des habitants n'est donc toujours pas amorcée puisque la DDASS ne souhaite pas s'engager avant d'avoir la certitude d'obtenir les financements. Pendant ce temps, les ASV avancent, la consultation des habitants s'improvise. A Marseille centre, deux questionnaires ont été établis (un adulte et un enfant), et devraient être remplis par un stagiaire de la MST qui se déplacera dans les centres sociaux. A Salon de Provence, la ville met à disposition des ASV deux Agents Locaux de Médiation Sociale (ALMS) afin qu'ils puissent accompagner des questionnaires auprès des populations des territoires en contrat de ville et notamment au sein des centres sociaux et des associations. Mais les contraintes de calendrier ne jouent pas en la faveur de la participation des habitants dans la mesure où les ALMS ne sont disponibles que jusqu'au 15 juin 2003 alors que les quatre cent questionnaires prévus ne sont pas encore rédigés...

b) Des différences de fonctionnement et de cultures professionnelles entre les partenaires

✓ L'Etat et les collectivités territoriales : des réalités difficilement compatibles

Les services déconcentrés de l'Etat appliquent la politique étatique. Hormis les contraintes budgétaires, ils ne sont pas en prise directe avec les pressions électorales subies au niveau du ministère. A l'inverse, les collectivités territoriales connaissent des échéances plus courtes que celles d'une politique de santé publique. Il s'agit des échéances électorales. Ainsi, il est compréhensible que la ville ou le conseil général agissent selon une logique de visibilité et de revendication ou de non revendication. Or, le travail de coordination n'est pas forcément visible, et les résultats d'une politique de santé publique en faveur de populations en difficulté ne se font sentir qu'à long terme. Ainsi, la ville de Marseille, qui ne s'est pas emparé de l'ASV dans sa phase initiale, demande des résultats pour se positionner sur la poursuite de la démarche. Or, les résultats ne sauraient se faire sentir dès la phase de diagnostic. Ces réalités, acceptables pour les services de l'Etat, le sont donc moins pour les collectivités territoriales. Leur

investissement est variable et cette instabilité nuit à un développement homogène des ASV du département.

De plus, les lourdeurs administratives de ces institutions viennent complexifier leur capacité de collaboration autour d'un projet commun. L'IASS en charge du dossier ASV a d'ailleurs mis en lumière les complications dues au temps de réaction des villes qui ne cadre pas avec le calendrier de la DDASS. L'ASV d'Aix en Provence, intéressant la ville depuis longtemps, aurait notamment pu démarrer en même temps que ceux de Salon de Provence et de Marseille centre s'il n'avait pas fallu attendre le courrier formalisant l'engagement de la ville. La lourdeur des structures ajoutée à la multiplicité des interlocuteurs au niveau de la ville et au manque de temps de chacun sont autant d'éléments retardant l'amorce d'une démarche qui nécessite pourtant du temps par la suite.

✓ Logiques professionnelles sectorisées.

La sectorisation de notre système de santé par mode d'activité (préventif/curatif, public/libéral, sanitaire/social) et par population cible (petite enfance, toxicomanie,...) ou par pathologie (tuberculose, SIDA,...) entraîne une perception très morcelée et déformée des problèmes par chaque catégorie de professionnels.

Différentes études montrent que les professionnels ne sont pas tous partants pour une approche transversale et non médicale des questions de santé. L'inertie, la résistance au changement, la peur de quitter la position rassurante de celui qui sait constituent des freins importants. Cette difficulté est soulignée lors du colloque organisé par l'association des maires villes et banlieues de France : « Il est difficile de faire passer des professionnels à une pensée un peu différente de leurs pratiques actuelles. Vous pensez bien que c'est encore plus difficile de motiver des gens qui se sentent extérieurs à la santé »³⁰, et inversement pour ceux qui se sentent étrangers au secteur social. C'est le cas des médecins libéraux, difficiles à sensibiliser aux problèmes sociaux de leurs patients. Lorsqu'ils s'impliquent, ils ne sont pas toujours en mesure de collaborer effectivement, faute de langages ou de valeurs en commun. Pour les associations, la course aux financements et la concurrence qui peut en découler sont également des facteurs de cloisonnement entre sanitaire et le social.

De même, il arrive que des professionnels porteurs d'idées et de projets ne soient pas soutenus par leurs institutions. C'est un des freins soulignés par la coordinatrice de l'ASV de Marseille centre quand elle explique que l'un des enjeux du fonctionnement d'un

³⁰ GUINE A. ; Association des maires villes et banlieues de France ; *Santé des populations, dynamique des villes*, Actes de la journée du 21 décembre 1995 ; p.19.

collectif santé sur un territoire est le constant aller-retour entre les professionnels de terrain qui constatent des situations spécifiques et les institutions auxquelles ils appartiennent. La différence de logique entre les institutions et les acteurs de terrain n'est pas un obstacle en soi mais une donnée de fonctionnement à prendre en considération. La mise en place des ASV n'est pas achevée dans les Bouches du Rhône. Il peut donc être opportun d'anticiper sur les suites de la démarche afin d'optimiser sa qualité.

III DES ATELIERS SANTE VILLE AUX PLANS LOCAUX DE SANTE PUBLIQUE

En adoptant une approche prospective, il convient donc d'envisager l'achèvement de la démarche de mise en place des ASV dans les Bouches du Rhône avant d'imaginer la constructions des PLS dans les différents sites et leur articulation avec les autres politiques existantes sur le territoire. Enfin, il est important de spécifier que ces préconisations s'appliquent à l'ensemble des sites investis dans la démarche. Un raccrochement de l'étude de préfiguration de Marseille Nord aux autres ASV peut avant tout être préconisé dans la mesure où il est fort probable que l'ASV soit lancé rapidement.

III-1 Poursuivre et améliorer la démarche amorcée

Raccrocher étude de préfiguration de Marseille nord et lancer l'ASV rapidement.

III-1-1 Affiner l'identification des besoins pour définir des priorités

Pour parfaire le diagnostic, l'ensemble des acteurs, y compris les habitants doivent être mobilisés, si possible simultanément.

A) Vers une plus grande mobilisation des acteurs de terrain

a) Porter une attention particulière à certains corps professionnels

D'une manière générale, l'ensemble des acteurs investis dans l'ASV est motivé, d'autant qu'il s'agit d'une démarche volontaire.

Encore faut-il que l'ensemble des acteurs susceptibles d'occuper une place dans les ASV soit sollicité. Ainsi, il convient de souligner que la participation des PASS est incontournable dans le champ de la santé des personnes en difficulté. Les assistantes sociales des PASS sont en effet des personnes ressources en matière de données statistiques, de connaissance du public précaire accédant généralement aux soins par le biais des urgences, de clairvoyance sur les dysfonctionnements de prise en charge sanitaire sur le territoire couvert par l'hôpital, et de travail en réseau, notamment avec les assistantes sociales de secteur et la CPAM. De même, les assistantes sociales présentes dans certains services des hôpitaux (urgences, gynécologie sociale, ...) ne doivent pas être écartées du dispositif, dans la mesure où elles illustrent par définition l'interaction entre les champs sanitaires et sociaux. L'ASV doit pouvoir contribuer à la redéfinition de la place de l'hôpital dans l'offre de soins. L'absence de mobilisation de certains acteurs n'est pas toujours due à un manque de motivation ou à un manque de temps. Aussi, est-il important de promouvoir l'ASV dans l'ensemble des secteurs et de réitérer cette promotion lorsque la réunion de lancement n'a pas permis d'atteindre toutes les professions concernées par l'ASV.

Dans d'autres cas, la mobilisation doit dépasser les réticences. Tous les coordinateurs ont remarqué que les professionnels libéraux s'inscrivent différemment dans la démarche : de façon plus ponctuelle et à un niveau plus informationnel. Pourtant, leur position de proximité privilégiée les rend également incontournables pour les ASV, à un niveau opérationnel. Mais la mobilisation des médecins libéraux relève de l'incitation à un engagement quasi-militant, à moins qu'elle ne soit compensée par une contrepartie. Déjà en 1998, le rapport Sueur réactualisait la question de l'offre de soins de santé primaire sur les quartiers en contrat de ville : « Une aide à l'installation des médecins libéraux dans les quartiers en difficulté devrait (...) s'effectuer par un soutien à l'investissement ou par le biais de la location d'un cabinet à loyer modéré. »³¹ Mais, l'aboutissement de cette piste reste incertain.

Enfin, il est opportun de valoriser l'investissement particulier des acteurs institutionnels tels que les médecins scolaires de l'Education Nationale ou les directeurs et infirmières de la PJJ ou des associations disposant d'une quasi-délégation de service public. Pour ces institutions tributaires des aléas financiers dans une moindre mesure, c'est toute la place de la santé qui est à conforter, toute une culture professionnelle à irriguer. La première étape de la mobilisation passe par l'information sur les réseaux existants sur un territoire, et par la formation de ces professionnels afin de les sensibiliser aux problématiques sanitaires récurrentes des jeunes qu'ils ont à prendre en charge.

b) Prendre en compte les réalités et contraintes de chacun

La majorité des acteurs de terrain impliqués dans les ASV vient du secteur associatif. Or, l'un des principaux enjeux de la mobilisation des acteurs réside dans la logique du fonctionnement associatif. Certes, les actions des associations sont fragmentées, mais, comme le souligne justement le MISP de la DDASS, il est impossible d'éviter le fait que lorsqu'ils se réunissent, chacun regarde le problème de son propre point de vue et identifie en premier les personnes qui sont susceptibles de leur apporter des financements. Ainsi, la mobilisation des acteurs se doit de dépasser ces contraintes de survie afin de mettre en lumière l'intérêt d'un ASV pour des professionnels avant de démontrer l'intérêt plus large en terme de santé publique. Tout en conservant une logique de programmation et non pas une logique de projets, il est important d'adapter la réflexion à l'approche pragmatique des acteurs de terrain. Ainsi, comme a pu l'évoquer le président

³¹ BILLAUD V. *La santé dans les politiques de la ville*, étude bibliographique pour le conseil national des villes, MDSL- Intervention santé ; Octobre 1999 ; p. 77 : SUEUR JP. « Demain la ville. Cinquante propositions pour l'avenir des villes. » Rapport présenté au Ministre de l'emploi et de la solidarité ; Tome 1 ; 1998

de l'OREP lors d'une des RCI : « lors des groupes de travail, aborder les problèmes sous leur aspect conceptuel ne parle pas aux professionnels ». Il est intéressant de partir du pratico-pratique, de savoir ce que ces acteurs veulent et peuvent faire pour extraire de ces volontés des objectifs communs et partagés auxquels les actions dont ils ressentent le besoin pourront appartenir.

Les contraintes temporelles subies par ces acteurs doivent également être prises en compte et acceptées par les services commanditaires. En effet, pour engager des actions de santé participatives et adaptées aux besoins particuliers des contextes locaux, certains délais sont incompressibles. Dans un premier temps, « l'émergence des demandes suppose de la part des professionnels et des élus une attention, une disponibilité et une écoute spécifiques. »³² Dans un second temps, la mobilisation autour de la santé suppose le passage de préoccupations individuelles à une dynamique collective qui se fait progressivement. La prise en compte du rythme de chaque partenaire est nécessaire.

B) Vers une réelle participation des habitants

Comme nous avons pu le constater, la consultation de la population apparaît comme problématique. Sujet de nombreuses déclarations d'intentions elle est souvent négligée dans les faits. Il convient de s'interroger sur les attentes de chacun vis-à-vis de la consultation des habitants et d'envisager les modalités possibles de mise en œuvre de cette participation avant d'intégrer cette dimension participative dans un partenariat réunissant l'ensemble des acteurs.

a) Mobiliser les habitants

En théorie, qu'il s'agisse des élus, de la DDASS ou des coordinateurs, tous reconnaissent qu'il est indispensable d'associer la population à tous les stades de la démarche : du diagnostic à la co-définition voire la co-production d'actions en passant par la détermination des priorités.

En pratique, leurs attentes en matière de santé n'ont pas émergé et les habitants ne sont pas associés aux ASV.

Concernant les deux ASV les plus avancés dans la démarche, il convient de rattraper le retard en obtenant l'expression des besoins de la population avant de s'engager la rédaction du PLS. Concernant les ASV qui démarrent, il est indispensable de renforcer cette dimension communautaire. Il serait même opportun de valoriser l'habitant acteur avant même les structures de professionnels.

³² FABRE C., GUILLOUX K., RIBAUT V. *Santé et développement social urbain : outils et méthodes* ; DIV ; p.8

Avant même d'envisager les modalités de participation des habitants, il convient de déterminer quels habitants doivent être sollicités. Les leaders d'associations, un échantillon représentatif de l'ensemble de la population, certains groupes particulièrement défavorisés, d'autres avec lesquels le travail communautaire est d'emblée facilité parce qu'ils sont déjà réunis autour d'une activité,...Le débat est loin d'être clos. Néanmoins, il est possible d'envisager de combiner ces différentes pistes afin d'optimiser l'expression de la parole des habitants et la place accordée à cette parole différente.

Ainsi, à l'image du travail réalisé avec les professionnels de terrain, il est possible de penser à une première sensibilisation à la démarche des ASV par le biais d'un questionnaire sur la perception de l'état de santé des personnes vivant sur les territoires en contrat de ville. Dans un premier temps, il est possible d'adopter une approche large visant à atteindre le maximum d'habitants de ces quartiers et notamment les plus défavorisés, en utilisant les centres sociaux, les maisons de quartiers et associations locales comme porte d'entrée. L'accompagnement des questionnaires par des personnes proches de la population peut permettre de dépasser la barrière de l'analphabétisme, plus ancré dans ces quartiers. Mais la démarche ne saurait s'arrêter à ce stade. Il convient ensuite de mobiliser la population désirent s'investir ou simplement interpellée par la démarche. Une ou plusieurs présentations publiques peuvent avoir lieu dans ces mêmes espaces concentrant la population, à des horaires adéquates et déboucher sur la constitution de groupes de réflexion. En effet, il est important de ne pas passer immédiatement à une représentation de la population qui risquerait de ne pas être réellement représentative de la population du territoire. De même, il est opportun de ne pas intégrer directement les habitants aux groupes de professionnels pour que leur parole puisse se libérer plus facilement et sans complexes, pour pouvoir «développer une pédagogie active permettant aux habitants de découvrir leur propre savoir »³³. Ainsi, les groupes de réflexion peuvent travailler sur la base des données statistiques recueillies par le coordinateur et sur des demandes spontanées des besoins de santé ressentis. Pour que le diagnostic soit réellement partagé, il convient de procéder à un aller retour constant entre ces données brutes et la perception du bien-être de ces habitants.

Ensuite, à l'image de la séparation entre différents niveaux des groupes de travail organisés à Salon de Provence, certains seulement des habitants peuvent s'investir à un niveau opérationnel et être intégrés au niveau décisionnel des groupes de professionnels. A terme, en ce qui concerne la définition des priorités et la construction du PLS ces représentants de la population doivent avoir la même place que les professionnels.

³³ FABRE C., GUILLOUX K., RIBAUT V. *Santé et développement social urbain : outils et méthodes* ; DIV ; p.20.

Enfin, pour assurer une réelle transparence de l'action publique, il convient d'envisager d'intégrer un représentant des habitants au COPIL local de l'ASV de leur commune. Les consultations, réunions, manifestations publiques ne sont pas des actions participatives si la population est absente du processus de décision.

b) Organiser le partenariat entre les habitants et les professionnels

Comme le soulignent les actes du séminaire régional sur la participation des habitants dans le cadre du PRS santé des enfants et des jeunes³⁴, pour permettre aux habitants de s'engager dans des actions de santé de proximité, il est important de veiller à concilier cinq logiques entremêlées :

- Les logiques politiques qui définissent le cadre général garant de la cohésion sociale et des grandes décisions de l'Etat qui fixe les orientations à suivre et leur adaptation concrète.
- Les logiques administratives qui organisent la gestion des moyens pouvant être utilisés pour mettre en acte une politique.
- Les logiques des usagers qui sont en lien direct avec leur vie quotidienne, leurs souhaits, leurs besoins et leurs représentations.
- Les logiques des techniciens qui dépendent de leurs fonctions, leur savoir-faire et de la place qu'ils occupent dans leur structure.
- Les logiques narcissiques qui impliquent chacun dans ce qu'il a de plus personnel.

Cette conciliation doit se ressentir à chaque étape de la démarche. Ainsi, l'organisation du travail autour d'un sujet rapidement concret peut constituer un facteur d'efficacité pour l'animation du partenariat. De plus, l'adoption d'un fonctionnement souple mais néanmoins animé et cadré constitue également une source d'efficacité. Il est également important dans une démarche comme celle des ASV de prendre en compte les disponibilités et l'intérêt personnel de chacun. La perception des motivations de chaque participant peut être une source d'optimisation du travail de groupe par le coordinateur dans la mesure où il dispose des données pour positiver ces motivations. Pour un partenariat plus large et plus constructif, il peut être intéressant de mélanger des personnes qui connaissent le terrain (habitants et professionnels) avec des personnes qui ont le pouvoir de traiter les dysfonctionnements (CPAM, DDASS,...) sur des thématiques précises.

³⁴ Groupe régional de programmation du PRS santé des enfants et des jeunes ; *Permettre aux habitants de s'engager dans des actions de santé de proximité*. Séminaire régional organisé à Marseille les 8, 9 et 10 novembre 1999 et 31 janvier 2000. Les actes... p. 30.

Enfin, comme toute partie du processus de mise en place des ASV, la participation des habitants, la nature du partenariat qui aura été instauré entre profanes et professionnels doit faire l'objet d'une évaluation pour permettre d'adapter les pratiques aux dysfonctionnements constatés et pour valoriser les expériences partenariales réussies. Cet aspect s'intègre dans l'évaluation globale du dispositif.

III-1-2 Construire une démarche d'évaluation

A) Préalables à l'évaluation

Avant d'amorcer une démarche d'évaluation, il est important de déterminer dans quelle catégorie d'évaluation elle se situe. Pour le savoir il est possible de s'interroger sur différents points³⁵ :

a) Pourquoi faire une évaluation ? Quelle en est la finalité ?

D'une manière générale, l'évaluation vise à mesurer le rapport coût/efficacité des actions mises en œuvre, et à mesurer la cohérence et les limites du PLS par rapport aux besoins repérés et aux politiques sociales et de santé définies par ailleurs.

La circulaire du 13 juin 2000 relative aux ASV suggère « une procédure précise d'évaluation de type participative comportant un volet qualitatif et quantitatif. »

En outre, les services déconcentrés de l'Etat ont des motivations qui leurs sont propres.

A la DDASS des Bouches du Rhône, l'évaluation vise d'une part à apprécier les enjeux de chacun des acteurs des ASV, à appréhender la représentation qu'ont les décideurs institutionnels de ce dispositif et à percevoir la réalité de la coordination des décisions prises ; d'autre part à examiner les résultats des projets locaux de santé et leur cohérence avec l'ensemble des actions de santé sur les territoires en contrat de ville (CMU, accueil et domiciliation au niveau des CCAS, PASS, volet santé du PDI,...), et à analyser leurs effets sur l'amélioration de l'état de santé des habitants et, au-delà sur la qualité de vie et l'insertion sociale.

b) Quel en est l'objet ? Sur quels champs précis portera-t-elle ?

Cette question de l'objet de l'évaluation fait débat. S'agit-il d'évaluer les ASV, le PLS et/ou les actions qui en découleront ?

Pour certains, il s'agit d'évaluer l'effet des actions qui découleront du PLS, de mesurer l'impact concret de ces actions. L'évaluation du processus des ASV, faisant ressortir les points forts et les points faibles de la méthode d'intervention, leur apparaît un travail trop

³⁵ BERNOUX JF. *Mettre en œuvre le développement social territorial : méthodologie, outils, pratiques*. Dunod ; 2003 ; p.67

conséquent eu égard au résultat escompté. Pourtant, le caractère expérimental du dispositif renforce l'intérêt d'une évaluation du processus. Au sein de la DDASS, l'évaluation du processus et celles des actions vont de pair. L'évaluation portera donc sur le processus de mise en place des ASV, sur le PLS, sur l'impact des actions par rapport aux objectifs du PLS, mais également par rapport aux objectifs propres des acteurs.

c) Qui la commande ? Qui la finance ? Qui est concerné ?

A priori, la commande émane de l'institution pilote : la DDASS. Plus officiellement cette évaluation sera engagée par le COPIL Départemental.

Le financement demeure toujours problématique. Il est possible d'envisager un financement par la politique de la ville, particulièrement intéressée par cette démarche.

Tous les acteurs des ASV sont concernés par l'évaluation. Qu'il s'agisse des financeurs ou des institutions, des coordinateurs ou des professionnels de terrain, mais également des habitants, l'évaluation leur permet d'apprécier la pertinence, la performance et la cohérence du projet (quel que soit son degré d'avancement : processus, programmation, action), elle structure ce projet et valorise les acteurs investis. Comme le souligne la coordinatrice de l'ASV Marseille centre, les associations sont également demandeuses de ce que produisent leurs actions.

d) Comment se fera-t-elle ? Qui participera ?

L'évaluation reconnaît à quiconque, population, politiques, professionnels la faculté de faire valoir une analyse et des propositions dans le sens d'une participation active au changement.

e) Quelle est la méthodologie ?

La méthodologie d'évaluation des ASV est en cours d'élaboration. La DDASS a amorcé une réflexion sur l'opportunité d'une intervention extérieure permettant de former les acteurs de l'ASV à l'auto-évaluation de la démarche. L'université de Liège, reconnue pour son expertise en matière de formation à l'auto-évaluation, a été sollicitée afin de réaliser un plan d'évaluation des ASV et pour permettre aux acteurs de s'approprier la démarche d'évaluation. En attente de la réponse de cet intervenant extérieur, un premier travail de recherche d'indicateurs de suivi a été effectué par la coordinatrice départementale avec ma participation (Voir un exemple de tableau d'indicateurs réalisé en Annexe n°4). De plus, une réflexion commune aux personnels investis dans l'ASV et aux coordinateurs locaux de chaque ASV se met en place afin de construire des indicateurs pertinents et partagés servant à auto-évaluer le processus et ses résultats.

f) *Comment seront utilisés ces enseignements ?*

Au cours du processus, ces enseignements doivent permettre de réorienter la démarche des ASV locaux s'ils s'écartent des objectifs initiaux des ASV ou de valoriser et partager les méthodologies efficaces. Elle permet au projet d'évoluer constamment et de s'adapter aux réalités du terrain qui surgissent progressivement.

Enfin, l'évaluation sert de base à la reconduction de l'action, qu'elle vient légitimer et constitue un outil d'aide à la décision.

B) *Mettre en œuvre la démarche d'évaluation*

L'idéal voudrait que la démarche d'évaluation s'amorce concomitamment à la démarche des ASV en soi. Néanmoins, la perspective de rédaction du PLS permet d'envisager l'intégration du suivi et de l'évaluation dans ce cadre.

Ainsi, après avoir obtenu la réponse de l'Université de Liège il sera possible de concrétiser cette démarche.

a) *Si l'intervenant extérieur accepte cette mission d'évaluation*

Dans le cas d'une réponse positive de l'Université de Liège, la mission de la DDASS sera double.

Il s'agira d'une part de déterminer judicieusement les acteurs à former pour réaliser un plan d'évaluation. Il paraît incontournable de former les coordinateurs locaux ainsi que la coordinatrice départementale, pour que l'évaluation au niveau local vienne abonder le niveau départemental.

D'autre part, il s'agira de déterminer la place accordée à cette évaluation. Pour qu'elle constitue un outil efficace d'amélioration du dispositif, il est important que chaque étape de l'évaluation soit validée au niveau des comités de pilotages, locaux et départementaux.

b) *Si l'intervenant extérieur ne remplit pas cette mission d'évaluation*

La DDASS devra organiser l'évaluation seule. L'OREP est pressenti comme soutien méthodologique. Mais, il n'est pas forcément opportun de multiplier les missions de cet intervenant, risquant ainsi une confusion de ses missions.

Le travail avec les coordinateurs doit se poursuivre afin de construire des outils d'auto-évaluation, et de leur permettre de les mettre en application progressivement. De plus, il est important de considérer le suivi de la mise en œuvre des ASV et du PLS comme un outil de mobilisation de l'ensemble des acteurs impliqués. Aussi, les groupes de programmation pourront-ils se transformer en groupe de suivi, toujours animés par les coordinateurs. L'aspect quantitatif du suivi peut être réalisé par la réactualisation des données chiffrées du diagnostic. Il pourra également être envisager d'ajouter une

dimension qualitative à l'évaluation par l'envoi de questionnaires aux professionnels et habitants impliqués dans les ASV. Cette évaluation interne portera sur le processus et sur les actions.

Elle pourrait être conjuguée à un processus d'évaluation externe mené auprès des responsables institutionnels locaux et départementaux sous la forme d'entretiens semi-directifs.

La mise en œuvre concrète de cette démarche peut être assurée par la coordinatrice départementale, avec éventuellement un soutien méthodologique extérieur.

Dans tous les cas de figure, il est important de construire une démarche qui puisse s'appliquer à l'ensemble des ASV du département, en dépit de leurs disparités thématiques et territoriales.

De plus, il est primordial d'avoir conscience des risques d'une évaluation. Le guide pratique en santé précaire³⁶ énumère ces écueils à éviter : ne pas être prêts à se remettre en question, considérer que l'arrêt d'une action est forcément un échec, confondre bilan d'exécution (description de l'activité) et évaluation (mesure de l'impact de l'activité. Le premier contribue au second, mais le second ne se réduit pas au premier, ne regarder que ce qui arrange le commanditaire de l'évaluation ou le financeur.

Intégrée à la démarche de programmation, l'évaluation constitue donc un outil de mobilisation des acteurs au même titre que cette mobilisation au niveau des professionnels et des habitants. La poursuite de cette implication accompagnera tous les stades de la démarche jusqu'à l'élaboration et la mise en œuvre du Programme Local de Santé publique.

III- 2 Construire et mettre en œuvre un Plan Local de Santé publique : Approche prospective

L'extrême importance du PLS mérite d'être rappelée. Sinon, la démarche redevient descendante, émanant des porteurs de projets.

III-2-1 L'élaboration du PLS

A) Du diagnostic à la définition des priorités de santé

Les deux phases de diagnostic et de priorisation ne sont pas forcément séparées dans le temps, dans la mesure où le diagnostic initie déjà des partenariats et modifie les pratiques. La dynamique enclenchée repose sur des aller-retour successifs entre les données traitées et la restitution faite aux acteurs du territoire. Cette étape d'analyse

³⁶ GUILLOUX K., GUIMONNEAU T. *Pratiques en santé précarité : la santé publique à l'épreuve du terrain*, repères à l'usage des professionnels de terrain et des services déconcentrés de l'Etat. Direction Générale de la Santé, Ministère de l'emploi et de la solidarité. Décembre 1997. p.95.

commune est primordiale. Elle doit faire l'objet d'une préparation et d'une animation pédagogique minutieuses³⁷.

Le passage du diagnostic à la définition de priorité se fait par la problématisation des constats réalisés. Ce processus de problématisation consiste à: affiner la délimitation du territoire du problème, « exposer les constats, avancer des hypothèses d'explication sur chaque constat, explorer les hypothèses d'amélioration, dégager les grands facteurs d'empêchement au développement de réponses nouvelles, lister les grandes lignes d'action. »³⁸

En fonction des problèmes choisis comme cible, des objectifs opérationnels d'action seront définis. Cette étape est indispensable dans la mesure où ces objectifs serviront de base pour déterminer les résultats à atteindre et serviront également à l'évaluation. Cela aboutit à la formalisation de la programmation.

B) Les formes de la programmation

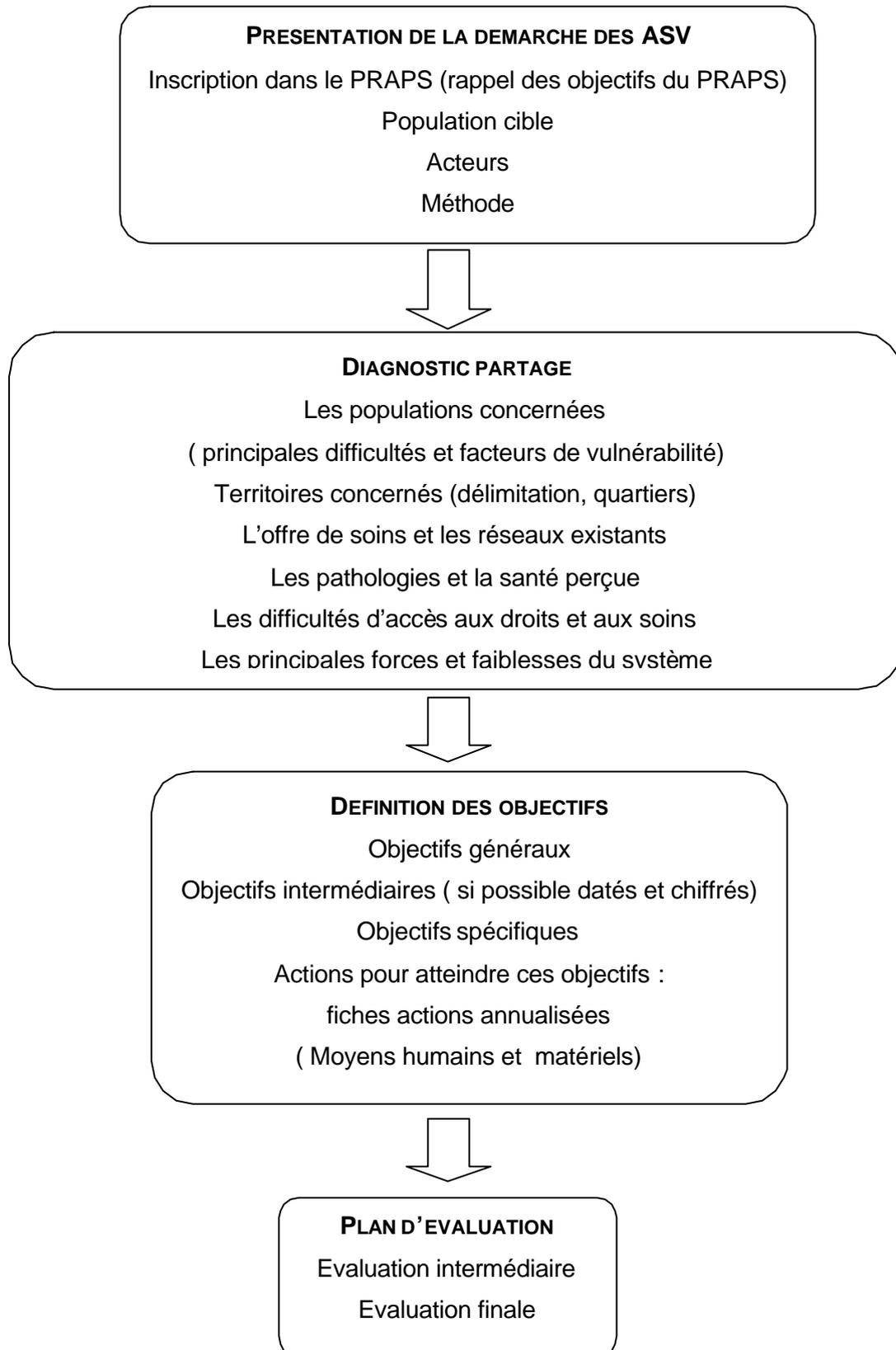
Parmi les personnes rencontrées, rares ont été celles réellement capables d'exprimer une vision concrète du Plan Local de Santé.

Pour l'élue à la santé de la commune de Salon de Provence, le PLS doit se construire comme un Contrat d'Objectifs et de Moyens du secteur hospitalier. Il est vrai que la politique de la ville repose sur le principe de la contractualisation mais la portée d'une programmation est plus large que celle d'un Contrat Local de Sécurité ou qu'un Contrat d'Education Local. Les personnes de la DDASS insistent plus sur cet objectif de programmation. Ainsi, pour l'inspectrice du pôle social, le PLS peut se construire comme un PDI. Le MISP souligne que le PLS doit se construire comme tout programme de santé : avec des problématiques, des priorités, des objectifs, un plan d'action, et un plan d'évaluation. Il note également l'importance de l'articulation du PLS avec grandes orientations nationales et avec les objectifs du PRAPS auquel une référence dans PLS semble incontournable.

³⁷ Présentation claire des résultats, adaptée à chaque public particulier, délai entre le moment de présentation et le moment de la détermination de priorité voire l'émergence d'actions pour laisser un temps de réflexion, mise en évidence des divergences de points de vue et régulation des échanges parfois vifs entre les différentes catégories de professionnels, d'habitants, de décideurs. La suggestion d'une liste de priorités, d'objectifs et/ou d'actions permet de lancer concrètement le débat.

³⁸ BERNOUX JF. *Mettre en œuvre le développement social territorial : méthodologie, outils, pratiques*. Dunod ; 2003 ; p.27.

Il est possible de proposer une trame à l'élaboration du PLS en conformité avec la méthode adoptée pour l'élaboration du PRAPS :



La trame d'élaboration qui sera adopté pour les PLS des Bouches du Rhône doit être partagée dans son élaboration et commune dans son application. En effet, l'ensemble des PLS doit aller jusqu'au même point dans la démarche. La démarche serait vaine si un

seul des PLS se cantonne à souligner des dysfonctionnements sans proposer des solutions. La présentation d'actions potentielles dès l'élaboration de la programmation s'illustre par le fait que l'autre appellation commune des PLS est **Plan Local d'actions en Santé Publique**.

De plus, les PLS doivent se calquer sur un calendrier précis. Il est possible d'envisager des durées de trois ans, à l'image des PRAPS, ou de cinq ans concordant avec les programmations des contrats de ville. Cette seconde solution peut être préférable dans la mesure où d'une part il est difficile d'observer l'impact d'un programme sur la santé des plus démunis au bout de trois ans seulement³⁹ et d'autre part, l'inscription dans la politique de la ville requiert un investissement plus fort que l'inscription dans les PRAPS. Calquer la durée du PLS sur la programmation des contrats de ville atteste de cette volonté d'implication de la politique de la ville. Quoiqu'il en soit une évaluation à mi-parcours s'avère indispensable et est relevée par l'ensemble des acteurs institutionnels. Notons également que la première année, il est possible d'envisager de définir uniquement les objectifs généraux plutôt que de se précipiter à définir des sous-objectifs inadaptés.

Comme a pu le souligner une des coordinatrices, il est important de trouver une organisation qui ne soit pas trop chronophage, souple pour l'adapter à l'ensemble des secteurs d'activité.

Enfin, afin de valider et de légitimer le PLS, les COPIL locaux et départementaux acteront sur son contenu définitif.

III-2-2 Les actions découlant du PLS

A) Typologie des actions possibles d'un PLS

Etant donné qu'aucun ASV du département des Bouches du Rhône n'a encore donné lieu à la rédaction d'un PLS. Les actions envisagées ne sont qu'hypothétiques. En tout état de cause, la démarche rompant avec une logique d'appel à projet, il est certain que les actions qui émergeront devront être en adéquation avec les objectifs du PLS. De même, ces actions doivent correspondre aux objectifs plus globaux de la démarche : aux objectifs des ASV. Le président de l'OREP et le MISP de la DDASS ont respectivement pointé deux objectifs à garder en mémoire pour construire ces actions. L'objectif de « diversification des moyens d'intervention », revient à dire et à accepter qu'il n'existe pas de réponse monolithique. De même, ces actions doivent s'inscrire dans la démarche

³⁹ Module Planification ; *Groupe PRAPS* ; ENSP, 2003 ; p.10.

participative propre aux ASV: tout l'enjeu étant de dépasser une approche sanitaire principalement axée sur les professionnels sans se soucier de l'implication et des capacités d'adhésion du public. Ces approches sont parfaitement synthétisées quand l'inspectrice en charge des ASV affirme que « quelles que soient les actions, il faut qu'elles soient partagées. »

a) Des actions de coordination

La coordination des interventions de terrain permet d'éviter la juxtaposition ou la discontinuité de dispositifs qui ont pu ressortir du diagnostic.

Tous les rapprochements sont possibles et imaginables dans la mesure où l'ASV aura permis de réunir autour d'une table et d'un objet commun les intervenants d'un territoire qui constataient des dysfonctionnements sans oser prendre les devants du dialogue. A Marseille, il sera certainement indispensable de passer par l'ASV et notamment par la coordinatrice pour dénouer le problème de l'absence de prise en charge financière des jeunes filles mineures ayant recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse sans l'accord de leurs parents. Il suffira certainement de faire comprendre les logiques respectives de chacun aux travailleurs sociaux du planning familial et aux médecins de l'hôpital.

La coordination peut être plus large et déboucher sur la création de réseaux réunissant professionnels du sanitaire et du social autour d'une problématique. L'apport de l'ASV peut également résider dans un soutien méthodologique à la constitution de ces réseaux. Il s'agit alors d'information et de formation.

b) Des actions d'information et de formation

La constitution de réseaux est soumise à des procédures et des contraintes administratives complexes. L'ASV peut constituer un outil de centralisation de l'information en terme de rédaction de projets, de recherches de financements. Cela peut s'organiser dans le cadre de séminaires de formations, de rencontres organisées entre les professionnels de terrains et les financeurs... Il est également possible d'impulser des formations au bénéfice des professionnels désireux d'améliorer leurs actions et leurs conditions d'exercice. Une formation à l'évaluation et/ou à la diffusion des projets peut par exemple contribuer à ces progrès.

L'information peut également être centralisée dans des lieux spécifiques. La création d'une structure de type maison de santé peut constituer une ressource considérable pour assurer la continuité de l'ensemble des thématiques des ASV. Une telle action permet de prendre en compte l'échelle du quartier pour ne pas passer à côté des besoins et favorise l'émergence de la participation des habitants.

c) Des actions de promotion de la santé

De nombreuses problématiques de santé sont en lien avec la participation des habitants et notamment avec leur vision parfois erronée de la santé et du système de soins. Ainsi, des actions visant à améliorer l'image du système de soin résoudraient certains problèmes d'accès aux soins. Par exemple, les individus ont tendance à se faire des fausses idées sur la santé mentale, cette perception péjorative des institutions psychiatriques retarde l'accès aux soins. Une information ciblée est susceptible d'anéantir certains clichés de ce type.

d) Des actions sur les déterminants de santé

L'inscription des ASV dans la politique de la ville et leur caractère de proximité les conforte dans une approche transversale. Si les déterminants de santé apparaissent clairement dans le diagnostic, rien n'empêche les actions de s'inscrire à la croisée de la santé à proprement parler et des déterminants de santé. Les actions proposées pourront interférer dans les loisirs, la culture, l'environnement physique alors que, comme l'a souligné le MISP de la DDASS, le PRS et le PRAPS ne permettent pas toujours un tel élargissement.

Les expériences tirées d'autres contextes locaux (Voir des exemples d'actions en Seine-Saint-Denis en Annexe n°5) peuvent illustrer l'hétérogénéité des possibilités. Néanmoins, il est impossible de plaquer des initiatives d'un territoire à l'autre dans la mesure où la spécificité des ASV réside justement dans l'adaptation aux problématiques locales. Les actions émaneront donc des partenaires, et (nous l'espérons) des habitants auxquels il appartient d'inventer leurs propres solutions.

B) Mise en œuvre des actions issues du PLS

a) Simplifier la procédure de dépôt et d'analyse des projets

L'objectif de coordination des ASV doit s'appliquer concrètement par une coordination dans l'admission des actions proposées. Ainsi, grâce au PLS, les promoteurs d'actions devraient bénéficier d'objectifs de santé clairs, précis et adaptés aux spécificités du territoire dans lequel ils inscriront leur action. Le manque de lisibilité et la confusion engendrée par la multiplicité de dispositifs devrait, même au niveau des appels à projets, s'inscrire dans un mode d'actions plus partenarial par le biais de ce plan d'actions transversal et cohérent. Mais cela ne se fera pas seul dans la mesure où, si le PLS vise à créer du lien, l'empilement de dispositifs subsiste.

Pour que les problématiques locales soient effectivement priorisées elles doivent être partagées avec l'ensemble des dispositifs. Afin de simplifier la procédure de dépôt des projets, les actions des ASV pourraient être centralisées au sein d'un secrétariat unique, à la DDASS, qui redéploierait les projets en fonction du ou des dispositifs auxquelles ils peuvent se rattacher. Les projets susceptibles d'être co-financés seraient par conséquent étudiés par le comité des partenaires de la politique de la ville auquel la DDASS participe. Au-delà des instances il serait souhaitable que chacune des institutions amenées à collaborer une fois de plus dans le cadre des ASV adopte une procédure commune des formulaires de présentation de projets. En effet, une homogénéisation des éléments requis pour un projet faciliterait la tâche des promoteurs qui n'auraient plus à reformuler leur projets en fonction du financeur auquel ils s'adressent.

Enfin, au niveau des décisions d'admission des projets, il est possible de tirer des leçons de l'expérience du PRAPS. En effet, l'évaluation du PRAPS de première génération met en lumière une insuffisance de motivation des refus de financement d'actions, ce qui génère une impression d'arbitraire des financeurs aux yeux des promoteurs. Afin de tenter un rapprochement de ces deux niveaux aux logiques différentes, un effort de développement des motifs de refus pourrait être envisagé.

b) Financer les actions

La DGS n'a pas créé une enveloppe fléchée ASV. Les actions découlant du PLS devront s'intégrer dans les dispositifs de financement existants.

Idéologiquement, si cette absence de ligne budgétaire spécifique a pour but d'intégrer les ASV dans une logique d'homogénéité territoriale, elle comporte deux écueils : d'une part pour les partenaires et notamment les financeurs qui risquent de voir émerger des actions auxquelles ils n'avaient pas pensé. Mais ces actions correspondront logiquement aux besoins de santé publique constatés sur le territoire ; d'autre part, pour les porteurs de projets différents des ASV qui peuvent craindre une absorption des financements PRAPS et PRS jeune par les actions issues des PLS. Mais cette crainte peut être écartée dans la mesure où comme le souligne la CTTS de la DDASS du 93 les ASV vont donner de la cohérence aux PRAPS en apportant méthode et coordination.

Pratiquement, les actions découlant des ASV relèveront des crédits de droit commun : PRAPS, PRS, PDI, schéma régional de toxicomanie, gérontologie, CPAM. Certains relèveront également des crédits politique de la ville. Concernant les crédits PRAPS, les ASV devant réglementairement s'inscrire dans ces programmes, rien n'empêche de négocier avec les DRASS pour ajouter une ligne budgétaire ASV au sein des PRAPS. Cela symboliserait la reconnaissance régionale de l'originalité des ASV. Les niveaux régional et départemental des services déconcentrés de l'Etat doivent s'accorder pour reconnaître le PLS comme un véritable outil de programmation.

De plus, il convient d'envisager la possible intégration de certaines démarches de coordination issues des PLS au sein des réseaux de santé institués par la loi du 4 mars 2002 (co-financement URCAM/ARH). Il est également possible de rappeler que les acteurs n'ont pas toujours besoin de subventions pour faire avancer les problèmes de santé. Les dynamiques de collaboration peuvent simplement requérir le label PRAPS sans que ces rapprochements ne nécessitent de moyens financiers.

L'absence de financements spécifiques conforte la nécessité d'intégration du PLS dans les autres politiques de santé.

III-3 : Mettre en cohérence le PLS et les autres politiques de santé

III-3-1 Articuler le Programme Local de Santé publique avec la politique de la ville

A) Quel devenir des ASV et du PLS au sein de la politique de la ville ?

Dans le département des Bouches-du-Rhône tout l'enjeu est de conserver la responsabilité de l'état en matière de santé publique tout en investissant les acteurs des politiques locales. Des référents de la politique de la ville pilotes des ASV seraient à la fois juges – qui établissent la commande publique à travers la définition des priorités du PLS – et partie – porteurs de projets et d'actions – Ces considérations éveillent des interrogations sur l'avenir des ASV, de ses instances, du PLS,...

a) La possible disparition de l'outil ASV :

D'un côté, en tant que dispositif de la politique de la ville, l'ASV n'a pas vocation à durer. Une intégration au droit commun doit être réalisée. Logiquement l'outil ASV devrait donc disparaître une fois le PLS construit et les actions engagées. Mais d'un autre côté, s'agissant également d'un dispositif piloté par l'Etat, sa pérennité peut être recherchée, d'autant que les dispositifs d'exception de la politique de la ville ont en pratique tendance à se pérenniser.

Spontanément, il est donc possible d'envisager de laisser évoluer les ASV de façon indépendante : chacun se transformant afin de continuer à mettre en œuvre le PLS ou s'éteignant progressivement selon les sites. Mais dans un souci de cohérence de l'action publique, il serait préférable d'anticiper la mort des ASV afin de conserver la plus-value qu'ils ont impulsée notamment en terme de dynamique partenariale.

Il est possible d'envisager la fin des ASV en prévoyant un relais par le biais du PLS. En effet, si les ASV disparaissent, le PLS subsiste et doit être suivi. Pour ne pas évincer les professionnels et habitants, pourquoi ne pas transformer les groupes de suivi et de programmation des ASV en groupes de suivi du PLS ? A l'image de ce qui peut se réaliser dans des démarches de planification en matière médico-sociale, il pourrait être

envisageable d'inciter les acteurs de terrains investis à se constituer en fédération d'associations. Un regroupement des intervenants sur un même quartier pourrait créer une instance de réflexion sur des actions réalisables, voire même filtrer ces actions entre eux afin de répondre au mieux aux besoins identifiés. Emancipé de la tutelle de l'état, un tel groupement devrait néanmoins veiller à ne pas constituer un réseau commun. Il devra se servir des réseaux initiés par les ASV pour organiser une réflexion dans une optique de planification.

Si les ASV disparaissent, il n'est pas obligatoire que les comités de pilotage disparaissent avec. En effet, rien n'empêche la poursuite des COPIL locaux pour suivre l'application et l'évolution du PLS au niveau de la commune.

De même, l'avenir des coordinateurs des ASV peut être remis en question par l'achèvement des ASV. Or nous avons démontré l'importance de ce coordinateur. Dans les Bouches du Rhône, les ambiguïtés du portage du poste de coordinateur présentent tout de même l'avantage de ne pas se faire déposséder du dispositif par la ville, soumise aux aléas politiques. Ainsi, tout en clarifiant le rôle de cet animateur et dans l'optique de la création d'un groupement d'associations et de structures de terrain, il est possible de continuer dans ce sens et d'envisager un portage de coordinateur par cette fédération.

Les rôles respectifs de l'Etat et de la politique de la ville méritent alors d'être redéfinis.

b) Le positionnement de la DDASS : *se déposséder du dispositif au bénéfice des équipes des contrats de ville ?*

Comme le rappelle l'Inspectrice Principale du Pôle social de la DDASS, le PLS issu de l'ASV est un bon outil de planification à condition de ne pas s'en faire déposséder. En effet, le risque de récupération par les élus est prégnant comme en atteste la remarque d'une élue à la santé affirmant que la DDASS, en tant que co-pilote, n'a pas à orienter ni à diriger la suite des ASV.

La cohérence de la démarche passe par une clarification et une adaptation progressive des rôles de chacun. Cette clarification suppose l'affirmation de la place des villes comme acteur de santé, sans que cette reconnaissance ne lui confère de monopole. Elle suppose également un possible repositionnement de l'Etat : « Peut-être l'Etat doit-il apprendre de nouveaux modes d'intervention, accompagnant les processus plutôt que tentant de les contrôler. »⁴⁰ Cela n'empêche pas les services de l'Etat de continuer à jouer un rôle d'animateur, pour pérenniser, sinon les ASV, du moins la dynamique permise par ce dispositif. En tant que pilote d'une démarche de planification en santé locale, l'Etat

⁴⁰ BILLAUD V. *La santé dans les politiques de la ville*, étude bibliographique pour le conseil national des villes, MDSL- Intervention santé ; Octobre 1999 ; p. 74

est en charge d'assurer la coordination et la réactualisation des actions susceptibles d'optimiser la cohérence de la démarche. Cette impulsion peut porter sur l'ensemble des acteurs, et notamment les équipes opérationnelles de la politique de la ville.

B) Conserver des liens étroits avec la ville et la politique de la ville

a) Intégrer le PLS dans le volet santé des contrats de ville

Pour l'élue à la santé de la commune de Salon de Provence, « le volet santé du contrat de ville sera une partie du PLS ». Or, la stratégie est inverse : le PLS sera tout ou partie du volet santé du contrat de ville selon l'existence de thématiques ASV. Plus encore, le PLS ne doit pas se cantonner à constituer le volet santé des contrats de ville, ce qui reviendrait à nier le PLS comme outil de planification.

b) Favoriser l'appropriation de la thématique santé par les équipes opérationnelles de la politique de la ville

La première phase de la sensibilisation passe par l'information. Il appartient à la DDASS de promouvoir la connaissance des ASV auprès des villes en contrat de ville. La connaissance du dispositif est la première étape d'une articulation des politiques de l'Etat avec la politique locale de santé publique. Cette information passe par un accroissement de la communication avec les élus et les chefs de projets de la politique de la ville. Il serait également intéressant d'exploiter le centre de ressources de la politique de la ville, notamment la nouvelle structure qui vient de se créer sur Marseille, afin de diffuser l'information.

De plus, il est important que le PLS soit intégré dans le volet santé des contrats de ville pour que les chefs de projets et les partenaires se l'approprient. Le traitement de la problématique santé doit se rapprocher du dispositif global d'émergence de projets présents sur le site pour être reconnu au même titre que la prévention de la délinquance, l'insertion, l'habitat, l'éducatif, le logement, ... afin de pouvoir s'articuler avec ces secteurs connexes.

Enfin, pour permettre aux chefs de projets de s'approprier de la thématique santé, encore faut-il que ces spécialistes du secteur social aient un minimum de connaissance de la problématique. Ainsi, une session de formation des chefs de projets, potentiellement mise en commun avec des formations de professionnels de terrain, sur les problématiques sanitaires des personnes en difficulté, pourrait être opportune. Au-delà d'un accroissement des compétences, la formation est source de décloisonnements entre les institutions des différents participants de la formation de par l'opportunité qu'elle offre de construire des référentiels communs.

c) Continuer à suivre les domaines de la politique de la ville relevant de l'Etat

La loi de lutte contre les exclusions constitue l'un des principaux points d'appui des DDASS pour leur participation à la mise en œuvre des contrats de ville. Ainsi, dans les domaines de l'éducation et de la famille, de l'emploi et de l'insertion, et de la santé, les missions de la DDASS et les domaines d'interventions de la politique de la ville s'entrecroisent.

Qu'il s'agisse de la santé ou d'autres thèmes communs aux services de l'état et à la politique de la ville, tout dispositif global doit s'articuler avec le contrat de ville. Une mauvaise articulation avec les équipes du contrat de ville risque de déresponsabiliser les acteurs des autres champs. La politique de la ville favorise la rencontre entre les politiques municipales et celles de l'Etat, notamment par le biais des comités de pilotage et des équipes de maîtrise d'œuvre urbaine et sociale.

D'une part, la coordination entre l'Etat et la Politique de la ville passe par la participation du coordinateur des ASV aux comités de pilotage de la politique de la ville, conformément aux préconisations de l'annexe technique de la circulaire régissant les ASV.

D'autre part, l'adaptation de l'organisation interne du pôle social de la DDASS des Bouches du Rhône pourra permettre l'optimisation de cette articulation. Actuellement, certains des IASS et secrétaires administratifs sont référents d'un dispositif de la politique de la ville et d'un territoire en contrat de ville. Dans ce cadre, ils sont en charge des thématiques communes DDASS/ politique de la ville telles que la santé, l'application de la loi de lutte contre les exclusions et l'éducation, ils traitent les dossiers d'actions cofinancées par l'Etat et la politique de la ville, ou donnent un avis sur des thématiques relevant de la responsabilité de l'Etat. Ils participent à la programmation des actions du contrat de ville tant dans sa dimension opérationnelle que technique. Il serait logique d'intégrer la thématique santé dans cette répartition interne des tâches afin de répartir les charges de travail entre les personnels et d'assurer la continuité entre la thématique santé et les autres thématiques du même territoire.

III-3-2 Intégrer le Programme Local de Santé publique dans le droit commun:

A) Continuité territoriale :

« L'ASV fera l'interface entre la politique de la ville et les comités de pilotages départementaux et régionaux des programmes de santé en cours. »⁴¹

⁴¹ Proposition de cahier des charges d'un ASV dans les Bouches du Rhône.

Ainsi, comme pour les comités de pilotage politique de la ville, il est important que les coordinateurs des ASV participent aux comités de pilotage des autres programmes et notamment du PRAPS dont le PLS est une déclinaison locale.

Dans une logique de territorialisation des politiques de santé et de coordination de ces différentes politiques, le PLS va venir enrichir le PRAPS en permettant de faire remonter les différentes pistes et objectifs nouvellement identifiés à l'échelle locale. Les ASV correspondent parfaitement aux axes stratégiques qui ont présidé l'élaboration des objectifs du PRAPS PACA⁴²

Ils doivent donc être reconnus par cette programmation régionale, tant au niveau des instances de pilotage (par une représentation des ASV) qu'au niveau des objectifs (intégration dans le PRAPS de 2^e génération) et des financements. Les effets du travail réalisé dans le cadre des ASV vont interagir avec le PRAPS sur le plan de son ajustement comme de son évaluation.

Si le PRAPS se formalise au niveau régional, les DDASS ont un rôle important à jouer dans la mise en synergie du PLS et du PRAPS dans la mesure où elles demeurent proches du terrain. L'évaluation, la capitalisation des actions de santé, la diffusion de l'information relèvent des DDASS qui sont à l'interface entre les acteurs de terrain, le niveau local et le niveau régional.

Mais le département des Bouches du Rhône qui disposera des six ASV en année pleine à partir de 2003 devra affirmer l'originalité et l'intérêt de la démarche ASV auprès des autres départements de la région PACA qui verront ces ASV absorber une partie des crédits PRAPS. C'est pour cela qu'au niveau régional une impulsion de la démarche ASV doit se réaliser afin d'homogénéiser les actions de santé en faveur des plus démunis sur l'ensemble de la région. A ce sujet, l'association RESSCOM a réalisé un outil méthodologique d'aide à l'animation régionale des ASV de grande qualité (Voir annexe n°6).

Enfin, la territorialisation de la politique de santé en faveur des publics démunis doit par définition prendre en compte les spécificités locales. Ainsi, la question de l'approche par quartiers, communale ou inter-communale ne doit pas être négligée et doit être appréhendée avec souplesse. La perspective de l'ASV sur les quartiers Nord de Marseille

⁴² « Privilégier le recours aux systèmes de droit commun, et concevoir dans cet esprit les dispositifs spécifiques lorsqu'ils s'imposent, ne pas créer de nouveaux dispositifs sans avoir recherché au préalable l'optimisation de ceux déjà existants, favoriser la mise en œuvre d'une politique de santé de proximité, en ciblant les interventions sur des territoires dits vulnérables, promouvoir des actions qui recherchent l'implication des publics concernés, afin de les rendre acteurs de leur santé. » Op. Cit. PRAPS PACA

renforce cette nécessité. De même, en matière d'inter-communalité, en attente d'une reconnaissance réglementaire, la DDASS peut impulser la reconnaissance de cette nouvelle dimension territoriale, parfois inévitable, par l'organisation de temps de réflexions entre les différents acteurs des ASV.

B) Continuité dans le temps

a) La pérennisation des financements de l'outil ASV

Comme nous avons pu l'observer la précarité des financements est source de difficultés dans les démarches de prise en considération des populations elles-mêmes précaires. Si les ASV n'ont pas vocation à être pérennes, encore faut-il que leur émergence et leur mise en œuvre intégrale soient construites sur des bases solides.

Au-delà de l'homogénéisation des financements difficile à mettre en œuvre, une refonte des systèmes de financements mériterait d'être envisagée. Il est pertinemment connu qu'une démarche de planification ne se réalise pas en une année. Pourquoi ne pas envisager un financement pluriannuel, sur trois ans par exemple, permettant un travail dans la durée, avec un plus grand sentiment de sécurité et donc de possibilité d'innover, et procurant un gain de temps considérable pour se consacrer à des actions de fond. Avant qu'une telle proposition soit réalisable, la recherche constante de financements auprès d'institutions diversifiées souligne l'intérêt de l'évaluation du dispositif qui sert de base à la reconduction de ces financements.

La DDASS du 93 a déposé un dossier de financement européen pour la suite des ASV. Mais cette procédure est longue et vient ajouter un délai de financement supplémentaire aux nombreux délais d'obtention de financements peu adaptés aux besoins de souplesse du terrain.

b) La maîtrise des actions de terrain

La maîtrise des actions est un des éléments permettant d'assurer la continuité dans le temps de la démarche. Cette maîtrise suggère une connaissance préalable des actions et des conditions d'élaboration des projets.

Dans un premier temps, il convient de souligner que les actions issues du PLS seront le fruit d'un partenariat progressif qu'il ne faut pas brusquer. Certes, les contraintes de calendrier, notamment les échéances des programmations du PRAPS et du contrat de ville, pèsent, mais la précipitation des actions risque d'amoinrir la corrélation souhaitée entre les besoins du terrain et l'adaptation des réponses. Il convient donc de laisser le temps aux opérateurs de terrain pour construire des actions cohérentes et complémentaires.

Dans un second temps, la connaissance des actions existantes doit également être recherchée pour permettre la cohérence des décisions d'admissions de projets. Cette connaissance doit se centraliser au niveau des DDASS. Il est opportun de prendre le temps d'aller voir sur le terrain la mise en œuvre concrète des actions. A l'image de l'inspection sur place, les personnels de la DDASS, notamment les IASS, pourraient approfondir la connaissance du contenu précis des actions, des partenariats qui y concourent, des financements obtenus, et formaliser ces informations dans des fiches-actions plus précises qu'elles ne le sont actuellement. La réalisation de telles fiches contribuerait d'une part à la continuité territoriale de la démarche par une connaissance approfondie des actions sur l'ensemble du territoire, et d'autre part à sa continuité temporelle dans la mesure où les mutations internes à la structure ne viendraient pas entraver la mémoire du service.

A) Continuité des thématiques transversales

La transversalité exigée des acteurs de terrain mérite également d'être appliquée aux acteurs institutionnels. En effet, au niveau de la DDASS, de nombreux services sont confrontés de près ou de loin aux problématiques de santé des plus démunis. Afin de matérialiser une complémentarité dynamique entre la loi de lutte contre les exclusions et tous les programmes qui y sont attachés, il est possible d'imaginer un idéal d'intégration des ASV. Ainsi, outre la déclinaison territoriale du PRAPS et le volet santé des contrats de ville, le PLS pourrait constituer à terme le volet santé du PDI, la thématique santé du PDALPD, il pourrait s'intégrer dans la planification hospitalière, notamment dans le cadre de la gestion des PASS et des structures de psychiatrie, il pourrait contribuer à la définition de certaines priorités du plan départemental de lutte contre les toxicomanies, et s'intégrer dans le PRS santé des enfants et des jeunes, notamment lorsque l'ASV est identifié ASV jeunes (comme à Marseille). La plus value apportée par le PLS à chacun de ses programmes serait en terme de connaissance des spécificités locales, et des besoins du terrain.

Cette articulation ne peut se réaliser sans une démarche forte de communication interne aux services de la DDASS. Cette campagne passe d'abord par une connaissance de l'ensemble de ces programmes et de l'angle d'approche possible pour opérer un rapprochement avec les ASV. De plus, avant de mobiliser, il est indispensable d'informer. Ainsi, il serait bénéfique d'organiser une réunion inter-services avec toutes les personnes concernées de près ou de loin par les problématiques traitées dans le cadre des ASV. En complément ou à la place d'une réunion, il peut être envisagé d'exploiter les systèmes d'informations internes à la DDASS. En effet, la DDASS des Bouches du Rhône dispose d'un serveur intranet départemental. La promotion des ASV pourrait se réaliser par ce

biais. Enfin, la mobilisation des services travaillant sur des domaines à la croisée des ASV peut se réaliser informellement par la sollicitation d'autres corps de métiers que celui d'inspecteur : les MISP et CTTS sont en effet des personnes ressources pour donner des avis techniques. En dépit des charges de travail importantes de chacun, un échange sur les actions de chaque programme doit être encouragé afin de ne pas reproduire au niveau institutionnel le morcellement des prises en charge des publics en difficulté.

CONCLUSION

Selon une double logique de planification et de territorialisation, les Ateliers Santé Ville visent à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Le Programme Local de Santé public issu des ASV peut disposer des moyens de mettre en cohérence les politiques de santé et les politiques des villes, de rapprocher le champ sanitaire du secteur social. Néanmoins, la dimension politique ne doit pas effacer la dimension de proximité, au même titre que les moyens ne doivent pas autoriser l'omission des objectifs. Ainsi, ce cadre de développement doit permettre à terme l'optimisation de l'accès aux soins des personnes les plus démunies sur le territoire communal.

Dans la perspective de nouvelles vagues de décentralisation, le domaine social et indirectement celui de la santé des personnes en difficultés risquent d'être remaniés par un redéploiement des compétences de l'Etat et des collectivités territoriales. Face à ces incertitudes, l'administration centrale devrait pouvoir relayer les services déconcentrés, et anticiper ces nouvelles lois afin de trouver un consensus sur les prérogatives qui méritent de rester centralisées. Garant de l'égalité républicaine, l'Etat peut légitimement revendiquer en matière d'accès aux soins pour tous, non pas un monopole, mais un rôle de coordination et d'animation des politiques locales de santé.

En admettant la continuité d'exercice des services déconcentrés dans ce domaine, il appartient donc au IASS de dépasser les obstacles au développement d'un dispositif tel que les ASV. Chef de projet d'une démarche de planification, le IASS est amené à développer des compétences en matière de régulation, notamment par une prise de conscience des enjeux d'un partenariat élargi. De la conception au pilotage du projet, le IASS doit adapter ses propres techniques de management aux personnalités et cultures professionnelles de chacun des acteurs afin de leur permettre d'interagir. Plus globalement chargé de mettre en application les politiques publiques, le IASS doit s'appropriier ces politiques et les publics qu'elles ciblent afin d'accompagner, d'encadrer, voire de contrôler les actions menées sur le terrain et de faire le lien entre ces politiques.

Le caractère expérimental des ASV renforce la nécessité de s'approprier une culture de l'évaluation. En effet, l'expérience des ASV sur les sites pilotes va naturellement engendrer un questionnement sur l'opportunité d'étendre la démarche à l'ensemble du territoire. Déjà les services déconcentrés communiquent entre eux sur ce point. La DDASS de l'Isère s'intéresse à l'expérience menée dans les Bouches du Rhône. Ce n'est qu'après une évaluation complète du dispositif et de l'impact des actions que le choix de généralisation aux départements présentant des spécificités dans la persistance des inégalités d'accès aux soins pourra s'opérer.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS :

- Loi n°99-641 sur la couverture maladie universelle
- Loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des Ateliers Santé Ville dans le cadre des Conventions Thématiques Santé des contrats de ville 2000-2006
- Circulaire DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire
- Circulaire DGS/SP2 n°99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place des PRAPS
- OMS, Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Conférence internationale pour la promotion de la santé co-parrainée par l'Association canadienne de santé publique, Santé et Bien-être social, Canada et l'Organisation mondiale de la Santé : *Vers une nouvelle santé publique*. 17-21 novembre 1986, Ottawa, Ontario, Canada. 2p.

OUVRAGES :

- BERNOUX JF. *Mettre en œuvre le développement social territorial : méthodologie, outils, pratiques*. Dunod ; 2003 ; 165p.
- DIV ; *Guide de la politique de la ville et du développement local – histoire et organisation* ; éditions ASH ; Novembre 2000
- GUILLOUX K., GUIMONNEAU T. *Pratiques en santé précarité : la santé publique à l'épreuve du terrain*, repères à l'usage des professionnels de terrain et des services déconcentrés de l'Etat. Direction Générale de la Santé, Ministère de l'emploi et de la solidarité. Décembre 1997. 300p.
- Haut Comité de la Santé Publique ; *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* ; ENSP ; Février 1998 ; 349 p.
- Haut Comité de la Santé Publique ; *La santé en France* ; La documentation Française ; 2002.

- ROSENBERG S. *Guide de la politique de la ville et du développement local – santé* ; N° VIII Editions ASH ; janvier 1999.

REVUES, PERIODIQUES, ARTICLES, RAPPORTS :

- BASIN C., HEROLD M. *Actualité et dossier en santé publique n°12*. EDITION septembre 1995. 36p.
- BERTOLOTTI F. ; SCHOENE M.; *La santé dans les villes de plus de 30 000 habitants*. Institut Théophraste Renaudot, RESSCOM
- BILLAUD V. *La santé dans les politiques de la ville*, étude bibliographique pour le conseil national des villes, MDSL- Intervention santé ; Octobre 1999 ; 108p.
- BOIGE-FAURE S. *Santé et développement social. Médicaliser le social ou socialiser la santé ?* ; Les cahiers du centre de ressource du DSU ; n° 11 ; Juin 1996
- DESCHAMPS JP. Association des maires Villes et banlieues de France ; *Santé des populations, dynamique des villes* ; Actes de la journée du 21 décembre 1995.
- FABRE C., GUILLOUX K., RIBAUT V. *Santé et développement social urbain : outils et méthodes* ; DIV.
- DIV ; *Les ateliers santé ville, éléments d'orientation et de mise en œuvre* ; juin 2001 ; disponible sur <http://i.ville.gouv.fr>
- GUINE A. ; Association des maires villes et banlieues de France ; *Santé des populations, dynamique des villes*, Actes de la journée du 21 décembre 1995.
- IGAS ; *Politiques sociales de l'Etat et territoires* ; Rapport annuel 2002 ; disponible sur www.intranet.santé.gouv.fr
- JOUBERT M. ; RESSCOM ; *Les ateliers santé ville : conditions de mise en œuvre, méthodologies. Premières leçons de l'accompagnement effectué sur la région Ile de France* ; 11 décembre 2002 ; disponible sur <http://i.ville.gouv.fr>
- JOUBERT M. , BERTOLOTTI F. ; *Mission d'accompagnement technique des services déconcentrés de l'Etat chargés du volet santé de la politique de la ville pour la mise en place des Ateliers Santé Ville dans les régions Ile-de-France et PACA* ; Rapport de cadrage ; juillet 2001 ; 25p.
- LALLEMAND D. ; revue trimestrielle des ministères de la Santé Publique et de l'assurance Maladie, de l'Intégration et de la lutte contre les exclusions, de la solidarité entre les générations ; Echanges santé-social ; *Plans santé-ville, réseaux de santé de proximité, actions, évaluations, perspectives* ; n°hors série septembre 1995.
- LAZARUS A. *Santé et développement social. Médicaliser le social ou socialiser la santé ?* Les cahiers du centre de ressource du DSU ; n° 11 ; Juin 1996

- Profession Banlieue ; *Ateliers Santé Ville* ; Bulletin de santé mai 2002 ; n°1 et 2.
- SCHOENE M. ; *Santé et ville. Enjeux et outils pour une approche territorialisée et transversale de la santé*. Les soirées du pôle de ressource départementale et de développement social de mars 2002 ; n° 9 ; Août 2002
- WRESINSKI J. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* Rapport présenté au Conseil Economique et Social. 1987

DOCUMENTS ENSP :

- Module interprofessionnel de santé publique ; *Territorialisation des politiques de santé : quelles applications dans le cas de la santé des plus démunis ?* Thème n°18 ; ENSP ; 2000 ; 19p.
- Module interprofessionnel de santé publique ; *La promotion de la santé à l'échelle des villes* ; Thème n°25 ; ENSP ; 2000 ; 29p.
- Module interprofessionnel de santé publique ; *PARPS et politique de la ville* ; Thème n°33 ; ENSP ; 2001 ; 32p.
- Module Planification ; *Groupe PRAPS* ; ENSP, 2003 ; 12p.
- FROSSARD M., JOURDAIN A. ; Dossier documentaire : *Module planification-régulation* ; ENSP ; 2003 ; 123p.

DOCUMENTS INTERNES DDASS/DRASS/ARH:

- Synthèse du PRAPS PACA 2000-2002 et fiches actions 2000 et 2001.
- PRS Santé des enfants et des jeunes PACA ; mai 1999.
- Groupe régional de programmation du PRS santé des enfants et des jeunes ; *Permettre aux habitants de s'engager dans des actions de santé de proximité*. Séminaire régional organisé à Marseille les 8, 9 et 10 novembre 1999 et 31 janvier 2000. Les actes... 40p.
- SROS Médecine Chirurgie Obstétrique de deuxième génération. ARH PACA. Octobre 1999.
- PDI 2003-2005 et programmation du PDI 2002
- PLI 2003-2005 : Salon de Provence, Marseille 15^e et 16^e arrondissements, Martigues.
- DIV, DDASS 13 ; *Genèse des ASV dans le département des Bouches du Rhône* ; décembre 2002.
- DDASS 13 ; *Les ateliers santé ville dans les Bouches du Rhône* ; document proposé pour le premier comité de pilotage départemental du 7 février 2003.
- Contrat de ville de Marseille 2003-2006

- Compte-rendus des réunions.
- Document de présentation de l'étude de préfiguration de Marseille Nord
- Convention d'objectifs relative à l'atelier santé ville de Martigues/Port de Bouc.

SITES INTERNET :

- www.intranet.santé.gouv.fr
- <http://i.ville.gouv.fr>
- www.ville.gouv.fr
- www.ensp.fr
- www.orspaca.org
- www.cres-paca.org
- www.legifrance.gouv.fr
- www.professionbanlieue.org
- www.resscom.org
- www.ressy.org
- www.ash.fr

Liste des annexes

ANNEXE n°1 : Liste des personnes rencontrées.

ANNEXE n°2 : Grilles d'entretien.

ANNEXE n°3 : Schématisation de la démarche des Ateliers Santé Ville

ANNEXE n°4 : Documents de travail réalisés lors du stage, avec la coordinatrice départementale, pour la recherche d'indicateurs d'évaluation des ASV.

ANNEXE n°5 : Exemples d'actions dans le département de la Seine-Saint-Denis

ANNEXE n°6 : JOUBERT M. , BERTOLOTTI F. ; Mission d'accompagnement technique des services déconcentrés de l'Etat chargés du volet santé de la politique de la ville pour la mise en place des Ateliers Santé Ville dans les régions Ile-de-France et PACA ; Rapport de cadrage ; juillet 2001 ; p. 17 : Animer un programme régional d'Ateliers Santé Ville.

ANNEXE N° 1 :

LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES

✓ **DDASS 13 :**

- Mme Lavit, **Inspectrice Principale**
- Mme Molas Gali, **IASS chargé de mission PRAPS à la DDASS**
- Mme Marquis, **IASS chargé de mission PRAPS à la DRASS PACA**
- M Coruble, **MISP**
- Mme Monfreux, **coordinatrice départementale**
- Mme Raidin, **secrétaire administrative**
- M Jivkovitch, **secrétaire administratif en charge du volet santé des PDI,**
devenu référent ASV de Martigues/port de Bouc et Salon de Provence

✓ **DDASS 93 :**

- Mme Pouillard, **IP**
- Mme Sezneck, **IASS chargé de mission ASV**

✓ **Coordinnateurs locaux ASV :**

- **Salon de Provence** : Mme Casanova
- **Marseille centre** : Mme Reinososa

✓ **Président de l'OREP** : M. Auquier

✓ **Collectivités territoriales :**

- Mme Blanc-Pardigon : **1^e adjoint au maire de la commune de Salon de Provence**
- Mme Berthezène : **chef de projet politique de la ville**

✓ **Professionnels de santé et du social :**

- Assistantes sociales de la PASS, des services des urgences, du service de gynécologie sociale de l'Hôpital de la Conception.
- Médecins des urgences de l'Hôpital de la Conception.

ANNEXE N° 2 :

GRILLE D'ENTRETIEN COORDINATEURS

✓ PREALABLE :

1/ Sur quelles bases de compétences avez-vous été recruté ?

2/ Quelles sont vos missions exactes ?

3/ Quel votre employeur juridique ?

✓ PERCEPTION DU DISPOSITIF :

4/ Qu'attendez vous de la mise en place des ASV ?

5/ S'agit il uniquement de renforcer des partenariats existants ou de créer des réseaux en faveur de la santé des plus démunis ?

6/ Quel est selon vous l'intérêt d'une approche par territoires de la politique de la ville ?

Quelle est la légitimité des villes à intervenir en matière de santé ?

✓ PERCEPTION DE LA MISE EN PLACE DES ASV DANS LE DEPARTEMENT :

7/ Comment percevez vous la mise en place des ASV :

- Dans votre ville ?
- Dans le département ?

(difficultés, facilités, ...)

8/ Qui porte le projet dans la commune ? Quel est le positionnement de votre municipalité ?

9/ Comment percevez-vous les enjeux : Politiques ? Financiers ? De pouvoir ?

10/ L'amorce des ASV a-t-elle déjà initié des partenariats entre professionnels du secteur sanitaire et du secteur social ?

✓ PERCEPTION DES OBJECTIFS AFFICHES DES ASV PAR LA CIRCULAIRE :

11/ Comment percevez-vous la notion de « diagnostic partagé » des besoins de la population ?

12/ Qu'entendez-vous par « mobilisation et coordination des différents intervenants » ?

13/ Comment envisagez-vous de « diversifier les moyens d'intervention » ?

14/ Dans quelle mesure les ASV peuvent ils « rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux » ?

15/ Dans quelle mesure les habitants peuvent-ils et doivent-ils selon vous participer ?

✓ PROSPECTIVE :

16/ Quels sont les obstacles à la poursuite de la mise en place des ASV ?

17/ Comment envisagez-vous la construction de Plans Locaux de Santé ?

18/ Comment peuvent ils s'articuler avec :

- La politique nationale, régionale (PRAPS...) et départementale de santé publique ?
- Le volet santé des contrats de ville ?

19/Comment envisagez vous la démarche d'évaluation :

- Interne, par commune ?
- Externe, au niveau départemental puis national ?

Cette grille d'entretien a été modulée selon les interlocuteurs. Trois grilles différentes ont été utilisées : une pour les coordinateurs, une pour les élus, une pour les DDASS. Par exemple, la grille élaborée pour interroger des personnels de la DDASS comprend quelques questions supplémentaires et des nuances :

1/ Quelles sont vos missions exactes ?

2/ A quel stade en êtes vous avec les démarches de planification telles que PRAPS, PRS ?

- Ces programmes s'articulent-ils avec la politique de la ville ?
- Apport des PRAPS en matière de lutte contre les exclusions et de réduction des inégalités d'accès aux soins sur les territoires disposant d'un contrat de ville ?

3/ Quelles sont vos relations de travail avec les responsables de la politique de la ville de votre territoire ?

- Quelle est l'importance du volet santé des contrats de ville de votre territoire ?
- Quelle évolution avez-vous pu constater depuis la première génération des contrats de ville ?

7/ Comment percevez vous la mise en place des ASV dans le département ?

- Méthodologie, rôle de RESSCOM/ OREP?
- Déroulement au niveau départemental,
- Etat d'avancement par villes,
- difficultés, facilités, ...

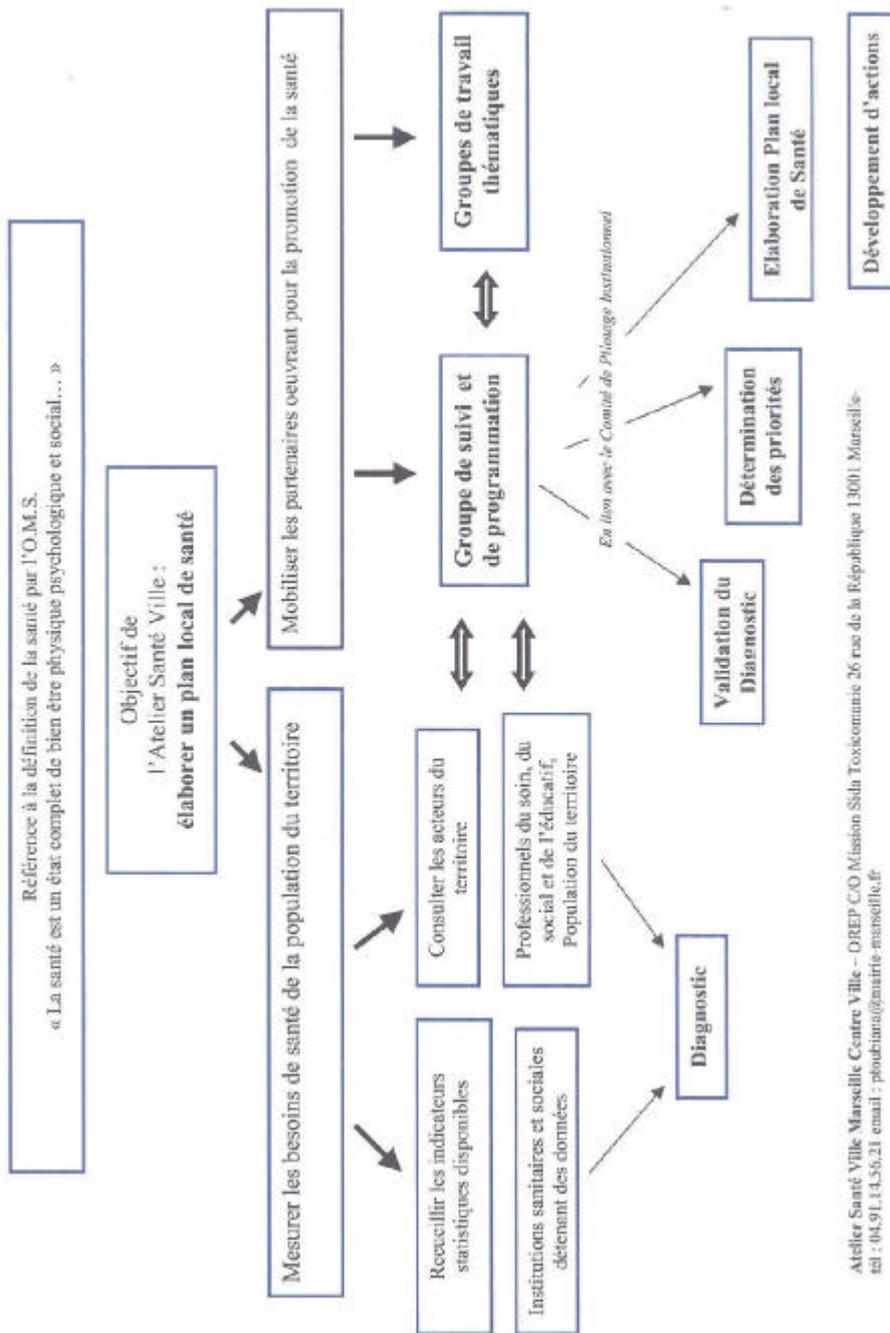
8/ Qui porte le projet dans les communes ? Quel est le positionnement des différentes municipalités ?

19/ Avez-vous déjà amorcé la démarche d'évaluation :

- construction d'outils,
- recours à un intervenant extérieur.
- Interne, par commune ?
- Externe, au niveau départemental puis national

ANNEXE N° 3 :

SHEMATISATION DE LA DEMARCHE ASV :



ANNEXE N° 4 :

EVALUATION PAR OBJECTIFS

Identifier au niveau local les besoins des publics en difficulté et les déterminants de santé liés aux conditions de vie :

- Recueil d'indicateurs
- Consultation des acteurs sanitaires et sociaux
- Consultation de la population

Faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien à des réseaux médico-sociaux

- Mobilisation
- Coordination des intervenants
- Création et soutien de réseaux médico-sociaux

Diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site

- Actions sur les déterminants de santé
- Amélioration de l'accueil et de l'orientation des personnes en difficulté

Rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun

- Améliorer la compréhension et la perception de l'institution
- Optimiser les dispositifs d'accès aux droits (CMU)
- Améliorer le fonctionnement et la coordination des dispositifs existants

Développer d'un part la participation active de la population à toutes les phases des programmes et d'autre part, la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes

EXEMPLE D'UNE DES COMPOSANTES DU PREMIER OBJECTIF :

IDENTIFIER AU NIVEAU LOCAL LES BESOINS SPECIFIQUES DES PUBLICS EN
DIFFICULTE ET LES DETERMINANTS DE L'ETAT DE SANTE LIES AUX CONDITIONS DE
VIE

CONSULTATION DES ACTEURS SANITAIRES ET SOCIAUX
VOIRE TABLEAU PAGE SUIVANTE

CRITERES/ACTIVITES	INDICATEURS	SI C'ETAIT A REFAIRE ?	SOURCES
Recensement des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboration ou consultation d'un « annuaire » 		<ul style="list-style-type: none"> ↳ Coordonnateur
Choix des acteurs à consulter	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Critères de choix ➤ Participation spontanée ➤ Refus de participation ➤ Proportion entre sanitaire et social, entre institutions publiques et privées 	<p>Autre choix</p> <p>Comment mobiliser les acteurs ?</p> <p>Autre méthodologie de consultation ?</p> <p>Adaptation progressive du questionnaire ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Coordonnateur ↳ Comité de pilotage ↳ Groupe de programmation
Elaboration d'un questionnaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unique ou adapté à la profession ➤ Qualitatif et/ou quantitatif 	Gain ou perte de temps selon mode de diffusion	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Coordonnateur
Diffusion et exploitation du questionnaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accompagnement du questionnaire par une présentation démarche ASV ➤ Mode de diffusion ➤ Pourcentage de réponses ➤ Traitement : synthèse ? 		<ul style="list-style-type: none"> ↳ Coordonnateur ↳ Comité de pilotage

ANNEXE N°5 :

EXEMPLES D' ACTIONS DANS LE DEPARTEMENT DE SEINE-SAINT-DENIS

✓ Actions de coordination :

L'un des ASV a permis la mise en place d'une instance d'analyse de situation pour les cas limites entre le Centre Médico-Psychologique, la PMI, et les services sociaux. Cette instance nourrit la recherche de méthodes de travail différentes entre ces différentes institutions. De même, à la Courneuve, un travail a été réalisé avec la CPAM pour que l'ensemble des intervenants médicaux pensent à parler de la CMU à leurs patients, pour les inciter et les accompagner dans l'ouverture de droits.

✓ Actions d'information et de formation :

A Aubervilliers, commune de Seine-Saint-Denis, l'ASV a initié la création d'une Maison des pratiques de bien-être et de santé, destinée aux familles et aux jeunes de onze à vingt-cinq ans d'un certain quartier, pour contribuer avec la population et les professionnels à l'amélioration du bien-être sur le quartier. Il s'agit d'un lieu d'accueil, avec des permanences d'associations et de professionnels, d'un lieu d'échange et d'informations sur la santé et le bien-être, d'un espace de rencontres au sein duquel les professionnels peuvent venir mettre en commun leurs expériences et compétences avec la population pour monter avec elle des projets en lien avec la santé sur le quartier. Différente d'une maison de quartier et d'un centre de soins, cette structure de type maison de santé peut constituer une ressource considérable pour assurer la continuité de l'ensemble des thématiques des ASV.

✓ Actions sur les déterminants de santé

A Clichy sous Bois et à Montfermeil, une réflexion a été menée concernant l'accès aux certificats médicaux pour la pratique d'un sport. L'accès aux sports et aux loisirs a constitué une porte d'entrée pour une démarche de promotion de la santé. A travers les objectifs de faciliter l'accès au certificat médical pour les enfants désirant faire du sport, promouvoir une visite médicale de qualité et d'augmenter la pratique du sport chez les jeunes, une véritable action de santé publique s'est engagée. La réalisation d'une plaquette informative à destination des habitants et des professionnels a constitué un outil simple permettant d'approcher des questions plus complexes telles que l'ouverture de droits, le dépistage de maladies chez les jeunes et la prévention.

ANNEXE N°6 :

ANIMER UN PROGRAMME REGIONAL D'ATELIERS SANTE VILLE

Check list des principales étapes à considérer et temps moyen à prévoir	Recommandations pratiques (animer un programme régional d'ASV)
<p>1) Positionner la DRASS au sein des dispositifs Politique de la Ville (PdV) départementaux</p> <p>Temps moyen à prévoir : variable selon les régions et le degré de développement du volet santé de la PdV dans les départements, peut aller de 1 à 12 mois</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Disposer d'un mandat du Préfet de Région déléguant clairement cette mission à la DRASS, en l'associant à celle qui lui est confiée dans le cadre des PRAPS <input type="checkbox"/> Désignation d'une personne référente chargée du suivi du dossier au sein de la DRASS, de préférence ayant des compétences en Santé Publique <input type="checkbox"/> Veiller à une bonne articulation de la mission avec celle du coordonnateur régional du PRAPS <input type="checkbox"/> Communiquer les éléments du schéma adopté au CRPS, à l'ensemble des Préfets et sous Préfets à la ville, ainsi qu'aux institutions signataires des CdV et aux Chefs de Projet des CdV, au bureau S6D de la DGS et au chargé de mission Santé et de la région à la DIV <input type="checkbox"/> Constituer un dossier contenant les principaux textes de référence, et apprécier le volume et spécificité du volet santé de la PdV dans la région (recenser l'ensemble des CdV de la période précédente et actuelle, recenser les actions santé financées au sein des CdV de la région, identifier l'engagement budgétaire du ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité, que ce soit par des crédits FIV ou des autres lignes budgétaires, identifier les actions qui sont formellement intégrées au PRAPS ou à un PRS)s <input type="checkbox"/> Faire une première évaluation du degré de cohérence intrinsèque des actions santé de la PdV dans la région ainsi que par rapport aux priorités départementales et régionales du PRAPS, et celles dégagées au niveau régional par la dernière Conférence Régionale de Santé <input type="checkbox"/> Apprécier le degré de perméabilité régionale aux ASV

<p>2) Lancement d'une politique de promotion des ASV dans les départements</p> <p>Temps moyen à prévoir : durée des CdV (6 ans)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Réunir quatre fois par an les responsables du volet santé de la PdV des départements, dans le cadre d'actions de bilan et d'échanges d'expérience ❑ Participer aux réunions régionales de la PdV ❑ Constituer, en partenariat avec les Centres de Ressources de la PdV, une base de référence documentaire et d'expériences en matière d'actions de santé concertées au niveau local, à partager avec les responsables départementaux ❑ Participer aux réunions de synthèse départementales ❑ Réaliser une synthèse annuelle des principales actions santé développées au sein des territoires de la PdV, établir le lien avec le PRAPS et les PRS, et rendre lisible le volume financier qu'elles représentent en distinguant si possible les différentes sources de financements. Donner des recommandations susceptibles d'améliorer la cohérence régionale des actions. ❑ Mise au point d'un plan régional pluriannuel de promotion des ASV avec les responsables départementaux pouvant contenir les programmes suivants : <ul style="list-style-type: none"> ➤ formations et procédures d'information sur l'actualité départementale, régionale et nationale du dossier destinées à l'ensemble des porteurs (thèmes sensibles à considérer avec attention : le diagnostic et l'observation des problématiques, la programmation et la mise en œuvre d'actions, la participation des citoyens, le suivi et l'évaluation des actions), ➤ des études ou projets de recherche/action transversaux intéressant plusieurs sites, ➤ expérimentation de procédures permettant d'optimiser la cohérence et l'efficacité des actions de santé réalisées au niveau local (Exp. : l'ASV "guichet unique " de dépôt de dossiers de demande de financements pour les porteurs d'actions de terrain, permettant aux différents financeurs d'opérer une sélection et priorisation des actions à soutenir au plus près du terrain, ainsi qu'un travail d'optimisation qualitative des projets par l'accompagnement technique de l'équipe chargée de l'animation de l'ASV) ➤ élaboration de synthèses locales à intégrer et valider au sein du PRAPS ➤ mise en place d'un programme de capitalisation de l'expérience à prévoir avec les centres de ressources de la PdV ➤ réalisation d'événements de valorisation et de communication publique des travaux
---	--