

**ATELIERS**  
**SANTÉ – VILLE**  
**SEINE SAINT-DENIS**

\*

**P R E M I E R E**

**P H A S E**

**Exposé présenté à la réunion du  
11 Mai 2001 à la CPAM de Seine Saint-Denis**

# I. GRILLE D'ÉVALUATION DES PROJETS DÉPOSÉS

Tout d'abord une présentation synthétique des critères qui ont été utilisés pour analyser les projets déposés

## A – CRITÈRES RELATIFS A LA CONSTRUCTION DU PROJET

- ❑ caractère significatif de la phase dans lequel le projet s'inscrit (dans l'objectif d'effectuer une typologie des démarches proposées sur le département)
- ❑ explicitation de l'intérêt et de la portée du projet au regard des moyens et de l'expérience des promoteurs (volonté politique, prise en compte de la circulaire, méthode proposée et nature de la demande d'accompagnement quand elle était souhaitée)
- ❑ faisabilité (correspondance entre les objectifs et les moyens, possibilité d'insertion dans le système d'action local)

## B – CRITÈRES RELATIFS A L'INSCRIPTION DANS LA DÉMARCHE ASV (éléments présents dans le cahier des charges)

- ❑ l'existence d'une dimension « participative » pour les populations concernées (précision sur les modalités d'association)
- ❑ la lisibilité de l'articulation avec la problématique de lutte contre les exclusions (PRAPS Île-de-France) et du contrat de ville
- ❑ les potentialités de mobilisation et d'association d'un partenariat significatif à la démarche (réseaux, liens au droit commun, implication des structures hospitalières)

Ces critères ont permis de classer les projets, non par ordre de « mérite », mais en fonction de leur degré d'explicitation et d'avancement de leur démarche locale de santé engagée dans l'ASV.

## II. TYPOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Il est ressorti de l'analyse des 15 projets déposés une typologie, qui ne préjuge en rien de l'avancement réel des actions de santé dans les villes mais renvoie à la manière dont l'ASV a été envisagé dans le cadre des propositions. Nous nous proposons de suivre un projet dans chacune des catégories, projet considéré comme le plus significatif, le plus susceptible de faire l'objet d'un transfert méthodologique.

### *A - Construction d'un projet d'atelier*

Le projet dans ce cas de figure se concentre sur la conception puis la construction de l'atelier, avec les éléments suivants pouvant être travaillés :

- état des lieux, identification des ressources et des problèmes sur lesquels on se propose d'agir
- clarification des objectifs assignés à l'ASV : articulation PRAPS, CDV, choix d'un axe dominant ; repérage des problèmes opérationnels
- construction d'une méthode d'élaboration : échelle (thématiques, territoires), implication de la population, choix des partenaires, engagement des niveaux de décision

### *B - Réalisation d'un diagnostic*

L'accompagnement vise à faciliter la conception, l'ajustement et la réalisation d'un diagnostic dans des conditions appropriées aux besoins locaux et à la logique d'ASV, avec les pistes suivantes :

- inventaire et analyse secondaire de l'existant
- définition des objectifs assignés au diagnostic (territoires, thématiques, populations)
- déclinaison et mise en œuvre d'une méthode de travail appropriée précisant le mode d'implication de la population, le rôle des partenaires, la prise en compte des rétroactions possibles au niveau local et l'évaluation de la réalisation

### *C - Mise en place d'un programme*

On suppose ici que les principaux éléments de diagnostic sont acquis (moyennant des conditions d'actualisation travaillées au départ du programme) ; doivent suivre :

- approfondissement des objectifs en termes opérationnels (moyens, opérateurs, partenaires, effets attendus)
- conception du programme (modalités de participation, clarification des relations inter-partenaires, protocole d'évaluation, réflexion sur les indicateurs)

### *D - Réalisation d'une évaluation*

On suppose ici que des programmes sont déjà engagés et que leur poursuite ou leur développement dans de nouvelles directions supposent que des évaluations soient pratiquées. Dans ce cas, une partie du travail pourra consister :

- en une analyse des démarches engagées, avec reprise et explicitation de ce qu'ont été les objectifs opérationnels
- la recherche des indicateurs pertinents (quantitatifs et qualitatifs), avec prise en compte de la problématique ASV (attention aux effets de réduction des logiques d'exclusion)
- l'intégration de la procédure d'évaluation dans le système d'action locale (réflexion sur le rôle des partenaires et de la population concernée dans l'évaluation)

### *E – Travail dans l'inter-communalité*

Les projets peuvent ici s'inscrire dans l'une ou l'autre des phases précédentes, mais seront essentiellement travaillés sur le plan de la faisabilité et des méthodologies spécifiques attachées à l'abord intercommunal des problématiques de santé pour les publics touchés par les problèmes de précarisation :

- approche croisée de l'identification des problèmes (diagnostics, indicateurs)
- approche croisée du partenariat (synergies ou difficultés)
- approche croisée des méthodes et moyens mis en œuvre
- évaluation de la plus-value de l'abord intercommunal

### III. ANALYSE DES PROJETS

Nous avons été conduits à « classer » les projets, tout en ayant conscience qu’aucun d’entre eux ne pouvait totalement se réduire à une seule de ces dimensions. Il s’agissait donc d’une approche pragmatique de gestion de l’accompagnement méthodologique sans vocation à déterminer d’une manière univoque la manière dont les choses se passeraient concrètement.

Nous imaginons travailler à chaque fois sous deux angles :

- celui du transfert méthodologique (priorisation de la « phase » de sélection)
- celui de la spécificité et de la globalité de chaque démarche, avec des interactions probables avec les autres facettes d’interrogation

Il est possible de présenter deux tableaux d’analyse : le premier traduit la distribution adoptée par le groupe d’évaluation des projets ; le second permet de voir toutes les facettes contenues dans les projets déposés

#### 3-1 : Distribution en fonction des phase d’avancement

*Distribution des projets retenus selon les phases d’avancement  
(type d’accompagnement méthodologique)*

	CONSTRUCTION	DIAGNOSTIC	PROGRAMMATION	EVALUATION	INTERCOMMUNAL
AUBERVILLIERS				1	
AULNAY-SOUS-BOIS			1		
BAGNOLET			1		
BLANC-MESNIL					1
BOBIGNY	1				
CLICHY-SOUS-BOIS			1		
DRANCY			1		
DUGNY					1
EPINAY-SUR-SEINE	1				
LA COURNEUVE	1				
MONTREUIL			1		
PIERREFITTE		1			
SAINT-DENIS			1		
SEVRAN	1				
STAINS			1		
TOTAL	4	1	7	1	2

*Dimensions méthodologiques contenues dans les projets déposés*

	CONSTRUCTION	DIAGNOSTIC	PROGRAMMATION	EVALUATION	INTERCOMMUNAL
AUBERVILLIERS		1	1	1	1
AULNAY-SOUS-BOIS			1	1	
BAGNOLET			1	1	
BLANC-MESNIL		1	1	1	1
BOBIGNY	1		1		1
CLICHY-SOUS-BOIS			1	1	1
DRANCY			1		1
DUGNY		1	1	1	1
EPINAY-SUR-SEINE	1				
LA COURNEUVE	1	1	1	1	
MONTREUIL		1	1		1
PIERREFITTE	1	1			
SAINT-DENIS			1		1
SEVRAN	1	1			1
STAINS		1	1		
TOTAL	5	8	12	7	9

Mme Pouillard a préalablement présenté en introduction de la séance les projets retenus pour un suivi méthodologique (première période):

- construction d'un projet d'atelier : LA COURNEUVE
- diagnostic : PIERREFITTE
- programmation : CLICHY-SOUS-BOIS
- évaluation : AUBERVILLIERS
- intercommunalité : BLANC-MESNIL DUGNY

Il a également été souligné que l'ensemble des villes avaient été classées en ASV et faisaient l'objet d'audition pour finalisation avec la DIV et la DGS, en dehors de la présence de RESSCOM.

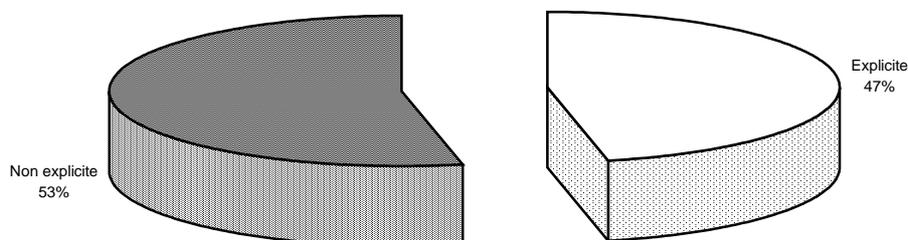
Que les villes ne bénéficiant pas d'un suivi méthodologique auraient l'occasion à partir de l'automne de participer à des ateliers départementaux où l'ensemble des apports des ASV seraient retravaillées, phase par phase.

Les villes qui n'avaient pas encore déposé de projets à ce stade d'avancement de la démarche auront la possibilité de le faire dès septembre.

## 3.2. Analyse des données contenues dans les dossiers déposés

Les données ressortant de l'analyse des dossiers ont ensuite été rapidement présentées. Elles permettent de se faire une idée des zones de travail sur lesquelles les ASV seront susceptibles de se concentrer :

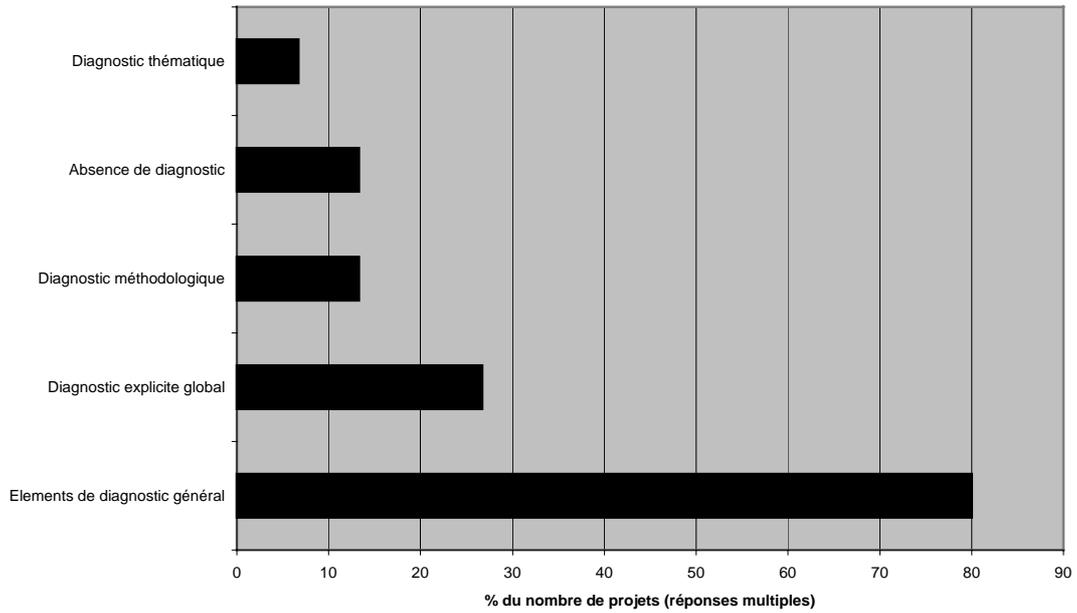
Référence au contrat de ville dans le projet d'Atelier Santé Ville



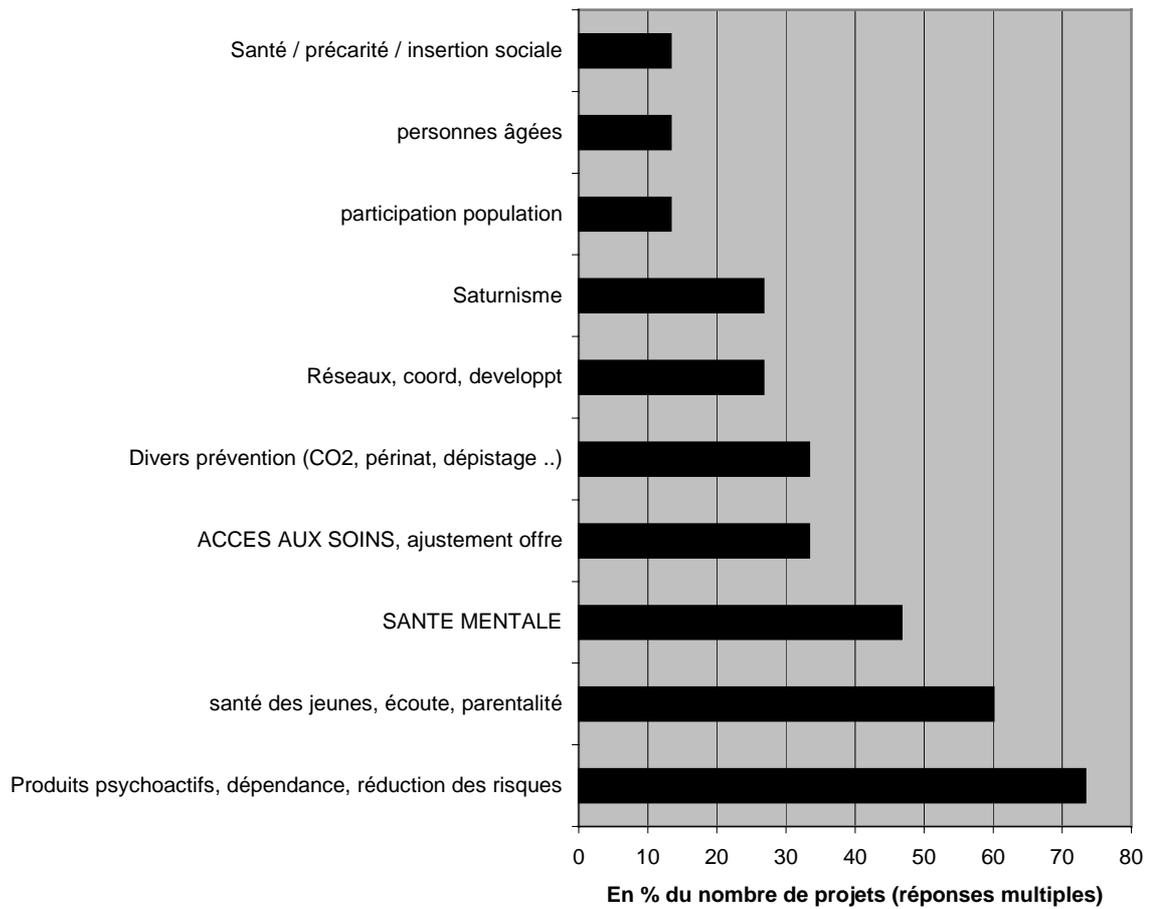
Tous les projets s'inscrivent, par définition dans les contrats de ville, mais l'absence d'explicitation, méritera une attention particulière qui sera l'occasion de préciser la manière dont ces démarches santé trouvent leur place dans les procédures de la politique de la ville et peuvent bénéficier des méthodologies héritées de cette manière de travailler (territorialité, transversalité, dialectique entre discrimination positive et droit commun, etc.)

Les éléments de diagnostic contenus dans les dossiers sont souvent standardisés (présence d'un diagnostic général, avec les indicateurs classiques) avec de grandes inégalités d'accès aux informations d'une ville à l'autre pour ce qui est de l'existence de diagnostics plus spécifiques ou explicites, ou tout au moins précisant la méthodologie que l'on souhaiterait adopter.

### Elements de diagnostic présents dans le dossier



### Thématiques abordées (recodage)

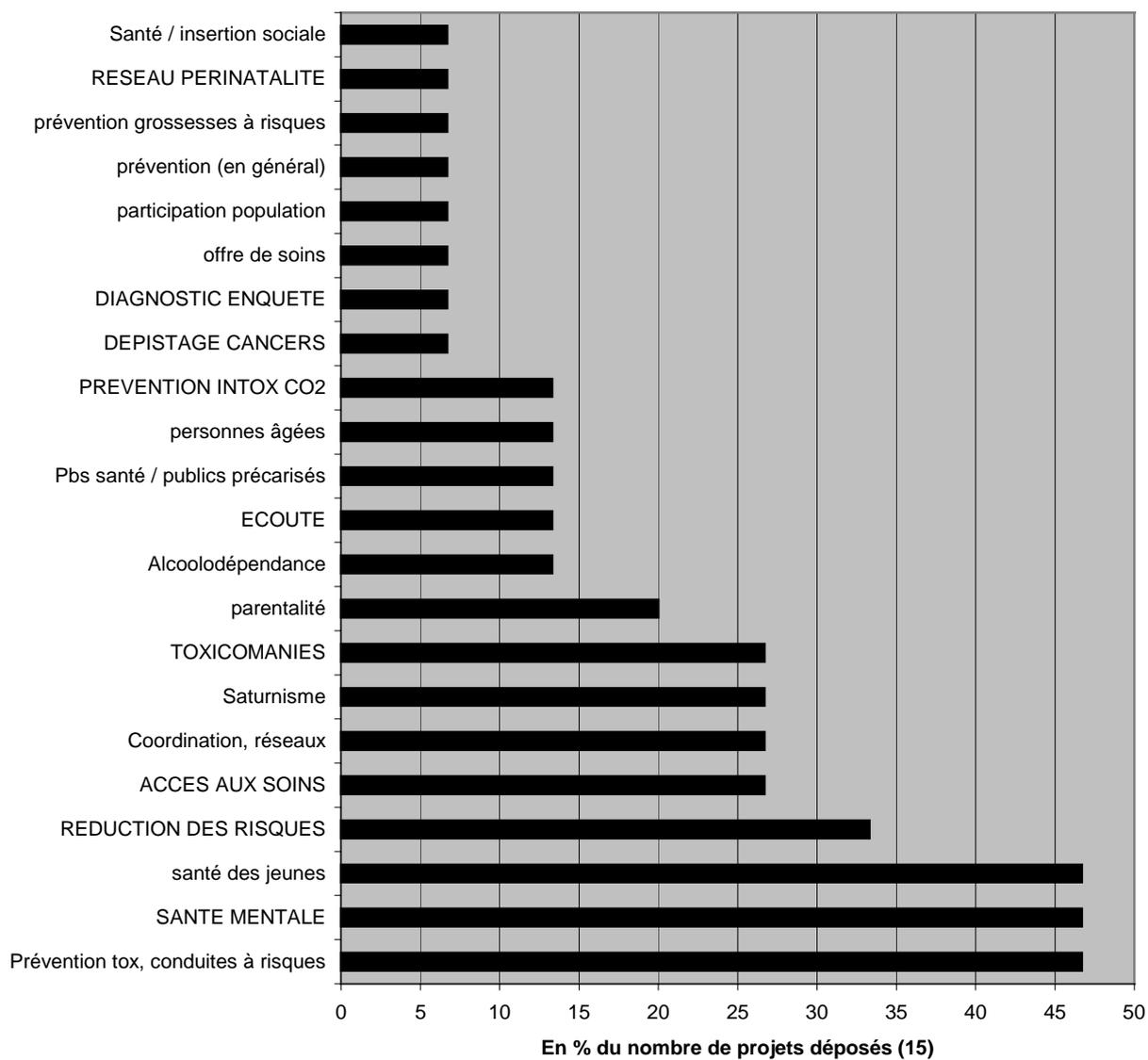


La lecture des thématiques présentes dans les dossiers est très éclairante des besoins ressentis à ce stade par les villes du département :

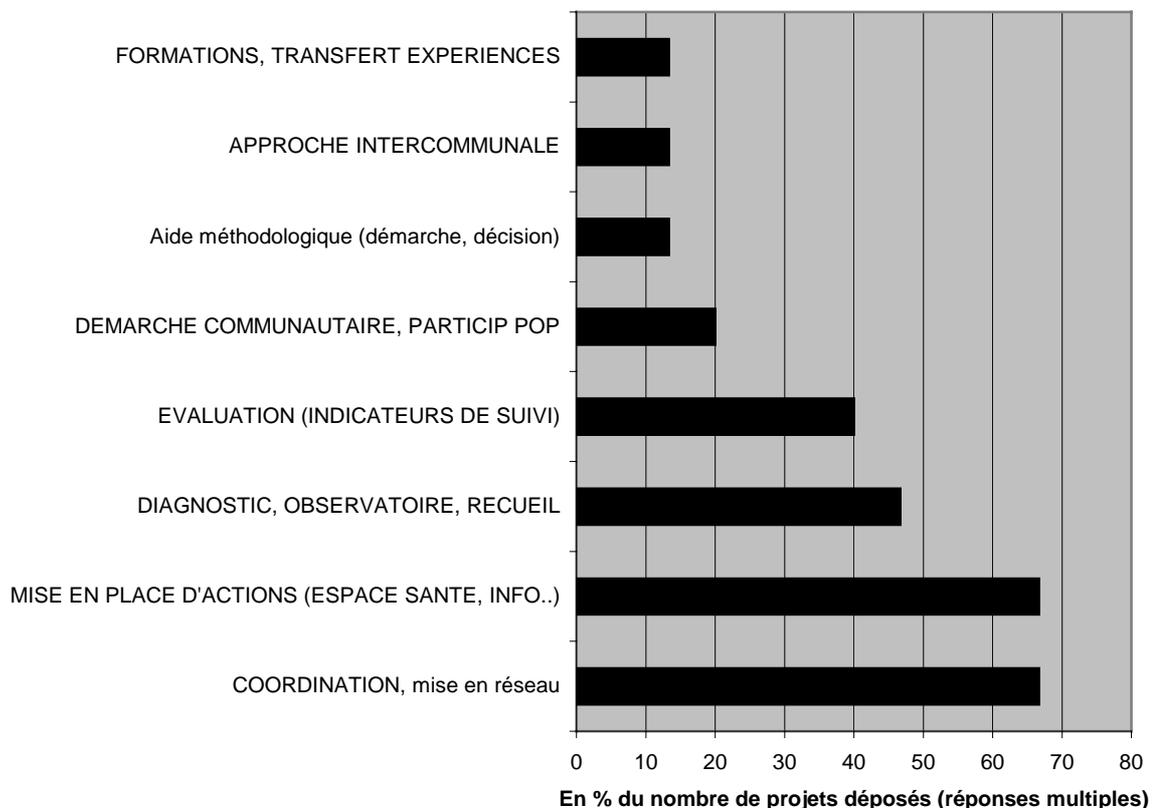
- les questions tournant autour de la consommation des produits psychoactifs arrivent au premier plan (plus de 70% des projets y font référence, que ce soit sous l'angle, des soins, de la prévention ou de la réduction des risques, et cela pour les produits licites et illicites)
- la santé des jeunes et les problèmes de relations au sein de la famille (conflits, écoute) arrivent en seconde position (60% des projets)
- la santé mentale en troisième position (48% des projets) avec des références à de multiples manifestations de la souffrance psychique (mal être, problèmes liés à l'exclusion, dépression, souffrance des jeunes, des personnes isolées..)
- l'accès aux soins suit, avec un axe un peu généraliste croisant divers axes de prévention et de dépistage
- puis le besoin de mettre en place des réseaux et les problèmes de saturnisme

Un tableau plus précis (avant recodage) permet de mesurer la diversité et la richesse des questions abordées

### Thématiques présentes dans les projets ASV 93 (détail)



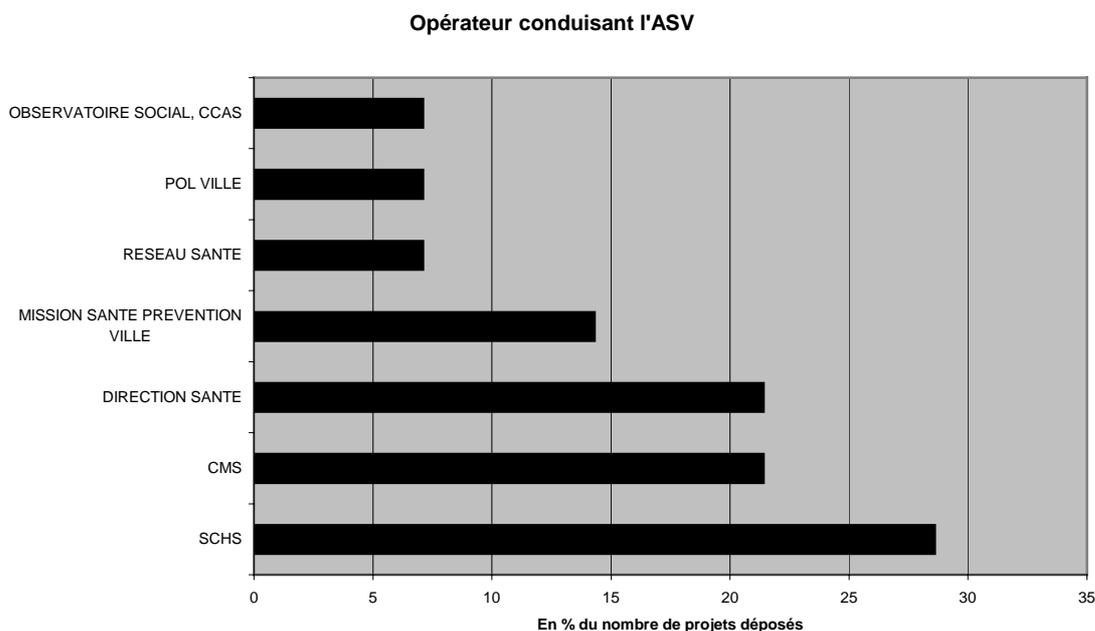
### Objectifs assignés à l'ASV (93)

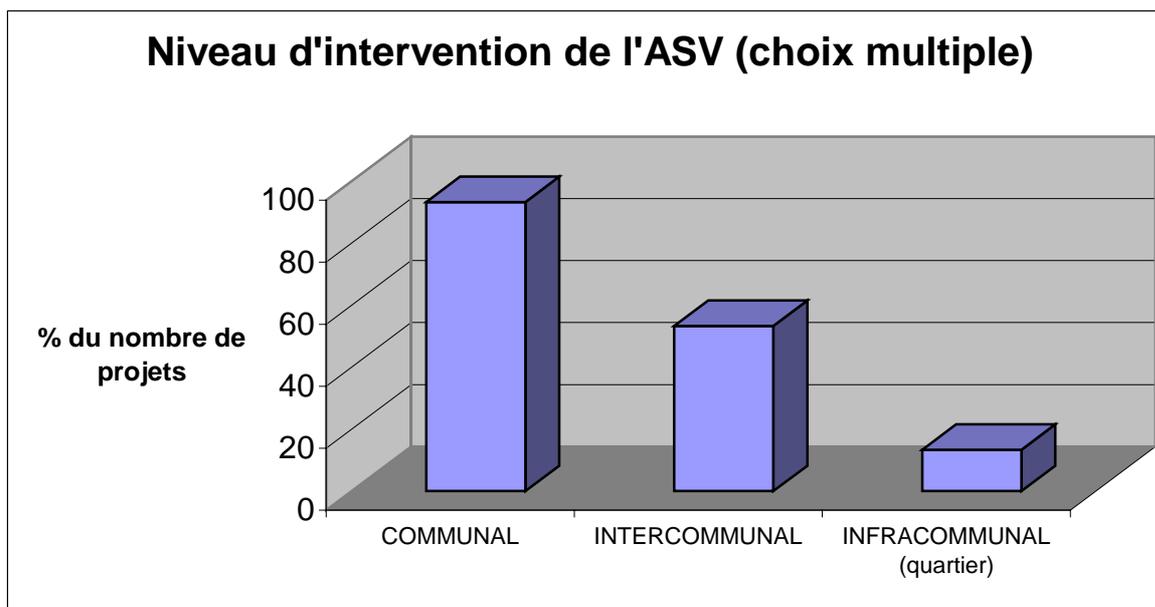


Les objectifs assignés à l'ASV renvoient assez fidèlement à la circulaire, avec une accentuation, suivant les projets, sur l'une ou l'autre de ses dimensions méthodologiques :

- une dominante autour du besoin (et des moyens) de coordination
- avec, dans les mêmes proportions (68%), le projet de mettre en place un « support » pour les actions locales de santé (espace, maison, lieux de rencontre)
- suivent ensuite des aspects plus « opératoires » (diagnostic, recueil de données, construction d'indicateurs, modalités de participation de la population).

L'identification de l'opérateur de la démarche ASV fait apparaître tout à fait apparaître tout à fait logiquement le rôle central des directions santé, avec suivant les villes et l'organigramme municipal le responsable du Centre Municipal de Santé ou du Service Communal d'Hygiène et de Salubrité. Les missions, qu'elles soient santé, ville ou prévention, suivent ensuite avec quelques situations. Il faut constater la quasi absence d'opérateurs de type associatif ou réseau (une situation).





Les projets sont donc logiquement très majoritairement des projets travaillant à l'échelle du territoire communal, mais il est intéressant de remarquer que dans quatre cas sur dix la dimension intercommunale est présente (au travers d'une double déclinaison : projet communal + possibilités de développement intercommunale), sans que pour autant elle soit totalement mûre tant sur le plan de la conception que de la faisabilité.

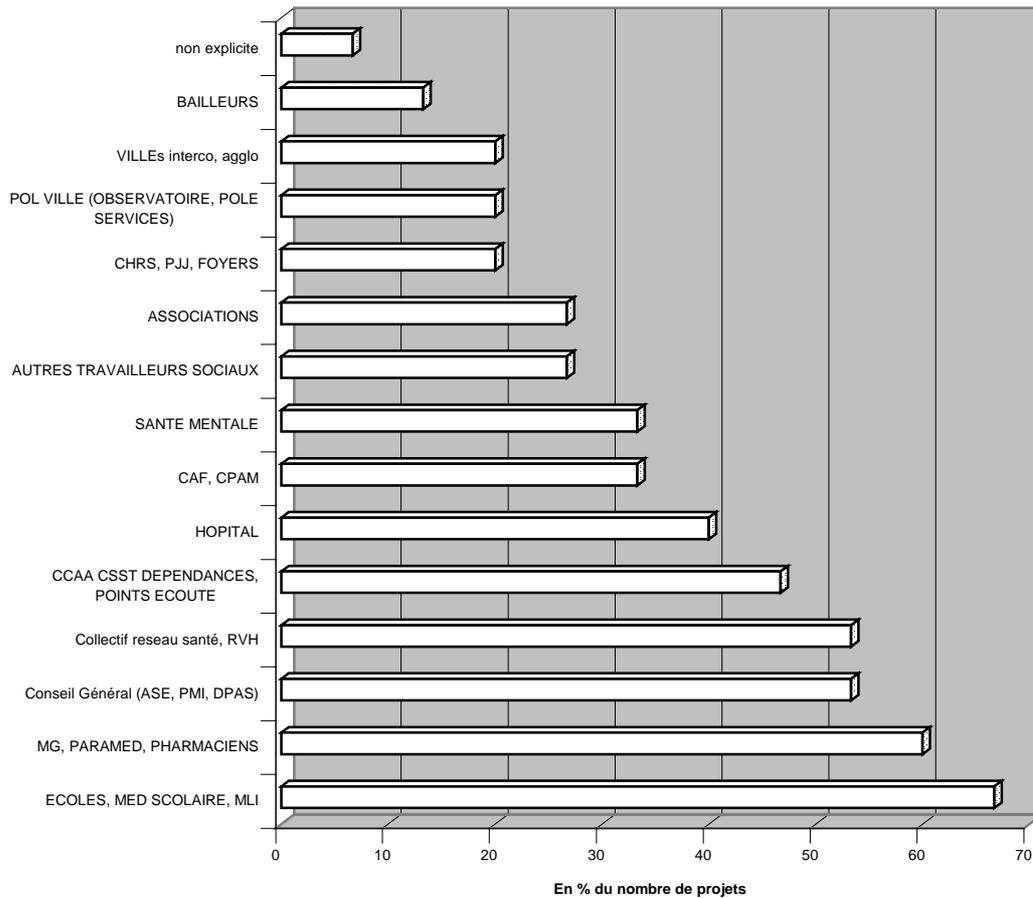
La distribution des partenaires listés dans le dossier comme attachés au projet d'ASV fait apparaître :

- une très forte présence du domaine de l'éducation et de la formation, avec près de 7 projets sur dix qui y font référence
- la volonté de travailler avec les professionnels de santé de première ligne, que ce soit les médecins généralistes, les pharmaciens ou les paramédicaux
- la part plus que significative du partenariat avec les services et les professionnels du Conseil Général (plus d'une fois sur deux)

La dominante de l'initiative municipale sur le plan du portage du projet se trouve par ailleurs compensée par la référence à un partenariat fort avec des associations, des collectifs et des réseaux d'acteurs de santé qui souvent ont fait remonter des besoins et développé des projets. Plus que des partenaires, ils peuvent dans ces cas là constituer le vecteur dynamique dans la démarche ASV. On trouve également en bonne place une série d'acteurs de « proximité » travaillant dans les domaines ciblés par l'atelier (prévention des toxicomanies, santé mentale, action sociale..)

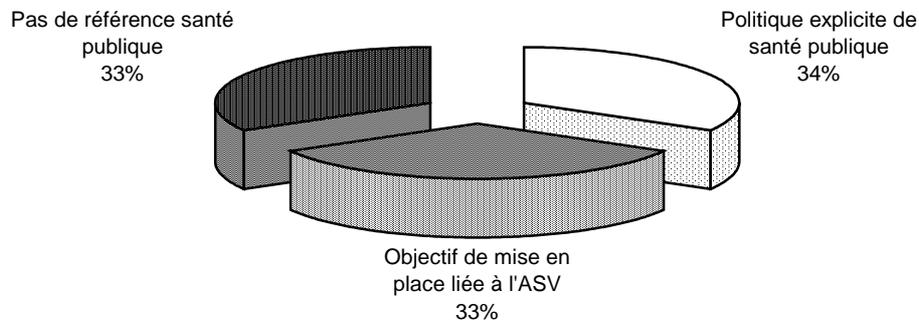
L'hôpital apparaît dans quatre projet sur dix ; nous verrons plus loin à quel titre.

Partenaires listés par les villes dans leur projet d'ASV



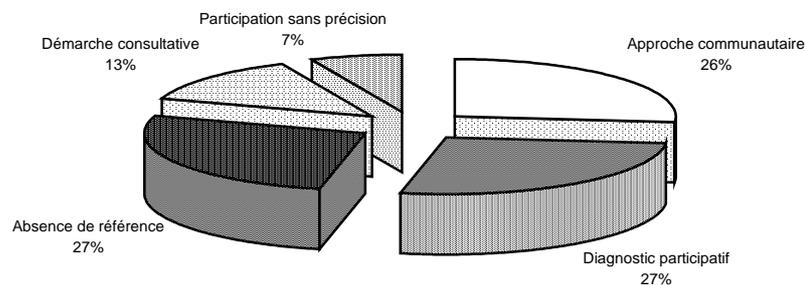
La référence de la démarche à une politique de santé publique n'apparaît pas explicite dans tous les projets : un projet sur trois témoigné d'un engagement déjà marqué dans ce sens, alors qu'un projet sur trois fait apparaître clairement que la démarche ASV va les aider à avancer dans cette direction. Le dernier tiers n'est pas explicite sur cette référence à une approche locale de santé publique.

### Référence à l'inscription de la démarche dans une politique locale e santé publique



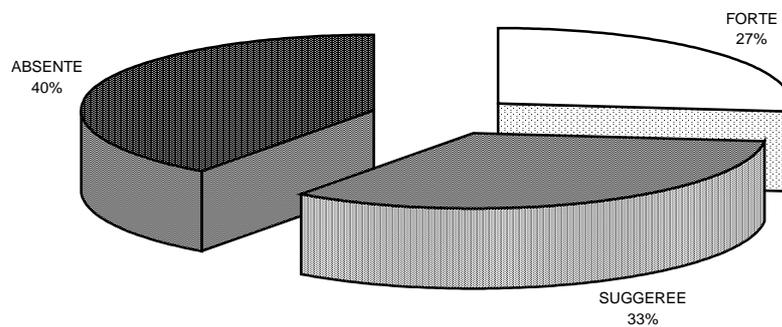
La participation de la population qui représentait un des éléments de base du cahier des charges pour les projets est absente (pas explicite) dans un projet sur quatre. Elle apparaît sous l'angle d'un travail communautaire dans un autre quart, sous l'angle du diagnostic participatif dans un troisième quart, les projets restants la mentionnant sous la forme d'une consultation ou ne donnant pas de précisions.

### Modalités de participation de la population envisagées dans le projet

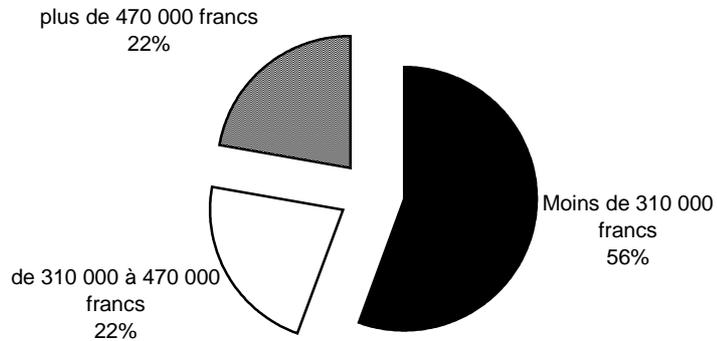


La référence au travail avec l'hôpital reste dans l'ensemble assez vague ; seuls 27 % des projets l'ont intégré d'une manière forte et explicite. Elle n'est que suggérée dans un tiers des cas comme un partenaire incontournable, mais difficile à associer. Dans 40% des cas, la référence est quasiment absente, pour des raisons qui correspondent probablement à la situation spécifique des villes concernées.

**Référence aux relations envisagées avec l'hôpital dans le projet d'ASV**



### Crédits demandés au titre de l'ASV



Le dernier graphique consacré aux budgets demandés doit être pondéré par le fait que seules 60% des villes ont présenté un budget explicite assorti d'une demande financière avec un co-financement faisant essentiellement apparaître la contribution de la ville.

Le dossier ne donnait pas de précision de ce point de vue ; les consultations en cours doivent permettre d'ajuster les demandes à la logique de l'ASV.

L'essentiel des demandes porte sur la fonction de coordination.

## **IV. PROGRAMME DE TRAVAIL**

Le programme, pour ce qui est de la phase d'accompagnement méthodologique réalisée par Resscom, comprend donc trois grandes phases :

### **A – SUIVI DE MISE EN PLACE**

Sur les cinq projets retenus pour l'accompagnement sur site, de mai à septembre-octobre, entre 5 et 8 journées de consultation seront consacrées à la réalisation (cf. annexe 1) :

- d'un état des lieux approprié au projet permettant de construire le programme de travail
- d'un suivi dans la construction du programme (variable suivant le type d'accompagnement concerné : mise en place, diagnostic, engagement d'actions, évaluation ou intercommunalité)
- d'une évaluation, discutée dès le départ avec l'équipe, destinée à faciliter le transfert méthodologique et la poursuite du travail sur le site suivi

### **B – ANIMATION D'ATELIERS DE RESTITUTION**

A partir du mois d'octobre, la DDASS devrait être en mesure, avec l'aide de Profession Banlieue, de proposer des ateliers départementaux de confrontation méthodologique pour l'ensemble des ASV déposés sur le département, comme pour les villes intéressées mais n'ayant pas encore déposé de projet :

- 1) Construction d'une démarche santé-ville
- 2) Diagnostic des besoins – l'approche participative
- 3) Définition et mise en œuvre des programmes d'action santé-ville
- 4) Evaluation des actions santé-ville, recherche des indicateurs et méthodologies pertinentes
- 5) La démarche santé-ville dans le cadre inter-communal

Ces ateliers seront l'occasion pour RESSCOM de présenter le travail réalisé sur les sites de la première phase, d'en dégager des enseignements transférables, mais aussi de valoriser et de confronter les démarches significatives engagées sur les autres villes du département. Des apports extérieurs peuvent également être imaginées (autres villes de la région, personnes-ressources pertinentes sur telle ou telle entrée). Ils ne resteront pas cantonnés aux questions méthodologiques, mais devraient permettre d'aborder la manière de travailler

sur quelques domaines sensibles (accès aux soins et travail avec l'hôpital, toxicomanie, réduction des risques et prévention, santé mentale, quelle plateforme de ressources pour les actions locales de santé s'inscrivant dans la logique ASV-PRAPS, etc..

## **C – ÉVALUATION DE LA DÉMARCHE**

Enfin, nous engagerons un travail plus global d'évaluation de la procédure suivie en Seine Saint-Denis, toujours dans ce souci de restitution et de diffusion à l'échelle de la région :

- évaluation de la méthode générale adoptée sur le département, présentée dans ce document (consultation des équipes, remontée des évaluations des cinq sites de la première phase, évaluation des ateliers départementaux)
- évaluation des conditions d'application de la circulaire ASV, débouchant sur la spécification de la méthodologie (transfert, enseignements et recommandations).

## **D – RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES**

Il est précisé, en fin de séance que deux types de travaux complémentaires ont été engagés :

- un recueil de données devant donner lieu à la production d'une cartographie départementale. Nous n'avons pas les moyens – à l'échelle de cet accompagnement – d'engager un vrai travail de recueil et d'analyse de données systématique sur le département. Nous ne pouvons que travailler sur l'existant et l'accessible. Le recueil déjà engagé (données minima sociaux, indicateurs de précarité, CMU, CPAM, PMI, INSERM..) permettra de dresser un « fonds de carte » pour la démarche ASV ; les projets plus précis de travail de chacun des ASV (quelle que soit leur phase ou leur degré d'entrée dans la démarche) permettront de dégager des indicateurs plus spécifiques et seront alors l'occasion d'interpeller les instances concernées.
- un recensement commenté des documents pertinents relativement aux démarches santé sur le département, qu'il s'agisse, d'évaluation, d'analyses d'activité, d'évaluations ou de recherches. Il y a beaucoup de choses, avec la nécessité de cibler sur les problématiques prioritaires pour les ASV et de s'assurer que ces documents seront accessibles. Ce travail est effectué avec la DDASS et Profession Banlieue.

**Appel à toutes les villes : aidez-nous à compléter ce recensement en nous donnant les références que vous connaissez et en nous envoyant ce qui est accessible.**