



EHESP



**Master Pilotage des Politiques et
Actions en Santé Publique**

Promotion : **2010 - 2011**

Date du Jury : **Juin 2011**

**La participation des habitants à
l'Atelier Santé Ville de Rennes :
entre objectifs et faisabilité**

Marie GAUDEFROY

Remerciements

Je tiens à remercier,

L'ensemble de la Direction Santé Publique-Handicap de la ville de Rennes, de m'avoir accueillie durant ces cinq mois de stage.

Le service Promotion Santé et Territoires de m'avoir soutenue et accompagnée dans mon travail. Merci pour leur confiance, leur disponibilité et leurs précieux conseils.

Eric Breton de m'avoir encadrée pour ce mémoire.

L'ensemble de l'équipe pédagogique du Master PPASP pour leur disponibilité tout au long de cette année.

L'ensemble des professionnels, habitants, bénévoles qui m'ont reçue en entretien en prenant toujours le temps de répondre à mes questions.

Ma famille pour son soutien et ses encouragements continus.

Sommaire

Introduction.....	1
1 De la politique de la ville à la participation des habitants : quelques éléments de cadrage.....	7
1.1 L'ASV : convergence entre politique de la ville et politique de santé.....	7
1.1.1 La politique de la ville : définition, acteurs et cadre d'intervention.....	7
1.1.2 Les ASV : une mise en place progressive.....	9
1.1.3 Un paysage complexe et en pleine mutation	10
1.1.4 Le cadre de mise en œuvre des ASV	11
1.1.5 La notion de participation au sein de ces textes de référence.....	12
1.2 La participation	13
1.2.1 Difficultés liées à la non définition de la participation	13
1.2.2 Définition de la participation.....	13
1.2.3 Deux catégories de participation allant vers un niveau de participation croissant.....	14
1.2.4 La mesure de la participation.....	16
1.2.5 La participation, condition d'efficacité	18
2 La participation à l'ASV de Rennes.....	21
2.1 Un état des lieux de l'ASV	21
2.1.1 Quelques éléments de cadrage du terrain d'étude.....	21
2.1.2 L'ASV de Rennes, une construction progressive par les habitants et les professionnels'.....	24
2.1.3 L'ASV de Rennes aujourd'hui	25
2.1.4 Le fonctionnement de Pause Santé	28
2.1.5 La participation des habitants à l'ASV de Rennes à travers l'échelle de Rifkin	29
2.2 Quels freins et forces pour une augmentation de la participation ?	31
2.2.1 L'environnement rennais à priori favorable	31
2.2.2 Le partenariat, une force nuancée	33
2.2.3 Chez les habitants : des préalables nécessaires à la participation...qu'il reste à susciter	36
2.2.4 Leviers à la participation observés dans d'autres expériences comparables	39
3 Discussion et préconisations.....	43
3.1 Réflexion sur les hypothèses et limites de l'étude.....	43

3.1.1	Des hypothèses à nuancer.....	43
3.1.2	Des limites à considérer	44
3.2	Quelques pistes de réflexion pour aller vers une maximisation de la participation	45
3.2.1	Une clarification du partenariat : un préalable nécessaire à toute évolution	45
3.2.2	Une clarification des objectifs de Pause Santé avec les partenaires	49
3.2.3	Une possibilité pour chaque habitant de s'investir à son niveau	50
3.2.4	Une augmentation du temps de coordination	54
	Conclusion	57
	Bibliographie	59
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ACSE	Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances
ADECI	Association pour le Dépistage des Cancers en Ille et Vilaine
AMAP	Association pour le Maintien de l'Agriculture Paysanne
AMSIC	Association Maison des Squares Solidarité, Interculturel et Citoyenneté
ANRU	Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine
ARDEPASS	Association de Recherche et de Dépistage des Pathologies du Sein en Seine-Saint-Denis
APL	Allocation Pour le Logement
ASV	Atelier Santé Ville
CIV	Comité Interministériel des Villes
CLS	Contrat Local de Santé
CMUc	Couverture Maladie Universelle complémentaire
CNV	Conseil National des Villes
CODES	Comité Départemental d'Éducation pour la Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DSPH	Direction Santé Publique-Handicap
ESC	Espace Social Commun
ETP	Equivalent Temps Plein
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
HLM	Habitation à Loyer Modéré
HPST	Hôpital Patients Santé et Territoires
IREPS	Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONZUS	Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles
PLS	Plan Local de Santé
PRAPS	Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
RSA	Revenu de Solidarité Active
RSBE	Réseau Santé Bien Etre
SPST	Service Promotion Santé et Territoires
ZFU	Zone Franche Urbaine
ZRU	Zone de Redynamisation Urbaine
ZUS	Zone Urbaine Sensible

Introduction

« Il est impératif d'associer les habitants aux décisions de santé sans pour autant tomber dans une vision romantique de la participation », Louise Potvin¹

Les communes ont été créées par la loi du 14 décembre 1789 instituant un nouveau découpage territorial du sol français. Celle du 5 avril 1884 définira leurs compétences, identiques quelque soit leur taille, en déterminant que « *le conseil municipal règle par ses délibérations les affaires de la commune* »².

Elles ont été relativement peu touchées par les lois de décentralisation, même si leurs compétences ont été élargies et peuvent aujourd'hui être distinguées en deux catégories : celles liées à la fonction de représentant de l'Etat et les compétences décentralisées. Les premières consistent à assurer les fonctions d'état civil et électorales, l'action sociale, l'enseignement, l'entretien de la voirie communale, l'aménagement, la protection de l'ordre public (pouvoir de police du maire). Tandis que les compétences décentralisées portent notamment sur l'urbanisme, l'enseignement, l'action économique, les ports de plaisance et aérodromes, le logement, la culture, l'action sociale et la santé³.

Ainsi, le maire a le devoir d'assurer la salubrité publique mais n'a pas de compétences obligatoires en santé. Pour autant, la commune est l'échelon de proximité et le lieu de vie du citoyen ; le maire et ses élus sont régulièrement interpellés pour des problématiques inhérentes à la santé, dépassant le cadre légal. Incendies, inondations ou autres urgences, ce sont des interlocuteurs privilégiés dans la construction d'une réponse à une situation d'urgence.

C'est dans ce cadre que le maire et ses adjoints sont de plus en plus souvent amenés à intervenir dans le domaine de la santé mentale par le biais de l'hospitalisation sous contrainte. En effet, la loi n°97-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation indique que le maire, et par extension ses adjoints délégués, détiennent la compétence de prononcer les arrêtés relatifs à l'hospitalisation d'office des personnes qui, de par leur état de santé mentale, représentent « *un danger imminent pour la sûreté des personnes* »⁴.

¹ GUICHARD A., « *Démarche participative et santé : mythe ou réalité ?* », La santé de l'homme, n°382, p. 11.

² Article L 2121-29 du Code Général des Collectivités Territoriales

³ DIRECTION DE L'INFORMATION LEGALE ET ADMINISTRATIVE. *Quels sont les pouvoirs des collectivités territoriales* : <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/collectivites-territoriales/pouvoirs/quelles-sont-nouvelles-competences-transferees-aux-collectivites-2004.html>

⁴ BATTACHE V., *Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique*, p. 12-17, 21.

Mais, nombre de communes se sont saisies plus largement encore de la thématique santé, mettant à profit la puissance symbolique de l'échelon communal.

Depuis 1988, 71 communes et trois communautés d'agglomérations se sont progressivement réunies au sein de l'association « Réseaux français des Villes-Santé », réseau national du programme Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)^{5,6}. Ce dernier propose aux villes de décider d'agir localement sur la santé des habitants en envisageant l'environnement, comme une ressource. Ce regroupement se matérialise par un échange d'expériences, de données, des rencontres et des actions communes à ces villes. Ainsi, les membres de ce programme s'impliquent dans la promotion de la santé telle que décrite dans la Charte d'Ottawa⁷. Cette dernière insiste sur la nécessaire prise en charge par l'individu de sa propre santé⁸ : l'échelle communale semble donc être particulièrement adaptée à l'amélioration de la santé des populations.

Par ailleurs, la santé devient de plus en plus prégnante dans les contrats liant l'Etat et les communes. Depuis 2007, les Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS), succédant aux contrats de ville, intègrent un volet spécifiquement dédié à la santé. Ce dernier se concrétise majoritairement par des Ateliers Santé Ville (ASV). Ce dispositif vise une amélioration de la santé des populations défavorisées par une approche globale de la santé et un meilleur accès aux soins, ce qui nécessite une implication de l'ensemble de la communauté (professionnels, élus et habitants). Un des objectifs des ASV est d'ailleurs « *la participation active de la population à toutes les phases des programmes (diagnostic, définition de priorités, programmation, mise en œuvre et évaluation)* »⁹.

Pour autant, selon une étude de Fernando Bertolotto en 2003¹⁰, la population n'est actrice que dans 37% des ASV alors qu'elle est destinataire de 70.3% des actions et que des techniques visant à faciliter la participation sont utilisées dans 74.1% des ASV. Selon cette même étude, un diagnostic participatif a été réalisé dans 45.8% des ASV étudiés mais seuls 18.5% de ces diagnostics participatifs ont impliqué la population. Concernant la programmation, seuls 7.4% des ASV ont recours à des techniques communautaires associant les habitants. Notons également que ces derniers sont rarement inclus dans les instances de décision des ASV.

⁵ RESEAU FRANÇAIS DES VILLES-SANTE DE L'OMS. *Le projet Villes-Santé* : <http://www.villes-sante.com/datas/som01.htm>

⁶ CESAR C., ROSTAN F., HERITAGE Z., « *Les villes au cœur de la santé des habitants* », La santé de l'homme, n°409, p. 18-19.

⁷ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Charte d'Ottawa*

⁸ Depuis 1946, l'OMS a défini la santé comme « *état de complet bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

⁹ Circulaire n°DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire

¹⁰ BERTOLOTTI F., *Etude auprès de 27 ateliers santé ville – Etat des lieux sur la construction de la démarche ASV*, p. 40-42, 56.

Ces difficultés ne sont qu'une illustration de la constante ambivalence engendrée par la participation. Devenue de plus en plus prégnante dans le paysage politique actuel, elle prend des formes variées : des représentants d'usagers au sein de diverses instances aux consultations publiques de la population sur un projet donné.

Pour exemple, à Rennes, la démocratie participative se traduit notamment par des conseils de quartiers.

Bruno Carlon¹¹ explique que ce type d'initiatives se donne pour objectifs de recréer du lien social et de compenser le déficit des habitants à vivre ensemble dans des quartiers où l'isolement est très présent. Bernard Goudet note que la démocratie participative a pour objectif de réduire la « *marginalisation socioculturelle* », d'œuvrer à l'ouverture des systèmes institutionnels aux exclus et de susciter la formation d'acteurs capables de modifier les rapports sociaux. Enfin, selon Paolo Freire, les structures sociales sont oppressives et doivent être transformées par les individus afin qu'ils prennent le contrôle de leur vie et de leurs destinées¹². Ainsi, théoriquement, la participation des habitants devrait avoir un double bénéfice : pour l'individu en tant que personne, mais également pour l'ensemble de la communauté. Cependant, il s'avère que les habitants présents dans ce type d'instances sont majoritairement des personnes appartenant à des associations. Bien que non professionnels, ils sont habitués à prendre la parole, souvent engagés dans divers projets : la question de leur représentativité peut alors poser question¹³. Par ailleurs, la participation reste souvent au stade de la consultation, permettant éventuellement l'ajustement des politiques voire l'approbation de décisions déjà prises. Où sont alors les bénéfices préalablement exposés que peuvent retirer les personnes de la démarche participative?

Cet état de fait donne un aperçu de la complexité de ce sujet.

Questionnements et démarche

Le questionnement s'est donc construit à partir de plusieurs éléments.

Tout d'abord, ayant réalisé ma licence et mon master 1 en prévention et promotion de la santé, la participation de la population aux projets de promotion de la santé est une thématique récurrente, dont les débats et enjeux qui l'entourent m'ont toujours interpellée. J'ai donc logiquement choisi de travailler sur ce thème.

Par ailleurs, j'ai réalisé mon stage au sein du Service Promotion Santé et Territoires (SPST) de la ville de Rennes et ma mission concernait essentiellement l'analyse des

¹¹ RESO VILLE, *La participation des habitants*, p. 12.

¹² SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SANTÉ PUBLIQUE, *Développement social et Promotion de la santé, la démarche communautaire – Extraits*, p. 7-9.

¹³ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Participation de la population à la santé locale et au développement durable - Approches et techniques (version française)*, p. 80.

fonctions d'animation d'un réseau partenarial de santé et d'un lieu de santé communautaire sur le quartier du Blosne¹⁴. Compte tenu de l'objectif de participation précédemment cité et des questionnements nombreux qui émanent de cette thématique, il m'a semblé opportun de m'intéresser à cette question. D'autant que l'ASV de Rennes¹⁵ est né de sollicitations de groupements d'habitants et qu'un diagnostic participatif à leur initiative a été mené¹⁶. Malgré cela, la coordinatrice de l'ASV souligne une réelle difficulté dans la mobilisation des habitants et ce de façon plus prononcée encore ces derniers mois : « *Le programme d'animation est rodé... l'enjeu est moindre pour les habitants qui n'ont plus l'impression d'être force de propositions nouvelles. Il devient difficile de les motiver* ».

Cet état de fait m'a interpellée. Les habitants, à l'origine de l'atelier, ont du mal à continuer à participer et à s'investir. Et d'une manière générale, on peut constater que la participation est difficile à pérenniser.

J'ai alors fait un état des lieux de la participation des habitants sur l'ASV de Rennes, et je me suis posée un certain nombre de questions : Quels sont les facteurs qui contribuent à et/ou limitent la capacité de l'ASV de Rennes à susciter la participation de la population ? Quels leviers de la participation des habitants sont observés dans d'autres ASV ?

Ce 1^{er} niveau de réflexion m'a amenée à formuler la question d'étude de la façon suivante : **comment maximiser la participation de la population dans le cadre du dispositif ASV de Rennes ?**

Hypothèses

La participation nécessite une implication conjointe des élus, professionnels et habitants¹⁷. Aussi, afin de guider la recherche des facteurs qui contribuent et/ou limitent la capacité de l'ASV de Rennes à susciter la participation des habitants, quatre hypothèses ont été posées :

- L'implication et le contexte de travail des professionnels peuvent avoir un impact sur la participation
- Les préoccupations et la motivation de la population peuvent conditionner son niveau d'implication

¹⁴ Ce réseau et ce lieu de santé communautaire entrent dans le cadre du dispositif ASV, développé sur le quartier du Blosne.

¹⁵ Par abus de langage, au cours de notre étude, nous utiliserons l'expression « ASV de Rennes » pour désigner spécifiquement le « dispositif ASV développé sur le quartier du Blosne », terrain de notre étude. Même si l'ASV est développé sur d'autres quartiers rennais, comme nous le verrons en 2.1.1.

¹⁶ Ce qui donne à la démarche une dimension différente de celle exposée précédemment au travers des conseils de quartier

¹⁷ SAPOVAL Y. L., *Ateliers Santé Ville, une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, p.198-200.

- La perception de la notion de participation peut influencer sur le niveau de participation des habitants
- L'identification de l'ASV de Rennes comme un dispositif visant la participation des habitants peut conditionner le niveau de participation

Méthodologie

La première étape nécessaire a été de s'intéresser au dispositif ASV : quelle est sa place au sein de la politique de la ville et de la politique de santé, comment sont nés les ASV, quels sont leurs objectifs. Puis le travail s'est centré sur le concept de participation, ses enjeux et son lien avec le dispositif ASV. Etant données les multiples définitions qui caractérisent la participation, celle semblant particulièrement pertinente dans le cadre de cette étude a été retenue. De la même manière, un outil de mesure permettant d'analyser l'ASV sous un prisme cohérent et unique tout au long du travail a été déterminé.

L'étude du terrain a débuté par un état des lieux de la participation. Outre un entretien auprès de la coordinatrice de l'ASV (Cf. annexe 1), je me suis appuyée sur ma participation aux différentes réunions durant mon stage et sur la lecture des divers documents internes concernant cette démarche. Cet état des lieux visait à déterminer l'histoire, l'organisation et le niveau de participation de la population à l'ASV.

Afin de vérifier les hypothèses, des entretiens semi-directifs ont été réalisés¹⁸. J'ai rencontré sept professionnels du quartier du Blosne, partenaires de l'ASV. J'ai, par ailleurs, réalisé cinq entretiens collectifs auprès d'habitants du quartier. J'ai ainsi rencontré deux groupes de participants réguliers à des activités proposées par l'ASV, un groupe d'habitants appartenant au groupe d'animation de l'ASV, une partie des bénévoles d'une association constituée suite à un soutien de l'ASV et un groupe d'habitants du quartier ne se rendant pas régulièrement sur les activités de l'ASV.

L'ensemble de ces entretiens a permis de déterminer les freins à la participation mais également de repérer les forces de l'ASV qui favorisent la participation des habitants.

Il semblait également pertinent d'identifier les leviers de la participation des habitants au sein d'autres ASV. Pour cela, trois entretiens auprès de coordonnateurs ont été réalisés. Une rencontre avec une chargée de mission du Comité Départemental d'Education à la Santé 35 (CODES) et des rapports décrivant des expériences en santé communautaire sont venus enrichir la réflexion.

L'analyse des données recueillies a été réalisée au travers de différents tableaux¹⁹. L'un permettant une lecture verticale de chaque entretien (une synthèse des échanges par thématique) ; l'autre visait une analyse transversale des thématiques sur

¹⁸ La liste de l'ensemble des personnes rencontrées dans le cadre de ces entretiens ainsi que les grilles d'entretien sont disponibles en annexes 2 et 3.

¹⁹ Un exemplaire des tableaux est disponible en annexe 4.

l'ensemble des entretiens, permettant notamment d'identifier les redondances et divergences parmi les différents discours recueillis.

Enfin je me suis concentrée sur les pistes d'amélioration à proposer dans une optique de maximisation de la participation à l'ASV de Rennes s'appuyant d'une part sur les forces de l'ASV de Rennes afin de lever les freins observés et d'autre part sur les autres expériences en santé communautaire étudiées.

Par ailleurs, j'ai eu l'opportunité de suivre une formation de quatre jours où j'ai pu rencontrer d'une part la directrice de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) de Bretagne qui travaille notamment sur les concepts de participation et d'empowerment²⁰ et d'autre part la coordinatrice du réseau français des Villes-Santé de l'OMS. Ces rencontres m'ont permis d'enrichir ma réflexion et mon travail.

Plan du mémoire

La première partie du mémoire sera consacrée aux bases théoriques nécessaires à la compréhension de la suite de l'étude, concernant la démarche ASV et la participation.

Ensuite, nous entrerons au cœur de l'étude afin de déterminer quels sont les forces et faiblesses à la participation à l'ASV de Rennes, mais également quels sont les leviers relevés dans d'autres expériences similaires.

Dans une troisième partie, nous ferons un retour sur les quatre hypothèses, avant de proposer des axes de travail permettant de maximiser la participation des habitants dans le cadre de l'ASV de Rennes.

²⁰ L'empowerment est le niveau extrême de participation, nous reverrons ce concept dans le premier chapitre.

1 De la politique de la ville à la participation des habitants : quelques éléments de cadrage

1.1 L'ASV : convergence entre politique de la ville et politique de santé

Dans cette première partie, il semble indispensable pour la compréhension de la suite de l'étude de contextualiser la démarche ASV.

Pour cela, nous allons rapidement décrire la politique de la ville afin de mieux cerner le paysage de notre étude. Puis, nous décrirons comment les ASV se sont peu à peu mis en place, pour devenir aujourd'hui le point de convergence entre la politique de la ville et la politique de santé. Après avoir abordé les changements que va introduire la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST), nous finirons en brossant un tableau du cadre actuel de mise en œuvre des ASV.

1.1.1 La politique de la ville : définition, acteurs et cadre d'intervention^{21,22}

A) Qu'est-ce que la politique de la ville ?

Depuis la fin des années 80, la politique de la ville lutte contre les exclusions dans les territoires faisant face à une forte concentration de difficultés sociales et urbanistiques. Cette réduction des inégalités et des écarts de développement passe par une grande diversité d'interventions relevant tant de l'urbanisme, de l'aménagement urbain, de l'action sociale, de l'éducation, de la sécurité, que de la prévention de la délinquance. Pluridimensionnelle et transversale, la politique de la ville est donc une stratégie de discrimination positive, allouant aux territoires les plus en précarité, des moyens supplémentaires au droit commun.

B) Une coordination spécifique

Cette transversalité appelle une gestion interministérielle, dont les instances évoluent au fil des années²³.

En 1988 est créé le Conseil National des Villes (CNV). C'est une instance de consultation et de proposition sur les orientations de la politique de la ville ou sa mise en œuvre, tandis que le Comité Interministériel des Villes (CIV), créé en 1984, a un pouvoir de décision. Il arrête les orientations, définit les programmes et répartit les moyens.

²¹ PORTAIL DE LA DOCUMENTATION FRANCAISE. *Le renouvellement de la politique de la ville* : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/politique-ville/index.shtml>

²² MINISTERE DE LA VILLE. *La politique de la ville* : www.ville.gouv.fr/?Generalites

²³ Le décret du 14 mai 2009 relatif aux instances en charge de la politique de la ville en a reprecisé les missions. Notons également que les noms du ministère en charge de la ville et des instances évoluent selon les gouvernements.

Le secrétariat Général du Comité Interministériel des Villes, sous la tutelle du ministère en charge de la ville, prépare et exécute les décisions du CIV. Il a en charge le secrétariat de l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles (ONZUS) et il assure la tutelle administrative de l'Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU)²⁴ et l'Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances (ACSE). Cette dernière, créée par la loi du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances, est l'opérateur des programmes de développement social en faveur des habitants des quartiers sensibles pouvant concerner l'éducation, la prévention de la délinquance, l'intégration des populations immigrées, la santé... Le rôle de l'ACSE est de financer, d'organiser le suivi, la formation et l'évaluation relatives à ces programmes.

Au niveau local, les orientations nationales de la politique de la ville sont relayées par les services préfectoraux. Dans certains départements, tel que l'Ille et Vilaine, des délégués du préfet à la politique de la ville ont été nommés.

C) Le cadre d'intervention

L'outil principal de la mise en œuvre de la politique de la ville est le CUCS s'appliquant à une géographie d'intervention ciblée.

a) *Une multiplicité de classifications*²⁵

Il existe un véritable flou autour des territoires dits prioritaires. En effet, si les Zones Urbaines Sensibles (ZUS) ont été créées en 1995 et correspondaient au territoire d'application de la politique de la ville, d'autres types de classifications ont émergé par la suite. La loi du 14 novembre 1996 relative au pacte de relance pour la ville a défini les ZUS, ainsi que les Zones de Redynamisation Urbaines (ZRU), et les Zones Franches Urbaines (ZFU) comme territoires infraurbains prioritaires au sein des ZUS (mécanismes des poupées russes). Cependant, il apparaît que d'autres quartiers hors ZUS peuvent être considérés comme prioritaires...

Dans ce travail, nous nous centrerons sur le quartier du Blosne à Rennes, où est implanté le lieu de santé communautaire étudié. Ce quartier est classé comme ZRU, nous le décrirons plus amplement dans la deuxième partie du travail.

b) *La contractualisation pour une meilleure coordination*²⁶

Afin de mettre en cohérence cette politique multidimensionnelle, le cadre contractuel a été privilégié. Ainsi, dès les années 80, des conventions de développement social des quartiers ont été élaborées. En 1994 sont apparus les contrats de ville, signés pour une période de cinq ans et renouvelés jusqu'en 2006.

²⁴Chargée du programme national pour la rénovation urbaine

²⁵MINSITERE DE LA VILLE. *Géographie prioritaire* : <http://www.ville.gouv.fr/?Territoires-prioritaires>

²⁶CURT L.E., *Les prérequis de la mise en place d'une démarche ASV : l'exemple de la municipalité du Kremlin-Bicêtre*, p. 22.

Depuis 2007, les CUCS, signés entre l'Etat et les collectivités territoriales (Conseil Régional, Conseil Général, ville...), ont remplacé les contrats de ville²⁷. Initialement signés pour 3 ans, leur prolongation a été annoncée jusqu'en 2014, par la circulaire du 3 novembre 2010.²⁸

Ces différentes générations de contrats s'attachent à favoriser l'égalité des chances de tous les habitants d'une même collectivité. La nouveauté avec l'apparition des CUCS réside dans le fait qu'un volet spécifique du contrat est consacré à la santé. Volet, dont l'instrument de mise en œuvre privilégié est l'ASV.

1.1.2 Les ASV : une mise en place progressive²⁹

Depuis des siècles, de nombreuses initiatives de prise en charge de la santé existent dans les communes (conseils locaux de santé, pratiques de santé communautaire...). La bonne santé de l'ensemble des individus est, en effet, une condition sine qua non à leur intégration sociale et professionnelle, indispensable au bon fonctionnement de la cité.

La politique de la ville et la politique de santé s'accordent donc pour prendre en compte la situation de santé de certains territoires urbains et périurbains en situation de précarité. C'est cette volonté de favoriser la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ainsi que d'améliorer l'accessibilité aux soins pour les personnes en situation précaire qui ont conduit à l'émergence et à la montée en charge progressive des ASV.

Ainsi, lors de la réunion du CIV du 14 décembre 1999, les ASV sont mis en place de manière expérimentale dans deux régions (Ile de France et PACA) dans le cadre du volet santé des contrats de ville 2000/2006. Ces ASV sont alors définis comme déclinaison territoriale des Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) dans les quartiers désignés comme prioritaires. Les PRAPS ont été créés par la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions³⁰. Trois générations se succéderont, et c'est par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qu'ils seront intégrés comme volet particulier du Plan Régional de Santé Publique (PRSP).

La circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000³¹ relative à la mise en œuvre des ASV dans le volet santé des contrats de ville recommandera et encouragera la mise en place des ASV sur des territoires qui peuvent être infracommunaux, communaux ou intercommunaux. Le même jour, le cahier des charges de la mise en œuvre des ASV est joint en annexe de la

²⁷ Circulaire du 24 mai 2006 relative à l'élaboration des Contrats Urbains de Cohésion Sociale

²⁸ Circulaire du 3 novembre 2010 concernant la prolongation des Contrats Urbains de Cohésion Sociale en 2011

²⁹ TASCON-MENNETRIER C., BOURDON M., *Les ateliers santé ville, inventaire de l'ensemble des productions écrites*, p. 2-7.

³⁰ C'est par cette même loi que seront créées les Permanences d'Accès aux Soins de Santé

³¹ Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ASV dans le volet santé des contrats de ville (2000/2006)

circulaire relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire³².

Enfin, la circulaire 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 ASV³³ prévoit leur généralisation dans le cadre du volet santé des CUCS. Elle précise leurs modalités de mise en œuvre.

Les ASV sont donc bien le point de convergence entre la politique de santé et le volet santé de la politique de la ville. La loi HPST prévoit la signature de Contrats Locaux de Santé (CLS) venant modifier l'organisation actuelle.

1.1.3 Un paysage complexe et en pleine mutation

L'article L143-17 de la loi HPST du 21 juillet 2009 prévoit 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* ». La lettre circulaire du 20 janvier 2009³⁴ prévoyait que les CLS, s'appliquant aux territoires de santé définis par l'ARS, devraient trouver une application dans le cadre de la politique de la ville et notamment s'articuler avec les CUCS. Aujourd'hui, de nombreuses questions émanent de la signature de ces CLS.

La figure 1 schématise l'organisation avant la loi HPST et permet d'apprécier l'ampleur des changements organisationnels qu'entraîne la disparition des Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP)³⁵.

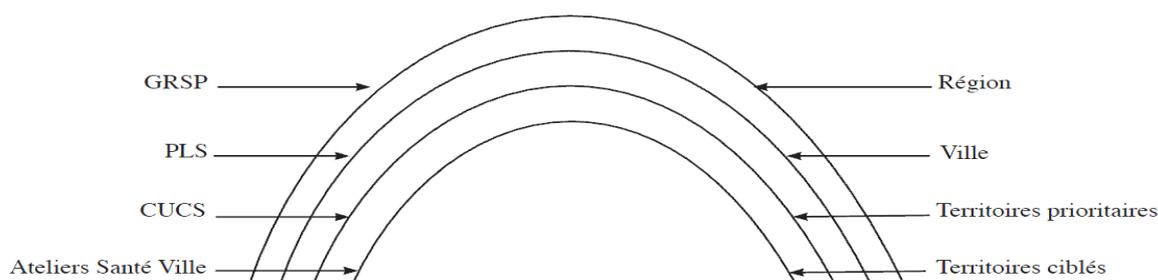


Figure 1 : L'organisation avant la loi HPST

³² Circulaire n°DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire

³³ 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

³⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, SECRETARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DE LA POLITIQUE DE LA VILLE. Lettre interministérielle n°2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et préparation de la mise en place des contrats locaux de santé

³⁵ Dont les missions ont été reprises par les ARS

Il paraît difficile aujourd'hui pour les acteurs de terrain de comprendre comment se situeront les Plans Locaux de Santé (PLS) et CLS au sein de ce schéma. Le collectif santé de Rhône Alpes émet l'hypothèse que les CLS pourraient être le cadre contractuel des PLS^{36,37}. La Direction Santé Publique-Handicap (DSPH) de la Ville de Rennes (à laquelle appartient le SPST ; cf. annexe 5) est actuellement en train d'actualiser son PLS. Selon la responsable du DSPH : « *La clarification du partenariat interne via l'actualisation de notre PLS permettra ensuite de travailler sur le CLS avec l'ARS. Il me semble que le CLS sera le cadre contractuel du PLS et permettra de préciser les engagements respectifs* ».

Dans ce contexte novateur, c'est la circulaire du 13 juin 2000³⁸ qui reste le cadre de référence des ASV et définit notamment les acteurs, les objectifs, les thématiques d'actions et les modalités de financement. Elle rappelle que les ASV doivent permettre d'améliorer « *la pertinence et la cohérence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires de politiques de la ville* ». Cela sous-tend une implication de l'ensemble des acteurs du monde sanitaire et social.

1.1.4 Le cadre de mise en œuvre des ASV

A) Les thèmes d'actions définis par la circulaire du 13 juin 2000

Les ASV peuvent travailler sur divers thèmes tels que :

- *« 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*
- *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* »

³⁶ Les PLS définissent les priorités de la ville en termes de santé.

³⁷ CENTRE DE RESSOURCES ET D'ÉCHANGES POUR LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL URBAIN. *Les échos des ateliers permanents du CR-DSU* : http://www.crdsu.org/c_9_25_Les_Echos_des_ateliers_permanents_du_CR_DSU.html

³⁸ Circulaire n°DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire

B) Les objectifs des ASV

Selon cette même circulaire, les ASV ont cinq objectifs :

- « identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie
- faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien à des réseaux médico-sociaux
- diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site
- rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun
- développer d'une part, la participation active de la population à toutes les phases des programmes (diagnostic, définition de priorités, programmation, mise en œuvre et évaluation) et d'autre part, la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes »

C) Le financement des ASV

Si différentes configurations semblent coexister, deux principales sources de financements peuvent être distinguées³⁹. Les postes de coordination sont généralement financés par les signataires des CUCS, tandis que les animations et actions de promotion de la santé peuvent être soutenues financièrement par l'ARS.

1.1.5 La notion de participation au sein de ces textes de référence

Dans la circulaire du 13 juin 2000 est posée la notion de nécessaire « *participation active de la population à toutes les phases du programme* ». Par ailleurs, parmi les thématiques énoncées on comprend la nécessité de la participation des habitants. En effet, si les trois dernières concernent les professionnels du monde sanitaire et social, on constate que les quatre premières nécessitent l'implication de la population du quartier. Comment connaître l'état de santé de la population sans agir en collaboration avec elle ? Qui d'autre que les habitants eux-mêmes connaissent les problèmes, dysfonctionnements auxquels ils sont confrontés ?

Afin de pouvoir répondre aux questionnements de ce travail, il paraît à présent essentiel de déterminer ce qu'il est entendu par participation, mais également quel est son intérêt dans le cadre des ASV.

³⁹ KYNOS/ACSE. Résultats de l'enquête sur les ateliers santé ville au 31 décembre 2008 : http://actionsociale.weka.fr/media/file/1812_ateliers_sante_ville_rapport_acse_sur_les_asv_au_31_decembre_2008.pdf

1.2 La participation

Au sein des politiques publiques, la notion de participation est fréquemment et de plus en plus souvent utilisée. Cependant, cette notion est caractérisée par une multiplicité de nuances. Selon P. Fournier et L. Potvin, certains acteurs entendent la participation comme l'information du public, d'autres l'assimilent à la consultation, certains considèrent que l'on peut parler de participation lorsqu'il y a un contrôle du projet par les citoyens. Une nécessaire clarification s'impose afin de pallier à la confusion et à la dérive rhétorique autour de ce terme.⁴⁰

1.2.1 Difficultés liées à la non définition de la participation

Dans l'enquête ASV commandée par l'ACSE⁴¹, la question visant à évaluer le niveau de participation des habitants au sein des ASV était : « *En 2008, des modalités de participation des habitants à la conception ou à la mise en œuvre sont elles présentes ?* ». Qu'entendre alors par participation ? Cette non clarification a entraîné une grande diversité de réponses, les rendant difficilement exploitables. En effet, dans les réponses positives pouvaient aussi bien être compris, les ASV où les habitants étaient présents aux réunions d'information que les ASV où les habitants prenaient véritablement part aux décisions.

Il semble que ces zones d'ombres ne permettent ni d'évaluer de façon pertinente la participation ni de formuler des recommandations adaptées. Il paraît donc essentiel de déterminer ce que nous entendons lorsque nous évoquons la participation et comment nous pourrions la mesurer.

1.2.2 Définition de la participation

Selon le dictionnaire Larousse, la participation est « *l'action de prendre part à quelque chose* ».

Dans l'ouvrage « Santé Publique : santé de la communauté », J. Monnier, professeur de santé publique, lie les termes inséparables que sont la participation et la santé communautaire en les définissant comme suit : « *On peut parler de santé communautaire quand les membres d'une collectivité géographique ou sociale, conscients de leur appartenance au même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à*

⁴⁰ SOCIETE FRANCAISE DE SANTE PUBLIQUE, *Développement social et Promotion de la santé, la démarche communautaire – Extraits*, p. 5.

⁴¹ KYNOS/ACSE. *Résultats de l'enquête sur les ateliers santé Ville au 31 décembre 2008* : http://actionsociale.weka.fr/media/file/1812_ateliers_sante_ville_rapport_acse_sur_les_asv_au_31_decembre_2008.pdf

ces priorités »⁴². Ainsi les pratiques communautaires sont les outils, techniques et méthodes utilisés pour permettre la participation des habitants à un projet de santé.

Nombre de définitions existent dans les différents domaines utilisant la participation. Mais, nous retiendrons la définition de J. Monnier car elle s'adapte à notre cadre d'étude (la participation des habitants d'un quartier dans le cadre de l'ASV), il est cependant indispensable de la compléter en précisant la notion de types et de niveaux de participation aux différentes étapes d'un projet.

1.2.3 Deux catégories de participation allant vers un niveau de participation croissant

A) Une vision dualiste de la participation

Selon P. Oakley, la participation peut se scinder en deux catégories : la participation moyen et la participation processus⁴³.

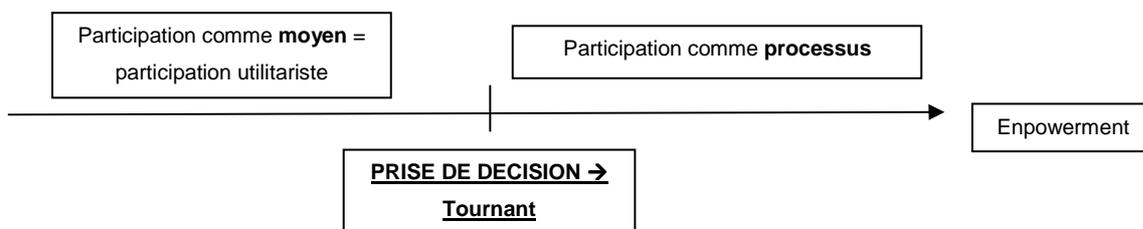


Figure 2 : Catégories de participation

Tant que les habitants ne sont pas associés de façon explicite à la prise de décision, la participation risque d'être utilisée comme un moyen et non comme un processus⁴⁴. La participation reste utilitariste (appelée également participation alibi) : ce qui compte alors est l'atteinte des objectifs fixés grâce à l'utilisation de la participation pour adapter le projet, plus que l'acte de participation en lui-même. Dans la participation processus, l'objectif ultime est le transfert de pouvoir à la population afin qu'elle puisse prendre en main sa propre santé, autrement appelée l'empowerment⁴⁵...La démarche est donc tout à fait différente.

Ainsi si différents niveaux de participation peuvent être observés au sein des étapes d'un projet (information, consultation, délégation de pouvoir...)⁴⁶, il semble que

⁴² DESCHAMPS JP et al, *Santé Publique, santé de la communauté*, p.3.

⁴³ SOCIETE FRANCAISE DE SANTE PUBLIQUE, *Développement social et Promotion de la santé, la démarche communautaire – Extraits*, p 5-7.

⁴⁴ BANTUELLE M. et al, *La participation communautaire en matière de santé*, p 20-22.

⁴⁵ Selon Martine Bantuelle : « L'empowerment est le processus dynamique par lequel les populations marginalisées vont accéder à la maîtrise de leur propre destinée, un processus par lequel les populations exerceront un plus grand contrôle sur leur propre santé. ».

⁴⁶ Nous verrons ultérieurement qu'il existe différentes classifications des niveaux de participation.

plus le degré de participation est élevé plus la participation s'oriente vers l'approche processus.

Néanmoins, toute participation, quelle qu'elle soit ne doit pas être négligée. Une participation utilitariste peut, en effet, être un premier pas vers une participation processus. Ainsi, à Bondy, des femmes initialement consultées par des professionnels pour donner leur avis sur des supports de communication concernant le dépistage du cancer du sein, se sont peu à peu investies dans la démarche aux côtés des professionnels et bénévoles. Aujourd'hui, ces femmes se sont rassemblées en collectif et continuent à promouvoir le dépistage du cancer du sein. Les professionnels interviennent en appui, sur leur demande.⁴⁷

B) Les niveaux de participation

Plusieurs classifications des niveaux de participation ont été proposées dans la littérature. Ces niveaux précisent la définition de J. Monnier et la vision dualiste de la participation précédemment évoquée. Ils permettent également d'élaborer des outils de mesure, comme nous le verrons avec l'échelle de Rifkin.

Hance, Chess et Sandman classent les différents niveaux d'implication⁴⁸ en six échelons suivant le pouvoir spécifique accordé au citoyen sur les décisions à prendre.

ECHELON	Degrés de participation
1 ^{er} échelon	Le promoteur agit seul, sans communiquer avec les citoyens.
2 ^{ème} échelon	Le promoteur informe les citoyens sans leur demander de se prononcer sur la question.
3 ^{ème} échelon	Le promoteur consulte sans réellement tenir compte des commentaires émis.
4 ^{ème} échelon	Le promoteur consulte et tient compte des commentaires émis.
5 ^{ème} échelon	Le promoteur s'associe à la population pour résoudre le problème.
6 ^{ème} échelon	Le promoteur remet entre les mains des citoyens le pouvoir de prendre seuls les décisions appropriées.

Une des limites de ce modèle de gradation est que Hance et son équipe se restreignent à la participation moyen : « faire participer à » et non « participer à ».⁴⁹

L'OMS propose une classification de la participation en trois niveaux. Tout d'abord, la participation marginale pour laquelle la population n'a que très peu d'influence. Ensuite, la participation de fond où la population intervient dans la détermination des priorités et le

⁴⁷ ASSOCIATION DE RECHERCHE ET DE DEPISTAGE DES PATHOLOGIES DU SEIN EN SEINE-SAINT-DENIS, *Concilier santé publique et citoyenneté*, p. 18-23.

⁴⁸ Nous utiliserons de manière indifférenciée les termes implication et participation.

⁴⁹ BANTUELLE M. et al, *La participation communautaire en matière de santé*, p 34-35.

déroulement de l'action. Et enfin, la participation de structure où la communauté joue un rôle sur l'ensemble des étapes du projet.⁵⁰

Enfin, Rifkin détermine cinq niveaux de participation.⁵¹

- La participation aux avantages du programme (niveau 1) : la population bénéficie des services. Elle n'intervient ni sur le choix, ni sur le contenu du programme.
- La participation aux activités des programmes élaborés par des organismes ou institutions (niveau 2) : la participation est active mais la population n'est pas incluse dans le choix des activités à mener ou des modalités d'exécution.
- La participation à l'exécution du programme (niveau 3) : la population intervient dans la gestion du programme. Les objectifs et la nature des activités restent du ressort des professionnels.
- La participation à l'évaluation du programme (niveau 4) : la population gère le programme et participe à l'évaluation.
- La participation à la planification du programme (niveau 5) : la population participe à l'élaboration du programme (définition des priorités, stratégies, actions) et demande aux professionnels de l'aide. Ces derniers sont alors un support pour la population.

1.2.4 La mesure de la participation

Finalement, nous retiendrons la classification de Rifkin, car elle n'est pas seulement une échelle de mesure du niveau de la participation globale sur l'ensemble du projet telle que la classification de l'OMS présentée ci-dessus : Rifkin applique les niveaux de participation préalablement exposés aux cinq dimensions qui peuvent constituer un projet.⁵²

A) Les cinq dimensions du projet selon Rifkin

- Estimation des besoins : détermination des besoins et priorisation
- Leadership : par qui la prise de décision est-elle assurée ?
- Organisation : par qui la planification des actions, d'un projet est-elle assurée ?
- Mobilisation des ressources : quelle contribution des bénéficiaires, pour quels types de ressources ?
- Gestion du projet lui-même : prise de décision et concrétisation

⁵⁰ SOCIETE FRANCAISE DE SANTE PUBLIQUE, *Développement social et Promotion de la santé, la démarche communautaire – Extraits*, p. 4.

⁵¹ RIFKIN SB, *Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile planification familiale*, p14-18.

⁵² MANNONI C, *La démarche atelier santé ville, des jalons pour agir*, p. 206.

B) Présentation schématique de l'outil final

Le tableau suivant est un support d'aide à la mesure du niveau de participation pour chacune des cinq dimensions.

LES 5 AXES	NUL = 1	FAIBLE = 2	MODERE =3	BON = 4	EXCELLENT = 5
1) Estimation des besoins	Imposée par les professionnels.	Début de l'expression des besoins qui sont examinés par les professionnels.	Identification des besoins par le groupe plus active et plus structurée, analyse.	Le groupe propose des solutions concrètes.	Les solutions concrètes sont mises en œuvre.
2) Leadership Ce qui existe, comment cela se traduit-il...	Assuré par les professionnels (secteur médical ou social).	Il existe au moins un leader dans le groupe de la population considérée. Début de l'expression de ce leadership.	Le leader représente une minorité. Début de prise de décisions.	Le leader représente une majorité. Initiatives plus nombreuses.	Représentation de l'ensemble du groupe. Capacités de consensus.
3) Organisation Planification des actions, d'un projet	Assurée par les professionnels.	Imposée mais le groupe participe à quelques activités.	L'organisation est négociée entre professionnels et groupes.	Le groupe se structure avec des rôles et des tâches définies. Liens avec l'extérieur.	Officialisation du groupe (création d'une association comme processus abouti).
4) Mobilisation des ressources Contribution des bénéficiaires, types de ressources, prise de décisions/ressources mobilisées	Assurée par les professionnels.	Le groupe contribue ponctuellement (ressources humaines, matérielles, financières). Pas de contrôle des dépenses.	Le groupe participe à des levées de fonds sans contrôle des dépenses.	Le groupe participe à des levées de fonds et au contrôle des dépenses.	Recherche active de fonds et contrôle des dépenses.
5) Gestion du projet lui-même, prise de décisions et concrétisation	Assurée par les professionnels.	Le groupe contribue ponctuellement. Supervision continue des professionnels seuls.	Le(s) leader(s) s'implique(nt) plus activement et les professionnels supervisent en continu.	Le(s) leader(s) et des membres du groupe sont impliqués activement. Supervision ponctuelle des professionnels.	Supervision par les professionnels désormais inutile.

Précisons que l'outil de Rifkin peut mesurer la participation sur un projet, une activité particulière...Mais, pour cette étude, nous nous intéressons à la participation des habitants dans le cadre de la démarche ASV. Aussi, nous étudierons les activités dans leur ensemble et non une intervention en particulier.

Afin de comprendre l'importance à accorder à la maximisation de la participation dans les démarches de promotion de la santé, il semble intéressant de se pencher à présent sur le pourquoi d'une telle participation : en quoi cette dernière rend-elle les actions plus efficaces ?

1.2.5 La participation, condition d'efficacité

A) La participation, une stratégie incontournable en promotion de la santé

Au travers de la démarche ASV transparaît donc la notion de participation communautaire afin de promouvoir la santé dans le sens de l'OMS. L'atteinte de cet objectif rejoint celui du concept de promotion de la santé tel que présenté en 1986 dans la Charte d'Ottawa⁵³ : « *La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.* ».

A travers cette définition, nous comprenons que la condition d'atteinte de l'objectif visé par la promotion de la santé passe nécessairement par la participation processus telle que nous l'avons précédemment définie. Ce qui est d'ailleurs précisé dans la Charte : « *La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté, à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.* ».

Aussi, il est clairement établi ici, que le but ultime de la promotion de la santé est l'état de complet bien-être physique, mental et social via la prise en main par les individus de leur propre santé, nécessitant une participation processus.

⁵³ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Charte d'Ottawa*.

B) L'empowerment, une stratégie efficace et d'autant plus importante pour les populations défavorisées

a) *L'efficacité de l'empowerment*

L'OMS a publié en 2006, un rapport diffusant les résultats d'une méta-analyse d'environ 250 études quasi-expérimentales sur les stratégies d'empowerment.⁵⁴

Selon ce rapport, « *les évaluations scientifiques démontrent que l'empowerment est effectivement une stratégie de santé publique pertinente* » et l'utilisation de ce type de stratégies dans les projets de santé publique ne doit plus nécessairement faire l'objet d'une justification.

Outre les résultats en termes de santé visibles à long terme, l'empowerment a un impact plus large aux niveaux psychologique, organisationnel et communautaire. Nous comprenons donc que la participation a des conséquences tant sur des dimensions individuelles, que sur le groupe dans son ensemble.

Enfin, l'empowerment, en permettant une adaptation des actions de terrain à la situation locale, est d'autant plus efficace dans un contexte d'inégalités.

b) *Des messages plus compréhensibles*⁵⁵

Pour les territoires prioritaires de la politique de la ville, des problèmes de compréhension des messages de santé publique se posent fréquemment, de par la mixité culturelle importante. Allant de problèmes de lecture à des soucis de mauvaise compréhension, les messages généralistes de prévention diffusés au travers des médias se trouvent alors mal compris. Ainsi, l'Association de Recherche et de Dépistage des Pathologies du Sein en Seine-Saint-Denis (ARDEPASS) s'est aperçue que la faible participation des femmes des quartiers ZUS au dépistage du cancer du sein était due à un problème de compréhension. Nombre de femmes pensaient, en effet, que le dépistage consistait à retirer une tumeur nommée « Pistage », cela sous-entendant que pour se faire dépister, il fallait qu'elles soient malades.

c) *Une adaptation de la programmation*^{56,57,58}

Lorsque la population participe à la détermination de la programmation, cette dernière peut être adaptée aux spécificités locales (culturelles, économiques...) et aux besoins identifiés. En effet, des messages inadaptés à la situation de ces populations

⁵⁴ FERRON C., « *La preuve est faite : l'empowerment et la participation, ça marche* », La santé de l'homme, n°406, p.4-6.

⁵⁵ DANE C., *Impliquer les habitants des quartiers difficiles dans les actions de santé*, p. 11-14.

⁵⁶ RIFKIN SB, *Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile planification familiale*, p13.

⁵⁷ IREPS BRETAGNE, *Dans quelles mesures selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé*, p. 5-8.

⁵⁸ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Participation de la population à la santé locale et au développement durable - Approches et techniques*, p. 11-13.

peuvent être perçus comme étant culpabilisants car tout à fait irréalisables dans leur contexte de vie. Ainsi, comment demander à des personnes en situation de précarité de manger cinq fruits et légumes par jour ?

En palliant à ces limites, l'appropriation des préconisations par les habitants amène d'une part à un meilleur suivi et d'autre part à la construction progressive d'une image positive d'eux-mêmes⁵⁹. L'ensemble aboutissant à des résultats positifs en termes de santé.

A plus large échelle, l'implication des habitants et des usagers permet de mieux comprendre le fonctionnement du système de santé et d'améliorer ainsi l'accès aux soins, particulièrement difficile dans ce type de quartier.

Il apparaît donc que la participation est véritablement nécessaire et ce notamment dans le cadre des ASV. Ces dispositifs, soutenus par les politiques, sont des lieux opportuns pour permettre à chacun de prendre en charge sa propre santé, au sens entendu par l'OMS. Pour autant, les ASV rencontrent de nombreuses difficultés pour accéder à un niveau et une qualité de participation optimale (maximisation de la participation). Qu'en est-il à l'ASV de Rennes ?

Nous allons à présent entrer au cœur de l'étude, en nous intéressant aux données recueillies sur le terrain. Ces dernières nous permettront dans un premier temps de faire un état des lieux de la participation des habitants à l'ASV de Rennes et dans un second temps d'étudier quels sont les facteurs freinant et/ou suscitant la participation au sein des ASV.

⁵⁹ L'action participative part de leurs compétences, ce qui permet notamment une valorisation des savoirs de chacun.

2 La participation à l'ASV de Rennes

2.1 Un état des lieux de l'ASV

Après une description de notre terrain d'étude, nous allons nous appliquer à présenter le Réseau Santé Bien Etre (RSBE), ASV de Rennes : de sa construction progressive à son organisation actuelle. Aussi, nous veillerons au fil de cette partie à mettre en exergue la place occupée par les habitants dans les différentes instances et dans la gestion de l'ASV. Cette description devra nous permettre de déterminer le niveau de participation des habitants à l'aide de l'échelle de Rifkin précédemment présentée.

2.1.1 Quelques éléments de cadrage du terrain d'étude

A) La politique de santé rennaise^{60,61}

A l'origine du réseau français des Villes-Santé, Rennes, ville de plus de 200 000 habitants, s'est historiquement investie dans ce champ d'intervention.

La politique municipale de santé est définie dans le cadre du PLS⁶² et s'appuie sur les travaux du Comité Consultatif « Santé et environnement dans la ville », rassemblant tous les acteurs rennais de promotion de la santé. L'engagement de la ville en santé est coordonné par la DSPH, à laquelle appartient le SPST, dont les missions sont détaillées en annexe 5. La structuration de la DSPH en quatre services : environnement, handicap, enfance et promotion de la santé fait état des orientations et choix politiques de l'agglomération rennaise. Ces services municipaux travaillent en étroite collaboration avec l'adjoint au maire délégué à la santé et le conseiller municipal délégué Sport et Nutrition Santé⁶³.

L'activité du SPST s'adosse sur deux dispositifs : l'animation territoriale de santé et l'atelier santé ville. Ce dernier étant l'outil de mise en œuvre de la thématique santé sur les quartiers prioritaires rennais dans le cadre du CUCS.

Remarque : Le CUCS de l'agglomération rennaise, signé en 2007, se décline en neuf orientations thématiques⁶⁴ : Jeunesse – Intégration des populations d'origine étrangère, lutte contre les discriminations et accès aux droits – Participation des habitants, soutien aux initiatives des habitants et citoyenneté – Aménagement, habitat et cadre de vie – Emploi et développement économique – Education et formation tout au long de la vie –

⁶⁰ SERVICE PROMOTION SANTE ET TERRITOIRES, *Ville de Rennes : Animation Territoriale de Santé*, p.1.

⁶¹ VILLE DE RENNES. *IntraRennes*.

⁶² En cours de réactualisation

⁶³ Soulignons, par ailleurs, que la première adjointe au maire de Rennes est vice-présidente du CNV.

⁶⁴ *Contrat Urbain de Cohésion Sociale de l'agglomération rennaise 2007-2009*, p. 3.

Culture, sport et loisirs – Santé et lutte contre les violences sexistes – Sécurité et prévention de la délinquance.

Notons que, outre le volet du CUCS spécifiquement dédié à la santé, cette approche pluridimensionnelle permet d'agir sur un ensemble de déterminants impactant la santé.

Nous allons nous centrer exclusivement sur le quartier du Blosne, terrain de notre étude. La présentation à suivre permettra de mieux contextualiser les difficultés à la maximisation de la participation.

B) Le quartier du Blosne en quelques mots⁶⁵

a) *Un cadre de vie apprécié...*

Le quartier du Blosne est un des six territoires prioritaires rennais. Il se situe au sud de la ville (Cf. figure 3 annexe 6) et compte 17 981 habitants⁶⁶, soit 9.3% de la population rennais. Construit dans les années 60, il s'étend sur 3 kilomètres de long et 1.2 kilomètres de large ; et se compose d'un habitat collectif à 90%, dont près de 53% de logements sociaux.

La présence d'espaces verts est un atout important du quartier, aujourd'hui desservi par le métro. De même, les tours abritent en rez-de-chaussée des espaces collectifs, mis à la disposition des habitants. Cet ensemble d'équipements, favorisant la sociabilité et les échanges, est certainement à l'origine du maillage associatif dense présent sur le quartier. Le Blosne, dynamique et fortement apprécié par ses habitants va se voir transformé par la rénovation urbaine dans les années à venir.

b) *...par une population en difficulté*

Les caractéristiques socio-démographiques à suivre dépeignent les difficultés rencontrées par les Blosniens. A l'aide de quelques indicateurs, nous allons décrire le quartier en référence au reste de la ville.

⁶⁵ ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DE L'ACTION ET DE L'ANIMATION SOCIALE. *Le tableau de bord social des quartiers rennais (accès sécurisé)* : <http://www.apras.org/spi/>

⁶⁶ En 2006

		Ville de Rennes	Quartier du Blosne
Proportion des moins de 17 ans		16	24
Proportion des 18-39 ans		45.5	33
Proportion des plus de 40 ans		38.5	43
Proportion des personnes seules		25	12
Proportion de familles monoparentales		7.2	13.3
Proportion d'employés et d'ouvriers parmi les plus de 15 ans		48	69
Proportion de professions intermédiaires parmi les plus de 15 ans		27	20
Proportion de cadres parmi les plus de 15 ans		22	7
Proportion des plus de 15 ans sans formation		9.4	17.9
Proportion de 15-64 ans au chômage		7	11
Nombre moyen de personnes par foyer		1.9	2.3
Proportion de bénéficiaires HLM		22.5	52.8
Proportion au regard de l'ensemble de la ville	Proportion des habitants du quartier bénéficiaires APL	-	15.8
	Proportion des habitants du quartier bénéficiaires d'allocation à bas revenu	-	11.9
	Proportion des habitants du quartier bénéficiaires RSA	-	13.6
	Proportion des habitants du quartier bénéficiaires CMUc	-	19.8
Des graphiques reprenant certaines de ces données sont disponibles en annexe 6.			
HLM Habitation à Loyer Modéré			
APL Allocation Pour le Logement			
RSA Revenu de Solidarité Active			
CMUc Couverture Maladie Universelle complémentaire			
Remarque : Actuellement, aucune donnée santé n'est disponible à l'échelle des quartiers, c'est pourquoi, nous n'avons présenté que des indicateurs dits socio-démographiques.			

On constate donc que l'ensemble des éléments caractérisant les territoires dits prioritaires sont rassemblés et on comprend que le quartier du Blosne soit un des territoires prioritaires de la politique de la ville et de la politique de santé via la démarche ASV.

2.1.2 L'ASV de Rennes, une construction progressive par les habitants et les professionnels^{67,68}

La démarche santé sur le quartier du Blosne n'est pas récente. En 1999, un diagnostic visant à connaître comment les habitants perçoivent leur santé a été réalisé par des habitants accompagnés par le CODES et la Maison des Squares⁶⁹. Par ailleurs, un groupe d'habitants bénéficiant de séances de sophrologie a voulu, afin que cet atelier se poursuive, écrire un projet santé et faire une demande de subvention. Le Centre Départemental d'Action Sociale (CDAS)⁷⁰ les a soutenus dans cette démarche.

C'est cet engouement qui a amené, fin 2002, la Maison des Squares à signaler aux professionnels que les habitants du quartier étaient demandeurs d'actions portant sur les questions de santé. Cette demande initiale lancera les discussions via la création d'un groupe de réflexion réunissant divers professionnels des champs médicaux, sociaux et éducatifs du quartier. Le groupe est copiloté par la Maison des Squares et le contrat de ville de l'époque.

Trois groupes de travail naissent alors : « Fragilités psychologiques et logement », « Fragilités psychologiques et éducation » et « Répertoire santé social ». Parallèlement, un autre groupe travaille et réfléchit à l'ouverture d'un lieu destiné à promouvoir la santé auprès des habitants. C'est la naissance de Pause Santé dont les objectifs sont d'améliorer la santé et le bien-être des habitants et de promouvoir la santé communautaire en encourageant les initiatives des habitants du quartier du Blosne et des différents partenaires.

Après deux années de fonctionnement, Pause Santé a bénéficié, en 2007, d'un accompagnement Prodapps (Programme Départemental d'Accompagnement des Professionnels en Promotion de la Santé) par le CODES d'Ille et Vilaine. Pause Santé est alors réaffirmé comme un lieu dont les habitants doivent s'emparer.

En 2008, après concertation des partenaires de quartier et des financeurs, il a été acté la gestion en régie municipale de Pause Santé, adossée au SPST.

L'organisation des différents groupes initialement présents a évolué. Aussi, nous allons présenter l'ASV, dans son organisation actuelle.

⁶⁷ FASSIER A., *Au cœur du quartier du Blosne, un espace santé*, p 1.

⁶⁸ FASSIER A., *Rapport d'activités, Réseau Santé Bien Etre*, p 1-2.

⁶⁹ Equipement de quartier porté par l'Association Maison des Squares Solidarité, Interculturel et Citoyenneté (AMSIC), se trouvant sur le quartier du Blosne.

⁷⁰ Antenne du Conseil Général

2.1.3 L'ASV de Rennes aujourd'hui^{71,72}

L'objectif général de l'ASV, nommé RSBE, est de promouvoir la santé et le bien-être des habitants du quartier du Blosne.

Pour cela, le réseau fédère un ensemble de partenaires médicaux, sociaux et sanitaires. Ce travail collaboratif vise une approche globale de la santé de par la confrontation et la mise en synergie des différentes approches et expériences professionnelles permettant d'aborder un ensemble divers de déterminants impactant la santé des populations.

Par ailleurs, pour atteindre son objectif général, le réseau vise à susciter la participation des habitants via une démarche communautaire.

Le travail du RSBE passe par une structuration en comité de pilotage et groupes de travail.

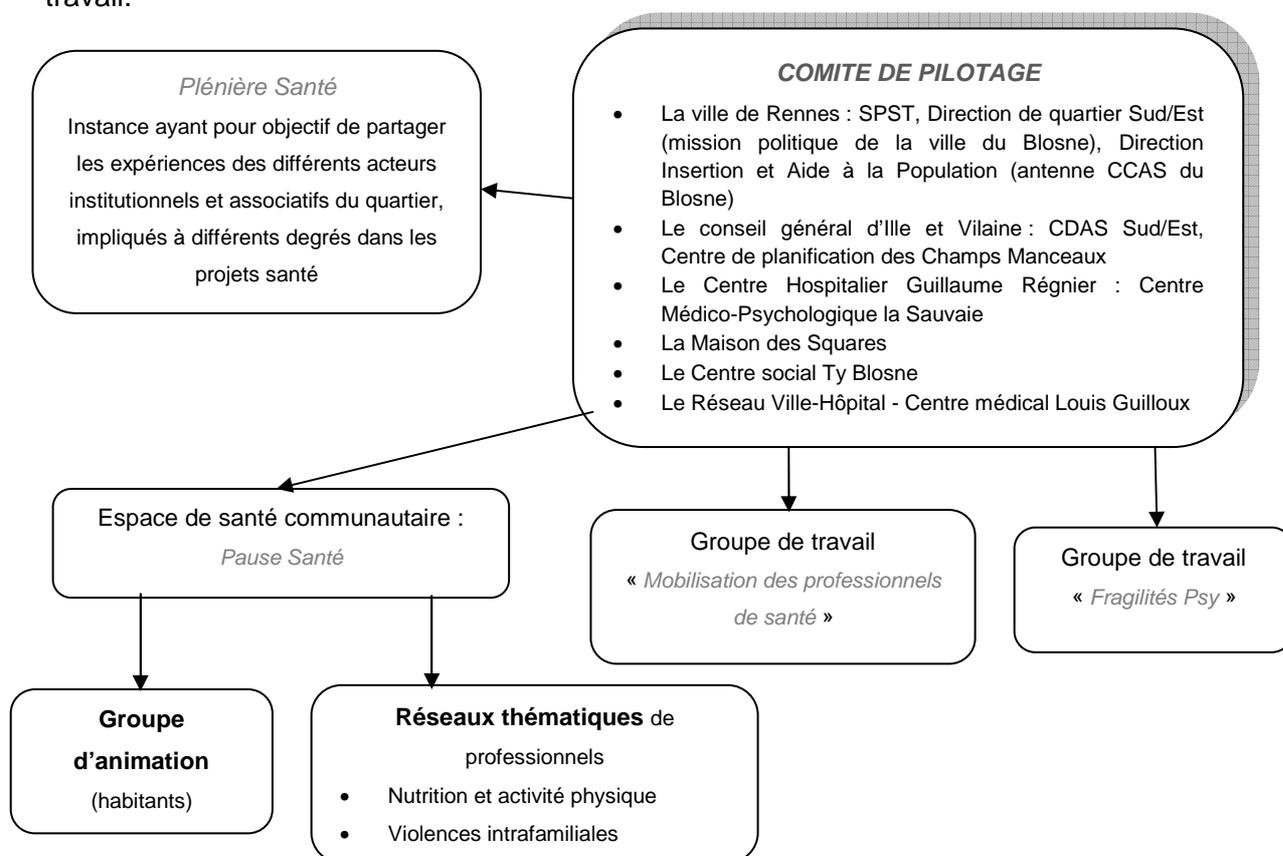


Figure 6 : Organigramme du Réseau Santé Bien Etre

A) Le comité de pilotage

Chapeautant l'ensemble du dispositif, il se réunit trois fois par an. Composé de partenaires institutionnels et associatifs du quartier, il donne les grandes orientations, valide les décisions et doit également être force de proposition pour l'ensemble du réseau. De plus, il a pour rôles de favoriser la connaissance mutuelle des structures partenaires, de développer une culture commune, d'initier les groupes de travail et de

⁷¹ FASSIER A., Réseau Santé Bien Etre - Quartier Le Blosne, p. 1.

⁷² FASSIER A., Rapport d'activités, Réseau santé Bien Etre, p 1-10.

définir leurs orientations, de susciter des actions partenariales, d'attirer l'attention des promoteurs d'actions de santé sur les principes et les valeurs définis en commun, d'assurer le suivi des actions, et d'évaluer le projet Santé Bien Etre.

La composition de ce dernier a été revue suite à l'accompagnement Prodapps afin de réduire le nombre de partenaires pour une prise de décision plus efficace. A cette occasion, il a également été décidé que les habitants ne seraient pas présents dans le comité de pilotage et que ces derniers seraient représentés par la coordinatrice de l'ASV. Lorsque l'on pose la question de l'intégration des habitants à cette instance, la coordinatrice aborde la difficulté de « *mobiliser les habitants dans le comité de pilotage vis la complexité et le mode de fonctionnement particulier* ». Elle souligne l'intérêt, dans ce contexte, « *d'associer les habitants aux différents groupes de travail où les missions sont plus concrètes* ». Pour autant, il semble que « *la composition du comité de pilotage est déterminante pour favoriser la participation de la communauté. Les représentants de la communauté doivent être majoritaires* »⁷³. En effet, sans cette intégration aux instances décisionnelles, le niveau de participation pour la dimension « leadership » de l'échelle de Rifkin restera au niveau 1.

B) Le groupe « Mobilisation des professionnels de santé »

L'objectif de ce groupe est de développer l'interconnaissance des professionnels médico-sociaux (dont le secteur libéral) autour des ressources du quartier, afin de faciliter l'orientation et l'accessibilité aux droits, aux soins et à la prévention des habitants.

C) Le groupe « Fragilités psychologiques »

Ce groupe de travail associant bailleurs sociaux, institutions et associations a pour objectif de renforcer le partenariat autour des questions de fragilités psychologiques. Le groupe se réunit tous les deux mois afin d'échanger autour de situations problématiques anonymisées, cela dans l'optique de partager leurs expériences et d'apprendre à se connaître.

On constate que ces deux groupes de travail concernent spécifiquement la mise en réseau des professionnels du quartier et le partage d'expériences de ces derniers. Une partie des thématiques des ASV définies par la circulaire du 13 juin 2000⁷⁴ concerne spécifiquement la mise en réseau, la formation et le partage d'expériences des professionnels ; mais l'autre volet des thèmes, axé sur l'amélioration globale de l'état de santé de la population, nécessite également un travail commun des professionnels et des habitants eux-mêmes. Aussi, le RSBE dispose de l'espace Pause Santé, plus

⁷³ DOUMONT D., SANDRIN-BERTHON B., 2002, *Participation, intersectorialité, travail en réseau et politiques locales de santé : quels enjeux pour la promotion de la santé ?*, p.13.

⁷⁴ Circulaire n°DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire

particulièrement réservé à la prise en charge par les habitants du quartier du Blosne de leur propre santé. Actuellement, c'est essentiellement sur cette partie de l'ASV que l'implication des habitants est analysable.

D) Pause Santé, lieu de santé communautaire

Pour rappel, Pause Santé est le fruit d'une volonté commune des professionnels et des habitants.

C'est un espace de santé type communautaire⁷⁵, situé au cœur du quartier du Blosne et animé par une coordinatrice, employée de la ville de Rennes. Son fonctionnement se scinde en plusieurs temps. Des temps de permanence, un jour et demi par semaine assurés par la coordinatrice, permettent de recevoir individuellement des habitants afin de répondre à leurs questions et de les orienter le cas échéant. Des temps d'accueil collectif sont consacrés au déroulement d'animations pouvant être impulsées par les partenaires ou les habitants. Et enfin, des temps sont dédiés à l'animation des trois groupes de travail constitués dans le cadre de Pause Santé.

a) *Le groupe d'animation composé d'habitants*

Théoriquement, ce groupe se réunit mensuellement afin de réfléchir au programme d'animation et d'intervention à mettre en place à Pause Santé. Il a également pour rôle la gestion fonctionnelle du lieu. Nous verrons lorsque nous décrirons le fonctionnement de Pause Santé (2.1.4) que la mobilisation du groupe est une des difficultés pointées par la coordinatrice.

b) *Les réseaux thématiques destinés aux professionnels du quartier*

Deux groupes thématiques ont été constitués à la demande des professionnels du quartier.

Le groupe « Violences intrafamiliales » impliquent de nombreux partenaires et a pour objectifs de sensibiliser aux problèmes de violence, de prévenir et de combattre les violences intrafamiliales, de donner des outils et repères aux professionnels et personnes relais ainsi que de concevoir des actions collectives.

Le groupe « Nutrition et activité physique » mobilise des acteurs autour du thème de la nutrition associée ou non à l'activité physique en travaillant autour de l'équilibre alimentaire, de la prévention de l'obésité...

A présent, nous allons nous attacher à détailler comment se déroule la gestion du lieu : de l'établissement du programme d'animations à la gestion des ressources.

⁷⁵ Un lieu de santé communautaire doit permettre aux individus de devenir acteurs de leur propre santé et auteurs de leur histoire.

2.1.4 Le fonctionnement de Pause Santé

A) L'émergence des idées d'interventions

Les animations se trouvant au programme de Pause Santé peuvent avoir diverses origines. Les propositions proviennent tantôt des partenaires de l'ASV, tantôt du groupe d'animation, tantôt des habitants participants aux animations mais ne faisant pas partie de ce groupe. Soulignons qu'à plusieurs reprises, des habitants du quartier sont venus proposer à la coordinatrice de partager leur expérience avec les habitants autour de thématiques telles que le cancer ou le don d'organes. L'ensemble des animations de Pause Santé émanent de demandes locales et ne s'appuient pas sur les priorités nationales.

Toutes les propositions ne doivent pas obligatoirement être soumises à la validation du comité de pilotage. Ce dernier fixe les grandes orientations notamment en validant les projets de plus grande envergure. Pour les interventions ponctuelles, il appartient à la coordinatrice de prendre en compte les propositions qu'elle estime les plus pertinentes au regard des objectifs de Pause Santé et des moyens disponibles.

Notons que depuis quelques mois, la coordinatrice remarque une démobilisation du groupe d'animation. Initialement constitué d'une quinzaine d'habitants, le groupe est réduit à deux personnes pour certaines rencontres. « *Au début, il fallait trouver de nouvelles interventions...aujourd'hui l'enjeu est moindre, car le programme d'animation est déjà mis en place...presque rodé* ». On remarque donc ici, une réelle volonté d'associer les habitants à l'établissement du programme d'animation mais une difficulté à faire perdurer la mobilisation de la population.

B) L'organisation des interventions

Les animations sont généralement organisées par la coordinatrice, parfois soutenue par certains intervenants de structures ou associations du secteur (Maison du Diabète notamment). Par ailleurs, depuis deux ans, une association d'habitants du quartier s'est constituée en AMAP (Association pour le Maintien de l'Agriculture Paysanne) et distribue toutes les semaines des paniers de légumes frais.

Mettre en place une intervention nécessite également de rassembler des moyens humains, matériels et financiers.

a) *Les moyens humains*

De nombreux professionnels interviennent dans le cadre des animations, généralement suite à une sollicitation de la coordinatrice au regard des projets d'interventions. La coordinatrice dispose d'un 1/3 temps consacré à Pause Santé et d'un 1/3 temps sur le reste du RSBE. Le temps de travail restant n'est pas réservé au quartier du Blosne.

b) *Les moyens matériels et financiers*

Les animations peuvent nécessiter du matériel (notamment pour les ateliers cuisine) dont une grande partie a pu être rassemblée suite à des dons d'habitants du quartier.

Sur proposition de ces derniers, il est parfois demandé une participation financière à hauteur des moyens de chacun. Par ailleurs, les différentes interventions peuvent être soutenues financièrement soit par les partenaires, soit par l'ASV sur son budget propre (En 2010, la totalité de l'ASV était financé dans le cadre du CUCS : 90% des recettes étaient versées par l'Etat via l'ACSE, tandis que la part restante provenait d'un financement CUCS-ville).

Si le soutien financier peut donc provenir de sources diverses, il apparaît que c'est la coordinatrice qui a en charge la mobilisation des financements tant pour les animations que pour l'ensemble des autres charges financières inhérentes à la gestion d'un tel lieu.

c) *La gestion et la coordination générale*

Au titre du partenariat de nombreuses associations et institutions avec le RSBE, les professionnels peuvent intervenir sur le lieu et organiser des interventions. Par ailleurs, dans les fonctions du groupe d'animation, redéfinies suite à l'accompagnement Prodapps, il avait été convenu en accord avec les habitants, que ce groupe aurait, outre la création d'animations, un rôle dans la gestion fonctionnelle de Pause Santé.

Cependant, il apparaît que ni les partenaires, ni le groupe d'animation n'investissent ces missions. C'est généralement la coordinatrice qui a en charge l'organisation des animations et la gestion de Pause Santé quelque soit l'origine des projets.

Au regard de cet état des lieux et à l'aide de l'échelle de Rifkin, nous allons pour chaque dimension déterminer à quel niveau se situe actuellement la participation des habitants. Notons que cette mesure est réalisée dans l'unique optique d'avoir une photographie de l'existant.

2.1.5 La participation des habitants à l'ASV de Rennes à travers l'échelle de Rifkin

A) *Estimation des besoins*

Un diagnostic mené par des habitants du quartier soutenus par les professionnels a été réalisé à l'aube de la mise en place de la démarche ASV. Par ailleurs, rappelons que les habitants, que cela soit dans le cadre du groupe d'animation ou non, peuvent soumettre des idées d'activités. Les propositions sont ensuite examinées par la coordinatrice. Il s'avère cependant, que malgré la forte volonté de faire émerger les idées d'interventions par la population afin que le programme d'animation de Pause Santé

corresponde parfaitement à leurs attentes, la coordinatrice rencontre d'importantes difficultés de mobilisation des habitants sur ce volet « *Estimation des besoins* ». En transposant cela sur l'échelle de Rifkin, alors que le niveau 4 (« *Le groupe propose des solutions concrètes* ») est visé par la coordinatrice, l'ASV se situe actuellement plutôt au niveau 2 (« *Début de l'expression des besoins qui sont examinés par les professionnels* »).

B) Leadership

Les habitants, dans l'ASV, ont un rôle consultatif (au travers de leur présence dans le groupe d'animation) mais non décisionnel : ils ne sont pas représentés dans le comité de pilotage. L'ASV se situe donc au niveau 1 de la participation pour cette dimension (« *Leadership assuré par les professionnels* »).

C) Organisation

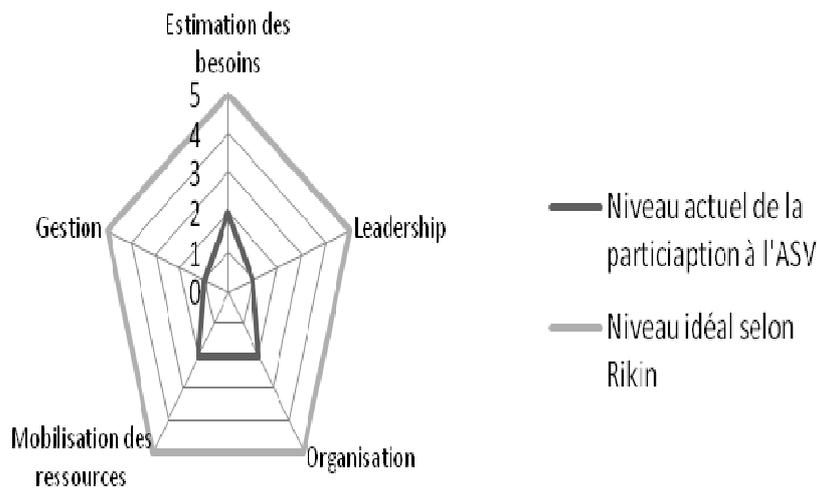
Selon les activités l'organisation peut varier. Ainsi, certaines sont organisées par la coordinatrice et/ou les partenaires de l'ASV, les habitants viennent ensuite y assister. D'autres sont organisés par les habitants eux-mêmes, soutenus par la coordinatrice (cas de l'AMAP Blosne). Il s'avère cependant que ce genre de projet reste exceptionnel, l'ASV se trouve donc plutôt au niveau 2 de l'échelle de Rifkin pour la dimension « *Organisation* » (« *Imposée, mais le groupe participe à quelques activités* »).

D) Mobilisation des ressources

Nous l'avons explicité dans la partie exposant le fonctionnement de Pause Santé, les habitants contribuent ponctuellement à travers une participation financière ou matérielle. Cependant, ils ne participent pas au contrôle des dépenses : la gestion des ressources est assurée entièrement par la coordinatrice. Pour cette facette de la participation, l'ASV se situe donc au niveau 2 de l'échelle de Rifkin (« *Le groupe contribue ponctuellement (ressources humaines, matérielles, financières). Pas de contrôle des dépenses* »).

E) Gestion

Les dimensions précédemment évaluées demandent une coordination d'ensemble. Cette dernière est assurée par la coordinatrice de l'ASV, soit au niveau 1 de l'échelle de Rifkin (« *Assurée par les professionnels* »).



La définition de la participation, donnée par la coordinatrice, est encourageante et laisse entrevoir de belles perspectives d'évolution du niveau de participation des habitants : « Il y a plusieurs niveaux de participation ; cela peut être une participation

financière, se mobiliser sur des groupes de travail pour réfléchir ensemble. Cela peut être aussi : être juste là aux rencontres. Participer c'est s'impliquer ». Cependant, le chemin à parcourir pour atteindre le niveau maximum de la participation est long. Nous pouvons remarquer que la volonté de la coordinatrice ne suffit pas à maximiser la participation et que d'autres freins entrent en jeu.

Pause Santé constitue donc une des ressources sur laquelle il conviendra de s'appuyer pour répondre à la question finale de cette étude concernant la maximisation de la participation dans le cadre du dispositif ASV. Afin de proposer des préconisations adaptées, nous allons auparavant décrire les facteurs suscitant et freinant la participation à l'ASV de Rennes, déterminés via l'analyse des entretiens menés dans le cadre de ce travail⁷⁶.

2.2 Quels freins et forces pour une augmentation de la participation ?

Dans cette partie, nous présenterons, après une courte réflexion autour de l'environnement politique, les facteurs suscitant ou freinant la participation dans le cadre du dispositif ASV à Rennes et ayant traits aux professionnels. Ensuite nous décrirons les facteurs émanant de la population. Dans un dernier temps, nous présenterons quelques leviers à la participation relevés dans d'autres expériences en santé communautaire.

2.2.1 L'environnement rennais à priori favorable

A) L'organisation en quartiers : un choix favorable à la proximité

Depuis 2001, afin de favoriser une démarche administrative de proximité, la ville de Rennes est découpée en six quartiers. Pour chacun, un élu est désigné, aidé par une direction de quartier (la direction sud/est pour le quartier du Blosne).

⁷⁶ Différentes grilles d'entretien sont présentées en annexe 3.

Afin de poursuivre dans cette démarche de proximité et de favoriser l'interaction entre les services de l'aide sociale, des Espaces Sociaux Communs (ESC) ont été créés dans chaque quartier. On y trouve diverses antennes des services de la ville (Centre Communal d'Action Sociale, maintien à domicile, direction de quartier...), du conseil général (CDAS) et le centre social notamment. En facilitant la cohérence inter-services et en favorisant le partenariat local, ces ESC permettent une prise en charge sociale plus efficace des personnes.

Par ailleurs, la création des directions de quartier vise à animer la démocratie de proximité au travers des conseils de quartier.

En termes de participation des habitants dans le cadre de la démarche ASV, ce découpage peut potentiellement constituer un levier. D'une part, les partenaires de quartier se connaissent et la communication afférente au RSBE est ainsi plus facilement relayée, d'autre part, les initiatives de « démocratie participative » au travers des conseils de quartier permettent de sensibiliser une partie de la population à cette démarche⁷⁷. Constatant que la fréquentation des conseils des quartiers s'est fortement tarie ces derniers mois, la direction de quartier veut donner un nouvel élan à ces instances. Dans ce cadre, la nouvelle chargée de mission politique de la ville du Blosne envisage un rapprochement dans les mois à venir entre ces conseils de quartier et Pause santé : « *Il est important que les initiatives du quartier soient visibles par un plus grand nombre, il serait donc intéressant de créer du lien.* ».

B) L'ASV, soutenu par les élus

Comme évoqué en introduction, la santé n'est pas une compétence obligatoire de la ville. L'existence de l'ASV est donc tout à fait dépendante de la volonté politique, d'où une certaine précarité de ce type de dispositif lors des changements de municipalités.

Alors que Pause Santé est confrontée à de sérieuses difficultés pour trouver un local adapté⁷⁸, les élus réaffirment leur soutien, condition sine qua non à la poursuite du projet. Cependant ce soutien politique ne pallie pas à la précarité-même du dispositif. En effet, l'ASV est financé dans le cadre du CUCS, ce qui sous-entend que la démarche est réinterrogée annuellement en termes de subventions. Outre le fait que la coordinatrice voit son poste remis en cause chaque année, ces financements annuels ne lui permettent pas de prévoir des projets d'une année sur l'autre.

Même si les démarches participatives initiées par les conseils de quartier restent au stade de la consultation d'habitants-associatifs et malgré les difficultés engendrées par

⁷⁷ La chargée de mission politique de la ville explique que ce sont majoritairement des habitants-associatifs qui participent à ces conseils de quartier, ce qui n'est donc pas représentatif de l'ensemble de la population.

⁷⁸ Le local actuel se trouve dans un immeuble qui doit être réhabilité à partir de juin 2011, dans le cadre du programme de rénovation urbaine.

l'essence même de la démarche ASV, l'environnement rennais (découpage en quartiers, ESC, soutien politique) semble globalement favorable à la participation.

2.2.2 Le partenariat, une force nuancée

A) Un réseau bien identifié, mais des missions partiellement connues

Les missions du RSBE sont bien identifiées par les partenaires rencontrés. L'ASV est, pour eux, d'abord une démarche permettant aux professionnels d'échanger, de confronter leurs pratiques et d'apprendre à se connaître. Dans ce cadre, Pause Santé est identifiée, comme « *point de rassemblement* ».

Ce n'est que dans un second temps que les professionnels rencontrés exposent Pause Santé en tant que lieu à destination des habitants permettant l'information et les échanges autour de la santé (« *c'est très convivial, les habitants peuvent y trouver des informations santé* », « *les personnes peuvent poser leurs questions autour de la prévention* »).

A aucun moment, Pause Santé n'est donc cité par les partenaires comme un lieu de santé communautaire, alors même que le réseau a pour objectif général de travailler sur une approche globale de la santé notamment en suscitant la participation des habitants via une démarche communautaire. Pause santé n'est donc pas identifié comme tel, ce qui ne semble pas propice à susciter la participation des habitants⁷⁹.

Plus spécifiquement, certains partenaires tel que le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), service de la ville, ne connaissent que très partiellement les activités menées à Pause Santé, alors que ce lieu et plus généralement le RSBE pourrait être une ressource importante dans le cadre des problématiques qu'il rencontre et du public accueilli.

Il semble, par ailleurs, que le glissement de gestion de Pause Santé⁸⁰ n'est toujours pas appréhendé par certains partenaires, ce qui ne facilite pas le travail collaboratif.

B) Une vision éclairée de la participation...peu discutée

Les partenaires ont une vision de la participation très proche de celle que nous avons abordée en chapitre 1. Ainsi, chacun distingue des niveaux allant de l'information à la prise en charge par les habitants d'un projet donné. La plupart des professionnels rencontrés expliquent que le niveau de participation peut varier au cours d'un projet : « *on peut décider de les faire participer à la mise en œuvre et non à l'évaluation* ».

Par ailleurs, beaucoup d'entre eux soulignent les dangers d'une « *fausse participation* » et notent que la consultation de la population, même si elle est « *à la mode* » n'est qu'un prémice de ce qu'on peut appeler l'implication de la population : « *le risque c'est que les*

⁷⁹ Notons un bémol pour le CDAS. Présent depuis la création, c'est un partenaire soutenant particulièrement l'ASV. Sa vision est donc différente de ce qui est évoqué, dans le sens où ce dernier identifie bien Pause Santé comme une structure visant la participation des habitants.

⁸⁰ Repris par le SPST en 2008

habitants ne soient pas contents et ne veuillent plus s'engager [...] et que les professionnels associent participation à consultation ! ».

Unaniment, les partenaires insistent sur l'efficacité d'une démarche participative pour les personnes qui s'y engagent. « *La participation donne du sens au projet* », « *ça permet de traiter des thématiques qui intéressent vraiment la population et de faire venir des personnes que nous ne voyons pas habituellement* », « *la participation permet de leur faire prendre conscience du potentiel qu'ils ont...cela sous-entend que dans la démarche, nous, professionnels, nous acceptons de leur laisser de la place et de partir de leurs envies, de leurs compétences* ».

Chacun relève également de nombreuses difficultés et/ou risques de la participation expliquant en partie la réticence à s'engager dans une telle démarche, qui est notée comme inhabituelle et difficile tant pour les professionnels que les habitants : « *chacun doit trouver sa place et cela bouscule la relation habituellement plutôt descendante que l'on a* ». Les partenaires expliquent que lorsqu'il est décidé de travailler avec la population sur un projet, les professionnels, s'ils suivent la démarche jusqu'au bout, doivent « *avancer dans le noir sans savoir où ils vont et ni si les personnes présentent aujourd'hui le seront demain* », ce qui est tout à fait contraire aux habitudes de travail.

L'objet n'est pas de faire ici un exposé des difficultés relevées par les personnes rencontrées mais bien de mettre en avant que ces dernières, outre une définition de la participation proche de celle abordée dans le chapitre 1, sont convaincues de l'efficacité de cette dernière tout en étant néanmoins conscientes des difficultés à considérer pour assurer le succès d'une démarche participative.

Lorsqu'au cours de l'entretien est abordé le niveau actuel de participation à Pause Santé et plus largement dans les projets santé du quartier, la plupart des partenaires ont une vision conforme à l'évaluation que nous avons réalisée à l'aide de l'échelle de Rifkin : « *Parfois, nous sommes dans la consultation...souvent dans l'information* », « *certaines activités tels que les ateliers cuisine demandent aux personnes d'être plus actives au moment de l'animation parce qu'on est dans la préparation d'un repas et non dans une animation type conférence, mais ce n'est pas ce que je peux appeler de la participation, comme on l'a évoquée toute à l'heure* ».

L'ensemble de ces éléments paraissent donc globalement favorables à la participation.

Mais, ajouté à la méconnaissance de l'objectif de participation que se donne Pause Santé, les partenaires remarquent que la mise en œuvre de la participation n'est pas ou peu discutée lors de l'élaboration des projets. La Maison du Diabète explique, par exemple, que c'est elle qui a proposé de « *consulter* » les personnes intéressées par l'atelier cuisine pour déterminer les thématiques qui y seraient abordées. Le CDAS souligne que, le temps manquant, c'est toujours la production concrète de l'activité qui est visée : « *on fait dans l'urgence, comme on a l'habitude de le faire* ». Pourtant, au cours

des entretiens, des idées émergent des partenaires. Il apparaît que discuter de la participation suscite des réflexions...voire des envies : « *on pourrait peut-être les associer dans le cadre de la communication...* », « *Pourquoi ne pas leur demander de transcrire ce que nous avons fait pour le transmettre à d'autres habitants ?* ».

C) Des perspectives partenariales à (re)considérer

Nous avons noté dans la première partie de ce chapitre que c'est essentiellement la coordinatrice de l'ASV qui initie, organise, suit voire mène la grande majorité des actions. Ce constat est partagé par les partenaires interrogés. Le CDAS confirme et souligne que « *le comité de pilotage et les partenaires en général ne sont pas assez soutenant* ». Alors même qu'un des objectifs des ASV est de « développer la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes »⁸¹ et qu'une des missions du comité de pilotage est d'initier des actions partenariales, comment s'explique ce moindre engagement voire ce désengagement des partenaires ?

La Maison des Squares⁸², appartenant au comité de pilotage, souligne que son faible engagement actuel dans le RSBE s'explique par le fait qu'elle ne « *sait pas comment s'y placer* ». Elle précise que chacun (le RSBE et la Maison des Squares) pris dans ses activités quotidiennes ne prend pas le temps d'envisager les relations qu'il pourrait y avoir. La conséquence étant que la coopération reste ponctuelle.

Le CCAS, outre son rôle de financement de certaines actions et bien qu'appartenant au comité de pilotage, ne perçoit pas le rôle que peut avoir Pause Santé au sein du quartier. Cette méconnaissance s'explique notamment par un récent changement d'équipe. Les relations partenariales antérieures n'étant pas formalisées, il ne reste aucune trace du travail accompli avec le CCAS les années passées.

Le constat de désengagement est donc partagé. Au cours des entretiens, il ressort, à l'image de la participation évoquée précédemment, que le fait d'échanger sur le partenariat suscite une prise de conscience de l'état de la situation. Lorsque la question des perspectives partenariales sur des actions plus participatives est posée, il apparaît que les partenaires les plus expérimentés en termes de participation au sein de leur propre structure sont plus favorables à s'engager de nouveau dans la démarche ASV que les partenaires n'ayant jamais eu recours à la démarche participative. C'est ainsi que la Maison des Squares émet le souhait de s'engager plus fortement sur de telles actions : « *Il faudrait que nous puissions clairement en discuter avec la coordinatrice. Nous pouvons rétablir le partenariat mais devons garder cet esprit participatif, qui caractérise la Maison des Squares.* ». La Maison du Diabète et le CDAS expliquent que, faute de

⁸¹ Circulaire n°DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire

⁸² Pour rappel : équipement porté par l'AMSIC, se trouvant sur le quartier du Blosne.

moyens, ils doivent veiller à remplir les missions propres à leur structure et ne peuvent pas s'engager de façon plus importante dans l'ASV. Pour autant, chacune des deux personnes rencontrées propose notamment de « potentialiser » le temps passé dans ce travail partenarial en soutenant la coordinatrice sur un plus petit nombre de projets mais de façon plus importante.

Il s'avère donc que ce partenariat parfois flou ne semble pas propice à initier des projets participatifs nécessitant une action coordonnée d'un ensemble de partenaires⁸³. Pour autant, comme nous l'avons exposé, certains sont prêts à s'investir à nouveau, sous couvert d'une clarification des missions et engagements de chacun.

D) Des moyens limités, source de difficultés

Le temps limité de coordination est noté par l'ensemble des partenaires comme barrière à une action plus cohérente. Tous les partenaires soulignent ce déficit en temps de coordination : « *La participation, ça prend beaucoup de temps, car il faut respecter le rythme des habitants...qui n'est pas forcément le nôtre. La coordinatrice peut difficilement accorder ce temps. La coordination du réseau existant comme tel lui demande déjà plus de temps qu'elle n'en a !* ».

Le manque de temps de coordination explique également d'autres éléments évoqués ci-dessus tels que l'essoufflement du groupe d'animation, non remobilisé, faute de temps ou encore l'effritement du partenariat : « *Il faudrait que je puisse passer les voir plus souvent pour entretenir le lien. Il faudrait aussi que je vienne présenter le réseau, dès qu'il y a des changements dans les équipes. Mais je n'ai pas le temps, je suis dans la gestion des problèmes matériels quotidiens...* ».

Ce temps de coordination limité semble donc être également une des explications à l'origine de l'état actuel de la participation.

2.2.3 Chez les habitants : des préalables nécessaires à la participation...qu'il reste à susciter

A) Pause Santé, un lieu de convivialité aux objectifs partiellement connus

A l'image du constat dressé pour les partenaires, Pause Santé est identifié comme un lieu de convivialité, d'échanges et d'information autour de la santé : à aucun moment, les habitants ne le citent comme lieu pouvant les accompagner dans la mise en place de projets, ou comme lieu où ils sont associés à la mise en œuvre d'actions autour de la santé.

Par ailleurs, lorsque la question de leurs attentes relatives à ce lieu est posée, ces derniers insistent sur l'importance d'y trouver de l'information dans un contexte convivial : « *Ce qu'il faut c'est pouvoir trouver la réponse à nos questions mais aussi qu'il y ait une*

⁸³ BANTUELLE M. et al, *La participation communautaire en matière de santé*, p 24.

bonne ambiance ! », « *Ce que j'attends c'est de pouvoir venir aux animations pour avoir de meilleures habitudes, mais si je viens c'est aussi parce qu'il y a cette bonne entente entre les personnes* ». L'envie d'être plus impliqués dans la gestion du lieu ou dans la mise en place d'animations n'est donc pas notée comme une attente.

Enfin, les perspectives d'évolutions citées concernent toutes le fonctionnement du lieu : « *Si ça pouvait être ouvert plus souvent* », « *J'aimerais bien avoir une animation autour du sommeil et du cancer* ».

Ainsi il semble qu'actuellement, à l'image des partenaires, les habitants n'ont pas conscience de l'objectif de participation et ne sont pas dans cette optique d'évolution : la vision de leur place en tant que « *bénéficiaires de ce lieu* » en est une illustration. Même les membres du groupe d'animation, alors que cette instance a théoriquement pour mission de s'investir dans la gestion de ce lieu, se voient en tant que bénéficiaires et définissent Pause Santé comme un lieu d'information et d'animations où ils peuvent « *demandeur des animations par rapport aux thèmes qui les intéressent* ». Si la vision positive et enthousiaste de Pause Santé par l'ensemble des habitants est un véritable atout, il reste que l'objectif de participation n'est pas conscientisé par la population, ce qui ne semble pas être favorable au développement d'une telle démarche.

B) Une vision contrastée de la participation

La vision de la participation est très hétérogène selon les personnes rencontrées : il s'avère que plus les habitants sont investis dans des associations plus la définition de la participation s'approche de celle présentée en chapitre 1. En effet, si pour une partie des personnes rencontrées la participation est associée à la présence aux animations et le niveau maximal de participation perçu comme l'assiduité à ces dernières ; pour une autre partie des habitants la participation est définie comme un « *investissement qui peut se faire à plusieurs degrés* », pouvant concerner tant « *le suivi des finances* », que « *l'organisation pratico-pratique de l'action* ».

Par ailleurs, pour les habitants associant la participation à la présence aux animations, la vision d'une implication plus importante⁸⁴ est vue comme un « *investissement en temps* » et une « *source de stress* » de par les responsabilités qui pourraient leur être confiées par les professionnels.

Il apparaît donc que cette vision actuellement très hétérogène et plutôt négative de la participation par une partie des habitants pourrait représenter un obstacle à la maximisation de la participation à l'ASV. Cependant cette représentation, fortement dépendante de l'implication des personnes dans d'autres projets, semble pouvoir évoluer.

⁸⁴ On entend ici par « plus importante », une participation dépassant le niveau actuellement observé à Pause santé et décrit en partie 2.1.4.

C) Une augmentation du niveau de participation sous conditions

a) *Des craintes à considérer*

En écho à la méconnaissance de l'objectif de participation précédemment évoquée, les habitants ne savaient pas qu'il était possible de s'investir dans Pause Santé. D'autres expliquent qu'ils n'y pensaient pas, venant chercher dans ce lieu des conseils ou une information. Pour autant, nombre d'entre eux semblent intéressés pour s'investir afin de passer au-delà des stades de l'information ou de la consultation de l'échelle de participation.

L'évocation de ce potentiel investissement fait néanmoins émerger craintes et interrogations. Certains doutent de leurs compétences à pouvoir apporter leur contribution au projet, alors qu'eux-mêmes viennent chercher de l'aide : « *Ai-je les compétences... moi je viens ici trouver de l'aide, alors aider je veux bien mais... est-ce que je saurai ?* », « *Je viens ici parce que je suis malade, je veux bien donner un coup de main, mais je ne sais pas si je suis de bon conseil !* ». D'autres craignent de ne pas pouvoir concilier investissement dans un tel projet et recherche d'emploi, par manque de temps.



Aussi, il apparaît qu'au-delà de la connaissance de la possibilité d'implication, l'investissement des personnes est conditionné par leurs préoccupations. La pyramide de Maslow permet une meilleure compréhension de ce mécanisme^{85,86}.

Selon cette théorie : tant que les échelons « besoins physiologiques » et « besoin de sécurité » ne sont pas satisfaits, il paraît plus complexe pour les personnes de se projeter dans d'autres projets.

Or, il apparaît qu'une grande partie des personnes fréquentant Pause Santé vivent des situations difficiles ne leur permettant pas de satisfaire leur « besoin de sécurité ». Cela est donc un des facteurs-freins à la participation à Pause Santé.

Plus spécifiquement, il semble que les situations personnelles complexes et parfois instables des personnes se rendant à Pause Santé, impactent l'implication durable. En effet, nous avons évoqué que le groupe d'animation était actuellement déserté par la majorité de ces membres. Or, lors d'un entretien avec des personnes de ce comité, il apparaît qu'un des facteurs d'explication de cette démobilisation réside dans le fait que nombre des personnes initialement présentes ont vu leur situation évoluer.

⁸⁵ PORTAIL DE L'EDUCATION SPECIALISEE. *La pyramide de Maslow*.

<http://www.educspe.com/dossiers/actualites-diverses/la-pyramide-de-maslow.html>

⁸⁶ FOUURIAT M., *Sociologie des organisations*, p. 129-133.

Certains ont trouvé un emploi, d'autres rencontrent des difficultés de santé, ce qui ne leur permet plus de satisfaire leur engagement. Aussi, cette précarité des situations semble également expliquer le niveau actuel de participation à Pause Santé.

b) *Des habitants prêts à s'investir, sous certaines conditions*

Malgré les craintes précédemment exposées, les habitants expliquent qu'ils sont prêts à s'investir. Cette volonté d'implication est motivée par la nécessité de « *se sentir utile* », d' « *aider là où on les accueille* ». Ils expriment également ce besoin de rompre avec l'isolement tout en échangeant avec d'autres habitants sur des thématiques qui les concernent, ce qui s'inscrit dans la recherche du « besoin d'appartenance » de la pyramide de Maslow, alors que les échelons précédents ne sont pas satisfaits pour la plupart des personnes⁸⁷. Cela explique très certainement que les habitants conditionnent leur investissement. Il ressort, en effet, que les projets doivent pouvoir se dérouler sur un temps limité, sans que cela ne passe par « *trop de réunions* ». Cette volonté d'un investissement passant par du « *concret* » est prédominante : « *on peut aider à l'organisation d'une manifestation* », « *surtout, il faut éviter de faire trop de réunions !* ». Étonnamment, peu abordent la thématique en elle-même du dit projet.

Cette précarité des situations est donc un des facteurs d'explication de l'extrême complexité d'engager une démarche participative dans les quartiers prioritaires, alors même que l'efficacité d'une participation processus n'est pas discutable : la difficulté de participation se trouve dans le problème qu'elle tente de résoudre...

Après avoir cherché à comprendre quels sont les facteurs suscitant ou freinant la participation à l'ASV de Rennes, nous allons à présent décrire quels sont les facteurs présentés comme leviers à la participation des habitants par d'autres expériences en santé communautaire. Nous pourrions nous appuyer sur ces leviers pour proposer des recommandations.

2.2.4 Leviers à la participation observés dans d'autres expériences comparables⁸⁸

Les observations faites par les expériences en santé communautaire sont redondantes. Nous allons donc exposer les principaux leviers et explications associées, relevés au cours de ces entretiens.⁸⁹

⁸⁷ Cela rentre en contradiction avec le modèle de Maslow qui conditionne le passage à un besoin supérieur par la satisfaction du besoin précédent, mais cette théorie a été discutée et nuancée : l'individu cherche parfois à satisfaire des besoins supérieurs même lorsque ceux de la base ne sont pas pourvus, ce qui semble être illustré dans notre situation.

⁸⁸ Les expériences exposées ont été choisies car elles disposaient également d'un lieu de santé communautaire agissant à l'échelle d'un quartier prioritaire.

⁸⁹ Trois entretiens téléphoniques ont été réalisés avec les coordinatrices de l'ASV de Soyaux, d'Orléans et de Cherbourg, tandis que l'expérience menée à Bondy par l'ARDEPASS a été étudiée au travers d'un rapport retraçant la démarche.

A) Un partenariat soutenant, un levier systématiquement relevé et souligné

Les coordinatrices contactées relèvent, unanimement, que la participation des habitants est le fruit d'un travail partenarial : « *Ensemble, nous nous complétons et nous partageons les tâches* » explique la coordinatrice de l'ASV d'Orléans.

Chacune des expériences étudiées souligne, par ailleurs, que le partenariat n'est durable que lorsqu'il est formalisé : « *Nous avons décidé de formaliser le partenariat, car cela permet à chacun de savoir dans quoi il s'engage mais aussi à quoi il s'engage* » précise la coordinatrice de l'ASV de Soyaux. La formalisation peut prendre différentes formes. Ainsi, l'ASV d'Orléans a établi une convention de partenariat avec ses principaux partenaires associatifs, tandis que Soyaux a préféré une charte, signée par l'ensemble des partenaires. La première option consiste en un engagement juridique, tandis que la seconde n'a qu'une valeur morale. Pour autant, chacune permet de poser clairement, à un moment *t*, les engagements de chacun selon ses possibilités : « *Ca permet de construire ensemble dans la durée* » note la coordinatrice d'Orléans.

B) Une implication progressive

Lorsque la participation des habitants est recherchée, cette dernière doit s'introduire progressivement au sein des habitudes de chacun : habitants et professionnels. Ce point est noté comme conditionnant la réussite de la démarche participative.

En effet, cette dernière n'étant pas habituelle, il n'est pas évident, ni pour les habitants ni pour les professionnels de parvenir à modifier leur approche : de bénéficiaires, la démarche participative vise à faire passer les habitants vers le statut d'acteur et les professionnels prennent le rôle de « soutien » au projet.

Les questions éthiques sont alors nombreuses et suscitent moult débats : « Les habitants ont-ils envie de devenir acteurs ? » ; « Ne va-t-on pas les culpabiliser ? ».

De plus, la participation nécessite une remise en question de la place que les professionnels laissent aux habitants et un changement de leurs habitudes de travail : « *Parfois, les objectifs que nous atteignons ne sont pas ceux que nous visions* » explique la coordinatrice du centre de santé communautaire de Cherbourg. Cela sous-entend notamment que les thèmes traités ne sont pas systématiquement ceux initialement pensés, tandis que l'organisation se voit souvent perturbée.

Aussi, un des leviers relevés par l'ASV de Soyaux et l'expérience de Bondy⁹⁰, permettant de passer outre ces difficultés, est que professionnels et habitants apprennent à travailler ensemble de façon progressive. Cela permettra de gravir peu à peu les échelons de la participation, afin que chacun puisse prendre conscience de l'intérêt d'une telle démarche

⁹⁰ Cf. page 15

et l'intégrer progressivement dans sa pratique sans ressentir un bouleversement total de ses habitudes.

Par ailleurs, la coordinatrice de l'ASV de Soyaux et la chargée de mission du CODES 35 soulignent qu'il est indispensable de travailler le concept même de participation entre professionnels afin qu'ils puissent se l'approprier en s'accordant sur sa définition mais également sa mise en œuvre, ses difficultés et ses avantages.

C) Vers une production concrète sur du court terme

D'après la définition de J. Monnier, la participation optimale des habitants nécessiterait qu'ils s'investissent ou puissent s'investir dès le début du diagnostic jusqu'à l'évaluation, au même titre que les différents partenaires associés. Cela sous-entend qu'idéalement les habitants doivent être impliqués tant dans les réunions de préparation, de suivi que lors de la concrétisation du projet.

Cependant, en illustration aux propos recueillis auprès des habitants, les coordinatrices contactées notent que les habitants, parfois présents aux premières réunions, désertent rapidement ces dernières. Langage trop technique, lenteur du processus décisionnel : ce type d'investissement ne convient pas aux habitants qui souhaitent d'avantage du concret. En revanche, la réalisation matérielle de supports de communication semble être fortement mobilisatrice⁹¹. Ainsi, les habitants de l'ASV d'Orléans, aidés des professionnels, ont réalisé une exposition sur le cancer du sein, qu'ils ont ensuite pu exposer à l'occasion d'Octobre Rose. La réalisation de ces supports a permis d'échanger sur cette thématique, tout en s'appuyant sur les savoirs de la population.

Partir des connaissances et compétences de chacun permet de rendre l'expérience valorisante pour des personnes ayant souvent perdu confiance en elles.

Par ailleurs, la coordinatrice de l'ASV de Soyaux souligne la nécessité de ne pas afficher la démarche sur le long terme : *« Les personnes venant ici ne se projettent pas : pas de travail, des situations familiales souvent complexes. Si on leur propose un projet sur un an, elles prennent peur, ce n'est donc pas la peine de les effrayer en leur expliquant que c'est un projet sur le long terme. C'est ça aussi la participation : savoir avec qui on commence le projet, sans savoir avec qui on le terminera ! »*.

D) Le temps...indispensable pour parvenir à une action cohérente et durable

Le tableau suivant permet de visualiser les différences en termes de ressources humaines et temps de permanences selon quatre expériences similaires comparables à Pause Santé.

⁹¹ L'expérience a été menée par l'ARDEPASS à Bondy et par l'ASV d'Orléans.

Ville	Porteur du projet	Personnel	Temps d'ouverture
Rennes : Pause Santé	Ville de Rennes	1 coordinatrice (1/3 temps)	1.5 jours par semaine
Orléans : Pause Santé Argonne	Ville d'Orléans	1 IDE – 1 psychologue (32h mensuelle) – 1 agent d'accueil – permanences tenues par des partenaires	Mardi au jeudi de 14h à 17h30 - vendredi de 14h à 16h30 <i>Soit 2 jours par semaine</i>
Allonnes : L'escale	CCAS de la ville d'Allonnes	1 coordinateur – 1 accueillant animateur – 7 écoutants bénévoles – 6 professionnels mis à disposition pour les permanences	Lundi de 10h à 13h30 – mercredi, jeudi et vendredi de 13h30 à 17h30 <i>Soit 1.75 jours par semaine</i>
Octeville-Cherbourg : Centre de santé communautaire ⁹² (avant 2010)	IREPS Basse-Normandie	1 conseiller méthodologique en éducation pour la santé (1.5 jours par semaine) – 2 chargés de projets en éducation pour la santé (mi-temps) – intervenants techniques pour des interventions données	2 demi-journées par semaine en accueil libre + rendez-vous
Soyaux	ASPRO (Association Soljacienne en PROMotion de la santé)	1 agent d'accueil – 1 IDE – 1 coordinatrice à mi-temps – bénévoles – professionnels mis à disposition	Lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 17h30 <i>Soit 5 jours par semaine</i>

Au travers de ce tableau, il apparaît donc que le nombre d'équivalents temps plein (ETP) affecté à Pause Santé reste très en deçà de ce qui peut être observé dans d'autres lieux santé similaires. Pourtant, ce temps de coordination est systématiquement noté comme levier incontournable à la participation des habitants : « *Le temps est indispensable pour respecter les habitants. Ce ne sont pas des professionnels, il faut donc veiller à ne pas les solliciter trop souvent !* », « *Il faut prendre le temps d'être avec eux, de les épauler* ».

Par ailleurs, outre l'expérience de Basse Normandie, les temps d'ouverture relevés sont supérieurs à ceux de Pause Santé. Or il apparaît qu'être ouvert régulièrement permet une meilleure identification de l'espace par les partenaires et les habitants, élément indispensable à la participation.

On constate donc que les leviers exposés par d'autres expériences en santé communautaire sont en fait les difficultés relevées suite aux entretiens réalisés auprès des partenaires et des habitants. Ainsi le manque de temps de coordination souligné par les partenaires est noté comme levier, tandis qu'un partenariat soutenant est vu comme indispensable alors que nous avons observé des difficultés sur ce volet pour l'ASV de Rennes.

A présent, nous allons nous arrêter quelques instants, pour revenir aux quatre hypothèses ayant permis la construction de notre étude et décrire les limites de ce travail. Ensuite, nous nous appuierons sur cet ensemble, pour proposer quelques recommandations visant à maximiser la participation des habitants dans le cadre de l'ASV de Rennes.

⁹² Suite à une restriction des financements, le centre ne pratique plus la santé communautaire depuis un an. L'entretien avec la coordinatrice visait donc à étudier la démarche avant la modification des missions du centre.

3 Discussion et préconisations

3.1 Réflexion sur les hypothèses et limites de l'étude

3.1.1 Des hypothèses à nuancer

Concernant notre première hypothèse⁹³, la démobilisation des partenaires actuellement observée ne semble pas propice au partage des tâches dans la mise en place des projets. Partage, qui semble pourtant indispensable au regard du faible temps de coordination qui ne permet pas à lui seul l'accompagnement nécessaire des habitants dans le cadre d'une démarche participative. Les autres expériences en santé communautaire confirment que le partenariat est indispensable à la participation. Plus précisément, la formalisation du partenariat est relevée comme garant de l'implication par les autres ASV ; et donc influe sur la participation.

Parallèlement, le contexte de travail joue sur le degré d'implication des partenaires dans l'ASV et donc indirectement sur le niveau de participation. Pour illustration, les moyens humains limités des différents partenaires, les obligent à se recentrer sur leurs missions premières, ce qui limite les initiatives partenariales sortant de ce cadre.

Concernant la deuxième hypothèse⁹⁴, nous avons effectivement pu observer que le contexte personnel des personnes impacte leur investissement dans Pause Santé. Plus largement, il semble que l'implication de ces personnes dans toute démarche, autre que celles visant à satisfaire leurs besoins physiologiques et de sécurité, est plus difficile ou fortement conditionnée.

Par ailleurs, la motivation des habitants conditionne la participation : c'est, en effet, une démarche strictement volontariste.

Nous ne pouvons pas affirmer comme telle notre troisième hypothèse⁹⁵. En effet, il serait plus juste de conclure que la perception de la notion de participation influe sur la volonté d'implication, ayant elle-même un fort impact sur le niveau de participation. Mais même cette conclusion est à nuancer : si la perception positive de la participation par les habitants semble faciliter la volonté d'investissement dans une démarche participative, la perception négative de la participation ne semble pas freiner particulièrement cette volonté d'implication. En effet, nous avons pu observer que certains habitants, associant la participation au stress et au temps important que cela prend, se sont volontiers proposés pour s'investir dans un futur projet participatif autour de la santé.

⁹³ L'implication et le contexte de travail des professionnels peuvent avoir un impact sur la participation.

⁹⁴ Les préoccupations et la motivation de la population peuvent conditionner son niveau d'implication.

⁹⁵ La perception de la notion de participation peut influencer sur le niveau de participation des habitants.

Concernant les professionnels ou plus généralement les partenaires, tous ont une vision positive de la participation : il semble donc difficile de lier perception et volonté d'implication. En revanche, il apparaît que l'implication dans un projet participatif est facilitée lorsque les professionnels ont déjà mis en place ce type de projet. Ces expériences leur ont souvent permis de saisir la richesse d'une telle démarche.

Enfin, conformément à la quatrième hypothèse⁹⁶, nous avons observé que la méconnaissance de l'objectif de participation de Pause Santé n'est pas propice au développement de cette dernière, tant chez les professionnels que chez les habitants. Outre l'affichage de Pause Santé en tant que tel, le travail autour du concept même de participation et sa mise en œuvre semble influencer, selon les autres expériences étudiées, sur le niveau de participation.

Pour finir, élément que nous n'avons pas posé comme hypothèse : sans être une condition indispensable à la participation, la proximité géographique entre les partenaires (facilitée à Rennes par le découpage en quartier et les ESC) semble, d'une façon générale, faciliter les relations partenariales qui sont, nous l'avons vu, indispensables à la participation.

3.1.2 Des limites à considérer

Ces conclusions sont à considérer au regard des limites de cette étude. En effet, compte-tenu du temps contraint, nous avons réalisé un nombre limité d'entretiens. La liste des partenaires rencontrés n'est donc pas exhaustive, les conclusions tirées auraient peut-être différé si nous avions eu l'occasion de rencontrer d'autres partenaires.

Par ailleurs, nous avons fait le choix de réaliser des entretiens collectifs avec la population. Si cette méthode est intéressante de par les discussions et débats qu'elle permet de susciter, elle ne permet pas toujours d'approfondir certains propos émis par les personnes. De plus, il apparaît que pour certains, s'exprimer en groupe n'est pas chose facile.

Enfin, l'entretien collectif visant à recueillir la parole d'habitants ne se rendant habituellement pas à Pause Santé a rencontré peu de succès (seulement deux personnes se sont présentées contre cinq en moyenne pour les autres entretiens). L'analyse des facteurs influant sur la participation des habitants est donc basée sur les paroles d'habitants se rendant régulièrement à Pause Santé.

Ma présence régulière au sein de Pause Santé, au cours de ces cinq mois de stage visait à pallier, au moins en partie, ces limites, de par la rencontre et les échanges informels avec habitants et partenaires, riches en enseignements.

⁹⁶ L'identification de l'ASV de Rennes comme un dispositif visant la participation des habitants peut conditionner le niveau de participation.

A présent, au regard des freins et forces relevés spécifiquement pour l'ASV de Rennes et en nous appuyant sur les leviers évoqués par les autres expériences en santé communautaire, nous allons proposer quelques recommandations, à considérer au regard des limites que nous venons d'exposer.

3.2 Quelques pistes de réflexion pour aller vers une maximisation de la participation

3.2.1 Une clarification du partenariat : un préalable nécessaire à toute évolution

Au regard des observations et conclusions précédentes, il apparaît indispensable dans le cadre de l'ASV de Rennes de proposer une clarification du partenariat. En effet, ce dernier permet la mise synergie des forces et dynamiques nécessaires au montage de projets participatifs ; et vise par ailleurs une meilleure interactivité des acteurs permettant de drainer un large public⁹⁷ et d'agir sur l'individu dans sa globalité. Aussi, la piste de travail à suivre, vise d'une part de (re)définir les engagements et objectifs de chacun et d'autre part à assurer systématiquement une répartition des tâches dans la mise en place des projets ponctuels coordonnés par l'ASV. Aussi, nous proposons deux axes de travail.

A) (Re) définir le partenariat transversal

L'idée de cet axe de travail est de proposer une mise à plat du partenariat existant avec le CCAS, le CDAS et la Maison des Squares, acteurs pivots du quartier déjà engagés dans l'ASV, au sein du comité de pilotage.

Cette mise à plat pourrait prendre la forme d'une note synthétique visant à travailler et à formaliser les engagements des dits partenaires. Le temps de travail nécessaire à l'élaboration d'un tel document permettrait à chaque partenaire de mieux identifier sa place au sein de le RSBE, tout en déterminant ses attentes, ses objectifs et ses modalités d'interventions, au regard de ses possibilités.

La dite note n'a pas de valeur juridique, mais il ne paraît pas opportun de contractualiser systématiquement le partenariat. Cela pourrait rigidifier les relations et limiter les échanges et initiatives plus informelles qui font de l'ASV un espace de partage inter professionnels.

Il s'avère que, pour les trois partenaires cités, il serait intéressant que la mise à plat débute dès à présent pour être effective en décembre 2011, afin de ne pas laisser la relation s'étioler un peu plus, au regard de la situation exposée précédemment (changement d'équipe, départ à la retraite...). Cette même démarche pourrait être

⁹⁷ La majorité des personnes fréquentant Pause Santé sont des personnes retraitées ou proche de la retraite. La collaboration avec les différents services sociaux pourrait notamment permettre d'attirer des personnes en âge de travailler.

poursuivie avec l'ensemble des partenaires du RSBE (centre social, Réseau Ville Hôpital...) à partir de janvier 2012.

a) *Une clarification avec les principaux partenaires institutionnels*

Ente l'ASV et le CCAS du Blosne

Un partenariat étroit avec le CCAS semble pertinent au regard des problématiques de santé du public fréquentant le CCAS et des ressources disponibles à Pause Santé. Ce type de partenariat est d'ailleurs présent dans d'autres ASV. La coordinatrice de Soyaux explique : « *La collaboration avec le CCAS est étroite, nous effectuons un vrai travail d'équipe. Les personnes orientées dans le cadre de leur contrat d'engagement RSA viennent ici s'occuper un peu de leur santé, étape parfois nécessaire avant le retour à l'emploi...C'est donc d'abord une démarche individuelle dans laquelle nous les accompagnons. Peu à peu, la relation de confiance s'établit et nous leur proposons de s'investir dans la mise en place de projets autour de la santé : la démarche devient alors collective. Cela leur permet de rencontrer d'autres personnes, d'échanger et de créer du lien social, mais également de les valoriser. Ce sont très souvent des personnes en perte de confiance...En plus de l'orientation des personnes, les animateurs locaux d'insertion participent aux groupes projets [...] Ici, nous sommes donc tous acteurs : professionnels de toutes les structures partenaires et habitants* ».

Le changement de responsable de l'antenne du Blosne et d'une grande partie de l'équipe du CCAS a fragilisé les relations partenariales pré-existantes avec Pause Santé et plus largement avec le RSBE. En effet, les engagements étaient informels et aucun document ne retrace ces relations. Afin d'éviter que cette situation ne se reproduise, dans un contexte où le turn-over des équipes est important, il serait pertinent de formaliser ces relations au travers d'une note. Ce document écrit permettrait de fixer les objectifs de la collaboration et les engagements de chacun. Il pourrait être acté à cette occasion une implication plus importante du CCAS dans l'organisation de projets⁹⁸, actuellement portés par la coordinatrice de l'ASV. Nous proposons les objectifs suivants :

- Objectifs à court terme : Le CCAS orientera des personnes vers Pause Santé lorsque cela sera pertinent au regard des problématiques de ces derniers. Des outils de communication devront être élaborés, afin que les informations puissent être échangées entre le CCAS et la coordinatrice de l'ASV.
- Objectifs à moyen terme : Un animateur local d'insertion sera associé à l'élaboration des projets actuellement portés par la coordinatrice de l'ASV.
- Objectif à long terme : La relation partenariale sera pérenne malgré les changements d'équipe.

⁹⁸ Cette proposition devra être discutée avec le CCAS (pendant le travail préalable à la rédaction de la note) et adaptée en fonction de leurs attentes, envies et possibilités.

Entre l'ASV et le CDAS du Blosne

Les relations avec le CDAS du Blosne sont étroites. Ce dernier est un véritable relais d'information, mais également un partenaire soutenant dans les groupes de travail et sur des projets ponctuels. L'actuelle infirmière du CDAS y oriente régulièrement des personnes. Cette dernière part très prochainement à la retraite et souligne qu'elle veillera à transmettre les informations concernant le RSBE à sa remplaçante. Il paraîtrait donc pertinent d'envisager comment poursuivre ce partenariat avec cette dernière. La rédaction d'une note, à l'image de celle proposée pour le CCAS, permettrait de sceller l'existant, tout en s'adaptant aux disponibilités, aux envies et aux attentes de la nouvelle infirmière. Le travail sur cette collaboration devra commencer dès son arrivée en poste afin que la relation existante ne s'étiolle pas.

b) *Définir l'engagement de la Maison des Squares*

La Maison des Squares pourrait constituer une véritable ressource pour l'ASV. En effet, cette association, portée par des habitants du quartier soutenus par des professionnels, est en contact avec un public commun à Pause Santé, via notamment le réseau d'échanges et de savoirs. La collaboration avec ce type de réseau semble cohérente, la culture de la participation y est en effet très présente. Par ailleurs, lors de l'entretien avec la Maison des Squares, il est apparu que ces derniers sont intéressés pour s'investir dans le RSBE et notamment au travers de Pause Santé à condition que leurs rôles respectifs soient définis : « *Nous pourrions nous investir dans l'élaboration de projets santé avec l'ASV. Non pas seulement orienter des personnes vers Pause Santé mais prendre part à la mise en place des projets. Mais comment cela pourrait se faire ?* ». Alors même que l'association est en période de redéfinition de ses missions, il apparaîtrait opportun de profiter de ce moment pour poser les volontés de chacun en termes d'engagement.

Voici les grandes étapes que nous proposons pour la concrétisation de cet axe de travail :

- Présentation du RSBE à l'ensemble de l'équipe de la Maison des Squares. Dans cette présentation, il sera indispensable d'insister sur la volonté pour l'ASV de travailler sur l'implication des habitants⁹⁹.
- Définition des attentes et envies de chacun par rapport à la coopération : quels seraient les objectifs de cette collaboration, quelles sont les attentes, conditions et exigences de chacun, quelle forme pourrait prendre concrètement la collaboration...
- Designier un référent à la Maison des Squares dans l'écriture d'une note définissant les objectifs, et les missions de chacun dans la relation de partenariat à partir des

⁹⁹ La culture de la participation doit être dès à présent instaurée comme un objectif à part entière de l'ASV. Ce travail de fond renforcera l'efficacité de la préconisation, visant à clarifier les objectifs de Pause Santé, présentée ci-après.

éléments évoqués à la précédente réunion. Cette écriture se fera en collaboration avec la coordinatrice de l'ASV afin que chaque partie soit représentée.

- Rédaction conjointe de la note
- Présentation et validation de la note par l'équipe de la Maison des Squares

Cette première étape permettrait peut-être, par la suite, d'évoluer vers la signature d'une convention de partenariat.

La démarche proposée pour la Maison des Squares est donc différente de celle avec le CCAS et le CDAS. En effet, si pour ces derniers l'objectif est de sceller et de ré-impulser l'existant ; avec la Maison des Squares, la démarche vise à construire une nouvelle collaboration, plus prononcée que celle existant précédemment.

B) Protocoliser la répartition des tâches dans chaque nouveau projet

La rédaction des notes précédemment décrites permettrait de formaliser un partenariat transversal sur l'ensemble de l'ASV. Elles n'auraient donc pas vocation à remplacer la répartition des tâches entre les partenaires sur les projets ponctuels.

Il apparaîtrait donc également nécessaire de prendre le temps de définir le rôle de chaque partenaire lors de la mise en place de projets. En effet, la non-clarification entraîne d'une part des difficultés d'organisation ; d'autre part, il apparaît qu'à l'heure actuelle, c'est essentiellement la coordinatrice de l'ASV qui porte ces projets alors même qu'elle ne dispose que d'un tiers temps sur Pause Santé et que certaines tâches pourraient être déléguées aux partenaires.

Une mise à plat systématique de l'engagement de chacun permettrait donc de définir le rôle de chacun et de s'assurer que l'ensemble des tâches seront ainsi réalisées.

Voici les grandes étapes que nous proposons pour la concrétisation de cet axe de travail, lorsqu'il est décidé d'une collaboration entre l'ASV et un (ou plusieurs) partenaire(s) sur la mise en place d'une action ou d'un projet coordonné par l'ASV :

- Réunion de l'ensemble des acteurs
 - Définition des objectifs du projet ou de l'action
 - Engagement de chacun en fonction des compétences, des moyens et du temps disponible : quels rôles pour chaque partenaire
 - Définition d'un calendrier
- Elaboration d'un compte-rendu par la coordinatrice de l'ASV
- Validation du compte-rendu par l'ensemble des partenaires
- Lancement du projet

La mise en œuvre de l'ensemble de cette proposition, ne requiert donc pas de moyens financiers particuliers mais nécessitera du temps tant pour la coordinatrice de l'ASV que pour les partenaires engagés sur ce travail.

L'objectif de cette recommandation n'est pas de rigidifier les relations partenariales et de freiner les initiatives mais de proposer un cadre d'action au sein duquel chacun pourrait trouver sa place. L'énergie actuellement dépensée par la coordinatrice de l'ASV à coordonner les partenaires alors même que chacun ne parvient pas à identifier les missions et tâches qui lui incombent n'est pas propice à une implication des habitants. Le temps gagné par une clarification des relations de coopération pourrait être mis au profit de la mobilisation des habitants.

Progressivement, l'ensemble de ce travail pourrait aboutir à l'élaboration d'une charte partenariale permettant de protocoliser chaque nouveau partenariat et de travailler avec les partenaires déjà engagés sur les objectifs, les valeurs et le fonctionnement du RSBE. Cependant, il paraît difficile d'engager, dès à présent, cette réflexion. En effet, pour être pertinente, cette charte doit être une démarche collective, comprise et acceptée par tous : l'ensemble de la clarification du partenariat exposée ci-dessus permettrait d'engager ensuite ce travail et cette réflexion. Un exemple type de charte est présenté en annexe 7. Ce modèle demande cependant à être adapté et retravaillé avec les partenaires. A terme, la charte pourrait être le cadre global de référence du partenariat au sein duquel, il conviendrait alors que, pour chaque nouveau partenaire, soient déterminés les engagements plus précis adaptés aux disponibilités et possibilités de chacun. Ces engagements pouvant prendre la forme d'une simple note synthétique ou d'une convention de partenariat, le cas échéant.

Outre les difficultés dans le partenariat, il a été mis en évidence, lors des entretiens, que l'objectif de Pause Santé visant à soutenir et développer des actions en matière de santé et de bien-être initiées par des habitants et professionnels n'est pas clairement identifié tant par les partenaires que par les habitants qui perçoivent Pause Santé comme un lieu d'information autour de la santé.

Il serait donc pertinent d'instaurer et d'afficher la culture de la participation. Ce travail pourrait se faire au travers des deux préconisations suivantes.

3.2.2 Une clarification des objectifs de Pause Santé avec les partenaires

Outre la méconnaissance de l'objectif de participation, le concept et la mise en œuvre de la participation ne sont pas discutés et abordés entre les différents partenaires, alors même que certaines expériences en santé communautaire le notent comme indispensable à l'implication des habitants.

Aussi, à l'occasion de la rentrée de Pause Santé faisant suite au déménagement en juin 2011, il serait intéressant de réunir les principaux partenaires (membres du comité de pilotage et intervenants réguliers) de Pause Santé sur deux réunions.

Ces séances de travail permettraient d'une part de réaffirmer l'objectif participatif de Pause Santé et d'autre part de travailler autour de sa mise en œuvre concrète.

Les rencontres pourraient s'articuler ainsi :

- Première séance : « La participation des habitants : quels intérêts et quelles limites ? »

Cette rencontre pourrait débuter par une présentation des objectifs de Pause Santé soulignant l'objectif de participation des habitants et la nécessité d'un travail partenarial pour y parvenir. Il serait également pertinent d'expliquer en quoi la participation permet une meilleure efficacité des actions mises en œuvre.

Dans une seconde partie de la séance, il conviendrait d'échanger autour des intérêts et des limites de la participation de la population afin d'en homogénéiser les visions.

L'objectif de cette réunion serait donc véritablement de discuter du concept de participation et de l'objectif que se donne Pause Santé.

- Deuxième séance : « La participation des habitants en santé : comment la mettre en œuvre ? »

Cette rencontre pourrait aborder le volet opérationnel de la mise en œuvre de la participation afin que ce travail prenne corps et ne reste pas purement conceptuel.

3.2.3 Une possibilité pour chaque habitant de s'investir à son niveau

Pour les habitants également, nous l'avons vu, la démarche participative n'est pas habituelle. Certains doutent de leurs possibilités, beaucoup ne savaient pas que c'était possible. Pour autant, nombre d'entre eux sont prêts à s'investir dans la démarche.

Par ailleurs, certains des ASV étudiés notent qu'un des leviers de la participation des habitants est l'implication progressive¹⁰⁰ de ces derniers : la participation ne se décrète pas, elle se construit.

Il faudrait donc, à Pause Santé, être en mesure de proposer une offre d'animation permettant de satisfaire différents niveaux de participation, afin que chacun puisse s'investir à la mesure de ses envies et de ses possibilités et ce de façon progressive.

Cette offre pourrait s'articuler de la sorte :

- Garder les temps d'information existants
- Associer les habitants à la mise en œuvre de supports de communication afin de les mener peu à peu vers une démarche de plus en plus participative
- Relancer le groupe d'animation

Dans le cadre de la mise en œuvre des deux derniers items, il pourrait être pertinent de s'appuyer sur la méthodologie de projet (notamment la fiche d'expression des besoins et

¹⁰⁰ La pyramide de Maslow, bien que nuancée et discutée, permet d'expliquer cette nécessaire implication progressive, condition sine qua non de la réussite d'un projet participatif.

le diagramme de Gantt¹⁰¹) afin de planifier l'ensemble de la démarche et de ne pas avancer à vue. Par ailleurs, soulignons la nécessité d'un partenariat soutenant pour être en mesure de proposer une telle offre¹⁰².

A) Garder les temps d'information existants

Les habitants rencontrés soulignent que Pause Santé répond à leurs attentes en termes d'informations-santé et d'animations. Aussi, il paraît nécessaire de préserver ce type d'animations où les habitants ne désirant pas s'investir dans un projet donné peuvent venir en tant que « bénéficiaires ».

Pour autant, il faudrait sur ces temps d'animations ou d'information veiller à introduire, dès à présent, la culture de la participation par l'invitation régulière des participants à intégrer le groupe d'animation ou d'autres groupes plus actifs (cf. B) et C)). L'objectif serait de faire de ces temps d'information une potentielle porte d'entrée pour une implication plus importante. Cela ne pourra fonctionner que si cette possibilité est très régulièrement proposée et encouragée.

B) Associer les habitants à la mise en œuvre de supports de communication afin de mener peu à peu habitants et professionnels vers une démarche de plus en plus participative

L'expérience menée à Bondy et un des projets de l'ASV d'Orléans reflètent que le cancer est un thème mobilisateur. Les personnes sont en effet souvent directement ou indirectement concernées par cette maladie : les réflexions en sont d'autant plus riches et les interrogations nombreuses. Par ailleurs, lors des entretiens de groupes, certains habitants ont évoqué leur envie de travailler autour de cette thématique.

Nous pourrions, comme première étape d'implication, proposer aux habitants de les associer à la réalisation de supports de communication pour Mars Bleu 2012, à l'instar de ce qui a pu être réalisé à Orléans ou à Bondy. Démarche concrète, limitée dans le temps, il semble que ce projet pourrait respecter les demandes émises par les habitants et permettrait à chacun, habitants et professionnels, d'apprendre progressivement à travailler ensemble. Notons que ce projet aurait également pour objectif d'augmenter le taux de participation aux dépistages organisés.

¹⁰¹ Diagramme permettant de déterminer les dates de réalisation des différentes étapes d'un projet et de visualiser le retard ou l'avancement des travaux.

¹⁰² La préconisation « clarification du partenariat » exposée précédemment a comme objectif de renforcer le partenariat.

Les étapes suivantes pourraient être suivies (c'est notamment sur cet axe de travail qu'il serait pertinent d'utiliser les outils de gestion de projet) :

- Cadrage du projet¹⁰³
 - Remplir la fiche d'expression des besoins et évaluer l'opportunité du projet : cela permettra de cadrer le projet et de le présenter aux partenaires (quelle demande initiale, quel contexte, quels objectifs, quelles contraintes...).
 - Prendre contact avec les partenaires : Comité féminin d'Ille et Vilaine, Association de Dépistage des Cancers en Ille et Vilaine (ADECI) et Ligue contre le cancer. Il apparaît que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) d'Ille et Vilaine est également intéressée pour se greffer au projet.
 - Réunir les partenaires afin d'ajuster les objectifs le cas échéant tout en veillant à préserver et garantir la volonté d'implication des habitants. Il faudra veiller à établir clairement, lors de ces réunions qui feront l'objet de comptes-rendus, le rôle, la place et les missions de chacun dans le cadre de ce projet ainsi que les modalités de financement.

Cette phase de cadrage devra permettre de brosser les grandes lignes du projet. Pour autant, il faudra veiller à ce que tout ne soit pas décidé en amont. En effet, il semble important de laisser une marge de manœuvre permettant l'ajustement du projet avec les habitants.

- Réunion d'information autour du cancer lors d'Octobre Rose 2011 :
 - Présentation par un ou des partenaires (ADECI, Comité Féminin, Ligue contre le Cancer) de ce qu'est le cancer et le dépistage sous forme d'échanges avec les habitants afin de pouvoir aborder les craintes et réticences individuelles relatives au dépistage.
 - Présentation du projet aux habitants : proposition d'associer ceux qui le désirent aux prochaines étapes de diffusion d'information envers les autres habitants du quartier. Pour cela, il leur sera notamment proposé la création de supports de communication en collaboration avec les professionnels pour Mars Bleu 2012.
 - Présentation du calendrier prévisionnel des premières rencontres prévues pour l'élaboration de ces supports.
- Réalisation des supports de communication
- Utilisation des supports conçus lors de manifestations (marché, centre commercial...) du quartier à l'occasion de Mars Bleu : l'objectif est que ce soient les habitants soutenus par les partenaires qui diffusent ces informations à leurs pairs lors de ces manifestations.

¹⁰³ Cette étape de cadrage a pu être débutée avant la fin du stage

- Réunion bilan partenaires-habitants : bilan de l'action passée et perspectives par rapport à Octobre Rose 2012

La participation des habitants dans le cadre de ce projet reste une participation moyen. Mais, cette première étape semble indispensable pour que cette démarche de participation puisse progressivement s'ancrer dans les habitudes des habitants et des professionnels, levier qui a été soulevé par les autres expériences contactées. A la suite de ce projet, il faudrait envisager de passer à une participation processus en les associant dès la définition des objectifs.

C) Relancer le groupe d'animation

Il pourrait être intéressant de relancer le groupe d'animation dont la mobilisation semble s'étioler ces derniers mois. Autre forme d'implication, ce groupe permet de s'assurer que les animations proposées à Pause Santé sont conformes aux attentes des habitants et pourrait donc constituer pour les habitants une porte d'entrée différente dans la participation.

Le déménagement de Pause Santé pourrait être l'occasion de relancer ce groupe. Nous proposons les étapes suivantes, qui pourraient débuter dès septembre 2011 :

- Contacter l'ensemble des personnes faisant partie du groupe d'animation afin de faire un point sur les motivations et aborder les raisons expliquant cette moindre motivation.
Cette première réunion permettrait de ne pas retomber, par la suite, dans les mêmes écueils et de proposer « un nouveau départ » pour ce groupe.
Inviter les personnes intéressées à une réunion de lancement.
- Parallèlement, rechercher de nouvelles personnes :
 - Communication au sein de Pause Santé et dans les structures de quartier
 - A chaque animation, expliquer ce qu'est le groupe d'animation et inviter les personnes intéressées à la réunion dite de lancement
- Réunion de lancement
 - Déterminer et écrire les objectifs et le fonctionnement du groupe d'animation qui pourront évoluer selon les envies des habitants
 - Décider, avec les habitants, de la fréquence, du jour et de l'heure des réunions
 - Proposer aux habitants une répartition des tâches d'animation des réunions. En effet, pour que leur implication dépasse leur seule présence, les habitants pourraient tour à tour, d'après un planning communément élaboré, être chargés de l'animation de la rencontre. Ils seraient systématiquement épaulés par la coordinatrice de l'ASV.

L'ensemble de ces axes d'actions vise donc à proposer une palette de possibilités permettant à chacun de trouver l'offre et le niveau d'implication qui lui correspond.

L'objectif à terme pourrait être de proposer aux habitants d'intégrer le comité de pilotage de l'ASV afin de les associer peu à peu au processus décisionnel, étape indispensable pour approcher une participation processus.

Le temps est une thématique revenue régulièrement au cours de l'étude, noté comme une véritable difficulté par les partenaires de l'ASV et pas la coordinatrice, souligné comme un levier indiscutable par les autres expériences étudiées.

Aussi, tout en ayant conscience que l'augmentation des moyens humains dans un contexte budgétaire contraint, peut paraître difficile, nous ne pouvons pas passer outre la préconisation d'une augmentation du temps de coordination.

3.2.4 Une augmentation du temps de coordination

Il est entendu que l'idéal serait d'avoir au moins un temps plein supplémentaire sur la coordination de l'ASV. Cependant, disposer d'1,2 ETP de coordination permettrait déjà d'initier de nets changements. Ce 1,2 ETP pourrait être réparti comme tel :

- 2/3 temps déjà assurés par la coordinatrice actuelle
- Un mi-temps supplémentaire

Cette double coordination peut paraître critiquable de par la multiplication des interlocuteurs pour les partenaires et les habitants, mais cela peut être également une véritable richesse si le profil de la seconde personne est complémentaire de celui de la coordinatrice déjà en poste. Par ailleurs, afin que le bénéfice de ce double profil soit d'autant plus important, il serait indispensable que les missions de chacun(e) soient clairement définies et réparties.

L'annexe technique de la circulaire du 13 juin 2000 définit les modalités de mise en œuvre d'un ASV et précise notamment les missions des coordinateurs : « *Sa mission porte sur l'animation, l'aide à la concertation, le soutien méthodologique par la création d'outils adaptés aux projets locaux de santé. Les techniques de travail communautaire ou en réseau sont particulièrement recommandées [...] il est souhaitable que cette fonction soit assurée par un professionnel ayant une connaissance des techniques de la santé publique, notamment le recueil et l'analyse des données quantitatives et qualitatives, le diagnostic partagé, les méthodes de suivi, d'animation et d'évaluation, de communication, les politiques publiques, les relations avec les partenaires et la population.* ».

Dans la configuration de l'ASV de Rennes, les missions de la coordinatrice actuelle pourraient être recentrées sur le RSBE¹⁰⁴ tandis que la personne nouvellement recrutée pourrait assurer l'animation et la gestion de Pause Santé. Pour autant, il apparaîtrait

¹⁰⁴ Hormis Pause Santé

pertinent que certaines missions soient assurées en commun afin de permettre une articulation optimale entre le réseau et le lieu de santé communautaire.

2/3 temps sur la coordination du RSBE assurée par la coordinatrice actuellement en poste	Un mi-temps sur la coordination de Pause Santé
Mission : Promouvoir le développement, la pérennisation et assurer l'évaluation du RSBE.	Mission : Promouvoir le développement de Pause Santé via l'implication des habitants.
<p>Principales actions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animer le comité de pilotage et les différents groupes de travail du RSBE - Assurer l'articulation et la cohérence entre les différentes instances de l'ASV (comité de pilotage et groupes de travail) - Soutenir et contribuer à développer les partenariats locaux - Assurer la communication en direction des partenaires pour favoriser leur implication dans le RSBE <p style="text-align: center;">Promouvoir l'articulation entre le RSBE et Pause Santé Assurer la gestion de l'ensemble de l'ASV (financement, secrétariat)</p>	<p>Principales actions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les besoins locaux des populations - Mettre en œuvre les projets en cohérence avec les besoins et les demandes de la population tout en favorisant l'implication des habitants - Assurer la communication envers les habitants - Assurer les temps de permanences à Pause Santé

Au regard de l'ensemble de ces éléments, nous proposons un fiche développant les savoirs, savoirs faire et savoirs être dont il serait intéressant que la personne recrutée dispose¹⁰⁵ :

Savoirs

- Maîtriser les principaux axes de la politique de la ville et de la politique de santé
- Connaître les concepts principaux en promotion de la santé et prévention
- Maîtriser les théories et modèles psychosociaux

Savoirs Faire

- Utiliser les méthodes et outils permettant de rendre effective la participation de la population
- Maîtriser les techniques d'animation de groupe
- Maîtriser les outils de gestion de projet
- Savoir gérer les désaccords et les conflits
- S'adapter au fonctionnement d'un groupe
- Savoir placer les acteurs selon leur mode d'influence
- Savoir organiser la circulation de l'information

¹⁰⁵ MANNONI C., *Politique de la ville, territoires et santé*, p 65-77.

Savoirs Etre

- Respect
- Favoriser l'expression
- Mettre en confiance
- Rigueur, organisation
- Observer, écouter
- Créativité

Profils possibles

- Soignant(e) possédant une expérience/une formation en santé communautaire
- Chargé(e) de mission santé publique possédant une expérience en prévention/promotion de la santé

Les pistes de travail exposées, outre les axes 3.2.3 et 3.2.4, ne nécessitent pas d'investissement financier particulier mais correspondent à une globale clarification des objectifs et du partenariat, passant notamment par des temps de travail spécifiquement dédiés à ces questions.

Les recommandations proposées n'ont pas prétention à pallier à l'ensemble des difficultés rencontrées par l'ASV. Elles ont été construites dans l'optique de repartir sur des bases plus solides et plus formelles de par la clarification du partenariat, préalable qui semble indispensable pour assurer le succès des autres évolutions proposées.

Cet ensemble de recommandations vise à augmenter peu à peu le niveau de participation des habitants.

Conclusion

Au travers de cette étude, nous avons pu expliquer quels étaient les freins et les forces à la participation dans le cadre de l'ASV de Rennes. Les entretiens ont été très riches et ont permis de découvrir un véritable potentiel d'évolution permettant de surmonter les difficultés auxquelles est confronté l'ASV et d'aller vers une augmentation du niveau actuel de participation.

Participation qui demande un véritable bouleversement des habitudes, tant des professionnels que des habitants. Le chemin à parcourir sera donc long et le travail progressif : « *On vient écouter, puis on s'exprime, puis on finit par aider...le tout étant de passer la porte* ».

Nous avons fait le choix, dans nos axes de travail, de ne pas élargir le partenariat. Il semble, en effet, plus pertinent de solidifier les fondations de la démarche avant d'envisager l'ouverture à d'autres partenaires. Fondations sur lesquelles il est impératif de travailler rapidement, au risque sinon de mettre à mal l'ensemble de l'ASV par un épuisement des forces individuelles, alors même que la démarche est par essence multi partenariale. Ce travail pourra être suivi et complété par les autres initiatives proposées.

Des regroupements d'ASV existent dans certaines régions, permettant notamment d'échanger autour des difficultés rencontrées. Cependant, il s'avère que chaque ASV possède ses propres spécificités en termes de portage, de rayon ou encore de partenariat, ce qui rend difficile la comparaison.

Il en va de même pour les multiples expériences participatives, rassemblant un large éventail de démarches, pouvant être extrêmement différentes.

Ainsi, les conseils de quartier sont difficilement comparables avec les initiatives participatives en santé. Les premiers tentent, par la démarche participative, d'ajuster les décisions politiques : les bénéfiques sont donc collectifs ; tandis qu'en santé la participation vise un bénéfice d'abord individuel (empowerment).

Les approches sont donc différentes, mais pourraient être complémentaires. Pour cela, il serait intéressant, dans une prochaine étude de travailler plus spécifiquement sur la démocratie participative et le lien qu'il pourrait y avoir entre ces deux types d'initiatives.

Notons, cependant que les processus de participation sont essentiellement développés sur les territoires dits prioritaires. Ce sont les difficultés rencontrées par les habitants de ces quartiers qui sont positionnées comme le point de référence au développement de la participation. Veillons donc à ne pas sur-solliciter les habitants, au risque sinon de rendre cette démarche stigmatisante.

Bibliographie

Ouvrages

BANTUELLE M., MOREL J., DARGENT D., 1998, *La participation communautaire en matière de santé*, Bruxelles : asbl « Santé, Communauté, Participation », 50p.

DESCHAMPS JP, FABRY J., MANCIEAUX F. et al., 1980, *Santé Publique, santé de la communauté*, Villeurbanne : SIMEP, 443p.

FOUDRIAT M., 2007, *Sociologie des organisations*, 2^{ème} éd., Paris : Pearson Education France, 334 p.

MANNONI C., 2008, *La démarche atelier santé ville, des jalons pour agir*, Paris : Profession Banlieue, 219p.

MANNONI C., 2004, *Politique de la ville, territoires et santé*, Paris : Profession Banlieue, 112 p.

MANNONI C., JOUBERT M., 2003, *Les Ateliers santé ville, expérimentations en Seine-Saint-Denis*, Paris : Profession Banlieue, 151p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2003, *Participation de la population à la santé locale et au développement durable - Approches et techniques (version française)*, 2^{ème} éd., Genève : OMS, 98p.

RIFKIN SB, 1990, *Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile planification familiale*, Genève : OMS, 44p.

SAPOVAL Y. L. / ed., 2007, *Ateliers Santé Ville, une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, Saint – Denis La Plaine : DIV, 286p.

Articles de périodique

CESAR C., ROSTAN F., HERITAGE Z., septembre-octobre 2010, « *Les villes au cœur de la santé des habitants* », *La santé de l'homme*, n°409, pp. 11-49.

FERRON C., mars-avril 2010, « *La preuve est faite : l'empowerment et la participation, ça marche* », *La santé de l'homme*, n°406, pp. 4-6.

GUICHARD A., mars-avril 2006, « *Démarche participative et santé : mythe ou réalité ?* », *La santé de l'homme*, n°382, pp. 11-40.

Rapports

ASSOCIATION DE RECHERCHE ET DE DEPISTAGE DES PATHOLOGIES DU SEIN EN SEINE-SAINT-DENIS., 2006, *Concilier santé publique et citoyenneté*, Bondy : ARDEPASS, 94 p.

BERTOLOTTO F., 2003, *Etude auprès de 27 ateliers santé ville – Etat des lieux sur la construction de la démarche ASV*, Paris : DIV, 103 p.

IREPS BRETAGNE, 2009, *Dans quelles mesures selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé (traduction du rapport original de l'OMS) ?*, Rennes : IREPS, 37p.

DOUMONT D., SANDRIN-BERTHON B., 2002, *Participation, intersectorialité, travail en réseau et politiques locales de santé : quels enjeux pour la promotion de la santé ?*, Louvain : UCL-RESO, 26p.

MANNONI C., 2010, *Les ateliers santé Ville, une plus value locale pour la réduction des inégalités de santé*, Paris : Centres de ressources Politiques de la ville d'Île-de-France, 69p.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE L'INTEGRATION ET DE LA VILLE, 2000, *La participation des habitants : réflexion et questionnements*, Strasbourg : ORIV, 28p.

SOCIETE FRANCAISE DE SANTE PUBLIQUE, 2000, *Développement social et Promotion de la santé, la démarche communautaire – Extraits*, Vandoeuvre-lès-Nancy : SPSP, 11p.

TASCON-MENNETRIER C., BOURDON M., 2007, *Les ateliers santé ville, inventaire de l'ensemble des productions écrites*, Paris : CNV, 54p.

Thèses et mémoires

DANE C. (coor), 2007, *Impliquer les habitants des quartiers difficiles dans les actions de santé*, Mémoire EHESP de module interprofessionnel : EHESP, 35p.

CURT L.E., 2010, *Les prérequis de la mise en place d'une démarche ASV : l'exemple de la municipalité du Kremlin-Bicêtre*, Mémoire EHESP : EHESP, 87p.

Conférences et comptes-rendus de conférences

OBSERVATOIRE REGIONAL DE L'INTEGRATION ET DE LA VILLE, *Les obstacles à la participation des habitants*, 30 novembre 2006, Strasbourg, Strasbourg : ORIV Alsace, 2006, 20p.

BATTACHE V., *Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique*, décembre 2003, Lyon, Saint – Denis La Plaine : DIV, 94p.

RESO VILLE, *La participation des habitants*, 31 janvier 2002 et 27 et 28 juin 2002, Vannes, Nantes : Réso Ville, 2003, 64p.

Textes de lois et charte

MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT, MINSITERE DELEGUE A LA COHESION SOCIALE ET A LA PARITE. Circulaire du 24 mai 2006 relative à l'élaboration des contrats urbains de cohésion sociale [en ligne]. [visité le 9.01.2011], disponible sur internet : <http://i.ville.gouv.fr/reference/3556>

MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, SECRETARIAT GENERAL DE LA POLITIQUE DE LA VILLE. Circulaire du 3 novembre 2010 concernant la prolongation des Contrats Urbains de Cohésion Sociale en 2011 [en ligne]. [visité le 29/01/2011], disponible sur internet : <http://i.ville.gouv.fr/reference/6446>

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 ASV dans le volet santé des contrats de ville (2000/2006) [en ligne]. [visité le 7/01/2011], disponible sur internet : <http://i.ville.gouv.fr/reference/770>

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 [en ligne]. [visité le 6.12.2010], 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 [en ligne]. [visité le 6.12.2010], 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 n°2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et préparation de la mise en place des contrats locaux de santé [en ligne]. [visité le 29/01/2011], disponible sur internet : http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-03/ste_20090003_0100_0151.pdf

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 1986, Charte d'Ottawa

Sites internet

AGENCE NATIONALE POUR LA COHESION SOCIALE ET L'EGALITE DES CHANCES. *Santé et accès aux soins*. [visité le 8.01.2011], disponible sur internet : http://www.lacse.fr/dispatch.do?sid=site/politique_de_la_ville/objectifs_1/sante

ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DE L'ACTION ET DE L'ANIMATION SOCIALE. *Le tableau de bord social des quartiers rennais (accès sécurisé)*. [visité le 2.03.2011], disponible sur internet : <http://www.apras.org/spi/>

CENTRE DE RESSOURCES ET D'ECHANGES POUR LE DEVELOPPEMENT SOCIAL URBAIN. *Les échos des ateliers permanents du CR-DSU*. [visité le 29.01.2011], disponible sur internet :

http://www.crdsu.org/c_9_25_Les_Echos_des_ateliers_permanents_du_CR_DSU.html

DIRECTION DE L'INFORMATION LEGALE ET ADMINISTRATIVE. *Quels sont les pouvoirs des collectivités territoriales*. [visité le 6.02.2011], disponible sur internet :

<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/collectivites-territoriales/pouvoirs/quelles-sont-nouvelles-competences-transferees-aux-collectivites-2004.html>

KYNOS/ACSE. *Résultats de l'enquête sur les ateliers santé ville au 31 décembre 2008*. [visité le 23.12.2010], disponible sur internet :

http://actionsociale.weka.fr/media/file/1812_ateliers_sante_ville_rapport_acse_sur_les_as_v_au_31_decembre_2008.pdf

MINSITERE DE LA VILLE. *La politique de la ville*. [visité le 6.01.2010], disponible dur internet : www.ville.gouv.fr/?Generalites

MINSITERE DE LA VILLE. *Géographie prioritaire*. [visité le 9.01.2011], disponible dur internet : <http://www.ville.gouv.fr/?Territoires-prioritaires>

PORTAIL DE LA DOCUMENTATION FRANCAISE. *Le renouvellement de la politique de la ville*. [visité le 7.01.2011], disponible sur internet :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/politique-ville/index.shtml>

PORTAIL DE L'EDUCATION SPECIALISEE. *La pyramide de Maslow*. [visité le 9.05.2011], disponible sur internet : <http://www.educspe.com/dossiers/actualites-diverses/la-pyramide-de-maslow.html>

PREFECTURE DE LA REUNION. *Organisation nationale de la politique de la ville*. [visité le 23.12.2010], disponible sur internet : www.reunion.equipement.gouv.fr/cr-csur/politique_ville/orga_nationale/

RESEAU FRANÇAIS DES VILLES-SANTE DE L'OMS. *Le projet Villes-Santé*. [visité le 6.02.2011], disponible sur internet : <http://www.villes-sante.com/datas/som01.htm>

Documents internes

Contrat Urbain de Cohésion Sociale de l'agglomération rennaise 2007-2009, Rennes Métropole, 73 p.

FASSIER A., 2010, *Au cœur du quartier du Blosne, un espace santé*, Rennes : Service Promotion Santé et Territoires, 3 p.

FASSIER A., 2011, *Réseau Santé Bien Etre - Quartier Le Blosne*, Rennes : Service Promotion Santé et Territoires, 1 p.

FASSIER A., 2010, *Rapport d'activités, Réseau Santé Bien Etre*, Rennes : Service Promotion Santé et Territoires, 10 p.

SERVICE PROMOTION SANTE ET TERRITOIRES, 2010, *Ville de Rennes : Animation Territoriale de Santé*, Rennes : Service Promotion Santé et Territoires, 15 p.

VILLE DE RENNES. *IntraRennes*. [visité entre le 14.02.2011 et 23.06.2011]

Liste des annexes

Annexe 1	Eléments pour l'état des lieux de l'ASV de Rennes
Annexe 2	Liste des personnes et groupes rencontrés en entretien ou des personnes m'ayant accordé un entretien téléphonique
Annexe 3	Grilles d'entretien
Annexe 4	Ensemble de tableaux vierges ayant servi à l'analyse des entretiens
Annexe 5	Missions de la Direction Santé Publique-Handicap et du Service Promotion Santé et Territoires
Annexe 6	Présentation du quartier du Blosne
Annexe 7	Proposition de charte du Réseau Santé Bien Etre

Objectifs

Cette grille est construite dans l'optique de déterminer quel est l'état actuel de la participation à l'ASV de Rennes selon les différentes dimensions définies par Rifkin. Mais, l'objectif sera également de comprendre comment a émergé l'ASV et quelle est son organisation.

L'ensemble des informations sera recueillie à travers un entretien avec la coordinatrice, ainsi que via des discussions informelles durant le stage, la lecture de documents internes et la participation à diverses réunions. Cette grille vise donc à déterminer l'ensemble des éléments d'informations à rassembler

Certaines thématiques pourraient être abordées dans plusieurs des chapitres, ces derniers étant liés les uns aux autres.

Préambule

- Définition de la participation

Estimation initiale des besoins

- Réalisation d'un diagnostic
- Date, mise à jour
- Participants
- Méthodes (utilisation de données statistiques, diagnostic participatif...)
- Définition d'un « diagnostic idéal »

Processus décisionnel et composition des diverses instances de l'ASV

- Rôle du comité de pilotage, évolution du rôle
- Composition du comité de pilotage, évolution de la composition
- Prise de décision par les habitants dans l'ASV
- Le cas échéant : forme de représentation des habitants dans le comité de pilotage (particuliers, groupement d'habitants constitué, associations...), pourquoi, définition du rôle
- Autres groupes de travail : rôle, composition
- Idéal visé dans la fonction de leadership
- Evolutions souhaitables selon la coordinatrice de l'ASV
- Difficultés rencontrées

Programmation et organisation des activités destinées aux habitants

- Processus de décision puis organisation de la programmation : description, évolution
- Dans quelles proportions cette programmation et cette organisation sont assurées par la population, le groupement d'habitants et/ou les professionnels ?
- Base de la programmation : diagnostic, envies/idées de la population ou des partenaires
- Idéal visé
- Evolutions souhaitables selon la coordinatrice de l'ASV
- Difficultés rencontrées

Mobilisation des ressources

- Mobilisation/gestion des ressources financières
- Mobilisation des ressources matérielles
- Mobilisation des ressources humaines

Gestion générale de l'ASV

- Gestion générale de l'ASV (coordination)
- Rôle du coordonnateur au milieu de la population et des professionnels
- Place de la population : support d'aide, bénéficiaire de l'ASV...
- Idéal visé
- Evolutions souhaitables

Annexe 2 Liste des personnes et groupes rencontrés en entretien ou des personnes m'ayant accordé un entretien téléphonique

Partenaires de l'ASV de Rennes

Personnes rencontrées	Fonction	Structure	Date
Mme A.	Coordinatrice	Maison des Squares	7 mars 2011
Mme B.	Coordinatrice	Maison du Diabète	28 mars 2011
M C.	Responsable	CCAS	6 avril 2011
Mme D.	Infirmière	CDAS	30 mars et 27 avril 2011
Mme E.	Intervenante indépendante	Responsable de l'atelier d'expression corporelle	14 avril 2011
Mme F.	Chargée de mission	Direction de quartier Blosne	21 avril 2011
Mme G.	Chargée de mission	CODES	11 avril 2011

Habitants

Groupes rencontrés	Nature du groupe	Date
Groupe 1	Sophrologie	21 mars 2011
Groupe 2	Groupe d'animation	24 mars 2011
Groupe 3	Atelier Cuisine	31 mars 2011
Groupe 4	AMAP	6 avril 2011
Groupe 5	Groupe d'habitants convoqués spécifiquement	20 avril 2011

Autres expériences ASV

Personnes entendues par entretien téléphonique	Fonction	Structure	Date
Mme M.	Coordinatrice	Pause Santé Argonne (Orléans)	22 mars 2011
Mme N.	Coordinatrice	ASV Soyaux	15 avril 2011
Mme O.	Coordinatrice	Centre de Santé communautaire de Cherbourg	26 mai 2011

Annexe 3 Grilles d'entretien

Afin de ne pas surcharger les annexes, nous ne mettons ici, que deux des grilles utilisées. En effet, dans le cadre des entretiens réalisés avec les habitants, les thématiques étaient amenées à varier légèrement selon les groupes.

Grille d'entretien avec les structures partenaires de Pause Santé

Objectifs de l'entretien

Connaître la vision de la participation des habitants par la structure et les évolutions possibles dans leur pratique dans le cadre du partenariat avec Pause Santé

Questions de départ : Selon vous, quelle est la place de votre structure au sein de Pause Santé ? Qu'est-ce-que Pause Santé ?

Autres thématiques à aborder :

- Définition de la participation des habitants à une action de santé
- Etat actuel de la participation dans le cadre des actions menées avec Pause Santé
- La participation des habitants dans le cadre des actions de prévention/promotion de la santé ou plus généralement dans la prise en charge de leur santé
 - Efficacité
 - Faisabilité en générale
 - Avantages et/ou inconvénients
- Expériences éventuelles de la structure dans la participation
 - Quelles expériences
 - Quelles difficultés
- Objectifs actuels de la structure en termes de participation des habitants
- Dans le cadre du partenariat avec Pause Santé
 - Objectifs actuels en ce qui concerne la participation des habitants dans le cadre des actions menées en partenariat avec Pause Santé
 - Volonté de travailler sur cette participation, le cas échéant ?
 - Freins/forces actuels à la maximisation de la participation des habitants dans le cadre de leur partenariat avec Pause Santé
 - Evolutions souhaitables par rapport à la participation des habitants dans le cadre de leur partenariat avec Pause Santé ?
 - Possibilités de mise en place de ces évolutions au regard de leurs moyens disponibles

Grille d'entretien avec les habitants participant régulièrement à une activité de Pause Santé (ateliers cuisine, sophrologie)

Objectifs

- Comprendre comment les habitants se rendant à une activité se placent au sein de Pause Santé et comment perçoivent-ils ce lieu.
- Déterminer les facteurs favorables et/ou les éventuels freins à une maximisation de la participation de la population.

Question de départ : Pour vous, qu'est-ce-que Pause Santé ?

Autre thèmes à aborder :

- Attentes vis-à-vis de Pause Santé
- Apports de Pause Santé dans la vie quotidienne
- Evolutions souhaitables de Pause Santé
- Place au sein de Pause Santé
- Définition « d'une personne qui participe »
- Niveau maximum de participation et situation du groupe par rapport à ce niveau
- Investissement dans d'autres projets
- Envie de s'investir¹⁰⁶ plus dans le cadre d'actions de santé

<i>Oui</i>	<i>Non</i>
<ul style="list-style-type: none">• Motivations• Sous quelle forme• Freins pour une participation antérieure	<ul style="list-style-type: none">• Raisons éventuelles• Aides nécessaires pour une participation, le cas échéant

¹⁰⁶ On entendra par investir, une augmentation du niveau de participation comme entendu par Rifkin

Annexe 4 Ensemble de tableaux vierges ayant servi à l'analyse des entretiens

Les entretiens ont duré entre 1h et 1h30. Les notes étaient prises en style direct.

Etape 1 : Analyse verticale réalisée pour chaque entretien

Thématiques	Structure
Thématique 1	Propos recueillis
Thématique 2	Propos recueillis
...	...

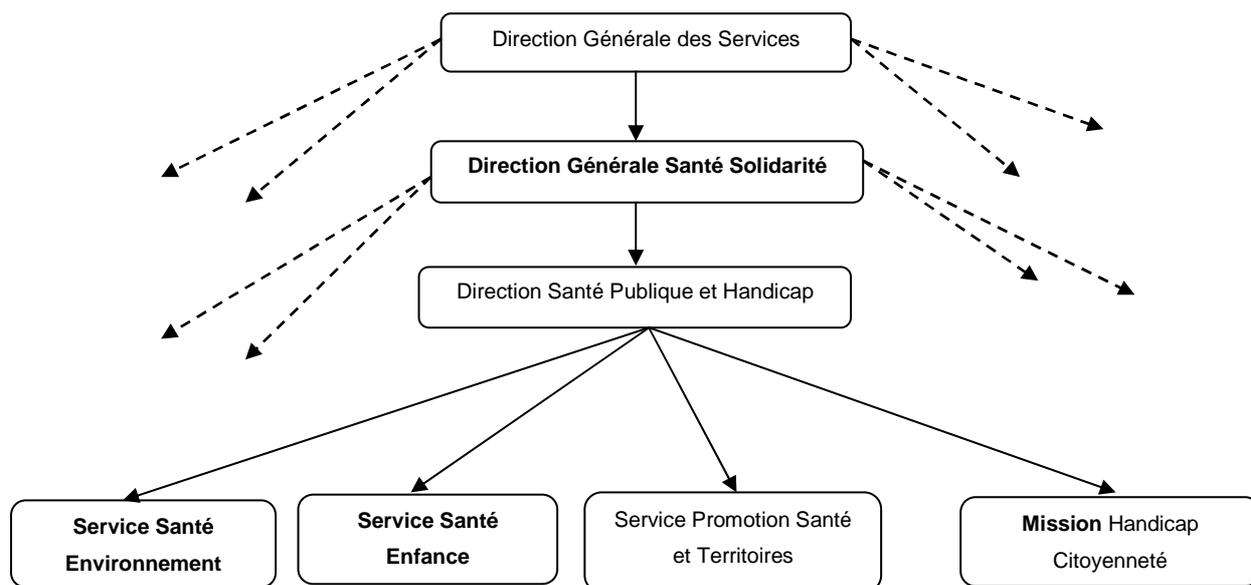
Etape 2 : Analyse transversale sur l'ensemble des entretiens

	Thématique 1	Thématique 2	...
Entretien A	Synthèse	Synthèse	
Entretien B	Synthèse	Synthèse	
...			

Etape 3 : Mise en relation avec les données extérieures

Thématiques	Synthèse réponses entretiens	But de la question	Théorie relative à la question (le cas échéant)	Droit (loi, circulaire...)	Remarques
Thématique 1			.		
Thématique 2					
Thématique 3					

Annexe 5 Missions de la Direction Santé Publique-Handicap et du Service Promotion Santé et Territoires



Missions principales de la Direction Santé Publique – Handicap :

- Mettre en œuvre les **politiques publiques et les orientations stratégiques** de la ville dans les domaines de la santé publique et du handicap.
- Développer dans une logique de transversalité la prise en compte **des enjeux liés à la santé publique et au handicap** dans l'ensemble des politiques et actions municipales.
- Mobiliser le réseau local des acteurs du champ de la santé, du secteur médico-social et du handicap via notamment les **Comités consultatifs** « Santé et environnement dans la ville » et « Accessibilité et personnes en situation de handicap ».
- S'inscrire dans les travaux des réseaux français et européen des Villes-Santé OMS.

Missions principales du Service Promotion Santé et Territoires :

- Mise en œuvre de **projets de promotion de la santé** sur les priorités de santé publique de la ville avec une déclinaison sur les quartiers rennais.
- **Mobilisation du réseau local** des acteurs du champ de la santé, du médico-social, du social et de l'insertion pour participer au bien-être des habitants et animation des groupes de travail du Comité Consultatif « Santé et environnement dans la ville ».
- **Soutien aux associations** animant des actions de prévention santé et **relais des campagnes nationales**. Collaboration intense avec la **Maison associative de la santé** qui anime une dynamique interassociative avec 65 associations.

Le SPST est composé de 4 chargées de mission exerçant notamment dans le cadre du dispositif « Atelier Santé Ville » et « Animation Territoriale de Santé ».

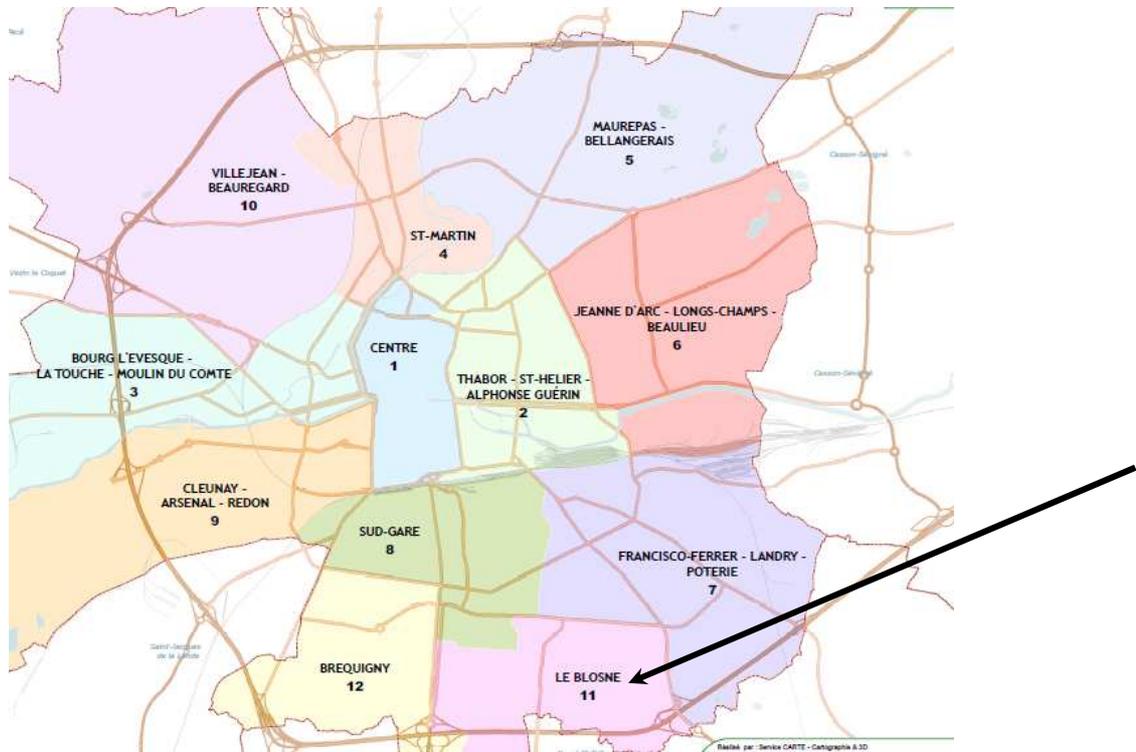


Figure 3 : Les quartiers rennais

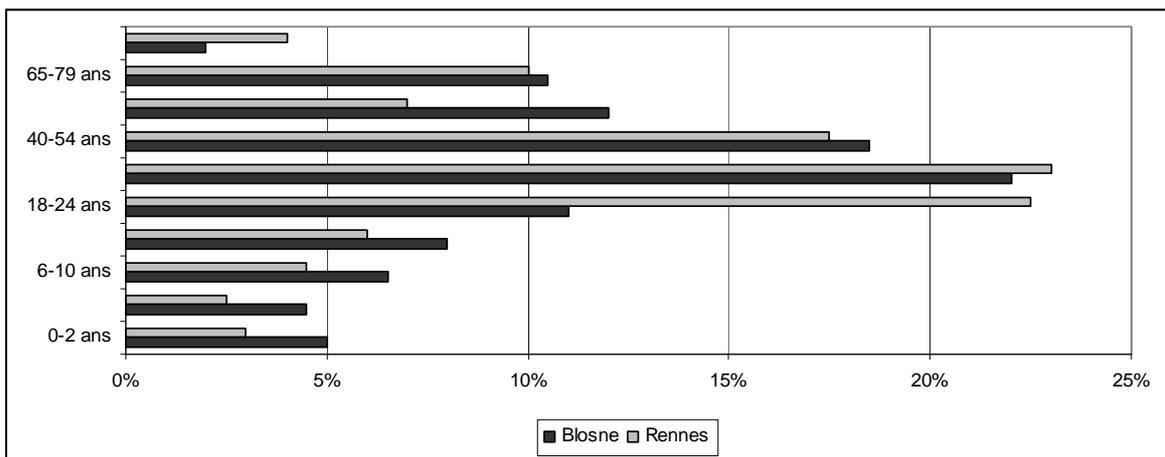


Figure 4 : Répartition par âge sur le quartier du Blosne et sur Rennes

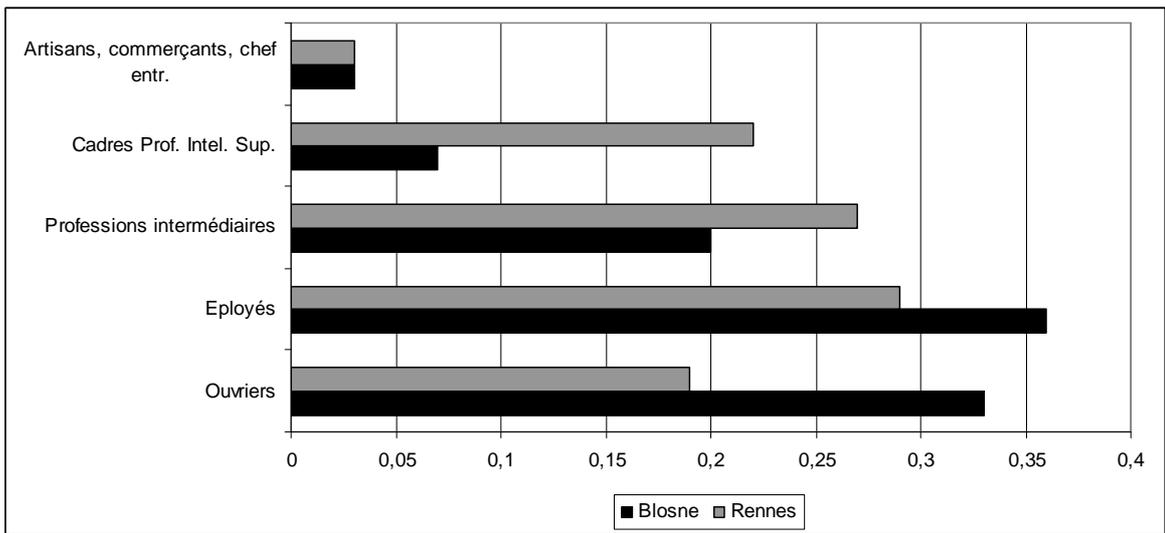


Figure 5 : Répartition de la population active des 15-64 ans selon la catégorie socioprofessionnelle

Annexe 7 Proposition de charte du Réseau Santé Bien Etre

Charte du Réseau Santé Bien Etre

Préambule

« 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 », OMS

Territoire concerné

Le territoire concerné est le quartier du Blosne à Rennes

Cadre de référence des Ateliers Santé Ville (ASV) :

- Circulaires du 13 juin 2000¹⁰⁷
- Circulaire du 4 septembre 2006¹⁰⁸
- Charte d'Ottawa

La démarche ASV : pourquoi ?

La ville, territoire de proximité et lieu de vie du citoyen, est un échelon privilégié pour que professionnels, élus et habitants agissent ensemble pour promouvoir la santé.

L'ASV est une démarche dans laquelle doit s'inscrire ce travail commun, visant à réduire les inégalités : la santé étant un vecteur essentiel de réduction de ces dernières.

Le Réseau Santé Bien Etre est né d'une initiative conjointe des professionnels et habitants du quartier. C'est un projet multi-partenarial de promotion de la santé sur le quartier du Blosne, avec d'une part, une réflexion entre les différentes structures impliquées sur les actions à mener pour améliorer la santé et le bien-être des habitants et d'autre part un aspect communautaire autour de Pause Santé, lieu dans lequel se déroulent des activités à l'initiative des habitants ou des partenaires.

Pour donner à ce réseau une dimension éthique, le structurer et permettre une cohérence d'action, nous proposons cette présente charte.

¹⁰⁷ Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ASV dans le volet santé des contrats de ville (2000/2006)

Circulaire n°DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire

¹⁰⁸ 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

Les objectifs du Réseau Santé Bien Etre :

- Promouvoir une approche globale de la santé en tenant compte des nombreux déterminants de la santé : sa dimension physique, psychologique, sociale et environnementale
- S'attacher aux préoccupations des habitants et les rendre acteurs de leur santé
- Susciter la participation des habitants, notamment au travers de Pause Santé
- Construire et faire vivre le partenariat
- Ne pas se limiter à des actions ponctuelles mais réfléchir à leur poursuite ou inscription dans la durée

L'éthique du Réseau Santé Bien Etre

Les valeurs du réseau :

- Respect de la personne, absence de jugement ou de culpabilisation
- Confidentialité et respect de l'anonymat
- Ne pas se positionner en tant que « celui qui sait », car tout le monde a des bénéfices à retirer de ces actions
- Encourager la convivialité, les échanges et l'entraide

Chaque membre (professionnel, élu ou habitant) s'engage à :

- Reconnaître et respecter les compétences et possibilités de chacun
- S'investir dans la durée et assurer une disponibilité indispensable au bon fonctionnement du réseau en fonction des engagements définis lors de l'entrée dans le réseau (Cf. Modalités d'accès au réseau)
- S'impliquer dans un processus de travail communautaire en initiant et/ou soutenant des actions participatives
- Favoriser l'ouverture du réseau à de nouveaux membres

Fonctionnement du Réseau Santé Bien Etre

Modalités d'accès au réseau :

- Etre en accord avec les éléments préalablement évoqués
- L'entrée dans le réseau doit être une démarche volontaire
- Les professionnels adhérant au réseau (représentants ou délégués de leur institution) doivent avoir l'accord de leur hiérarchie
- Chaque nouveau membre rencontrera la coordinatrice. Lors de ce rendez-vous, il sera discuté de la présente charte et de l'engagement dans le réseau au regard des possibilités du nouveau membre. Une note synthétisant les échanges sera signée par les deux parties afin de garder trace écrite et de permettre ainsi la continuité de l'engagement en cas de changement de représentant.

Coordination :

La ville de Rennes, représentée par Anne Fassier, a en charge la coordination du Réseau santé Bien Etre. Elle assure :

- L'animation générale du Réseau Santé Bien Etre et de Pause Santé
- L'accompagnement des groupes de travail
- La circulation de l'information avec les partenaires du réseau
- La cohérence des actions du réseau au sein des autres initiatives du quartier

L'organisation du réseau a été définie comme suit :

- Un comité de pilotage rassemblant institutions et associations ayant pour rôles :
 - De favoriser la connaissance mutuelle des structures partenaires, de développer une culture commune
 - D'initier des groupes de travail, de définir leurs orientations, d'initier des actions partenariales
 - D'attirer l'attention des promoteurs d'actions de santé sur les principes et les valeurs définies en commun
 - D'assurer le suivi des actions, d'évaluer le réseau
- Différents autres groupes de travail existent, ces derniers pourront évoluer selon les projets initiés par les partenaires et les habitants.

Cette charte n'a pas pour optique de figer le réseau et devra évoluer selon le contexte. Ces évolutions devront être validées par le comité de pilotage. Le réseau devra cependant garder pour objectif de promouvoir la santé et le bien-être des habitants.

Institution :

Et/ou Nom Prénom :

Adhère à la charte du Réseau Santé Bien Etre

Fait en 2 exemplaires¹⁰⁹, à

Le

Signature :

¹⁰⁹ Un exemplaire sera remis au partenaire signataire

GAUDEFROY

Marie

Juin 2011

MASTER PILOTAGE DES POLITIQUES ET ACTIONS EN SANTÉ PUBLIQUE

La participation des habitants à l'ASV de Rennes : entre objectifs et faisabilité

Résumé :

La démarche Atelier Santé Ville (ASV), point de convergence entre la politique de la ville et la politique de santé, vise une amélioration de la santé des populations défavorisées. Un de ses objectifs est de « développer la participation active de la population ».

Cependant, la population n'est actrice que dans 37% des cas.

Dans le cadre de son ASV, la ville de Rennes s'est dotée d'un lieu de santé communautaire sur le quartier du Blosne. Le constat d'une difficile participation de la population y est établi.

Nous sommes donc allés à la rencontre des professionnels et habitants afin de comprendre quels sont les facteurs suscitant ou freinant actuellement la participation.

Nous nous sommes également intéressés aux leviers de la participation observés par d'autres expériences similaires. Ces éléments nous ont permis de répondre à la question suivante : comment maximiser la participation de la population dans le cadre de l'ASV de Rennes ?

Mots clés :

Participation – Santé communautaire – Politique de la ville – Promotion de la santé - France

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.