



CATHERINE RICHARD

Chargée de mission santé publique,
Délégation interministérielle à la ville

La santé et la politique de la ville

La DIV a intégré les questions de santé dans la politique de la ville dès sa création malgré une disparition de la thématique entre 1996 et 1998.

Le point de départ d'une réelle prise en compte de la santé fut la loi de lutte contre les exclusions votée en juillet 1998. Le volet santé de cette loi fut de mettre en place la couverture maladie universelle (CMU) et les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Ceux-ci constituent une démarche de concertation et de coordination au niveau régional sur des actions sanitaires et sociales à destination des populations en situation de précarité et permettant d'associer de multiples partenaires : associations, mutuelles, organismes d'assurance maladie, hôpitaux, organismes professionnels, collectivités territoriales et services de l'État. Leur objectif est d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins de ces publics. Les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) coordonnent l'intervention des divers partenaires¹.

1. Les PRAPS de première génération couvrent les années 2000, 2001 et 2002. Les vingt-six PRAPS ont été élaborés en suivant une démarche en trois temps : analyse des besoins, définition des priorités et objectifs, programmation d'actions.

La conjoncture était désormais favorable avec, d'une part, les PRAPS, qui s'intéressent aux populations vulnérables ou en situation de précarité et de pauvreté et, d'autre part, la politique de la ville, qui vise à amener le droit commun sur ses territoires. Enfin, c'était la période de préparation des nouveaux contrats de ville du douzième plan 2000-2006, qui seront signés par le maire et l'État, représenté par le préfet de département.

LES INSTANCES DE LA POLITIQUE DE LA VILLE

Le décret n° 88-1015 du 28 octobre 1988 crée le Conseil national des villes, le Comité interministériel des villes et du développement social urbain et la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain.

- *Le Conseil national des villes (CNV)*, instance de concertation et de proposition, a pour mission de conseiller le gouvernement sur l'élaboration de la politique nationale de la ville et du développement social urbain.
 - *Le Comité interministériel des villes et du développement social urbain (CIV)* est chargé de définir, d'animer et de coordonner les actions de l'État dans le cadre de la politique nationale des villes, avec le concours du Conseil national des villes et du développement social urbain.
 - *La Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain (DIV)*, est une administration de mission, placée sous l'autorité du ministre délégué à la Ville. La DIV prépare les délibérations du Comité interministériel des villes (CIV) et veille à l'exécution de ses décisions. Elle assure la mobilisation des différents acteurs de la politique de la ville dans un souci de cohérence et d'efficacité.
-

Les Ateliers santé ville

Le 14 décembre 1999, le Comité interministériel des villes décide de la création d'une démarche territorialisée: l'Atelier santé ville, dont la démarche est de connaître l'état de santé de la population des quartiers, de la commune ou d'une géographie plus large, de favoriser l'association des habitants des quartiers et des professionnels aux choix et aux décisions prises en termes d'actions pour adapter les pratiques, les usages et améliorer de façon effective l'accessibilité aux soins et à la prévention en matière de santé. Cette démarche s'inspire de celle des PRAPS.

L'idée sous-jacente tendait également à faire reconnaître les travaux menés par les villes dans le champ de la santé, notamment dans le repérage des problématiques de santé locale. La santé n'est pas une compétence des villes, mais par le biais, entre autres, des services communaux d'hygiène et de santé, créés en 1920 par le ministère de l'Intérieur, elles traitent des questions de sécurité sanitaire, d'hygiène et de santé primaire. Par ailleurs, le volet santé de chaque contrat de ville était parfois difficile à déchiffrer ou incompréhensible, en termes de contenu comme d'orientations. On pouvait passer du diabète aux populations jeunes ou à l'alcoolisme... sans avoir les éléments de connaissance de l'ampleur des phénomènes et de la motivation du choix des projets et des publics. La création de l'Atelier santé ville, coordination locale de coproduction (ville-État) de projets en santé publique, devait permettre de rendre lisible les actions préventives et celles qui contribuent à la santé sur les territoires.

L'intérêt était de faire en sorte que les trois politiques – la politique de la lutte contre les exclusions avec les PRAPS, la politique de la ville et la politique de santé publique – convergent sur ces quartiers *via* les contrats de ville. Mais la démarche demeure de la seule volonté des villes ou de l'intérêt qu'elles ont à contractualiser une politique santé avec l'État.

La circulaire de la Délégation interministérielle à la ville du 13 juin 2000 lance les Ateliers santé ville, tandis que la Direction générale de la santé (DGS), en publiant la circulaire relative au suivi des actions des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), joint en annexe le cahier des charges de l'Atelier santé ville.

LE RÔLE DES ATELIERS SANTÉ VILLE

La circulaire DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire précise les objectifs qu'il convient d'assigner aux Ateliers santé ville :

- 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 de réseaux médico-sociaux ;
- diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins ;
- rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun ;
- développer la participation active de la population à toutes les phases (diagnostic, définition des priorités, programmation, mise en œuvre, évaluation) ;
- développer la concertation avec les professionnels des différentes institutions sanitaires et sociales.

L'expérimentation

En 2001, une expérimentation, accompagnée par RESSCOM², est lancée dans deux régions, l'Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. L'expérimentation dans le Var et le Vaucluse sont suivies par Fernando Bertolotto, sociologue en santé publique, en Seine-Saint-Denis par Michel Joubert³.

Parallèlement, Bernard Kouchner⁴ avait demandé au docteur Jacques Lebas⁵ d'établir un rapport sur les problèmes d'exercice des professionnels libéraux de santé dans les quartiers de la politique de la ville. On ne parle pas encore de déficit en matière de démographie médicale dans les quartiers. On allait juste avoir une photographie de l'implantation des médecins.

De son côté, la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS), qui travaillait sur le troisième schéma régional de l'offre de soins, fait une commande au CREDES pour penser l'organisation de la santé en termes d'aménagement et d'externalisation des soins du centre parisien vers le périurbain, voire ce qui deviendra par la suite les pôles de compétence, et réguler les liens entre les hôpitaux.

2. Recherches et évaluation sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires.

3. Professeur de sociologie, université Paris-VIII, chercheur au CESAMES (CNRS-INSERM).

4. Ministre délégué auprès du ministre de l'Emploi et de la Solidarité, chargé de la Santé, du gouvernement Lionel Jospin.

5. Président de l'Institut de l'humainitaire, du CREDES (consultance en santé publique) et ancien président de Médecins du monde. « Amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville », rapport du groupe de travail présidé par le docteur Jacques Lebas, édition DIV, mars 2002.

UN PLAN NATIONAL POUR L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (PNES)

En 2001, le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées émet un signe fort de sa volonté de voir se structurer encore davantage l'éducation pour la santé et définitivement la placer comme une mission de service public. Pour cela, il élabore le PNES. L'objectif général est que chaque citoyen ait accès à une éducation pour la santé de qualité, quel que soit son statut social et professionnel, quel que soit l'endroit où il habite, quelle que soit l'école qu'il fréquente, quel que soit le professionnel de santé qu'il consulte.

Le plan comporte trois axes :

- la valorisation de l'éducation thérapeutique,
- le développement de la formation et de la recherche,
- la mise en place d'un véritable service public en éducation pour la santé.

Ce plan prend appui sur un « réseau structuré de compétences en éducation pour la santé » propre à mettre en œuvre les actions de qualité et de proximité indispensables et propose l'élaboration par les DRASS de schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS) pour cinq ans.

Dans la circulaire du 22 octobre 2001 qui définit la méthodologie d'élaboration des SREPS, apparaît pour la première fois le concept de « pôle de compétences ». Cette circulaire donne au SREPS l'ambition d'organiser, au sein d'un territoire donné, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé. Ainsi le SREPS doit :

- organiser le renforcement ou la mise en place d'un pôle régional de compétences en éducation pour la santé au service de tous les acteurs de la région dans un souci d'amélioration de la qualité des programmes et actions mis en place ;
 - optimiser l'organisation des services et la répartition de l'offre : il s'agit d'établir des priorités d'action qui orienteront les activités et les services pour une meilleure satisfaction des besoins de la population et une répartition équitable entre les différents bassins de vie.
-

C'est dans ce cadre-là que le CREDES⁶ commence à évoquer, pour les quartiers des zones urbaines, infra-urbaines, un déficit de médecins libéraux alors que la population qui y vit les consulte prioritairement.

6. L'objectif de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé – IRDES –, anciennement CREDES, producteur de données et d'analyses en économie de la santé, est de contribuer à nourrir la réflexion de tous ceux qui s'intéressent à l'avenir du système de santé. Multidisciplinaire, l'équipe de l'IRDES observe et analyse l'évolution des comportements des consommateurs et des producteurs de soins à la fois sous l'angle médical, économique, géographique et sociologique. La mise à disposition de l'information est également l'une de ses priorités.

La loi du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine met en place l'Agence nationale de rénovation urbaine (ANRU) et l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS), qui sera un véritable appui sur le plan de la santé. L'ONZUS a repris les travaux de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et d'autres travaux pour montrer le différentiel important en matière de santé qui existe entre les habitants des ZUS et le reste du territoire.

C'est donc dans ce contexte institutionnel et administratif que se développent les premiers Ateliers santé ville.

En 2004 et 2005, on constate à la fois leur forte croissance, mais aussi une inégalité de mise en œuvre. Tantôt ce sont les villes qui souhaitent impulser la démarche, tantôt le sous-préfet ou bien la DDASS. Quand les trois sont réunis, c'est ce que Michel Joubert appelle « *le triptyque inconditionnel et incontournable pour mettre en place ce mode opérationnel que sont les ateliers santé ville* ».

Le 9 août 2004, la loi relative à l'orientation sur la santé publique est promulguée. Elle conforte la place de la santé publique dans le paysage des politiques publiques et renforce la nécessité d'avoir une approche globale et préventive des problématiques de santé. Par ailleurs, en fixant des objectifs d'amélioration de la santé des populations, elle pose un cadre responsabilisant l'ensemble des acteurs. La région devient le niveau décisionnel des politiques de santé.

Comment les villes allaient-elles s'inscrire dans la loi de santé publique, ou du moins dans les politiques de santé, et être reconnues comme telles pour la mise en œuvre des programmes de santé publique en s'appuyant sur les Ateliers santé ville ?

Les premiers éléments de réponse sont apportés lors d'un séminaire de présentation de la loi de santé publique, organisé le 27 janvier 2005. cinquante-deux villes sont représentées⁷. Un certain nombre d'actions réalisées durant la période 2000-2005 sur la santé dans la politique de la ville ont été présentées. C'est lors de cette rencontre que l'on prend conscience de l'impact, de l'ampleur et de l'engouement que suscite la politique de santé au niveau des villes. Il est alors proposé aux élus présents d'élaborer une contribution afin que la

7. « Les élus et les programmes territoriaux de santé », Actes du séminaire du 27 janvier 2005, édition DIV, août 2005.

santé soit le cinquième pilier de la politique de la ville et nourrisse la réflexion des Assises de la ville qui doivent se tenir en avril 2005.

Les élus s'accordent :

- pour souligner l'importance du niveau local comme un niveau de proximité pour atteindre les populations,
- pour faire reconnaître les villes qui œuvrent depuis plus d'une vingtaine d'années dans ce domaine, en dehors de leurs compétences,
- pour réaffirmer l'importance du lien entre la ville et l'État, du moins dans le champ de la santé publique.

Le CIV du 9 mars 2006 confirme cette volonté en la chiffrant : 160 créations d'Ateliers santé ville en 2007 pour atteindre, en 2008, l'ensemble des quartiers en ZUS.

Les six préfets chargés de la cohésion sociale et les sous-préfets chargés de la politique de la ville devront faire en sorte que les nouveaux contrats urbains de cohésion sociale reprennent d'une façon obligatoire les Ateliers santé ville comme le volet santé de la politique de la ville.

Enfin, la circulaire interministérielle DGS/DHOS du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration des projets locaux ou territoriaux de santé publique et au développement des Ateliers santé ville confirme la place donnée à ces derniers.

Le cadre d'intervention de l'ASV

L'ASV s'inscrit dans le CUCS, contrat entre le maire et le préfet chargé de la cohésion sociale et de la politique de la ville. Il engage les élus à la mise en œuvre d'une politique de santé publique adaptée au contexte local qui prenne en compte le plan régional de santé publique.

L'échelle territoriale de programmation de l'ASV est communale, intercommunale et d'agglomération. Le niveau de l'agglomération est assez inédit : dans l'étude menée en 2004 sur l'état des lieux et activités des ASV, réalisée par Fernando Bertolotto, quatre des vingt-sept contrats de ville avaient introduit la santé à cette échelle. Une programmation à ce niveau est plutôt intéressante pour mobiliser les hôpitaux dont la compétence dépasse leur ville d'implantation puisque le bassin de santé d'un hôpital couvre toujours plusieurs communes.

Quels constats ?

Le développement local de la santé publique est devenu un enjeu très prégnant. Avec la mise en place des ASV, la volonté de l'État était d'impliquer les élus dans le cadre de l'Atelier santé ville. Leur implication est une condition première de la réussite de la démarche pour éviter à la fois que les équipes locales se démobilisent et que les enjeux de santé publique au niveau local rencontrent des difficultés de compréhension. Cette proximité avec le local permet d'avoir une connaissance sur l'état de santé de la population, sachant que cette connaissance est une donnée essentielle pour pouvoir agir et faire une série d'interventions dans le champ de la santé. On rejoint par là le fondement même de la loi de santé publique qui est de développer la prévention et une approche populationnelle.

L'ASV sous-tend et met en œuvre des projets locaux en direction des populations précaires habitant les quartiers de la politique de la ville. Il n'y a pas d'action type puisque chaque ville est différente, n'a pas les mêmes ressources, ni les mêmes compétences et dynamiques, ni les mêmes problèmes.

L'ASV est donc une déclinaison d'une politique décidée régionalement, mais appliquée sur un territoire donné. Il est donc essentiel que l'ASV ait une connaissance de ce qui se passe sur le territoire, communal ou intercommunal, non seulement en termes statistiques, mais aussi en termes d'actions et de promoteurs de projet, ceux-ci pouvant répondre aux appels à projet de l'État directement.

La politique de la ville et la politique de santé publique se croisent sur les inégalités de santé et c'est la raison d'être des Ateliers santé ville.

Du point de vue de la santé publique

Il s'agit de tenir compte des inégalités de santé de la population en situation de précarité qui expliquent pour partie l'importante mortalité prématurée évitable en France. On entend par inégalités de santé dans le champ de la santé publique des inégalités repérées entre les régions sur des problématiques fortes, telles que le cancer, la mortalité due aux accidents de la route... et sur des objectifs de prévention pour réduire les taux de mortalité, de morbidité. Il s'agit en effet de questionner le champ de la prévention, pour savoir quelle

prévention a été mise en œuvre, quelles populations et quelle tranche d'âge sont les plus vulnérables sur les territoires en question. Ce questionnement est nécessaire pour mener à bien les objectifs de la loi de santé publique d'août 2004, l'application et l'adaptation des plans nationaux de santé publique.

Du point de vue de la politique de la ville

Il est nécessaire pour l'État de savoir comment chaque objectif ou déclinaison territoriale des projets suivis dans le cadre de l'ASV prend en compte la part des populations en situation précaire. Dans le cas d'un protocole pour la prévention du cancer du sein en Seine-Saint-Denis, par exemple, on réunit des acteurs : le radiologue et la CPAM qui sont à même d'apporter des éléments de réponses sur le nombre de femmes ayant bénéficié ou non d'un dépistage du cancer du sein. La mobilisation concerne aussi bien des promoteurs que des acteurs pour traiter non seulement la question des quartiers cibles, mais aussi réduire les inégalités sociales et territoriales de santé constatées.

Quelques questions

La mise en place d'une démarche ASV nécessite de se poser quelques questions sur le suivi de la connaissance des problèmes de santé au niveau local, le développement territorial des projets de santé publique, la mise en cohérence entre l'offre, le recours aux soins, l'accessibilité à la prévention et aux soins.

- Les actions se déroulant dans la commune ont-elles une pertinence ou non ? Ont-elles un impact sur l'amélioration de la santé des habitants ?
- Réduisent-elles les inégalités sociales et territoriales de santé ? Par le volet social, comment peut-on agir sur un des déterminants pour réduire les inégalités ?
- Quels sont les obstacles récurrents à l'accès à la prévention et aux soins (dysfonctionnements, ruptures de soins, manque de formation, absence de veille et d'alerte sur un certain nombre de problématiques qui sont traitées, mais dont on ne recherche pas les causes profondes comme les passages à l'acte violent, les troubles du voisinage, l'analyse des plaintes adressées aux services publics, le retard scolaire...)?

- Quelles sont les ressources mobilisables par objectif de santé ?

L'observation de la manière dont les habitants ont recours aux soins et comment celui-ci est organisé montrent que différentes disciplines sont intéressantes à mobiliser afin de mieux comprendre ce qui se joue sur les problématiques de recours aux soins quand on a un projet à mettre en place, ou pour le suivre ou pour conseiller les promoteurs de projets.

Les axes de travail des ASV

Pour se développer et obtenir quelques résultats, les ASV doivent avoir différents axes de travail qui sont complémentaires, dont certains relèvent de la connaissance d'autres actions en direction des publics.

- La connaissance de l'état de santé de la population et les écarts entre les différentes catégories de population.
- La définition des objectifs d'amélioration de l'état de santé et de leurs déterminants.
- L'accessibilité effective aux droits sociaux, aux soins, à la prévention et à la santé (PRAPS). Qu'est-ce qui est accessible? Quelles sont les distances? Y a-t-il véritablement une problématique de l'offre de soins et comment peut-on la résoudre? À La Courneuve, par exemple, un des axes de l'Atelier santé ville est de faciliter l'installation des médecins libéraux et des professions paramédicales. Depuis trois ans, un certain nombre de professionnels qui manquaient sur le territoire (kinésithérapeutes, infirmières, médecins libéraux) se sont effectivement implantés.
- L'analyse des principaux dysfonctionnements dans l'accès à la prévention et aux soins.
- Les questions concernant les pratiques professionnelles sanitaires, sociales et d'insertion. Une réflexion est en cours sur la possibilité de monter une formation de médiateurs en santé publique au niveau régional après une expérience menée en Rhône-Alpes, Guyane et Île-de-France. Il est envisagé également de se rapprocher des médiateurs socioculturels qui interviennent dans les quartiers qui pourraient être intéressés par cette formation.
- La qualité et la répartition territoriale de l'offre de soins. Des villes d'Île-de-France qui avaient un ASV (Montreuil, La Courneuve, par

exemple, pour la Seine-Saint-Denis) ont pu bénéficier de diagnostics réalisés par l'association RIR, grâce au soutien financier de la DIV.

L'association a catégorisé la problématique du déficit par: «là, ça va», «moyennement», «c'est préoccupant, il faudrait prendre des dispositions pour pouvoir maintenir les médecins, en faire venir»... Au-delà du diagnostic sur l'offre de soins et l'étude du déséquilibre de la répartition des professionnels de santé libéraux, l'association s'appuie sur les maires, réunit les professionnels libéraux et fait des propositions. La connaissance de ce déficit permet de chercher des réponses, des communes apportant les leurs. On peut regretter l'absence de données sur les dispositions prises dans le cadre de la rénovation urbaine, comme de savoir si un diagnostic territorial de l'offre de soins est intégré.

- Les besoins en formation des professionnels de santé.

REGROUPEMENT IMPLANTATION REDÉPLOIEMENT (RIR)

RIR Île-de-France (Regroupement Implantation Redéploiement) est une association loi 1901 gérée par des professionnels de santé libéraux en exercice. RIR a reçu le soutien financier du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQS, créé en 1999 par la loi de financement de la sécurité sociale), de la Délégation interministérielle à la ville et de l'Union régionale des médecins libéraux d'Île-de-France pour mener des études de faisabilité et de mise en œuvre de regroupement des exercices de médecins libéraux des différentes professions de santé.

Le projet RIR Île-de-France consiste à :

- Concevoir un modèle théorique de regroupement de professionnels de santé libéraux (20 à 25 professionnels de santé). Le choix de ce type de modèle repose sur l'expression par les jeunes professionnels d'une aspiration à d'autres modes d'exercice, plus collectifs, regroupés, expression affirmée au cours de colloques, de sondages d'opinion, d'échanges au sein de structures professionnelles ou encore d'enquêtes, mais aussi sur l'observation de pratiques d'offre de soins coordonnées en constant développement, telles que les réseaux de santé, les maisons médicales de garde, la réussite de quelques grands groupes médicaux ;
- Sensibiliser/mobiliser les élus des communes de plus de 10 000 habitants et les professionnels de santé aux regroupements intercommunaux sur la double problématique de la sociodémographie médicale régionale des dix ans à venir et ses incidences prévisibles en termes d'accès, de qualité et de continuité des soins, et de l'aménagement du territoire notamment en termes sanitaires ;
- Confronter le modèle théorique au terrain afin de l'affiner ;

- Accompagner professionnels et élus dans leur projet d'élaboration d'un regroupement dans le contexte singulier de leur commune et au regard des particularités de leur exercice actuel.

Le projet prend appui sur l'Association des maires d'Île-de-France (AMIF) ainsi que sur l'ensemble des acteurs institutionnels régionaux concernés, à savoir en priorité l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), et l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Île-de-France (IAURIF).

Dans chaque bassin de vie retenu, le projet fera appel au concours des institutions locales (les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, les caisses primaires d'assurance maladie, les conseils départementaux de l'Ordre), qui ont donné leur accord de principe, ainsi qu'aux élus des municipalités concernées.

Le tableau de bord des ASV

Le tableau de bord est un outil de pilotage et de suivi de l'activité d'un ASV avec des indicateurs quantitatifs et qualitatifs renseignés par le niveau local pour le niveau départemental (comité des partenaires), régional (groupement régional de santé publique, GRSP) et national (ACSÉ/DIV). Il est composé de neuf indicateurs stratégiques et dix-huit opérationnels.

Objectifs stratégiques

I Améliorer la connaissance de la situation du territoire	II Favoriser les partenariats et le travail en réseau	III Favoriser l'accès aux soins, à la prévention et agir sur les déterminants
IV Agir pour la continuité de l'offre de soins	V Participation active des habitants dans la réalisation d'actions de santé	VI Renforcer les compétences des acteurs locaux et l'information en matière sociale ou de santé publique
VII Favoriser l'insertion sociale et professionnelle des populations des territoires	VIII Favoriser les pratiques d'évaluation des actions conduites et des outils mis en place	IX Identifier les contraintes de gestion de l'ASV

Conclusion

L'inscription de la santé comme priorité dans la politique de la ville est récente. De ce fait, la prise en compte de ce thème reste à renforcer par une animation complémentaire et attentive que les acteurs attendent des services de l'État. Cet accompagnement, pour l'inclusion des publics identifiés comme étant éloignés des services de prévention et de soins, reste une perspective à favoriser et à réaliser. Le retard pris sur les approches collectives par les professionnels de santé, toute profession confondue, demande une réelle implication pour permettre cette démarche.

Nous sommes au départ d'une construction de cette approche, il est nécessaire de consolider l'esprit d'une équipe locale en lien et dialogue avec l'État. ■