



ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2007 –

**IMPLIQUER LES HABITANTS DES QUARTIERS
DIFFICILES DANS LES ACTIONS DE SANTE**

– Groupe n° 9 –

- BELONCLE Quiterie (DESMS)
- CORNILLE Béatrice (IASS)
- EL MOUSSATI Jamila (DESMS)
- FOUCARD Florent (DH)
- GAILLARD Nadine (DS)
- GRATZ Christine (IASS)
- KEMPF Aude (DH)
- LAIB Yamina (DESS)
- LE ROY Frédéric (DH)
- OMAM Christine (DESMS)
- TABYAOUI Isabelle (DS)

Animatrice :
Madame
Carole Dane

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Introduction..... | 9 |
| 1 En quoi la réalité des quartiers « difficiles » y rendrait-elle particulièrement utile une implication de la population dans les actions de santé ? | 12 |
| 1.1 La participation, un moyen de pallier les limites des actions traditionnelles de santé publique dans les quartiers difficiles. | 12 |
| 1.1.1 L'implication participe à l'amélioration de l'état de la santé de la population..... | 13 |
| 1.1.2 ...tout en réduisant les coûts des actions de santé..... | 16 |
| 1.2 Le processus de l'implication possède, en lui-même, un intérêt « politique », en ce qu'il contribue à consolider la démocratie sanitaire et sociale..... | 17 |
| 1.2.1 L'implication comme une fin en soi, en vue d'une consolidation de la démocratie sanitaire et sociale. | 17 |
| 1.2.2 L'implication dans les quartiers difficiles, une réponse à la stigmatisation de la population..... | 17 |
| 1.3 L'implication citoyenne, un facteur d'amélioration de la santé ? La convergence des justifications instrumentale et politique..... | 18 |
| 1.3.1 Des droits de l'homme à la santé..... | 18 |
| 1.3.2 ...si la santé n'est pas conçue uniquement comme un rapport au pathologique mais qu'elle se définit également par le bien-être..... | 18 |
| 2 Les modalités concrètes de l'implication des habitants des quartiers « difficiles » dans les actions de santé..... | 19 |
| 2.1 La politique de santé offre aujourd'hui des outils permettant l'implication des populations précaires et des quartiers..... | 19 |
| 2.1.1 Au niveau régional, les PRAPS promeuvent la participation des populations précaires..... | 19 |
| 2.1.2 Une de leurs déclinaisons locales, les ASV, assurent une jonction entre la politique de santé et la politique de la ville. | 19 |
| 2.2 L'implication des habitants des quartiers difficiles : progressivité, accompagnement et pérennisation. | 22 |
| 2.2.1 Un préalable : la diffusion d'une culture de la participation..... | 22 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 2.2.2 | Ensuite, structurer et pérenniser la démarche d'implication..... | 25 |
| 3 | L'implication, une démarche à la réussite subordonnée à de nombreuses conditions..... | 27 |
| 3.1 | Une complexité inhérente à toute action de santé, mais renforcée dans le contexte des quartiers difficiles..... | 27 |
| 3.1.1 | Agir sans pouvoir maîtriser tous les facteurs sociaux qui conditionnent la santé..... | 27 |
| 3.1.2 | Trouver un levier de changement parmi des problèmes sanitaires et sociales intriqués..... | 27 |
| 3.2 | L'implication, une démarche en elle-même complexe à mettre en œuvre.... | 28 |
| 3.2.1 | L'implication est conditionnée par l'adhésion de multiples acteurs aux logiques différentes..... | 28 |
| 3.3 | La difficulté d'évaluer avec justesse tous les effets de l'implication. | 31 |
| | Conclusion : Des citoyens experts de la santé, un « peuple introuvable » ? | 33 |
| | Bibliographie | 35 |
| | Documents annexes uniquement joint au rapporteur du groupe | |

Remerciements

Nous remercions chaleureusement Madame Carole Dane, qui a animé le travail de notre groupe.

Ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans l'excellent accueil que de nombreux professionnels nous ont réservé sur le terrain : Madame Choquet, adjointe à la santé à Nantes ; Madame Nathalie Delcroix et tous les participants au Pôle santé du Blosne ; Le Docteur Isabelle Gibert, médecin de santé publique à Saint-Denis ; le Docteur Le Duff, médecin de santé publique au Centre Hospitalier Universitaire de Nice ; Madame Fabienne Legendre, infirmière animatrice à Nantes ; le Docteur Hélène Lepoivre, responsable de la mission santé publique à Nantes ; Madame Dorothée Martin, Directrice de l'Institut Renaudot ; le Groupe du Mardi de Vénissieux.

Les professionnels que nous avons contactés par téléphone nous ont également beaucoup aidé : Madame Claudette Bodin, Présidente de l'association « Afrique Partenaires Services » ; Mme Marie-Laure Henrie, Cadre supérieure au Centre hospitalier intercommunal Meulan-Les-Mureaux ; Mme Danièle Lacroix, Directrice du Centre Hospitalier Intercommunal Meulan-Les-Mureaux ; le Docteur Guy Mboko, Médecin inspecteur de santé publique, DDASS de la Sarthe ; le Docteur Arnaud Tesmoingt, coordinateur de l'Atelier Santé Ville des Mureaux ; Monsieur Hamid Zerkoune, Directeur du Centre social de la Vigne Blanche aux Mureaux.

Méthodologie

Pour mener à bien notre réflexion sur le thème de l'implication des populations des quartiers difficiles dans les actions de santé, notre groupe a adopté plusieurs types de démarches.

Après une réflexion théorique sur le thème et les principaux concepts afférents, nous avons choisi de se répartir les tâches : certains d'entre nous ont eu des contacts téléphoniques avec des professionnels : médecins de santé publique, coordonnateurs de pôles santé, dirigeants d'établissements, soignants... D'autres sont allés à la rencontre des professionnels sur leur terrain. Nous avons été invités à assister à des réunions professionnelles.

Des comptes-rendus de toutes ces rencontres ont ensuite été rédigés, afin que l'intégralité de notre groupe ait connaissance des entretiens réalisés par les autres membres du groupe. Ces entretiens ont aussi fait l'objet d'échanges entre nous. Une fois la synthèse de ces rapports d'observation effectuée, nous avons pu engager des discussions sur la manière d'aborder notre sujet, de la traiter, de structurer notre rapport, et de rédiger celui-ci. Trois membres du groupe ont été désignés pour assurer le travail final de rédaction et garantir une cohérence tant au niveau du contenu que du point de vue de la forme.

Dans ce cadre, nous nous sommes intéressés au fonctionnement du Pôle Santé du quartier du Blosne à Rennes. Nous nous sommes renseignés sur le « Projet médicament » au Val Fourré à Mantes-la Jolie. Nous avons pris connaissance du projet de constitution du pôle de santé publique au CHU de Nice, de l'action de la maternité du Centre hospitalier de Melan-Les-Mureaux et des opérations menées par l'Atelier Santé Ville des Mureaux. Nous avons contacté le Groupe du Mardi du quartier des Minguettes de la banlieue de Lyon. Nous avons rencontré un médecin de santé publique à Saint-Denis avec laquelle nous avons abordé l'action des référents de quartier de la ville. Nous nous sommes entretenus avec deux représentantes de la mission de santé publique de la ville de Nantes et les avons suivis dans deux quartiers.

La présentation détaillée des expériences de terrain dont nous avons eu connaissance figure en annexe.

Liste des sigles utilisés

ARDEPASS - Association de Recherche et de Dépistage des Pathologies du Sein en Seine-Saint-Denis

ASV – Atelier Santé Ville

CAMSP – Centre d'action médico-sociale précoce

CHU – Centre hospitalier universitaire

CHRS – Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CUCS – Contrats urbains de cohésion sociale

DDASS – Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DIV – Délégation interministérielle à la ville

DRASS – Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

GRSP – Groupement régional de santé publique

HAS – Haute autorité de santé

INSERM – Institut national supérieur d'études et de recherche médicales

PMI – Protection Maternelle et infantile

PRAPS – Programme régional d'accès et de prévention de la santé

OMS – Organisation Mondiale de la Santé

ONZUS – Observatoire national des zones urbaines sensibles

SIDA – Syndrome d'immunodéficience acquise

URCAM – Union régionale des caisses d'assurance maladie

ZFU – Zone franche urbaine

ZRU – Zone de redynamisation urbaine

ZUS – Zone urbaine sensible

Introduction

Mentionnée pour la première fois dans la Déclaration d'Alma-Ata, lieu de la conférence mondiale de l'OMS en 1977, la participation de la population dans les actions de santé y est définie comme une composante des « soins de santé primaires ». La défense de l'implication de la population dans les actions de santé réside dans l'idée que l'amélioration de sa santé passe par le contrôle que les habitants ont sur elle. Elle s'intègre dans la démarche de *promotion de la santé*, définie dès les années 1980 par l'Organisation Mondiale de la Santé puis reprise dans la Charte d'Ottawa en 1986, qui précise: "la promotion de la santé est l'ensemble des processus qui permettent aux gens individuellement et collectivement d'assurer un meilleur contrôle sur leur santé et sur les déterminants de leur santé". Elle procède de la participation effective et concrète de la communauté à tous les stades de l'élaboration des actions de santé : de la détermination des priorités, à la prise des décisions en passant par l'élaboration des stratégies de planification et l'évaluation des projets, pour atteindre un meilleur niveau de santé.

A quelles conditions peut-on parler d'implication de la population? Quel est l'intérêt des méthodes impliquant la population dans les actions de santé? Quels avantages en sont attendus ? Sont-ils les mêmes quel que soit le contexte dans lequel la participation est instaurée ?

Certains quartiers peuvent être qualifiés de « difficiles », au sens où ils comportent un nombre important de populations fragilisées. Ce sont notamment les « zones urbaines sensibles » qu'ont définies les pouvoirs publics comme zones «caractérisées par la présence de grands ensembles ou de quartiers d'habitat dégradé et par un déséquilibre accentué entre l'habitat et l'emploi ». C'est surtout la permanence et la multiplicité des problèmes qui coexistent au sein des ZUS qui en font des quartiers en difficulté.

Les ZUS en chiffres

Les ZUS concernent des sites dans 751 communes de France et concernent 5 millions d'habitants : certaines de ces zones, les plus en difficulté, au nombre de 38, ont été classées en Zones Franches Urbaines, et plus de 230 quartiers l'ont été en Zones de Redynamisation Urbaine.

L'un des problèmes qui s'y manifeste est le caractère dégradé de l'état de santé des habitants par rapport à celui du reste de la population.

Ainsi, près du tiers¹ des résidents en ZUS se déclarent en mauvaise santé, contre un quart des personnes qui ne vivent pas en ZUS. 23 % des résidents des ZUS déclarent au moins une incapacité contre 19,6 % pour le reste de la population. Parmi les personnes âgées de 60 à 79 ans, 55% de celles qui résident en ZUS déclarent une incapacité, contre 40% parmi celles qui résident hors ZUS. Les ouvriers résidant en ZUS déclarent plus souvent une incapacité que les ouvriers n'y résidant pas. Si les différences entre habitants des ZUS et les habitants d'autres zones sont moins marquées pour des indicateurs de santé tels que les maladies chroniques et les limitations d'activité quotidienne, ces différences sont sans doute sous-estimées dans les études : les résidents des ZUS ont une moins bonne connaissance de leur état de santé que le reste de la population, ils sont plus nombreux à méconnaître les maladies chroniques tel le diabète. D'autre part, les gens se comparent à des personnes de leur entourage, elles-mêmes plus limitées dans leurs activités quotidiennes en moyenne que le reste de la population.

Qu'attendre spécifiquement dans les quartiers difficiles de l'implication des habitants ? L'implication de la population dans ces quartiers peut-elle rendre plus efficaces les actions de santé, au point de contribuer à une réduction des inégalités de santé mentionnées ci-dessus ? D'autres bénéfices peuvent-ils en être attendus ? L'implication de populations défavorisées dans les actions de santé ne peut-elle pas contribuer à revivifier la vie démocratique, en permettant à ces populations de faire un plein usage de leurs droits, souvent méconnus, et en s'appropriant un certain pouvoir décisionnel ? (Partie I)

Une fois précisés les motifs qui rendent légitime et utile l'implication des populations des quartiers difficiles dans les actions de santé, il s'agira de s'interroger sur les modalités concrètes de l'implication. Dans quel cadre institutionnel l'implication s'opère-t-elle ? Quelles sont les conditions facilitant l'implication des habitants ? (Partie II)

Parce que les conditions favorisant l'implication ne sont pas toujours réunies, la promotion des démarches participatives en santé n'est pas toujours aisée. En fait, l'implication de la population dans les actions de santé est un processus complexe : il faut agir sur des déterminants nombreux et extérieurs au domaine sanitaire pour améliorer durablement la

¹ Les chiffres fournis dans ce paragraphe sont issus du Rapport 2006 de l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles.

santé d'une population, *a fortiori* lorsqu'elle est défavorisée. En outre, la mobilisation de la population n'est jamais acquise. Enfin, l'implication des habitants requiert une coordination d'acteurs multiples, aux logiques parfois divergentes. (Partie III).

1 En quoi la réalité des quartiers « difficiles » y rendrait-elle particulièrement utile une implication de la population dans les actions de santé ?

Il s'agit d'identifier en quoi l'implication des habitants, au sens d'un engagement actif des acteurs, représente une plus-value réelle dans la prise en charge de la santé de la population des quartiers difficiles. La *santé communautaire* repose sur l'idée que la participation active des habitants a des effets bénéfiques. Elle s'exerce à un niveau local par une approche des problèmes de santé au sein d'une communauté, définie comme un attachement non forcé entre des individus partageant des valeurs ou des projets communs.

L'implication des habitants peut être appréhendée de deux façons. Elle apparaît, dans une démarche que l'on peut qualifier d' « instrumentale », comme un moyen d'améliorer l'efficacité des actions de santé. Dans une autre perspective, elle traduit un choix « politique », qui vise à favoriser la citoyenneté et faire vivre la démocratie sur le terrain.

Comment chacune de ces approches, instrumentale et citoyenne, permet-elle de justifier le bien-fondé de l'implication dans les quartiers difficiles ? Ces approches sont-elles exclusives l'une de l'autre ou complémentaires ?

1.1 La participation, un moyen de pallier les limites des actions traditionnelles de santé publique dans les quartiers difficiles.

L'implication de la population des quartiers difficiles peut être envisagée, dans une logique instrumentale, comme un outil au service de l'amélioration des actions de santé, dont elle accroît l'efficacité.

Dans quelle mesure l'implication accroît-elle l'efficacité des projets d'amélioration de la santé ?

1.1.1 L'implication participe à l'amélioration de l'état de la santé de la population...

- A) Les actions de santé traditionnelles ne répondent que partiellement à la situation des habitants des quartiers difficiles.
 - a) *Une mauvaise compréhension des messages de santé et une méconnaissance du système sanitaire atténuent l'efficacité des actions de santé.*

Les actions traditionnelles de santé publique ont souvent eu des difficultés à atteindre les populations des quartiers « sensibles ».

Dans les quartiers « difficiles », il y a une surreprésentation de personnes étrangères, et de personnes ayant un niveau scolaire faible par rapport à la moyenne nationale. Des problèmes de compréhension des messages de santé publique se posent fréquemment. Par exemple, les membres de l'Association de Recherche et de Dépistage des Pathologies du Sein en Seine-Saint-Denis ont pu constater que les messages institutionnels relatifs à la prévention étaient mal compris d'une partie importante de la population d'origine étrangère, ce qui limitait le nombre de femmes volontaires pour se faire dépister : nombre de femmes pensaient que le dépistage consistait à ôter de leur sein une tumeur appelée « pistage » (l'erreur est due à une mauvaise compréhension du terme «dépistage »). Pour elles, se faire dépister revenait à admettre qu'elles étaient forcément malades.

Les personnes dans la précarité rencontrent des difficultés d'accès aux soins, liées à l'insuffisance des ressources, l'absence ou la précarité de l'emploi, une fragilité psychologique qui peut conduire au renoncement aux soins.

Si les résidents des ZUS sont plus nombreux à avoir subi au moins une hospitalisation dans les douze derniers mois que le reste de la population (15,6 % contre 13,5 % pour la population ne vivant pas en ZUS²), ils recourent moins fréquemment à un spécialiste (57,2 % versus 64,4 %). La fréquence de consultation des généralistes est plus élevée pour les habitants des ZUS que pour le reste de la population (5,8 visites en moyenne, contre 4,7 visites pour les habitants hors ZUS), quelles que soient les caractéristiques individuelles. L'intensité du recours au généraliste peut traduire deux phénomènes : un état de santé moins bon que le reste de la population et une tendance plus importante pour les résidents des ZUS à substituer la visite d'un généraliste à celle d'un spécialiste.

² Les données sont issues du Rapport 2006 de l'ONZUS, mentionné *supra*

57% des habitants des ZUS ont consulté dans l'année un généraliste, contre 64% pour les habitants hors ZUS.

La fréquence accrue d'hospitalisation s'explique peut-être par le fait que les pathologies des habitants des ZUS sont plus graves que celles des habitants hors ZUS ou que leurs conditions de vie ne favorisent pas le recours à des alternatives à l'hospitalisation.

b) Des messages trop généralistes, ne tenant pas compte des spécificités culturelles et socio-économiques des populations.

Dans les quartiers difficiles, le recours aux soins intervient tardivement, l'état de santé des patients qui consultent étant souvent particulièrement dégradé. La stabilisation de l'état ou la guérison est donc moins aisée. Par ailleurs, les habitants de ces quartiers souffrent davantage de maladies chroniques, métaboliques, tels le diabète et l'obésité, et d'addictions diverses. Ainsi, la prévalence du diabète en Seine-Saint-Denis est de 3,55%, contre 3,06% dans la moyenne nationale. Ce département est celui qui présente une incidence du diabète la plus élevée de la France métropolitaine, avec 334 nouveaux cas pour 100 000 habitants en 2002 dont 84% de diabète de type 2 contre 263 nouveaux cas en moyenne en France métropolitaine³.

Or, les conditions socio-économiques de ces malades font souvent obstacle à un suivi « traditionnel » de la maladie : un patient diabétique désargenté, par exemple, aura plus de difficultés à suivre un régime équilibré en raison de son coût. Un habitant modeste d'un quartier enclavé et mal desservi par les transports en commun aura plus de difficultés à consulter régulièrement un médecin qu'un habitant de centre-ville.

La restauration de la santé, qui relève du domaine curatif de la médecine, n'en sera que plus difficile.

³ OROUDJI Bijane, « Corrélation entre les spécificités démographiques de la Seine-Saint-Denis et les difficultés de la mise à l'insuline en ambulatoire des diabétiques de type 2 », Université P. M. Curie, Paris VI, 2005.

c) *D'autres préoccupations vitales jugées prioritaires conduisent à négliger la santé.*

Les habitants des ZUS rencontrent des difficultés socio-économiques. En 2005, en moyenne le taux de chômage des populations des ZUS était deux fois supérieur à celui des autres quartiers, avec des difficultés particulières d'accès aux emplois supérieurs. 34% des 15-59 ans y habitant étaient inactifs, 14 % étaient au chômage et seuls 51% avaient un emploi, contre respectivement 28%, 8% et 65% dans les autres territoires des agglomérations ayant une ZUS. Selon l'administration fiscale, le revenu annuel moyen par unité de consommation des ménages vivant en ZUS s'élevait à 10 769 euros en 2002, soit un revenu inférieur de 42% à celui des ménages vivant dans les autres quartiers⁴.

La santé n'est donc qu'un problème parmi d'autres.

B) L'implication des habitants des quartiers difficiles en est un facteur d'amélioration.

a) *L'implication permet l'adaptation nécessaire des opérations de santé publique aux populations des quartiers difficiles.*

C'est en faisant participer les habitantes de Bondy, par exemple, à une action de généralisation des opérations de dépistage du cancer du sein, que les membres de l'Ardepass ont pu mettre en évidence un certain décalage entre le discours des experts et la façon dont il peut être reçu sur le terrain.

Par ailleurs, les problèmes de santé ne peuvent bien souvent être réglés qu'en prenant en compte la façon dont vivent les gens. On ne peut résoudre valablement les problèmes d'une population sans que celle-ci soit associée à l'analyse, à l'expression et à la résolution des problèmes. Ainsi, l'implication des populations permet de faire ressortir leurs modalités d'existence et d'adapter les préconisations en matière de santé à leur contexte de vie. Par exemple, en matière d'éducation thérapeutique concernant le diabète, créer des ateliers cuisine dans le quartier rennais du Blosne a permis d'adapter les bonnes pratiques à la spécificité des cultures culinaires de la population maghrébine. Le public a pu s'approprier les préconisations, qui ont, de ce fait, été mieux suivies.

⁴ Les chiffres sont issus du Rapport 2006 de l'ONZUS.

- b) *L'implication permet une meilleure connaissance du système de santé des personnes en difficulté.*

L'implication des habitants et des usagers les aide à mieux connaître et comprendre le fonctionnement du système de santé, et améliore ainsi l'accès aux soins. En témoigne l'expérience menée par l'Association Afrique Partenaires Services : elle a créé des groupes de parole sur l'allaitement et la prise en charge du nourrisson, à destination des jeunes mères et des femmes enceintes. L'implication des femmes leur a rendu confiance en elles, elles ont osé poser des questions sur le fonctionnement du système de soins. Le bouche-à-oreille a fonctionné pour orienter les femmes vers les structures sanitaires.

- c) *Prendre conscience de l'importance de la santé*

L'implication de la population des quartiers difficiles dans les actions de santé aide les personnes à se construire une image positive d'eux-mêmes et à éviter les comportements à risques. Comme l'évolution individuelle et collective des représentations est déterminante dans le changement des comportements, un impact sur les déterminants de la santé est attendu.

1.1.2 ...tout en réduisant les coûts des actions de santé.

Impliquer les habitants dans les actions de santé permet d'évaluer plus finement leurs besoins. Les réponses apportées sont plus adéquates, et la précision du diagnostic des besoins évite la dilapidation des ressources et des moyens. Par exemple, instaurer une navette reliant un quartier enclavé de Saint-Denis à l'hôpital, conformément aux besoins exprimés par la population, a coûté nettement moins cher que de construire une antenne de cet hôpital dans la zone excentrée.

1.2 Le processus de l'implication possède, en lui-même, un intérêt « politique », en ce qu'il contribue à consolider la démocratie sanitaire et sociale.

1.2.1 L'implication comme une fin en soi, en vue d'une consolidation de la démocratie sanitaire et sociale.

Indépendamment de ses effets, l'implication peut présenter un intérêt « politique ». Le *processus* de l'implication est, en lui-même, valorisé par certains promoteurs de la santé communautaire : « Au niveau microsocial⁵, il tend à rendre du pouvoir à la communauté et aux différents acteurs qui la compose (la notion d'*empowerment*). La notion de pouvoir est ici définie comme la capacité d'un individu ou d'une communauté à prévoir, contrôler et participer à son propre environnement ». Il s'agit de sortir d'un système de production de services « paternalistes » et de responsabiliser un usager désormais reconnu comme capable d'exprimer et de défendre ses propres besoins. Ce mode d'action s'inscrit dans la conception d'Amartya Sen⁶ du développement comme liberté, dans laquelle le développement se mesure en termes d'extension des *capabilities* des personnes, c'est-à-dire de leurs capacités à être ou à faire quelque chose.

« Au niveau macrosocial, il contribue au perfectionnement des structures démocratiques en ce qu'il encourage l'implication de tous à tous les échelons décisionnels ».

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé témoigne du même souci de démocratisation du système sanitaire.

1.2.2 L'implication dans les quartiers difficiles, une réponse à la stigmatisation de la population.

A un niveau individuel, l'implication est un processus qui peut permettre une réaffirmation de soi. Elle devient un acte volontaire et citoyen, dès lors que la population prend part, dans l'espace public, à des décisions qui la concernent, qui sont relatives à des préoccupations communes, débouchant sur un projet commun.

⁵ *L'implication et les acteurs*, Collection « Santé communautaire et promotion de la santé », Asbl « Santé, Communauté, Implication ».

⁶ SEN A., *Penser l'inégalité*, 1998.

Au niveau collectif, les opérations auxquelles participent les habitants peuvent contribuer à valoriser l'image d'un quartier. C'est ce qui a pu être observé dans le quartier de la Croix-Blanche, à Nantes, où l'organisation d'une vaste opération de formation aux premiers secours a modifié les représentations à propos du quartier et amélioré sa réputation⁷.

1.3 L'implication citoyenne, un facteur d'amélioration de la santé ? La convergence des justifications instrumentale et politique.

Le processus de l'implication, qui contribue à redonner aux populations fragilisées un certain pouvoir, une certaine légitimité, n'a peut-être pas que cet avantage. Ne contribue-t-il pas, dans une certaine mesure, à l'amélioration de la santé des populations défavorisées impliquées dans les actions de santé ? A quelles conditions ? Quelle vision de la santé est sous-jacente à cette présentation ?

1.3.1 Des droits de l'homme à la santé...

L'implication des populations défavorisées est susceptible de leur conférer reconnaissance, dignité, légitimité, peut-être perdues à la suite de trajectoires de vie difficiles. Elle est un moyen pour ces individus de se « réapproprier » leur propre histoire. Elle permet de lutter contre le malaise psychique, la dévalorisation de soi que relèvent de nombreux acteurs sociaux.

1.3.2 ...si la santé n'est pas conçue uniquement comme un rapport au pathologique mais qu'elle se définit également par le bien-être.

Si on adopte une définition large de la santé, la participation, par ses effets sur l'état psychique des populations impliquées, peut être considérée comme bénéfique à la santé. En définissant, à la suite de l'OMS, la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social », comme « reconstruction de la relation par réappropriation de sa propre histoire et comme démarche d'insertion »⁸, on reconnaît à l'implication des effets sur la santé des participants. Selon cette conception, il ne suffit pas de ne pas être malade physiquement ou psychiquement pour être considéré en « bonne santé ». Il est

⁷ Cf. annexe 11

⁸ OMS, *La santé en l'an 2000*

nécessaire aussi d'être bien intégré, inséré dans sa communauté sociale et d'y jouer un rôle.

2 Les modalités concrètes de l'implication des habitants des quartiers « difficiles » dans les actions de santé.

2.1 La politique de santé offre aujourd'hui des outils permettant l'implication des populations précaires et des quartiers.

2.1.1 Au niveau régional, les PRAPS promeuvent la participation des populations précaires.

Dans son article 71, la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions crée les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Ces programmes sont inscrits dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et sont désormais obligatoires au sein des Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP). Leur objectif est de mieux connaître la nature des difficultés d'accès à la prévention et aux soins (organisationnelles, psychologiques, culturelles, sociales, etc.) des personnes en situation de précarité, dans le but d'adapter le système de santé à leurs besoins réels. A cette fin, les PRAPS doivent, d'une part, développer le travail en réseau des intervenants auprès des personnes en difficultés par le décloisonnement des pratiques des professionnels de l'action sociale et du champ sanitaire. D'autre part, ils doivent promouvoir la participation des populations précaires dans l'élaboration des programmes d'action, afin qu'elles puissent prendre en charge leur santé⁹.

2.1.2 Une de leurs déclinaisons locales, les ASV, assurent une jonction entre la politique de santé et la politique de la ville.

A) Les Ateliers Santé Ville, une déclinaison possible des PRAPS en voie de généralisation.

⁹ La première génération de Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes en situation de précarité, synthèse de 2001 de Carole Tronchet, stagiaire à la Direction Générale de la Santé au bureau Santé de populations, précarité et exclusion, disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/praps/2pr.htm>

Depuis 2000¹⁰, les PRAPS peuvent être déclinés au niveau municipal dans le cadre des Ateliers Santé Ville (ASV). Cet outil est destiné à rapprocher acteurs et professionnels de la santé afin d'élaborer, avec leur participation, des projets locaux de santé adaptés aux besoins des populations. Dans le cadre de l'élaboration des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS)¹¹, dont la santé est une des cinq priorités, il a été décidé de généraliser la démarche des ASV. La circulaire interministérielle du 4 septembre 2006¹² invite les maires et les présidents d'intercommunalité à créer des Ateliers Santé Ville.

Les ASV sont définis comme le point de convergence de la politique de santé et de la politique de la ville par la circulaire interministérielle du 4 septembre 2006. Les projets qu'ils développent sont considérés comme « les instruments appropriés pour répondre aux besoins de santé, au plus près des populations, en permettant de définir des stratégies d'intervention concertées avec les ressources de proximité »¹³. Tous les acteurs des champs sanitaires et sociaux¹⁴ sont concernés, ainsi que les associations de quartier et les habitants. Pour cela, les ASV ont notamment pour objectif de développer d'une part, la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes, et d'autre part, la participation active de la population à toutes les phases des programmes (diagnostic, définition de priorités, programmation, mise en œuvre et évaluation)¹⁵. La nécessité d'impliquer les habitants à toutes les étapes est réaffirmée dans le tableau de bord des ASV, auquel renvoie la circulaire du 4 septembre 2006. Ce tableau énumère neuf objectifs stratégiques pour les ASV, dont le cinquième consiste à développer la participation active des habitants dans la réalisation d'actions de santé, de leur conception à leur mise en œuvre.

¹⁰ Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé ville dans le volet santé des contrats de ville (2000-2006)

¹¹ Circulaire du 24 mai 2006 relative à l'élaboration des contrats urbains de cohésion sociale

¹² Circulaire interministérielle n° DGS/DHOS/SD1A/2006/383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé ville abrogeant la circulaire interministérielle n° DGS/DHOS/SD1A/2006/353 du 2 août 2006

¹³ Idem note 4

¹⁴ Services municipaux, médecins de ville, établissements de santé publics et privés, structures de santé mentale, centres de santé, centres sociaux, services de santé scolaire, services sociaux d'accueil aux étrangers, missions locales, Centre d'hébergement et de réinsertion sociale, Protection Maternelle et Infantile, Agence Nationale Pour l'Emploi...

¹⁵ Annexe technique 1 « Atelier Santé Ville » de la Circulaire N° DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire.

Dans certains territoires, la mise en œuvre du PRSP se fait par des réseaux locaux de promotion de la santé (RLPS). Ces RLPS se distinguent des ASV en ce que leur mission se limite à la prévention et à l'éducation à la santé. Aujourd'hui, certains réseaux sont amenés à être transformés en ASV, pour permettre l'implication de la population que ne permet pas le dispositif RLPS (ex : RLPS de l'agglomération d'Elbeuf dans l'Eure).

Le financement des ASV

Le fonctionnement et l'efficacité des ASV sont conditionnés par l'attribution des financements nécessaires. Ces derniers émanent de plusieurs budgets :

- les crédits de la Délégation Interministérielle à la Ville destinés au fonctionnement de l'équipe ASV et notamment au recrutement du coordinateur chargé de l'ingénierie du projet ;
- les crédits du ministère de la santé et de l'URCAM affectés au financement des actions de santé publique.

L'ensemble de ces crédits devrait être délégué aux GRSP qui décideront des projets éligibles à un financement.

B) L'ASV, un outil adapté à la spécificité du terrain concerné.

Concrètement, la mise en œuvre de l'ASV nécessite en premier lieu un diagnostic territorial participatif et partagé, avec tous les partenaires institutionnels, professionnels et associatifs locaux. Ce diagnostic permet de définir le territoire d'action, mais aussi les problématiques de santé et d'accès aux soins et les ressources existantes en termes de structures et d'organisations. Ensuite, des actions doivent être élaborées et développées pour répondre au mieux aux besoins identifiés des populations précaires, grâce à la participation de tous les acteurs du réseau de l'ASV. L'ensemble de ces actions aboutit à un véritable programme de santé publique de proximité.

Ainsi, l'ASV de la ville des Mureaux a réalisé un diagnostic qui a fait ressortir quatre problématiques de santé prioritaires : la lutte contre l'obésité, la lutte contre le cancer, la santé mentale et l'accompagnement des personnes âgées. Afin d'améliorer la santé de la population dans ces domaines spécifiques, plusieurs projets, dans lesquels les habitants sont impliqués, ont été élaborés : un groupe de parole, en présence d'un professionnel

médical, pour apprendre aux femmes à connaître leur corps et les sensibiliser aux dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus, un cours de cuisine avec une diététicienne à partir de recettes traditionnelles des populations, un programme sportif, une cellule de veille psychiatrique pour éviter le plus possible les hospitalisations d'office et un accueil de jour des malades d'Alzheimer pour relayer le travail des aidants familiaux¹⁶.

2.2 L'implication des habitants des quartiers difficiles : progressivité, accompagnement et pérennisation.

L'implication ne se décrète pas. C'est un processus dynamique, qui doit être pensé dès l'origine par la diffusion d'une culture de la participation ; dans le même temps doivent être envisagés les moyens de structurer et de pérenniser la démarche.

2.2.1 Un préalable : la diffusion d'une culture de la participation

A) Une « révolution culturelle » des professionnels du champ sanitaire et social.

Dans toutes les expériences de démarches participatives portées à notre connaissance, nos interlocuteurs ont insisté sur l'importance de la mise en réseau des professionnels.

Pour atteindre les populations des quartiers difficiles et les impliquer, il est plus facile pour qui voudrait mener une action de santé de s'insérer dans le réseau des structures à vocation sociale, en général structures de référence dans les quartiers. Concrètement, il est utile que les professionnels de santé connaissent les ressources du champ social du quartier. Symétriquement, compte tenu de l'imbrication des problèmes sociaux et sanitaires de la population, les travailleurs sociaux doivent être informés de la diversité de l'offre de soins locale.

Décloisonner les pratiques professionnelles est donc un préalable nécessaire à l'association des habitants. L'action de la maternité du Centre Hospitalier de Meulan-Les-Mureaux, auprès des femmes repérées comme susceptibles d'éprouver des difficultés à mener une relation mère-enfant satisfaisante, illustre l'intérêt du decloisonnement des actions sanitaires et sociales. Ces femmes sont informées de façon approfondie des

¹⁶ Cf. annexe 9

possibilités de soutien social après leur accouchement et dirigées vers des structures de prise en charge sanitaire adaptées¹⁷.

Les exemples de mise en place d'ateliers de bricolage, de couture ou de « relooking » qui paraissent, à première vue, relever du champ de l'insertion sont en fait des démarches de prévention sanitaire à part entière : une fois le constat de la prégnance des déterminants sociaux de la santé partagé entre professionnels, ce type d'actions impliquant les habitants se développe plus aisément.

Pour les promoteurs des démarches de santé communautaire, l'évolution culturelle des professionnels réside également dans leur capacité à prendre en compte la personnalité de leur interlocuteur (patient, usager, plus largement individu...), dans sa spécificité et sa globalité. Cette évolution des représentations des professionnels doit permettre aux professionnels de devenir partie prenante des projets des habitants plutôt que de se cantonner à des attitudes prescriptives.

D'autres expériences de prises en charge croisées pourraient être développées : suivi en matière de santé proposé par le service public de l'emploi, intégration à la formation des médecins de modules plus spécialisés sur la prise en charge des addictions, développement des pratiques d'autosoin.

B) S'appuyer sur des personnes ressources au sein des quartiers.

L'implication des habitants dans des démarches de santé se développe d'autant plus facilement que l'habitude des démarches participatives est ancrée dans un quartier. Le dynamisme des conseils de quartier ou d'instances plus informelles, telles que les « café parents » (Blosne) ou « forum des parents » (Les Mureaux) constitue un point d'appui essentiel pour mettre en place des actions de santé participatives.

L'implication des habitants doit être recherchée dès la phase du diagnostic. La méthodologie traditionnelle du diagnostic de santé (définition des objectifs sanitaires prioritaires par des enquêtes auprès des professionnels sanitaires et de données épidémiologiques) peut être utilement enrichie par une association large des acteurs du quartier : associations existantes, personnes relais, mais également acteurs du champ social traditionnel. Le risque de la non-association de la population au diagnostic et à la définition des actions de santé à mener est de ne pas réussir l'implication dans la phase

¹⁷ Cf. annexe 8

active de la démarche. A titre d'exemple, la Directrice du Centre Hospitalier de Meulan-Les Mureaux constate que l'information délivrée aux familles lors de campagnes de prévention systématiques n'est pas suffisante pour les inciter à consulter les dentistes. La consultation bucco-dentaire rencontre en revanche du succès quand l'information passe par des « personnes relais », connues dans le quartier.

Une fois le diagnostic établi, le dynamisme de la démarche est conditionné par l'implication des habitants dans la phase de démarrage d'une action de santé publique.

La promotion de ces objectifs dépend en effet des capacités à innover de l'ensemble des acteurs et en particulier de celles des habitants. Ainsi, à Bondy, associer des femmes à l'évaluation des besoins d'information de la population sur le dépistage du cancer a abouti à ce que ces femmes s'investissent dans une démarche d'information directe des habitants, jugée plus efficace qu'une information par voie d'affiches.

Or, l'implication de personnes « ressources » ou « relais » dans les premiers temps d'une action facilite l'enclenchement d'une dynamique vertueuse. De plus, les personnes initialement formées peuvent devenir à leur tour des vecteurs d'information efficaces au sein des quartiers. Ainsi, un groupe de parole de parturientes étrangères, initialement monté par une gynécologue de PMI à Saint Denis, a laissé la place à une association animée par ces mêmes femmes visant à apporter un soutien aux jeunes mères étrangères de la commune.

S'appuyer sur des personnes relais est donc bien capital. Les femmes constituent souvent de bons « vecteurs » de diffusion de l'information, en raison de leur rôle dans les structures familiales et sociales.

2.2.2 Ensuite, structurer et pérenniser la démarche d'implication.

L'implication des habitants des quartiers difficiles dans des actions de santé doit s'inscrire dans une perspective de long terme, qui suppose de se donner les moyens de structurer et de pérenniser la démarche.

A) S'adapter de manière continue et dynamique aux réalités des quartiers.

L'expression des besoins des habitants en termes de santé ne peut être limitée au seul diagnostic initial : les divers relais préalablement identifiés, en particulier les forums d'expression (carrefours-santé, forum des parents...), doivent donc être consultés sur une base régulière.

Par ailleurs, il s'agit de donner aux relais la possibilité de faire le bilan sur les suites données aux demandes exprimées ainsi que sur les résultats concrets des actions menées.

B) Adapter l'offre sanitaire pour qu'elle réponde aux besoins exprimés.

Pour que la démarche soit cohérente et ne verse pas dans le seul incantatoire, l'offre sanitaire dans les quartiers doit être en mesure de répondre aux besoins qui se seront exprimés, sous peine de provoquer de la déception chez les participants et leur démobilisation.

La plupart des intervenants ont souligné que cette offre reste largement insuffisante, en particulier du fait de l'éloignement fréquent des structures hospitalières et du manque de spécialistes.

Plusieurs solutions peuvent être envisagées : améliorer la desserte des hôpitaux par une politique de transports adaptée ; créer des dispensaires dans les quartiers, tout en prenant garde au risque d'une stigmatisation des quartiers et de l'instauration d'une médecine à deux vitesses ; s'appuyer sur les maisons médicales, structures pivot de la prise en charge jouant un rôle essentiel de premier recours et d'orientation.

C) Tendre vers la responsabilisation d'habitants capables de « porter » les actions.

Structurer et pérenniser une démarche d'implication suppose aussi des professionnels capables de la porter de façon transitoire, jusqu'à ce que les habitants soient en mesure de le faire eux-mêmes. Dans ce cadre, inventer des nouveaux métiers en liaison avec ces problématiques semble pertinent. Ainsi à St-Denis, le métier de « référent santé quartier » est expérimenté : sa création fait suite au constat selon lequel les ressources et les structures sanitaires et sociales dans le quartier des Franc-Moisins sont en nombre suffisant, mais agissent de façon dispersée. Les référents cherchent à fédérer les ressources éparses, accompagnent la participation des habitants puis tentent de s'éclipser une fois les liens formalisés.

3 L'implication, une démarche à la réussite subordonnée à de nombreuses conditions.

3.1 Une complexité inhérente à toute action de santé, mais renforcée dans le contexte des quartiers difficiles.

3.1.1 Agir sans pouvoir maîtriser tous les facteurs sociaux qui conditionnent la santé.

S'il est positif d'accorder un rôle clé aux habitants, ces derniers ne peuvent pas avoir la maîtrise de tous les déterminants de santé. En effet, plus que pour la population générale, l'implication des habitants des quartiers est rendue complexe par l'influence majeure de l'environnement sur leur état de santé (au sens de l'OMS). En d'autres termes, s'ils peuvent être impliqués dans des actions de santé, une articulation des politiques de santé avec d'autres politiques publiques est indispensable pour avoir une action globale et cohérente. Sans cette prise de conscience, leur implication, certes positive, peut paraître quelque peu illusoire, puisque le résultat, au regard de la mobilisation requise, peut engendrer un certain découragement. L'exemple du logement est à cet égard probant. Comme le note le Directeur du Centre Social de la Vigne Blanche aux Mureaux (78), il existe un problème d'insalubrité de nombreux logements ainsi qu'un problème de sur-occupation qui sont sources de problèmes respiratoires¹⁸. Il est alors difficile de proposer des actions de santé relatives à ces pathologies sans agir dans le même temps sur les conditions de vie.

3.1.2 Trouver un levier de changement parmi des problèmes sanitaires et sociales intriqués.

Pour ces populations, qui connaissent des problèmes de santé importants, le quotidien reste prioritaire par rapport à la santé. Leurs premières préoccupations sont d'abord de se nourrir, de se loger, de s'habiller (base des besoins selon Maslow) comme nous l'a confirmé le coordinateur de l'atelier santé ville des Mureaux. Les habitants restent plus dans une logique de survie que dans une logique d'anticipation. Or, cette dernière est

¹⁸ Cf annexe 10

une des conditions *sine qua non* pour s'inscrire dans des actions de santé et donc de prévention.

En raison de l'imbrication des questions sanitaires et des questions sociales, il est difficile de trouver un levier d'action pour améliorer la situation. Une fois cette porte d'entrée trouvée, l'action sur un déterminant de santé est l'occasion de créer de l'émulation et une certaine dynamique de changement. Par exemple, le Groupe du mardi (Quartier des Minguettes), initialement groupe de parole et d'échanges d'expériences, a conduit les habitants à monter des projets d'actions d'envergure dans d'autres domaines. Il a ainsi été conduit à s'investir dans des actions annexes, telles que la rénovation des ascenseurs ou la baisse des charges locatives.

3.2 L'implication, une démarche en elle-même complexe à mettre en œuvre.

3.2.1 L'implication est conditionnée par l'adhésion de multiples acteurs aux logiques différentes.

Comme nous venons de le souligner, la démarche d'implication est complexe, tant les facteurs environnementaux imbriqués sont nombreux. Mais elle l'est également du fait de la multiplicité des acteurs qu'elle mobilise et des différents éléments culturels, linguistiques... qu'elle doit prendre en compte. Une implication efficace nécessite une volonté de tous : celle des politiques, celle des professionnels et celle des habitants eux-mêmes. Mais cette volonté n'est pas forcément spontanée.

A) Des élus enclins à se contenter d'une « participation alibi » ?

La volonté des élus s'avère parfois difficile à obtenir. Ainsi, selon une experte rencontrée, certaines actions de santé au Val fourré n'ont pas abouti, faute d'accord entre les décideurs politiques et administratifs avec l'équipe de terrain. Une action nécessite un certain niveau décisionnel pour être engagée puis soutenue et un accord sur les modalités de l'implication. Il existe toujours un risque de « participation-alibi », une participation superficielle de la population, réduite à une simple information. Elle consiste à associer deux ou trois habitants à un groupe de travail, sans leur donner les moyens d'analyser et de comprendre ce qui se passe, l'essentiel étant de pouvoir faire figurer leur présence sur les comptes-rendus de réunions pour justifier une participation des

principaux concernés. En outre, l'alternance politique peut poser un véritable problème de pérennisation, donc de continuité de certains projets et peut constituer un frein à l'initiative de terrain.

B) Des professionnels prêts à un changement de mentalité ?

Une action de santé ne peut exister sans une volonté nette des professionnels, qui doivent donc être préalablement sensibilisés. Leur implication requiert motivation et engagement. Pour apprendre aux professionnels à travailler ensemble, à se coordonner, en connaissant les missions de leurs collègues, l'Institut Renaudot préconise fortement une formation commune de ces spécialistes. Impliquer les habitants reste une tâche difficile du fait de la pluralité des cultures professionnelles, des personnalités des individus et des convictions personnelles. Par ailleurs, les professionnels doivent prendre conscience des limites de leurs possibilités d'action et ne pas hésiter à recourir à d'autres compétences que les leurs, lorsque cela s'avère nécessaire. L'appel à des spécialistes, par exemple à un ethnopsychiatre, peut en effet s'avérer opportun. A ce propos, de nouveaux métiers appelés « les métiers de l'humain¹⁹ » sont en expansion : médiateurs de proximité, agents de prévention, etc.

C) Des habitants véritablement acteurs ?

L'adhésion des habitants n'est pas facile à obtenir, et ce, pour différentes raisons.

Tout d'abord, il existe une diversité culturelle au sein de ces quartiers. Si cette donnée est une richesse, elle peut en pratique être porteuse d'incompréhensions mutuelles, c'est-à-dire d'obstacles à la mise en place d'une rationalité partagée, pourtant indispensable à un véritable dialogue.

La santé communautaire, qui passe par un travail en groupes, est une des solutions pour remédier à ces problèmes de communication. Elle est une porte d'entrée pour accéder à certaines autres populations pour lesquelles le fait d'aborder la santé de manière individuelle est relativement anxiogène. L'association Afrique Partenaires Services (Paris) a pris en compte la spécificité des migrants africains pour qui une approche individuelle est anxiogène. L'association s'adapte aux traditions africaines de transmissions orale et collective de l'information.

¹⁹ Carole Dane, *Travailler avec les quartiers en difficultés*

Pour autant, cette approche a aussi ses limites. En effet, pour certains, la santé est un sujet délicat à aborder et peut susciter un sentiment d'agression si elle est abordée collectivement, parce qu'elle relève de l'intimité des personnes. Donc, une approche individuelle peut être nécessaire. Elle est d'autant plus légitime que si l'ensemble des facteurs sociaux, économiques, culturels est déterminant, les facteurs individuels ne sont pas à négliger. Le travail en groupes ne peut être que transitoire et n'exonère en aucun cas d'une action individualisée. L'individu nécessite une prise en charge holistique, entendue comme une prise en charge de l'individu dans sa globalité.

Il paraît par ailleurs difficile de faire émerger les demandes des habitants en fonction de leurs besoins, d'en dégager des priorités et de les faire converger avec les objectifs territoriaux de santé publique. Un dévoiement des pratiques d'implication des habitants est à craindre : il peut être tentant de s'en tenir à une participation réductible à l'approbation de décisions déjà entérinées.

Les contours de la « participation-approbation²⁰ » :

« Des agents de développement et professionnels du sanitaire bâtissent des projets, puis sollicitent la population pour une réunion, à laquelle vient qui veut ou qui peut. Mais, si l'objectif formulé de cette réunion est de présenter les projets et de consulter les habitants, le plus souvent c'est simplement leur approbation qui est recherchée. "On a fait un certain nombre de choses, on sait ce qui est bon pour vous. Voilà ce qu'on vous propose, vous êtes d'accord n'est-ce pas ?" »

Les gens ont un certain mal à dire qu'ils auraient peut-être préféré autre chose. De temps en temps, ils manifestent leur désaccord de façon pertinente et font éclater un conflit difficile à gérer pour ceux qui proposent l'action.

Certains projets pensés par des professionnels sont malgré tout pertinents, mais leurs principaux défauts résident dans le fait que la vie quotidienne et les références culturelles ne sont pas suffisamment prises en compte. La participation des habitants permet aussi de s'interroger sur la faisabilité des propositions des professionnels et de réfléchir à l'adaptation de celles-ci aux conditions de vie des personnes concernées.

Comme, de surcroît, que ce soit dans le domaine sanitaire, social ou architectural, les gens n'ont pas l'impression d'avoir un savoir suffisant pour s'opposer, ils ne peuvent habituellement qu'approuver et ensuite, ne pas être des « consommateurs »

²⁰ Tels que présentés, de façon paradigmatique, par l'Institut Renaudot

de ce qu'on leur propose, voire dans le cas de l'urbanisation, ne pas respecter ce qu'on leur réalise ou ce qu'on leur donne. Je me rappelle des réactions dans une ville française : "Après tout ce qu'on a fait pour eux !". C'est vrai, on fait des choses « pour eux », mais ce n'est pas forcément ce qu'ils demandent, et de toute façon, même si c'est ce qu'ils ont demandé, ce n'est pas comme ça qu'ils peuvent y adhérer, s'approprier les résultats. »

Enfin, on peut observer que la plupart des actions mobilisent un noyau de personnes laissant à la marge un part non négligeable qui est difficilement atteignable.

3.3 La difficulté d'évaluer avec justesse tous les effets de l'implication.

A) L'évaluation doit s'inscrire dans le long terme.

L'implication des habitants des quartiers exige du temps pour mener à bien les actions de santé entreprises : il faut laisser aux habitants le temps de prendre leur place et aux professionnels le temps de la leur donner. On ne peut condamner mécaniquement une action au motif que ses effets de court terme sont limités.

Les pouvoirs publics attendent une certaine rapidité d'actions mais le développement social est un processus continu, dont certains des effets n'apparaissent que dans le long terme. Un conflit de temporalité peut surgir. Une implication de la population prend du temps et nécessite une vision prospective : la synthèse de l'étude sur le devenir des familles précarisées menée par le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce du Centre Hospitalier de Roubaix avec la participation de l'INSERM n'a été menée que dix ans après, afin d'avoir un recul suffisant et des éléments d'évaluation adaptés.

Il est nécessaire d'assurer un suivi des opérations pour pouvoir évaluer correctement ou du moins observer quelques effets car les actions s'inscrivent dans le temps. Dans le cadre du « Projet Médicament » dans le quartier des Mureaux, Carole Dane admet ainsi qu'il aurait été très intéressant de questionner les partenaires sur l'impact du projet sur les comportements six mois plus tard. Cependant, cette démarche est confrontée à des obstacles pratiques, à savoir la déperdition des informations du fait notamment du nombre d'acteurs investis et leur manque de représentativité. Il paraît difficile d'interroger des pharmaciens sur l'évolution des comportements, étant donné l'importance de leur clientèle. Le remède à la dispersion des éléments d'évaluation serait qu'une structure permanente puisse centraliser les données sur le long terme.

B) Les effets parfois inattendus de l'implication, et rétifs à une évaluation quantitative.

L'évaluation ne doit pas être réalisée à l'aune des seuls objectifs initiaux. En effet, les objectifs atteints ne sont pas forcément ceux visés initialement. Si les résultats escomptés ne se réalisent pas, la grille d'évaluation doit être suffisamment ouverte pour pouvoir observer des résultats inattendus mais non moins intéressants. Dans l'exemple de Roubaix, l'action menée contre l'alcoolisme des mères qui participaient au groupe de parole a conduit à l'amélioration de leur vie familiale et à l'épuration de leurs dettes...

Les évaluations ne doivent pas se focaliser sur la seule évaluation des résultats quantifiables. Sinon, le modèle d'évaluation serait simplificateur en ce qu'il sous-estimerait la complexité des processus en jeu. La spécificité locale doit être prise en compte, tout comme les interactions du processus et la dynamique existante entre les actions, les habitants, l'environnement et les changements opérés. Plus qu'une seule évaluation quantitative, des indicateurs qualitatifs comme le niveau de participation sont des outils de mesure pertinents. Le nombre de personnes présentes rapporté au nombre venu, la contribution des partenaires comme le nombre présent aux réunions ne suffit pas à portée une appréciation sur le succès ou l'échec d'une action.

C) Une évaluation non consensuelle.

Les professionnels de terrain et les acteurs bénévoles engagés sont rarement sensibilisés à une logique d'évaluation. Ils peuvent même y être réfractaires et s'opposer à une démarche d'évaluation qui pourrait remettre en cause leurs pratiques. Les meneurs de projet peuvent craindre pour la pérennité de leurs actions.

Les différents acteurs ne s'accordent pas forcément sur ce que doit être l'évaluation. Les décideurs politiques sont enclins à privilégier une logique financière. Ils risquent de se cantonner dans une vision quantitative de l'évaluation, de court terme. Les meneurs de projets, quant à eux, sont moins favorables à une évaluation traditionnelle, de type coût/efficacité et préconisent d'autres modalités d'évaluation, de plus long terme et faisant une large place aux effets qualitatifs de leurs actions.

Conclusion : Des citoyens experts de la santé, un « peuple introuvable » ?

Ainsi, l'implication a pour effets attendus d'accroître l'efficacité des actions de santé, notamment par la promotion d'une logique participative, démarche citoyenne visant à consolider la démocratie sanitaire et sociale. Les justifications instrumentale et citoyenne de l'implication se renforcent et n'apparaissent pas irréductibles l'une à l'autre, dans la mesure où la participation citoyenne est, en elle-même, un moyen d'améliorer l'efficacité des actions de santé.

Le contexte des quartiers difficiles rend particulièrement intéressante et bénéfique l'implication de la population dans les actions de santé, même si la participation de la population a également tout son sens dans des quartiers plus favorisés. L'objectif est de trouver des moyens de ramener les citoyens de ces quartiers dans un dispositif de droit commun.

Dans les quartiers difficiles, l'implication peut permettre de pallier partiellement certains défauts des actions traditionnelles de santé publique, opérations qui n'ont pu annihiler les inégalités territoriales de santé, largement explicables par des déterminants sociaux. L'implication des habitants a le mérite de s'accompagner généralement d'une coopération serrée entre professionnels des domaines sanitaires et sociaux. Le décloisonnement des horizons des professionnels ne suffira sans doute pas à réduire significativement les inégalités de santé mais apparaît comme un préalable nécessaire. Le présent travail, mené en interdisciplinarité, nous a convaincu, nous, futurs cadres des domaines sanitaires et sociaux, du bien-fondé d'une collaboration véritable entre professionnels porteurs de cultures distinctes et des vertus de l'interdisciplinarité.

L'implication des habitants rencontre néanmoins certaines limites. Les attentes fortes dont elle est porteuse ne doivent pas conduire à en sous-estimer les difficultés de mise en œuvre pratiques. L'implication des habitants n'est pas spontanée, non plus que la coopération des professionnels, pourtant nécessaire. Plus fondamentalement, promouvoir l'implication d'habitants, auxquels on reconnaît une capacité d'expertise concernant leur propre santé, ne doit, naturellement, pas incliner à occulter le fait que l'expertise de professionnels spécialistes de la santé reste indispensable, pertinente et par là légitime. Lorsqu'on implique les habitants dans des actions de santé, on fait émerger leurs demandes en matière de santé. Mais leurs attentes ne sont en fait pas forcément en adéquation avec leurs besoins réels, diagnostiqués et objectivés par des experts. Des contradictions peuvent être observées. On ne peut privilégier mécaniquement les demandes des habitants par rapport aux préconisations des spécialistes, sous peine de

répercussions négatives sur la santé de la population. C'est la raison pour laquelle, les habitants impliqués dans une action de santé ne sauraient avoir, en pratique, la maîtrise totale de l'action menée. L'idéal d'une participation-action, voire même d'une participation-gestion prôné par certains, impliquant les habitants dans l'ensemble de la démarche, depuis l'analyse de la situation et le choix des actions à mettre en oeuvre jusqu'à l'évaluation finale peut apparaître illusoire. La participation atteint ici sa limite.

Bibliographie

Rapport 2006 de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles

BASS, M. *Promouvoir la santé, la notion de participation*, L'Harmattan, 1994

BELPOMME, Pr. Dominique, *Les grands défis de la politique de santé en France et en Europe : écologie et santé*, Paris, Librairie de Médécis, 2003

BRIXI, O. et al., *Santé : travailler avec les gens. Approche participative, démarche de projet*, ENSP, 2003

DANE, C., *Travailler avec les quartiers en difficulté*, Dunod, 2005

DECONSTANZA P., *(Se) former à la santé communautaire*, 2006

FASSIN D., *Faire de la santé publique*, ENSP, 2005

Le GROUPE DU MARDI, *Vivre aux Minguettes : des habitants parlent et agissent*, Mario Mela Editions, 2005

McKenzie James F. et al., *An introduction to community health*, Massachusetts, Canada and London, Jones and Bartlett Publishers, 2006

OROUDJI B., « Corrélation entre les spécificités démographiques de la Seine-Saint-Denis et les difficultés de la mise à l'insuline en ambulatoire des diabétiques de type 2 », Université P. M. Curie, Paris VI, 2005.

Plans régionaux de santé publique, Agences régionales de l'hospitalisation

Plans locaux de santé publique

Profession Banlieue, *L'atelier santé ville, une démarche territoriale de santé publique*, Actes de Rencontres avec une dizaine d'intervenants, 2005

SEN A., *Penser l'inégalité*, 1998.