



EHESP

**Master II Pilotage des Politiques et
Projets en Santé Publique**

Promotion : **2009-2010**

Date du Jury : **Juin 2010**

**Les pré-requis de la mise en place
d'une démarche Atelier Santé Ville :
l'exemple de la municipalité du
Kremlin-Bicêtre.**

Laure-Elia CURT

Sommaire

Introduction	1
METHODOLOGIE :	8
Première Partie : La démarche Atelier Santé Ville, un tournant décisif dans l'implication des villes dans la santé	15
A- La mise en avant en France des inégalités sociales et territoriales de santé :	15
<i>1-Définition des inégalités sociales et territoriales de santé</i>	15
<i>2- La mise en place des Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins</i>	17
B- Une démarche à l'interface entre la politique de la ville et la politique de santé : l'Atelier Santé Ville	19
<i>1-Eléments de cadrage de la politique de la ville</i>	19
a)Définition et genèse de la politique de la ville.....	19
b) L'organisation de la politique de la ville.....	20
c)Les maîtres mots de la formalisation de la politique de la ville : contractualisation et zonage.....	22
<i>2- L'importance grandissante du volet santé de la politique de la ville : l'avènement des Ateliers Santé Ville</i>	23
a)La genèse des ASV	23
b) Le cadre des Ateliers Santé Ville	24
c)L'avènement des CUCS ou la consécration de la santé au sein de la politique de la ville :	26
C- Les spécificités de la démarche ASV : diversité et influences du courant de promotion de la santé.....	27
<i>1-Une démarche synonyme de grande diversité</i> :.....	27
a) Une diversité en termes de périmètre et de population visée :	28
b) Une diversité en termes de portage :	28
c) Une diversité en termes d'actions et de thèmes traités :	29
d) Une diversité en termes de positionnement de l'ASV :.....	30

2- <i>Le dénominateur commun : l'influence de la promotion de la santé et de la santé communautaire</i>	30
Deuxième Partie : La mise en place d'un ASV au Kremlin-Bicêtre : une démarche justifiée ? Etat des lieux des problèmes posés par la réponse aux besoins de santé de la population pauvre.	33
A- Les données de cadrage sur la population pauvre :	33
1- <i>Eléments de contexte généraux sur la commune</i>	33
2- <i>La population pauvre de la ville du Kremlin-Bicêtre :</i>	36
a) Les données qualitatives.....	36
b) Les données quantitatives :.....	37
B- Les structures existantes et les actions développées : des réponses nombreuses et variées aux besoins de santé de la population pauvre :.....	41
1- <i>Les services de soins</i>	41
2- <i>Les services institutionnels :</i>	43
3- <i>Structures et associations à vocation sociale :</i>	45
C- Synthèse des difficultés et des demandes exprimées par les professionnels et les habitants :.....	46
1) <i>Une offre importante et variée, mais une absence de lisibilité pour les professionnels comme pour les habitants</i>	46
2) <i>L'absence de CMS: une nostalgie, et un manque pour beaucoup d'acteurs</i>	48
3) <i>Les thèmes de santé prioritaires : la santé mentale et la santé bucco-dentaire et oculaire</i>	48
4) <i>Un cloisonnement et une méconnaissance des acteurs entre eux</i>	49
Troisième Partie : La mise en place d'un atelier santé ville, une démarche opportune ...à moyen terme.....	51
A- Les freins à la mise en place d'un ASV à court terme.....	51
1/ <i>L'absence de véritable adhésion et de volontarisme des acteurs</i>	52
2/ <i>Les freins financiers:</i>	53
3/ <i>Les freins politiques</i>	54
B- Préconisation: la mise en place d'une coordination santé préfiguratrice d'un ASV	55
1- <i>Une coordination préfiguratrice pour créer une adhésion commune au projet d'ASV :</i>	56

a)La présentation de l'état des lieux, première étape vers un échange entre les acteurs et un diagnostic partagé	56
b) La formation de groupes de travail thématiques coordonnés par la chargée de mission politique de la ville-santé-handicap	57
2- <i>Un temps de réflexion nécessaire pour entamer des démarches administratives, politiques et financières</i>	59
a)Une réflexion sur le périmètre et le portage de l'ASV	59
b) Un temps nécessaire aux démarches concernant les financements et les tutelles	60
Conclusion	61

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation Adulte Handicapé
ACSE : Agence pour la Cohésion Sociale et l'Egalité
AME : Aide Médicale d'Etat
ANRU : Agence Nationale de Rénovation Urbaine
AP-HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de Santé
ASV : Atelier Santé Ville
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CAVB : Communauté d'Agglomération du Val de Bièvre
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CG : Conseil Général
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIV : Comité Interministériel des Villes
CLS : Contrat Local de Santé
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMS : Centre Municipal de Santé
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNV : Conseil National des Villes
COMEDE : Comité Médical des Exilés
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
CRS : Conférence Régionale de Santé
CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DGD : Dotation Générale de Décentralisation
DGS : Direction Générale de la Santé
DIV : Délégation Interministérielle à la Ville
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DSQ : Développement Social des Quartiers
EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
ESPT : Elus, Santé Publique et Territoire

GIP : Groupement d'Intérêt Public
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PNRU : Projet National de Rénovation Urbaine
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
RSA : Revenu de Solidarité Active
UNCCAS : Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale
ZFU : Zone Franche Urbaine
ZRU : Zone de Redynamisation Urbaine
ZUS : Zone Urbaine Sensible

Introduction

« *Malgré des compétences obligatoires très limitées, il y a un savoir faire des villes en santé plus que centenaire* », affirmait avec force le sociologue spécialisé en santé publique Fernando BERTOLOTTI au cours de sa contribution à la table ronde « *Agir avec les collectivités territoriales pour améliorer la qualité de vie des populations* » lors des Journées de la Prévention INPES 2010.

Comme l'a réaffirmé la loi n° 2004-806 du 9 avril 2004 relative à la politique de santé publique, c'est l'Etat qui est « responsable » en premier lieu de la politique de santé publique. Les compétences formelles des collectivités locales, et tout particulièrement des villes ne sont a fortiori pas légion : celles qui existent concernent plus particulièrement la lutte contre les épidémies et le maintien de l'hygiène et de la salubrité publique.

Il convient ainsi tout d'abord de faire état des pouvoirs de police du maire (consacrés par l'article L 2212-2 du Code Général des Collectivités Territoriales) dont la protection de la salubrité (et, de ce fait, de l'hygiène publique) constitue une des priorités, auprès du bon ordre, de la sûreté et de la sécurité publiques.

Le maire a également des pouvoirs réglementaires en matière de règles générales d'hygiène sur sa commune, énoncés à l'article L 1311-2 du Code de la Santé Publique. Enfin, si une compétence formelle des communes en santé publique est à mettre particulièrement en avant¹, c'est indéniablement celle consacrée par la loi du 15 février 1902 relative à la protection générale de la santé publique, qui a créé dans toutes les villes de plus de 20 000 habitants –ainsi que dans les communes de plus de 2000 habitants qui sont sièges d'un établissement thermal- un bureau municipal d'hygiène². Dès les premières lois de décentralisation, ces bureaux municipaux d'hygiène, renommés 'Services Communaux d'Hygiène et de Santé', deviendront cependant une compétence

¹ Il a ici été fait le choix de ne pas donner une liste exhaustive des compétences formelles des villes en santé et de ne pas faire état, par exemple, de compétences pourtant non négligeables telles que le rôle du maire dans l'autorisation des débits de boissons (Article L3332-3 du Code de la Santé Publique), ou encore de ses pouvoirs d'intervention, en cas de danger imminent à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes. (Article L 3213-2 du Code de la Santé Publique).

² Il convient de noter que la loi de 1902 n'a pas été une nouveauté pour toutes les communes : en effet, lors du vote de la loi, plus d'une vingtaine de communes d'avant-garde en santé publique disposaient déjà de services de la sorte, en se fondant juridiquement sur la loi d'organisation municipale du 5 avril 1884 qui avaient donné aux maires des pouvoirs étendus en matière d'hygiène publique et de police sanitaire.

facultative des communes. D'après le rapport IGAS de 2004 sur « l'Evaluation des actions confiées par l'Etat aux services communaux d'hygiène et de santé »³, seules 208 villes ont décidé de garder cette compétence, en échange de quoi l'Etat leur verse une dotation générale de décentralisation (DGD).

Si les compétences formelles des communes en matière de santé publique sont effectivement restreintes, elles n'ont cependant pas inhibé les villes qui souhaitent s'investir très largement, et bien au-delà, dans ce champ. Ainsi peut-on observer, tout au long du 20^{ème} siècle, une lente mais perceptible montée en charge des villes dans le domaine de la santé, révélatrice de l'inextricable relation entre les villes et la santé publique, mais également de la légitimité des élus locaux de proximité à agir dans ce domaine.

On peut relever en premier lieu la création de Centres Municipaux de Santé (CMS) - parfois également connus sous le nom de Centres Médico-sociaux - dès les années 1900, à commencer par les villes de la dite 'ceinture rouge' de Paris. Ces centres, encore très largement financés par les villes, ont à cœur d'offrir des compétences pluridisciplinaires. On trouve selon les Centres des consultations de généralistes, de spécialistes, des services de paramédicaux –infirmières, masseurs kinésithérapeutes– et des services médico-sociaux (maintien à domicile). Il convient de souligner la vocation de médecine sociale des Centres Municipaux de Santé, dont le but premier est l'accès de tous à la santé, ce qui explique leur pratique systématique du tiers payant, l'absence de dépassements tarifaires, ainsi que les accords entre les CMS et certaines mutuelles, pour exonérer les patients de l'avance des frais de mutuelle. Plus d'un siècle après l'avènement des CMS, de nombreuses municipalités ont conservé cette compétence : lors du recensement de juillet 1996 de la Sécurité Sociale, on en comptait encore 1454⁴.

C'est ensuite dans les années 1980 que cette implication des villes dans la santé connaît son deuxième grand tournant, avec l'adoption par certaines communes avant-gardistes de la définition de la santé du préambule de 1946 à la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. La santé n'est alors plus uniquement perçue comme synonyme de sanitaire : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». La santé ne se caractérise donc pas uniquement par l'accès aux soins, mais par de nombreux autres

³ LAURAND G, ROUSSET Y, VERNEREY M, octobre 2004, Rapport n°2004-146 de synthèse sur l'évaluation des actions confiées par l'Etat aux services communaux d'hygiène et de santé, IGAS

⁴ Ce recensement peut cependant être légèrement biaisé, dans le sens où il ne comptabilise pas uniquement les Centres de Santé Municipaux, mais également les Centres de Santé mutualistes.

déterminants : l'éducation, le logement, l'environnement, l'habitat, l'emploi, les conditions de travail...

Sera également reprise par ces villes la notion, corollaire, de promotion de la santé, mise en avant par la charte d'Ottawa en 1986. Celle-ci est décrite dans la charte comme « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* ». Cette définition relève d'un concept définissant la santé comme « *la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci* ». Quarante ans après la première définition de l'OMS, et tout en confirmant la transversalité de la notion de santé, cette nouvelle définition modère l'idéalisme originel.

Il apparaît dès à présent important de noter que, tout au long du présent travail, à travers l'utilisation du terme «santé », c'est précisément à cette conception de la santé, élargie bien au-delà du sanitaire, et relative au phénomène de promotion de la santé, qu'il sera fait référence.

D'après Alain LHOSTIS, ancien adjoint au maire de Paris chargé de la santé : « *Les marges de manoeuvre de la commune varient en fonction de la définition de la santé que l'on se donne*⁵. » En effet, avec cette définition élargie de la santé, les villes acquièrent en quelque sorte une légitimité à s'y investir. C'est ainsi que se développent dès 1986, le réseau des villes-santé OMS, et deux ans plus tard, le réseau « français » des villes-santé OMS. Ces réseaux, qui s'appuient sur les engagements pour la promotion de la santé définis par la politique générale de l'OMS (dont le désormais célèbre but de « Santé pour tous ») et par la Charte d'Ottawa, considèrent que la ville est un lieu privilégié pour agir sur la santé au sens large, notamment grâce aux pouvoirs étendus et divers des maires. Le réseau français des villes santé OMS comprend actuellement 70 villes et 2 communautés d'agglomération, toutes engagées dans une démarche de promotion de la santé auprès des habitants.

Parallèlement, la notion de santé communautaire, levier important de la promotion de la santé (qui se base principalement sur la notion de 'collectif' et qui œuvre pour la participation de tous les acteurs concernés à la politique de santé, y compris les habitants), prend son essor en France, avec notamment la mise en place, en 1981, de l'Institut Renaudot. Ce dernier est créé à l'origine par des médecins de CMS, conscients

⁵ INSTITUT DES VILLES, 2007, « La santé, problématique centrale des politiques municipales » in *Villes, Santé et Développement durable*, La Documentation Française, p117-123

de ne pas être les seuls détenteurs du savoir sur la santé, et qui souhaitent s'interroger sur leurs pratiques pour réfléchir à comment mieux prendre en compte les savoirs des patients. Ils formaliseront ces réflexions à travers la création de « la Charte des Pratiques en Santé Communautaire », contribuant à rendre visible l'Institut, qui deviendra rapidement un centre de ressources en santé communautaire.

Une décennie plus tard, les années 1990 s'illustrent par le choix politique d'une plus grande territorialisation des politiques de santé, et ce principalement au niveau régional (création des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire en 1991, des Unions Régionales des Médecins Libéraux en 1993, des Agences Régionales d'Hospitalisation et des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie en 1996 ...). Cette territorialisation de la santé se poursuit dans la décennie suivante, puisque, si la loi du 9 avril 2004 relative à la politique de santé publique met l'accent sur l'importance de l'Etat dans la définition des politiques de santé, elle confirme également que la région est considérée comme le niveau optimal de mise en œuvre, avec la mise en place des Missions Régionales de Santé, des Groupements Régionaux de Santé Publique et des Conférences Régionales de Santé Publique⁶.

Si la territorialisation de la santé qui est mise en avant concerne principalement l'échelle régionale, cette dernière a pour mission de relayer la politique de santé, et de coordonner ou superviser les initiatives de santé plus locales. Or, ces initiatives locales de santé concernent de plus en plus souvent les villes, depuis la possibilité donnée à celles-ci de créer des Ateliers Santé Ville (circulaire du 13 juin 2000), pouvoir qui consacre, de manière officielle, un tournant dans l'engagement des municipalités dans le domaine de la santé.

Ces Ateliers Santé Ville (ASV), à l'interface entre la politique de santé et la politique de la ville, ont pour buts premiers de coordonner les acteurs de santé du territoire, en impliquant les habitants, afin de favoriser la santé des publics les plus en difficultés et de diminuer les inégalités sociales et territoriales de santé, apparues comme prédominantes dès les années 1990 en France.

Dix ans après la naissance de la démarche ASV, et compte tenu de ses résultats très positifs, l'engouement est fort auprès des villes, qui sont toujours plus nombreuses à vouloir la mettre en place. Ainsi, si on ne comptait que 2 ASV en 2000, et 14 en 2001, le nombre est allé croissant chaque année et particulièrement à partir des années 2007 et

⁶ Cette territorialisation des politiques de santé culminera le 1^{er} avril 2010, avec la mise en place des Agences Régionales de Santé.

2008 : d'après l'enquête KYNOS réalisée pour l'Agence pour la Cohésion Sociale et pour l'Egalité des chances (ACSE)⁷, il y avait ainsi 243 ASV au 31 mars 2009. Une illustration de cet engouement des villes pour la compétence santé est la création, en octobre 2005, de l'association ESPT (Elus, Santé Publique&Territoires)⁸, présidée depuis lors par Laurent El GHOZI, ancien chef du service des urgences de l'hôpital de Nanterre et élu de la ville éponyme.

Cette volonté de mettre en place un ASV caractérise notamment la ville du Kremlin-Bicêtre, commune d'environ 26 000 habitants de la 'ceinture rouge' parisienne, qui jouxte le treizième arrondissement de la capitale et qui est rattachée, au sein du département du Val de Marne, à la Communauté d'Agglomération du Val de Bièvre (CAVB)⁹.

Cette ville de périphérie parisienne existe depuis 1896, année où elle s'est détachée de la commune de Gentilly, aujourd'hui à la frontière ouest du Kremlin-Bicêtre. Elle se caractérise par une très ancienne tradition de gauche : hormis la période de 1983 à 1995, la mairie a toujours été à gauche et est aujourd'hui représentée, et ce pour son troisième mandat, par un maire représentant du courant chevènementiste « Mouvement Républicain et Citoyen ».

⁷ KYNOS/ACSE, *Résultats de l'enquête sur les Ateliers Santé Ville au 31 décembre 2008* (visitée le 30 mai 2010), disponible sur internet : http://actionsociale.weka.fr/media/file/1812_ateliers_sante_ville_rapport_acse_sur_les_asv_au_31_decembre_2008.pdf

⁸ L'association s'est donnée pour objectif de fédérer les élus locaux pour :

- « - promouvoir toute politique visant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, favorisant l'accès aux droits, aux soins, à la prévention, à la santé égale pour tous, contribuant à l'éducation et à la promotion de la santé et intégrant les déterminants de la santé, en particulier environnementaux ;
- affirmer, faire reconnaître et légitimer le rôle des communes et de leurs groupements dans la mise en œuvre de politiques territoriales de santé publique, en particulier dans le cadre d'une coproduction avec l'Etat ;
- développer et consolider toute forme de programme de santé publique contractualisé entre les collectivités territoriales et l'Etat, dans la logique et sur le modèle des « Ateliers Santé Ville », développés dans le cadre de la Politique de la ville. ».

Confère le site internet d'ESPT : <http://www.espt.asso.fr/>

⁹ Née en 2000, la CAVB regroupe 7 villes : Arcueil, Cachan, Fresnes, Gentilly, l'Haÿ-les-Roses, Villejuif, et le Kremlin-Bicêtre. Sur son territoire de 197 515 habitants, la CAVB a dix compétences principales : le développement économique, l'aménagement du territoire, les transports, l'habitat, l'eau, la voirie et l'assainissement, l'environnement, les équipements nautiques et culturels, la gestion des ordures ménagères et le tri sélectif et, enfin, la politique de la ville. Il est à noter que si la CAVB a une compétence en politique de la ville et donc des actions spécifiques à ce sujet à l'échelle de la communauté d'agglomération, chaque ville garde cependant ses compétences en politique de la ville, et a un chargé de mission dans ce domaine. Concernant les couleurs politiques, il est à noter que toutes les communes de la CAVB ont une tradition de gauche. Les partis politiques aujourd'hui représentés en son sein sont les suivants : le PCF (Gentilly, Villejuif), le PS (Fresnes, Cachan), le Mouvement Républicain et Citoyen (le Kremlin-Bicêtre) et enfin des communes dites 'Divers Gauches' (L'Haÿ-les-Roses, Arcueil).

Parallèlement à cette tradition de gauche, la ville a un investissement ancien en santé publique, puisque dès l'année 1902 est ouvert au Kremlin-Bicêtre un dispensaire, appelé successivement Centre Médico-social, Centre Municipal de santé ou encore Centre de Diagnostic et de Traitement. Ce dispensaire prendra son essor tout au long du siècle, et tout particulièrement dans les décennies 50 à 80, durant lesquelles Mr Antoine Lacroix, médecin de profession, exerce le mandat de maire.

Au milieu des années 80 cependant, quelques années après la disparition du Dr Lacroix, le dispensaire ferme¹⁰.

Par la suite, la santé n'est plus une compétence exercée par la commune, et un revirement s'opère à la fin des années 1990. La première étape de cette reprise en main de la santé est caractérisée par la décision du bureau municipal d'attribuer cette compétence, quoique de manière très marginale, au service petite enfance. Deux actions 'santé' voient alors le jour, portées par les différents services de la ville et supervisées par la « petite enfance » : dès 1998 une action de prévention Sida qui se déroule sur une puis deux journées, et dès 2007 une « semaine de la santé », avec des actions santé menées sur des thèmes jugés actuels par la municipalité (la nutrition, les accidents domestiques...) à travers différentes manifestations sur la ville.

La deuxième étape de cette reprise en main de la compétence santé par la municipalité est révélée par la volonté, dès la campagne pour les élections municipales de 2008, de nommer une élue déléguée à la santé et au handicap.

C'est enfin au début de l'année 2009 que le bureau municipal choisit une orientation politique claire en faveur d'une compétence accrue en santé. Et en effet, la ville recrute une chargée de mission ayant pour compétences spécifiques la politique de la ville¹¹, la santé, et le handicap. L'idée sous-jacente est alors de mettre en place une coordination santé, et plus particulièrement un atelier santé ville.

Préalablement à cette mise en place, la ville a souhaité réaliser un état des lieux 'santé' (au sens de la définition de l'OMS) : c'est l'objet de la mission de stage qui m'a été confiée pendant six mois.

Dans ce contexte, il m'est rapidement apparu essentiel de prendre de la distance par rapport au travail qu'il m'était demandé de faire, et de réfléchir au pourquoi de mon état

¹⁰ On peut supputer que les coûts financiers engendrés par le CMS, ainsi que l'existence sur la ville d'un CHU de l'AP-HP, et sur toutes les villes limitrophes de CMS, ont été, à ce faire, des arguments de poids.

¹¹ Deux des quatre quartiers de Kremlin-Bicêtre sont en effet considérés comme 'prioritaires' dans le cadre de la politique de la ville.

des lieux, à savoir la mise en place d'un ASV. Il s'agit ainsi pour moi de comprendre ce qu'est un ASV, de vérifier si la commune en a effectivement besoin, et si oui, comment le mettre en œuvre. Cela revient donc à s'interroger sur les pré-requis de la mise en place d'une démarche ASV par une municipalité.

La question centrale que je souhaite aborder dans ce mémoire est donc la suivante : **la mise en place d'un ASV au Kremlin-Bicêtre est-elle pertinente?**

Cela renvoie ainsi à deux sous-questions : est-ce justifié pour la ville du Kremlin-Bicêtre de mettre en place un ASV ? Et est-ce réalisable à court terme?

La première sous-question consiste ainsi à examiner les problèmes que peut poser aujourd'hui la réponse aux besoins de santé de la population pauvre. Cette analyse permettra de comprendre s'il y a un réel besoin de coordination santé telle que le propose la démarche ASV.

La deuxième sous-question, quant à elle, revient à se demander si la ville a les moyens de mettre en place un ASV à court terme, et ce, en termes financiers comme politiques.

La présente étude sera tout d'abord consacrée à l'analyse de la littérature existante sur les Ateliers Santé Ville, et tentera ainsi de restituer la raison d'être et le mode de fonctionnement de la démarche ASV, démarche qui constitue un tournant majeur dans la prise en compte de la santé publique par les villes (Partie I).

Ensuite, il s'agira de s'intéresser très spécifiquement à l'éventuelle justification de la mise en place d'un ASV au Kremlin-Bicêtre, en réalisant un état des lieux des problèmes relatifs aux besoins de santé de la population pauvre (Partie II).

Enfin, la réflexion s'engagera sur l'opportunité financière et politique de la mise en place d'un ASV à court terme, et sur les préconisations afférentes possibles (Partie III).

METHODOLOGIE :

Première partie :

Il s'agit d'analyser la littérature existante sur les ASV. Celle-ci est importante mais se raréfie à partir de 2007, année de mise en place des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (qui remplacent les Contrats de Ville). Il conviendra donc ici non seulement de réaliser un tri dans la littérature existante, mais aussi de se saisir des données et analyses les plus récentes.

Deuxième partie :

La deuxième partie visera à interroger la lisibilité et l'efficacité des dispositifs d'offre existants et à analyser les besoins de santé des populations pauvres de Kremlin-Bicêtre.

Pour réaliser cette analyse, je m'appuierai spécifiquement sur l'étude des publics pauvres à Kremlin-Bicêtre : il convient donc tout d'abord de justifier et d'explicitier ce choix.

Dans la circulaire DIV-DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ASV dans le cadre de la convention thématique des contrats de ville et dans celle relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire du même jour (DGS n° DGS/SP2/2000/324)¹², le public ciblé par les ASV est tantôt qualifié de « *personnes en situation précaire* », de « *populations prioritaires des territoires de la politique de la ville* » ou encore de « *publics en difficulté* ». Face à cette multiplicité de termes utilisés, il m'est apparu pertinent de cibler mon étude sur la « population **pauvre** » du Kremlin-Bicêtre.

C'est tout d'abord un choix explicite de périmètre que j'ai effectué. En effet, si la démarche Atelier Santé Ville se base initialement sur les populations des quartiers en politique de la ville, j'ai clairement choisi de ne pas réduire mon étude à la population des quartiers politique de la ville, mais de la centrer sur la population pauvre de la ville, quel que soit le quartier dans lequel elle habite. La raison de ce choix est double.

Il s'explique tout d'abord par le fait qu'il m'apparaît impossible que la population pauvre soit strictement cantonnée aux quartiers de la politique de la ville. En effet, comme l'affirment de nombreux acteurs du terrain, il y a des populations pauvres en dehors des

¹² Ces circulaires seront plus amplement analysées dans la première partie de ce travail.

quartiers politique de la ville, et inversement les quartiers politique de ville ne sont pas uniquement composés de publics dits pauvres. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle une grande partie des petites villes qui portent des ASV, ont choisi de ne pas cibler ces derniers uniquement sur les quartiers 'politique de la ville', mais sur la ville dans sa globalité.

Enfin, ce choix relève également du fait que la ville du Kremlin-Bicêtre étant relativement petite, les acteurs qui s'intéressent plus particulièrement à la population pauvre travaillent à l'échelle de toute la ville et ne se limitent pas aux deux quartiers dits prioritaires.

Le deuxième choix effectué est celui d'utiliser la terminologie de populations **pauvres**. Nonobstant le fait que le terme de « *personnes en situation précaire* » soit un de ceux dont il est fait mention dans les circulaires, il m'est apparu très difficile de me baser dans mon étude sur les populations dites 'précaires'.

En effet, le phénomène de précarité apparaît comme étant difficilement mesurable et quantifiable, ce que reflète tout à fait la définition, toujours usitée à ce jour, du père Joseph WRESINSKI, fondateur d'ATD Quart Monde, dans son célèbre rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » en 1987. Ainsi, « *la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible*¹³ ».

La précarité est donc très difficilement quantifiable, puisqu'elle représente la situation de personnes qui tendent vers la pauvreté, ce qui ne révèle donc pas un état, mais une situation en mouvement, un processus.

Le phénomène de pauvreté, s'il n'en est pas moins complexe, est cependant plus aisément mesurable. Dans son rapport de septembre 2009 « Nouveaux indicateurs pour une meilleure connaissance locale de la pauvreté »¹⁴, l'Union

¹³ WRESINSKI J., février 1987, "Grande pauvreté et précarité économique et sociale", Conseil Economique et Social

¹⁴ UNION NATIONALE DES CENTRES COMMUNAUX D'ACTION SOCIALE, 2009, *Nouveaux indicateurs pour une meilleure connaissance locale de la pauvreté*, UNCCAS, 86 p

Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale (UNCCAS) distingue cinq façons différentes (et si possible cumulatives) d'approcher la pauvreté.

En premier lieu existe la notion de pauvreté monétaire, où est considérée comme pauvre la personne dont les ressources sont inférieures à un certain seuil de revenus. En France, contrairement à une longue période durant laquelle ce seuil de pauvreté monétaire était communément défini à 50% du niveau de vie médian de la population, l'INSEE le définit aujourd'hui, comme le baromètre européen Eurostat, à 60% du niveau de vie médian¹⁵. C'est donc une mesure relative de la pauvreté.

Le deuxième distinguo établi, est celui de la pauvreté dite "en conditions de vie", une définition dans laquelle sont pris en considération les manques de nature "existentielle" et/ou "matérielle" ainsi que des manques de nature "sociale" et/ou "relationnelle".

Une troisième façon d'aborder la pauvreté, est l'approche par les minima sociaux (ou encore approche administrative): sont considérés comme pauvres ceux à qui l'Administration verse un revenu de redistribution. C'est donc le cas des personnes bénéficiaires des sept actuels minima sociaux, à savoir : le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation de solidarité spécifique (ASS), l'allocation d'insertion (AI), l'allocation aux adultes handicapés (AAH), le minimum vieillesse, l'allocation supplémentaire d'invalidité et l'allocation équivalent retraite (AER).

La pauvreté peut également être définie de manière 'subjective' ou 'ressentie', en interrogeant directement les personnes sur leur perception de leur situation.

Enfin, le rapport de l'UNCCASS traite de la dimension de 'pauvreté transitoire', qui s'apprécie à partir de la plus ou moins grande permanence dans l'état de pauvreté (monétaire ou des conditions de vie).

Mon étude étant limitée dans le temps, et l'aspect qualitatif des définitions de la pauvreté 'en conditions de vie', 'subjective' ou 'transitoire' a fortiori très difficile à mettre en œuvre dans une si courte période, le choix est fait ici de s'appuyer sur une définition « monéto-administrative » de la pauvreté : monétaire par le biais, notamment, de l'utilisation de la

¹⁵ Le seuil de pauvreté s'élevait en France métropolitaine à 908 euros par mois en 2007.

mesure du taux de bas revenu de la Caisse d'Allocations Familiales¹⁶, et administrative par l'utilisation, dans mon enquête, des sept minima sociaux.

J'ai également entrepris, dans cette enquête, de prendre en compte en tant que population 'pauvre', en plus des bénéficiaires des sept minima sociaux, les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et de l'Aide Médicale d'Etat (AME), par souci de plus grande représentativité. En effet, si un certain nombre d'allocataires de minima sociaux bénéficient de la CMU-C¹⁷, certains bénéficiaires de la CMU-C, et, surtout, les bénéficiaires de l'AME, ne sont pas allocataires de minima sociaux.

Une fois ces points de définition éclaircis, il convient d'expliquer point par point la méthodologie de l'enquête en elle-même :

Il s'est agi tout d'abord d'effectuer une recherche sur les données quantitatives existantes sur la population pauvre de la ville, à savoir : les données CAF (2006) et INSEE (2009), mais aussi les bilans d'activités des services de la ville, le Projet Urbain de Cohésion Sociale du Val de Bièvre (2007-09), et une étude de 2009 réalisée par un prestataire privé (ARFOS) pour le Centre Social.

Puis, l'enquête a consisté à établir, à partir des bilans d'activité existants, des entretiens qualitatifs (voir ci-dessous) et de mon observation au jour le jour, un état des lieux de l'offre de santé pour les plus pauvres dans la ville et à proximité.

Le cœur de l'enquête a ensuite été qualitatif, avec la réalisation d'entretiens semi-directifs avec les personnes dites 'ressources' sur la ville (c'est à dire qui traitent un certain nombre de publics dits pauvres). Cette enquête a consisté en 13 entretiens, avec respectivement les services de la mairie (Centre Communal d'Action Sociale, le Centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ainsi que le Centre d'Education et de Planification Familiale (CPEF) et le Centre Social), avec les associations (Restos du Cœur, Croix Rouge, Secours Catholique, Accueil Fraternel 94, la Fondation Maison des Champs), les services de l'Assurance Maladie (une technicienne de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, et l'hôpital (la Permanence d'Accès aux Soins de Santé et le COMEDE.)

¹⁶ Ce taux de bas revenu, que je définirai plus amplement dans la deuxième partie de ce travail, a été choisi à défaut du taux de pauvreté monétaire de l'INSEE, auquel je n'ai pas pu avoir précisément accès à l'échelle de la commune.

¹⁷ C'est notamment automatique pour les bénéficiaires du RSA... mais c'est par exemple impossible pour les bénéficiaires de l'AAH, qui sont légèrement au dessus du seuil.

Le but de ces rencontres¹⁸ a consisté à mieux connaître leurs missions (et donc l'offre sur la ville) et à avoir leur ressenti sur les besoins de santé des populations pauvres, ainsi que sur les besoins éventuels de coordination entre acteurs prenant en charge cette population.

Etant consciente que la population pauvre ne se rend pas forcément dans ces structures spécifiques, mais peut par contre fréquenter par contre d'autres structures, par exemple pour les jeunes (Mission locale...), ou pour les personnes âgées (service de maintien à domicile du CCAS, Club Lacroix –club municipal pour retraités -). J'ai donc également rencontré ces dernières. Etant limitée par le temps, j'ai dû cependant effectuer un tri quant aux structures à rencontrer.

Enfin, cette enquête qualitative s'est doublée d'une enquête quantitative, avec des questionnaires distribués à la population de la ville. La distribution a eu lieu, pour moitié dans des services de la ville (PMI, CCAS, Centre Social, Service de portage de repas), et pour autre moitié dans d'autres lieux de la ville (cabinet d'un médecin et lors d'une manifestation sportive). Cette volonté d'obtenir la moitié des questionnaires en dehors des services de la ville répond à un souci de représentativité : il y a en effet probablement des populations pauvres qui ne fréquentent pas pour autant les services de la ville. Il convient de noter ici que ce questionnaire a été rempli en face à face, afin de s'assurer d'une bonne compréhension des questions.

Ce questionnaire, constitué de vingt questions¹⁹, a eu pour buts principaux de mieux appréhender l'état de santé des habitants, de connaître leur ressenti en termes de qualité de vie, et surtout d'apprécier leur connaissance des dispositifs d'offre existants en termes de santé.

Concernant l'échantillon de population dite pauvre, j'ai sélectionné 15 questionnaires a posteriori parmi les personnes bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME et/ou bénéficiaire d'un des 7 minima sociaux. Les résultats ont été analysés par le biais du logiciel de traitement de données SPHINX.

Les biais de la méthodologie :

La définition 'monéto-administrative' de la pauvreté ne se révèle pas complètement satisfaisante : en effet, tous les auteurs s'accordent sur la nécessité de mesurer la pauvreté de manière multidimensionnelle, en incluant un aspect qualitatif.

¹⁸ Confère la trame d'entretien en annexe

¹⁹ Confère la trame de questions en annexe

C'est notamment ce que souligne le ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement (2005)²⁰ qui, dans sa définition de la pauvreté, indique que celle-ci « *n'est pas réductible au seul indicateur de type monétaire mais concerne également d'autres aspects du quotidien comme le logement, la santé, la formation, le travail, la vie familiale* ».

Cependant, faute de temps, il ne m'a pas semblé réaliste et réalisable de procéder différemment.

Concernant toujours cette définition de la pauvreté : il m'apparaît qu'elle sera surtout utile pour obtenir des données sociodémographiques globales sur la ville, et pour pouvoir sélectionner l'échantillon de personnes pauvres lors de l'analyse des questionnaires. Mais cette définition risque d'être 'biaisée' lors des rencontres avec les acteurs du terrain qui, eux, ne pourront se réduire à donner leur avis uniquement sur cette population très ciblée. Ceci est dû, d'une part, au fait qu'ils ne connaissent pas forcément la couverture sociale et santé du public qu'ils reçoivent, et au fait, d'autre part, qu'ils ont leur propre perception de la notion de pauvreté.

Enfin, l'analyse sera forcément partielle et non exhaustive : d'une part, un échantillon de quinze questionnaires est faible, et d'autre part, il y a des structures que je n'ai malheureusement pas pu rencontrer, à savoir, entre autres, les CMP enfants et adultes, et le service jeunesse de la ville.

Troisième partie :

Je m'appuierai pour cette analyse sur des entretiens semi-directifs avec quatre différents coordinateurs d'ASV de Paris et de la région parisienne : la coordinatrice de l'ASV Paris 20, la coordinatrice générale des ASV parisiens, le coordinateur de l'ASV d'Ivry sur Seine et le coordinateur de Gentilly. Ces derniers m'ont fait part des leviers et des freins à la mise en place d'ASV et au fonctionnement de ces derniers²¹, informations que j'ai ensuite analysées et exploitées au regard du contexte local de Kremlin-Bicêtre.

De manière générale, concernant les entretiens réalisés (que ce soit auprès des acteurs de la ville ou des coordinateurs d'ASV), vu leur nombre et le temps limité de production du mémoire, il m'a paru pertinent de ne retranscrire que les passages les plus révélateurs.

²⁰ UNION NATIONALE DES CENTRES COMMUNAUX D'ACTION SOCIALE, 2009, *Nouveaux indicateurs pour une meilleure connaissance locale de la pauvreté*, UNCCAS, 86 p. Citation extraite page 14.

²¹ Confère la trame d'entretien en annexe.

Les citations présentes tout au long de ce mémoire sont ainsi issues de ces passages sélectionnés.

Intérêt professionnel

Il m'est rapidement apparu pertinent de consacrer mon mémoire à l'action possible des villes en faveur de la santé des plus pauvres, et tout particulièrement à la démarche des Ateliers Santé Ville, en prenant l'exemple de Kremlin-Bicêtre.

Ce thème entre en effet clairement dans mon projet professionnel, qui est de devenir chargée de mission ou d'évaluation de projets associant le sanitaire et le social.

De plus, le thème des inégalités sociales de santé, clairement mis en exergue par la démarche ASV, me semble être un sujet essentiel pour les politiques de santé, un sujet qui d'ailleurs occupe de plus en plus les grands titres en termes de santé publique : d'après un récent discours de la ministre chargée de la santé²², il devrait en effet constituer l'essentiel de la future loi de santé publique.

Enfin, il m'a semblé intéressant de traiter spécifiquement des actions des **villes** en faveur de la santé : c'est un sujet éminemment actuel, avec notamment le projet (encore flou et hypothétique) de Contrats Locaux de Santé, entériné par la loi HPST du 21 juillet 2009.

²² Discours du 8 avril 2010 de Mme Bachelot-Narquin lors de l'ouverture des 'Journées de la Prévention' de l'INPES

Première Partie : La démarche Atelier Santé Ville, un tournant décisif dans l'implication des villes dans la santé

Comme cela a été démontré dans l'introduction, les villes, et particulièrement certaines villes avant-gardistes, se sont depuis toujours investies dans la santé. Cependant, il semble indéniable que le dispositif ASV a constitué un tournant décisif dans l'implication des villes dans le domaine de la santé.

Historiquement, c'est la mise en avant en France des inégalités sociales et territoriales de santé, particulièrement dans les années 1990 (A), qui a été le déclencheur de la démarche ASV, démarche à l'interface entre la politique de la ville et la politique de santé (B), et riche en spécificités (C).

A- La mise en avant en France des inégalités sociales et territoriales de santé :

1-Définition des inégalités sociales et territoriales de santé

Depuis les travaux de Louis-René Villermé, au XIX^{ème} siècle, on connaît en France le lien entre santé et niveau de vie²³. Dès les années 1970, avec le calcul par l'INSEE des espérances de vie par catégories sociales, les inégalités sociales en termes de mortalité sont régulièrement mises en exergue. Il faudra pourtant attendre la décennie 1990, et les mobilisations des associations et des professionnels de santé contre les phénomènes d'exclusion des soins touchant les plus démunis, pour que les recherches sur les inégalités sociales de santé connaissent un nouvel essor (rapports du Haut Comité Pour la Santé Publique, ouvrages de l'INSERM ...) et aient leur place dans le débat public.

²³ En 1830, le célèbre médecin et sociologue publie « De la mortalité dans les différents quartiers de Paris » où il établit des corrélations très nettes entre niveau de vie et état de santé.

Aujourd'hui l'existence de fortes inégalités sociales face à la santé en France, ne fait plus l'objet de débats²⁴. Ainsi, selon l'INSEE (2005), l'écart d'espérance de vie à l'âge de 35 ans entre un cadre et un ouvrier est de 7 ans chez les hommes, et de 3 ans chez les femmes. La France serait, avec la Finlande, le pays de l'Europe des Quinze où les inégalités sociales de santé sont les plus fortes lorsque celles-ci sont mesurées par le risque de décès prématuré selon la profession ou le niveau d'éducation²⁵.

Ces inégalités d'espérance de vie se doublent d'inégalités de morbidité, chez les adultes, comme chez les enfants. L'INSEE note par exemple la prévalence de pathologies plus répandues chez les personnes ayant des bas revenus, telles les maladies de l'appareil digestif : 20% d'entre elles souffriraient d'une pathologie de l'appareil digestif, contre 17% dans le reste de la population. Parmi les pathologies de l'appareil digestif, les caries dentaires sont les plus fréquentes, avec 11% des plus pauvres qui souffrent de caries contre 6% du reste de la population.

De plus, s'il y a une différence flagrante face à la mortalité et la morbidité, il y a également une différence concernant la prévention, ce qui ne fait que renforcer le contraste observé : les individus ayant les plus bas revenus sont en effet moins nombreux à recourir à des pratiques de dépistage et de prévention. Ceci est notamment très marqué en termes de mammographie : une étude INSEE a en effet fait apparaître qu'une femme de 40 et plus appartenant à un ménage modeste a 2,2 fois plus de risques qu'une femme de même classe d'âge n'appartenant pas à un ménage modeste, de ne jamais en avoir réalisé.

Toutes ces études soulignent donc clairement un lien entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale : on parle alors d'inégalités sociales de santé, que l'on peut définir, selon Marie-José MOQUET, chef du département Qualité des pratiques et formation de l'INPES, comme « *des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé, observées entre des groupes sociaux*²⁶ ».

²⁴ Ceci n'empêche pas que nombre de chercheurs, dont Didier FASSIN, s'inquiètent du manque d'intérêt des politiques et du manque de médiatisation et de débats publics sur et pour les inégalités sociales de santé : FASSIN. D, 2007, « Un aveuglement face aux inégalités sociales de santé », *Pratiques*, n° 39

²⁵ Confère HIPPOCRATE (Club parlementaire sur l'économie de la santé), « Les inégalités sociales de santé : quel constat ? Quels leviers d'action ? », 31 mars 2010.

²⁶ MOQUET M-J., septembre/octobre 2008, « Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples », *La Santé de l'Homme*, n° 397, p 17-19

Par ailleurs, les différentes études ont également révélé l'existence d'un 'gradient social de santé' : les inégalités de santé touchent en effet l'ensemble de la hiérarchie sociale, et pas uniquement les plus pauvres, puisque « *chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure.*²⁷ »

Si il a été démontré que les comportements individuels ne sont pas le facteur prédominant pour expliquer ces inégalités (selon M-J MOQUET, ils expliqueraient, au mieux, un tiers des écarts constatés), les controverses sur les déterminants sociaux à l'origine de ces inégalités sont nombreuses, et il n'y a pas de réel consensus à ce jour, si ce n'est que ces déterminants sont nombreux et cumulatifs.

Selon l'OMS, dans son rapport de la Commission des Déterminants Sociaux²⁸, les principaux déterminants des inégalités sociales sont structurels (liés au contexte politique et économique du pays) et intermédiaires (les conditions de vie au quotidien : matérielles, psychologiques, biologiques, accès au système de santé..), et sont interdépendants.

Parallèlement à la mise en exergue, durant les années 1990, des inégalités sociales de santé, ont également été mises en avant des inégalités territoriales de santé : ainsi, les indicateurs de santé semblent globalement plus défavorables dans les Zones Urbaines Sensibles, ce que montre notamment l'étude de Pierre CHAUVIN et d'Isabelle PARIZOT²⁹.

Face à ce constat, et pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, il a semblé essentiel, dès la fin des années 1990, de mettre en place des dispositifs de réduction des inégalités au niveau local.

2- La mise en place des Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins

La mise en place des Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins fait partie d'un ensemble d'actions impulsées par le gouvernement afin de lutter contre

²⁷ Idem

²⁸ OMS, *Comblent le fossé en une génération. Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* (visité le 31/04/2010), disponible sur Internet : http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf

²⁹ CHAUVIN P. et PARIZOT I., *Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne* (2005) (visité le 5/05/2010), disponible sur internet : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/Documents_01_2009_cle2112ab.pdf

l'exclusion de manière générale. Concernant spécifiquement les inégalités sociales en matière de santé, l'avènement des PRAPS constitue l'action phare, aux côtés de la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) ainsi que sa complémentaire³⁰.

La loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions dispose, en son article 67, que « *L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé.* »

Et c'est précisément en son article 71, que la loi établit « *dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (...) Il comporte des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en œuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies, en se fondant sur les situations locales particulières et les expériences existantes.* »

Les PRAPS ont donc vocation à améliorer l'efficacité du système sanitaire et social afin de mieux répondre aux besoins des personnes en situation de précarité.

Cette loi dispose également, dans son article 76, que sont mises en place dans les établissements publics, et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier, des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) : des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

La première génération de PRAPS a couvert la période 2000-2002. La circulaire DGS du 19 février 2002 relative aux Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS) a ensuite renouvelé l'expérience, en instituant la deuxième génération des PRAPS de 2003 à 2006.

Suite à un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de mai 2004 qui a classé les PRAPS dans les dispositifs dont le bilan est jugé globalement positif (même s'ils appellent certaines améliorations), ce dispositif régional a continué à être encouragé.

Ainsi, l'un des 24 thèmes de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est « *la lutte contre la précarité et les inégalités* », avec deux axes principaux : l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées ; et la prise en compte des

³⁰ Mises en place par la loi du 27 juillet 1999, la CMU et la CMU-C visent à faire disparaître les barrières financières à l'accès aux soins et à assurer ainsi l'accès à l'assurance maladie pour tous.

difficultés spécifiques des publics fragilisés par les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et l'assurance maladie.

Suite à la création des Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP) par la même loi, les PRAPS y sont intégrés, et forment, depuis 2008, une troisième génération.

B- Une démarche à l'interface entre la politique de la ville et la politique de santé : l'Atelier Santé Ville

Les ASV, dans le cadre des quartiers désignés comme prioritaires par la politique de la ville, ont pour rôle de décliner localement le volet de lutte contre les exclusions des feus Plans Régionaux de Santé Publique, à savoir les PRAPS.

La démarche ASV est donc à l'interface entre, d'une part, la politique de la ville, dans le cadre du volet santé des contrats de ville, puis des contrats urbains de cohésion sociale, et la politique de santé.

Elle s'inscrit au croisement de compétences de plusieurs ministères : pour la politique de la ville (politique interministérielle par essence), le ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et plus particulièrement le Secrétariat d'Etat chargé de la politique de la ville; et pour la politique de santé, le ministère de la santé et des sports.

1-Eléments de cadrage de la politique de la ville

a)Définition et genèse de la politique de la ville

La politique de la ville peut se définir comme « *une politique de lutte contre l'exclusion, conduite dans un cadre territorial, en faveur de zones urbaines où la précarité sociale est forte, menée par l'Etat en partenariat contractuel avec les collectivités locales* »³¹.

Cette politique est donc pluridimensionnelle et transversale. En effet, dans le sens où elle vise à lutter contre l'exclusion et à diminuer les écarts qui existent entre les quartiers défavorisés et les autres, elle cherche à influencer sur des domaines aussi variés que

³¹ Portail de La Documentation Française, *dossier Le renouvellement de la politique de la ville* (visité le 17 mai 2010), disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/politique-ville/index.shtml>

l'urbanisme et l'aménagement urbain, l'action sociale, l'éducation, la prévention de la délinquance et de la sécurité, le développement économique, l'emploi et l'insertion professionnelle, la santé....

Historiquement, les prémices de la politique de la ville débutent à la fin des années 70. Suite à la sortie des Trente Glorieuses et aux conséquences du choc pétrolier de 1973, se dessine une marginalisation de la population de certains quartiers périphériques, tant dans le domaine de l'habitat que dans celui de l'insertion économique et sociale. L'Etat commence à s'y intéresser dès 1977, avec la mise en place de la procédure « Habitat et Vie sociale », destinée à réhabiliter certaines cités HLM dégradées.

Suite à trois rapports fondateurs³², cette initiative en faveur des quartiers défavorisés se développe la décennie suivante, avec la mise en œuvre notamment de la procédure du développement social des quartiers (DSQ), qui vise à améliorer tous les aspects de la vie quotidienne des habitants de quartiers cumulant des handicaps sociaux, culturels et urbains. Parallèlement seront notamment mises en place, dès l'arrivée d'Alain SAVARY en 1981, les Zones d'Education Prioritaires, ou encore, en réponse au rapport SCHWARTZ, les missions locales pour l'emploi des jeunes, en 1982. On peut également souligner, sur les conseils du rapport BONNEMAISON, la création de Conseils Communaux de Prévention de la Délinquance.

La fin de la décennie 1980 est témoin d'une véritable institutionnalisation des politiques menées : en effet dès 1988, avec la création de la Délégation Interministérielle à la Ville et au Développement Social Urbain (DIV), l'ensemble des mesures déployées sont regroupées sous le label « politique de la ville », et Michel Delebarre inaugure la fonction officielle de ministre de la ville en 1990. La politique de la ville ne cessera ensuite de se développer dans les décennies suivantes, en réponse notamment aux difficultés de plus en plus prégnantes dans les quartiers de banlieue.

b) L'organisation de la politique de la ville

A l'échelle nationale, la politique de la ville est représentée par un secrétariat d'Etat (sous l'autorité de Fadela AMERA depuis juin 2007), sous l'égide du ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. La politique de la ville étant par

³² L'insertion professionnelle et sociale des jeunes, de SCHWARTZ (Bertrand) - La Documentation française, 1982 ; Face à la délinquance : prévention, répression, solidarité, rapport au Premier ministre, de BONNEMAISON (Gilbert) - La Documentation française, 1983 ; Ensemble, refaire la ville, rapport au Premier ministre, de DUBEDOUT (Hubert) - La Documentation française, 1983

essence interministérielle, ses deux piliers, à savoir le Comité Interministériel des Villes et du Développement Social Urbain (CIV) et le Comité National des Villes (CNV), mis en place respectivement en 1984 et 1988, sont présidés par le premier ministre.

Le Comité Interministériel des Villes, qui réunit tous les ministres concernés, est un organe décisionnel, qui définit les orientations de la politique de la ville.

Le Conseil National des Villes, quant à lui, est une instance de concertation, caractérisée par la diversité de ses membres (élus locaux, responsables associatifs, syndicalistes, personnalités qualifiées). C'est un lieu d'échanges et de débats critiques et prospectifs sur la politique de la ville.

Sous l'autorité de la Secrétaire d'Etat chargée de la politique de la ville, le Secrétariat Général à la Ville (ou Secrétariat Général du Comité Interministériel des Villes)³³ exécute les décisions du CIV et « assure un rôle de pilotage, de prospective, d'évaluation, d'animation partenariale et interministérielle, d'expérimentation et de conception des politiques³⁴ ».

Enfin, citons les derniers maillons déterminants du fonctionnement de la politique de la ville à l'échelle nationale : l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU), et l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSE), toutes deux sous la tutelle du Secrétariat Général à la Ville.

La première, créée par la loi du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine (dite loi Borloo) assure plus particulièrement le suivi du programme national de rénovation urbaine (PNRU), c'est-à-dire la restructuration des quartiers en difficulté avec un objectif de mixité sociale et de développement durable.

L'ACSE, quant à elle, est née sous le joug de la loi du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances, afin de mettre en œuvre à la fois la politique d'intégration et les actions de développement social (dont la santé) de la politique de la ville .

A l'échelon local, la politique de la ville est représentée par les secrétariats généraux aux affaires régionales (sous l'égide du préfet de région) qui comptent un chargé de mission responsable du dossier politique de la ville et par les préfets de départements, responsables

³³ Ce Secrétariat Général au CIV remplace, depuis la décision du CIV du 20 janvier 2009, la feue Délégation Interministérielle à la Ville (DIV) qui avait été créée en 1988.

³⁴ Confère le portail de la politique de la ville, *Le Secrétariat général à la ville* (visite le 15 mai 2010), disponible sur internet : <http://www.ville.gouv.fr/?-Le-Secretariat-general-a-la-Ville->

de la mise en œuvre de la politique de la ville à l'échelle du département et qui mobilisent ainsi tous les services déconcentrés concernés.

De plus, il convient de souligner l'existence de 31 sous-préfets chargés de mission pour la politique de la ville, qui coordonnent les services de l'État et jouent un rôle de dialogue avec les collectivités locales.

Enfin, plus récemment ont été nommés six préfets délégués à l'égalité des chances dans les six départements les plus concernés par les problématiques urbaines, à la suite des émeutes de novembre 2005. Des délégués locaux ont été désignés en 2009. Leur mission consiste à renforcer la présence de l'Etat dans les quartiers les plus prioritaires, en vue de faire remonter les dysfonctionnements et les réussites ; ils doivent aussi être les interlocuteurs de proximité de l'ensemble des intervenants locaux présents sur le terrain.

c) Les maîtres mots de la formalisation de la politique de la ville : contractualisation et zonage

La politique de la ville étant par essence multi partenariale, avec en premier lieu, la nécessaire coordination de l'Etat et des collectivités locales, la forme de la contractualisation a rapidement été privilégiée. Celle-ci a débuté dès les années 80, avec les conventions de développement social des quartiers, et a connu un essor important dès 1994, avec la mise en place des premiers contrats de ville, pour une durée de cinq ans. Ces contrats de ville ont été renouvelés durant la période 2000-06, pour être ensuite remplacés par des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) dès le 1^{er} janvier 2007, pour une période de trois ans³⁵. L'avènement des CUCS avait pour but d'apporter plus de cohérence et de lisibilité à la politique de la ville, en regroupant les différents dispositifs de la politique de la ville (Programme Local de l'Habitat, Equipe de Réussite Educative, Projet de Rénovation Urbaine, Contrat Educatif Local, Atelier Santé Ville le cas échéant...) sous le joug d'un seul et unique contrat. Cependant, la rapidité avec laquelle les acteurs ont été sommés de mettre en place les CUCS, ainsi que la valeur ajoutée de ces derniers est largement critiquée par les acteurs de terrain.

³⁵ Les CUCS, qui devaient se terminer en 2009 ont été prolongés d'une année, et, à l'occasion de l'installation du nouveau Conseil National des Villes du 25 mai dernier, le Premier Ministre a annoncé une nouvelle reconduction jusque 2011.

Le domaine géographique d'application de la politique de la ville (ou zonage), deuxième maître mot de cette dernière, a lui aussi rapidement été institué. Il fait cependant l'objet d'un certain flou et d'une réelle ambiguïté.

Selon le chercheur Hervé Vieillard-Baron³⁶, spécialiste de la politique de la ville, jusqu'en 1993, la notion de quartiers en difficulté n'avait pas de définition juridique réelle : elle reposait sur une base intuitive. C'est en 1994, avec le lancement et la généralisation des contrats de ville, qui ont vu le nombre de quartiers retenus tripler, que l'INSEE a été chargée d'établir un cadre national de la géographie prioritaire, afin de bien délimiter les quartiers concernés. C'est ainsi que la loi du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville institue les Zones Urbaines Sensibles (ZUS), les Zones de Rénovation Urbaine (ZRU) et les Zones Franches Urbaines (ZFU)³⁷.

Cependant, et là réside tout le flou du zonage de la politique de la ville, sur cette trame initiale, d'autres catégories de quartiers prioritaires ont été créées au fil des années par dérogation, et de nombreux quartiers hors ZUS sont aujourd'hui considérés comme prioritaires³⁸.

2- L'importance grandissante du volet santé de la politique de la ville : l'avènement des Ateliers Santé Ville

a) La genèse des ASV

Dans sa réunion du 14 décembre 1999, le Comité Interministériel des Villes a décidé, dans le cadre de la politique de la ville, de la création d'une déclinaison territoriale du PRAPS : l'Atelier Santé Ville³⁹, à vocation d'abord expérimentale⁴⁰.

³⁶ VIEILLARD-BARON H, 2003, « Histoire de la politique de la ville » in ANDERSON A, VIEILLARD-BARON H, *La politique de la ville, histoire et organisation*, Paris, Editions ASH, pp 17-84

³⁷ Comme dans un mécanisme de poupées russes, les ZUS peuvent comprendre en leur sein des ZRU, qui elles-mêmes peuvent-être constituées de ZFU. Plus le mécanisme de poupées russes s'amplifie, plus le quartier est en difficulté et bénéficie a fortiori d'aides de l'Etat.

³⁸ Dans le cadre des CUCS, ces quartiers prioritaires sont classés de 1 à 3, des quartiers les plus en difficulté aux quartiers les moins en difficulté.

³⁹ Il convient cependant de noter que la démarche des ASV n'est alors pas une nouveauté stricto sensu : en effet, comme l'explique Catherine Richard, chargée de mission à la feuée DIV : « *La préfiguration de leur conception était déjà à l'œuvre dans une vingtaine de sites de la politique de la ville depuis la fin des années 80, sous des formes diverses : à travers la mise en place de conseils locaux de santé, de réseaux de santé de proximité ou encore de pratiques de santé communautaire* » (in RICHARD C., janvier 2005, « Favoriser une approche décloisonnée des problèmes de santé », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2390)

⁴⁰ Les premières expérimentations ont eu lieu en régions Ile de France et PACA.

C'est ensuite la circulaire commune à la Délégation Interministérielle à la Ville (DIV) et à la Direction Générale de la Santé (DGS) du 13 juin 2000, relative à la mise en œuvre des ASV dans le cadre de la convention thématique des contrats de ville (2000-2006) qui justifiera cette création, en disposant qu'à la lumière des études réalisées auprès des publics fragilisés, un dispositif singulier et innovant de discrimination positive en matière d'accès aux soins s'impose : *« Les études les plus récentes conduites aussi bien sous l'égide du Haut Comité de Santé Publique que le Centre de recherche, d'Etude de Documentation en Economie de la santé convergent toutes vers le même résultat : les personnes en situation de précarité présentent toutes des états de santé fragilisés par les difficultés qu'elles rencontrent pour accéder aux systèmes de soins. »*

Le même jour, la Direction Générale de la Santé, dans la circulaire DGS/SP2/2000/324 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire, joint en annexe le cahier des charges des Ateliers Santé Ville. Ce sont donc ces deux circulaires qui posent le cadre des ASV.

b) Le cadre des Ateliers Santé Ville

Le rôle dédié aux Ateliers Santé Ville :

Selon la circulaire DGS/SP2/2000/324 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire, l'ASV n'est en aucun cas *« une structure de plus, mais est le lieu de coordination des acteurs »*. Il s'agit donc d'une **coordination** des actions de santé du territoire, pour *« améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires de la politique de la ville, qu'elles soient menées par les institutions, le monde associatif ou les acteurs de santé du service public ou privé. »*

Les acteurs potentiellement concernés par cette coordination sont donc très nombreux et appartiennent à des secteurs très différents : *« Tous les acteurs des champs sanitaires et sociaux doivent être impliqués, 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 »*.

Enfin, comme le souligne l'ancien délégué interministériel à la ville Yves-Laurent SAPOVAL, si « *L'ASV permet, certes, de donner une meilleure lisibilité aux actions existantes (...) il doit aussi faire émerger un foisonnement d'initiatives locales* ». ⁴¹

Les objectifs des ASV:

Selon la circulaire, les cinq principaux objectifs des ASV sont les suivants :

« *Identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie* », ce qui consiste, en d'autres termes, à réaliser un diagnostic local (très souvent la première action des ASV) ;

« *Rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun* » ;

« *Faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien des réseaux médico-sociaux* » ;

« *Développer la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes* »

(Ces deux points illustrent bien la volonté des ASV d'impliquer tous les acteurs travaillant d'une manière ou d'une autre avec la santé, et de décloisonner les différents secteurs)

Et enfin, « *développer la participation active de la population à toutes les phases des programmes (diagnostic, définition de priorités, programmation, mise en œuvre et évaluation)* » : ce sont ainsi les influences de santé communautaire qui transparaissent ici.

Le mode de fonctionnement : financement et pilotage

Les ASV sont financés conjointement par l'Etat (qui participe, et ce à travers l'ACSE depuis 2008, au financement du poste de coordonnateur d'ASV et parfois du diagnostic) et la ville ou l'intercommunalité. Jusqu'à présent, ils pouvaient également chercher des financements supplémentaires, notamment auprès des Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP)⁴².

⁴¹ SAPOVAL Y-L/ éd., 2007, *Ateliers Santé Ville, une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, 1^{ère} éd, les éditions de la DIV, 286 p.

⁴² Cela ne pourra désormais plus être le cas, puisque le GRSP fait partie des sept structures auxquelles s'est substituée l'ARS depuis le 1^{er} avril 2010. Il n'existe donc plus en tant que tel.

D'après l'enquête KYNOS pour l'ACSE, en 2008, les ASV avaient en moyenne un financement total de 62 944 euros. Sur les 183 ASV ayant indiqué leur financement en 2008, les trois principaux financeurs représentaient 85% du total. L'ACSE était le premier financeur, puisqu'il contribuait en moyenne à 41% du financement (ce qui correspond en moyenne à 25 771 euros), contre 34% pour les villes et intercommunalités, et 10% pour les GRSP.

Quant au pilotage, l'ASV est généralement géré au quotidien par un coordinateur (moyenne de 0,8 ETP de coordinateur par ASV). Si le coordinateur impulse et établit généralement le lien entre les différents groupes de travail au sein de l'ASV, c'est le Comité de Pilotage (généralement constitué des élus et des tutelles : DDASS⁴³ et préfet –voire des sous-préfets à la politique de la ville-, mais également parfois les organismes d'Assurance Maladie, l'Education Nationale et des professionnels de santé –hôpital et libéraux-....) qui supervise l'ensemble.

La circulaire interministérielle DGS/DHOS/SD1A n° 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, le rappelle en disant :

*« Il importe que le pilotage et la mise en œuvre des projets de santé au sein des contrats territoriaux soient accompagnés par les DDASS et les représentants des politiques territoriales de l'Etat. Une coordination est à assurer à ce sujet dans le cadre d'instances départementales appropriées, entre les services de l'Etat concernés et leurs partenaires institutionnels : collectivités territoriales, assurance maladie, etc. **Cette coordination (...) joue en effet un rôle déterminant pour la mobilisation des données, des ressources et des structures implantées sur les territoires.** »*

c) L'avènement des CUCS ou la consécration de la santé au sein de la politique de la ville :

Suite à l'avènement des ASV, la santé continue à être promue au sein de la politique de la ville, notamment dans le cadre de la loi dite Borloo, dont un des sept objectifs principaux cible la santé, et plus particulièrement le développement de la prévention et de l'accès aux soins⁴⁴.

⁴³ Qui sera très probablement remplacée, suite à la mise en application de la loi HPST, par les délégués territoriaux de l'ARS.

⁴⁴ Cet objectif est constitué de trois axes principaux : favoriser l'installation des professionnels de santé, accompagner les programmes de prévention (et en premier lieu, les ASV) et renforcer la santé scolaire.

Mais c'est véritablement l'avis du CIV du 9 mars 2006 (« Pour une politique de la ville renouvelée ») qui constitue un tournant décisif de l'engagement de la politique de la ville dans la santé, puisqu'il annonce la naissance des CUCS dès le 01 janvier 2007, en remplacement des contrats de ville. Or, la santé, jusqu'alors facultative dans les contrats de ville, devient, avec l'avènement des CUCS, un des cinq axes obligatoires, aux côtés de l'emploi et du développement économique, de la réussite éducative, de l'habitat et du cadre de vie, et de la prévention de la délinquance et citoyenneté⁴⁵.

De plus, cette décision du CIV, (quelque peu idéaliste, il est vrai) prévoit de généraliser la démarche ASV à l'ensemble des quartiers prioritaires d'ici la fin 2008.

C- Les spécificités de la démarche ASV : diversité et influences du courant de promotion de la santé

1- Une démarche synonyme de grande diversité :

Il convient tout d'abord d'explicitier le terme de 'démarche', qui est très clairement à la base de l'expérience des ASV, et qui est immanquablement employé par les personnes expertes sur le sujet. Ce choix sémantique n'est pas à minimiser car il explicite, à lui seul, la logique intrinsèque à l'ASV. En effet, l'ASV est une démarche, et non un dispositif : c'est-à-dire qu'il n'existe aucun cadre préexistant, aucune marche à suivre spécifique lors de la mise en place d'un ASV (si ce n'est, bien sûr, la méthodologie de projet)⁴⁶. D'où le cahier des charges très large de la circulaire DGS/SP2/2000/324 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire.

En effet, selon la situation locale, tout est à inventer et à imaginer: il s'agit d'être souple et de « *diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site*⁴⁷ ».

⁴⁵ Malgré cela, il convient de noter qu'en mai 2009, l'analyse critique du volet santé des CUCS par Fernando BERTOLOTTA, montrait que 22,7% des CUCS étudiés n'intégraient pas de thématique santé.

Confère BERTOLOTTA F., Mai 2009, Analyse critique du volet santé des contrats urbains de cohésion sociale – Mission pour le compte du Ministère du Logement et de la Ville, Secrétariat Général des Comités Interministériels des villes-, Conseil-Etudes-Evaluations-Formations

⁴⁶ A ce propos, F. BERTOLOTTA parle du caractère « *d'a-dispositif* » de l'ASV, dans le sens où un dispositif est défini comme un modèle d'action pré-formaté qu'il suffirait d'implanter et de déployer sur n'importe quel point du territoire. Confère son analyse critique du volet santé des CUCS.

⁴⁷ MINISTERE DE L EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. Circulaire n°DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des

Il découle a fortiori de cet état de fait une très grande diversité des ASV, en termes de périmètre et de population visée, de portage, d'actions et de thèmes traités ou encore de positionnement.

a) Une diversité en termes de périmètre et de population visée :

« Les ASV s'appliquent à des territoires infra-communaux (les quartiers), communaux ou intercommunaux suivant l'échelle pertinente définie par le diagnostic territorial⁴⁸. ».

Ainsi, selon l'enquête commanditée par l'ACSE⁴⁹, deux tiers des ASV concernaient en 2008 un territoire communal, un tiers, un territoire infra communal, et un derniers tiers un territoire intercommunal.

Cela signifie que la majorité des ASV ne sont pas uniquement ciblés sur les quartiers prioritaires. Comme le souligne Chantal Mannoni (ainsi que de nombreux acteurs rencontrés) : « De fait, la politique de la ville ne peut se réduire à une application stricte dans les ZUS (...) nombre de populations à la marge de ces territoires présentent pourtant des problématiques similaires- mais elles ne sont pas incluses dans les ZUS par le biais de la construction des territoires. »⁵⁰

Ainsi, dans beaucoup de villes, les ASV ont dépassé le cadre des seuls quartiers prioritaires, pour s'appliquer à toute la ville. C'est le cas notamment de la ville d'Ivry, qui après avoir fait un diagnostic sur deux des quartiers prioritaires de la ville, a décidé d'appliquer les actions de l'ASV à toute la ville.

b) Une diversité en termes de portage :

Les ASV connaissent également des situations très différentes en termes de portage : l'intercommunalité ou la commune qui projette de monter un ASV peut en effet

personnes en situation précaire. (visité le 29/05/10), disponible sur internet : <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/circ130600.htm>

⁴⁸ Idem

⁴⁹ KYNOS/ACSE, *Résultats de l'enquête sur les Ateliers Santé Ville au 31 décembre 2008* (visitée le 30 mai 2010), disponible sur internet : http://actionsociale.weka.fr/media/file/1812_ateliers_sante_ville_rapport_acse_sur_les_asv_au_31_de_cembre_2008.pdf

⁵⁰ MANNONI C., 2008, *La démarche Atelier Santé Ville, des jalons pour agir*. Les outils de Profession Banlieue, 219p. Citation p 34

décider de le faire porter respectivement par un service de l'intercommunalité ou par un service de la commune (CMS, Service de promotion de la santé, CCAS...) mais également par une association ou un Groupement d'Intérêt Public (GIP).

Ainsi, selon enquête commanditée par l'ACSE, en 2008, 67% des ASV étaient portés par une ville (services de la ville hors CCAS) ou un Etablissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI), 15% par un CCAS (ville), 10% par une association de loi 1901 et 3% par un GIP.

c) Une diversité en termes d'actions et de thèmes traités :

Les actions et thèmes traités n'échappent pas à cette diversité. La circulaire DGS/SP2/2000/324 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire, précise les différents thèmes de travail qui peuvent être abordés par l'ASV :

« - la connaissance de l'état de santé de la population des sites prioritaires ;
-la définition des objectifs d'amélioration de l'état de santé et de ses déterminants ;
-l'accessibilité aux droits sociaux, aux soins, à la prévention, et à la santé (...) et l'analyse des principaux dysfonctionnements de l'accès à la prévention et aux soins ;
-les questions concernant les pratiques professionnelles sanitaires, sociales et d'insertion ;
-la qualité et l'organisation de l'offre de soins ;
-les besoins en formation des professionnels accueillant les publics en situation de précarité. »

D'après l'enquête KYNOS commanditée par l'ACSE, en 2008, près des deux tiers des actions concernaient l'accès à l'information (40%) ou des relais des campagnes de prévention (23%), le tiers restant se consacrant à des actions pour favoriser l'accès aux soins (15%) et aux droits (14%), à la prévention et la lutte contre les discriminations dans le champs de la santé (8%).

Quant aux principaux thèmes développés dans les actions des ASV en 2008, il ressort de l'enquête qu'ils sont au nombre de six avec, par ordre d'importance: la nutrition (hors surpoids-obésité et diabète), les conduites addictives, la souffrance psychique et la santé mentale, l'hygiène bucco-dentaire, le surpoids-obésité et les conduites à risque (hors surpoids-obésité).

73% des ASV déclaraient, à ce titre, décliner un ou plusieurs programmes nationaux de santé publique.

d) Une diversité en termes de positionnement de l'ASV :

Enfin, la diversité des ASV s'observe également en termes de positionnement. Comme l'explique l'avis du Comité Interministériel des Villes du 26 septembre 2007 : « *Les ASV peuvent aller d'une posture de simple coordination, ou une démarche de maîtrise d'œuvre, de conduite d'actions, ou encore de 'boîte à outils' méthodologique, en fonction des contextes locaux.* » Il conviendrait ici d'ajouter que cela est également fonction de la phase d'avancement de l'ASV.

C'est ce que les coordinateurs d'ASV, dans leur jargon, nomment les effets de production ou d'induction : en effet, les ASV peuvent être producteurs et/ou inducteurs d'actions, et bien souvent, les deux se produisent.

Il semble que généralement, les ASV qui se mettent en place dans des territoires où la coordination préalable est faible voire inexistante, soient au début surtout producteurs d'actions, puis tendent à devenir pratiquement uniquement inducteurs d'actions au fil du développement de l'ASV.

C'est l'avis de la coordinatrice de l'ASV du 20^{ème} arrondissement de Paris, qui, au bout de deux ans de fonctionnement, explique que son travail est avant tout de fournir un soutien méthodologique aux différents partenaires (notamment pour les demandes de financement). Selon elle, le principe d'un ASV est d'être sollicité par les structures du territoire sur un thème ou une question donnée, et de monter ensuite des réunions avec les structures concernées et les partenaires ressources.

Selon le coordinateur de l'ASV d'Ivry sur Seine, ASV existant depuis plusieurs années et dans une ville qui connaissait déjà de nombreuses actions de coordination : être coordinateur, « *C'est se rendre disponible pour faciliter la réalisation d'actions locales qui peuvent être portées par d'autres.* »

Paradoxalement, comme l'explique la coordinatrice de Paris 20, le but du travail du coordinateur est de pouvoir un jour disparaître : « *je branche les fils les uns avec les autres (...) l'idée c'est qu'à la fin, tout se branche tout seul* ».

2-Le dénominateur commun : l'influence de la promotion de la santé et de la santé communautaire

Si les ASV sont très divers, leur dénominateur commun est clairement l'influence de la définition positive de la santé de l'OMS, ainsi que celle des courants de la promotion de la santé et de la santé communautaire.

En effet, comme cela a déjà été abordé dans la partie B, les maîtres mots de l'ASV sont l'intersectorialité et la transversalité, et ce afin de prendre en compte tous les déterminants de la santé. Selon l'ORS de Bourgogne, les facteurs déterminants de la santé sont au nombre de quatre : les facteurs individuels liés à la biologie humaine (génétique, physiologie, vieillissement) ; les facteurs associés à l'organisation des services de santé et systèmes de soins au sens large (prévention, soins curatifs, soins de réadaptation) ; les facteurs associés aux comportements individuels et collectifs : modes de consommation (nutrition, alcool, tabac...), travail, loisirs ; et enfin les facteurs liés à l'environnement physique, psychologique et social dans lequel l'individu évolue. Il s'agit donc pour l'ASV de faire le lien entre les différents acteurs qui peuvent avoir une influence sur tous ces domaines.

L'intersectorialité promue par les ASV semble être en bonne voie : l'enquête ACSE démontre en effet qu'il y a eu un bon développement de réseau avec les professionnels de santé (au sens large). Ainsi, en 2008, 84% des ASV avaient un « taux d'implication » des professionnels de santé du secteur public⁵¹ supérieur à 50 % (ce qui correspond à une moyenne de 19 professionnels impliqués par ASV). Le résultat était cependant moins probant concernant les professionnels de santé du secteur privé puisque seuls 44% des ASV avaient un taux d'implication de ces professionnels de plus de 50%.

Dans la droite lignée de la philosophie de promotion de la santé et de santé communautaire, les ASV cherchent à impliquer les habitants, et ainsi à promouvoir une forme de démocratie sanitaire à l'échelle locale. Le slogan des ASV de la ville de Paris illustre ceci de manière très juste : « *La santé, c'est l'affaire de tous* ».

Selon l'enquête commanditée par l'ACSE, en 2008, 81% des ASV interrogés constataient une participation des habitants à la conception ou à la mise en œuvre d'actions ou du fonctionnement général de l'ASV (diagnostic, évaluation...).

Comme le souligne la coordinatrice générale des ASV parisiens, il convient cependant de rester réaliste quant au mouvement d'implication des habitants, qui est encore en phase de gestation. Selon elle, l'objectif d'implication des habitants ne consiste pas à ce qu'ils assistent à toutes les réunions de l'ASV, objectif quelque peu irréaliste, mais à « *arriver à faire en sorte qu'ils estiment qu'ils sont maîtres de leur santé (...)* L'implication des habitants,

⁵¹ Ce taux d'implication est calculé en rapportant le nombre de professionnels impliqués au nombre de professionnels sollicités.

pour moi, c'est (...) considérer que les médecins ont autant à dire sur leur santé que le gardien d'immeuble ou l'instit. »

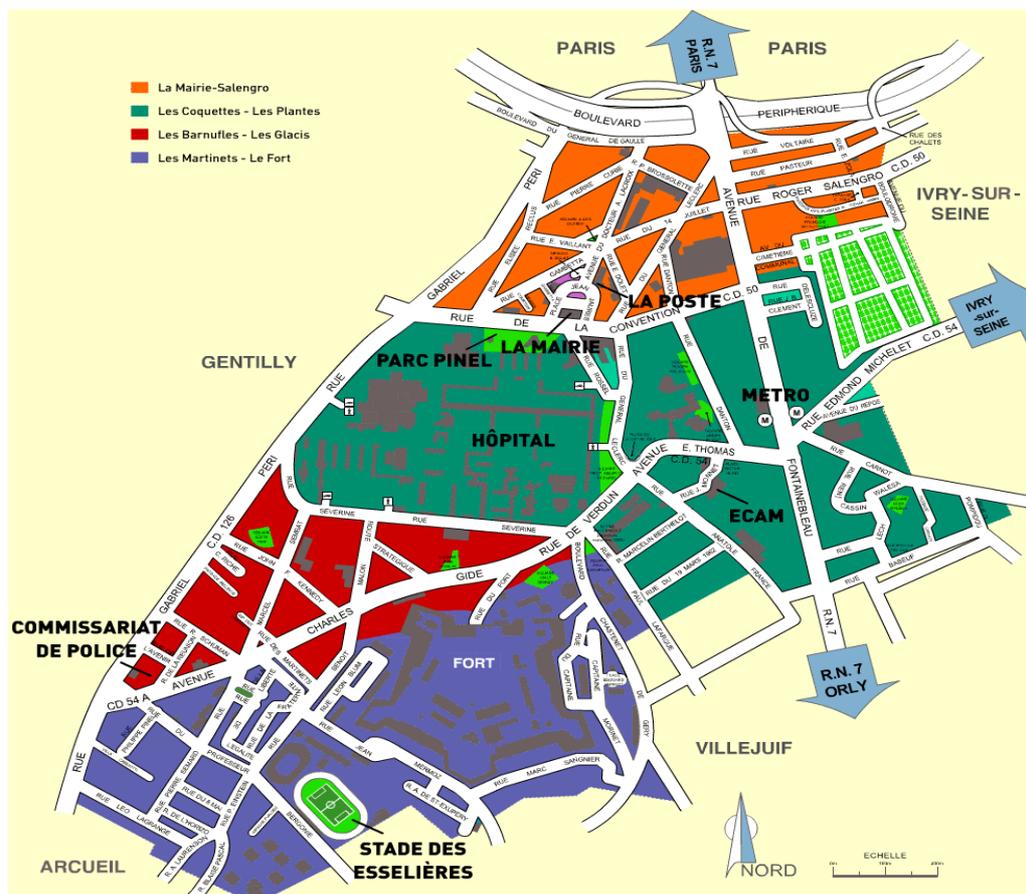
En conclusion, la démarche décennale qu'est l'ASV a, grâce à sa faculté à s'adapter au contexte local, été récompensée par de bons résultats. En témoignent la circulaire DGS/DHOS du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration des projets locaux ou territoriaux de santé publique et au développement des ASV, qui confirme la place donnée à ces derniers, et surtout l'engouement croissant des EPCI et des villes pour la démarche ASV, engouement partagé par la ville du Kremlin-Bicêtre.

Deuxième Partie : La mise en place d'un ASV au Kremlin-Bicêtre : une démarche justifiée ? Etat des lieux des problèmes posés par la réponse aux besoins de santé de la population pauvre.

Il s'agit dans cette partie de répondre à la première sous-question de l'étude, à savoir la justification, ou non, de la mise en place d'un ASV au Kremlin-Bicêtre. Il convient à ce faire d'exposer des données de cadrage sur la population pauvre du Kremlin-Bicêtre (A), puis de réaliser un état des lieux des structures existantes et des actions qu'elles développent pour répondre aux besoins de santé des plus pauvres (B), et enfin, de synthétiser les difficultés et demandes exprimées par les professionnels et les habitants (C).

A- Les données de cadrage sur la population pauvre :

1-Eléments de contexte généraux sur la commune



Située en limite nord du département du Val de Marne, la commune du Kremlin-Bicêtre est cernée par le boulevard périphérique qui la sépare du 13^{ème} arrondissement de Paris, et à l'ouest par l'autoroute A6B.

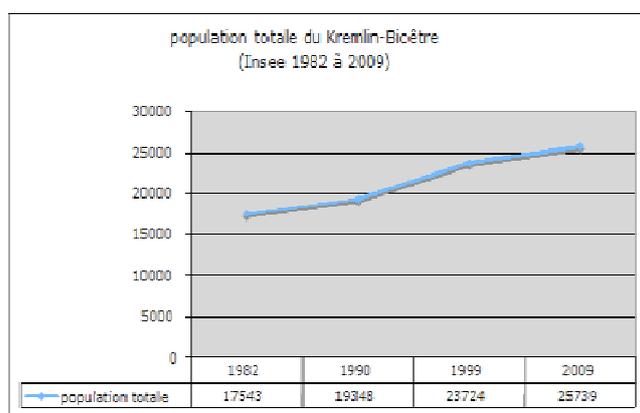
Au sein de la CAVB, la commune est limitrophe des villes de Gentilly, Arcueil, Villejuif et, hors CAVB, de la commune d'Ivry sur Seine.

Le Kremlin-Bicêtre a une superficie réduite : 154 hectares, avec trois emprises importantes : le Fort (lieu appartenant à la défense nationale), le Centre Hospitalier Universitaire Bicêtre, et le cimetière.

D'un point de vue administratif, la commune est constituée de quatre quartiers, et caractérisée par un certain clivage entre le 'haut' et le 'bas'. En effet il existe, d'une part, les deux quartiers du 'bas' : « La Mairie-Salengro » et « Les Coquettes les plantes », proches des commerces et de la ville de Paris, et constitués surtout de logements de bailleurs privés. On trouve d'autre part dans le 'haut' de la ville les quartiers « Les Martinets- Le Fort » et « Les Barnufles-les Glacis », le secteur de la ville le plus récent, constituée de nombreux logements sociaux. C'est au sein de ces deux derniers quartiers que l'Etat a reconnu, dans le cadre du CUCS 2007-09, deux zones prioritaires⁵².

Données sociodémographiques :

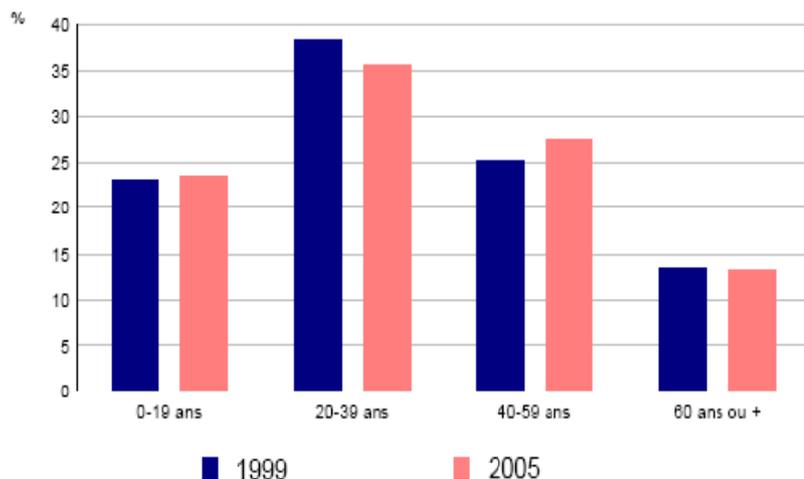
Evolution démographique



⁵² Ces zones sont respectivement classées 2 pour la zone Closeaux-Martinets (au sein du quartier Les Martinets-Le Fort), et 3 pour la zone des Barnufles (au sein du quartier Les Barnufles-Les Glacis).

Avec ses 25 739 habitants en 2009, la population du Kremlin-Bicêtre a augmenté régulièrement depuis 1982, même si cette croissance semble moins importante depuis 1999.

Structure par âge :

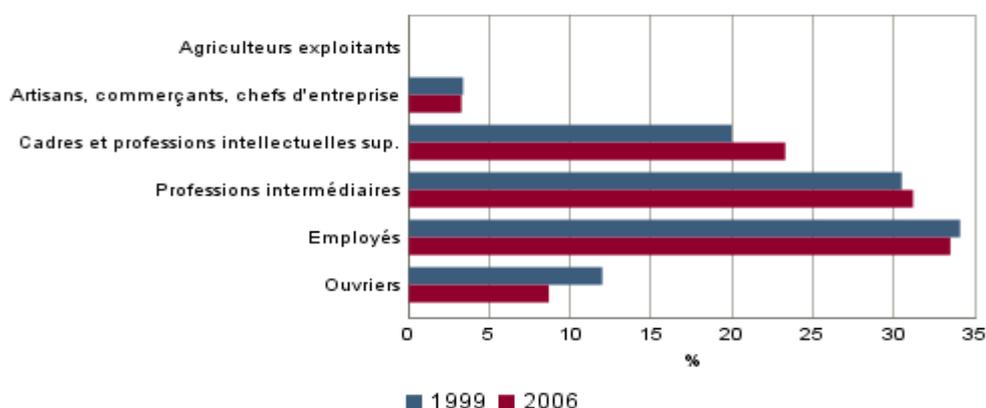


22,4% des Kremlinois ont moins de 20 ans et 38,7% ont entre 20 et 39 ans (contre respectivement 26% et 29,6% dans le Val-de-Marne).

Par ailleurs, 14,3% ont plus de 60 ans (17,6% dans le Val-de-Marne). La population du Kremlin-Bicêtre apparaît donc, en comparaison avec le département, relativement jeune.

Sources : Insee, Enquêtes annuelles de recensement 2004 à 2006
RP99 - Exploitations principales

Emplois par catégorie socioprofessionnelle



Sources : Insee, RP1999 et RP2006 exploitations complémentaires lieu de travail.

En 2006, les actifs ayant un emploi (soit 67,4% de la population de 15 à 64 ans) étaient composés principalement d'employés (33,5%) et de professions intermédiaires (31,2%). On peut noter une présence non négligeable de cadres (23,3%), en augmentation (+ 3,3% par rapport à 1999). On peut observer le phénomène inverse pour les ouvriers, qui ne représentent que 8,7 % des actifs ayant un emploi (baisse de 3,4% depuis 1999).

On peut par ailleurs noter un taux de chômage, en 2006, de 11,1%, soit singulièrement le même que celui du département du Val de Marne.

2-La population pauvre de la ville du Kremlin-Bicêtre :

a) Les données qualitatives

Les acteurs de terrain rencontrés partagent tous l'avis que la population du Kremlin-Bicêtre est très hétérogène : selon eux, cohabitent au Kremlin-Bicêtre tout autant des cadres qui travaillent à Paris (ce que confirme la part en augmentation de cadres parmi la population active ayant un emploi), qu'une population de type 'classe moyenne' et que des personnes plus en difficulté.

Concernant ce dernier groupe, tous soulignent sa présence certaine sur la ville, mais de manière proportionnellement moins importante que dans d'autres villes aux alentours (Ivry, Villejuif...) ; ils expriment donc des difficultés à le cerner et à le caractériser.

Il semble cependant se dégager de leurs impressions globales, quelques éléments de typologie des populations pauvres de la ville.

Tout d'abord, les acteurs insistent sur la mixité du public d'un point de vue de la composition des ménages : il y aurait en effet autant de familles (monoparentales ou non) que de personnes seules.

Ensuite, tout en indiquant que la population d'origine française n'est pas épargnée, beaucoup insistent sur l'existence d'une population pauvre étrangère ou d'origine étrangère, et parfois en situation irrégulière. Ceci est probablement dû à l'existence, au Kremlin-Bicêtre, de plusieurs associations de domiciliation (Dom 'Asile et le Secours Fraternel 94⁵³), ainsi que du COMEDE au CHU.

⁵³ Les missions de ces associations seront expliquées plus longuement dans la partie B.

Cette population, souvent hébergée par un tiers ou à l'hôtel, semble vivre, pour la majorité d'entre elle, dans des conditions précaires (surpopulation, humidité des logements...).

Si la proportion d'étrangers au Kremlin-Bicêtre était, d'après les recensements INSEE 2006, inférieure à la moyenne départementale (11,7% de la population totale contre 12,6% dans le Val de Marne), il est fort possible qu'elle ait augmenté ces 4 dernières années, ce que peut laisser penser notamment la hausse de demandes d'ouverture de droits à l'Aide Médicale d'Etat⁵⁴ auprès de la permanence de la mission sociale de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), de 44,2% en 2009 par rapport à 2008.

La grande majorité des acteurs traitant avec la population pauvre, notent une augmentation de celle-ci sur les dernières années, probablement liée aux conséquences de la crise financière.

Ainsi, le Centre Communal d'Action Sociale a connu, en 2009, une augmentation de 15% d'attribution d'aides alimentaires (avec 256 familles en 2009, contre 222 en 2008).

Les Restos du Cœur, quant à eux, ont observé entre les campagnes 2007-08 et 2009-10, une hausse de fréquentation (de personnes ou familles inscrites, c'est-à-dire qui rentrent dans la catégorie du seuil national défini par les Restos – environ équivalent au seuil du RSA) de 26%.

Enfin, le Club Lacroix (équipement municipal destiné aux loisirs des retraités, et qui accueille ces derniers ainsi que le personnel communal qui le souhaite pour le self le midi, avec des prix basés sur le quotient familial) remarque qu'entre septembre 2008 et aujourd'hui, le nombre de retraités reçus pour le repas est passé de 30 à 100 !

b) Les données quantitatives :

L'existence d'une population pauvre à Kremlin-Bicêtre, bien que peu flagrante au premier abord, est confirmée par les données quantitatives existantes.⁵⁵

⁵⁴ L'Aide Médicale d'Etat (AME) est une couverture santé destinée aux personnes de nationalité étrangère qui résident en France de façon ininterrompue depuis plus de 3 mois mais ne disposent pas d'un titre de séjour, et qui justifient de ressources annuelles ne dépassant pas le plafond applicable pour l'admission à la CMU-C.

⁵⁵ Ces données quantitatives sont issues des données INSEE 2009, CAF 2006 et DGI 2006. Quelques unes des exploitations des données sont issues des études ARFOS (réalisé en mars 2009 pour le Centre Social) et Regroupement Implantation Redéploiement (RIR) Ile de France (état des lieux et perspectives sur les soins en libéral à Kremlin-Bicêtre en 2008).

Part des foyers fiscaux non imposables en 2006

En 2006, 34,7% des Kremlinois ne sont pas imposables. C'est donc une situation intermédiaire entre l'Île de France (27%) et le Val de Marne (42%).

Source : DGI, l'impôt sur le revenu en 2006

	2006					
	Ile-de-France		Val-de-Marne		Le Kremlin-Bicêtre	
Nb foyers fiscaux	6 584	100%	729 836	100 %	14 010	100 %
	667					
Dont imposables	4 122	63%	426 071	58 %	9 151	65,3 %
	865					

Distribution des revenus annuels déclarés en euros par unité de consommation en 2006

	Kremlin-Bicêtre	Val de Marne
Limite du 1 ^{er} quartile	12 088	11 270
Limite du 2 ^{ème} quartile (médiane)	19 288	19 420
Limite du 3 ^{ème} quartile	27 970	28 736

Source : INSEE, Revenus fiscaux localisés des ménages, 2006

La moitié des ménages de la ville vit avec moins de 19 288 euros annuels par unité de consommation (UC), soit environ 1 608 euros par mois par UC.

Le quart des ménages vit avec un revenu annuel par UC inférieur à 12 088 euros, soit environ 1 000 euros par mois par UC (ce chiffre est, à l'échelle du département, de 939 euros/mois/UC).

Cela signifie donc que le quart de la population vit avec un maximum de 1 000 euros par mois par unité de consommation (pour indication, le seuil de pauvreté établi à l'échelle nationale pour 2006, s'élevait à 871 euros/mois/UC).

Allocataires CAF à bas revenus et personnes couvertes

	Kremlin-Bicêtre			Val de Marne		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Nombre d'allocataires à bas revenus	1055	1142	1180	57 254	57 343	59 041
Personnes couvertes par les bas revenus	2316	2374	2479	131 858	128 510	133 061

Source : CAF

En 2006, près de 2500 personnes sont couvertes par les dossiers d'allocataires à bas revenus⁵⁶. Autrement dit, près de 2500 personnes vivent sous le seuil de pauvreté.

Entre 2004 et 2006, le nombre de personnes couvertes CAF vivant sous le seuil de pauvreté a augmenté de 7 %, ce qui correspond à l'évolution globale de la population allocataire.

Taux de couverture CAF par les bas revenus en 2006 :

	Kremlin-Bicêtre	Val de Marne
Taux de couverture par les bas revenus	9,6 %	10,2 %

Sources : CAF et INSEE

En comparant les données CAF 2006 et les données du dernier recensement de l'INSEE, on constate que les personnes couvertes par les dossiers d'allocataires CAF vivant sous

⁵⁶ Un allocataire à bas revenus est quelqu'un de moins de 65 ans dont le Revenu par Unité de Consommation (RUC) est inférieur au seuil de bas revenus fixé à 60 % du RUC médian.

Du fait de quelques distinctions avec l'INSEE, le seuil de bas revenus CAF diffère du seuil de pauvreté INSEE. Pour information, en 2006 : l'INSEE fixait le seuil de pauvreté à 880 € par mois alors que la CAF fixait le seuil de bas revenus à 871 €.

Ce taux a le grand avantage de pouvoir être décliné à un niveau géographique fin, notamment communal et infra-communal. Cependant, les données CAF écartent les allocataires du régime agricole (ce qui importe peu dans la commune très urbaine de Kremlin-Bicêtre) ainsi que la population âgée de 65 ans et plus.

le seuil de pauvreté, représentent près de 10% de la population totale de la ville (soit un taux légèrement inférieur à la moyenne départementale).

B- Les structures existantes et les actions développées : des réponses nombreuses et variées aux besoins de santé de la population pauvre :

Les différentes structures de soins, institutionnelles, associatives et sociales, à destination des populations pauvres du Kremlin-Bicêtre sont nombreuses et variées. Le choix est fait ici d'axer l'étude spécifiquement sur les structures destinées aux **populations pauvres** (et ainsi de peu développer les dispositifs communs à toute la population du Kremlin-Bicêtre –médecine libérale, établissements médico-sociaux...-), et sur les structures présentes **au Kremlin-Bicêtre même** ou à très grande proximité.

1-Les services de soins

On peut noter qu'il existe pour la population du Kremlin-Bicêtre de nombreux services de soins, au sein de la ville, comme à proximité. En outre, il existe plusieurs dispositifs de soins spécifiquement destinés aux populations pauvres.

L'offre libérale :

Il y avait en 2008, 44 médecins en activité, dont 16 omnipraticiens (soit 36,4% du total des médecins) et 28 spécialistes (soit 63,6% du total).

Tous médecins confondus, la densité médicale est plus élevée que celle du Val de Marne, avec 17,6 médecins pour 10 000 habitants, contre 15,8 pour le Val de Marne.

La densité d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes et de chirurgiens-dentistes est légèrement inférieure à la moyenne départementale.

Les établissements de santé :

La ville héberge le **CHU Bicêtre** (établissement AP-HP MCO) sur son territoire.

Concernant très spécifiquement les personnes en situation de précarité, cet hôpital contient une **Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)**.

Cette dernière est ouverte trois jours par semaine ; elle est constituée de trois médecins, de deux infirmières et d'une assistante sociale.

La PASS effectue, en cas de nécessité, des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements (qui sont délivrés gratuitement). Elle accompagne également les patients dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

La PASS est donc a priori destinée aux personnes qui n'ont pas de couverture santé⁵⁷, mais le médecin coordinateur de la PASS de Bicêtre souligne que celle-ci permet également de soigner les personnes qui font l'objet de refus de soins auprès de médecins libéraux (notamment certaines personnes bénéficiaires de la CMU).

Selon le médecin coordinateur, il y a entre 600 et 700 consultations par an et, dans le cadre de ces consultations, la majorité des patients sont des anciens détenus : en effet deux des médecins de la PASS travaillent également au sein de centres pénitentiaires, et leurs patients souhaitent continuer à être suivis par eux (majoritairement pour des VIH et des hépatites virales).

Ensuite, le reste des patients provient surtout du **Comité Médical des Exilés (COMEDE)**, présente au sein du CHU de Kremlin- Bicêtre.

Les patients de la PASS de Bicêtre sont majoritairement issus du Val de Marne et des départements alentour (Paris, Seine-Saint-Denis).

Il existe également au sein du CHU les locaux du Comité Médical des Exilés (COMEDE), crée en 1979 par Amnesty International, la CIMADE et le Groupe Accueil Solidarités, pour offrir une prise en charge médico-psycho-sociale aux personnes exilées. Cette association est ouverte à tout étranger en situation de vulnérabilité particulière, pourvu de couverture santé ou non. En 2009, environ 3900 personnes sont venues consulter à l'Espace Santé du COMEDE⁵⁸, la majorité d'entre elles étant demandeurs d'asile.

Un tiers de ces personnes viennent du département du Val de Marne : si certaines parmi elles sont domiciliées au Kremlin-Bicêtre, le médecin coordinateur du COMEDE n'a cependant pas le sentiment qu'elles soient très nombreuses.

⁵⁷ Cela peut-être le cas d'étrangers en situation irrégulière qui sont présents depuis moins de trois mois sur le territoire français (et ne peuvent donc pas bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat), ou encore de personnes sans ou en attente de droits (qui ne bénéficient pas encore de la CMU).

⁵⁸ Le COMEDE a en effet deux locaux : celui de l'Espace Santé au CHU Bicêtre, et celui de l'Espace Santé Droits, basé à Aubervilliers. La grande majorité des consultations a lieu à l'Espace Santé du CHU Bicêtre.

Les Centres Municipaux de Santé :

La ville du Kremlin-Bicêtre n'a plus de Centre Municipal de Santé depuis la fin des années 80 mais les 6 autres villes de l'agglomération en ont toutes un, et notamment, les plus proches : Villejuif, Gentilly et Arcueil. A noter également, à proximité du Kremlin-Bicêtre, le CMS d'Ivry sur Seine. Tous proposent des consultations variées de généralistes et de spécialistes, des soins à domicile, et trois d'entre eux réalisent également des soins dentaires.

Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) :

Il existe dans la ville du Kremlin-Bicêtre un CMP enfants (0-18 ans) et un CMP adulte, qui assurent des consultations pour la santé mentale.

2-Les services institutionnels :

Les services municipaux

Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) a pour missions l'accueil, l'information et l'orientation des publics en difficulté. L'équipe est étoffée, puisque deux postes ont été créés en 2006 et 2007 : un poste de Conseillère en Economie Sociale et Familiale et un poste de référent RMI (qui traite aujourd'hui l'instruction des dossiers RSA).

Le CCAS distribue des aides alimentaires hebdomadaires, sous forme de bons alimentaires.

Il a mis en place, depuis mars 2009, un atelier cuisine, dans lequel le thème de la santé est souvent abordé. La genèse de cet atelier est d'optimiser l'utilisation des aides existantes dans la ville (bons alimentaires du CCAS, colis alimentaires des Restos du Cœur) et ce particulièrement pour les personnes vivant à l'hôtel. Cet atelier est réalisé en partenariat avec le Centre Social et avec les Restos du Cœur.

Il convient de noter également la mise en place en 2009, en partenariat avec l'Espace Départemental des Solidarités, de Parcours d'Accompagnement et des Savoirs vers l'Emploi (P.A.S.E.), une action collective permettant « la remise à l'emploi » d'un public fragilisé résidant sur la communauté d'agglomération du Val de Bièvre et inscrit à l'ANPE (avec trois publics cibles : un public très éloigné de l'emploi, un public en cours d'élaboration d'un projet professionnel et un public proche de l'emploi).

Le Service de Maintien à Domicile propose plusieurs services : un service d'aide à domicile (constitué de dix agents : auxiliaires de vie sociale et aides à domicile), un service de transport de courses lourdes, et un service de portage de repas à domicile. Le prix de tous ces services est établi sur la base du quotient familial.

La Protection Maternelle et Infantile (PMI) municipale : il existe, en plus d'une PMI départementale basée à Gentilly et dont le public est pour moitié de Gentilly et pour moitié du Kremlin-Bicêtre, une PMI municipale, qui était une promesse de campagne du maire lors de sa première élection. La mission de cette dernière consiste donc à accueillir gratuitement les bébés et enfants de moins de 6ans, ainsi que leurs parents, pour des consultations pédiatriques, des pesées et des conseils de tous genres prodigués par les puéricultrices, le maître mot de ce service étant la prévention.

Le Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF), est intégré à la PMI municipale : ses missions consistent en l'accueil, l'écoute et l'orientation des femmes, ainsi que des consultations gynécologiques.

Le Centre Social (ou Centre d'Animation) est un centre municipal, agrémenté par la CAF, qui existe depuis 2001. Il répond à trois missions principales :

- Un équipement de quartier à vocation sociale globale, ouvert à l'ensemble de la population mais qui doit prendre en compte les difficultés économiques des familles et des jeunes, et répondre en priorité aux problèmes sociaux des populations les moins favorisées ;
- Un équipement à vocation familiale et pluri – générationnelle, avec l'organisation d'activités : le 'café des familles' (discussions sur les relations « parents enfants » avec la présence ponctuelle d'une psychologue) et des activités culturelles (cours de sculpture, guitare...);
- Un lieu d'animation de la vie sociale avec des permanences régulières d'associations (Secours Catholique, Association d'Aide aux devoirs, association de locataires...).

Le Club Lacroix, est un équipement municipal qui existe depuis 17 ans sur la ville. Sa mission est de proposer des animations et loisirs en direction des retraités et personnes âgées pour rompre l'isolement.

Les services départementaux

Il existe une antenne locale de **l'Espace Départemental des Solidarités**, équipement du Conseil Général du Val de Marne qui aide les Kremlinois pour toute

difficulté sur le plan individuel, familial, économique ou social. Cette antenne locale, basée dans la ville voisine de Gentilly, est composée de 3 assistantes sociales affectées au suivi des Kremlinois.

La PMI départementale, ainsi que son CPEF rattaché sont basés à Gentilly.

La mission bucco-dentaire pour les bénéficiaires du RSA propose une « enveloppe de soins bucco-dentaires gratuite », regroupant des actes non remboursés par la CMU complémentaire, ce qui ouvre ainsi l'accès pour les bénéficiaires du RSA à un éventail thérapeutique plus large. Pour bénéficier de cette aide, le public doit s'adresser (par l'intermédiaire du Conseil Général) à un chirurgien-dentiste du Réseau Social Dentaire 94.

Enfin, le Conseil Général propose des aides sociales (aides EDF, aides GDF et chèques mobilité) qui sont instruites par le CCAS.

Les services relevant de l'Assurance Maladie

Les Missions sociales de la CPAM : La CPAM du Val de Marne se déplace dans deux lieux du Kremlin-Bicêtre (le CCAS et le CHU), pour permettre aux habitants de demander l'ouverture de droits à l'AME, la CMU ou CMU-C.

A noter également une **permanence de la CAF** et de la Caisse Régionale d'Assurance-Maladie avec plusieurs assistantes sociales une matinée par semaine.

Un service sui generis ⁵⁹: la Mission locale

La mission locale a une fonction d'accueil, d'information, d'orientation et de suivi des jeunes de 16 à 25 ans pour favoriser leur insertion sociale et professionnelle.

3-Structures et associations à vocation sociale :

Les Restos du Cœur, qui existent depuis environ 15 ans au Kremlin-Bicêtre (pour les populations du Kremlin-Bicêtre, de Gentilly et d'Arcueil, avec une majorité du public venant du Kremlin-Bicêtre), distribuent des colis alimentaires. La campagne des Restos a

⁵⁹ Le terme 'sui generis' est utilisé ici pour caractériser le caractère hybride la Mission Locale : association de loi 1901, elle est financée à 100% par des services institutionnels. D'où le choix de la placer malgré tout dans la catégorie 'services institutionnels'.

lieu de décembre à mars, et l'inter campagne (qui touche les publics les plus en difficulté) a lieu en avril, mai, juin, septembre et octobre. Les Restos du Cœur ont également un 'point d'écoute' tous les matins, avec une bénévole présente, qui oriente le public vers d'autres structures et associations si besoin.

Le Secours Catholique développe dans son antenne du Kremlin-Bicêtre des activités d'aide à l'alphabétisation, et d'écrivain public. Il parraine également l'association Dom' Asile, qui réalise des domiciliations.

La Croix Rouge est également présente, avec une maraude du SAMU Social tous les soirs sur la délégation locale Kremlin-Bicêtre/Gentilly/Villejuif.

L'association Accueil Fraternel 94, qui relève du diaconat de la paroisse protestante du Kremlin-Bicêtre, a deux missions principales : elle fait office de vestiaire et établit des domiciliations pour les personnes sans domicile stable.

L'Association Enfants du Monde Droits de l'Homme accueille des mineurs isolés étrangers. Elle a pour mission de s'occuper d'eux en attendant que l'Aide Sociale à l'Enfance les reconnaisse comme mineurs et les prenne en charge.

L'Association Fondation Maison des Champs offre un hébergement temporaire et un accueil médico-psycho-social pour les personnes touchées par une pathologie chronique et invalidante.

C- Synthèse des difficultés et des demandes exprimées par les professionnels et les habitants :

1) Une offre importante et variée, mais une absence de lisibilité pour les professionnels comme pour les habitants

S'il existe clairement une offre importante pour les populations pauvres du Kremlin-Bicêtre, comme cela a été démontré dans la partie B, il semble qu'elle soit véritablement peu lisible et mal identifiée, pour les professionnels comme pour les habitants, conduisant à une sous-fréquentation de certaines structures.

Concernant spécifiquement les professionnels sur le territoire, c'est tout d'abord la PASS qui est la moins bien connue. Ainsi, des associations comme les Restos du Cœur et Accueil fraternel, et des institutions comme la Mission locale ne la connaissent pas, et regrettent le manque de lisibilité des dispositifs de santé qui existent pour les personnes avec peu de moyens. Parmi les autres acteurs, si certains la connaissent de nom, ils ne sont pas très au fait de son fonctionnement.

D'après le médecin coordinateur de la PASS, il semblerait que cette dernière n'ait effectivement pas pu, jusqu'ici, travailler sur la création d'un réseau et de partenariats, faute d'un médiateur santé. Même si le poste n'a toujours pas été créé, la PASS ressent aujourd'hui le besoin de créer des partenariats avec les acteurs du territoire, et notamment avec les médecins libéraux et les associations. Le médecin coordinateur explique ainsi qu'il existe un projet, dans un futur proche, d'envoi de courriers aux médecins libéraux du département du Val de Marne pour les informer de l'existence de la PASS.

Le COMEDE est le deuxième organisme le moins bien connu : plusieurs acteurs importants en termes de suivi de populations pauvres (l'Association Accueil Fraternel, la Mission Locale) n'en ont pas entendu parler.

Enfin, si les CMS sont majoritairement connus des professionnels, beaucoup ne travaillent qu'avec un seul d'entre eux (celui de Gentilly, notamment, est souvent cité), et n'ont donc aucun lien avec les autres: ceux d'Arcueil, Villejuif et Ivry.

Si les professionnels sont mal informés de l'existence de certains dispositifs de santé pour les plus démunis, l'échantillon d'habitants ayant répondu au questionnaire en ont une ignorance quasi totale : ainsi, sur les 15 personnes interrogées, seule l'une d'entre elles connaissait l'existence et la mission des CMS (cette ignorance de la population concernant les CMS est d'ailleurs confirmée par le nombre très faible de consultations des Kremlinois dans les CMS environnants), et aucune ne connaissait la PASS. C'est d'ailleurs le principal problème relevé par le questionnaire distribué aux habitants⁶⁰.

⁶⁰ En effet, il ne se dégage pas de l'analyse du questionnaire d'autres problèmes particuliers concernant les populations pauvres. S'il transparaît du questionnaire certaines autres difficultés (notamment la fréquentation quasi systématique des urgences du CHU le soir et le week-end), celles-ci n'étant pas uniquement propres à la population pauvre, j'ai jugé qu'elles allaient au-delà de la sous-question que je souhaite traiter ici.

2) L'absence de CMS: une nostalgie, et un manque pour beaucoup d'acteurs

Parmi les professionnels qui dirigent des Kremlinois vers les Centres Municipaux de Santé des villes environnantes, beaucoup soulignent que si certains CMS prennent parfois des patients rapidement en cas d'urgence, il y a de manière générale une très longue liste d'attente.

En outre, les acteurs soulignent aussi que les CMS s'occupent de la population de leur ville en priorité. Ceci a d'ailleurs été confirmé par le CMS dentaire d'Ivry, qui n'a pour cette raison accueilli aucun Kremlinois pour des consultations cette année.

Enfin, ils constatent que les CMS étant extérieurs au Kremlin-Bicêtre, certaines personnes ne peuvent s'y rendre, notamment les personnes âgées avec des difficultés de déplacement.

De nombreux acteurs qui fréquentaient l'ancien 'dispensaire' du Kremlin-Bicêtre le regrettent donc, et souhaitent que la municipalité se positionne en faveur de la création d'un CMS.

3) Les thèmes de santé prioritaires : la santé mentale et la santé bucco-dentaire et oculaire

Tous les acteurs s'accordent pour dire que la santé n'est pas une priorité pour les publics les plus en difficulté. Pour prendre soin de sa santé, il faut s'assumer financièrement et être en forme sur le plan moral, ce qui ne semble pas être le cas de la majorité du public suivi. Ils soulignent par contre la très grande importance, pour le public en difficulté, de la santé de leurs enfants.

D'après les acteurs rencontrés, il semblerait que les deux thèmes prioritaires pour le public pauvre du Kremlin-Bicêtre soient la santé mentale, ainsi que la santé bucco-dentaire et oculaire.

La santé mentale semble constituer un problème majeur pour ces publics. D'après la Mission Locale, c'est le premier problème de santé chez les jeunes suivis. Le personnel du CCAS, quant à lui, fait part du problème des personnes ayant des difficultés psychiques qui « *font le tour des institutions* », car elles sont à la frontière entre le social et le sanitaire. Celles-ci « *ne rentrent pas dans les cases* », car elles ne sont pas assez malades pour être prises en charge par le sanitaire, et ne correspondent pas totalement à l'offre des services sociaux non plus.

La PMI remarque qu'elle a des difficultés pour gérer les souffrances psychologiques des personnes migrantes, un public relativement important de la structure.

Enfin, le Secours Catholique relève des cas de plusieurs personnes suivies depuis des années par l'écrivain public, et « *dont les courriers relèvent de toute évidence de troubles de type paranoïaque, délire de la persécution, dépression* ».

La santé bucco-dentaire et oculaire semble être le deuxième thème le plus urgent pour les populations pauvres du Kremlin-Bicêtre. Nombre d'acteurs relèvent en effet les impossibilités financières de ces personnes à se faire soigner les dents et à se financer des prothèses dentaires et des lunettes. Le service Maintien à Domicile note ainsi que certaines personnes âgées n'ont plus de dents et n'ont pas les moyens de s'offrir un appareil dentaire, ce qui entraîne des difficultés de mastication.

Paradoxalement, d'après les résultats du questionnaire, seules 15,4 % des personnes interrogées disent limiter leurs consultations chez un dentiste ou un ophtalmologue et/ou l'achat de prothèses et de lunettes pour des raisons financières.

4) Un cloisonnement et une méconnaissance des acteurs entre eux

Soulignons une cause logique de l'absence de lisibilité des dispositifs : les différents acteurs sur le territoire semblent se connaître très peu entre eux, ce qui tend à créer une certaine forme de cloisonnement.

Un acteur arrivé il y a une dizaine d'années dans la ville raconte ainsi qu'à son arrivée, il n'y avait pas de « *culture de partenariat* » entre les services de la ville, et qu'il a fallu la créer. Selon cet acteur, cette culture existe maintenant entre les services municipaux, mais est toujours « à la traîne » avec et entre les associations. La construction d'une Maison de la Citoyenneté et de la Vie Associative depuis fin 2008 devrait cependant y remédier.

En outre, il semble exister deux cloisonnements importants sur la ville. Il s'agit tout d'abord d'un cloisonnement entre le CMP adultes, structure de statut hospitalier, et les services et associations présents sur la ville. Ainsi, le CCAS, la Mission Locale et l'association Fondation Maison des Champs notamment relèvent non seulement des délais extrêmement importants pour obtenir un rendez-vous –deux à trois mois selon la Mission Locale-, mais également une impossibilité de dialoguer et de créer des liens avec le CMP. Tous constatent en effet, après avoir dirigé des personnes vers le CMP,

qu'ils n'ont eu aucun retour de la part de ce dernier. La Fondation Maison des Champs explique ainsi être « *toujours obligée d'aller à la pêche aux infos (...) il n'y a jamais de retour* ». De plus, la Mission Locale exprime des inquiétudes quant à la manière de fonctionner du CMP : lorsqu'elle souhaite y envoyer des jeunes, le CMP demande en effet qu'il y ait une demande par écrit pour obtenir un rendez-vous, démarche très difficile pour un jeune qu'il a déjà fallu convaincre de s'adresser à la structure CMP.

Le deuxième cloisonnement qui transparaît des entretiens concerne les relations entre les services municipaux et les institutions de la Sécurité Sociale. Les personnels du CCAS remarquent que beaucoup de Kremlinois leur confient avoir été mal accueillis à la Caisse de Sécurité Sociale. De plus, les personnels de la CCAS trouvent les services de la Sécurité Sociale peu ouverts et peu accessibles : ils mentionnent « *beaucoup de boulettes faites dans les dossiers* », des informations contradictoires.... Enfin, ils soulignent qu'il existait auparavant dans le département des numéros privilégiés pour contacter les travailleurs sociaux de la CAF ; ce qui favorisait la coordination.

En conclusion, il semble que les problèmes repérés sur le terrain, notamment l'absence de lisibilité de nombreux dispositifs et les formes de cloisonnement existantes, démontrent clairement l'opportunité de mettre en place un ASV. Ce dernier permettrait en effet aux acteurs de mieux se connaître et, par la suite, favoriserait une coordination pour traiter les problèmes ressentis ici comme majeurs, à savoir la santé mentale et la santé bucco-dentaire et optique.

La mise en place d'une coordination par le biais d'une démarche que pourrait conduire l'ASV, semblerait d'autant plus pertinente que deux facteurs qui ont émergé lors des entretiens vont dans ce sens.

Il s'agit tout d'abord de la bonne collaboration existante entre les services municipaux : ces derniers s'engagent en effet sans difficulté dans des actions communes (comme l'action 'atelier cuisine' par exemple).

Il s'agit ensuite de l'ouverture de certains acteurs vers une potentielle coordination. Ainsi, l'organisation par la mairie d'une table ronde sur les solidarités (pour la première fois fin 2009), qui a regroupé de nombreux acteurs sociaux du territoire, a recueilli un sentiment de satisfaction unanime : tous ont trouvé intéressant de rencontrer d'autres participants, et se disent ouverts, d'une manière générale, à d'éventuels partenariats. Une association a même formulé très clairement son souhait de concrétisation d'une coordination sur le territoire.

Troisième Partie : La mise en place d'un atelier santé ville, une démarche opportune ...à moyen terme

Ainsi qu'il a été démontré dans la partie précédente, l'état des lieux des problèmes posés par la réponse aux besoins de santé de la population démunie révèle un réel besoin de coordination santé, ce qui justifierait la mise en place d'un Atelier Santé Ville. Si la première sous-question de cette étude est ainsi validée, il s'agit dorénavant de s'intéresser à la deuxième sous-question, à savoir l'opportunité financière et politique de la mise en place d'un ASV à court terme.

Suite aux entretiens réalisés avec quatre coordinateurs d'ASV et à l'étude de la situation locale de Kremlin-Bicêtre, il apparaît qu'il existe des freins non négligeables à la mise en place d'un ASV à court terme (A), et qu'il convient dès lors d'instituer dans un premier temps une coordination santé classique, préfiguratrice d'un ASV (B).

A- Les freins à la mise en place d'un ASV à court terme

Selon Laurent EL GHOZI, la principale condition à la mise en place d'un ASV est l'existence d'un diagnostic local : *«Le diagnostic local est le point de départ de la mobilisation et de la programmation. De sa qualité dépendent la dynamique du processus dans la durée, la pertinence des actions proposées et donc leur légitimité aux yeux de tous : élus, au-delà du seul élu à la santé (qui doit en permanence convaincre le maire et ses collègues...), services de l'Etat – copilote et co-financeur-, professionnels sollicités et plus encore habitants⁶¹. »*

Si ceci s'avèrera bientôt être une condition remplie pour la ville du Kremlin-Bicêtre, puisque le diagnostic est en cours de réalisation, la situation locale révèle cependant plusieurs freins à la mise en place d'un ASV à court terme.

⁶¹ EL GHOZI L., mai/juin 2009, « La démarche ASV, pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé », *La revue du soignant en santé publique*, n°31

1/ L'absence de véritable adhésion et de volontarisme des acteurs

Les Ateliers Santé Ville reposant sur le principe de transversalité, les différents coordinateurs rencontrés soulignent la nécessité d'une véritable adhésion et d'un réel volontarisme des acteurs, pour que l'ASV voit le jour et soit pérenne. Les coordinateurs insistent sur l'adhésion préalable des différents services de la ville, et des acteurs de santé sur la ville, ainsi que sur l'existence de précédents en termes d'actions de santé coordonnées. Le cas contraire, l'ASV risquerait de ne pas fonctionner, voire même de ne pas être financé par l'ACSE (dont les conditions de financement deviennent, selon une coordinatrice, de plus en plus draconiennes).

Concernant les différents services de la ville, tous les coordinateurs avertissent du risque qu'ils soient méfiants, voire défiants, vis-à-vis de la mise en place d'un ASV. Pour expliciter ceci, le fondateur de l'ASV de Gentilly utilise l'image du 'saucisson' : selon lui, les services de la ville fonctionnent comme des « tranches de saucisson », dans le sens où chaque service est en autarcie puisqu'il a son propre responsable et est évalué par rapport à la façon dont il fonctionne. Or, du fait de la transversalité du terme 'santé' de l'Atelier Santé Ville, « l'ASV en lui-même génère l'impression de vouloir tout diriger », ce qui engendre des conflits de pouvoir avec les différents services, et a fortiori des difficultés importantes de coopération.

D'où la nécessité, préalablement à la mise en place de l'ASV, d'éclaircir la situation avec les différents services, en leur expliquant concrètement la philosophie de l'ASV : un fonctionnement grâce et pour les services, et non à la place de ces derniers. De plus, il apparaît primordial que le Directeur Général des Services soit convaincu du projet, car c'est aussi cela qui conditionne la transversalité interservices et la légitimité du coordinateur d'ASV. A propos de ce dernier, Laurent El Ghazi explique en effet clairement que « son 'positionnement' au sein de l'équipe municipale, sa 'visibilité' et sa légitimité affichée par l'équipe municipale sont des facteurs importants pour la réussite de sa mission⁶² ».

Les coordinateurs d'ASV expliquent aussi l'importance de l'adhésion des autres acteurs de santé de la ville, tels que les professionnels de santé (médecins libéraux, hôpitaux), une adhésion qu'il est relativement difficile à obtenir si ce n'est par le biais d'actions communes déjà existantes. Ainsi, si l'ASV de Gentilly, créée en 2002, a été si

⁶² EL GHOZI L., mai/juin 2009, « La démarche ASV, pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé », *La revue du soignant en santé publique*, n°31

bien accepté et a donc si bien fonctionné dès son origine, c'est parce qu'il s'est basé sur une association créée en 1981, qui menait déjà, en réseau, des actions de santé participative et communautaire.

Or au Kremlin-Bicêtre, si les acteurs sont de manière générale ouverts à des partenariats, il est bien trop tôt pour parler d'adhésion ou de volontarisme. En effet, si les services municipaux et acteurs de santé de la ville rencontrés semblent favorables à des actions communes et à une coordination, cela ne semble pas être le cas de tous (notamment du service jeunesse, et des CMP qui n'ont toujours pas pris le temps de me rencontrer). De plus, la volonté concrète d'aller au-delà d'un partenariat, et de monter un réseau n'a été spontanément mentionnée que par un seul partenaire.

2/ Les freins financiers:

Tous les acteurs rencontrés font part de leurs inquiétudes concernant l'absence de pérennité des budgets de la politique de la ville, ce qui pose a fortiori la question de celle des ASV. L'absence de généralisation des ASV à l'ensemble des quartiers prioritaires (généralisation pourtant prévue pour fin 2008 par avis du CIV du 9 mars 2006 « Pour une politique de la ville renouvelée »), renforce bien entendu les incertitudes⁶³.

Dans un contexte où les coordinateurs d'ASV existants et bien implantés s'inquiètent de l'avenir de ces derniers, et n'hésitent pas à parler de « *rapports de force* » entre l'Etat (à travers l'ACSE) et les villes, il y a lieu de s'interroger sur les possibilités de financements de nouveaux ASV.

Ainsi, au Kremlin-Bicêtre, entre 2009 et 2010, le budget global de la politique de la ville est passé de 70 000 à 52 000 euros (sur un montant demandé en 2010 de 110 500 euros), et la demande de financement pour un diagnostic ASV a été refusée.

Parallèlement à l'inquiétude des acteurs concernant la pérennité du budget de la politique de la ville, il existe d'importantes incertitudes relatives au zonage de celle-ci.

En effet, le Parlement a modifié en 2007 la loi du 14 novembre 1996, en imposant une révision des ZUS, et de l'ensemble des quartiers prioritaires, tous les cinq ans : la loi de finances pour 2008 a donc imposé une première révision en 2009. Cette révision a été préparée par le biais de l'élaboration d'un livre vert, et via la consultation du CNV, des

⁶³ A ce propos, lors des Journées de la Prévention de l'INPES, le sociologue spécialisé en santé publique Fernando BERTOLOTTI a ironiquement parlé d'expérimentalisme, pour expliquer que concernant les ASV, l'expérimentation est devenue la règle : « *Les ASV, ce n'est plus de l'expérimentation, c'est de l'expérimentalisme* ».

associations nationales d'élus locaux et des grands réseaux associatifs impliqués dans la politique de la ville, ainsi qu'à travers une mission parlementaire, confiée par le Premier ministre au sénateur Pierre ANDRE et au député Gérard HAMEL.

Or, cette révision a ensuite été reportée d'une année, puis d'une deuxième (le dernier report en date ayant été annoncé par le Premier Ministre lors du CNV du 25 mai). 2011 sera donc l'année de la remise à plat de la géographie prioritaire, année de toutes les angoisses pour les quartiers dits prioritaires les moins en difficulté, puisque le Secrétariat Général à la Ville explique clairement vouloir « *concentrer davantage les moyens de l'État vers les collectivités et les quartiers qui en ont le plus besoin, comme l'a annoncé le gouvernement* ⁶⁴ ».

Il convient alors de se demander si les quartiers dits prioritaires du Kremlin-Bicêtre (quartiers de niveau 2 et 3) perdureront après 2011, ce qui laisse en suspens la possibilité de financement d'un ASV.

3/ Les freins politiques

Enfin, il semble exister au Kremlin-Bicêtre des freins politiques : internes et externes à la ville. Pour reprendre les propos d'une chargée de mission pour l'Institut Renaudot, interrogée à ce sujet : « *Les ASV sont beaucoup influencés par l'aspect politique : c'est ce qui peut en faire la richesse, c'est aussi ce qui peut freiner.* »

De manière interne à la ville, les coordonateurs d'ASV rencontrés insistent sur la nécessité d'une réelle volonté de fond des élus : ils doivent être convaincus de l'intérêt de la démarche ASV, non pas seulement pour l'image positive qu'elle renvoie, mais surtout pour sa philosophie.

En effet, si l'ACSE finance une partie du diagnostic et du salaire du coordinateur, les villes ou intercommunalités qui soutiennent le projet de l'ASV doivent être prêtes à apporter des fonds non négligeables, à savoir 34 % du financement global en moyenne.

Loin du 'court-termisme' politique, elles doivent également s'armer de patience avant d'obtenir des résultats concrets et évaluables : ainsi, tous les coordonateurs d'ASV insistent sur le temps nécessaire à la mobilisation des professionnels et des habitants et a fortiori à la mise en évidence de la plus-value des actions. Par exemple, la coordinatrice de l'ASV du 20^{ème} arrondissement de Paris explique qu'il a fallu deux ans pour que l'ASV soit bien identifié et du coup sollicité par les différents acteurs du territoire.

Sur ce point précis, il apparaît difficile à l'heure actuelle de cerner la position de la municipalité du Kremlin-Bicêtre.

⁶⁴ Portail de la Politique de la Ville, *Géographie Prioritaire*, (visité le 15 mai 2010), disponible sur internet : <http://www.ville.gouv.fr/?-Territoires-prioritaires->

Enfin, les coordinateurs d'ASV mettent l'accent sur l'implication de l'élue à la santé : cette dernière doit être suffisamment revendicatrice et reconnue pour donner du poids au projet d'ASV auprès des autres élus avant et lors de sa mise en place. Si la volonté et le dynamisme de l'élue à la santé du Kremlin-Bicêtre semblent ne pas faire de doutes, son statut d'élue déléguée et non d'adjointe, peut cependant constituer une faiblesse vis-à-vis des autres élus.

S'il y a un frein politique de taille, c'est également et surtout de manière externe à la ville, à travers l'existence de l'ASV de Gentilly, déjà mentionné dans cette étude. En effet, en 2000, lors de la mise en place de la Communauté d'Agglomération du Val de Bièvre, la ville de Gentilly avait proposé aux six autres communes la mise en place d'un ASV intercommunal. Mais, à l'aune des différences de couleurs politiques des sept villes de la CAVB, tous les maires avaient refusé, et tout particulièrement, aux dires des acteurs, celui du Kremlin-Bicêtre. Or, depuis, l'ASV de Gentilly a vu le jour et obtient des financements de l'ACSE sous le titre d'ASV... 'intercommunal', statut qui semble pour le moins exagéré puisque l'ASV de Gentilly a uniquement quelques actions très limitées avec les villes d'Arcueil et Cachan. Or, il est fort plausible que ceci soit à l'origine du refus de l'ACSE de financer le diagnostic santé de la ville de Kremlin-Bicêtre (et donc potentiellement, toute demande future de financement d'ASV).

En conclusion, et en réponse à la deuxième sous-question de cette étude, il apparaît donc que les freins relatifs au manque d'adhésion des acteurs, aux actuelles restrictions financières et au contexte politique local identifiés ici, constituent une barrière à la mise en place d'un ASV à court terme. Cependant, le projet d'un ASV au Kremlin-Bicêtre à moyen terme semble réaliste, à travers la mise en place d'une coordination santé préfiguratrice.

B- Préconisation: la mise en place d'une coordination santé préfiguratrice d'un ASV

La mise en place d'une coordination santé préfiguratrice d'un ASV a de nombreux intérêts, à court, moyen et long terme.

A court terme, elle devrait permettre de véritablement motiver les acteurs de santé et les élus pour la mise en place d'un ASV, en leur démontrant les vertus d'une coordination.

A moyen terme, ce volontarisme des acteurs, ainsi que les quelques résultats déjà obtenus à travers la coordination santé, devraient conduire au feu vert de l'antenne territoriale de l'ARS pour le financement (sous réserve, bien entendu, que les quartiers prioritaires de Kremlin-Bicêtre ne soient pas affectés par les modifications de zonage, et que la zone d'ombre concernant l'ASV de Gentilly soit résolue).

A long terme, cette première expérience de coordination santé et d'échange entre les acteurs devrait se traduire par une certaine pérennité de l'ASV, ce dernier étant dès lors reconnu et apprécié par les acteurs⁶⁵.

1-Une coordination préfiguratrice pour créer une adhésion commune au projet d'ASV :

a)La présentation de l'état des lieux, première étape vers un échange entre les acteurs et un diagnostic partagé

Comme il a été démontré dans la deuxième partie de ce travail, une des principales difficultés du Kremlin-Bicêtre est l'absence de lisibilité des dispositifs existants et le cloisonnement des différents secteurs.

La toute première démarche à effectuer consiste donc à inviter très largement et collectivement les acteurs, pour qu'ils se rencontrent et comprennent comment chacun travaille.

La présentation de l'état des lieux santé, réalisé durant mes six mois de stage serait à ce faire une occasion idéale, puisque je pourrais y inviter l'ensemble des acteurs que j'ai rencontrés. Avant la présentation formelle des résultats de l'état des lieux, pourrait tout d'abord se dérouler un tour de table, durant lequel chacun se présenterait rapidement. Puis, après la présentation de mon état des lieux, viendrait le moment d'introduire l'idée d'une coordination santé sur la ville.

Selon la chargée de mission de l'Institut Renaudot, il importe ici de ne pas soumettre de projet de coordination ficelé, mais au contraire de s'inspirer et de s'imprégner des attentes des acteurs. Il conviendrait donc de croiser les regards et de demander à chacun ce qu'il attend d'une coordination. Ce temps de discussion permettrait également de dissiper les craintes des acteurs : en effet, d'après l'Institut Renaudot, dans un contexte général de

⁶⁵ La coordinatrice générale des ASV parisiens explique ainsi qu' « *Il faut que l'ASV existe dans la tête des gens, avant qu'il sorte (...) si les gens pensent que c'est quelque chose qu'on va leur plaquer en plus, ça ne marchera jamais.* »

réduction des dépenses publiques, beaucoup craignent qu'une coordination ne soit très contraignante et diminue leurs budgets.

Suite à cette discussion, afin d'engager la rencontre et la discussion entre les acteurs, il pourrait être intéressant de se prêter au jeu de ce que l'Institut Renaudot nomme les « *présentations mutuelles* ». Il s'agit de former des binômes d'acteurs, chaque acteur devant présenter ce qu'il sait du fonctionnement de l'autre. La chargée de mission de l'Institut Renaudot, qui a fait l'expérience d'un binôme CMP-CCAS explique la richesse de ce travail : « *On se rendait compte que le service social ne savait pas comment fonctionnait le CMP, comment le CMP devait être sollicité... (...) on se rendait compte que beaucoup de représentations des acteurs entre eux freinaient le travail ensemble.* »

La deuxième étape de cette présentation de l'état des lieux, si possible lors d'une seconde réunion, pourrait prolonger la première en réunissant les différents acteurs autour d'une table pour transformer ce travail d'état des lieux en réel diagnostic partagé. Les acteurs pourraient en effet se saisir de l'état des lieux, aller dans le sens de certains points soulevés, ou au contraire, montrer certains désaccords ; le but de la démarche étant que chaque acteur puisse s'exprimer et donner son avis et que se dégagent des points d'accord sur les thèmes prioritaires à traiter.

Tous les coordinateurs d'ASV rencontrés insistent sur l'importance du diagnostic partagé. Ainsi, la chargée de mission de l'Institut Renaudot assure que pour que la coordination fonctionne, « *il faut que le diagnostic soit une initiation à la coordination* ». C'est ce que confirme Chantal MANNONI, qui explique que « *Les diagnostics dits 'partagés' sont à la fois source de connaissances croisées et l'un des moyens pour renforcer les logiques partenariales.* »⁶⁶

b) La formation de groupes de travail thématiques coordonnés par la chargée de mission politique de la ville-santé-handicap

Suite au diagnostic partagé, et à partir des principaux points prioritaires soulevés par les acteurs, il conviendrait de mettre en place quelques groupes de travail thématiques, coordonnés par la chargée de mission politique de la ville-santé-handicap de la ville du Kremlin-Bicêtre. Il pourrait s'agir, si le diagnostic partagé l'a confirmé, de travailler sur la lisibilité de l'offre de santé sur le territoire (par la création, par exemple, d'une forme

⁶⁶ MANNONI C., 2008, *La démarche Atelier Santé Ville, des jalons pour agir*. Les outils de Profession Banlieue, 219p. Citation page 34.

d'annuaire santé' à destination des professionnels et des habitants) ou encore sur le thème de la santé mentale.

Ainsi que le soulève la coordinatrice générale des ASV de Paris, il conviendrait alors d'avoir des objectifs ciblés et des priorités limitées, d'une part pour des raisons de temps et de moyens(il n'y aurait pas de poste de coordinateur à temps plein, la chargée de mission politique de la ville-santé-handicap consacrant uniquement une partie de son temps à la coordination), d'autre part par souci d'efficacité. En effet, des actions trop dispersées pourraient ne pas avoir de résultats concrets rapides et ainsi décourager les acteurs.

Selon la coordinatrice générale des ASV de Paris, cette démarche de 'coordination santé préalable', qui mobilise et fédère les acteurs de santé, serait un atout très important pour convaincre les financeurs de la politique de la ville du bien-fondé du projet ASV, particulièrement dans ces temps d'incertitudes. Selon elle, « *L'ASV c'est l'aboutissement d'une première démarche, ce n'est pas le début d'une démarche.* »

Elle explique que c'est de cette manière que le tout récent ASV de Paris 13 et que le futur ASV de Paris 19 ont pu obtenir un financement.

Dans le cas de l'ASV de Paris 19^{ème}, par exemple, le chargé de mission santé de l'Equipe de Développement Local (affecté à la politique de la ville du 19^{ème}) avait réalisé un diagnostic santé. Au vu du diagnostic, il s'était rendu compte qu'il n'était pas possible d'obtenir des financements et avait donc décidé de réaliser un travail de préfiguration. Les deux grands thèmes qui émergeaient du diagnostic étaient les problématiques de la santé psycho-sociale (les déterminants de la santé mentale) et la nutrition.

Il a donc monté deux groupes de travail transversaux : « *ça a mobilisé énormément de monde, et là, banco, tout le monde était prêt dans le 19^{ème}, à travailler sur un ASV. Et du coup, la décision politique, et les financements de la ville de Paris sont arrivés très vite.* »

Ainsi, selon la coordinatrice générale des ASV parisiens, le chargé de mission a réussi, à travers ces groupes de travail, à « *créer le manque* » : en effet, les acteurs ont appris à se connaître, ont « *réseauté* », et sont devenus impatients de voir naître l'ASV. En outre, par effet boule de neige, cela a aussi aidé à motiver les élus.

Concernant le financement Etat, la préfiguration ASV du 19^e s'est battue pour l'obtenir : elle a présenté oralement sa démarche à la DDASS et lui a fourni les comptes-rendus des groupes de travail, pour montrer la mobilisation des acteurs. De plus, elle a même réalisé quelques modifications que la DDASS lui a demandées.

2-Un temps de réflexion nécessaire pour entamer des démarches administratives, politiques et financières

Ce temps de préfiguration sera également nécessaire à la chargée de mission santé-handicap-politique de la ville et aux élus, pour réfléchir aux modalités de périmètre et de portage du futur ASV, et pour entamer les démarches concernant les demandes de financement et les tractations avec les tutelles.

a) Une réflexion sur le périmètre et le portage de l'ASV

La première réflexion qui doit être menée concerne effectivement le périmètre de l'ASV : la démarche émanant de la ville de Kremlin-Bicêtre, il semblerait logique que l'ASV soit communal ou infra communal. Mais au vu des difficultés liées à la présence d'un ASV dit 'intercommunal' dans la ville voisine de Gentilly, il convient de mener la réflexion jusqu'à son terme. Il appartient ainsi à la chargée de mission politique de la ville de contacter la préfecture et/ou l'antenne territoriale de l'ARS, afin de s'enquérir de la situation, et de savoir s'il est possible, malgré l'existence d'un ASV dit intercommunal, d'obtenir un financement.

En cas de réponse négative, ce serait aux élus Kremlinois de prendre la relève et de s'entretenir avec leurs homologues Gentilléens, afin de trouver une issue à la situation : soit par un changement de nom et de statut de l'ASV de Gentilly, soit par une mise en commun du projet Kremlinois avec l'ASV voisin et ainsi par la mise en place d'un réel ASV intercommunal⁶⁷.

Suite à cette première réflexion, il conviendrait de réfléchir au périmètre d'action de l'ASV, à savoir si celui-ci porterait sur toute la commune ou l'intercommunalité, ou s'il ciblerait les quartiers prioritaires. Là encore, ce seraient les élus qui en décideraient, et qui, d'après leurs consignes concernant l'état des lieux, devraient choisir la première option. Ceci semblerait pertinent, car la ville (si l'ASV est communal) est petite. Cela éviterait aussi de 'stigmatiser' les quartiers prioritaires.

Enfin, la dernière réflexion de taille à mener concernerait le portage de l'ASV. En prenant l'exemple d'un ASV communal, il faudrait choisir entre un portage communal (par exemple par le CCAS), un portage associatif, un portage par un GIP... Si les débats à ce

⁶⁷ Au vu du contexte politique local, cette solution apparaît cependant hautement improbable.

sujet sont riches et passionnants⁶⁸, il y a fort à penser qu'ils seraient inexistantes au Kremlin-Bicêtre. En effet, le poste de chargée de mission politique de la ville-santé-handicap créé il y a un peu plus d'un an, avait justement pour but de gérer, entre autres, la coordination ASV. Il en découlerait logiquement que l'ASV soit porté par la ville, et plus particulièrement par le CCAS (structure à laquelle est rattachée la chargée de mission).

b) Un temps nécessaire aux démarches concernant les financements et les tutelles

Enfin, ce temps de préfiguration serait nécessaire, pour entamer les démarches de tractation auprès des tutelles. Il s'agirait en effet de réfléchir au comité de pilotage (qui validerait les projets et décisions des groupes de travail) le plus adapté pour l'ASV, en se rapprochant de la préfecture, voire même du sous préfet chargé de la politique de la ville, et de la future Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS)⁶⁹. Il faudrait alors mobiliser les institutions pertinentes à associer au comité de pilotage : en plus de ces structures et de l'élue déléguée à la santé, on peut ici penser à la délégation territoriale de l'ARS, au Conseil Général, à l'Assurance Maladie, voire même à l'Education Nationale et au CHU Bicêtre.

Ce temps de préfiguration serait également propice à la démarche de demande de financement auprès de l'ACSE, qu'il faudrait, comme explicité précédemment, accompagner d'une explication motivée auprès de la DDCS (voire même également auprès de l'ARS territoriale), avec si possible, des comptes rendus des groupes de travail.

⁶⁸ Chaque coordinateur rencontré m'a en effet fait part des avantages et inconvénients de son mode de portage : respectivement associatif (par les ASV parisiens) et municipal (par le CMS à Ivry, par le Service Prévention-Santé à Gentilly).

⁶⁹ La DDCS du département du Val de Marne, issue de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) dans le contexte de la loi HPST, aura en effet pour compétence, entre autres, le suivi de la politique de la ville. Concernant ce domaine, elle devrait ainsi remplacer la feue DDASS. Elle verra officiellement le jour le 1^{er} juillet 2010.

Conclusion

En conclusion, il s'avère qu'une démarche ASV serait justifiée au Kremlin-Bicêtre, du fait notamment du manque de lisibilité des dispositifs de santé à destination des plus pauvres, et des cloisonnements qui existent entre les acteurs.

Cependant, le contexte local, politique et financier ne semble pas être favorable à la mise en place d'un ASV à court terme, d'où l'intérêt, tout d'abord, d'instituer une coordination santé préfiguratrice. Cette dernière favoriserait l'obtention d'un financement de l'ACSE, et, du fait de l'adhésion des acteurs, assurerait au futur ASV une plus grande pérennité.

Ce temps de préfiguration serait d'autant plus précieux, qu'il permettrait également d'avoir une vision plus claire des transformations à venir : concernant la réforme des quartiers prioritaires citée préalablement, mais aussi et surtout la mise en application de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)⁷⁰. En effet, cette dernière génère pour les élus locaux deux incertitudes majeures, d'une part quant à leur place au sein de la nouvelle organisation régionale ; d'autre part quant aux Contrats Locaux de Santé (CLS).

La place des élus locaux dans la nouvelle organisation régionale

Depuis la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, les collectivités locales pouvaient siéger dans les GRSP et les Conférences Régionales de Santé (CRS), aux côtés de l'Etat et de l'Assurance maladie, ce qui illustre la volonté du législateur d'une gouvernance démocratique.

C'était notamment le cas de la région Ile de France « où l'impression générale (était) celle d'une démarche mieux partagée »⁷¹. Ainsi, le Conseil Régional, trois Conseils Généraux (les Hauts de Seine, la Seine-Saint-Denis et le Val d'Oise) et quatre communes (Argenteuil, Aubervilliers, Evry et Nanterre) avaient adhéré au GRSP et y siégeaient à proportion de plus d'un tiers. Ces collectivités locales participaient donc à la mise en œuvre du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) et co-décidaient, notamment, des projets éligibles à un financement du groupement (y compris les projets d'ASV).

⁷⁰ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel n°167 du 22 juillet 2009 (visité le 31/05/2010), disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id>

⁷¹ DE MARIA F. et GREMY I, novembre 2008, « Apport des collectivités territoriales à la politique de santé publique – Bilan depuis la loi du 9 août 2004 », *Politique de Santé Publique – ORS Ile-de-France*

Ces collectivités locales étaient également présentes au sein de la CRS (instance consultative), avec 15% des sièges.

Aujourd'hui, avec la mise en œuvre de la loi HPST, les élus locaux ont des ressentis très négatifs quant à leur nouvelle place dans la gouvernance régionale de santé. Ils considèrent qu'avec, notamment, la disparition des GRSP, ils n'ont plus qu'une voix de consultation, et ne contribuent donc plus à l'élaboration des politiques de santé. C'est ce qu'explique le président de l'association ESPT dans un entretien accordé au magazine en ligne « L'info de la protection Sociale⁷² » : « *la question de la place des élus dans les ARS est en recul par rapport à ce que nous avons connu dans les GRSP, où les élus participaient à l'élaboration des priorités, à la sélection des actions et à l'allocation des moyens. Certes, les élus ont une place dans le conseil de surveillance et les différentes commissions, mais ce ne sont que des structures consultatives, donc sans aucun poids décisionnel. Nous considérons que la loi donne aujourd'hui les pleins pouvoirs aux directeurs d'ARS, qui en feront le meilleur ... ou le pire !* »

Laurent EL GHOZI dénonce ainsi la « *logique très centralisatrice, verticale et gestionnaire* » de la loi : « *Le directeur de l'ARS (...) n'a aucun contre-pouvoir démocratique. Ce n'est pas du tout une loi de décentralisation sanitaire*⁷³. »

Sur ce point, ses propos sont d'ailleurs confortés par ceux de la professeure de droit public Marie-Laure MOQUET-ANGER, selon laquelle « *l'ARS (...) s'inscrit, sous l'habit de la territorialisation, dans un processus de déconcentration (...) préfet de région et directeur de l'ARS collaboreront, comme c'est déjà le cas entre préfet et directeur de l'ARH, mais dans des domaines très élargis, au nom d'une seule voix : celle de l'Etat, **laissant aux autres partenaires, notamment les collectivités locales, des particules de pouvoir, et aux représentants des usagers, des poussières de démocratie***⁷⁴ ».

Cette inquiétude des élus est illustrée notamment par le mode de construction des Contrats Locaux de Santé : « *nous n'avons pas été associés à l'élaboration du cahier des charges*⁷⁵ ».

⁷² EL GHOZI L., « *Nous n'avons aucune garantie sur la participation effective des élus dans la conception de cette politique de santé régionale* », (visité le 30/05/2010), disponible sur internet : <http://www.espt.asso.fr/images/2010%2001%2029%20%5B%20focusinfo.eu%20%5D%20.pdf>

⁷³ EL GHOZI L., octobre 2009, « Les élus doivent s'investir dans les contrats locaux de santé », *Le courrier des maires et des élus locaux*, n°228

⁷⁴ MOQUET-ANGER ML., septembre 2009, « Les aspects de la nouvelle organisation territoriale de la santé », *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités Territoriales*, n°39

⁷⁵ EL GHOZI L., « *Nous n'avons aucune garantie sur la participation effective des élus dans la conception de cette politique de santé régionale* », (visité le 30/05/2010), disponible sur internet : <http://www.espt.asso.fr/images/2010%2001%2029%20%5B%20focusinfo.eu%20%5D%20.pdf>

Les incertitudes quant aux futurs contrats locaux de santé

En sus de ce mode de construction des CLS qui génère de l'inquiétude chez les élus locaux, ces derniers ont, à leur égard, beaucoup d'incertitudes. En effet, mentionnés en quelques lignes seulement dans la loi HPST, et soumis pour le moment à aucun texte réglementaire, les CLS comportent d'importantes zones d'ombre. Les données existantes sur ces potentiels CLS sont en effet très peu précises.

La loi HPST, dispose, en son article L 1434-17 que « *la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la **promotion de la santé**, la **prévention**, les politiques de **soins** et l'accompagnement **médico-social*** ».

Concernant l'objet des CLS, la lettre de Mme AMARA et de Mme BACHELOT du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des CUCS et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé⁷⁶ explique que « *Les CLS permettront de **coordonner** l'action publique de l'ARS et des collectivités territoriales au service de l'amélioration de l'état de santé des populations concernées.* »

Enfin, la question du territoire d'application reste très floue : le paragraphe 3 de la loi HPST qui renferme l'article 1434-17 sur les CLS s'inscrit dans la section 3 consacrée aux **territoires** et conférences de territoires. Dans leur lettre du 20 janvier 2009, Mme AMARA et Mme BACHELOT laissent penser que, si tous les territoires sont concernés, les quartiers prioritaires le seront tout particulièrement : « *Le Contrat Local de Santé aura vocation à s'appliquer à l'ensemble des territoires de santé qui seront déterminés par l'ARS ; il devra cependant trouver une application particulière dans les territoires de la politique de la ville ; il sera ainsi susceptible de compléter le volet santé des CUCS reconduits en 2010 .*»

Beaucoup de questions restent a fortiori sans réponse. Les élus s'inquiètent notamment du réel contenu de ces contrats : « *Concernent-ils uniquement la prévention*

⁷⁶ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, SECRETARIAT D ETAT CHARGE DE LA POLITIQUE DE LA VILLE. Lettre interministérielle du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des CUCS et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé. (visité le 28/05/2010), disponible sur internet : www.crdsu.org/f1249_Circulaire_du_20_janvier_2009_sur_la_mise_en_place_des_Contrats_locaux_de_sante.pdf

ou vont-ils vraiment vers une territorialisation de l'ensemble de la politique de santé avec une articulation de l'offre libérale et hospitalière ?⁷⁷ »

Ils s'interrogent également sur les signataires de ce contrat : selon Claude EVIN, directeur général de l'ARS d'Ile de France, qui ne « *se voit pas signer avec chacune des 1200 communes d'Ile de France*⁷⁸ », la préférence ira aux EPCI.

Enfin, les incertitudes restent entières quant au devenir des ASV : selon les coordinateurs rencontrés, ceux-ci ne peuvent pas être amenés à disparaître⁷⁹. A leur avis, les ASV constitueront, pour les territoires prioritaires, et à travers la signature du CUCS par l'ARS, un des outils du Contrat Local de Santé. Ils resteraient ainsi sous le giron de la politique de la ville.

Deux interrogations majeures subsistent donc. C'est tout d'abord celle qu'émet le président de l'association ESPT quant à la pérennité des CLS. Selon lui, de tels contrats ne peuvent en effet fonctionner que si les élus sont réellement impliqués dans les prises de décisions, s'il y a un co-pilotage fort entre l'Etat et les élus, et si des moyens financiers adéquats sont prévus.

Enfin, la deuxième réflexion prospective à ce sujet, formulée par Marc SCHOENE (médecin, directeur de la santé à la ville de Saint-Denis et président de l'Institut Renaudot), lors d'un colloque de l'institut Renaudot en octobre 2009⁸⁰, est la suivante : « *Le CLS est-il une étape supplémentaire d'incitation des collectivités locales à s'inscrire en santé ?* ». On peut en effet se demander si l'avènement des CLS ne présage pas un nouveau tournant dans l'implication des villes dans la santé.

⁷⁷ EL GHOZI L., « *Nous n'avons aucune garantie sur la participation effective des élus dans la conception de cette politique de santé régionale* », (visité le 30/05/2010), disponible sur internet : <http://www.espt.asso.fr/images/2010%2001%2029%20%5B%20focusinfo.eu%20%5D%20.pdf>

⁷⁸ ESPT, COMMISSION SANTE AMIF, *Synthèse de la rencontre avec M. Claude EVIN du 5 février 2010* (visité le 02/06/2010), disponible sur internet : <http://www.amif.asso.fr/Compte-rendu-de-la-Commission,613.html>

⁷⁹ Ils mentionnent à ce faire la fronde des élus locaux en juillet 2007, lorsque le gouvernement avait voulu supprimer les ASV.

⁸⁰ SCHOENE M., « *Quid des Contrats Locaux de Santé* », in INSTITUT RENAUDOT, *Les actes de l'université d'été 2009*, 10 octobre 2009, Saint-Ouen.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Journal officiel n°175 du 31 juillet 1998 (visité le 30/05/2010), disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=6DDDD69D9027AD10449BD3287AAAE7A5.tpdjo07v_2?cidTexte=JORFTEXT000000206894&categorieLien=id

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal officiel n°185 du 11 août 2004 (visité le 30/05/2010), disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B30AB87DDEC3DDE301A3D6A2CF47E19D.tpdjo07v_2?cidTexte=JORFTEXT000000787078&categorieLien=id

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel n°167 du 22 juillet 2009 (visité le 31/05/2010), disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id>

MINISTERE DELEGUE A LA VILLE, SECRETARIAT D ETAT A LA SANTE. 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). (visité le 15/05/2010). Disponible sur internet : <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/circasv.pdf>

MINISTERE DE L EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. Circulaire n° DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire. (visité le 29/05/10), disponible sur internet : <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/circ130600.htm>

MINISTERE DE L EMPLOI DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire interministérielle DGS/DHOS/SD1A n° 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. (visité le 15/05/10), disponible sur internet : http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/circul_383.pdf

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, SECRETARIAT D ETAT CHARGE DE LA POLITIQUE DE LA VILLE. Lettre interministérielle du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des CUCS et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé. (visité le 28/05/2010), disponible sur internet :

www.crdsu.org/f1249_Circulaire_du_20_janvier_2009_sur_la_mise_en_place_des_Contrats_locaux_de_sante.pdf

Ouvrages

CHALINE C., 2008, « Réponses conceptuelles, institutionnelles, financières » in CHALINE C., *La politique de la ville*, Que sais-je, p 41-59

MANNONI C., 2008, *La démarche Atelier Santé Ville, des jalons pour agir*. Les outils de Profession Banlieue, 219p.

SAPOVAL Y-L/ éd., 2007, *Ateliers Santé Ville, une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, 1^{ère} éd, les éditions de la DIV, 286 p

UNION NATIONALE DES CENTRES COMMUNAUX D'ACTION SOCIALE, 2009, *Nouveaux indicateurs pour une meilleure connaissance locale de la pauvreté*, UNCCAS, 86 p

VIELLARD-BARON H, 2003, « Histoire de la politique de la ville » in ANDERSON A, VIELLARD-BARON H, *La politique de la ville, histoire et organisation*, Paris, Editions ASH, pp 17-84

Articles

DE MARIA F. et GREMY I, novembre 2008, « Apport des collectivités territoriales à la politique de santé publique – Bilan depuis la loi du 9 août 2004 », *Politique de Santé Publique – ORS Ile-de-France*

DE SAINT POL T., octobre 2007, « La santé des plus pauvres », *INSEE PREMIERE*, n° 1161

EL GHOZI L., mai/juin 2009, « La démarche ASV, pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé », *La revue du soignant en santé publique*, n°31, p 20-23

EL GHOZI L., octobre 2009, « Les élus doivent s'investir dans les contrats locaux de santé », *Le courrier des maires et des élus locaux*, n° 228

EL GHOZI L., novembre 2009, « Ateliers Santé Ville : un outil de santé publique en plein essor », *La revue du praticien MEDECINE GENERALE*, Tome 23, n° 830

FASSIN. D, 2007, « Un aveuglement face aux inégalités sociales de santé », *Pratiques*, n°39

INSTITUT DES VILLES, 2007, « La santé, problématique centrale des politiques municipales » in *Villes, Santé et Développement durable*, La Documentation Française, p117-123

LAGUILLAUME C., janvier-février 2004, « Gentilly, ville ouverte à l'éducation pour la santé », *La santé de l'Homme*, n° 369, p 41-42

LAGUILLAUME C., avril 2006, « Santé participative, la démocratie jusqu'aux quartiers », *Panorama du Médecin*, n° 5013

LAURENT-BEC A, LEGRAND E., mai-juin 2006, Dossier « La promotion de la santé à l'épreuve des territoires », *La Santé de l'Homme*, n° 383

MOQUET M-J., septembre/octobre 2008, « Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples », *La Santé de l'Homme*, n° 397, p 17-19

MOQUET-ANGER ML., septembre 2009, « Les aspects de la nouvelle organisation territoriale de la santé », *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités Territoriales*, n° 39

RICHARD C., janvier 2005, « Favoriser une approche décloisonnée des problèmes de santé », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 2390

RIVOLLIER E. et DE GOËR B., février 2009, « Dix ans après la loi de lutte contre les exclusions, le rôle des permanences d'accès aux soins de santé dans les textes officiels », *Gestions Hospitalières*, n° 483

SALOMEZ J-L., février/mars 2007, « Santé et précarité : l'histoire d'un lien complexe », *Revue de promotion de la santé*, n° 221, p 28-29

Rapports

BERTOLOTTO F., Mai 2009, Analyse critique du volet santé des contrats urbains de cohésion sociale – Mission pour le compte du Ministère du Logement et de la Ville, Secrétariat Général des Comités Interministériels des villes-, Conseil-Etudes-Evaluations-Formations

LAURAND G, ROUSSET Y, VERNEREY M, octobre 2004, Rapport n° 2004-146 de synthèse sur l'évaluation des actions confiées par l'Etat aux services communaux d'hygiène et de santé, IGAS

WRESINSKI J., février 1987, "Grande pauvreté et précarité économique et sociale", Conseil Economique et Social

Thèses et mémoires

LECOINTE J., 2009, *Les Ateliers Santé Ville à Paris : une nouvelle démarche de mobilisation en santé ?*, Mémoire de master 2 Développement Social Urbain : Université d'Evry Val d'Essonne, 97p

Comptes rendus de conférences

HIPPOCRATE (Club parlementaire sur l'économie de la santé), *Les inégalités sociales de santé : quel constat ? Quels leviers d'action ?*, 31 mars 2010.

LEGROS M. et GROG I., « La santé est elle une dimension d'une politique de la ville ? » in ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE, *Santé publique et territoires, 10 ans de décentralisation*, 25-26 janvier 1995, Rennes

SCHOENE M., « Quid des Contrats Locaux de Santé », in INSTITUT RENAUDOT, *Les actes de l'université d'été 2009*, 10 octobre 2009, Saint-Ouen.

Sites Internet

CHAUVIN P. et PARIZOT I., *Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne* (visité le 5/05/2010), disponible sur internet : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/Documents_01_2009_cle2112ab.pdf

EL GHOZI L., « *Nous n'avons aucune garantie sur la participation effective des élus dans la conception de cette politique de santé régionale* », (visité le 30/05/2010), disponible sur internet :

<http://www.espt.asso.fr/images/2010%2001%2029%20%5B%20focusinfo.eu%20%5D%200.pdf>

ESPT, COMMISSION SANTE AMIF, *Synthèse de la rencontre avec M. Claude EVIN du 5 février 2010* (visité le 02/06/2010), disponible sur internet : <http://www.amif.asso.fr/Compte-rendu-de-la-Commission,613.html>

KYNOS/ACSE, *Résultats de l'enquête sur les Ateliers Santé Ville au 31 décembre 2008* (visitée le 30 mai 2010), disponible sur internet : http://actionsociale.weka.fr/media/file/1812_ateliers_sante_ville_rapport_ACSE_sur_les_asv_au_31_decembre_2008.pdf

OMS, *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* (visité le 31/04/2010), disponible sur Internet : http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf

Portail de La Documentation Française, *dossier Le renouvellement de la politique de la ville* (visité le 17 mai 2010), disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/politique-ville/index.shtml>

Portail de la Politique de la Ville, *Géographie Prioritaire*, (visité le 15 mai 2010), disponible sur internet : <http://www.ville.gouv.fr/?-Territoires-prioritaires->

Portail de la politique de la ville, *Le Secrétariat général à la ville* (visite le 15 mai 2010), disponible sur internet : <http://www.ville.gouv.fr/?-Le-Secretariat-general-a-la-Ville->

Liste des annexes

Annexe 1 : Trame d'entretien pour les coordonateurs d'ASV

Annexe 2 : Trame d'entretien pour les différentes personnes ressources rencontrées dans la ville du Kremlin-Bicêtre

Annexe 3 : Questionnaire à destination des habitants

ANNEXE 1 : Trame d'Entretien pour les coordinateurs d'Ateliers-Santé Ville

Pourquoi un ASV ?

-Comment l'ASV a-t-il été monté ? et quand ? (combien de temps entre l'idée initiale et le montage concret ?)

- D'où est venue la demande ? des élus ? du Centre Municipal de Santé, le cas échéant? des professionnels sur la ville ?

- Pourquoi y-a-t-il eu une demande d'ASV ?

- Combien de temps cela a pris pour monter un dossier ? le faire accepter par l'ACSE ?

- Quel financement ?

- de l'ACSE

- de la commune ou de l'intercommunalité

- de la DRASS ? GRSP ?

Ces financements sont-ils pérennes ?

Diagnostic préalable ?

- Y-a-t-il eu un diagnostic santé fait avant/pour monter le dossier ?

Si oui comment a-t-il été mis en place et qui s'en est chargé? Etait-il global ou ciblé sur les personnes en situation de précarité ?

A-t-il concerné toute la ville ou uniquement les quartiers en politique de la ville ?

Quelles personnes 'ressource' avez-vous contacté afin de faire ce diagnostic ?

Si enquête auprès des habitants, auprès de combien ?

Qu'est ce que le diagnostic a révélé ? y a –t-il des résultats inattendus ?

Fonctionnement de l'ASV aujourd'hui

Le coordonateur :

- quel ETP pour le coordonateur ?
- Quel est le travail quotidien du coordonateur ?

Les partenariats :

- quels partenariats l'ASV a-t-il tissé ? Combien de partenaires a-t-il ?
- l'ASV a-t-il juste coordonné des actions existantes, ou a-t-il contribué à faire éclore de nouvelles actions ? Si oui, lesquelles ?
- Quelles sont les spécificités d'1 ASV intercommunal : avantages, inconvénients ?
- Quels partenariats avec la DDASS / DRASS / l'ACSE ... ?

Les actions de l'ASV :

- Quelles sont les actions prioritaires de l'ASV ? Quel(s) public(s) est/sont ciblé(s) en priorité ? (et quels critères avez-vous choisi pour prioriser telle ou telle action ?)
- Y-a-t-il des actions spécifiques en faveur des PH ? des PA ? des personnes en situation de précarité ?
- Combien de temps cela a mis pour que l'ASV fonctionne vraiment bien, soit connu des différents acteurs.... ?
- Quelles sont les difficultés qu'a connues et que connaît l'ASV ?
- Une évaluation a-t-elle été réalisée ? Quels résultats ?

L'avenir des ASV ?

- Sont-ils amenés à devenir une politique de droit commun?

- Qu'en est-il des lignes budgétaires de la politique de la ville pour les ASV ? Sont-elles à votre avis pérennes, ou seront-elles amenées à disparaître à court ou moyen terme ?

- Quel est votre sentiment sur les Contrats Locaux de Santé ?

- Pour vous, la ville est-elle la bonne échelle pour travailler sur la santé ?

- Quelle est selon vous la taille de ville idéale pour faire fonctionner un ASV ?

ANNEXE 2 : Trame d'entretien pour les personnes ressources du Kremlin-Bicêtre

Mission

- ⇒ Quelle est votre mission exactement / en quoi consiste votre travail ?
- quel est votre public cible ?
- quelles sont vos thématiques d'actions ? un exemple d'action (si possible en lien avec la santé) ?

Qualité de vie au KB

- ⇒ Quelle impression globale avez-vous de la ville en termes de qualité de vie ?
- Vie sociale/associative
- Environnement : air, bruit, habitat, déchets
- Transports, circulation
- Habitat

- Comment pourrait-on, selon vous, améliorer la qualité de vie à KB?

La santé/le bien-être de la population du KB :

- De manière générale, quel ressenti avez-vous quant à la santé des habitants du KB que vous suivez ?
Et qu'avez-vous comme retour des habitants ? (de quoi se plaignent-ils ?)

- Quelles sont vos impressions générales sur la santé/le bien-être, au KB : quels thèmes jugez-vous prioritaires ?

Implication des habitants du KB dans leur santé

- Les différentes catégories de populations (jeunes/adultes/précaires/ PA..) vous semble-t-elles se préoccuper de leur état de santé ?

- quelle serait, selon vous, la méthode la plus efficace pour rendre la population actrice d'une réflexion sur sa/la santé ?

La couverture santé/sociale de la population du KB

L'offre de santé/médico-sociale/sociale sur la ville de KB :

- Comment vous parait l'offre ?
- Le cas échéant, comment améliorer les choses ? Que jugez-vous opportun de mettre en place ?

Connaissance et partenariats entre acteurs de santé/sociaux/médico-sociaux :

- Connaissez-vous d'autres acteurs de santé de la ville (services de la ville – CCAS, service jeunesse, PMI...-, hôpital, associations, médecins...)?
- Quels partenariats mériteraient selon vous d'être créés/développés ?
- Y-a-t-il des projets que vous souhaiteriez voir exister ?

Les actions de santé menées par la municipalité de KB :

- Pouvez-vous citer des actions de santé menées par la ville?
- Y-a-t-il des actions particulières de santé qui n'existent pas, et que vous aimeriez voir exister ?

ANNEXE 3 : Questionnaire habitants



Enquête Santé et Qualité de vie – Habitants de Kremlin-Bicêtre

Cette enquête est strictement **anonyme**. Elle vise à mieux connaître les besoins de santé des habitants du Kremlin-Bicêtre et ainsi à améliorer l'offre de santé sur la ville.

Merci d'**entourer** les réponses correspondant à votre choix et de **préciser** votre réponse si besoin.

1) Vous habitez le quartier :

- Les Glacis-Les Barnufles
- Les Martinets- Le Fort
- La Mairie – Salengro
- Les Coquettes- Les Plantes

2) Vous plaisez-vous dans votre quartier ?

Oui

Non

Pourquoi ?

3) Trouvez-vous la vie associative au Kremlin Bicêtre

- très satisfaisante
- satisfaisante
- moyenne
- insatisfaisante
- très insatisfaisante

- Vous ne connaissez pas la vie associative du Kremlin-Bicêtre

Pourquoi ?

4) Trouvez-vous l'environnement (air, bruits, déchets, transports, habitat) au Kremlin Bicêtre

- très satisfaisant
- satisfaisant
- moyen
- insatisfaisant
- très insatisfaisant

Pourquoi ?

5) Trouvez-vous votre état de santé :

- très satisfaisant
- satisfaisant
- moyen
- insatisfaisant
- très insatisfaisant

6) Concernant les questions de santé liées à votre âge, vous trouvez-vous :

- très bien informé(e)
- bien informé(e)
- moyennement informé(e)
- mal informé(e)
- très mal informé(e)

7) Y-a-t-il une question de santé sur laquelle vous souhaiteriez être mieux informé(e)?

8) Où allez-vous spontanément si vous ou vos enfants tombez malade et avez besoin de voir un médecin

-un jour de semaine ?

- Médecin traitant
- Urgences CHU Bicêtre
- Centre Municipal de Santé d'une autre ville. Si oui, lequel ?
- Autre (précisez)

-le soir et le week-end ?

- Médecin traitant
- Urgences CHU Bicêtre
- Centre Municipal de Santé d'une autre ville. Si oui, lequel ?
- Service d'Accueil Médical Initial (SAMI)
- Autre (précisez)

9) Avez-vous un médecin traitant généraliste?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

10) Environ combien de fois par an allez-vous, pour votre santé et celle de vos enfants:

- Voir un médecin généraliste ?

Jamais / 1 à 3 fois / 4 à 5 fois / entre 6 et 10 fois / plus de 10 fois/ plus de 20 fois

-Voir un médecin spécialiste?

Jamais / 1 à 3 fois / 4 à 5 fois / entre 6 et 10 fois / plus de 10 fois/ plus de 20 fois

-A l'hôpital ?

Jamais / 1 à 3 fois / 4 à 5 fois / entre 6 et 10 fois / plus de 10 fois/ plus de 20 fois

11) Y a-t-il des délais lorsque vous souhaitez voir un médecin généraliste?

Oui

Non

Si oui : quel type de délai ?

Moins d'1 heure / entre 1 à 2 heures / entre 2 à 4 heures/ plus de 4 heures / + d'1 journée

12) Y a-t-il des délais lorsque vous souhaitez voir un médecin spécialiste?

Oui

Non

Si oui,

Spécialiste 1 | _____ | type de délai : | _____ |

Spécialiste 2 | _____ | type de délai : | _____ |

Spécialiste 3 | _____ | type de délai : | _____ |

Spécialiste 4 | _____ | type de délai : | _____ |

13) A quel hôpital vous rendez-vous si vous devez programmer une hospitalisation ?

14) Avez vous une couverture sociale ?

- oui
- oui, la Couverture Maladie Universelle (CMU)
- oui, l'Aide Médicale d'Etat
- non (en attente CMU ou AME)
- non

15) Avez vous une mutuelle complémentaire ?

- oui
- oui, la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)
- non, en attente CMU-C
- non

16) Est ce que vous vous limitez au niveau des dépenses de santé pour des raisons financières?

- Oui
- Non

Si oui, pour quel type de dépenses ?

- consultations chez un généraliste
- consultations chez un spécialiste
- achat de médicaments
- adhésion à une mutuelle complémentaire
- autre (précisez)

17) Connaissez-vous la mission des organismes suivants :

-Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ?	oui	non
-La Protection Maternelle Infantile (PMI) ?	oui	non
-Le Service d'Accueil Médical Initial (SAMI) de Villejuif?	oui	non
-Les Centres Municipaux de Santé (CMS) des villes environnantes ?	oui	non
-La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)?	oui	non
- Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) ?	oui	non

18) Connaissez-vous une action santé menée durant l'année par la ville du Kremlin-Bicêtre ?

- Oui
- Non

Si oui, laquelle ?

19) Vous avez :

- moins de 18 ans
- entre 18 et 25 ans
- entre 25 et 39 ans

- entre 40 et 59 ans
- entre 60 et 75 ans
- 75 ans ou plus

20) Vous êtes :

- une femme
- un homme

21) Votre situation actuelle :

Salarié(e) en CDD

Salarié(e) en CDI

À votre compte

Intérimaire

Contrat aidé

Sans emploi

Bénéficiaire du RSA (ancien RMI et API)

Retraité(e)

Stagiaire

Etudiant(e)

Lycéen(e)

Autre : (précisez)

Merci beaucoup d'avoir participé à l'enquête.