

# POLITIQUE DE LA VILLE, TERRITOIRE ET SANTÉ

Réflexions autour  
des ateliers santé ville  
et de leurs enjeux en Seine-Saint-Denis

CHANTAL MANNONI



# POLITIQUE DE LA VILLE, TERRITOIRE ET SANTÉ

RÉFLEXIONS AUTOUR DES ATELIERS SANTÉ VILLE  
ET DE LEURS ENJEUX EN SEINE-SAINT-DENIS

---

CHANTAL MANNONI

Médecin

*Santé publique/santé communautaire*

*Ce document a été élaboré sur la base des ateliers de travail  
menés entre septembre 2002 et octobre 2003  
et grâce à la participation des personnes ayant contribué aux débats  
et à leur organisation, ainsi qu'au soutien tout particulier, à la fois discret et efficace,  
de Catherine Richard, chargée de mission du département Lien social et service public  
de la Délégation interministérielle à la ville.*

## Les participants au groupe de travail

---

### Aubervilliers

BÉJANIN Fabienne	Médecin de santé publique - SCHS
GIRAUX Pilar	Coordinatrice ASV, volet santé mentale
LABBÉ Maria	Directrice générale adjointe chargée du secteur social, solidarité et santé
MARTINEZ Sylvia	Adjointe au chef de projet

### Aulnay-sous-Bois

KULAS Alain	Direction de la santé CMES Louis Pasteur
-------------	--

### Dugny

TRINQUART-JACOBS Judith	Médecin de santé publique - CMS
-------------------------	---------------------------------

### Épinay-sur-Seine/Villetaneuse (GIP/GPV)

JEMNI Alia	Chargée de mission DSU
------------	------------------------

### La Courneuve

KHELADI Karim	Coordinateur ASV
---------------	------------------

### Le Blanc-Mesnil

DUBOIS-FABING Delphine	Coordinatrice ASV
MANUELLAN Pierre-Étienne	Médecin chef Service Hygiène

### Montreuil

JÉGOU Nathalie	Animatrice ASV - Direction Santé Solidarité
LANCINO Sylvie	Médecin directeur - SCHS

### Pierrefitte

GRANGER-SANOOGO Isabelle	Coordinatrice ASV
LAMARTINIE Hélène	Maire adjointe à la santé

### Saint-Denis

GIBERT Isabelle	Médecin de santé publique, service Promotion santé
GUEDICHI Samira	Référente santé jeunes, service Promotion santé
SANTONI Sylvie	Directrice de la Maison de la santé
SCHOENE Marc	Direction du service Promotion santé

### Stains

FÉVRIER Berthe	Intervenante communautaire, chargée de l'ASV, service de promotion de la santé
LONGÉ Élise	Intervenante communautaire

---

### Conseil général 93

BEREKSI Boumédiène	Responsable du service de la prévention et des actions sanitaires
DRAGOS Simone	Médecin responsable du bureau Epidémiologie
LE MAB Guillaume	Médecin SPAS-DPAS

### CLICOSS 93

GARCETTE Christine	Responsable
--------------------	-------------

### CIRDD93

GAUDIER Marie-Thérèse	Documentaliste
MONCOURTOIS Florence	Directrice

### CRAMIF

GUILLAUD Fabien	Chargé d'éducation à la santé
-----------------	-------------------------------

### DDASS 93

BÉRENGER Thierry	Chargé de mission PRAPS-ASV
POUILLARD Fernande	Conseillère technique en travail social

# Sommaire

---

INTRODUCTION . . . . .	1
<b>1. Le cadre de référence des ateliers santé ville et leur illustration en Seine-Saint-Denis . . . . .</b>	<b>11</b>
Les objectifs assignés aux ASV . . . . .	11
Les formes prises par les ASV en Seine-Saint-Denis . . . . .	13
• Les propositions initiales des projets d'ASV . . . . .	13
• La mise en œuvre des priorités . . . . .	14
<b>2. Réflexions sur la santé dans la politique de la ville . . . . .</b>	<b>15</b>
Une évidence... à construire ou à consolider . . . . .	15
La santé... un concept à mieux partager. . . . .	16
<b>3. L'engagement des élus : au-delà de la décision . . . . .</b>	<b>21</b>
<b>4. Le dispositif opérationnel des ASV en Seine-Saint-Denis. . . . .</b>	<b>23</b>
Le comité de pilotage des ASV . . . . .	24
Un comité de pilotage spécifique à l'ASV? . . . . .	24
Positionnement et articulations de l'ASV local avec les niveaux départemental et régional. . . . .	25
<b>5. Coordinations institutionnelles et partenariats . . . . .</b>	<b>27</b>
Introduction . . . . .	27
Les acteurs identifiés . . . . .	30
Les thématiques. . . . .	32
• La santé mentale: Pierrefitte-sur-Seine. . . . .	32
• Les pratiques addictives: Aulnay-sous-Bois. . . . .	33
• L'accès à la prévention et aux soins: Saint-Denis . . . . .	35
Les diagnostics ou observatoires comme éléments structurant les concertations. . . . .	38
Les coordinations d'un point de vue fonctionnel: analyse des déterminants influençant les pratiques. . . . .	43
<b>6. L'implication des habitants dans les questions de santé . . . . .</b>	<b>51</b>
Introduction . . . . .	51
Le travail dans la proximité: une stratégie pour accéder aux droits fondamentaux. . . . .	52

La place des diagnostics partagés de santé au niveau local : au-delà des connaissances, la prise en compte des habitants et leur implication effective . . . . .	57
Entrer dans le champ des pratiques communautaires : l'expérience de Stains . . . . .	58
Conclusion . . . . .	61
<b>7. Le coordinateur ASV : réflexions sur un nouveau métier . . . . .</b>	<b>65</b>
Introduction . . . . .	65
Intitulé des postes et nature des contrats . . . . .	66
La mission du coordinateur ASV . . . . .	67
Fiches de poste, fonctions et tâches . . . . .	68
Lien avec la nature des fonctions et des tâches : variations et décalages . . . . .	68
• Les variations et décalages . . . . .	68
• Les variations observées sur la base des fonctions et des tâches . . . . .	70
La place des coordinateurs dans les organigrammes . . . . .	73
Un référentiel de compétences pour les coordinateurs ASV . . . . .	74
<b>8. Conclusion . . . . .</b>	<b>79</b>
<b>ANNEXES . . . . .</b>	<b>81</b>
ANNEXE 1 : La circulaire ASV du 13 juin 2000 . . . . .	83
ANNEXE 2 : Synthèse des actions menées en Seine-Saint-Denis au titre des ASV . . . . .	89
ANNEXE 3 : Modèle de fiche d'expérience . . . . .	95
ANNEXE 4 : La Charte d'Ottawa . . . . .	97
ANNEXE 5 : Le processus de l'expérience de Saint-Denis . . . . .	103
ANNEXE 6 : Sigles utilisés . . . . .	105
ANNEXE 7 : Bibliographie . . . . .	107

## Introduction

---

LES ateliers santé ville (ASV), créés par le Comité interministériel des villes de décembre 1999, ont été mis en place ou sont en voie de l'être en 2004 dans plus de quatre-vingt-dix villes<sup>1</sup> de France. C'est la note conjointe de la Délégation interministérielle à la ville (DIV) et de la Direction générale de la santé (DGS) du 13 juin 2000<sup>2</sup> qui précise les modalités de leur mise en œuvre dans le cadre des contrats de ville.

Initiés et développés par la DIV et la DGS, les premiers ASV ont fait l'objet d'un accompagnement ciblé en Île-de-France<sup>3</sup> et en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) par l'association RESSCOM<sup>4</sup> qui a pu formaliser un certain nombre de constats et de recommandations (Joubert, Bertolotto et Truze, 2001) visant à consolider les conditions de mise en œuvre des ASV aux différents niveaux du territoire : national, régional, départemental et communal.

En Seine-Saint-Denis<sup>5</sup>, dix villes financées au titre des ASV en 2003 ont mis en place des actions

concrètes ou les ont renforcées<sup>6</sup>. Quatre villes se sont positionnées pour 2004 (Épinay-sur-Seine, Villetaneuse, Sevran et Noisy-le-Sec). Les villes du Blanc-Mesnil et de Dugny se sont positionnées sur un ASV intercommunal et, pour 2004, il en sera de même pour Épinay-sur-Seine et Villetaneuse dans le cadre du grand projet de ville (GPV).

La Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS) de la Seine-Saint-Denis, qui a par ailleurs joué un rôle de pivot et de moteur essentiel, a sollicité la mise en place d'ateliers départementaux, animés entre 2001 et 2002 par RESSCOM en collaboration avec le centre de ressources pour la politique de la ville Profession Banlieue.

Ces ateliers, instaurés dans le cadre de l'animation départementale des ASV, ont permis de réunir les villes de la Seine-Saint-Denis autour de thématiques transversales : diagnostic participatif, observatoire et indicateurs, participation des habitants,

---

1. On en dénombrait quatre-vingt-douze en septembre 2003.

2. Voir annexe 1.

3. La DDASS de la Seine-Saint-Denis s'est positionnée dès octobre 2000 pour contribuer à impulser la démarche des ASV ; puis les DDASS des départements du Val-d'Oise, du Val-de-Marne, des Hauts-de-Seine et de Paris se sont engagées dans la démarche. Le soutien de RESSCOM s'est centré initialement sur la Seine-Saint-Denis.

4. Recherches et évaluations sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires.

5. Voir la carte des ASV de la Seine-Saint-Denis sur le site de Délégation interministérielle à la ville (<http://i.ville.gouv.fr>).

6. Voir le tableau synthétique des dix ASV en annexe 2. Le projet de Bobigny n'était pas finalisé en 2003 et le projet de la ville de Bagnolet, qui souhaitait aussi s'inscrire dans la démarche ASV, est actuellement en attente.

territoire et santé, place de l'évaluation dans les démarches locales de santé, professions, acteurs et compétences en santé publique<sup>7</sup>. Ils ont démontré l'intérêt et la pertinence d'espaces communs de réflexions croisées, et se sont poursuivis à la demande des professionnels afin d'approfondir certains registres et de consolider les liens entre les acteurs.

Un groupe de travail « Santé et politique de la ville » a donc été organisé par Profession Banlieue sur une approche consensuelle autant dans la méthode de travail que dans les thématiques abordées<sup>8</sup>.

Les objectifs partagés de ce groupe de travail ont permis d'ancrer les réflexions dans la réalité de terrain des acteurs concernés par la politique de la ville et plus précisément par les ASV. Cette réflexion sur les pratiques quotidiennes s'est trouvée réaffirmée lors des discussions du groupe, dans un souci et une volonté forte d'adopter une démarche pragmatique et d'aborder des questions très concrètes. Cette valorisation des expérimentations locales visait une intégration plus systématique par une plus grande diffusion des expériences portées par chaque ville. La mise en synergie d'un capital d'expériences paraissait ainsi essentielle.

Enfin, prendre du recul par rapport au quotidien, confronter les expériences, les questionnements et les doutes faisaient également partie des objectifs du groupe. La participation des acteurs, des élus, des professionnels du champ sanitaire, social, éducatif, et plus généralement des professionnels inscrits dans la politique de la ville, a permis de travailler durant toute cette période dans un climat de confiance propice à l'expression de tous. Que toutes les personnes ayant contribué à ce bon déroulement en soient remerciées ici.

---

## Les thématiques ASV

Les thématiques de travail choisies avec les participants ont fait l'objet de présentations en séance plénière afin d'illustrer et de mettre en débat des expériences locales (une fiche d'expérience servait de support<sup>9</sup>) :

- Diagnostic local partagé de santé : Épinay-sur-Seine, Pierrefitte-sur-Seine, Le Blanc-Mesnil/Dugny, Montreuil-sous-Bois.
  - Observatoire local de santé : Aubervilliers.
  - Accès à la prévention et aux soins ; recours aux soins d'urgence : Aubervilliers, Saint-Denis, Clichy-sous-Bois, Montfermeil.
  - Santé mentale : Montreuil-sous-Bois, Pierrefitte-sur-Seine.
  - Addictions : Aulnay-sous-Bois.
  - Habitat : Montreuil-sous-Bois, Stains.
- 

Les séances de travail nous ont permis de débattre de la place de la santé dans la politique de la ville et de son relatif isolement en dépit des avancées en la matière, du cadre des ASV en tant que démarche opérationnelle et de ce qui en découle. Partenariats, place et participation des citoyens dans la politique de la ville et plus spécifiquement dans le volet santé nous ont conduits à rediscuter des diagnostics de santé au niveau local, des territoires pertinents, des moyens donnés pour l'expression des populations et des conditions de leur participation. La question de l'accès au droit commun et celle des nécessaires adaptations des dispositifs et outils disponibles ont pu être traitées sous différentes approches et à partir d'expériences rendant compte de stratégies différentes. Le rôle du coordinateur ASV, replacé dans les différents contextes, a été l'occasion d'échanger autour de ce nouveau métier, amenant un certain nombre de constats et de recommandations pour la consolidation de cette fonction.

---

7. Voir Michel Joubert et Chantal Mannoni, *Les Ateliers santé ville. Expérimentations en Seine-Saint-Denis*, Profession Banlieue, hors collection, 2003.

8. Ces groupes de travail constituent sans aucun doute une des modalités fondatrices à mettre en place pour, au-delà des liens créés, construire des interfaces de réflexion de façon systématique et pérenne.

9. Voir annexe 2.



L'objet de ce document vise donc à rendre compte du contenu des discussions générées dans les réunions, des axes forts qui ont émergé et des recommandations que le groupe de travail a pu formuler. Des extraits des fiches d'expérience et des comptes rendus de réunions ont également été insérés. Le document apporte par ailleurs un éclairage complémentaire à la production du groupe. Il se veut très pratique et opérationnel, s'inscrivant en complémentarité avec les écrits existant aujourd'hui sur les ASV qui donnent des éléments de compréhension sur d'autres registres.

Un certain nombre de réflexions présentées ici viendront appuyer plus spécialement les coordinateurs des ASV dans leur pratique quotidienne; d'autres viendront nourrir les réflexions aux niveaux décisionnels, pouvant soutenir les dispositifs et les modes de fonctionnement au sein de la politique de la ville et plus précisément en ce qui concerne les ASV et les coordinateurs en charge de leur mise en œuvre avec d'autres acteurs locaux.

Ce document tente de rendre compte de la complexité de la tâche des coordinateurs au sein des

ASV mais aussi de l'opportunité que représente cette fonction. Il tente aussi de mettre en lumière les éléments de pérennisation relevant du poste de coordinateur lui-même mais aussi de son environnement. C'est en effet en jouant sur les synergies que les stratégies pour consolider les acquis doivent se construire dans la politique de la ville. Ces réflexions, qui s'enracinent dans un processus relativement récent, doivent pouvoir être partagées avec celles d'ateliers santé ville d'autres régions, pour confronter les expériences, identifier les lignes de force, les initiatives locales qui pourraient être adaptées et les faiblesses récurrentes aux ASV, de façon à pouvoir en améliorer l'implantation et le développement.

L'évaluation des ASV, engagée actuellement au niveau départemental, apportera prochainement d'autres éléments de réflexion qui n'ont pu être abordés dans le groupe de travail. Ces éléments offriront un autre éclairage et de nouvelles perspectives pour ajuster le processus mis en place dans le département et le renforcer.



## I. Le cadre de référence des ateliers santé ville et leur illustration en Seine-Saint-Denis

---

### LES OBJECTIFS ASSIGNÉS AUX ASV

L'ensemble des politiques publiques et des procédures regroupées sous la politique de la ville se traduit entre l'État et les villes par le contrat de ville, unique modalité contractuelle pour la durée du XII<sup>e</sup> Plan. Ce contrat de ville, conforté par le Comité interministériel des villes (CIV), a permis d'inscrire le développement de stratégies et d'actions pour la promotion de la santé au niveau local. « *Approche globale, partenariat, promotion d'une plus grande équité, participation des habitants* » sont ainsi invoqués<sup>1</sup> afin de construire un projet au niveau local qui permette une meilleure articulation des politiques publiques dans des domaines comme l'habitat, l'emploi, la prévention, l'éducation, la culture, l'insertion. À ce jour, le contrat de ville est aussi le cadre naturel de la mise en œuvre des orientations de la loi relative à la lutte contre les exclusions de juillet 1998. Aujourd'hui, et malgré les espaces conquis dans le champ de la réduction de la pauvreté et des inégalités sociales, force est de constater que, face à la conjugaison de facteurs qui fragilisent la santé des personnes exclues ou soumises à des processus d'exclusion, les ré-

ponses données, en dépit des dispositifs mis en place, manquent encore de cohérence.

Les ASV ont été proposés comme un outil supplémentaire, *une démarche et non un dispositif de plus* de la politique de la ville, afin de renforcer le volet santé du contrat de ville. L'ambition des ASV est aussi de contribuer à la lutte contre les exclusions, en permettant de décliner les politiques régionales de santé publique (PRAPS<sup>2</sup> et PRS<sup>3</sup>) au niveau local et en favorisant l'accès aux droits. Cependant – et il est essentiel de le souligner d'ores et déjà –, l'ASV, du fait de sa proximité et de son ancrage dans des territoires pertinents, peut renforcer la lutte contre les exclusions et réduire les inégalités de santé par le biais de mécanismes complémentaires: impulser une dynamique inverse – mais synergique – en permettant de construire à partir du « local » des réponses adéquates et être ainsi une force de proposition pour le niveau régional notamment. Il s'agit là d'un enjeu susceptible de renforcer la légitimité des ASV.

La circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 explicite les objectifs assignés aux ASV :

- « 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 de réseaux médico-sociaux ;

---

1. *Actualité et dossier en santé publique*, décembre 1993.

2. Programme régional d'accès à la prévention et aux soins.

3. Programme régional de santé.

- 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 d'une part la participation active de la population à toutes les phases des programmes [...] et, d'autre part, la concertation avec les professionnels et les différentes institutions des secteurs sanitaire et social concernés par ces programmes ».

La référence à ces objectifs dans le groupe de travail a permis d'éclairer la déclinaison pratique de ces derniers pour les coordinateurs des ASV en regard des contextes particuliers qui caractérisent leurs postes.

Les objectifs qui marquent la nécessité de repérage des besoins se sont traduits en Seine-Saint-Denis pour un certain nombre de villes (Le Blanc-Mesnil/Dugny, Épinay-sur-Seine, La Courneuve, Montreuil-sous-Bois, Pierrefitte-sur-Seine) par l'engagement d'un *diagnostic local partagé de santé*. Ces diagnostics ont permis de clarifier les problématiques en croisant les regards et les perceptions de différentes catégories d'acteurs : élus, professionnels et habitants.

La question des diagnostics partagés, qui dépasse l'enjeu de la connaissance de l'état de santé d'une population donnée, a été centrale dans le groupe de travail et plusieurs séances y ont été consacrées.

Les objectifs renvoyant à la coordination des partenaires locaux et à la participation des habitants constituent à ce jour, à des degrés divers, les deux autres axes fondateurs de la pratique quotidienne des coordinateurs ASV.

Concertation interinstitutionnelle et implication des habitants confirment l'impératif du renouvellement des pratiques professionnelles afin d'optimiser les réponses données aux problématiques de santé en tenant compte des dimensions territoriales.

Les articulations et les modes de coopération imposés par les nouvelles réalités locales ont été débattus dans le groupe ; sans qu'une séance spécifique ait été dédiée à la coordination interinstitutionnelle, les points forts, questionnements et obstacles ont jalonné les discussions.

L'implication des habitants, du citoyen « ordinaire », souvent appelée de façon abusive et erronée « participation des habitants », a été abordée à différentes occasions. Les expériences de terrain présentées illustrent l'importance de clarifier les différentes facettes que peut prendre l'implication des habitants. Ces facettes peuvent ou non s'inscrire dans un processus allant de l'expression possible d'une parole – avec des espaces créés dans ce but – jusqu'à la participation effective aux prises de décision et quant aux réponses mises en place en regard des priorités dégagées localement.

Les expériences partagées illustrent bien à quel point l'implication des habitants se trouve à la croisée de plusieurs enjeux : lutte contre les exclusions, accès aux droits, accès à la prévention et aux soins, construction d'une vraie démocratie locale autour du « bien-être » des citoyens. Ces enjeux viennent conforter le principe qui veut que devenir acteur de sa santé est un pré-requis pour renforcer les principes éthiques des actions, les rendre plus efficaces, aussi bien dans les processus que cette implication engendre que dans les résultats.

C'est ainsi que l'implication des habitants peut trouver sa place dans des actions innovantes : diagnostic participatif, modalités originales d'accès aux droits, à la prévention et aux soins... Ces expériences sont d'ampleur variée et peuvent notamment s'inscrire dans le développement des pratiques communautaires.

Le dénominateur commun de toutes ces expériences est *le travail de proximité* ou dans la proximité. Celui-ci contribue à chan-

ger peu à peu les relations entre les institutions et les habitants. Il favorise l'adaptation du type de services offerts par les institutions, particulièrement en direction des personnes exclues, et vise à réduire le morcellement des recours sociosanitaires, facteur influençant négativement l'accès aux services de droit commun. Ces actions de proximité mettent au cœur de leur démarche la question de l'*empowerment*<sup>4</sup>.

L'implication des habitants, avec des déclinaisons diverses, reste aujourd'hui un des défis à relever dans le cadre des ASV. Inscrite dans la circulaire, cette volonté doit pouvoir être renforcée dans la pratique, impliquant un certain nombre de changements auxquels les ASV peuvent contribuer et apporter ainsi une réelle plus-value.

Les objectifs des ASV se déclinent de façon variée dans le département, un des préalables étant que les actions ou programmes portés dans le cadre des ASV s'inscrivent dans un existant pour contribuer à renforcer des processus nécessairement marqués par des contextes différents. Les ASV ont alors souvent permis de conforter ou de développer des axes de travail sur la base d'expériences déjà initiées par les villes.

## LES FORMES PRISES PAR LES ASV EN SEINE-SAINT-DENIS

### Les propositions initiales des projets d'ASV

Les propositions initiales des projets d'ASV en Seine-Saint-Denis<sup>5</sup> révèlent de grandes priorités, relevées dans l'analyse qu'en a effectuée le groupe de travail :

- 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) sont développés en seconde position (60 % des projets).
- *La santé mentale* apparaît 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*, ensuite, avec un axe généraliste croisant divers axes de *prévention* et de *dépistage*.
- La nécessité de mettre en place des *réseaux*.
- Enfin, les *problèmes de saturnisme*.

---

4. On désigne sous le terme *empowerment* un processus social, culturel, psychologique ou politique en promotion de la santé par lequel les personnes obtiennent un plus grand contrôle sur les décisions et les actions en relation avec leur santé. Dans le cadre de l'*empowerment*, les individus et les groupes sont en mesure d'exprimer leurs propres besoins et leurs préoccupations, de discuter de stratégies pour leur implication dans la prise de décision, de mener à bien des actions politiques, sociales et culturelles en lien avec leurs besoins. La dimension communautaire de l'*empowerment* implique des individus qui agissent collectivement en vue d'avoir une plus grande influence et un plus grand contrôle sur les déterminants de la santé et de la qualité de vie dans leur milieu de vie.

5. Voir Michel Joubert, Fernando Bertolotto et Philippe Truze, 2001.

## La mise en œuvre des priorités

Une synthèse des actions prioritaires mises en œuvre dans le cadre des dix villes pré-citées<sup>6</sup> fait émerger les éléments suivants :

- Les communes sont majoritairement les territoires privilégiés pour l’ancrage de l’atelier santé ville, même si certaines actions se déclinent spécifiquement dans certains quartiers. À Stains par contre, c’est l’échelle infra-communale (trois quartiers) qui a été retenue pour le moment. Enfin, Le Blanc-Mesnil et Dugny représentent le seul cas d’intercommunalité.
- Les thématiques santé prioritairement retenues sont l’accès aux droits et aux soins, la santé mentale, la prévention, la nutrition. D’autres thématiques telles que conduites addictives, violence, VIH, saturnisme apparaissent ponctuellement,
- Les publics auprès desquels ou avec lesquels ces thématiques s’organisent sont, selon les cas, soit l’ensemble des habitants d’un territoire donné – le plus souvent en situation précaire –, les publics jeunes en général ou au sein des collèges, leur famille, les femmes ou les personnes migrantes (cités respectivement une fois). On note par exemple un projet pour l’accès aux droits et aux soins au foyer de travailleurs migrants Manouchian du Blanc-Mesnil dont 50 % des résidents sont à la retraite.
- Enfin, le développement de réseaux professionnels est cité spécifiquement dans cinq cas et le travail avec les habitants, dans le cadre d’une amorce ou d’une démarche plus structurée, apparaît dans trois cas.

ce qui n’exclut pas que les villes développent en dehors des ASV de tels axes de travail.

---

6. Voir le tableau récapitulatif en annexe 2.

## 2. Réflexions sur la santé dans la politique de la ville

---

### UNE ÉVIDENCE... À CONSTRUIRE OU À CONSOLIDER

Sans avoir la prétention de donner une vision exhaustive de l'histoire de la politique de la ville, il est important d'en rappeler quelques caractéristiques pour mettre en perspective la thématique de la santé, resituer le contexte dans lequel s'inscrivent les ASV et le rôle du coordinateur à ce jour.

La place de la santé aujourd'hui dans les préoccupations locales n'est pas toujours aussi évidente que l'on pourrait l'imaginer et l'exercice est rendu compliqué par la répartition des compétences en matière de santé d'une part, l'enchevêtrement des dispositifs existant d'autre part.

En Seine-Saint-Denis, il existe de toute évidence pour un certain nombre de villes et pour le département une longue tradition et un intérêt marqué pour la santé et sa déclinaison pratique en expériences innovantes.

Quand la santé trouve sa place dans ce processus, elle est d'une part l'expression conjuguée d'une vraie volonté politique, de celle de l'engagement d'acteurs institutionnels, associatifs, et d'autre part

le fruit de toutes les actions inscrites dans le travail de proximité.

Paradoxalement, on a pu souligner malgré tout dans différentes séances de travail le relatif isolement des questions de santé au sein de la politique de la ville: de nombreuses questions de santé sont certes inscrites dans les contrats de ville, mais il s'agit plutôt d'actions juxtaposées – qui ont certes le mérite d'exister – et ciblant des populations spécifiques *sans approcher la santé de façon globale et compréhensive* et ne se traduisant pas par de véritables programmes locaux.

Cette situation est le fruit, entre autres facteurs, de l'histoire même de la politique de la ville: un des enjeux des ASV est bien d'apporter une contribution pour tendre vers une politique de santé publique au niveau local (environ un tiers des projets initialement proposés et un autre tiers soulignent que la démarche ASV va permettre d'avancer dans ce sens – Joubert, Bertolotto et Truze, 2001, p. 21).

La politique de la ville « désigne un ensemble de mesures, de procédures et de pratiques spécifiques orientées d'abord vers les secteurs géographiques définis comme prioritaires à partir de critères statistiques soulignant l'écart à la moyenne<sup>1</sup> ».

---

1. Antoine Anderson et Hervé Vieillard-Baron, 2003.

À ce titre, la politique de la ville regroupe une série de politiques publiques dites *territorialisées* et s'est donné comme objectif de contribuer à la « *participation des citoyens* ». La concertation, les partenariats s'inscrivent au travers des CLIP (commissions locales inter-partenariales) et l'équipe MOUS (maîtrise d'œuvre urbaine et sociale) est chargée de la mise en œuvre du contrat de ville autour du chef de projet. Le souhait d'« *initier de nouvelles formes d'actions publiques en se fondant sur la transversalité institutionnelle, la contractualisation et la participation* » traduit l'ambition forte de la politique de la ville. On souhaite alors traiter de *manière globale* les problèmes concernant la vie quotidienne des habitants, dont la santé (Anderson et Vieillard-Baron, 2003).

Si plans et procédures se succèdent depuis les années 1975, la santé cependant, en tant que facteur d'insertion, est longtemps négligée. C'est autour des préoccupations liées à la jeunesse qu'elle commence à s'inscrire dans de nombreuses expériences communales<sup>2</sup>. L'hygiène du milieu, inscrite dans le code de la santé publique et le code des communes, n'est pas le seul champ investi par les communes, et de multiples initiatives voient le jour en particulier avec les lois de décentralisation de 1982. C'est ainsi que l'on peut faire état aujourd'hui d'un tissu hétérogène d'actions allant des vaccinations à la lutte contre les dépendances, en passant par la promotion de la santé.

Pour certaines villes, l'inscription dans le réseau Villes Santé de l'OMS permet de donner à partir de 1986 un souffle nouveau<sup>3</sup>. Aujourd'hui, comme le souligne Didier Fassin<sup>4</sup>, « *la santé publique apparaît comme un héritage composite de références aux populations, aux territoires, parfois à la*

*nation, [...] et plus récemment à la communauté* ». Cependant, la nouvelle répartition des compétences a aussi insufflé, avec l'émergence de ce que l'on appelle communément aujourd'hui la nouvelle pauvreté, une plus grande articulation entre les secteurs sanitaire et social : de nouveaux enjeux et de nouveaux acteurs ont fait leur apparition au niveau local.

## LA SANTÉ... UN CONCEPT À MIEUX PARTAGER

La démonstration a été faite depuis longtemps que le concept de santé ne peut plus être limité à « l'absence de maladie » ni à une vision biomédicale qui réduit à la fois le champ d'analyse et celui de l'opérationnel (Bass, 1994). Même si les cloisonnements restent forts aujourd'hui, les sciences sociales tout spécialement ont permis d'apporter un regard nouveau sur les questions de santé. Par ailleurs, depuis de nombreuses années, des modes de coopération ont émergé et se sont forgés en réponse à des réalités de terrain jouant un rôle de levier : c'est tout spécialement sur ce registre que l'échelon « local » apparaît comme le lieu privilégié du renouvellement des pratiques et un tremplin pour l'innovation.

À ce jour, ce sont les approches issues des concepts de la promotion de la santé qui nous semblent les plus pertinentes pour aborder les questions de santé, quelle que soit l'échelle considérée, en raison des principes qui sont véhiculés mais aussi des pratiques qui en découlent. Faire vivre ces concepts et leur donner forme en s'adaptant aux réalités locales constituent cepen-

---

2. *Actualité et dossier en santé publique*, décembre 1993 ; Arène, 1996, p. 22 -25.

3. *Actualité et dossier en santé publique*, décembre 1993.

4. 1998, p. 48.



dant des nécessités à l'égard desquelles il s'agit de rester vigilant.

Les principes de la promotion de la santé inscrits dans la Charte d'Ottawa<sup>5</sup> (OMS, 1986) – à laquelle la France a adhéré – engagent vers une lecture globale, intégrée, d'un contexte donné et rendent compte du nécessaire travail sur les déterminants de la santé, c'est-à-dire les facteurs ayant une influence positive ou négative sur l'état de santé d'une population. D'ailleurs, les recommandations de la circulaire concernant la mise en œuvre des ASV incitent à travailler sur « les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie ». Les approches dites écologiques ou compréhensives permettent aussi d'approcher les différentes facettes de l'objet « santé » et de définir le « politique » comme un déterminant sur lequel il est essentiel d'agir (Massé, 1995 ; Mc Leroy et al., 1988). Un des principes de base de la Charte d'Ottawa signale de fait la notion de « *politique publique saine* », impliquant la nécessité d'élaborer des politiques qui visent à protéger, à promouvoir la santé des personnes sur un territoire donné, mais aussi à prendre en compte, dans les décisions politiques, les déterminants qui pourraient avoir une influence néfaste sur la santé.

Cette approche par déterminants fait sens pour les participants du groupe de travail qui recommande que cette question soit intégrée et promue dans le cadre de la politique de la ville (formations, échange de pratiques) auprès des différents acteurs : élus, professionnels des différents secteurs, associatifs. On remarquera que cette conception de la santé trouve parfois plus facile-

ment écho auprès des habitants qu'auprès des professionnels.

Dans la Charte d'Ottawa, cinq axes stratégiques<sup>6</sup> constituent l'armature de programmes et d'actions pouvant se décliner aux niveaux national, régional ou local. Les projets ainsi développés comportent alors obligatoirement plusieurs dimensions et sont multi-sectoriels par essence.

C'est pourquoi les principes de la promotion de la santé trouvent un ancrage naturel dans les fondements de la politique de la ville. *L'enjeu est d'identifier et de construire les liens qui font défaut aujourd'hui.*

La santé – en tant que bien-être, selon la définition de l'OMS – se construit et se dégrade sur nos milieux de vie. *C'est en créant les conditions favorables pour protéger ou améliorer la santé, d'un point de vue à la fois individuel et collectif, que la mise en synergie des actions dans le champ de l'intersectorialité devient une orientation pertinente.* La nécessité d'élaborer une politique publique saine implique directement les responsables politiques des différents secteurs et à tous les niveaux, en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions – ou absence de décision – peuvent avoir sur la santé (Renaud, 1997). Par ailleurs, les champs impliqués dans le cadre de la politique de la ville sont justement ceux à prendre en compte pour construire des réponses aux problématiques de santé posées sur un territoire donné.

La notion d'interdépendance des déterminants de la santé est aussi une notion fondatrice dans le champ de la promotion de la santé ; elle impose en effet que les actions entreprises soient *réfléchies*

5. Cf. annexe 4.

6. Ces cinq axes embrassent l'élaboration d'une politique publique saine et l'harmonisation des politiques et des actions en faveur de la santé, la création de milieux de vie favorables (soutenir et développer des environnements sains), les changements organisationnels, avec en particulier la réorganisation des services de santé et la valorisation de la prévention en regard du soin, le renforcement de l'action communautaire (ou comment impliquer activement les citoyens dans les affaires qui les concernent), l'acquisition d'aptitudes individuelles ou le renforcement du potentiel des personnes (*l'empowerment*).

dans leur conjugaison; l'enjeu est celui de la cohérence et de l'efficacité. Les synergies se croisent à la fois sur les thématiques et les territoires; elles s'organisent en outre dans le temps.

Construire des programmes locaux de santé de façon intersectorielle doit alors pouvoir s'appuyer sur les différents volets de la politique de la ville: le défi posé dans le groupe de travail est bien de travailler sur les articulations qui permettraient de dépasser le morcellement actuel des dispositifs pour forger les fondements d'une politique locale de santé. Les ASV, *via* le financement notamment de postes de coordination, constituent dès lors une plus-value essentielle à consolider.

La santé, faut-il le rappeler?, dépasse le champ exclusif du secteur sanitaire, elle apparaît comme un thème transversal, un objet politique et social: «*Si la santé représente un signifiant social, alors, agir dans ce domaine, c'est agir sur l'ensemble des facteurs qui organisent la vie dans la cité [et] la politique de développement social urbain suppose, de par l'objectif qu'elle se donne, de faire émerger sur un territoire des projets de développement renvoyant à la notion de projet global; la dimension "santé" apparaît dans ce cadre comme un des volets d'un projet global, non comme une action juxtaposée à d'autres*» (DIV/RESSCOM 1992, p. 17 et 19). Ce constat fait, le développement de projets et d'actions implique l'encouragement des alliances et des partenariats entre les différents secteurs d'activité et groupes susceptibles de contribuer à l'amélioration de la santé. Bref, toutes les institutions de la vie quotidienne deviennent – ou devraient devenir – «*promotrices de santé*» (Hagard, 1994).

L'atelier santé ville doit donc être considéré comme un outil au service du développement local d'une politique de santé publique. L'analyse

de RESSCOM reprend de façon tout à fait claire l'importance des dispositifs à mettre en place en alliant le politique et l'opérationnel et insiste sur «*l'importance de l'implication effective de toutes les composantes d'une politique de santé publique qui créent les conditions d'un réel développement des ASV sur un département*» (Joubert, Bertolotto et Truze, 2001, p. 81-85).

La politique de la ville et les ASV engendrent également une nécessaire réflexion sur la notion de *territoire*: les actions de santé au niveau des communes ou autre territoire (de plus en plus de villes se positionnent dans l'intercommunalité) permettent de se rapprocher des réalités de la vie des personnes concernées par ces actions. Si l'efficacité de la territorialisation réside en partie dans la meilleure adéquation – théorique pour le moins – entre les demandes et les réponses (Autès, 1995), le niveau local est ainsi reconnu aujourd'hui comme étant le plus pertinent pour assurer le développement d'actions pouvant réduire les logiques d'exclusion et développer la mobilisation des acteurs de proximité (Joubert et Mannoni, 2003). L'orchestration des politiques médico-sociales est jugée également plus efficace quand ces dernières prennent racine dans l'espace identitaire des personnes concernées. La dimension locale se trouve d'ailleurs réaffirmée dans le plan national de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion de 2002-2006. Le niveau communal ou infra-communal permet d'approcher avec pertinence des problématiques spécifiques *mais aussi* de travailler simultanément sur le repérage de potentialités, de leviers et de ressources, intégrant les habitants dans une logique qui vise à valoriser leurs propres compétences.

C'est ainsi que les villes de la Seine-Saint-Denis ont retenu des thématiques<sup>7</sup> plus proches de leurs

---

7. Ces thématiques ne sont pas figées, elles s'inscrivent dans une temporalité et un espace donnés et sont amenées à évoluer.

préoccupations tout en proposant des modes d'approche parfois innovants que seul l'échelon local permet de légitimer : à Pierrefitte-sur-Seine et à Épinay-sur-Seine par exemple, on a mis l'accent sur la santé des jeunes, tandis qu'au Blanc-Mesnil/Dugny ce sont les conduites à risque qui ont été retenues, la parentalité, l'accès aux soins et aux droits. À Aubervilliers, l'expérience d'aide à l'accès à une mutuelle est un exemple sur lequel nous reviendrons, qui illustre de façon pertinente la question de l'accès aux droits et à la santé et le nécessaire travail de proximité que seule l'initiative locale peut promouvoir. Citons encore la ville de Saint-Denis qui a engagé une réflexion centrée initialement sur la question de l'engorgement des urgences et qui a perçu rapidement la nécessité de l'envisager sous une approche par déterminants : aborder non seulement le soin, mais aussi la santé au sens large.

La santé est donc un objet dont tout le monde s'occupe et se préoccupe, de près ou de loin, à différents échelons<sup>8</sup>.

De fait, nous disposons d'un certain nombre de leviers au niveau des villes pour contribuer à la santé et au bien-être de leurs habitants. Cependant, cet objet peut encore nous échapper dans une perspective collective et partagée. Il apparaît alors essentiel que la santé en tant qu'objet soit nommée, désignée, pour être portée légitimement et de façon intégrée au sein de la politique de la ville.

L'ASV est là pour contribuer à renforcer les politiques de santé publique au niveau local, elles-mêmes partie prenante d'une démarche plus globale, celle du *développement local*. Il peut ainsi

contribuer à la mise en synergie de différentes initiatives. Il est essentiel de rappeler par ailleurs, comme le soulignent les membres du groupe de travail, que *l'ASV n'entre pas en concurrence avec les projets déjà menés mais s'inscrit de façon complémentaire dans un existant*. Cette promotion locale d'une politique de santé s'engage dans une double dynamique (du national vers le local, mais aussi du local vers le national) qui reste à renforcer avec les politiques nationales et régionales particulièrement pour la période à venir 2003-2006 des PRAPS. C'est dans cet espace que les ASV pourront jouer pleinement leur rôle dans l'optimisation des dispositifs de lutte contre les exclusions.

Ces différents niveaux d'articulation doivent pouvoir se traduire dans la pratique, au-delà de demandes de financements, par des collaborations centrées sur le contenu des projets. Aujourd'hui, de fait, des institutions sont sollicitées dans le cadre de lignes budgétaires mais sont interpellées exclusivement comme bailleurs de fonds. Or, le lien entre bailleur et acteurs de terrain pourrait aussi se construire autour de contenus de programmes ou d'actions. Ce type de relation aurait l'avantage de favoriser la compréhension des réalités locales et d'impliquer aussi une présence forte des institutions d'État sur le terrain. Ainsi, les liens entre politiques, financeurs et acteurs de terrain pourraient se construire sur d'autres registres.

Si les participants au groupe de travail témoignent bien du potentiel que représente la politique de la ville en matière de santé, ils pointent aussi les difficultés qu'il faut surmonter pour forger des approches compréhensives entre les différentes politiques en construisant des alliances opérationnelles.

---

8. La question se pose aussi par exemple dans le cadre des débats sur la décentralisation au niveau des conseils régionaux, qui n'ont pas de compétence spécifique en matière de santé – même si des conseils régionaux comme celui du Nord-Pas-de-Calais se sont engagés résolument dans les questions de santé (Yann Bourgueil et Marina Serré, 2002) : solidarités avec certains publics, jeunes en formation, aménagement du territoire, prévention et éducation à la santé, mise en place des systèmes d'information, etc.

Les recommandations du groupe de travail insistent spécifiquement, dans ce cadre, sur la nécessité de *promouvoir une culture partagée* autour de la santé : élus, professionnels du champ sanitaire, social et éducatif, habitants, etc. La promotion de cette culture commune peut nécessiter la mise en place de formations, mais le groupe recommande avant tout des espaces pour débattre, échanger des expériences, entrer dans des processus de co-construction.

Ces temps de réflexion seraient à élaborer en fonction des configurations locales, en alternant diverses stratégies : par champ professionnel, lorsque des éléments spécifiques doivent être remis à plat, ou au contraire en mixant les publics de façon à forger une culture partagée. Le travail sur les déterminants de la santé semble alors une thématique incontournable.

Enfin, développer des *modes de coopération innovants* permettant de travailler sur la santé dans des perspectives partagées est une demande récurrente qui fait partie des leviers fondamentaux de renforcement des ASV<sup>9</sup>. Promouvoir une vision partagée n'exclut pas le débat contradictoire, celui-ci fait au contraire partie du processus. Il ne s'agit en aucun cas de faire la promotion d'une « pensée unique » sur la question.

La question de la légitimité de la santé au sein de la politique de la ville se trouve posée ainsi à deux niveaux interdépendants : le politique et l'opérationnel. Les prises de décision politiques – ou leur absence – font partie des facteurs clés dans la réussite de la démarche ASV, mais le renforcement des synergies constitue un défi important, même si la Seine-Saint-Denis enregistre des avancées notoires.

---

9. Il est important de souligner que ces modes de coopération ont évolué mais qu'il existe un manque de visibilité important et peu de capitalisation des expériences menées.

### 3. L'engagement des élus : au-delà de la décision

---

LE succès de la démarche ASV repose sur la construction d'une légitimité à différents niveaux afin de créer une surface à la fois politique et opérationnelle qui permette de répondre aux enjeux des ASV aussi bien sur les plans national, régional, départemental que local<sup>1</sup>. C'est pourquoi les conditions de mise en place d'un ASV doivent être particulièrement soignées : *« C'est la présence et l'implication effective de toutes les composantes d'une politique de santé publique qui créent, nous semble-t-il, les conditions d'un réel développement des ASV sur un département. Quand l'une de ces composantes est défaillante, ou moins clairement impliquée [...], la démarche s'en trouve automatiquement affaiblie »* (Joubert, 2002, p. 2). Au niveau de la ville, la légitimité de l'ASV implique au minimum l'engagement du maire, du sous-préfet à la ville (et du sous-préfet d'arrondissement selon les cas) appuyés par la DDASS et les autres institutions départementales qui, comme en Seine-Saint-Denis, renforcent cette légitimité avec l'engagement du conseil général, de la CPAM et d'autres acteurs comme l'ordre des médecins, la CRAMIF, la coordination des services sociaux, le CIRDD93 et le centre de ressources de la politique de la ville, Profession Banlieue (Joubert, Bertolotto et Truze, 2001).

Le groupe de travail mis en place par Profession Banlieue a permis de débattre de cette interface entre politique et technique nécessaire au développement des ASV en soulignant les acquis en Seine-Saint-Denis, notamment sur certains sites, mais en insistant aussi sur l'importance de créer ou de renforcer selon les cas des passerelles concrètes pour que les professionnels des différents secteurs et les élus puissent œuvrer, depuis leur place et responsabilités respectives, à la construction de politiques de santé au niveau des villes.

Si la contractualisation est indispensable pour signifier politiquement l'intérêt de la ville pour les questions de santé, elle n'est cependant pas suffisante. L'engagement est exigeant : *« Il faut un réel portage au niveau des villes tant du maire que des autres élus, et ce portage doit s'inscrire dans le temps. »*

*« Cet engagement politique est important, y compris quand la forme juridique choisie pour l'ASV est une association dans laquelle la ville est un des partenaires »* : c'est le cas de Saint-Denis, où la Maison de la santé est la traduction opérationnelle de l'ASV.

Cette responsabilité se pose en particulier lorsqu'un diagnostic partagé de santé est engagé sur un territoire. De fait, l'exercice de ce type de dia-

---

1. Niveau communal ou infra-communal (sachant qu'à ce jour le niveau de l'agglomération est le territoire choisi pour nombre de sites ASV en dehors de la Seine-Saint-Denis).

gnostic ne peut se poser uniquement en termes méthodologiques ou techniques : engager un diagnostic partagé est déjà un acte politique, puisqu'il donne la parole aux habitants et leur offre des espaces de débat public sur les questions qui les touchent au plus près. Les élus doivent donc aussi promouvoir, dans la proximité, la pleine participation des habitants.

Réaliser un diagnostic, c'est aussi rendre explicite la volonté de faire évoluer les situations rencontrées. D'ailleurs, professionnels et habitants posent souvent la question du devenir des études ou enquêtes auxquelles ils ont contribué sans en avoir de retour, ni constater de suites concrètes. Ces enquêtes multiples sans suite rendent les dynamiques et les processus de participation incertains, fragiles, et génèrent peu à peu déceptions démobilisatrices et résistances à de futures initiatives de même nature.

Le groupe de travail insiste donc sur la nécessité de s'engager dans la continuité des diagnostics, même si, au début de processus, on ne perçoit pas toujours les formes concrètes des suites à donner.

L'importance de l'implication concrète et effective des élus sur le terrain est donc soulignée par les acteurs. C'est en effet dans la proximité et le lien créé au plus près des milieux de vie des habitants que les problématiques font surface, qu'elles prennent sens autour des dynamiques, des ressources et leviers que seuls les espaces de rencontre réguliers permettent d'appréhender. Les professionnels sont pourtant confrontés au quotidien à des questionnements qui ne relèvent pas toujours de leur compétence – puisque dans le champ du politique. Ils pointent clairement le bénéfice que représente la présence des élus dans les

réunions de quartier, favorable aux prises de décision rapides, le lien instauré entre les élus et les habitants permettant en outre d'accroître la fluidité des processus décisionnels.

L'engagement des élus dans la durée est en outre un des facteurs de succès des ASV. Il ne suffit pas en effet de valider le lancement de la démarche, il faut aussi contribuer à sa construction dans le temps. L'ASV se développe dans un processus de collaboration, de coopération entre les différents acteurs de la politique de la ville : les acteurs de terrain identifient explicitement le rôle moteur des élus, à la fois pour légitimer la démarche mais aussi pour impulser les coordinations de projets et d'actions.

C'est aussi pour cette raison que l'élu doit animer le comité de pilotage mis en place dans le cadre de l'ASV : c'est lui qui pourra impulser le processus de construction d'une politique locale de santé publique, appuyé et relayé par les professionnels des champs sanitaires et sociaux, éducatifs tout spécialement : *« le manque de mobilisation des acteurs politiques a des répercussions sur la mobilisation des partenaires ; la ville doit donc être moteur. »*

Enfin, les élus qui endossent lors de leur élection la responsabilité de promouvoir des conditions favorables à la santé des habitants (Wresinski, 1987) doivent inscrire ou renforcer, selon les cas, la problématique santé dans l'agenda politique de leur ville, les ASV constituant aujourd'hui une opportunité qui ne peut vivre et se développer qu'avec leur soutien. Le lien entre les élus et les coordinateurs des ASV est donc un facteur important de réussite, et la place du coordinateur dans l'organigramme des villes un des éléments essentiels à prendre en compte.

## 4. Le dispositif opérationnel des ASV en Seine-Saint-Denis

---

LES enjeux des ASV renvoient aux nécessaires transformations dans les modes d'organisation et de collaboration entre les espaces politiques, institutionnels, mais aussi associatifs: « *Transversalité accrue, négociation et partenariats multiples, approche contractuelle et coopération entre différents niveaux territoriaux, développement des réseaux, des lieux de médiation, espaces publics de débat, mutualisation des interventions, coproduction de la ville dans l'esprit du "faire avec l'ensemble des acteurs de la ville"* » imposent de trouver des espaces divers et complémentaires (CNV, 2001, p. 117-118).

Depuis le début de l'expérimentation des ASV dans le département de la Seine-Saint-Denis, les villes se sont positionnées politiquement et se sont dotées d'instances pour faciliter leur mise en œuvre, suivies en cela par les politiques institutionnelles.

Mais les instances et les dispositifs s'avèrent aujourd'hui parfois peu lisibles par les opérateurs de terrain et il serait sans doute important d'inscrire le « qui fait quoi ? » dans le registre des éléments de compréhension à acquérir par les acteurs de la politique de la ville au-delà des coordinateurs ASV. Cette lisibilité est rendue particulièrement compliquée du fait de l'utilisation de termes qui se réfèrent à la culture et au langage de différents secteurs professionnels: nous avons pu constater

ainsi que certaines instances portent le même nom sans avoir les mêmes fonctions et rôles et que, à l'inverse, certaines instances ont les mêmes fonctions tout en portant des noms différents. Ces éléments qui peuvent sembler « anodins » induisent des confusions fréquentes.

---

### L'organisation actuelle des ASV dans le département de la Seine-Saint-Denis

#### Le comité de pilotage départemental des ASV.

Instance de décision politique, il est composé de la DDASS, de la DRASS, de la DIV, de la DGS et, depuis janvier 2004, de la CPAM.

#### Le comité de partenaires.

Instance départementale, il réunit, outre le comité de pilotage, toutes les institutions impliquées potentiellement dans l'impulsion et le développement des actions de santé dans le cadre de la lutte contre les exclusions: CPAM, CRAMIF, conseil général (service de prévention et des actions sanitaires, PMI), inspection académique, CIRDD93, Profession Banlieue, Conseil de l'ordre des médecins, CAF, CLICOSS, Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. Ce comité permet d'asseoir la légitimité de la démarche des ASV. Il assure le lien entre les missions des différentes institutions.

#### Le comité de pilotage local des ASV.

Instance essentielle de suivi dont certaines villes ou territoires concernés par les ASV se sont dotés pour mettre en place et suivre les actions. À Saint-Denis, par exemple, structure associative qui porte l'ASV tandis que le conseil d'administration de la Maison de la santé joue le rôle de comité de pilotage.

---

## LE COMITÉ DE PILOTAGE DES ASV

L'existence d'un comité de pilotage semble liée au stade où les villes se sont engagées dans la démarche ASV : la plupart des villes qui ont engagé un diagnostic local de santé se sont dotées d'un comité de pilotage, qui, au-delà du diagnostic lui-même, représente l'instance au sein de laquelle l'ASV se développe et peut se pérenniser (exemples : Blanc-Mesnil/Dugny, La Courneuve, Pierrefitte-sur-Seine, Montreuil-sous-Bois). On notera ici que plus la démarche se situe en amont des actions et aborde les questions de santé de façon généraliste et globale, plus les modes de coordination tentent de se structurer dès le départ et permettent de réunir une plate-forme d'acteurs importante<sup>1</sup>. On est alors dans un scénario où, si les dispositifs influencent les processus, l'inverse est également vrai : le stade où s'enclenche la réflexion génère des processus d'organisation distincts.

Un comité de pilotage local doit intégrer au minimum les élus, le chef de projet, les représentants de l'administration centrale dont la DDASS, des référents techniques (santé, social) et le coordinateur de l'ASV. Cependant, la configuration du comité de pilotage doit rester ouverte et devrait intégrer les habitants. Par exemple, le comité de pilotage de l'ASV du Blanc-Mesnil/Dugny comporte quarante personnes (vingt pour chaque ville) et regroupe les élus et les chefs de service, la DDASS, les deux coordinateurs de l'ASV et quelques habitants. Le comité de pilotage valide les propositions faites dans le cadre de l'ASV et décide des orientations futures à donner. Ce comité de pilotage comporte un sous-groupe : le *comité technique*, qui intègre moins d'acteurs et permet de travailler sur des questions spécifiques. Peu de comités de pilo-

tage ou d'instances techniques intègrent des habitants de façon systématique.

Si le coordinateur ASV est chargé d'animer la démarche, les membres du groupe de travail s'accordent à dire que le comité de pilotage local doit être animé, pour les raisons stratégiques évoquées antérieurement, par le maire ou par un autre élu. Le coordinateur de l'ASV a en revanche pour responsabilité de fournir les éléments importants dont le comité de pilotage doit se saisir pour prendre les décisions.

## UN COMITÉ DE PILOTAGE SPÉCIFIQUE À L'ASV ?

L'importance d'une instance qui porte l'ASV a été soulignée par tous les participants du groupe de travail. La nécessité de promouvoir politiquement la démarche, de renforcer l'inscription des questions de santé au sein de la politique de la ville et d'encourager la coordination des programmes et des actions passe par une instance clairement identifiée.

Si cette instance est indispensable, la forme qu'elle peut prendre a fait l'objet de débats au sein du groupe. De fait, les participants adhèrent à l'idée de ne pas multiplier les lieux de coordination afin d'éviter la dispersion des énergies. En même temps, on souligne aussi dans ces débats les inquiétudes liées aux logiques distinctes des différents dispositifs de la politique de la ville et du contrat de ville, logiques dans lesquelles les coordinateurs ASV ne trouvent pas nécessairement la place pour exercer leur mandat. Si cette dimension n'est pas prise en compte, le défi de décloisonner les dispositifs ne pourra être relevé.

---

1. Cette hypothèse serait néanmoins à valider sur d'autres sites.



Ainsi, dans certaines villes comme Épinay-sur-Seine, où la santé est un axe affirmé fortement au sein du contrat de ville, l'instance de coordination entre Épinay-sur-Seine et Villetaneuse (dans le cadre de ce projet intercommunal) est portée par le GPV.

Les membres du groupe de travail adhèrent à l'idée que la santé soit *effectivement* promue et affirmée comme un axe fort du contrat de ville et que l'instance portant l'ASV soit articulée avec le contrat de ville. En outre, le pilotage du contrat de ville doit intégrer systématiquement le coordinateur ASV (ce qui se vérifie en Seine-Saint-Denis pour huit des dix villes concernées, au moment des ateliers).

Le groupe de travail propose les recommandations suivantes concernant le rôle de cette instance qui devrait assurer :

- Le portage politique et technique de la démarche et le travail dans la transversalité.
- La validation des conclusions d'un diagnostic ou d'études éventuelles et les orientations à donner pour le futur.
- La validation des propositions de projets et d'actions.
- La validation de bilans d'étape de la démarche ASV.
- La promotion et la mise en œuvre de moyens pour que les professionnels engagés dans la démarche puissent y participer de façon effective (organisation du travail au sein des institutions, dégagement de temps pour les espaces de coordination).
- La promotion des conditions pour la réelle participation des habitants, conformément aux recommandations ministérielles.
- La garantie de l'évaluation de la démarche.

Si ces recommandations ont été faites, il convient cependant de souligner l'insistance des membres du groupe sur la nécessaire souplesse quant à l'organisation pratique de cette instance. Enfin, la communication autour de son rôle est jugée indispensable pour en améliorer la lisibilité auprès des différents acteurs et tout spécialement de ceux impliqués dans la démarche ASV.

## **POSITIONNEMENT ET ARTICULATIONS DE L'ASV LOCAL AVEC LES NIVEAUX DÉPARTEMENTAL ET RÉGIONAL**

En Seine-Saint-Denis, les liens entre les différentes villes existent grâce à l'implication effective de différents acteurs dont la DDASS et le centre de ressources Profession Banlieue. Lors des ateliers départementaux menés en 2001 et 2002, la DIV et la DGS ont également été présents dans les débats.

Ces liens sont importants à maintenir au niveau local, car ils contribuent à promouvoir les échanges, à renforcer les interfaces à différents niveaux territoriaux et les liens entre les niveaux décisionnels et opérationnels. Ils mettent en présence les acteurs de terrain et les promoteurs de politiques de santé. La proximité établie en Seine-Saint-Denis entre les représentants de l'État et les acteurs de terrain est soulignée comme un atout important.

La poursuite de ce lien est donc vivement souhaitée par le groupe de travail, l'enjeu étant de construire et de centrer ces espaces de rencontre autour des pôles d'intérêt partagés et avec des objectifs concrets de production. Ces espaces pourraient se construire tout spécialement autour des échanges d'expériences.

L'articulation entre le niveau local et le niveau régional serait cependant à renforcer: de fait, si l'on note dans les orientations ministérielles que le coordinateur doit être intégré au groupe de pilotage départemental du PRAPS, il n'existe pas de telle instance en Seine-Saint-Denis. La DDASS joue un rôle, reconnu par tous, d'information, de mise en relation, d'orientation et d'aide au montage des dossiers. Mais le questionnement mis au jour tourne plutôt autour de la dynamique entre les politiques de santé et les projets qui en découlent au niveau local et au niveau régional. Les coordinateurs se sentent peu investis du niveau régional, ce qui semble assez logique à l'heure actuelle en raison des charges de travail mais aussi parce qu'une certaine visibilité fait actuellement défaut au niveau régional. ASV et PRAPS sont liés pour l'instant essentiellement par le jeu des financements. Or, si l'on souhaite articuler les politiques sur leur contenu et qu'elles s'enrichissent mutuellement (un des enjeux des ASV étant bien de faire émerger de nouvelles initiatives, orientations et propositions au niveau régional), alors il faut dépasser la relation qui unit les acteurs seulement d'un point de vue contractuel et financier.

Le groupe de travail propose l'organisation de rencontres avec le comité des partenaires de la Seine-Saint-Denis afin de mieux connaître le rôle de chacun et de favoriser les passerelles rendant les coordinations plus fluides et opérationnelles. Il préconise également la création d'espaces de débat sur le PRS et le PRAPS. Tout cela contribuerait à construire une vision globale des différentes initiatives en matière de santé et de lutte contre les exclusions. Cette appréhension générale est un préalable indispensable pour renforcer les coordinations.

---

## Pour un pilotage départemental PRS/PRAPS

Sans invalider le travail effectué par la DDASS, la pertinence de la création d'un comité départemental PRS/PRAPS en Seine-Saint-Denis, auquel serait intégré le coordinateur ASV comme l'est le coordinateur PRAPS dans le comité de pilotage départemental de l'ASV, pour faciliter les liens entre l'échelon local et l'échelon régional, a été envisagé.

De l'avis du coordinateur départemental du PRAPS de la Seine-Saint-Denis, un tel comité de pilotage serait aujourd'hui justifié. Il devrait être en lien très étroit avec la CPAM et son programme de prévention (FNPEIS) afin de rendre pertinents un certain ancrage territorial des actions, un certain niveau de lecture des territoires et un appui notable sur des expertises locales de santé. Ce type de pilotage pourrait alors séduire d'autres partenaires et institutions et permettre un agencement et une déclinaison optimale des politiques de santé publique.

---

Ces éléments font donc émerger plusieurs interrogations importantes pour la consolidation des ASV aujourd'hui en Seine-Saint-Denis. Il s'agit notamment de renforcer les *instances de pilotage au niveau local* en trouvant les meilleures articulations possibles avec les dispositifs du contrat de ville, de consolider la *place des habitants* dans ces démarches, encore trop souvent minorée, et d'améliorer notablement la visibilité des actions mises en place. Par ailleurs, des articulations plus serrées entre les différentes instances devraient se faire sur des modes opératoires afin de ne pas multiplier inutilement les temps de réunion. Enfin, les démarches permettant de stimuler les dynamiques ascendantes et descendantes des politiques de lutte contre les exclusions et des programmes de santé devraient être consolidées.

## 5. Coordinations institutionnelles et partenariats

---

### INTRODUCTION

Les participants au groupe de travail ont mis en avant de façon récurrente, dans toutes les séances, la question d'une meilleure articulation du travail soit en termes de thématiques, soit en termes de territoires, en abordant le comment « mieux faire ensemble ». Ce constat amène à s'arrêter sur les notions de concertation, de collaboration intersectorielle et de partenariat qui constituent la clef de voûte de la consolidation des ASV, sur la question des postes de coordinateurs et, de façon plus générale, sur le renforcement de l'axe santé au sein de la politique de la ville.

Depuis plus de quinze ans maintenant, les nouvelles problématiques mises au jour au niveau local et la progression des facteurs de vulnérabilité ont contribué à l'émergence de nouvelles approches de la santé ; des acteurs nouveaux ont vu le jour, des pratiques innovantes et de nouveaux modes de relation entre les acteurs, formels ou informels, se sont construits. Aujourd'hui, le partage de référentiels communs et le type d'interactions à mettre en place entre les différents ac-

teurs sont d'une importance majeure pour la production locale de santé publique (Fassin, 1998) : tout en valorisant les acquis, il reste des zones à investir pour avancer dans ce domaine. En effet, « *l'insuffisance du partenariat dans les contrats de ville est largement partagée, mais, paradoxalement, il existe peu de travaux sur cette question bien qu'elle soit une des clefs de réussite des projets* » (Anderson et Vieillard-Baron, 2003, p. 145).

Les principes de promotion de la santé ont bien montré que *le secteur santé ne peut à lui seul résoudre tous les problèmes de santé et mieux encore les prévenir*. Le travail intersectoriel<sup>1</sup> rend compte de cette évidence. Chaque politique sectorielle de la politique de la ville aborde néanmoins les questions liées à la santé de près ou de loin, mais le fait d'un point de vue parcellaire, chacun possédant une vision de la réalité. La mise en commun des constats et des analyses permet d'approcher au mieux les réalités multifacettes. La mise en synergie des actions et des ressources cette fois-ci, avec des acteurs issus de champs de compétences diverses, est donc une nécessité si l'on veut travailler de façon articulée sur les déterminants de la santé. Cette nécessaire

---

1. L'action intersectorielle permet d'engager des actions en lien avec des résultats de santé là où les progrès dépendent de l'implication d'autres secteurs comme l'éducation et l'économie, etc. Elle favorise le décloisonnement des pratiques, la mise en commun de ressources diversifiées, la coordination des actions ainsi que *la diffusion de messages cohérents* au sein des différents secteurs. L'analyse d'une situation donnée par le repérage des déterminants est pour cela essentielle, car elle permet de visualiser la santé de façon globale et d'envisager des interventions à plusieurs niveaux (Guérin, 1990).

cohérence interroge : a) le travail avec les populations ; b) des thématiques, dont certaines sont particulièrement concernées par le travail intersectoriel ; c) les articulations dans le temps et l'espace. Les approches dites transversales, intersectorielles et territorialisées, sont donc indispensables à orchestrer à différents niveaux, un « chef d'orchestre » ayant une responsabilité essentielle dans le dispositif mis en place.

À ce jour, les coordinations intersectorielles se posent de façon différente selon les villes, en fonction de leur histoire et de leur mode d'organisation ; mais des facteurs interpersonnels interviennent aussi. Les coordinations se mettent essentiellement en place sur la base du constat de difficultés qui constituent alors le moteur pour la mise en commun de réflexions et de ressources. La réponse à ces difficultés passe donc en partie par la mise en place de coordinations, parfois formalisées, mais le plus souvent informelles. La contractualisation (des conventions) définit en principe la notion de partenariat (Guérin, 1990). Mais, dans le langage courant, il est impossible de distinguer dans l'utilisation du terme de partenariat si ces « partenaires » sont liés ou non par des engagements contractualisés.

Quelques expériences présentées dans les séances de travail (*voir encadré ci-contre*) permettent d'illustrer les raisons qui ont motivé la mise en place de coordinations, les objectifs poursuivis et les modalités du partenariat mis en œuvre. Certaines expériences questionnent aussi bien des thématiques spécifiques que les processus mis en place pour mieux traiter les éléments en débat.

Toutes ces coordinations reposent sur un processus de coproduction impliquant la mise en place de conditions favorables, notamment politiques, par un accompagnement sur le long terme, au-delà des intentions formulées de bonne foi par tous.

## Quelques exemples de coordinations mises en place

• À **Montreuil-sous-Bois**<sup>2</sup>, une coordination s'est mise en place à partir de 1998 afin de mieux gérer les plaintes adressées au maire – en tant que garant de la salubrité et de la tranquillité publique – pour nuisances et « troubles du comportement ». Le service communal d'hygiène et de santé (SCHS), qui gère ces plaintes, a impulsé un « groupe de travail sur la santé mentale et les troubles du comportement » dans lequel divers acteurs réfléchissent ensemble à des situations concrètes pouvant ou non nécessiter une hospitalisation d'office (HO). Les différents partenaires impliqués sont les services psychiatriques, le service social, le CMP, les services de police, des associations, les services municipaux, etc. Cette coordination s'est avérée une des réponses possibles face à l'inadéquation entre les situations rencontrées et les réponses classiques de traitement des épisodes de troubles du comportement : *le souhait de ne pas psychiatriser à outrance, ce qui pourrait être parfois la solution de facilité, amène donc les différents partenaires à examiner un cas spécifique pour trouver les meilleures solutions concernant la personne concernée et son entourage*. On est donc ici dans la recherche d'alternatives face à des situations révélatrices de réalités multiples et imposant une recherche de solutions adaptées au cas par cas. *Ce type de réflexion et d'actions concertées se veut avant tout centré sur la résolution urgente individualisée d'un problème très spécifique. Une plus grande implication de l'entourage de la personne concernée, chaque fois que les situations le permettent, est une des recommandations mentionnée lors de la séance de travail.*

• À **Pierrefitte-sur-Seine**<sup>3</sup>, toujours dans le cadre de la santé mentale, une coordination s'est envisagée sur un champ plus étendu, à partir du même constat : l'inadéquation entre la demande et l'offre de soins ou, plus généralement, de services. La problématique « santé mentale » a émergé à Pierrefitte-sur-Seine, lors du diagnostic réalisé localement, comme une thématique prioritaire partagée à la fois par les professionnels, les associations et les habitants. La coordination mise en place s'est donnée différents objectifs pour se construire en tant que telle et évoluer à terme vers un réseau (voir page 33).

• À **Aulnay-sous-Bois**, la décision de créer une plate-forme de coordination dans le champ des addictions, baptisée CLICA<sup>4</sup>, repose sur une série de constats identifiés lors d'une analyse préalable à la mise en place du dispositif. Un dispositif souple, rapide, dont on détaillera les objectifs plus loin (voir pages 33-34), s'est structuré et surtout dispose de moyens pour faire vivre cette coordination. Notons que cette démarche diagnostique n'est pas présente de façon systématique avant la mise en place de coordinations, surtout quand l'analyse implique les populations.

• Enfin, l'expérience de la ville de **Saint-Denis**<sup>5</sup>, que nous décrirons également plus loin (voir page 36), met en évidence : a) que les actions intersectorielles partent des interrogations de terrain et ne peuvent être projetées dans le temps que si l'animation de la coordination est assurée; b) que ces coordinations ne peuvent exister que si elles sont accompagnées politiquement, pour s'amorcer et surtout perdurer.

2. Présentation du 12 décembre 2002.

3. Présentation du 12 décembre 2002.

4. Comité de liaison et d'information sur les conduites addictives; présentation du 24 avril 2003.

5. Présentation du 27 mars 2003.

## LES ACTEURS IDENTIFIÉS

En 2001, l'analyse des projets avait permis d'identifier un certain nombre de partenaires potentiels (Joubert, Bertolotto et Truze, 2001) : les acteurs des champs de *l'éducation* et de *la formation* (cités en référence dans près de sept projets sur dix), les *professionnels de santé* comme les médecins généralistes, les pharmaciens ou les professionnels paramédicaux, les *associations*, les *collectifs* et les *réseaux d'acteurs de santé*, les *acteurs de*

*proximité* impliqués dans la prévention des toxicomanies, la santé mentale, l'action sociale, etc.

L'exercice réalisé en septembre 2003 avec les participants au groupe de travail montre, en dehors des élus, qui apparaissent aussi comme des partenaires, une palette d'acteurs avec lesquels les liens sont plus ou moins soutenus. La formalisation présentée ci-après (*tableau*) ne doit cependant pas occulter les évolutions permanentes des acteurs impliqués.

---

### Les acteurs impliqués dans les ASV

#### Partenaires

##### institutionnels :

représentants de l'État, du département, autres

- DDASS
- Hôpital (PASS en particulier)
- Service prévention CPAM; CRAM (dont service social); CAF
- Services du conseil général: mission départementale de prévention des conduites à risque et des toxicomanies, service de prévention et d'action sociale, unité de dépistage anonyme et gratuit du VIH, PMI et crèches, service personnes âgées, mission handicap, services sociaux, plate-forme RMI, ASE
- Secteur psychiatrique et inter-secteur de pédopsychiatrie
- Éducation nationale
- Médecine scolaire
- Mission locale
- ASSEDIC
- ANPE
- PJJ, Maison de la justice
- Gestionnaires de foyers
- Résidence sociale
- Bailleurs (dont foyers Sonacotra)

#### Partenaires

##### sous autorité de la commune

(ou commune limitrophe)

- MOUS
- Services municipaux de la jeunesse; structures petite enfance/enfance, centres de loisirs
- Service de santé municipal; service de promotion de la santé
- Service d'hygiène; service habitat; mission intégration
- CMS
- Démarche quartier
- Centre social
- CCAS
- CMPP

---

#### Autres partenaires

##### Partenaires associatifs

- Centre social; associations des secteurs handicap, défense des droits (MRAP, enfants, femmes, résidents...), formations, loisirs
- Associations «humanitaires» (habitants)
- Régie de quartier, maison des parents; club de prévention

##### Professionnels :

- Médecins libéraux (et associations); pharmaciens; paramédicaux, diététiciens

**Habitants** (individuels, associations indépendantes ou relais financés par les services municipaux)

---

Le nombre de fois où les acteurs sont cités varient de façon importante d'une ville à l'autre, mais il s'agit aussi peut-être d'un biais lié à la façon dont les villes ont répondu au questionnaire qui leur avait été proposé.

En tout état de cause, dans le groupe de travail, les acteurs les plus cités sont ceux de la médecine scolaire, les services de PMI, les crèches et les services sociaux en général ainsi que la DDASS.

Avec certains acteurs, *les liens semblent difficiles à concrétiser*, et cela pour des raisons différentes<sup>6</sup>:

- Les professions médicales et paramédicales libérales tout spécialement, mais aussi les professionnels des hôpitaux ou les habitants font partie des constats récurrents de difficultés<sup>7</sup>. Cette situation doit être analysée et mise en regard des difficultés exprimées par chaque catégorie. Les médecins généralistes, par exemple, peuvent formuler paradoxalement un isolement important (comme lors du diagnostic local de santé réalisé sur La Courneuve par RESSCOM). Les acteurs du secteur des soins jouent un rôle clef dans la perspective de la construction d'une politique locale de santé et devraient donc être plus présents. Par contre, il existe des initiatives intéressantes (voir *supra*) qui pourraient être utilisées comme des études de cas pour aller plus loin sur cette question. Le défaut d'implication des habitants devrait être traité tout spécialement.

- Les centres de soins, notamment ceux relevant du champ des dépendances, n'apparaissent pas.
- Les acteurs du secteur associatif sont cités de façon très variable selon les villes, certaines pouvant s'appuyer fortement sur ce socle<sup>8</sup>. Les associations d'autosupport, les associations d'aide aux usagers de produits licites ou illicites ou encore les associations de malades n'apparaissent pas ou exceptionnellement (comme à Aulnay-sous-Bois).

Si la construction de coordinations, plates-formes et réseaux, émerge depuis un certain nombre d'années, poser un regard un peu systématique sur les acteurs locaux devrait permettre d'avancer. L'analyse discriminée, au niveau des villes ou de l'échelon territorial choisi dans le cadre de l'ASV, des acteurs impliqués et de ceux qui restent à la marge est un exercice pertinent: réaliser un *tableau des acteurs* permet alors de mettre en évidence ceux qui sont impliqués mais aussi les «absents», comme aussi de qualifier la nature et la qualité des liens entretenus entre les acteurs<sup>9</sup>. Cette analyse fait souvent défaut alors qu'elle devrait venir compléter de façon systématique la connaissance du «réseau» que chacun acquiert par sa propre expérience, essentielle mais incomplète.

La pratique des coordinateurs ASV met donc en relief un certain nombre de partenaires avec lesquels ils entretiennent des *liens de nature et d'in-*

6. Sans pouvoir généraliser ces remarques, des interrogations déjà énoncées en 2001 (Joubert, Bertolotto et Truze, 2001) persistent à ce jour quant aux difficultés des articulations avec le secteur libéral et aux difficultés concernant l'implication des habitants.

7. *Pour mémoire*: «Deux grands registres de questionnement traversent aujourd'hui, *via* les ASV, cette approche des articulations d'acteurs, de problématiques et de secteurs:

– l'implication inégale de certains acteurs de santé; pour des raisons qui peuvent être diverses, certains professionnels entrent difficilement dans ce type de démarche. Les médecins libéraux, d'une manière assez générale, ont du mal à trouver les conditions et le temps de la participation. Ils constituent pourtant, en tant qu'acteurs de proximité, un pan essentiel de la réussite de la plupart des projets engagés en direction des populations en difficulté. De même, l'hôpital, pointé comme un partenaire crucial pour ce même objectif, n'est pas toujours au rendez-vous. Les synergies territoriales sont à trouver de ce point de vue: à l'échelle du quartier pour les généralistes libéraux, à l'échelle intercommunale pour les hôpitaux;

– sur le terrain de la prévention, ce sont les liens avec l'Éducation nationale qui demandent à être travaillés. Le travail en réseau permet souvent une implication graduée de ces acteurs, mais suppose des moyens spécifiques pour tenir dans la durée» (Joubert, 2002, p. 6).

8. Voir l'expérience de la ville d'Aubervilliers décrite au chapitre 6.

9. Voir tout spécialement O'Neill et al. (1997), Crozier et Friedberg (1977).

*tensité variable* en fonction d'une part du projet ASV retenu et d'autre part du type d'interlocuteur. Par ailleurs, *ces liens sont fluctuants dans le temps*: ils évoluent avec les différentes étapes du projet porté au titre de l'ASV et les autres expériences déjà enclenchées sur le territoire.

Comme souvent, les participants au groupe de travail reprochent à ces liens de partenariat d'être trop dépendants des individualités: ce ne sont pas toujours les institutions qui s'engagent réellement, mais plus souvent des individus, et les processus déjà fragiles le sont encore plus.

Enfin, on se doit de distinguer les partenaires purement institutionnels, les partenaires opérationnels et les bailleurs de fonds. En Seine-Saint-Denis, une des particularités à souligner est la proximité de certaines institutions du département avec les terrains: DDASS et conseil général (qui exprime d'ailleurs le souhait de renforcer les liens avec ses structures de proximité) sont proches des acteurs.

Outre les éléments soulignés ci-dessus, les participants au groupe de travail insistent sur la nécessité de *renforcer les liens avec les chefs de projet* des contrats de ville (quand il n'existe pas de lien hiérarchique), de *continuer à décloisonner* les champs sanitaire, social et éducatif en réfléchissant en outre à l'implication des médecins libéraux, de l'hôpital, mais aussi de l'Éducation nationale: des décisions politiques et institutionnelles et des modalités concrètes sont à trouver pour rendre les articulations possibles et les procédures moins lourdes – spécialement avec l'Éducation nationale – pour ne pas ruiner les efforts que certains seraient éventuellement prêts à faire localement.

Enfin, la DDASS et le conseil général réaffirment leur souhait de continuer à jouer un rôle de faci-

litateurs pour appuyer les coordinations locales et souhaitent être impliqués<sup>10</sup> sur le contenu des actions et des programmes envisagés, en amont et en aval des demandes de financement.

Le renforcement de ces liens entre les acteurs locaux doit être associé par ailleurs aux coordinations évoquées lors des dispositifs mis en place en Seine-Saint-Denis concernant les ASV (comités de pilotage ou autre instance au sein du contrat de ville) et le comité de partenaires.

Ces coordinations, d'un point de vue autant quantitatif que qualitatif, constituent un des indicateurs pertinents à documenter dans le cadre des évaluations, car elles constituent des facteurs de succès (et sans doute des indicateurs) de la démarche ASV et illustrent bien le processus annoncé.

## LES THÉMATIQUES

Les champs de la santé mentale, des addictions, de l'accès aux soins et de la nutrition constituent les thématiques les plus souvent visées dans la mise en place de la démarche ASV (Joubert, 2002). Du point de vue des partenariats, quelques expériences méritent d'être mentionnées pour illustrer la plus-value des actions intersectorielles mais aussi les moyens à dégager pour leur mise en œuvre.

### La santé mentale : Pierrefitte-sur-Seine

Cette thématique regroupe une série de problématiques difficiles à cerner et répond à une des préoccupations prioritaires pour de nombreuses villes. Elle pose explicitement les limites des ré-

---

10. Une mention est faite spécifiquement par le conseil général.



ponses classiques existantes et la nécessité d'innover, de mener une réflexion partagée qui permette de mieux cerner le champ, de l'inscrire dans la lecture même des processus d'exclusion et non plus seulement dans la « maladie ».

Les participants au groupe de travail dénoncent de façon soulignée le danger de psychiatriser tous les troubles du comportement, tout comme le processus qui tendrait à psychiatriser ou à criminaliser la pauvreté, et insistent sur l'inadéquation des réponses « classiques ».

À Pierrefitte-sur-Seine, la mise en place de la coordination a constitué un des moyens pour travailler d'emblée ce thème de façon décloisonnée, en associant le CMP enfants et adultes, la médecine scolaire, le RASED, le secteur petite enfance, la psychiatrie libérale, le club de prévention, les centres sociaux, la maison des parents, les assistantes sociales de la DPAS, la PMI, le CMS, le service prévention santé, le centre de planification, le projet ville RMI et la mission locale.

Les objectifs fixés par cette coordination sont développés à différents niveaux :

- identifier les signes permettant de parler de souffrance psychique,
- identifier les processus en question, les ressources existantes, les manques et les dysfonctionnements constatés,
- enfin, identifier, en regard de ces analyses partagées, les besoins.

Au-delà de ces objectifs, d'autres émergent de façon explicite ou pas :

- mieux se connaître (parce que l'on se connaît mieux, l'utilisation des ressources est plus fluide),
- rechercher un langage commun,
- identifier les passerelles à mettre en place entre les professionnels et les structures,

– entrer dans une logique d'actions communes, cohérentes et complémentaires, afin d'accompagner le public vers plus d'autonomie.

On voit bien ici que, sur une thématique donnée, la recherche d'une culture partagée multidisciplinaire est sous-jacente. Ce type de démarche décloisonnée se pose exactement dans les mêmes termes sur d'autres thématiques et permet aussi de s'approcher des logiques qui font ressortir dans la construction d'une politique locale de santé.

### **Les pratiques addictives : Aulnay-sous-Bois**

Concernant la thématique des addictions, l'expérience d'Aulnay-sous-Bois, avec la création officielle du CLICA en décembre 2000, montre comment les coordinations locales peuvent s'articuler en jouant sur plusieurs registres : mise en synergie du secteur prévention et du secteur soins, lien entre secteur ville et structures spécialisées, passerelles entre secteurs institutionnels et associatifs. Là encore, l'enjeu est de créer des surfaces de travail les plus larges possibles. On voit apparaître le bénéfice de coordinations qui permettent une approche globale sur une problématique donnée et le renforcement du travail de proximité avec les habitants dont les usagers de produits, licites ou illicites.

La plus-value de l'ASV a été dans ce cas de financer le poste de coordinateur et de contribuer au renforcement qualitatif du volet « accueil » de la structure (implication de travailleurs sociaux par exemple).

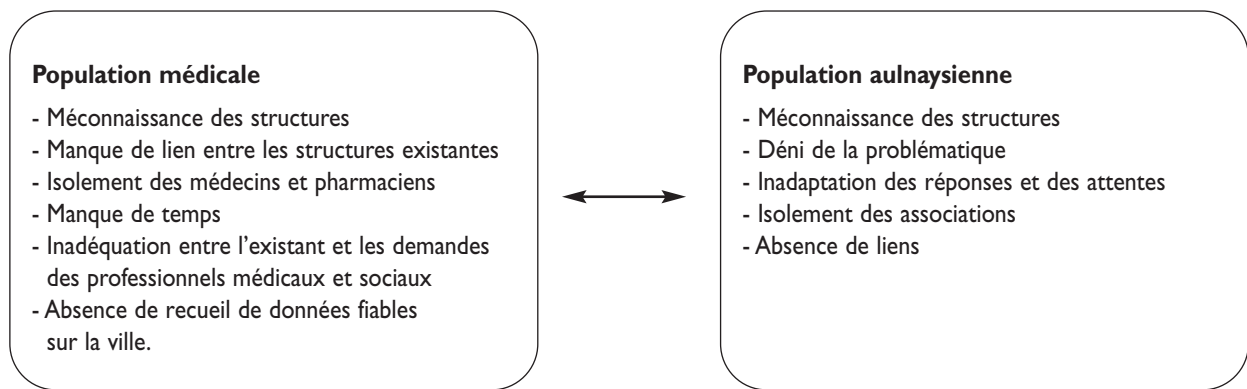
La structure mise en place après une analyse locale de la situation<sup>11</sup> (*schéma page suivante*) a été

---

11. Extraits de la séance de travail du 24 avril 2003.

créée en tenant compte des ressources existantes et en produisant de nouveaux modes de fon-

ctionnement et non de nouvelles structures de prévention ou de prise en charge.



La nouvelle structure est la coordination mise en place. L'objectif général est centré sur une approche globale des dépendances, la promotion d'une vision commune dans ce champ et le décloisonnement des différentes ressources, de la prévention primaire à la prévention tertiaire, *via* la mise en place d'une coordination locale et l'animation du réseau des professionnels sur Aulnay-sous-Bois<sup>12</sup>.

*In fine*, il s'agit de *promouvoir l'accès à la prévention et aux soins de la population d'Aulnay-sous-Bois*.

Le CLICA s'est donc engagé dans un travail de lien ambitieux qui reste à consolider. Un certain nombre d'indicateurs de processus, pour évaluer par exemple la connaissance des ressources par les professionnels et les habitants, les types et les modes des orientations dans le circuit, les recours spontanés et l'utilisation de

la structure, le suivi conjoint de patients en partenariats, ont été mis en place et doivent permettre d'ajuster les modalités de fonctionnement. Une des forces de la coordination repose sur la souplesse du dispositif et sa capacité à s'adapter<sup>13</sup>.

Essentielle d'un point de vue tant géographique qu'humain, la *proximité du dispositif avec les acteurs* est garante de la qualité des liens, de la bonne connaissance des réalités du terrain et donc de réponses les plus satisfaisantes possibles. Cela est rendu d'autant plus facile que le territoire d'intervention est petit. Cet échelon permet la mise en place de conditions favorables pour les échanges concernant l'information et la prise en charge de cas complexes. Selon les participants ayant présenté le dispositif, la proximité est également présente dans l'adaptation aux besoins des interlocuteurs locaux, la possibilité d'intervention *in situ* et une réactivité importante.

12. Une présentation plus complète du travail réalisé par le CLICA est donnée en annexe 2.

13. La capacité d'adaptation des organisations est une des clefs pour en assurer la pérennisation. On peut utiliser cette capacité comme indicateur.

Cette proximité explique aussi l'adhésion des professionnels libéraux, que l'on voit peu habituellement dans les instances de coordination. L'expérience d'Aulnay-sous-Bois montre que les libéraux, souvent absents des initiatives locales, en tout cas dans les expériences décrites à ce jour dans les ateliers, peuvent être mobilisés, sous certaines conditions : dans le cas présent, les médecins peuvent utiliser le service du CLICA parce que ce dernier répond en premier lieu à une demande concrète (la coordination est par ailleurs gérée par un médecin). La souplesse du dispositif, la forme donnée aux réunions, informelles et conviviales, centrées sur des aspects qui intéressent directement les professionnels, sont aussi des éléments à prendre en compte dans d'autres cadres.

Par contre – mais le processus est en marche –, la coordination mise en place regrette pour l'instant le défaut d'intégration du secteur social, qui contribuerait à développer réellement une approche multidisciplinaire et globale de la problématique. Le secteur éducatif commence pour sa part à être présent, *via* des séances d'information dans les écoles, mais sa pleine participation pourrait sans doute être renforcée.

Quant à la place de la population comme ressource, elle apparaît pour l'heure marginale ; inscrite dès l'origine dans les axes de travail, elle ne s'est pas formalisée à ce jour. C'est certainement un des axes à développer dans les années à venir pour effectivement impliquer les populations tout spécialement dans une stratégie de lutte contre les exclusions. Il faut ainsi souligner la difficulté à rejoindre les publics les plus exclus ou en rupture ; combattre cet état de fait nécessitera sans doute de diversifier les modes d'approche, tout spécialement par le travail de proxi-

mité ou le travail de rue, et de renforcer les liens avec les associations.

L'expérience d'Aulnay-sous-Bois en matière d'ASV nous montre encore que c'est bien la mise en synergie des ressources en partant de l'existant et en innovant qui doit primer pour une meilleure cohérence des dispositifs et pour faciliter au final l'accès à la prévention et aux soins des populations. Souple et réactif, ce dispositif ne fonctionne pas sur une structure légère. La coordination, identifiée comme un dispositif incontournable, nécessite en effet des ressources : à ce jour, quatre personnes y travaillent à temps plein. Deux partenaires de First<sup>14</sup>, l'association de réduction des risques, sont également présents, tandis que d'autres encore, prêts à être sollicités de façon ponctuelle, complètent l'équipe des salariés.

La construction de coordinations et leur animation sont donc extrêmement lourdes par la charge de travail induite. Le bénéfice des coordinations efficaces doit effectivement amener à généraliser sous certaines conditions le financement de ces postes. Dans la perspective du renforcement des ASV, si la coordination est inscrite dans les agendas, c'est *l'animation* de cette coordination qui doit se décliner en termes d'objectifs, d'actions et de ressources. Ces aspects sont, au-delà des acquis à ce jour, encore à consolider.

### **L'accès à la prévention et aux soins : Saint-Denis**

Dans le domaine de l'accès à la prévention et aux soins, les expériences partagées dans le groupe ont permis de pointer le bénéfice de processus inter-

---

14. Formation, intervention, recherche sida, toxicomanies.

sectoriels permettant d'aborder les difficultés d'accès aux services de soins sous des angles diversifiés.

L'atelier santé ville de Saint-Denis<sup>15</sup> se décline pour la période 2001-2006 sous une forme associative : la Maison de la santé, née de la rencontre entre une histoire de santé locale déjà ancienne, les conclusions de la première conférence locale de santé de Saint-Denis (1998) et l'opportunité représentée par les ateliers santé ville. La Maison de la santé a dans l'article 1 de ses statuts pour objet principal de contribuer à la santé des Dionysiens en favorisant une dynamique partenariale de promotion de la santé. Elle a notamment pour objectifs<sup>16</sup> de :

- faciliter des actions de santé publique, de promotion de la santé et de santé communautaire en concordance avec les problèmes et besoins en santé des Dionysiens ;
- favoriser la concertation entre les divers acteurs locaux (professionnels de santé libéraux, de centres de santé, médecins généralistes, spécialistes, paramédicaux, etc., cliniques, centre hospitalier, pharmaciens, associations, professionnels des champs de l'éducation, du social...) pour optimiser les réponses en santé ;
- favoriser la participation des habitants à l'élaboration, la prise de décisions et à la mise en œuvre des actions de santé.

C'est l'engorgement du service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Saint-Denis qui a constitué le point de départ de la démarche, la ville s'étant alors saisie de ce problème pour organiser des échanges, se donnant ainsi le temps d'analyser une situation complexe pour dégager des solutions intégrées dans un processus global.

Le processus engagé à Saint-Denis, schématisé en annexe 5, a permis, par le décloisonnement de la réflexion, d'ouvrir le débat en partant d'une réalité centrée sur les urgences, puis de poser la problématique d'accès aux soins de façon plus large en articulant *l'offre de soin hospitalière à l'offre de services de la ville* et en intégrant des passerelles entre le soin *mais aussi la santé* dans une perspective globale, pour finalement étendre le débat dans le cadre de la *politique de santé municipale*.

Soulignons donc ici que si Saint-Denis a pu élaborer un tel processus, c'est grâce à l'engagement conjoint des élus et des professionnels.

- Promouvoir des approches globales et innovantes

Les réflexions autour de l'accès aux soins sont le plus souvent centrées sur les ressources (matérielles, financières ou humaines). Si les questions d'organisation du système de soin sont par ailleurs à l'ordre du jour, on en reste néanmoins à des cloisonnements classiques entre prévention et soin. La question de l'organisation des soins au niveau local s'articule mal aujourd'hui encore avec une véritable politique de santé municipale, pour des raisons de répartition de compétences mais aussi de modes de fonctionnement difficiles à faire évoluer. Pourtant, paradoxalement, les professionnels travaillent auprès de populations et sur des territoires qui se recoupent.

À Saint-Denis, reprendre l'analyse en considérant que l'engorgement des urgences était le résultat final d'une chaîne de dysfonctionnements a permis de poser le problème dans une perspective dépassant le constat du manque de ressources des urgences. C'est par son approche systémique que la

---

15. Expérience présentée le 27 mars 2003.

16. Voir aussi l'annexe 2.

ville a pu développer la problématique sous un angle nouveau en essayant de décrypter les failles du système mais aussi de mettre au jour les leviers pour améliorer *toute la chaîne* du système de santé.

L'expérience présentée pointe aussi du doigt les limites de l'approche en termes de soin dans l'accès à la santé et les équilibres à trouver dans les investissements à réaliser<sup>17</sup>. Nombre d'écrits sont là pour en témoigner tout en reconnaissant la place qui doit revenir au secteur soin et en prenant acte que les retards de certaines zones doivent être corrigés, cela étant particulièrement vrai en Seine-Saint-Denis où l'offre de soins atteint parfois des seuils critiques.

• Penser santé et raisonner « global »

C'est donc aussi la *santé* qui doit reprendre sa place au cœur des débats et l'expérience de Saint-Denis (comme celle d'Aubervilliers, présentée plus loin) est exemplaire de ce déplacement du débat du soin vers la santé.

De la même façon, l'analyse des problématiques de façon globale, interdisciplinaire, permet de faire place à l'analyse des déterminants d'un point de vue à la fois individuel et collectif et de décloisonner non seulement les secteurs de la prévention et du soin, mais encore les domaines sanitaires, sociaux et éducatifs. Ces approches permettent aussi de rendre compte de la complexité qui conditionne l'état de santé d'une personne, son recours ou non à la prévention et aux soins.

Cette complexité que l'on cherche toujours à réduire est essentielle à saisir dans le champ de la

lutte contre les exclusions. Les nombreuses études récentes ou en cours, dont celle notamment du SIRS<sup>18</sup>, qui réalise des enquêtes sur plusieurs territoires dont l'Île-de-France, mettent en évidence des variables jamais prises en compte auparavant. Ainsi, les difficultés vécues dans la jeunesse, les difficultés financières des parents, les problèmes relationnels dans l'enfance sont des variables deux à trois fois plus fréquentes chez les personnes qui ont renoncé aux soins pour des raisons financières. Comment interpréter ces nouvelles données et qu'en faire pratiquement? On sait par ailleurs que le *soutien social* est lui aussi très corrélé au recours aux soins (on renonce sept fois plus aux soins pour des raisons financières quand on est isolé – séminaire du 12 décembre 2002). Ces études essaient donc de mieux comprendre les éléments entrant en ligne de compte dans l'accès au système de soins; les mêmes questions se posent pour la santé en général.

Un certain nombre de conditions favorables ont permis à Saint-Denis, même si des enjeux nouveaux sont susceptibles de venir fragiliser la démarche, d'enclencher le processus visant à dépasser les préoccupations et intérêts individuels pour aller vers des analyses et décisions consensuelles.

Ces conditions regroupent :

- la ville, promoteur du processus,
- le travail basé sur le consensus, *via* les relations constructives qui ont pu s'établir,
- le travail de négociation et de médiation mis en place,
- le temps que l'on s'autorise à prendre pour aborder des démarches sur le fond,

17. Le Haut Comité de la santé publique rappelle ainsi que « toutes les études montrent que les sociétés les plus économiquement égalitaires et dont la cohésion sociale est la plus élevée ont de meilleures performances de santé » (2002, p. 214) et qu'il ne faut pas continuer à raisonner seulement à l'échelle du secteur soin.

18. Séminaire santé, inégalités, ruptures sociales; le SIRS est un réseau régional de recherche en santé publique regroupant des chercheurs de différentes institutions (INED, CNRS, INSERM, Institut de l'humanitaire, etc.); les comptes rendus des séminaires mensuels sont accessibles sur le web ([www.b3e.jussieu.fr/sirs/cadretexteseances.htm](http://www.b3e.jussieu.fr/sirs/cadretexteseances.htm)).

- l’élargissement du groupe de réflexion initial, qui a permis d’intégrer plus d’acteurs, dont les « usagers », même si ceux-ci demeurent minoritaires,
- l’analyse de la problématique centrée sur la mise en évidence des déterminants qui permettent de dépasser le soin, les urgences, pour parler de *santé*.
- l’analyse alliant à la fois des données quantitatives et des données qualitatives (prise en compte des perceptions, attitudes et comportements).

L’expérience met ainsi en évidence la plus-value apportée par les concertations quand on s’en donne les moyens. Là encore, les ASV peuvent apporter un plus dans ce type de processus en apportant impulsion et soutien aux coordinations visant la construction d’une politique publique locale en contribuant activement à la mobilisation et aux modes de concertation intéressant les différents secteurs de la politique de la ville.

## LES DIAGNOSTICS OU OBSERVATOIRES COMME ÉLÉMENTS STRUCTURANT LES CONCERTATIONS

La question du recueil de données sur un territoire comme préalable à toute construction d’actions et, de façon plus ambitieuse, d’une politique de santé au niveau local a été discutée au cours de plusieurs séances, preuve de l’intérêt porté aux diagnostics considérés également comme des leviers pour renforcer les coordinations.

Tout d’abord, le recueil d’informations mais aussi l’interprétation et l’utilisation qui en sont faites restent un des champs sur lequel les concertations pourraient être renforcées, spécialement pour

donner plus de pertinence aux informations disponibles ou, à l’inverse, aller chercher des informations manquantes par le biais d’une sensibilisation mais aussi d’une coordination de différents secteurs habilités à repérer les données :

- *L’expérience d’Aubervilliers*<sup>19</sup> montre par exemple qu’un observatoire de santé peut participer à décroiser les pratiques professionnelles en impliquant des partenaires, ici ceux de l’état civil. L’observatoire prend là une autre dimension : la sensibilisation de différents acteurs à l’intérêt de recueillir des chiffres, tâche souvent considérée comme ingrate, pour laquelle il y a peu d’explications et encore moins de rétro-information. L’exemple donné par Aubervilliers démontre à petite échelle, mais de façon symbolique, que l’interpellation en l’occurrence du service de l’état civil, qui constatait une augmentation du nombre des mort-nés, a été bénéfique, puisqu’il ne s’agissait pas d’une augmentation réelle du problème mais d’un changement dans le mode de recueil de données. Cela montre d’une part qu’il est naturel de questionner les chiffres, mais aussi comment certains secteurs peuvent contribuer, alors que cela n’est pas considéré dans leurs fonctions, à interpellier les services de santé, à alerter ou à analyser des situations préoccupantes ou surprenantes. Il reste tout un travail pédagogique à réaliser pour que le recueil de données soit envisagé aussi comme une activité pertinente pour la pratique de terrain.

- *Sur la question de la réalisation des diagnostics*, les villes ont pu échanger autour de leurs expériences et le groupe a formulé un certain nombre de recommandations, une des clefs de succès des diagnostics résidant à ses yeux dans l’articulation des acteurs autour de la démarche. Cet enjeu est tel qu’il marque aussi les modalités de coordination

---

19. Séance de travail du 14 novembre 2002.

ultérieures. Les recommandations présentées doivent s'adapter aux contextes considérés, au type

de diagnostic souhaité et aux modes d'organisations préexistant dans les villes ou les quartiers.

## DIAGNOSTIC : LES RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL<sup>20</sup>

Les recommandations émises par le groupe de travail sur la question du diagnostic s'articulent autour de cinq axes : prendre la décision, définir le diagnostic, le mettre en œuvre, organiser les restitutions et procéder à l'évaluation.

### 1. La décision partagée d'un diagnostic participatif

Dans une démarche qui se veut pragmatique, les objectifs, les attendus d'un diagnostic local partagé doivent être clarifiés et partagés. Cette analyse préliminaire doit prendre en compte diverses informations pour décider d'un diagnostic qui soit *utile, pertinent, réalisable et acceptable*.

Cette décision peut être aidée par la prise en compte des éléments suivants :

#### a) Établir et analyser les constats et motivations autour du diagnostic

Quelles sont les raisons qui poussent à un diagnostic? a) Y a-t-il un événement déclencheur (problème grave, malaise chez les habitants, les professionnels)? b) Est-ce l'opportunité d'un financement (mais cela n'est pas suffisant pour motiver un diagnostic...)? c) Quels sont les bénéfices attendus du diagnostic par les différents acteurs? Etc.

#### b) Vérifier ou assurer à cette étape le portage politique

La ville doit s'engager dans le portage du diagnostic comme dans les suites potentielles à donner. L'implication des élus à toutes les phases est donc essentielle. Il s'agira ainsi de s'appropriier les changements requis au niveau local et de faire remonter les informations aux niveaux correspondants si les problématiques identifiées ne relèvent pas des compétences de la ville.

On retrouve ici la double dynamique des ASV, avec la déclinaison des PRAPS au niveau local et, à l'inverse, ce que les projets portés dans le cadre des ASV peuvent apporter aux PRAPS.

#### c) Étudier les sources de financement possibles

#### d) Réviser l'existant

Revoir les études antérieures réalisées localement permet a) de réviser la connaissance déjà acquise et l'antériorité de celle-ci, b) de cerner les champs déjà balayés, permettant ainsi d'éviter des redondances ou de reprendre des éléments déjà explorés en complétant les études antérieures, c) de voir quelle méthodologie avait été utilisée, d) d'identifier les points forts et les points négatifs des études antérieures (permettant un réajustement). On mettra en évidence tout spécialement la place occupée par les habitants.

*S'informer sur les diagnostics réalisés ailleurs* fait partie des éléments permettant également d'argumenter les premiers éléments de faisabilité (importance du contenu à explorer et aspects méthodologiques).

#### e) Identifier les partenaires possibles et les ressources locales potentiellement mobilisables

Avoir un partenariat le plus large possible pour préparer au changement est un élément absolument essentiel. Les partenaires ne s'engagent alors plus sur du ponctuel, la notion de dynamique doit être partagée. On voit bien encore que produire des connaissances est important, mais que

cette production est soumise à des impératifs méthodologiques, à partager, si l'on veut aller vers un processus de changement au niveau local<sup>21</sup>.

*L'identification de ces différents éléments à cette phase conditionne la faisabilité du diagnostic d'un point de vue à la fois éthique (pas de diagnostic alibi), politique et opérationnel.*

#### f) Formuler des hypothèses de pistes de travail et de méthodes

On décidera en particulier si l'on s'oriente vers un diagnostic global ou plus ciblé (problématiques, territoire).

*On disposera à la fin de cette première étape des arguments permettant d'asseoir la légitimité d'un diagnostic participatif et d'en visualiser les premiers éléments de faisabilité.*

## 2. Définir le diagnostic

### a) Définir les buts et les problématiques

Un diagnostic ne permet pas une analyse exhaustive, il faut donc faire des choix. Le diagnostic doit s'inscrire dans un processus, avec des étapes à définir (marqueurs de l'action). S'agira-t-il d'un diagnostic global ou d'un diagnostic ciblé? L'analyse des études réalisées antérieurement permettra de définir les champs à explorer, de même que l'analyse de diagnostics réalisés ailleurs.

### b) Définir des objectifs

Un certain nombre d'objectifs sont communs à tous les diagnostics participatifs et

20. Séance du 27 février 2003.

21. Si un bureau d'étude externe est choisi, il est important de toujours veiller à coupler la démarche avec des acteurs de la ville pour que ces derniers s'approprient aussi la dynamique, les outils. D'ailleurs, ce processus de formation devrait être explicité dans le cahier des charges.

d'autres objectifs sont plus spécifiques au diagnostic en question. Il faut alors :

- décliner les champs identifiés antérieurement sous formes d'objectifs poursuivis par le diagnostic participatif,
- anticiper chaque fois que possible les zones d'ombre à explorer sur la base des connaissances déjà acquises,
- prendre en compte dans les recherches les potentiels et les ressources locales : *il s'agira en effet non seulement de mettre en valeur les questions à résoudre mais aussi d'identifier les leviers d'actions possibles.*

c) *Définir la porte d'entrée du diagnostic : par population, thématique, territoire ?*

Le territoire devra ainsi traduire l'extension géographique pertinente pour le diagnostic considéré, cela pouvant varier selon la thématique. Un exemple concernant les addictions est donné par le groupe, considérant que la dimension « ville » peut être plus appropriée que la dimension « quartier ». À l'inverse, approcher un diagnostic participatif au niveau d'un quartier semble plus facile à réaliser<sup>22</sup>. Les diagnostics intercommunaux doivent être facilités chaque fois que possible.

d) *Définir quels seront les acteurs impliqués*

Élus, professionnels de santé, professionnels sociaux, éducatifs, associations, habitants... il s'agit de créer une surface de travail la plus diversifiée possible. Quels est l'intérêt des acteurs à participer ? Identifier les enjeux du diagnostic à cette étape constitue une question stratégique.

Concernant les habitants, on ne peut rechercher une représentativité au sens statistique du terme. Il faut cependant essayer de réunir un « socle minimal », de façon à veiller à ce qu'aucun secteur des habitants ne soit exclu.

e) *Définir les éléments méthodologiques*

- *Définir les modalités de recueil, d'analyse d'informations* et, selon les cas prévoir la *formation de personnes* pouvant être impli-

quées activement dans ce recueil d'informations (exploration et synthèse des données disponibles, entretiens semi-dirigés, enquêtes auprès des habitants, etc.). Définir aussi (ou prédéfinir puis ajuster) les modalités de *restitution aux différents niveaux*. Ces outils doivent pouvoir être accessibles et pourront être construits chaque fois que possible avec les habitants. Il faut souligner ici que les diagnostics locaux mobilisent des outils spécifiques, le travail au niveau communal et infra-communal nécessitant d'identifier et de retravailler des données disponibles à d'autres niveaux.

*Le temps est ici un élément central* : pour qu'un diagnostic soit participatif, il faut que les temps coïncident ; *s'adapter au temps des habitants* est la règle. Il faudra par exemple consacrer une certaine somme pour organiser une garderie le soir ou le week-end si l'on ne veut pas exclure les mères ou les familles monoparentales lors des réunions. Parfois, si les réunions ont lieu loin de certains quartiers, le transport sera facilité, etc. Adapter les lieux, les horaires, est important. Les institutions devraient par exemple allouer un temps X pour le diagnostic et faciliter les horaires ou les récupérations. Des périodes sont bien évidemment à éviter pour *recueillir* les informations : les vacances scolaires, les périodes de bouleversements politiques (pas d'engagement), la rentrée (*turn-over* de professionnels), les moments festifs et religieux particuliers...

La durée d'une année semble par ailleurs raisonnable pour mener un diagnostic participatif ; mais cela doit bien sûr être corrélé aux objectifs et aux méthodes utilisées pour favoriser l'appropriation des éléments émergeant des diagnostics. Il semble alors important d'aviser les acteurs du temps incompressible que requiert un diagnostic (six mois) et de la souplesse nécessaire à la démarche : prendre son temps tout en impulsant une certaine dynamique

est un équilibre important à trouver. Il faut alors rappeler que ce diagnostic doit construire une connaissance partagée ET générer des dynamiques. De fait, les acteurs qui se centreront essentiellement sur la production de connaissances seront impatients ; il faut alors rappeler l'autre enjeu : celui de la mobilisation.

- *Définir l'organisation des ressources humaines* : comité de pilotage, instance importante porteuse d'une image symbolique forte, coordinateur ASV, comités de suivi (relais au niveau des quartiers) : *l'organisation et la coordination des acteurs prennent toute leur importance au moment de la mise en place d'un diagnostic et les propositions qui suivent visent à rendre compte de cette importance.*

Cela implique de définir en particulier qui composera le comité de pilotage pour assurer la transversalité de la démarche, pour éviter de dupliquer les instances de coordination en utilisant les plates-formes et les coordinations locales. Selon les cas, il peut être utile également de définir des « groupes de suivi » (par exemple un par quartier) jouant alors le rôle de lien entre les quartiers et le comité de pilotage. Cela a l'avantage d'intégrer systématiquement et tôt les habitants dans la démarche. Le comité de pilotage disposera alors de représentants de ces groupes de suivi.

La définition des mandats des différentes instances – comité de pilotage, groupes de suivi... – est également essentielle, tout comme le mandat du coordinateur ASV : cahier des charges explicite avec composition, mission, durée, limites, incluant l'information et la circulation de celle-ci, la communication, les axes de réflexion, les modalités de prises de décision, les modes de régulation, la gestion des conflits, etc..

Il sera important de définir pour les différents acteurs leur rôle respectif dans le *processus décisionnel*. Qui tranchera en cas de

22. Le diagnostic peut être réalisé selon une approche en termes géographiques, en termes de populations ou selon une approche thématique ; néanmoins, il paraît opportun de prendre en compte l'ensemble d'une population sur un territoire donné.



désaccord? Comment seront gérés les conflits qui peuvent émerger? Comment veiller à ce que les principes de base qui ont prévalu à la faisabilité du diagnostic soient respectés?

Il sera également nécessaire de définir un axe « *communication* » tout au long du diagnostic (préparation, mise en œuvre, restitution, suites): c'est un élément transversal à structurer dès le début de la démarche.

### 3. Mettre en œuvre le diagnostic

Le groupe rappelle:

- L'importance de l'implication de chaque membre du comité de pilotage pour les prises de décisions et leur suivi, le lien à établir avec les habitants en coordination avec le coordinateur ASV.
- L'importance que la communication du comité de pilotage vers les autres acteurs concernés soit fluide: temps formels à définir tout en veillant à une bonne circulation de l'information, constante, suivie; définition de personnes relais pour faire circuler l'information et identification d'une personne référente par structure chargée de la communication en interne. Le diagnostic doit pouvoir être questionné et réajusté si besoin.
- La reconnaissance d'un temps nécessaire pour participer au diagnostic est essentielle: élément nécessaire pour des questions d'organisation des services et la restitution en interne, de façon à ce que, même si les gens changent de structure, les autres acteurs puissent s'approprier les informations.
- La nécessité de veiller à utiliser des moyens diversifiés pour accroître la participation des gens.
- La nécessité de faciliter les initiatives et les petites actions émergeant lors du diagnostic
- L'importance de veiller au respect du calendrier.

### 4. Organiser les ou les restitutions

Moment essentiel, la restitution devra être prévue à différents niveaux: comité de pilotage, comité(s) de suivi, habitants, institutions, associations. Les modalités peuvent être construites de façons diverses (nombre de personnes variable, moments divers), l'idée étant de favoriser les moments de prise de connaissance des résultats, mais aussi et surtout de provoquer du débat autour de ces résultats afin de prolonger la dynamique enclenchée et de servir de tremplin à de futurs débats.

*Le principe de la restitution recouvre plusieurs champs et objectifs:*

- Restituer ce qui ressort du diagnostic (éléments de connaissances et de dynamique).
- Restituer pour discuter des résultats, les valider ou les compléter.
- Restituer pour mobiliser (on fait quoi par la suite?): procéder à la restitution en plusieurs étapes pour laisser le temps de « mûrir ».
- Proposer des orientations de réflexion ou d'actions.
- Veiller à la mise en valeur des ressources locales identifiées (éviter les catalogues de problèmes) et de celles qui pourraient porter les orientations proposées.

### 5. Évaluation de la démarche

Une évaluation du diagnostic devrait être faite systématiquement sur trois aspects au minimum:

- *Les objectifs en matière de connaissances* ont-ils été atteints?
- *Le processus est-il satisfaisant?* Comment peut-on caractériser les rôles, la participation des différents acteurs, le respect des mandats? Qu'est-ce que le diagnostic a permis de déclencher comme dynamiques?
- *Les ressources mobilisées* l'ont-elles été de façon satisfaisante?

*Cette évaluation n'est pratiquement jamais faite, elle est pourtant essentielle pour d'autres diagnostics et les suites à donner.*

### Diagnostic, le rôle des différentes instances

*Le comité de pilotage doit assurer<sup>23</sup>:*

- Le portage politique et technique; il doit travailler dans la transversalité (la prise de décision se fait donc au niveau politique et opérationnel).
- La validation des bilans d'étape.
- La validation des propositions des groupes de suivi.
- La validation des conclusions du diagnostic et les orientations à donner.
- La vigilance concernant les moyens pour que les professionnels engagés puissent participer au diagnostic en termes d'organisation du travail.
- Les conditions à mettre en place pour la réelle participation des habitants en lien avec les groupes de suivi.
- Le principe de l'évaluation de la démarche.

*Le coordinateur ASV doit:*

- Être garant de l'organisation, de la mise en œuvre du diagnostic, en coordination étroite avec les autres acteurs de la politique de la ville (chef de projet).
- Organiser et faciliter la communication avec les personnes responsabilisées sur cet axe – il rédige entre autres les comptes rendus de réunion et les diffuse.
- Apporter des éléments méthodologiques au comité de pilotage et aux groupes de suivi.
- Faire le lien le cas échéant avec le bureau d'étude choisi.
- Rappeler les responsabilités de chacun.
- Élaborer le calendrier.
- Rédiger et rechercher les financements pour le diagnostic.
- Être garant de l'évaluation finale (mise en œuvre).

*Le groupe de suivi (s'il existe) doit:*

- Accompagner la mise en œuvre du diagnostic.
- Faire des propositions et formuler des recommandations au comité de pilotage.
- Assurer la fonction de relais avec les habitants.
- Participer au processus décisionnel.

23. Ce comité de pilotage doit être en lien ou, mieux, une émanation de l'instance décisionnelle portant l'ASV au niveau de l'échelon territorial choisi.

## Exemples de questions pouvant structurer l'évaluation

Les différents objectifs du diagnostic ont-ils été atteints ?

A-t-on appris ou compris de nouvelles dimensions/thématiques ?

Quels sont les problèmes prioritaires ayant émergé – importance, fréquence et tendances, gravité, perception des conséquences économiques, familiales, sociales, etc. ?

Reste-t-il des éléments mal documentés ?

Les différentes instances impliquées dans le diagnostic ont-elles respecté leur mandat ?

Les prises de décisions ont-elles été faites de façon démocratique ?

Des enjeux de pouvoir ont-ils émergé ? Quelles en ont été les conséquences ?

Les outils utilisés, la démarche ont-ils été accessibles aux personnes impliquées ?

Quelles actions concrètes ont émergé pendant le diagnostic ? Qui impliquent-elles ?

Quelles nouvelles articulations, coordinations sont nées durant le diagnostic, ou sont prévues ?

Y a-t-il des personnes ou groupes ressources qui aient émergé ?

Comment s'est traduite la « participation » des habitants ?

Combien de personnes ont été impliquées (exemple : pourcentage de la population visée ayant répondu à un questionnaire) et

selon quelle « représentativité » (y avait-il des groupes absents ?) ?

Quelle a été la nature de l'implication : participent simplement ? discutent activement ? proposent ? assument des responsabilités ? (on peut ainsi construire des échelles).

Quelles dynamiques ont émergé dans les quartiers, les associations, les institutions ?

Les moyens mis en œuvre pour le diagnostic étaient-ils suffisants et adaptés ?

En termes de communication : les messages à faire passer ont-ils été compris ? les stratégies et moyens mis en œuvre ont-ils permis de rejoindre le plus de monde possible ? les supports étaient-ils adaptés ? aurait-on pu faire aussi bien, mieux, avec moins de moyens ? si c'était à refaire, comment s'y prendrait-on ?

Globalement, et en réalisant des « zooms », quels ont été les principaux éléments positifs ? Les principaux éléments négatifs ?

Quels ont été les éléments facilitateurs de la démarche diagnostique ?

Quels ont été les principaux obstacles ? Quelles en ont été les conséquences ?

Quels ont été les principaux effets non attendus positifs de la démarche diagnostique ? Négatifs ?

Etc.

---

## LES COORDINATIONS D'UN POINT DE VUE FONCTIONNEL : ANALYSE DES DÉTERMINANTS INFLUENÇANT LES PRATIQUES

Au-delà des éléments évoqués ci-dessus, l'analyse transversale des différents ateliers de travail a permis de souligner la prégnance du thème de la concertation et des partenariats dans la pratique quotidienne des participants. Les postes de coordinateurs se trouvent au cœur d'enjeux concernant le renouvellement des pratiques. Les coordinateurs doivent pouvoir constituer une force de proposition pour donner tout son sens à la circulaire ASV. L'enjeu de la coordination reste une des questions clés du métier de coordinateur mais ne dépend pas exclusivement de lui par définition. Pour avancer sur ce chantier, le coordinateur ASV doit contribuer, avec les autres acteurs de la politique de la ville soutenus par les responsables politiques, à la mise en place de conditions favorables pour que les pratiques concertées émergent ou se consolident selon les cas. Le défi à relever doit donc répondre à la question : « comment réfléchir, faire et construire ensemble ».

Il n'existe certainement pas de recette en matière de concertation : la pratique exige la mise en place de conditions et de méthodes diversifiées, innovantes et évolutives qui impulsent et accompagnent des processus où « *chaque catégorie d'acteurs se repère en fonction de ses modèles professionnels et institutionnels à partir desquels ils interprètent les problèmes qu'ils ont à résoudre* » (Laurence, 2002).

Les pratiques concertées peuvent répondre dans le temps à des enjeux différents : certains groupes seront éphémères s'il n'y a pas matière à ce que la concertation se pérennise. Dans d'autres situa-

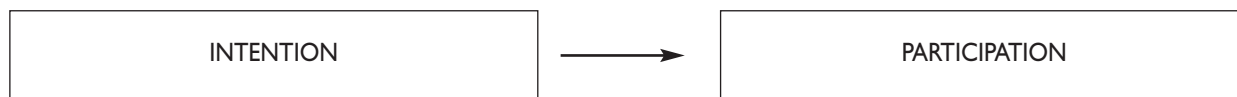
tions, et pour ce qui relève de la construction d'une politique locale de santé, il est nécessaire, même si non suffisant, de construire en premier lieu une surface de travail multi-sectorielle, puis de la faire vivre. Les éléments qui viennent jouer en faveur ou à l'encontre de ce processus sont différents selon le degré d'avancement dans le processus de construction collective.

Les différentes séances d'échange autour des expériences ont permis de mettre au jour une série de déterminants qui influencent de façon négative ou positive les pratiques concertées. Certes, s'il n'existe pas de solution toute faite, c'est néanmoins la conjugaison d'une série de facteurs favorables qui va rendre possible *et* l'existence d'une coordination *et* sa pérennisation. À l'inverse, concernant les facteurs négatifs, il s'agira selon les cas soit de « préparer le terrain » afin d'éviter leur apparition (mécanismes de fonctionnement à mettre en place), soit de les traiter dès qu'ils émergent (cela imposant une analyse systématisée des processus même si le « bon sens » nous éclaire souvent), sans les laisser évoluer vers de véritables obstacles.

Les éléments qui ont émergé des séances ont été analysés par le biais de grilles de lecture issues des modèles de promotion de la santé (Green et Kreuter, 1991 ; Brofenbrenner, 1979) et d'éducation pour la santé – théories psychosociales – et ont été organisés de façon synthétique dans le schéma 3 que l'on commentera sur certains aspects. Ce modèle – même si d'autres modes d'organisation peuvent être utilisés – apporte un éclairage intéressant, car il montre comment on peut agir à différents niveaux pour forger les configurations optimales d'une concertation. Il part du principe que la participation effective<sup>24</sup> des acteurs dans des pratiques de concertation est précédée d'une intention.

24. Cette participation peut prendre des formes et des degrés divers, mais on n'entrera pas dans ce chapitre dans les détails.

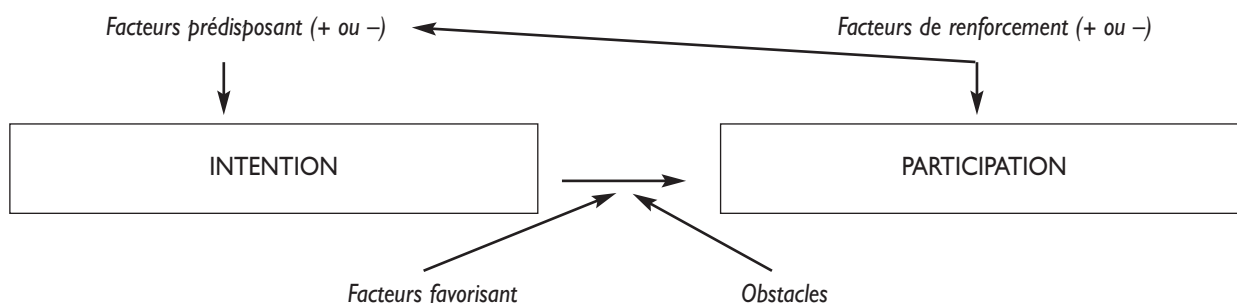
**Schéma 1**



Intention et participation effective sont dépendantes :  
 a) de *facteurs dits «prédisposant»* pouvant influencer positivement ou négativement cette «intention»; b) de facteurs appelés ici soit *facteurs favorisant* soit *obstacles* qui interviennent au moment où l'intention existe mais pas sa concrétisation (ces obstacles et facteurs favorisant, les plus nombreux identifiés en

groupe, ne sont pas nécessairement en miroir les uns par rapport aux autres); enfin, c) une fois l'expérience de la participation à un processus de concertation vécue, une série de *facteurs dits «de renforcement»*, positifs ou négatifs, viennent consolider les intentions futures ou au contraire créer des résistances dans les processus ultérieurs de participation (*schéma 2*).

**Schéma 2**



Le schéma 3 reprendra les facteurs qui ont été évoqués soit dans les fiches d'expérience, soit dans les séances de travail. Ces informations ne sont donc pas limitatives, elles viennent illustrer à la fois les leviers possibles pour renforcer les coordinations en particulier au niveau local et les éléments défavorables dont certains sont «classiques». D'autres ont pointé du doigt des éléments souvent sous-estimés.

*Le premier groupe de déterminants* correspond à ceux qui influencent la motivation individuelle mais aussi collective pour entrer dans des processus de coordination. Ces déterminants se situent

pour la plupart sur le registre des connaissances, croyances, attitudes et des valeurs accordées à la question du partenariat et à l'objet sur lequel ce partenariat repose.

Le premier facteur qui intervient relève de l'engagement politique de la ville concernant la santé, ce qui vient renforcer les observations antérieures. Cette re-connaissance mais aussi l'affichage de cette priorité est un préalable pour que des acteurs locaux puissent s'engager au sein de partenariats<sup>25</sup>. Cela implique de pouvoir travailler sur l'importance de la contribution de tous, de valoriser les registres de compétences de chacun.

25. La pertinence du travail de terrain et sa lisibilité contribuent aussi à mobiliser l'intérêt des villes pour la santé.

À ce titre, deux exemples qui contribuent négativement à la construction des partenariats ont été cités : la valorisation du secteur soin et du secteur préventif, d'une part, celle du secteur associatif, d'autre part, ont pu être jugées comme insuffisantes par rapport aux structures institutionnelles.

L'importance accordée au travail intersectoriel doit alors être promue à la fois par les élus et les décideurs parmi les professionnels. Si le signal est donné, les implications des autres acteurs sont facilitées. Par la suite, il sera nécessaire de créer des espaces concrets dans l'organisation du travail des professionnels. L'importance accordée au travail intersectoriel devra néanmoins se conjuguer avec un accompagnement pour faire émerger ou consolider selon les cas une culture partagée autour de la santé et des déterminants qui l'influencent : les professionnels viennent du secteur social, sanitaire, de l'habitat ou de l'environnement, du secteur éducatif, etc., et chacun porte sa propre culture institutionnelle. Les priorités sont parfois divergentes. Promouvoir les espaces pour créer cette culture commune est une évidence qui a été fortement affirmée lors des séances de travail. Il faut considérer par ailleurs la nécessité que les professionnels puissent partager un sentiment d'utilité et d'efficacité à la fois individuelle et collective concernant les partenariats : quelle est la valeur ajoutée des pratiques partenariales ? Le traitement de cette question permettrait de générer des attitudes plus favorables vis-à-vis des autres acteurs, de façon à « mieux collaborer ensemble ».

Enfin, un élément récurrent a été cité concernant le manque de connaissance des institutions. Cet élément est certainement trop souvent considéré comme « basique » et n'est paradoxalement pas assez travaillé ; nous l'avons évoqué en l'occurrence dans le chapitre sur les dispositifs.

Il existe donc là tout un chantier à investir pour renforcer la motivation des personnes et des institutions ou associations, et pour conjuguer cela avec d'autres

éléments organisationnels afin de faciliter la mise en œuvre de pratiques coordonnées. Ces pratiques concertées ne s'inscrivent pas, rappelons-le, dans un espace de culture voire de pensée unique, mais dans de constants rapports de forces où la confrontation, la recherche de consensus, la gestion de conflits sont au premier plan : les repères et les moyens à mettre en place sur ce registre sont essentiels.

Un certain nombre de facteurs favorisant les partenariats découlent de façon logique des facteurs prédisposant évoqués, d'autres sont le miroir des obstacles exprimés par la suite.

La nature de ces facteurs est diverse et c'est encore la conjonction d'éléments et la mise en synergie de différents facteurs caractérisant un contexte donné qui est importante. On reprendra ici quelques aspects sur lesquels les échanges ont porté.

À l'inverse de l'engagement explicite des élus dans les coordinations, les clivages politiques ou les récupérations politiques freinent les démarches partenariales, quand ils ne viennent pas ruiner les efforts de négociation et de concertation menés localement. De fait, le souci de cohérence est posé par tous les participants et s'exprime aussi à travers le souhait de cadres explicites et partagés sur les actions concernant un territoire donné.

Le repérage et la valorisation des modes d'organisation des habitants sont à ce propos soulignés et constituent un des éléments pouvant consolider les coordinations institutionnelles. Ces cadres doivent également intégrer des principes éthiques, de transparence, et inclure un principe de responsabilité (Joubert, Bertolotto et Truze, 2001). Les règles régissant les partenariats, tout en orientant les actions concertées, ne doivent pas non plus devenir des carcans identifiés justement comme des facteurs influençant négativement tout processus de concertation : il s'agit de trouver le juste équilibre entre la rigueur et la souplesse.

Un certain nombre de repères peuvent être utiles pour structurer les actions concertées et les partenariats en général; les éléments de clarification porteront par exemple sur les objectifs et les actions entreprises en commun, « des modalités de fonctionnement claires et connues de tous, le partage des intérêts pour chacun des organismes et leur contribution attendue, le processus décisionnel privilégié, les rôles de chacun, la gestion du départ d'acteurs en prévoyant le

transfert de compétences, le partage des ressources et des coûts » (Laurence, 2002, p. 24-26). Les protocoles doivent aussi intégrer la nécessaire capacité à repositionner un projet en cours de route, à réaliser les ajustements nécessaires en fonction des évaluations, des évolutions des actions et de leur contexte.

Communication et animation des regroupements d'acteurs est un thème sur lequel nous reviendrons.

Schéma 3. DÉTERMINANTS INFLUENÇANT LES PRATIQUES PARTENARIALES



Les participants au groupe de travail ont également signalé des éléments plus qualitatifs en insistant sur le travail pour créer et maintenir des liens interpersonnels qui puissent générer la confiance entre les acteurs et les interactions positives. De fait, la bonne circulation de l'information, la communication jouent un rôle fondamental; la bonne entente, l'envie de travailler ensemble, la confiance et le respect des acteurs engendrent des interactions positives alors que les rivalités et les luttes de pouvoir grippent les mécanismes. Cela n'exclut pas les débats contradictoires qui, rappelons-le, font partie du processus de co-construction. Ces liens s'entretiennent aussi dans du « concret ». C'est ainsi que les actions nouvelles, les diagnostics locaux représentent des opportunités pour créer des liens: engagement autour d'un objectif commun, méthode de travail commune, découverte croisée de réalités, partage de conclusions, tout cela contribue à développer une culture partagée, au croisement des champs sanitaires et sociaux et d'autres secteurs.

Les diagnostics sont mentionnés par ailleurs comme l'occasion de fonder la coordination ASV, considérant aussi que ce moment est privilégié pour faire le point sur les acteurs locaux, se faire connaître et amorcer les liens pour le futur. La dimension mobilisatrice des diagnostics est ainsi exprimée clairement à Montreuil-sous-Bois et sur Blanc-Mesnil/Dugny, l'enjeu consistant alors à faire durer cette mobilisation.

Le territoire adéquat est lui aussi cité comme élément favorisant les concertations à tous les niveaux: enraciner les réflexions et les actions dans l'espace identitaire des personnes est essentiel, la délimitation claire du territoire permettant de « *dessiner un cadre opératoire pour agencer des négociations* » (Joubert, 1996; Laurence, 2002).

*Cette mobilisation relève aussi d'un travail d'animation de réseau important qui nécessite des quali-*

*tés spécifiques.* La responsabilisation des personnes impliquées dans les coordinations est nécessaire, pour différentes raisons: d'une part, elle contribue à la valorisation des apports de tous et renforce le sentiment d'utilité dans la co-construction des processus; d'autre part, elle renforce l'efficacité des réunions, les personnes y participant étant responsabilisées explicitement par leurs institutions respectives. Les réunions au sein desquelles les personnes n'ont pas de mandat décisionnel finissent par démotiver les participants. Si l'on ajoute à cela la lenteur des processus décisionnels aux niveaux institutionnels ou politiques, les coordinations deviennent lourdes, inefficaces, et génèrent des résistances.

L'efficacité des concertations passe donc en particulier par la mise en place de dispositifs clairs mais souples et dotés d'une capacité réactive minimale. C'est certainement dans les processus décisionnels que des leviers peuvent être activés. Enfin, les dispositifs souffrent d'une insuffisance de visibilité et de lisibilité rendant donc plus difficiles leur appropriation par l'ensemble des acteurs et la responsabilisation des personnes et des institutions.

Un des obstacles majeurs identifié par le groupe consiste à ne pas disposer de ressources pour assurer et surtout animer les coordinations. L'exemple du CLICA le montre bien, le temps et l'énergie à investir sont importants dans une réelle animation de réseau. L'identification de postes de coordination fait partie des facteurs de succès des démarches partenariales. En ce sens, le financement de postes de coordinateurs *via* les ASV est certainement un plus si cette fonction n'est pas absorbée par des tâches administratives trop lourdes. Le temps à passer dans les espaces de concertation est aussi pour l'ensemble des acteurs une des priorités à travailler, en renforçant cet aspect dans les agendas institutionnels: trop d'acteurs de terrain sont littéralement asphyxiés par la charge de travail, fonctionnent dans l'urgence par manque de moyens: les coordinations passent toujours après... Dégager du temps et renforcer

de ce point de vue les agendas institutionnels est important, tout comme une meilleure correspondance des agendas entre élus, professionnels et habitants.

Le registre de la communication tient une place particulière dans le dispositif ASV et dans les partenariats. Il apparaît peu de façon générale dans les projets alors qu'il est paradoxalement omniprésent dans les discussions. Deux villes ont fait expressément apparaître cette dimension : Montreuil-sous-Bois, où la communication a été identifiée comme un axe à travailler lors du diagnostic, et l'ASV Blanc-Mesnil/Dugny, où l'idée de disposer d'une personne référente pour l'information et la communication atteste de l'importance de cette dimension.

La nécessité cependant de clarifier la communication dans ses objectifs apparaît incontournable : informer ? sensibiliser ? susciter l'intérêt ? changer les attitudes ? susciter de nouveaux comportements ? engager dans l'action ? Tels sont les différents registres de la communication à décliner, que ce soit sur la question spécifique des partenariats ou sur celle des projets en général.

De la même façon, les personnes intéressées par cette communication, dénommées « cibles » de façon classique, sont diverses : citoyens en tant qu'individus ou en tant que groupes (collectifs, associations, etc.), jeunes, décideurs, élus, professionnels de proximité, professionnels des secteurs sanitaires, éducatifs, milieux de travail, professionnels des secteurs libéral ou public, chercheurs, etc. Bref, autant d'objectifs et de « cibles » différentes impliquant des stratégies adaptées et variées de communication. La question de rendre l'information accessible aux publics profanes – mais aussi de savoir se saisir de leurs informations – afin qu'ils puissent réellement s'emparer des informations et s'impliquer dans les débats et les actions est centrale dans les processus participatifs.

La communication concernant la place de l'ASV au sein des dispositifs de la politique de la ville est un point sensible à prendre en compte dans les ASV actuels et dans les futures mises en œuvre. Les coordinateurs insistent ainsi pour que la communication autour de l'ASV soit renforcée et particulièrement soignée afin que soient saisis les caractéristiques de la démarche dès la mise en place de l'ASV et le rôle du coordinateur, inscrit en complémentarité des autres acteurs de la politique de la ville.

La recommandation est donc de structurer un volet « communication » clair : que veut-on communiquer, comment, auprès de qui ? Quelles sont les différentes stratégies et les moyens existant ou à construire pour diffuser tel ou tel message ? Quelles ressources locales pourraient y contribuer ? Qui sera chargé de cette communication, comment l'équipe responsable sera-t-elle configurée ? Etc.

L'idée est bien de pouvoir assurer une communication constante et efficace entre les acteurs, puisque cette communication est un des leviers pour développer des visions partagées, trouver des principes de collaboration, de planification et d'actions communes. C'est aussi une stratégie utile pour aller vers la redéfinition de la « gouvernance locale » (élus, gestionnaires, professionnels, intervenants du milieu associatif) (Thibault, 2001).

Enfin, même si nous avons déjà évoqué quelques facteurs de « renforcement » des partenariats, il est nécessaire d'insister sur l'importance que prend la perception dans ce registre des bénéfiques à « agir ensemble », mais surtout de l'équilibre entre ces bénéfiques et les coûts (de tous ordres) à s'impliquer dans des concertations. Ces bénéfiques sont des leviers à utiliser et passent inévitablement par la valorisation et la lisibilité des actions concertées et des résultats qui en découlent. Au titre des facteurs « de renforcement », les expériences passées inscrivent aussi leur marque et modifient les attitudes vis-à-vis de concertations potentielles.



Ce détour par les partenariats s'inscrit dans la lutte contre les exclusions. Les concertations, les coordinations sont des pivots sur lesquels s'appuyer pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en impliquant tout spécialement les secteurs sanitaires, sociaux et éducatifs et les habitants sur les thématiques prioritaires identifiées par les villes, en articulation avec les politiques régionales et nationales.

On retiendra d'autres recommandations spécifiques sur lesquelles le groupe s'est positionné très concrètement, comme la nécessité de :

- Renforcer les liens avec les chefs de projet dans le cadre de la politique de la ville (quand il n'existe pas de lien hiérarchique).
- Renforcer les liens avec l'ensemble des partenaires au-delà des demandes de financements.
- Solliciter la DDASS pour qu'elle renforce encore – même si cela est déjà fait – son appui en matière de coordinations locales.

Il semble également important, pour construire pas à pas des espaces de coordination, de trouver les meilleures portes d'entrée pour créer des synergies, puis d'élargir les questions (Clichy-sous-Bois<sup>26</sup> ; Saint-Denis), de chercher à résoudre des questions très concrètes et opérantes (Montreuil-sous-Bois ; Aulnay-sous-Bois et Saint-Denis), de réaliser une réelle analyse des besoins auxquels puissent répondre les instances de coordination et de mettre en place des dispositifs efficaces intégrant la proximité avec les professionnels mais aussi les publics. La contractualisation des engagements institutionnels peut être aussi un moyen de faciliter le travail en commun.

Enfin, les articulations doivent également interroger les habitants, impliquant le croisement des cultures professionnelles et des cultures profanes en matière de santé (Joubert, 2002).

---

26. La question était initiée sur l'accès aux certificats de santé pour les jeunes voulant pratiquer du sport ; elle a amené les professionnels à réfléchir sur la santé des jeunes de façon plus large.



## 6. L'implication des habitants dans les questions de santé

---

### INTRODUCTION

Le thème de l'implication des habitants, souvent englobée sous le vocable de « participation communautaire », est inscrit dans la circulaire des ASV dont l'un des objectifs porte sur le développement de la « participation active » de la population, et ce à toutes les phases des programmes.

Si les incidences de la participation des habitants sont connues et de plus en plus reconnues, la mise en pratique reste difficile<sup>1</sup>. Cependant, sans que l'on puisse toujours parler de santé communautaire, les ASV ont permis d'ores et déjà de renforcer ce volet par la mise en place de diagnostics locaux de santé partagés (Joubert, Bertolotto et Truze, 2001). L'enjeu est bien évidemment de ne pas en rester là, mais de construire des processus qui permettent de s'engager vers de réelles pratiques communautaires, tout en considérant que ce thème fait l'objet de multiples controverses, de contradictions, de manques de savoir-faire, mais aussi d'expériences intéressantes.

L'implication des habitants, sous des formes et *via* des stratégies différentes, s'inscrit dans la perspec-

tive de la conquête de leur autonomie et de leur dignité. Il s'agit en effet que les habitants, et spécialement ceux soumis aux processus d'exclusion, « puissent exercer pleinement leurs droits et responsabilités et qu'ils puissent être porteurs de projets, contribuer à leur réalisation, améliorer leurs conditions de vie et leurs liens sociaux » (Laurence, 2002, p. 48).

« Les notions de démocratie et de citoyenneté renvoient à la capacité donnée aux habitants du quartier de participer à la production et à la transformation des lois qui régissent ce qui a trait à leur santé [...]. Pour que s'exerce cette citoyenneté, il faut que soit admise l'idée que projets et objectifs de santé ou sociaux puissent naître ailleurs que dans les bureaux des hommes politiques, à quelque niveau que ce soit » (DIV/RES-COM, 1992, p. 19). L'implication des habitants – on le verra dans les expériences présentées – se pose donc à deux niveaux, politique et méthodologique, l'un ne pouvant exister sans l'autre.

La « démocratie participative » au sein de la politique de la ville a suivi un processus que l'on peut rappeler ici : « La démocratie participative est inscrite depuis son origine dans les principes de la poli-

---

1. Voir Joubert et Mannoni, 2003 ; par ailleurs, le *manque de capacité d'intervention sur sa santé* constitue un des déterminants négatifs sur l'état de santé. Les courants issus de l'*empowerment* ont développé des approches individuelles et collectives afin de donner aux personnes et aux groupes des compétences pour mieux gérer leur santé. Un certain nombre d'auteurs soulignent à juste titre les détournements possibles de ce concept à des fins de contrôle social ; éthique et transparence doivent être spécifiés à l'origine de toute démarche dite participative (Brown et Piper, 1994 ; Florin et Wandersman, 1984 ; Massé, 1995 ; Wallerstein et Bernstein, 1988 ; Wallerstein, 1992).

*tique de la ville. Cette participation est née à la fois de la mobilisation des habitants et de certains représentants des services publics autour de projets de développement social et urbain. Axée sur le cadre de vie dans les années soixante-dix, elle était soit revendiquée par des groupes d'habitants, qui s'étaient auto-organisés, [...] soit organisée par les pouvoirs publics dans le cadre de structures de concertation. Dans les années quatre-vingt, les enjeux de la participation, avec les opérations "Habitat et vie sociale" puis "Développement social des quartiers", se concentrent sur la reconstitution de la vie sociale dans la sphère du quartier avec des objectifs bien délimités tels que l'amélioration du cadre de vie, une meilleure appropriation de l'environnement du quotidien. Parallèlement, de nouvelles formes de gestion des services sont expérimentées, avec une présence active ou même une prise en charge des habitants (exemple: régies de quartier, haltes-garderies...) sans qu'elles soient reliées, au départ, à la réflexion sur la démocratie locale» (CNV, 2001, p. 85).*

La circulaire ASV permet de poser ou de reposer l'implication des habitants comme un objectif fort et de réaffirmer les dispositifs à renforcer, les villes ayant des expériences en la matière fort diversifiées. De fait, cette implication fait partie intégrante de la lutte contre les exclusions, exige d'«aller vers» et de développer des actions de proximité afin de permettre aux populations exclues d'accéder à leurs droits, à la prévention et aux soins.

Quatre expériences nous ont montré spécifiquement dans les séances de travail comment, selon des initiatives variées, adaptées et innovantes, on peut, à des échelons divers, réduire les inégalités, à commencer par permettre l'accès aux droits, première étape dans tout processus de «démocratie participative», pour reprendre le terme du Conseil national des villes. Ouvrir des espaces de parole sur les préoccupations mais aussi déceler et mettre au jour les potentiels des personnes

dans une perspective d'*empowerment*, entrer dans des processus de mobilisation sur le long terme constituent des démarches illustrées par la mise en place des diagnostics partagés de santé. Le groupe de travail a réaffirmé l'importance de cet exercice pour bâtir des éléments de base partagés et enclencher de nouvelles formes de collaborations entre élus, professionnels et «profanes». Enfin, l'expérience de la ville de Stains permettra d'illustrer un processus de pratiques communautaires centré sur la problématique de l'environnement.

### **LE TRAVAIL DANS LA PROXIMITÉ : UNE STRATÉGIE POUR ACCÉDER AUX DROITS FONDAMENTAUX**

Les déterminants de l'accès aux droits et aux services – prévention, soins – sont de nature variée et s'inscrivent dans les registres politiques, géophysiques, économiques, administratifs, organisationnels et fonctionnels, culturels, mais aussi dans des registres psycho-sociaux dont on néglige trop souvent l'importance, spécialement pour les populations exclues ou en voie d'exclusion. Lorsque les avancées sur le plan législatif et la mise en place de dispositifs et de programmes (loi contre les exclusions, PRAPS en l'occurrence) permettent de dépasser un certain nombre d'obstacles, il reste encore des questions à résoudre :

a) Les processus mis en place à *Aulnay-sous-Bois* et à *Saint-Denis* décrits antérieurement témoignent de la valeur ajoutée du travail de proximité qui seul permet de résoudre des questions proches des préoccupations locales et de se rapprocher aussi des habitants (même si les processus de concertation et les modalités de mise en œuvre doivent encore plus considérer l'expression des personnes concernées et leur contribution dans la prise de décision).

b) L'expérience de *Clichy-sous-Bois*, qui concerne aussi des habitants de *Montfermeil*<sup>2</sup>, illustre comment, sur un thème précis et concret, on peut ouvrir des espaces pour d'autres chantiers dans le domaine des droits et de la prévention.

Cette expérience s'est mise en place suite au constat que les enfants qui voulaient faire du sport n'avaient pas accès facilement aux certificats médicaux nécessaires.

Un groupe de travail s'est mis en place pour réfléchir à une action commune alors que jusqu'alors chacun essayait de trouver des solutions de façon isolée. Mais la « porte d'entrée » du certificat médical a été aussi utilisée à d'autres fins. Si ce certificat était problématique à obtenir, en partie parce cet acte est payant, il a aussi amené à travailler sur les visites médicales afin de garantir pour tout type de public une visite médicale préventive de qualité.

Un travail de sensibilisation a été réalisé. Une plaquette d'information a été élaborée et distribuée aux habitants, plaquette qui constituait un support pour des personnes relais, chargées de la distribuer, mais aussi d'expliquer la démarche aux habitants.

Cette démarche a permis d'élargir aussi le questionnement pour promouvoir la pratique du sport chez les jeunes, et on parle aujourd'hui d'un observatoire de la santé chez les jeunes. On est donc sur le registre de la prévention à différents niveaux : amorcée à partir de la question du sport, elle s'est élargie à celle de la santé des jeunes en général, celle-ci trouvant un écho facile auprès de nombre de partenaires et d'élus, partie prenante sur cette thématique porteuse.

c) *L'initiative menée à Aubervilliers*: « *Le pied à l'étrier* »<sup>3</sup>.

Cette expérience a été lancée en 1999 pour contribuer à la réduction des inégalités d'accès au système de santé de personnes en situation précaire. Elle n'a pas bénéficié à l'époque d'un appui spécifique du dispositif ASV, mis en place plus tard, mais ce dernier a enrichi et impulsé la réflexion autour de l'évaluation de cette expérience.

Il s'agissait, au travers de l'expérience de la ville, par une mobilisation majeure du secteur institutionnel mais aussi associatif (associations caritatives) de :

- « faciliter l'accès aux soins et à la prévention des personnes suivies par les associations caritatives ou certaines structures sociales de la commune, ou fréquentant ces structures » ;
- « mettre en place une coordination et un suivi des soins pour les personnes intégrant le projet ».

Il s'agissait également de « garantir l'accès aux droits en matière de couverture sociale : information sur la CMU de base et la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire, ou sur l'aide médicale de l'État<sup>4</sup> ; selon les cas, faciliter la mutualisation et la couverture complémentaire, en proposant une mutuelle à coût modeste pour les personnes n'ayant pas droit à la CMU complémentaire ».

*Plusieurs axes d'interventions complémentaires et menées de façon simultanée ont alors été mis en place :*

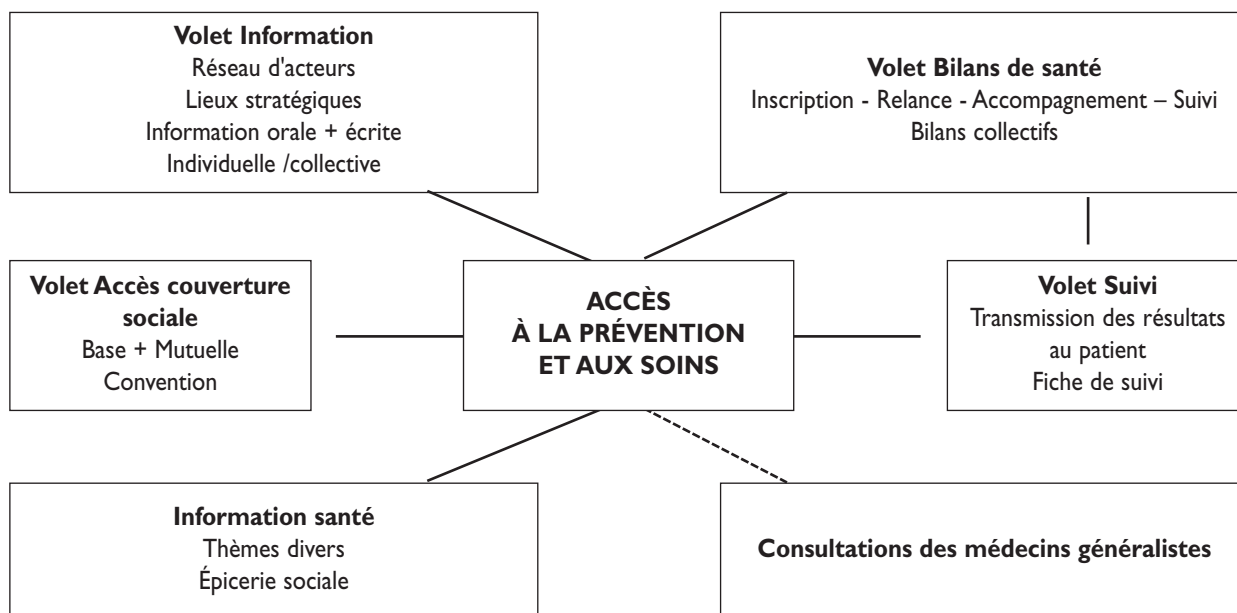
- information de la mise en place de ce dispositif dans des lieux stratégiques et en utilisant des moyens diversifiés ;
- promotion de l'accès aux droits *via* l'obtention d'une couverture sociale de base et d'une mutuelle ;
- promotion de bilans au centre de prévention sanitaire et sociale de Bobigny ;
- mise en place d'une coordination et/ou d'un suivi des personnes entrant dans le dispositif à la suite de leur bilan de santé.

---

2. Séance de travail du 27 février 2003.

3. Présentation du 27 mars 2003.

4. Les changements législatifs actuels déstabilisent ces acquis.



- L'information

Elle constitue un des éléments centraux de la démarche. Diffusée de façon régulière, en différents endroits et grâce à des supports différents, l'information permet de rejoindre les personnes potentiellement concernées par le dispositif; le profil des personnes ayant intégré le dispositif en témoigne. La notion de permanences régulières qui permettent de rencontrer les personnes à plusieurs reprises est un élément à prendre en compte tout spécialement, car c'est cette régularité qui *permet de tisser des liens* peu à peu, liens qui permettent alors la prise de contact avec le dispositif. Ce lien est par ailleurs entretenu par un dispositif organisé à *petite échelle* et *prend différentes formes*: financière et administrative, mais aussi dans l'accompagnement physique lors des bilans et du suivi qui leur est donné.

- Les bilans

Les bilans permettent l'entrée concrète dans le système de prévention et de soins. Organisés de

façon collective, avec facilitation des transports, ils permettent aussi d'aborder les démarches avec une certaine *convivialité*. Quinze à vingt personnes sont contactées à chaque bilan (demi-journées spécifiques organisées). De fait, lors de ces espaces de parole spécifiques, des opportunités de discussion s'ouvrent, de façon assez spontanée, et les personnes parlent assez facilement de leur santé – ce qui fait dire à juste titre que ces moments constituent potentiellement un « beau support d'actions collectives ».

La gestion des bilans et leur organisation est lourde aussi bien en amont qu'en aval: prises de contact, inscriptions, relances, accompagnements physiques, réponses aux questionnements, réceptions des résultats et suivis. Si les résultats confirment ce que l'on sait *a priori* en matière de problèmes de santé détectés (hypertension artérielle, obésité, diabète spécialement mis en évidence), ils permettent un autre contact avec les personnes présentant des bilans anormaux de façon à les orienter si besoin vers une prise en charge individuelle. C'est aussi l'occasion d'aborder la question de la prévention.

Ce dispositif assez lourd donne aujourd'hui de bons résultats en termes d'adhésion au dispositif. Il serait intéressant de pouvoir approfondir cet aspect par un suivi des problèmes de santé: les évaluations sont en cours. Le taux de suivi (60 %) <sup>5</sup>, jugé satisfaisant, peut certainement être amélioré, mais une meilleure compréhension des obstacles à ce suivi reste encore à documenter. Par ailleurs, la coordination avec les médecins généralistes, qui semble difficile à mettre en place, devrait permettre également d'améliorer le taux de suivi. Cet aspect peut être considéré pour le moment comme une faiblesse du dispositif. La démarche pourra être diffusée dès lors qu'il y aura un peu plus de recul; les résultats des évaluations prévues apporteront des éclairages pertinents qui font défaut à ce jour.

- La facilitation de la mutualisation et de l'accès à une couverture complémentaire

C'est certainement également un des aspects novateurs à partager: « *Une convention avec la Mutuelle familiale (décembre 1999) a permis de définir une option d'entraide solidaire comprenant un panier de prestations équivalent à celui proposé dans le cadre de la couverture complémentaire de la CMU. L'adhésion à cette option est conditionnée par un niveau de ressources supérieur à celui fixé pour l'obtention de la couverture complémentaire dans le cadre de la CMU et inférieur à un seuil situé approximativement à 20 % au-dessus du seuil CMU (variant selon la composition familiale). Le montant des cotisations est de 24,39 euros par mois pour une personne seule, de 45,73 euros par mois pour une famille et de 30,49 euros pour une famille monoparentale. La ville prend en charge 75 % du montant*

*des cotisations le premier trimestre, puis 50 % le deuxième et enfin 25 % le troisième trimestre. »*

Cet accès à une mutuelle a pu être favorisé dans une majorité de cas grâce à l'aide financière municipale et aux tarifs préférentiels négociés avec la mutuelle en question qui ne se limite pas à sa prestation de services classiques et a par ailleurs le projet de réaliser des évaluations socio-économiques. Mieux visualiser la consommation de services mais aussi la non-consommation de services apparaît nécessaire; il existe en effet des secteurs de faible consommation et il serait intéressant d'en analyser les raisons.

À ce jour, le principe de cette expérience permet de souligner un certain nombre de facteurs facilitant qui permettent d'entrer dans le système de droit commun en passant préalablement par un accompagnement étroit des personnes les plus marginalisées pour enclencher un processus et aller à terme vers plus d'autonomie :

- La démarche permet de démontrer à ce jour qu'en conjuguant un certain nombre de mesures, toujours ancrées dans une bonne connaissance du terrain, les personnes en situation précaire peuvent, elles aussi, accéder à une couverture complémentaire et que, *a priori*, elles en font bon usage, sans « consommer » au-delà de ce qui semble utile, pour le moins collectivement, contrairement à ce qui peut être dit par ailleurs; les évaluations donneront plus d'informations.
- La démarche confirme que les dispositifs classiques, de routine, ne sont pas adaptés à un certain nombre de personnes en situation d'exclu-

---

5. La proportion de personnes qui ont pu être contactées directement après le bilan est souvent égale à 60-65 % (problèmes de modification de numéros de téléphone ou de numéros de téléphone erronés). La proportion de personnes ayant besoin d'un suivi même minime (vaccin anti-tétanos, contrôle de la tension artérielle, contrôle de résultat sanguin) est quasiment de 90%. Enfin, la proportion de personnes contactées ayant déjà réalisé l'examen ou la consultation préconisée suite au bilan est de 80 % en 2003, soit du même ordre que l'année précédente (ce taux très satisfaisant est comme un écho à la bonne humeur qui domine le déroulement des bilans, tout comme une réminiscence des encouragements à poursuivre une attitude santé positive prodigués aux personnes avant, pendant ou après le bilan).

sion et qu'il est possible d'offrir d'autres alternatives innovantes. Quels sont alors les éléments incontournables à pointer? Appui financier («coup de pouce» et non substitution), «accompagnement»<sup>6</sup> au cours des démarches administratives, mode d'organisation des bilans sont autant d'atouts à relever. Par ailleurs, l'information largement diffusée et transmise par différents acteurs et la coordination entre ces derniers sont deux autres éléments incontournables. La notion de *synergie* au sein du dispositif est à valoriser: si chaque mesure avait été prise indépendamment des autres, les résultats n'auraient pu être obtenus dans les termes décrits. C'est en cela que la coordination prévue avec d'autres programmes enclenchés sur la ville (saturnisme par exemple) viendra aussi renforcer l'accès au dispositif et à la santé.

La synergie, l'alliance des mesures à la fois dans le temps et dans l'espace rendent un dispositif à dimension humaine accessible, et ce au-delà des limites qui ont été évoquées dans la présentation :

- Le dispositif ne permettait pas à l'origine de prendre en compte les personnes sans assurance sociale. Ces personnes sont les plus marginalisées. On sait en effet que «*la moitié des ménages bénéficiaires de la CMU avaient renoncé à au moins un soin dans les douze mois précédents l'enquête, et ce pour des raisons financières*»; c'est dire l'importance d'accéder à une couverture sociale (Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2002).
- Il reste des difficultés d'accès au dispositif pour les mères avec des enfants (problèmes de transport et de garde des enfants, pour les bilans): rappelons que de nombreux dispositifs ou activités sont inaccessibles parce que les systèmes de

garde d'enfants par exemple ne sont pas mis en place, alors que des solutions alternatives peu ou non coûteuses pourraient être proposées.

- Le dispositif nécessite une mise en commun constante des efforts de mobilisation de tout un réseau d'acteurs et semble relativement lourd, posant d'emblée la question de sa pérennisation. Pourtant, comment l'alléger? Les évaluations donneront peut-être des réponses.
- Enfin, le recrutement des personnes est jugé bon, au moins pour l'adhésion aux bilans, mais le dispositif est d'ores et déjà saturé: comment concilier l'élargissement du public bénéficiaire et une capacité d'accueil satisfaisante? Ce point est important, car si le système est saturé, les délais d'entrée dans le dispositif seront allongés et viendront augmenter le seuil d'accès au droit commun. À ce titre, le taux de suivi et la difficulté du lien avec les médecins généralistes ont déjà été soulignés comme des difficultés.

Cette expérience a le mérite d'avoir mis en avant les conditions à mettre en œuvre pour réduire certaines inégalités face à l'accès à la prévention et aux soins. Elle est intéressante à plus d'un titre. La future évaluation socio-économique de la mutuelle permettra d'obtenir des informations intéressantes sur le profil des personnes qui ont eu recours à ce dispositif, l'utilisation ou la non-utilisation des prestations et les raisons qui y sont liées. Une autre évaluation ayant pour objet l'impact de la mutualisation comparera la consommation de soins un an avant et un an après l'adhésion à la mutuelle. Ces évaluations devraient permettre en outre de mieux comprendre en quoi et comment ce dispositif a permis à chacun d'accéder à ses droits, à savoir, les éléments à prendre en compte pour éventuellement le mettre en place ailleurs.

---

6. Dans une perspective d'acquisition progressive de l'autonomie.



**LA PLACE DES DIAGNOSTICS  
PARTAGÉS DE SANTÉ  
AU NIVEAU LOCAL :  
AU-DELÀ DES CONNAISSANCES,  
LA PRISE EN COMPTE  
DES HABITANTS  
ET LEUR IMPLICATION EFFECTIVE**

La mission d'accompagnement de RESSCOM a mis au jour l'engagement ou l'intérêt d'un certain nombre de villes de la Seine-Saint-Denis pour la mise en œuvre de démarches diagnostiques ou la ré-actualisation de données disponibles : « *Plutôt que de devoir assurer des interventions dans l'urgence, elles ont le sentiment que l'équilibre local et le bon déroulement d'une politique municipale supposent l'existence d'une information régulière sur la situation des habitants* » (Joubert, Bertolotto et Truze, 2001, p. 34).

Le diagnostic partagé au niveau local, abordé dans le chapitre antérieur, permet de viser différents objectifs complémentaires en actionnant des mécanismes qui, utilisés de façon synergique, peuvent contribuer au façonnement d'une politique municipale de santé et à la construction de la démocratie locale. L'intérêt est bien de favoriser une *prise de conscience collective et pluridisciplinaire* des problèmes de santé auxquels sont confrontés les habitants d'un territoire donné. Le diagnostic partagé place l'ensemble des participants dans « *une dynamique d'actions interdisciplinaires et participatives* » (Lamour, 1996, p. 119). Cette dimension collective contribue à la construction d'une culture commune repérée comme un des facteurs favorisant les coopérations en créant en outre des passerelles entre cultures professionnelles et cultures profanes. Nous sommes ici sur des enjeux d'appropriation qu'il faut particulièrement prendre en compte dans le montage des diagnostics, mais aussi dans leurs restitutions, difficiles à construire, devant sans aucun doute s'en-

visager à des moments différents et répétés, dans des espaces divers, pour reprendre les éléments qui auront émergé, les remettre au débat et s'en servir de levier pour élargir les débats, construire des réponses concrètes. L'implication des élus est en cela essentielle pour donner suite aux diagnostics. Ce ne sont pas en effet les opérateurs externes, même s'ils peuvent épauler la réalisation des diagnostics, qui pourront assurer seuls la reprise et le suivi des diagnostics dans les faits. Le facteur temps, déjà souligné, est essentiel à considérer pour la place des habitants, car les rythmes de ces derniers et celui des professionnels ne coïncident pas nécessairement. Rappelons aussi que les stratégies de communication sont également à adapter en fonction des publics.

Un diagnostic n'est donc pas un « simple état des lieux », comme les participants au groupe de travail ont pu le souligner dès la première rencontre :

- Au-delà des éléments de connaissances sur les problématiques de santé, le diagnostic local ou le « portrait du milieu » permet d'« aller vers » et de renverser d'emblée le mode de relation avec les habitants : on ne propose pas de « service », on s'intéresse à leur perception des problèmes de santé et de leurs déterminants. On mobilise d'emblée – ou on commence à mobiliser – pour le futur des éléments de compréhension sur les forces existantes et potentielles autour de pôles d'intérêt partagés (interfaces). On repère aussi les réseaux d'informations et de circulation des informations, on essaie de comprendre les revendications légitimes qui s'expriment lors de ces consultations, pour réaliser un travail de construction à partir de ces revendications (Laurence, 2002).
- L'apport des habitants, indépendamment de la source d'information qu'ils représentent, rôle dans lequel on a encore trop tendance à les

cantonner, peut être aussi d'ordre méthodologique. C'est ainsi que certaines stratégies plus adaptées que celles pensées par les professionnels seuls ont pu être imaginées (expérience relatée par Le Blanc-Mesnil/Dugny) : l'approche des habitants *via* des questionnaires envoyés avec les quittances de loyer a montré par exemple que l'hypothèse des professionnels qui pensaient ainsi toucher tout le monde était erronée. L'envoi des questionnaires avec les quittances de loyer (un questionnaire par famille) avait été initialement proposé, avec une possibilité d'aide par les gardiens de la cité pour les remplir. Seuls dix questionnaires avaient été retournés. Une autre stratégie, impliquant des habitants, avec un contact personnalisé, a donné de meilleurs résultats. Le questionnaire a été retravaillé avec les habitants (représentants de deux associations du Blanc-Mesnil, l'une de colocataires, l'autre de sport) en plusieurs séances afin de le rendre plus compréhensible et plus adapté aux objectifs. Des stagiaires de la Croix-Rouge (cinq personnes) ont apporté leur aide pour réaliser l'enquête sur le terrain : quatre binômes ont été formés avec des professionnels et des habitants afin de faire du porte à porte selon un schéma correspondant à un échantillonnage basé sur les données disponibles (données INSEE sur l'Iris Quartier nord, données statistiques démographiques du Pôle de services pour Dugny). La retransmission des résultats devait être assurée lors d'autres rencontres et dans les journaux municipaux.

Le diagnostic partagé est donc un des outils qui peut être mis au service de l'implication des habitants, bien au-delà de l'option « source d'informations », pour les intégrer dans les prises de décisions.

## ENTRER DANS LE CHAMP DES PRATIQUES COMMUNAUTAIRES : L'EXPÉRIENCE DE STAINS<sup>7</sup>

Cette expérience, « Action sur l'habitat et l'environnement. Charte de la cage d'escalier », vient illustrer comment on peut intervenir sur le logement ou l'environnement de façon « micro », en engageant, par une démarche participative, les habitants à se mobiliser autour des questions d'habitat insalubre dans une cité. Un certain nombre d'éléments du contexte de cette cité ont favorisé la dynamique participative, mais ce sont les *aspects méthodologiques* qui sont ici particulièrement intéressants à retracer, car ils illustrent nombre d'éléments transversaux essentiels dans ce type de démarche. Notons que le poste de l'animatrice ASV en partie affectée à cette expérience est financé au titre des ASV.

L'expérience prend racine dans une cité, le Parc du Moulin neuf (un peu plus de six mille six cents habitants) où les habitants, confrontés à des problèmes avec le bailleur – négligence dans la gestion et l'entretien – se sont organisés pour défendre collectivement leurs droits. Par ailleurs, les problèmes liés à l'hygiène, à la propreté et au manque de respect de l'environnement ont pris au cours des dernières années une ampleur importante (décharges improvisées, déchets et poubelles jetées par les fenêtres et parsemés dans la cité, squats sans sanitaires, présence de rats, de puces, de cafards, etc.). Ces problèmes ont été régulièrement soulevés en comités de quartier rassemblant des professionnels, des représentants d'associations et des habitants. Dès l'année 2000, des actions de sensibilisation au respect de l'environnement sont proposées, avec l'appui entre autres d'une troupe de théâtre qui travaille sur

---

7. Séance du 22 mai 2003.

l'émergence de la parole des habitants avec des techniques interactives.

Un procès engagé contre le bailleur a été gagné, ce qui a conforté les habitants dans leur processus d'organisation, et l'association draine aujourd'hui les « sceptiques » de l'époque. Un nouveau bailleur s'implique aujourd'hui dans la démarche, ce qui vaut d'être souligné car assez rare.

Une équipe s'est mobilisée pour réfléchir aux modes d'action possibles dans ce quartier : un référent pour le bailleur, un référent du service d'hygiène de la ville, un référent intervenant sur le tri sélectif, un référent politique de la ville et un référent santé.

Dans la pratique, pour des raisons organisationnelles, une équipe de trois professionnels est intervenue de façon concertée (MOUS, représentant du nouveau bailleur, animatrice communautaire au titre des ASV) avec l'association pour la défense des habitants du Parc du Moulin neuf, à partir de janvier 2003, pour engager, dans la proximité avec les habitants, des actions visant à réfléchir et à trouver des solutions à l'insalubrité.

Les objectifs évoqués initialement étaient les suivants :

- encourager la participation des habitants aux actions qui ont pour but d'agir sur leur environnement;
- permettre aux habitants d'avoir un engagement citoyen en modifiant leur comportement pour améliorer la propreté de leur cage d'escalier et plus largement des espaces collectifs du quartier;
- améliorer les relations de voisinage et favoriser le dialogue entre les locataires pour trouver des réponses aux problèmes liés à la vie collective;
- participer à la construction d'une image positive de la cité et favoriser le désenclavement du quartier.

La démarche engagée a permis de réfléchir à ce qui relevait de la responsabilité du bailleur et à ce qui pouvait être amélioré par des prises de

conscience individuelles et collectives concernant l'environnement. Nous ne sommes donc pas dans ce cadre dans l'utilisation des principes de la participation communautaire pour pallier les responsabilités qui ne relèvent pas des habitants.

La stratégie choisie d'emblée a été d'*aller vers* les habitants, sur leurs lieux de vie, et de provoquer, à l'heure où chacun rentre du travail, des discussions *informelles et conviviales* dans les cages d'escalier, qui regroupent *peu d'habitants*, soit une dizaine de familles. L'échelle choisie au départ est centrée sur l'espace de vie des locataires.

Chemin faisant, le lien se crée, le tour des cages d'escalier prend du temps, mais l'essentiel est de créer la dynamique suffisante pour peu à peu créer une surface, une force de proposition.

L'histoire de l'initiative montre qu'il était nécessaire d'*intervenir de façon différente* en fonction des sites de la cité. Un des sites pose notamment des questionnements particuliers, et les intervenants réfléchissent aux stratégies possibles : « *Il faut s'adapter à ce qui se passe, toujours partir d'un état des lieux et d'une histoire : c'est toujours différent ailleurs* » souligne E., animatrice communautaire.

Les professionnels vont aussi voir dans la cité *ce qui se passe*, un *comité de quartier* réunissant habitants, professionnels et représentants de l'association se réunit tous les deux mois pour débattre de façon générale des problèmes de la cité ou organiser des actions ponctuelles. La thématique initiale concernant l'environnement est donc aujourd'hui plus globale; c'est grâce à la création d'opportunités pour discuter, à l'ouverture d'espaces où les habitants du quartier et différents types de professionnels peuvent se retrouver.

En ce qui concerne les problèmes relevant de la responsabilité du bailleur, le processus engagé en-

courage les personnes, plutôt que de faire remonter les préoccupations point par point et au jour le jour, à élaborer un cahier des charges et à interpeller le bailleur *via* l'association des habitants. *On ne fait donc pas à la place des gens mais on s'adapte et on encourage leur dynamique.*

À ce jour, alors que l'expérience est plutôt récente, ces espaces ont permis de faire émerger une multitude de thématiques, de problèmes, et l'enjeu est de « *voir ce qui va se tisser par la suite* ».

On est donc dans une situation où les conditions ont été créées pour que la parole émerge. Au-delà de l'interaction entre professionnels et habitants, cette dynamique permet aussi de favoriser et de renforcer la communication entre les habitants eux-mêmes. Reste à tenter par la suite de contribuer à « *donner du sens à tout ce qui émerge* », de trouver de la cohérence peu à peu, au travers de projets portés conjointement. Cela prend du temps: autre défi à assumer pour les professionnels, toujours pressés!

Suite à la présentation de cette expérience, divers éléments ont été partagés dans le groupe:

« *Mais comment ne pas en arriver à une liste de revendications?* », c'est l'angoisse des professionnels... De fait, pour ne pas tomber dans ce revers possible, plusieurs éléments sont à noter: les professionnels doivent savoir présenter la démarche et clarifier les rôles et obligations de chacun: *ce sont en quelque sorte les règles du jeu à énoncer ensemble.* En santé communautaire, comme dans d'autres champs d'ailleurs, les règles doivent « *être connues et convenues* ». Il s'agit d'un préalable qui, lorsqu'il n'est pas respecté, représente un des facteurs d'échec des processus participatifs. Un exemple est donné, celui de jeunes qui souhaitaient avoir un local, sur un mode revendicatif: comment, sans tomber dans la réponse simple: « *pas question* », qui aurait certainement coupé la possibilité de

créer des liens, peut-on proposer et s'engager dans un processus de négociation? Les professionnels, tout en étant clairs sur « le champ du possible », peuvent trouver les moyens de décoder d'une part les injonctions qui émergent parfois, et d'autre part profiter de ces accroches pour aller au-delà de ce mode d'expression. Les acteurs travaillant dans la proximité connaissent d'ailleurs bien ces constructions ancrées dans la négociation.

« *Et comment gère-t-on les conflits?* » Il n'y a pas de recette. Chaque situation est différente et il est nécessaire de s'appuyer sur des personnes ressources du milieu, de s'appuyer sur l'existant. « *Il est nécessaire de laisser les gens s'exprimer, même si c'est dans la confusion parfois; on est d'ailleurs le plus souvent en face de situations cocasses.* » « *Il est important d'éviter les frustrations et de donner la parole à tout le monde. Chacun doit pouvoir faire entendre son point de vue même si c'est avec virulence et agressivité. Parfois, des échanges plus constructifs peuvent avoir lieu dans un deuxième temps. Des réponses peuvent être trouvées par étapes sur des points précis sans chercher à résoudre d'emblée l'ensemble des problèmes.* »

Cette expérience montre que, en termes de participation communautaire, il est nécessaire que les personnes puissent se sentir concernées et motivées par des projets qui devraient être conçus comme le produit d'une rencontre d'intérêts, une interface à trouver où les différentes parties ont un rôle à jouer, des responsabilités à partager. Pour cela, l'histoire « micro », l'histoire locale doit être observée, analysée et décodée. En s'appuyant alors sur les modes d'organisation préexistants, on peut, en se positionnant comme « éléments facilitateurs » et non pas comme des experts qui savent tout – sans renier les compétences qu'il faut apporter sur les projets –, promouvoir une implication citoyenne. Il faut aussi donner les moyens à cette dynamique: aller vers les personnes, sur leurs lieux de vie et ne pas « convoquer » à des réunions.

Mais les projets ne sont pas toujours financés pour toute la phase de maturation où les liens se tissent entre professionnels et habitants, où les difficultés et préoccupations émergent aux côtés d'ailleurs des potentialités pour aboutir, après plusieurs mois en général, à des projets consensuels qui pourront, mais à ce moment-là seulement, être formulés en termes d'objectifs, d'activités et de moyens, sans oublier les indicateurs d'évaluation dont celle de la dimension participative.

Il faut donc être prêt, et c'est là un enjeu essentiel, un élément fondateur de la démarche participative, à cheminer avec et au rythme des habitants pour construire de façon partenariale des projets. À ce titre, il faut souligner l'ambiguïté dans laquelle se situent acteurs et institutions qui, malgré des énoncés explicites, ne souhaitent pas toujours se prêter à la prise de risque qu'implique ce cheminement.

**Cela pose dès lors un projet de santé communautaire dans sa dimension politique indispensable à intégrer pleinement dans la progression et la pérennisation des démarches.**

De fait, si on assume une des définitions possibles de la participation communautaire comme « *un processus social qui correspond à la capacité de l'implication des membres d'une communauté [ou d'un groupe de citoyens] dans l'identification, l'analyse, l'établissement de priorités et la recherche de solutions de problèmes communs, dans une optique de dignité et d'acquisition des droits fondamentaux [...] processus [qui] est une composante pour la pérennisation des programmes de santé et du développement social* », alors on s'inscrit dans des accompagnements longs. Ces derniers se construisent par étape, qui dépassent largement les enjeux du savoir-faire. Là encore, la présence des élus dans les débats de quartier est valorisée par les participants du groupe. La littérature est profuse en ma-

tière de participation communautaire, dégageant les facteurs qui vont la favoriser ou au contraire générer des obstacles<sup>8</sup>. On donnera ici simplement un rappel des éléments spécifiques identifiés au détour de cette séance de travail (*tableau page suivante*).

Dépasser les logiques des orientations politiques et institutionnelles où les priorités mais aussi les modes d'organisation sont parfois en décalage avec le quotidien des habitants nous ramène aux facteurs favorables à mettre en place mais aussi aux obstacles « classiques » à éviter pour trouver une meilleure articulation des logiques professionnelles et les croiser avec les logiques profanes. Les enjeux de concurrence entre les professionnels – mais aussi ceux qui émergent à d'autres niveaux – doivent ainsi être traités dans le cadre des projets.

Les coordinateurs ASV sont confrontés à ces réalités de par leur fonction même. Mais leurs contributions aux dynamiques communautaires se déclinent de façon différente selon les priorités affectées à leur rôle, dépendant notamment de la taille de la ville. Nous aborderons ce point dans le prochain chapitre.

## CONCLUSION

L'implication des habitants exige que soient trouvées des interfaces afin que ces habitants soient considérés comme partenaires à part entière. Aujourd'hui se tisse dans les différents territoires tout un travail de reformulation des relations entre élus, professionnels et habitants. Concernant la politique de la ville et plus spécifiquement les ASV, des avancées ont été acquises

---

8. Voir spécifiquement : Brixi et al., 1996 ; Brixi et al., 2003 ; Joubert, 2002 ; Joubert et Mannoni, 2003 ; Mannoni et al., 2002 ; Tessier et al., 1996 ; OMS, 1986 ; SFSR, 2000.

## **QUELQUES ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE POUR FAVORISER LA PARTICIPATION DES HABITANTS**

*« Une pratique qui a ses exigences : pas de recette miracle »*

*Analyser le contexte, les enjeux.*

*Identifier les conditions de réussite.*

*Éviter les pièges et connaître les facteurs qui font obstacle à la participation.*

Entrer dans de réels processus (pas de participation ponctuelle et symbolique ou pour entériner des décisions déjà prises ; pas d'instrumentalisation ; ne pas utiliser la participation communautaire pour remplacer le désengagement de l'État).

Articuler les cultures profanes et professionnelles.

Développer des attitudes empathiques.

Instaurer des relations de confiance, reconnaître les compétences, ne pas juger.

Rendre les démarches conviviales.

Bien connaître les groupes, associations ou groupes locaux : repérer les ressources (s'appuyer sur les potentiels) et les dynamismes locaux.

Connaître les mécanismes de solidarité, les modes d'organisation (formels/informels).

Accompagner vers et ne pas « faire à la place de ».

Partir de la réalité des gens. Repérer les intérêts et inverser les questions : comment les professionnels peuvent-ils « contribuer à » ?

Faire émerger les besoins mais AUSSI les ressources.

Établir des règles éthiques et de transparence connues et les partager.

Clarifier les rôles de chacun ; les règles de participation doivent être claires et convenues.

Les décideurs participent au processus.

Importance de ne pas exclure ; favoriser l'information, l'expression, la compréhension : porter une attention aux groupes marginalisés.

Adapter les outils aux publics peu alphabétisés (méthodes et outils accessibles).

Adapter le rôle des professionnels : rendre son savoir accessible, reconnaissance des habitants comme partenaires à part entière, pas de paternalisme, et établir une fonction de facilitateur.

Favoriser le travail intersectoriel.

Respecter les individus et les opinions différentes, favoriser l'expression de chacun, mettre en cohérence les différentes opinions ; combattre processus d'exclusion et faible estime de soi...

Construire la capacité de négociation ; travailler sur les interfaces qui émergent.

Repérer les opportunités.

Gérer les débats contradictoires (ne pas les gommer...).

Prendre en compte le rythme des personnes : équilibres à trouver.

Mettre des moyens dans une démarche communautaire : consommatrice de temps.

Importance des contenus et des moyens de communication : accessibilité, fluidité, compréhension, partage des informations plutôt que information (pouvoir) accaparée par un petit groupe, *feed-back*. Mettre des moyens sur les aspects communication : point clef.

Créer un contexte institutionnel favorable à la concertation.

S'appuyer sur les expériences antérieures positives.

Stratégies multiples, complémentaires ET combinées : synergies.

*Qualités essentielles : écoute, observation, compréhension, adaptation.*

*Valeurs fondatrices : citoyenneté, démocratie, équité et justice sociale, dignité, « empowerment ».*

---

en Seine-Saint-Denis pour la participation des habitants aux débats et aux décisions relatives à la santé. Si, de fait, cette dimension participative reste trop à la marge aujourd'hui encore, la prise en compte des facteurs de blocage identifiés devrait contribuer, spécialement dans le cadre des ASV, à faire évoluer le processus et les modes de coopération. Le Conseil national des villes recommande à ce titre « *que les acteurs soient formés ensemble pour construire un référentiel commun [...], offrir des espaces de régulation* » (CNV, 2001, p. 104).

Des moments spécifiques de formation sont par ailleurs certainement pertinents à penser, sachant que « *pour ce qui concerne les habitants par exemple, un processus de formation au fonctionnement institutionnel peut s'avérer indispensable* » (CNV, 2001, p. 84). Pour « *les élus, les techniciens, les administrations [qui] ne sont pas forcément bien préparés à affronter le débat contradic-*

*toire, n'ont pas forcément connaissance des méthodes requises pour mettre en œuvre, pour favoriser le décroisement et le travail collectif [...], il faudrait ouvrir des possibilités de formation commune aux élus, services administratifs et professionnels de terrain pour favoriser le décroisement et le travail collectif* » (CNV 2001, p. 84, 90). Ces formations ne peuvent se substituer bien entendu à la construction, jour après jour, des espaces nouveaux de concertation: il s'agit bien de « *tricoter des réponses ensemble [...], pour renforcer la participation des citoyens alors considérée comme un déterminant du milieu* » (Thibault, 2001, p. 14).

Tout en ayant soin de ne pas rigidifier la participation des habitants dans des procédures trop lourdes, l'ASV et les coordinateurs s'inscrivent comme des ressources pouvant faciliter la participation des habitants et contribuer ainsi au façonnement de la démocratie locale au sein et avec l'ensemble des acteurs de la politique de la ville.





## 7. Le coordinateur ASV : réflexions sur un nouveau métier

---

### INTRODUCTION

Les postes de coordinateur dans le cadre des ASV s'inscrivent dans l'évolution générale des métiers de la politique de la ville. Divers rapports ont mis en lumière sur d'autres registres, comme celui des métiers du développement social urbain (rapport Brévan-Picard, septembre 2000, édité en 2001), un certain nombre d'éléments transversaux relatifs à l'adaptation et à l'adéquation des exigences entre les postes et les formations professionnelles, adéquation qu'Élisabeth Dugué (2000) identifie comme « *qualification* » en tant que système collectivement construit<sup>1</sup>. Les nouvelles exigences auxquelles ont dû faire face les acteurs de la politique de la ville en réponse à la transformation des réalités locales se sont traduites depuis des années par un renouvellement des pratiques induisant lui aussi des transformations dans les postes et les fonctions, et un ajustement des professionnels aux prises avec de nouveaux défis quotidiens : « *Les professionnels ont innové et expérimenté de nouvelles formes d'intervention publique là où les méthodes classiques et les modes d'organisation étaient inefficaces pour répondre à la demande sociale [...], il y a donc une profonde mu-*

*tation des emplois et des qualifications* » (Anderson et Vieillard-Baron, 2003, p. 104).

Les multiples dispositifs se sont accumulés comme autant de tentatives de réponses à diverses exigences, mais sans qu'une coordination entre eux ne soit mise en place. La stratégie qui consiste à financer spécifiquement les postes de coordination est une plus-value importante, puisque l'impulsion de coordinations sur la thématique santé est un facteur clef dans l'effectivité de ces démarches, l'efficacité des actions dans une perspective pérenne : « *Créé à l'initiative des partenaires des contrats de ville qui souhaitent inscrire la santé comme une priorité forte, l'atelier santé ville pourra constituer le dispositif opérationnel de la convention thématique santé* » (annexe 1).

C'est donc la circulaire ASV et les orientations données pour sa mise en œuvre qui ont permis de fixer initialement les grands chantiers sur lesquels devaient travailler les coordinateurs et les personnes impliquées dans l'atelier santé ville.

L'atelier santé ville est un espace de coordination qui doit répondre aux objectifs fixés par la circu-

---

1. Élisabeth Dugué oppose qualification et compétences qui, selon sa perception, permettent de déjouer les systèmes de régulations collectives du travail sur lesquels est fondée la notion de qualification (Dugué, 1999). Cependant, le système de qualification n'a jamais reconnu l'acquisition des savoirs au travail (*ibid.*, p. 10). Nous utiliserons ici le terme de compétences et de référentiel de compétences comme l'ensemble des savoirs, savoir-faire et savoir être qui traduisent les exigences requises en regard d'une fonction et de responsabilités attendues et exprimées à travers un profil de poste.

laire. Ces objectifs portent soit sur des *thématiques* (besoins locaux de santé, diversification des moyens d'intervention, effectivité de l'accès aux services publics sanitaires et sociaux) soit sur *des modes d'intervention*, ces derniers étant centrés sur l'adaptation aux besoins identifiés et la coordination de tous les secteurs (politiques, professionnels, habitants), la promotion de réseaux.

Les ASV ont en ce sens plusieurs niveaux de défis à relever. Le coordinateur ASV doit mettre en œuvre des chantiers dont la diversité rend sa fonction complexe et lourde. Mais ces chantiers s'organisent de fait dans le temps, selon des schémas qui s'inscrivent en fonction de l'existant des villes. La programmation sur plusieurs années prend alors une place essentielle. Par ailleurs, le coordinateur n'est pas seul – principe de sa fonction – et il s'inscrit au sein d'une série de compétences locales dont la synergie est un des tremplins à renforcer.

*Ce sont pour toutes ces raisons que le poste de ce coordinateur, qui doit assumer en théorie toute une série de responsabilités, prend aujourd'hui des visages diversifiés<sup>2</sup>.*

Ce chapitre sera l'occasion de rappeler certains éléments de la circulaire – puisque cette dernière constitue « le cap » à ne pas perdre de vue –, puis de mettre en regard de cette même circulaire la réalité observée sur un certain nombre de sites de la Seine-Saint-Denis (intitulé des postes, mission des coordinateurs, place dans les organigrammes, fonctions et tâches, pérennisation des postes).

Ce sera aussi l'occasion de compléter le travail du groupe et ses recommandations par un aspect qui nous semble prioritaire : travailler sur un *réfèrent*

*tiel de compétences* du coordinateur ASV en complément aux textes d'orientation actuels.

Ce chantier est essentiel pour éviter les collusions déjà perceptibles sur le terrain entre la démarche elle-même, qui implique divers secteurs de la politique de la ville, et le rôle du coordinateur ASV.

Les coordinateurs (au nombre de six) qui ont spécialement contribué à ces séances de travail ont une ancienneté variable dans leur poste (huit à dix-neuf mois). Un certain recul est donc aujourd'hui possible et permet de visualiser au cas par cas les ajustements nécessaires à réaliser (dans le cadre des évaluations de processus). La formation initiale de quatre coordinateurs sur six relève du secteur sanitaire, deux ont des formations initiales se situant dans le champ des sciences sociales ou du technique. Deux des six coordinateurs ont bénéficié de formations continues inscrites dans une stratégie de complémentarité (santé/sciences sociales ou santé/attaché territorial). Quatre coordinateurs ont une expérience professionnelle centrée sur la coordination en général ou spécifiquement sur les projets de santé.

## INTITULÉ DES POSTES ET NATURE DES CONTRATS

L'intitulé des « coordinateurs ASV » en poste n'est pas homogène. On trouve les intitulés suivants :  
– *coordinateur atelier santé ville*,  
– coordinateur atelier santé ville et de l'observatoire social,  
– intervenante communautaire,  
– animatrice coordinatrice atelier santé-ville,  
– médecin de santé publique.

---

2. Les éléments qui suivent sont le reflet d'études de cas et toute généralisation doit donc être prudente ; seuls les constats croisés avec d'autres sites et à une échelle plus importante peuvent apporter des éléments plus consistants.

Ces intitulés pourraient simplement refléter une question administrative, mais reflètent en fait :

- l'accent sur lequel est mis le poste financé au titre de l'atelier santé ville d'une part,
- le partage de la fonction de coordination au titre des ASV entre plusieurs personnes (dernier cas), ce qui peut s'expliquer par une réalité locale spécifique mais qui questionne l'essence même de la coordination au titre des ASV dans la ville.

Il apparaît essentiel de faire apparaître explicitement dans l'intitulé des postes le terme de « coordinateur » (ou coordinatrice) et d'affirmer cette fonction dans le cadre des ASV.

L'analyse de la nature des contrats des coordinateurs en poste à ce jour montre que toutes les personnes sont en CDD pour une durée de un an (cinq personnes sont à temps plein dans la fonction publique territoriale, une personne est à temps partiel). Ce type de contrats traduit la précarité actuelle des postes et heurte les objectifs des ASV qui projettent la démarche sur le long terme. Au-delà des effets de précarisation personnelle, cette frilosité doit interroger la volonté de s'engager dans une démarche nouvelle sur le long terme et de mettre les moyens nécessaires en regard. Cela rend également difficile l'ancrage de la légitimité des coordinateurs ASV pour mobiliser des partenaires dans la durée. On peut souligner à ce titre que les maires ont la possibilité de solliciter auprès des préfets des financements pluri-annuels dans le cadre du contrat de ville. La nature des contrats est donc un élément à aborder au-delà des simples aspects administratifs, cette précarité fragilisant de façon structurelle la démarche ASV.

## LA MISSION DU COORDINATEUR ASV

Inscrite dans la circulaire, la mission des coordinateurs ASV s'est traduite dans les ateliers de travail sous la formulation suivante: « *Contribuer à promouvoir une politique locale de santé pour réduire les inégalités de santé en développant des programmes locaux en cohérence avec la démarche stratégique des PRAPS.* »<sup>3</sup> »

La circulaire précise alors: « *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. [...] Dans ce cadre, il recueille les données quantitatives et qualitatives, mobilise les compétences existantes: les chefs de projet politique de la ville, le chargé de projet départemental drogue et dépendance, les centres de ressources de la politique de la ville, les centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances avec la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies, les observatoires régionaux de santé. Il apporte un soutien aux acteurs (par exemple les adultes relais). [...] Il promeut la participation des habitants dans les projets locaux de santé et assure la cohérence et l'articulation des conventions thématiques santé prévention avec les actions de prévention du contrat local de sécurité (CLS).* »

La traduction opérationnelle de la mission du coordinateur reflète, dans les cas analysés, les principes qui caractérisent les nouveaux métiers de la ville: transversalité, globalité, partenariats, participation des habitants. Elle met aussi en avant le fait que le coordinateur ASV peut mobiliser les différents acteurs si par ailleurs ces acteurs décloisonnent eux-mêmes leurs pratiques et s'impliquent activement dans les mobilisations: les responsabilités doivent donc à ce niveau être explicites et partagées.

---

3. Séance du 22 octobre 2003.

## FICHES DE POSTE, FONCTIONS ET TÂCHES

L'analyse du contenu des fiches de poste demandées aux coordinateurs et la mise en regard de ces fiches avec leurs missions, fonctions et tâches ont constitué un exercice très intéressant.

Il faut tout d'abord constater qu'il n'y a pas toujours de fiche de poste ou qu'elle n'était pas connue lors de l'embauche par la personne concernée. Ces situations, même si elles restent sans doute exceptionnelles, interpellent pour le moins. Si l'on reprend les mots clefs trouvés dans les quatre fiches de poste explicitées par les coordinateurs, on observe les éléments suivants :

- La fonction explicite de coordination est présente dans une seule fiche de poste. Par contre, l'axe de *démarche coordonnée* («faire du lien entre les acteurs, animer les réseaux», «favoriser les actions intersectorielles», «fédérer les projets d'accès à la santé et aux soins») est explicite dans les quatre fiches de poste commentées par les coordinateurs. Le registre spécifique de la participation des habitants apparaît dans les quatre fiches de poste.
- D'autres formulations, comme «mettre en place un atelier santé ville» ou «animation et développement de cette démarche», peuvent aussi renvoyer par le lien établi avec la circulaire à la fonction de coordination et de promotion de la participation des habitants.
- Enfin, l'aide à la conception de projets («ingénierie de projet») apparaît dans trois fiches sur quatre et la participation directe aux actions est spécifiée une fois.

Au total on peut retenir, sur la base des quatre fiches de poste commentées, trois axes de travail se détachant :

– l'appui au *développement de dynamiques partenariales*, avec, paradoxalement, la non-explicitation de la *fonction même de coordination* ;

– la facilitation de la *participation des habitants*, conformément à la circulaire (mais cet axe n'est pas encore complètement investi) ;

– l'aide à la *conception de projet*, qui apparaît sans que l'on sache précisément ce que recouvre cette «aide» et jusqu'où elle va, laissant ouvertes les interprétations (formulation bénéfique d'un côté, car il faut rester souple, mais qui peut également être utilisée pour se décharger sur le coordinateur ASV d'une série de tâches).

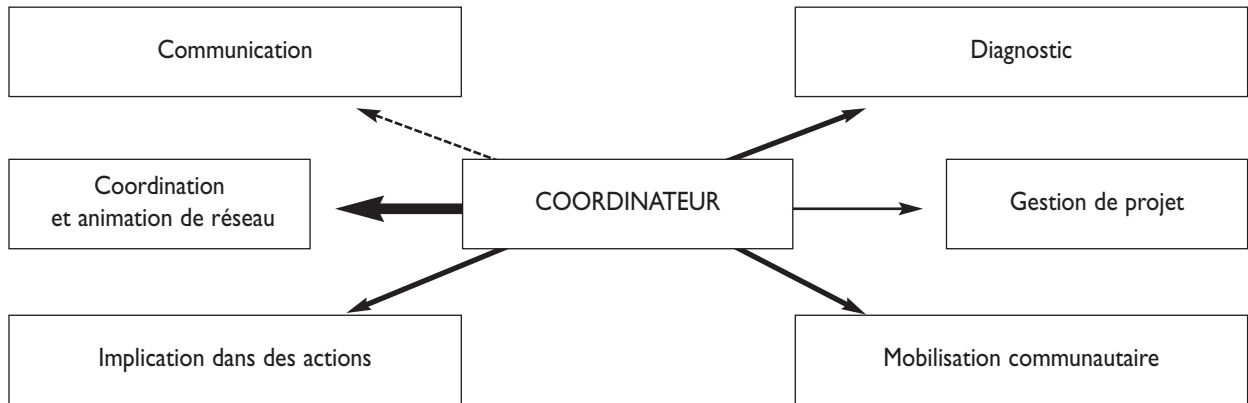
## LIEN AVEC LA NATURE DES FONCTIONS ET DES TÂCHES : VARIATIONS ET DÉCALAGES

L'analyse des fonctions et des tâches des coordinateurs ayant contribué au travail sur les métiers met en évidence: a) qu'il existe des variations ou parfois des décalages entre fiche de poste, fonctions et tâches; b) que l'on peut dégager trois types de profil de coordinateurs ASV à ce jour à partir de notre «étude de cas».

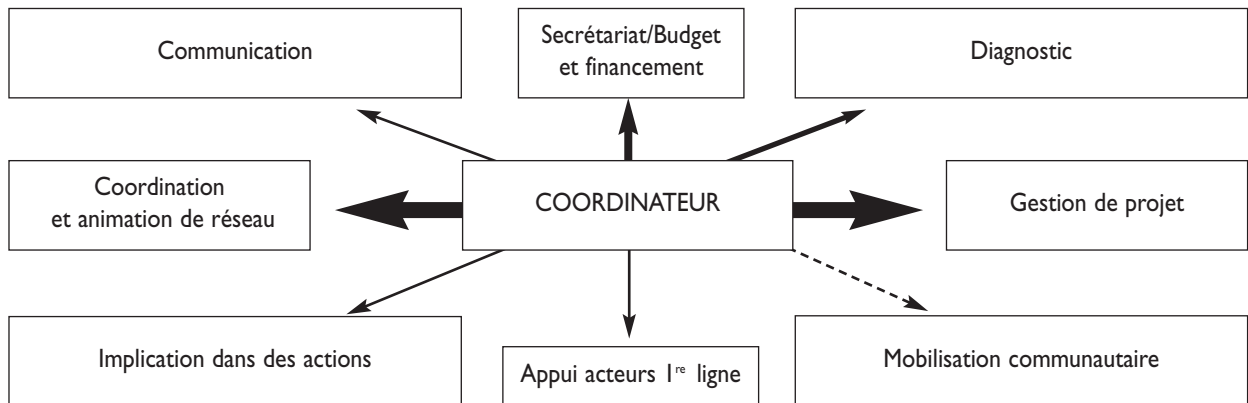
### Les variations et décalages

Les schémas qui suivent permettent de visualiser les éléments qui apparaissent ou non successivement depuis la fiche de poste jusqu'aux tâches, en passant par les fonctions. Sept rubriques sont ainsi apparues, dont certaines pourraient par ailleurs faire l'objet de regroupements. Ces schémas sont très synthétiques, ils ne reflètent pas les aspects dynamiques qui relient les différentes rubriques entre elles et qu'il faut prendre en compte dans la pratique. Par ailleurs, la taille des flèches reflète l'importance donnée à chacune des rubriques à partir du nombre de citations qui sont apparues dans les questionnaires concernant fiche de poste, fonctions et tâches. Ces éléments donnent donc une idée générale mais sont à prendre avec précaution et ne peuvent être généralisables sur l'ensemble des postes de coordinateurs.

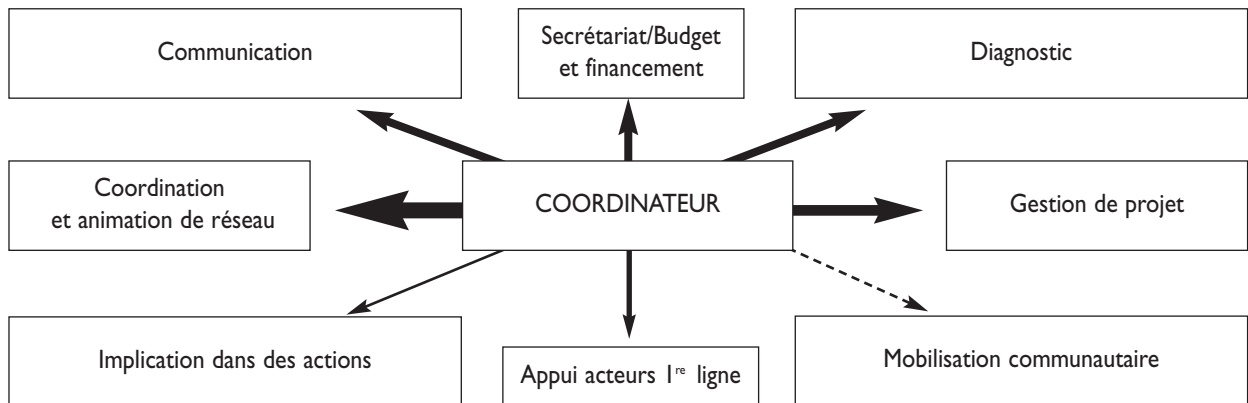
**Schéma 1. RÉSUMÉ DES CITATIONS CONCERNANT LA FICHE DE POSTE**



**Schéma 2. RÉSUMÉ DES CITATIONS CONCERNANT LES FONCTIONS**



**Schéma 3. RÉSUMÉ DES CITATIONS CONCERNANT LES TÂCHES**



*Les éléments à noter :*

- La coordination et l'animation de réseaux (qui ne recouvrent pas exactement les mêmes choses) illustrent de façon cohérente les liens entre circulaire, fiches de poste, fonctions et tâches. On voit dans la pratique que ce volet est aujourd'hui celui qui absorbe de façon majoritaire le temps des coordinateurs.
- La mobilisation des habitants apparaît dans les trois niveaux. Cependant, en regard de l'importance qu'elle revêt dans la circulaire, la fiche de poste ne traduit pas encore cette orientation aussi fortement que souhaitée, ni dans la formulation ni dans la pratique sur la plupart des sites. Cela est à mettre en lien avec les limites mentionnées antérieurement. Il faut cependant rester vigilant sur l'importance croissante que doit prendre ce volet si l'on souhaite réellement mettre en place un processus où les axes de travail soient privilégiés de façon évolutive dans le temps et l'espace. Le partenariat institutionnel a été de fait l'axe prioritaire pour le moment.
- Les éléments identifiés par les coordinateurs concernant la mobilisation communautaire font apparaître des axes stratégiques qui trouvent leur expression dans la pratique : le travail en réseau, le travail de proximité direct (implication dans les actions), l'appui aux acteurs de première ligne, c'est-à-dire en prise directe avec les publics.
- L'aspect communication recouvre deux dimensions principales : l'information simple et l'animation des réseaux. Ce volet consomme énormément de temps alors qu'il n'est pas valorisé ou pas suffisamment en tant que tel dans les fiches de poste, ou plus exactement avec l'im-

portance qu'il devrait recouvrir. Il devrait en outre être mieux explicité.

- Enfin, la gestion de projet, qui apparaît peu dans les fiches de poste, trouve par contre une place importante dans la pratique, intégrant tous les aspects administratifs que cela implique, dont les aspects mentionnés sous les termes de « secrétariat »<sup>4</sup> et « recherche de financement ».

La gestion de projet se décline sous deux registres : le contenu méthodologique et les aspects administratifs et financiers. À ce jour, même si les coordinateurs s'impliquent sur les aspects méthodologiques, la part dévolue aux aspects administratifs, au montage des dossiers pour les bailleurs et à la recherche de financement peut amputer le reste de ses fonctions de façon majeure. Même si l'on peut admettre que, sur certaines périodes de l'année, l'axe « administratif » prenne plus d'importance, le volume quotidien de ce volet peut mettre en danger le reste des fonctions et des tâches des coordinateurs. Ce point critique fragilise l'ASV et doit être traité dans l'organisation même du dispositif.

### **Les variations observées sur la base des fonctions et des tâches**

Les ASV étant créés pour s'inscrire dans des réalités locales spécifiques, il est donc normal que fonctions et tâches repérées prennent des configurations variables selon un certain nombre de déterminants. S'il existe un socle transversal pour les ASV, la mise en œuvre de ces derniers, et donc celle du poste de coordinateur, varie en fonction de différents critères dont les suivants ont été mis au jour dans les ateliers de travail :

- la taille des villes et celle du territoire concerné par l'ASV,
- l'historique de la ville et de son engagement concernant la thématique santé,

---

4. Assigné aussi à l'animation de réseau.

- les orientations politiques et les priorités assumées par les villes,
- la place du coordinateur dans l'organigramme,
- les moyens affectés pour les actions,
- les types d'acteurs et les dispositifs existant au niveau local,
- le degré d'avancement de la démarche ASV (au début de la démarche, on met l'accent sur certains axes en priorité).

À titre illustratif, la coordinatrice de Pierrefitte-sur-Seine a un rôle de référente pour ce qui relève des aspects méthodologiques... et des recherches de financements.

À Stains et à Blanc-Mesnil/Dugny, où l'ASV se développe sur des territoires relativement restreints (respectivement 10 300 et 5 000 habitants), les actions impliquant des habitants peuvent prendre plus d'importance, toujours en fonction par ailleurs des priorités données à l'ASV. À Stains, l'ASV concerne trois quartiers, mais, pour des actions transversales, la coordinatrice, intervenante communautaire, peut être amenée à travailler sur toute la ville.

En revanche, à Montreuil-sous-Bois, ville de 91 000 habitants, le poste de coordinateur ASV prend une autre configuration et s'inscrit dans un dispositif préexistant: il existe au niveau des cinq secteurs de la ville un référent DSU et une équipe territoriale animée par un maire adjoint et composée d'un coordinateur de quartier, d'un technicien, d'un arpenteur (qui sillonne les quar-

tiers, voit ce qui fonctionne ou non). La coordinatrice ASV a pour fonction, explicite pour tous, de créer du lien sur la question de la santé entre les différents acteurs territoriaux. Elle s'appuie alors sur les ressources existantes déjà mises en place.

Les schémas qui suivent (*page suivante*) illustrent d'une autre façon, et exclusivement sur les registres des fonctions et des tâches (contrairement aux schémas 1, 2 et 3), les configurations que peuvent prendre les postes des coordinateurs sur différents axes. Ici, les registres « secrétariat et recherche de financement » ont été intégrés à la gestion de projet.

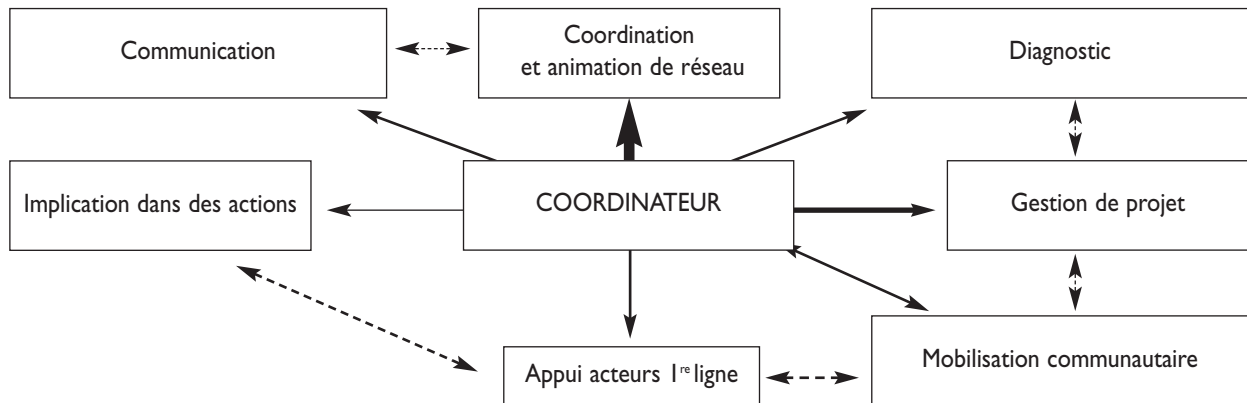
La taille des flèches illustre de la même façon que précédemment l'importance de l'axe (sur la base du nombre de citations et de l'analyse des pourcentages de temps passés sur les différents registres selon les coordinateurs).

Une fois encore, il faut considérer les interactions entre les registres mentionnés et les aspects dynamiques dans le temps, à savoir que, selon l'étape de la démarche, les périodes de l'année (recherches de financement par exemple), certains registres sont hypertrophiés par rapport à d'autres.

Le premier schéma illustre le schéma de base pour un coordinateur ASV, à ce jour, dans le cadre des expériences partagées dans les ateliers de travail.

Les autres schémas illustrent deux extrêmes: un poste s'approchant du poste de Montreuil-sous-Bois et un poste s'approchant de celui de Stains.

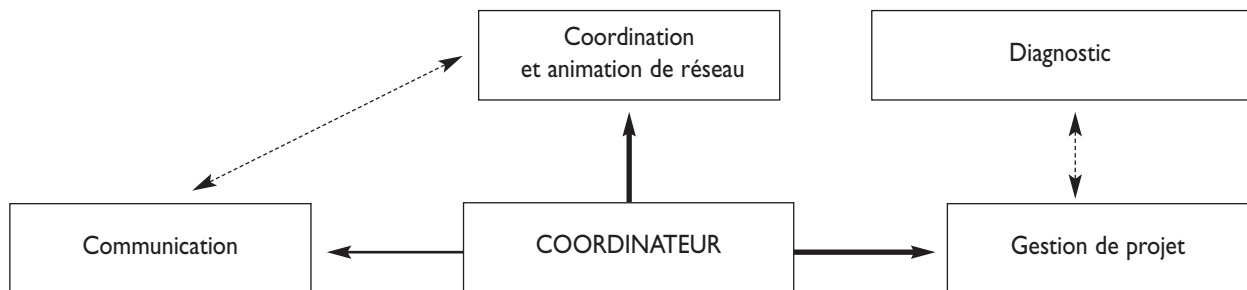
**Schéma 4. RÉSUMÉ DES AXES DE TRAVAIL POUR UN POSTE DE COORDINATEUR «STANDARD»**



**Schéma 5. RÉSUMÉ DES AXES DE TRAVAIL POUR UN POSTE DE COORDINATEUR DU TYPE MONTREUIL-SOUS-BOIS**

ÉCHELLE TERRITORIALE: LA VILLE.

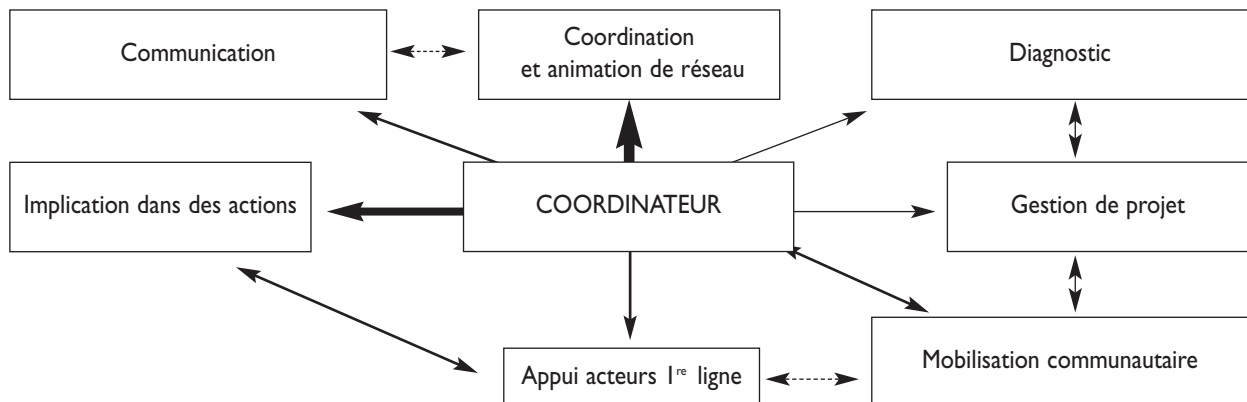
PRIORITÉ MISE SUR LE LIEN AVEC UN DISPOSITIF EXISTANT.



**Schéma 6. RÉSUMÉ DES AXES DE TRAVAIL POUR UN POSTE DE COORDINATEUR DU TYPE STAINS**

ÉCHELLE TERRITORIALE RÉDUITE: UN QUARTIER

PRATIQUES COMMUNAUTAIRES AU CENTRE DU PROCESSUS





On met bien en exergue ici que: a) les actions directement menées sur le terrain et l'appui aux acteurs vont de pair, puisque ces actions se réalisent conjointement et dans le transfert de compétences; b) la coordination se nourrit des interactions entre l'implication directe sur le terrain, les liens avec les acteurs de première ligne et les habitants.

---

### Les fonctions du coordinateur ASV définies par le groupe de travail

*Le coordinateur ASV:*

- Est garant<sup>5</sup> de l'organisation, de la mise en œuvre et de l'évaluation de l'ASV.
- Facilite la communication entre les partenaires, avec les personnes et institutions impliquées dans l'ASV.
- Soutient et contribue à développer les partenariats au niveau local de même que les instances de coordination (exemple: comité de pilotage).
- Mobilise et anime le groupe de partenaires conjointement avec l'élu.
- Apporte des éléments méthodologiques aux instances de concertation (sur des registres qui doivent être clarifiés et en articulation avec les compétences existantes).
- Suscite et appuie la participation des habitants.
- Contribue à identifier au niveau local les besoins des publics en difficulté.
- Contribue à concevoir, développer, coordonner les projets locaux de santé en veillant à leur cohérence au niveau local.
- Contribue à la communication autour des projets et de la démarche ASV.
- Contribue à la capitalisation des connaissances, expériences et savoir-faire.
- Élabore l'échéancier de travail de l'instance porteuse de l'ASV et veille à son suivi.
- Est garant du montage des projets retenus au titre de l'ASV (dont la recherche de financement), sans se substituer aux autres responsables en la matière.

### LA PLACE DES COORDINATEURS DANS LES ORGANIGRAMMES

L'analyse du poste des coordinateurs *via* leur place dans l'organigramme de la ville illustre à la fois l'importance donnée au poste, la proximité avec les élus, les souplesses ou au contraire les lourdeurs hiérarchiques auxquelles les coordinateurs peuvent être confrontés, la marge de manœuvre potentielle, la possibilité d'initiatives et bien entendu la place qui permet d'exercer réellement la fonction de « coordinateur ».

Cette place est bien entendu dépendante du type d'organisation existant dans une ville et est en prise avec la difficulté de conjuguer une fonction transversale et des organigrammes verticaux.

Considérant la mission du coordinateur et ses fonctions, il semble important que son lien avec les élus soit clarifié et que sa position dans l'organigramme de la ville lui permette d'avoir une marge de manœuvre et une responsabilisation. Il doit être, en articulation avec les chefs de projet, en relation avec les élus. Information, sensibilisation sur les préoccupations locales, les actions mises en œuvre, interpellation sur les différentes priorités, orientations sur des aspects méthodologiques et techniques, etc. doivent pouvoir se réaliser de façon régulière, simple et opérationnelle dans une relation de réciprocité. Il s'agit donc ici de rendre le lien *politico-technique* opérationnel par le biais du positionnement dans les organigrammes<sup>6</sup>.

Les rattachements institutionnels sont cependant aujourd'hui extrêmement variés et certains coordinateurs dépendent parfois de deux directions différentes, ce qui complexifie leur fonction dans la pratique.

---

5. Être garant ne signifie pas forcément une implication directe: le coordinateur ASV peut n'assurer qu'une fonction de chef d'orchestre des différents services.

6. Même si ce n'est pas le seul critère qui intervienne.

Par ailleurs, l'intégration de coordinateurs dans des services spécifiques est relevée comme étant *potentiellement difficile*, dans le sens où des glissements et des intégrations progressives du coordinateur ASV au sein des directions dont il dépend peuvent s'opérer insidieusement, ce qui constitue un facteur de fragilisation de la démarche ASV.

Logiquement, de par sa fonction et son mandat, l'instance qui porte l'ASV devrait constituer le point de référence décisionnelle pour le coordinateur ASV; c'est en tout cas une recommandation du groupe de travail.

---

#### RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL

---

### La place du coordinateur ASV dans l'organigramme de la ville

---

À ce jour, la place dans l'organigramme est un aspect fondamental à considérer. Même s'il n'existe pas de « recette » en la matière, les recommandations formulées par le groupe pour faciliter les décisions à prendre concernant ce thème sont les suivantes :

- La fonction du coordinateur ASV doit être rattachée aux services de la ville si l'on souhaite mettre en œuvre logiquement la circulaire ASV. Le rattachement à la politique de la ville permet de mieux définir le poste, avec des liens fonctionnels (et opérationnels) avec le secteur santé.
- La place du coordinateur ASV doit de fait le placer en situation d'exercer sa fonction de coordination avec les différents partenaires locaux, en prenant soin que sa position hiérarchique soit en cohérence avec sa fonction.
- La place du coordinateur doit prendre en compte ses liens avec le comité de pilotage ou l'instance intégrée au contrat de ville.
- La fonction de coordination doit être explicitée au niveau des villes.
- L'implication des élus est essentielle pour la légitimité du poste de coordinateur ASV et pour rendre sa fonction opérationnelle. La place dans l'organigramme doit pouvoir assurer au coordinateur un accès facile aux élus.

## UN RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES POUR LES COORDINATEURS ASV<sup>7</sup>

Cette question se heurte à l'absence fréquente de référentiel métier comme base de développement d'une meilleure adéquation entre les attendus vis-à-vis des professionnels, l'identification des profils souhaités et la construction de nouvelles formations (Anderson et Vieillard-Baron, 2003).

Le travail avec le groupe de Profession Banlieue a fait naturellement émerger ce thème que nous n'avons pu qu'effleurer, alors que l'enjeu est essentiel à porter. Il s'inscrirait comme une réelle priorité à court terme au niveau ministériel pour donner suite au processus enclenché dans la démarche ASV et la consolider.

Ce référentiel de compétences repose sur les principes de base suivants :

- identifier précisément les tâches des coordinateurs ASV ;
- clarifier les savoirs, savoir-faire et savoir être en regard de ces tâches ;
- structurer alors un référentiel de compétences ;
- clarifier par la suite l'adéquation entre les profils professionnels, les formations existantes et, par déduction, les nouvelles formations à construire.

Cette logique s'applique à tout champ professionnel. Elle doit s'appuyer, pour ce qui concerne les postes de coordinateurs ASV, sur :

- *Les textes officiels*, qui explicitent la mission et les déclinaisons des postes de coordinateurs dans la pratique.
- *La synthèse des tâches demandées aux coordinateurs ASV à ce jour*. Cette synthèse passe par un

---

7. Cette partie a été construite avec le soutien d'Ania Deville-Roques, professionnelle en ingénierie de formation.

travail de repérage systématique des tâches demandées aux coordinateurs sur un nombre de sites plus important que celui sur lequel nous avons pu travailler (prise en compte de la diversité des contextes), pour mettre en œuvre une capitalisation des expériences.

- *L'établissement de priorités* : a) parce que le coordinateur ASV n'est pas seul et peut s'appuyer sur d'autres compétences, au sein de la politique de la ville tout spécialement ; b) parce que ce référentiel devrait être conçu comme un « tronc commun » (un « référentiel minimum »), pouvant être adapté aux exigences et aux spécificités locales.

Nous avons essayé d'illustrer ce que signifie cet exercice en nous basant sur le cœur du métier de coordinateur ASV : *la promotion de pratiques partenariales incluant élus, institutionnels et habitants*. La traduction par quelques exemples en termes de savoirs, savoir-faire et savoir être est donnée dans le tableau de la page suivante.

*Cette liste, non limitative, illustre en particulier :*

- la complexité des compétences à croiser,
- la nécessité de mieux centrer le travail du coordinateur ASV,
- l'importance de constituer des équipes polyvalentes où le coordinateur lui-même trouve une place cohérente.

Le tableau montre aussi que les compétences nécessaires pour la coordination et l'animation de partenariats recouvrent, *mais en partie seulement*, la question de la mobilisation des habitants ou celle des pratiques communautaires.

Généraliser cet exercice permet donc de repérer les types de professionnels à recruter, sachant que, si les formations initiales sont importantes, elles ne sont certainement pas le seul critère à prendre en compte : les expériences professionnelles dans différents milieux sont également à valoriser.

Enfin, le métier de coordinateur des ASV renvoie à l'évolution des métiers en général de la politique de la ville et à la multiplicité des compétences à maîtriser dans un cadre partagé de compétences. L'appréhension de cette complexité se forge sur le terrain au jour le jour. Les coordinateurs peuvent en témoigner et la valorisation de leurs acquis est aussi importante à prendre en compte.

La consolidation des postes de coordinateurs passe au minimum par l'adaptation des types de contrats au temps des procédures contractuelles (Anderson et Vieillard-Baron, 2003) et par des fiches de poste systématiques, par ailleurs plus explicites grâce à la clarification du référentiel de compétences.

À ce jour, le groupe de participants a souligné plusieurs priorités en matière de renforcement des compétences, portant sur :

- *Une meilleure connaissance du cadre politique et institutionnel en général, et une meilleure compréhension des logiques institutionnelles.*
- La capacité à repérer les ressources mobilisables sur un territoire.
- La capacité à décrypter le jeu des acteurs sanitaires et sociaux.
- Des compétences relatives à l'animation et à la coordination de réseaux.
- Des capacités à imaginer localement des méthodes pour faire participer la population à la démarche.
- Les compétences pour assurer le suivi et l'évaluation des projets.
- La connaissance et l'utilisation de stratégies de communication diverses et adaptées.

## Savoirs, savoir être et savoir-faire pour la promotion de pratiques partenariales

---

### SAVOIRS

#### Ils concernent en particulier :

- La politique de la ville et la politique de lutte contre les exclusions.
- Les dispositifs en place et les articulations existantes.
- Les acteurs impliqués à différents niveaux, mais essentiellement le territoire concerné par l'ASV : élus, institutionnels, associatifs, population(s)<sup>8</sup>.
- Les positionnements des acteurs selon les problématiques.
- Les liens opérationnels sur un territoire donné et les articulations aux différents niveaux.
- Les bailleurs potentiels et leur spécificité, les procédures de demande de subventions...
- Les techniques du champ de la communication et de la négociation (mobilisation).
- Les fondements principaux de la santé publique, de promotion de la santé.
- Les méthodes et les outils favorisant l'implication des acteurs (en particulier les habitants).
- Les théories psychosociales (processus de changement).
- La connaissance des outils informatiques disponibles.
- Etc.

### SAVOIR-FAIRE

#### Exemples :

- Analyser le contexte.
- Repérer les enjeux, les modes d'organisation, les opportunités et les contraintes du milieu.
- Placer les acteurs selon leur zone d'influence.
- Identifier les espaces et les modes de concertation.
- Déterminer les interfaces pour des projets fédérateurs.
- Utiliser les méthodologies et les outils pour rendre effective la participation des populations (communiquer, organiser les espaces de débat, etc.).
- S'approprier et mettre en œuvre stratégies et actions (théories psychosociales).
- Animer un groupe de travail, un réseau.
- Organiser la circulation de l'information.
- Réguler désaccords et conflits.
- Organiser le fonctionnement du groupe en réseau (souplesse...).
- Savoir élaborer un budget et le négocier.
- Etc.

### SAVOIR-ÊTRE

#### Aperçu :

- Savoir observer, écouter.
- Respecter.
- Savoir mettre en confiance et favoriser l'expression des autres.
- Avoir une attitude empathique.
- Esprit d'analyse et de synthèse.
- S'adapter aux situations.
- Sens du travail en équipe.
- Sens de la négociation.
- Rigueur, organisation.
- Etc.

---

8. Pour rappel, le niveau local doit aussi s'articuler avec les autres niveaux : départemental, régional et national.

Appuyés par des espaces d'échange d'expériences, des formations innovantes adaptées et mises en œuvre selon les cas en regroupant différents types d'acteurs sur un territoire donné, les ASV s'en trouveront confortés.

Enfin, consolider la démarche signifie la rendre pérenne d'un point de vue à la fois politique et opérationnel.

Il s'agit bien de renforcer le dispositif lui-même, de maintenir les postes dans le temps, de construire des cadres d'emploi reconnus et sécurisés<sup>9</sup> et enfin d'ancrer la légitimité et la plus-value de l'ASV en passant par un effort de communication à ne pas négliger.

---

9. Extrait de l'atelier départemental du 11 décembre 2001.



## 8. Conclusion

---

**L**E travail réalisé au cours de ces quelques mois d'échange a permis de construire une réflexion croisée, d'interroger nos certitudes, de partager nos doutes, mais aussi de valoriser un certain nombre d'expériences locales liées à la démarche ASV.

La ville mais aussi les territoires intercommunaux, l'échelon de l'agglomération démontrent de plus en plus leur pertinence dans la construction progressive des politiques locales de santé incluant la prévention et le soin, avec la question centrale de la citoyenneté et de la lutte contre les exclusions.

La démarche impulsée par les ateliers santé ville se situe au croisement de la politique de la ville et des politiques de santé publique. Le degré d'atteinte des objectifs depuis le lancement de la démarche est naturellement difficile à mesurer, mais les processus enclenchés permettent d'affirmer qu'un certain nombre d'axes de travail se concrétisent peu à peu, que d'autres, par ailleurs classiquement laissés à la marge, doivent trouver un ancrage plus facile grâce aux ASV, et ce tout particulièrement par le biais des changements de pratiques et de nouveaux modes de concertation.

Les acquis, avec quelques mois de recul, sont désormais perceptibles sur certains sites de la Seine-Saint-Denis. Les évaluations en cours, offrant une vision plus globale sur le département, apporte-

ront des éclairages qui permettront de valoriser les avancées et de clarifier les points à renforcer. Cela permettra aux villes s'engageant nouvellement dans la démarche de bénéficier des acquis des premières villes ayant relevé le défi. Les ateliers santé villes se multiplient également partout en France, leur légitimité se forge.

L'expérience des ateliers santé ville constitue d'ores et déjà une avancée dans les processus engagés, de même qu'un potentiel permettant de compléter et de consolider les politiques nationales et régionales de santé. Aujourd'hui, des zones d'ombre restent à travailler : le groupe de travail exprime à ce titre ses incertitudes quant à l'évolution des politiques ministérielles.

Les ateliers santé ville sont inscrits dans la loi contre les exclusions, la santé a certes été confortée récemment dans le projet de loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine – dite « loi Borloo » –, aux côtés d'autres axes visant à réduire les inégalités sociales. Cependant, l'espace de la santé au niveau local doit toujours être conforté, des questionnements forts sont énoncés à ce jour concernant la notion de territoire et la place des politiques locales de santé (communales, intercommunales, départementales) dans le cadre du projet de loi relatif à la politique de santé publique et du projet de loi relatif aux libertés et responsabilités locales.





## **Annexes**

---



## Annexe I : La circulaire ASV du 13 juin 2000

---

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère délégué à la ville  
Délégation interministérielle à la ville

Secrétariat d'État à la santé  
Direction générale de la santé

Paris, le 13 juin 2000.

La déléguée interministérielle à la ville  
Le directeur général de la santé

À

Mesdames et Messieurs les préfets  
– responsable départemental politique de la ville  
– directeur départemental des affaires  
sanitaires et sociales

**Objet : mise en œuvre des ateliers « santé-ville »**

Les études les plus récentes conduites aussi bien sous l'égide du Haut Comité de Santé Publique que par le Centre de recherche, d'Étude, et de Documentation en Économie de la Santé convergent toutes vers le même résultat : les personnes en situation de précarité présentent toutes des états de santé fragilisés par les difficultés qu'elles rencontrent pour accéder aux systèmes de soins.

La faiblesse de leurs revenus, l'absence ou l'insuffisance de couverture complémentaire, le recours tardif à un médecin aggravent considérablement l'état de leur santé au point de compromettre encore plus leurs possibilités d'insertion.

La situation de nombreuses personnes vivant dans les quartiers de la politique de la ville les conduit à connaître des difficultés supplémentaires : la santé n'est pas une priorité lorsqu'il est déjà difficile de faire face aux dépenses de la vie quotidienne liées au logement, à l'alimentation...

Avec la politique du revenu minimum d'insertion et celle de l'insertion des jeunes en difficulté, la politique de la ville a contribué à la prise en compte de la santé ; au XI<sup>e</sup> Plan, les trois quarts des contrats de ville comportaient un volet spécifique.

Le bilan a permis de constater une meilleure inscription des questions de santé dans le parcours socioprofessionnel des personnes en difficulté, et le passage de la problématique de

santé individuelle à celle de la santé publique, partout où le partenariat entre institutions et professionnels a pu s'établir dans la durée.

Il s'agit au XII<sup>e</sup> Plan d'amplifier les effets de ces évolutions notamment par l'organisation à l'échelle d'un territoire des politiques publiques de santé de l'État et des collectivités locales.

C'est pourquoi le Comité Interministériel des Villes du 14 décembre 1999 a précisé les conditions de la mise en œuvre du volet santé des contrats de ville 2000/2006 avec les ateliers « santé ville ».

La note jointe ateliers « santé ville » précise les modalités de mise en œuvre des contrats de ville.

Les ateliers « santé ville » s'inscrivent ainsi dans les priorités régionales des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins et de la loi de lutte contre les exclusions, dont ils contribuent à enrichir l'application locale. Ils doivent permettre une articulation dynamique entre la politique de la ville et la politique de santé et ainsi contribuer à la réduction des inégalités de santé.

Vous devez favoriser la mise en place de ces ateliers « santé ville », dûment intégrés aux contrats de ville, en associant les services départementaux chargés des affaires sanitaires et sociales pour en assurer la promotion et le suivi.

Claude BRÉVAN,  
Déléguée interministérielle à la ville

Lucien ABENAHIM,  
Directeur général de la santé

## ATELIER SANTÉ VILLE

### LE CADRE DE RÉFÉRENCE

Le Comité Interministériel des Villes du 14 décembre 1999 a précisé les orientations de la politique de la ville en matière de santé<sup>1</sup> avec la mise en place, au sein des Contrats de Ville, d'ateliers « santé ville ». Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), institués par l'article 71 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions<sup>2</sup>, fixent un cadre d'action et contribuent à leur mise en œuvre.

Créé à l'initiative des partenaires des contrats de ville qui souhaitent inscrire la santé comme une priorité forte, l'atelier « santé ville » pourra constituer le dispositif opérationnel de la convention thématique santé.

L'atelier « santé ville » vise à promouvoir le développement de programmes locaux de santé, en cohérence avec la démarche stratégique utilisée pour les PRAPS.

Il s'agit d'améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires de la politique de la ville, qu'elles soient menées par les institutions, le monde associatif ou les acteurs de santé du service public ou privé.

### LES OBJECTIFS

Les ateliers « santé ville » ont pour objectifs :

- d'identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie ;
- de faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien à des réseaux médico-sociaux ;
- de diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site ;
- de rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun ;
- de 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.

---

1. Chapitre II, point 3.2 du Comité interministériel des villes du 14 décembre 1999.

2. Circulaire DGS/SP2 n° 99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité.

## LES ACTEURS

Tous les acteurs des champs sanitaires et sociaux doivent être impliqués, particulièrement les médecins de ville, les établissements de santé publics et privés, les structures de santé mentale, les CHRS, les centres de santé, les centres sociaux, les services de santé scolaire, les services sociaux d'accueil aux étrangers, les missions locales.

La démarche de réseau comme moyen d'intervention devra être privilégiée de manière à évoluer vers la constitution de réseaux de santé de proximité<sup>3</sup>.

## LES THÈMES D'ACTION

Les thèmes de travail peuvent concerner :

- 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.

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

## LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

L'atelier « santé ville » n'est pas une structure de plus mais le lieu de la coordination des acteurs en vue de l'élaboration d'un diagnostic partagé des problèmes à traiter, de l'adoption et de la mise en œuvre d'un programme d'actions concertées, de leur réalisation et d'une évaluation régulière des résultats obtenus.

Il est souhaitable de s'appuyer sur les structures existantes qui participent aux actions de lutte contre les exclusions.

---

3. Circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

Un coordonateur peut être recruté pour animer la démarche ; dans ce cas il doit être intégré au pilotage du contrat de ville et dans le groupe de pilotage départemental du PRAPS animé par les DDASS.

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.

Dans ce cadre, il recueille les données quantitatives et qualitatives, mobilise les compétences existantes : les chefs de projet politique de la ville, le chargé de projet départemental drogue et dépendance, les centres de ressources de la politique de la ville<sup>4</sup>, les centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances avec la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies<sup>5</sup>, les Observatoires Régionaux de Santé. Il apporte un soutien aux acteurs (par exemple les adultes relais<sup>6</sup>).

Il promeut la participation des habitants dans les projets locaux de santé et assure la cohérence et l'articulation des conventions thématiques santé prévention avec les actions de prévention du Contrat Local de Sécurité (CLS).

Par ailleurs, il a vocation à participer, en lien avec les DDASS, aux travaux des PRAPS dont il est un correspondant privilégié sur le territoire, à l'action menée dans le cadre des Conférences Régionales de Santé et à valoriser la participation des habitants dans les projets locaux de santé comme les États généraux de la santé le préconisent.

Compte tenu de la nature de la mission, 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.

## LES SOUTIENS FINANCIERS DE L'ÉTAT

Les ateliers « santé ville » bénéficient d'un soutien financier de la part du ministère délégué à la Ville et du secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale dans le cadre des contrats de ville.

À ce titre, ils sont financés conjointement par la Ville et l'État. Pour l'État, le chapitre 47-11-20 du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, le chapitre 46-60-10 (Fonds d'intervention pour la ville) et le chapitre 37-82 pour le financement des actions de ser-

---

4. Comité interministériel des villes du 30 juin 1998.

5. Circulaire du 15 septembre 1999 du Premier ministre concernant la lutte contre la drogue et la prévention des dépendances.

6. Chapitre II, point 3.1 du Comité interministériel des villes du 14 décembre 1999.

vice public seront mobilisés. Les crédits des autres collectivités territoriales et des autres partenaires seront également recherchés (FAS...). Il convient dans tous les cas de figure, avant de mobiliser des financements complémentaires, de rechercher une bonne utilisation coordonnée des financements existants.

Les ateliers « santé ville » retenus feront l'objet d'un rapport annuel de suivi auprès du Comité régional des politiques de santé (en application de l'article 71 de la loi 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions) et des instances de pilotage du contrat de ville.

## L'ÉVALUATION

Les ateliers « santé ville » doivent prévoir une procédure précise d'évaluation de type participative comportant un volet qualitatif et quantitatif. La place donnée à la participation des habitants permettra aux acteurs d'apprécier l'impact des actions de santé dans le sens du concept de « santé bien-être », selon des critères qui seront différents suivant les populations concernées et les modes d'intervention.

L'évaluation permettra d'examiner les résultats des projets locaux de santé et leur cohérence avec l'ensemble des actions de santé sur les territoires en contrat de ville (par exemple : accès aux droits par la mise en place de la CMU<sup>7</sup>, notamment l'accueil et la domiciliation au niveau des CCAS, fonctionnement et pertinence de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé<sup>8</sup> dans l'établissement de santé de proximité, place et rôle des réseaux Ville-Hôpital au niveau local, des réseaux de santé de proximité, du volet santé PDI...) et leurs effets sur l'amélioration de la santé des habitants et, au-delà, sur la qualité de vie et l'insertion sociale.

L'évaluation des ateliers « santé ville » inscrits dans les contrats de ville sera prise en compte dans le cadre de l'évaluation nationale de la politique de la ville du XII<sup>e</sup> Plan.

### Contacts :

*Délégation Interministérielle à la Ville : Catherine RICHARD, chargée de mission, département Lien social et service public. Tél. : 01 49 17 46 57. Fax : 01 49 17 46 94.*

*Direction Générale de la Santé : Robert SIMON, chef du bureau SP2. Tél. : 01 40 56 42 77.*

---

7. Loi n° 99.641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU).

8. Circulaire DH/AS1 n° 05960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les établissements de santé.



## Annexe 2 : Synthèse des actions menées en Seine-Saint-Denis au titre des ASV

---

### AUBERVILLIERS

• **Nombre d'habitants** (recensement 1999)  
63 136.

• **Types d'actions prioritaires ASV** (au 23 février 2004)

1. Réseau et pratiques communautaires:
  - appui aux professionnels, soutien au travail en réseau dans le champ de la santé mentale: réunion d'évaluation de situations d'adultes en difficulté (RESAD); Séminaire «santé mentale, adolescence et famille: les souffrances psychiques liées aux violences» ;
  - appui à la participation communautaire: projet d'action communautaire dans un quartier de la ville visant à améliorer les conditions de santé mentale des habitants (ce projet sera piloté par un comité du quartier composé des acteurs associatifs + des acteurs institutionnels + des habitants).
2. Maison des pratiques de bien-être et de santé du Marcreux: projet bâti à partir de l'approche communautaire et du travail en réseau des professionnels présents dans le quartier.
3. Mise en place d'un tableau de bord santé pour la ville permettant d'apprécier plus finement les besoins de santé, les facteurs de risque, les difficultés d'accès aux soins, les inégalités locales de santé. Ce tableau de bord ferait le plus souvent appel à des données disponibles mais fragmentaires ou éparpillées, actuellement non exploitées, et tenterait une connexion locale avec les systèmes de surveillance sanitaires, régionaux ou nationaux.

### Territoire concerné par les actions menées au titre de l'ASV

Les actions développées auprès des professionnels concernent la ville.

Les actions de type communautaire ciblent deux grands quartiers: Marcreux-Landy et Gabriel Péri-Montfort.

### AULNAY-SOUS-BOIS

• **Nombre d'habitants** (recensement 1999)  
80 315<sup>1</sup>.

• **Types d'actions prioritaires ASV** (au 23 février 2004)

Mise en place du CLICA: coordination sur la thématique des conduites addictives

1. *Objectif général*: Renforcer, développer, mettre en cohérence les actions de prévention primaire et de prévention secondaire auprès de toute la population d'Aulnay-sous-Bois et plus particulièrement la population jeune et son entourage familial.

---

1. Précisions données par le Dr Kulas: les jeunes de moins de 20 ans représentent 30,8 % de la population générale pour la ville (28 % pour le département). Les décès liés à l'alcoolisme sont les plus élevés de la région parisienne avec un taux de 16,07 % contre 12,03 % pour l'Île-de-France.

II. *Objectifs stratégiques*: Le CLICA a pour fonction de coordonner toutes les actions concernant les dépendances sur la ville, que ces actions relèvent du secteur médical ou du secteur éducatif, et impliquant les différents professionnels.

Le CLICA:

- accueille, informe, oriente et accompagne les familles et les personnes en difficulté,
- favorise l'accès aux soins et aux dispositifs de réinsertions,
- analyse et suit les demandes de la population et des professionnels,
- assure, au travers d'un pôle ressources, l'information, la formation, l'assistance des professionnels et des associations,
- coordonne un réseau de professionnels du champ médico-social,
- analyse l'évolution des pratiques, propose et conduit des projets de prévention.

III. *Actions mises en œuvre*:

- construction d'un réseau de partenaires (médecins, pharmaciens),
- création d'un point écoute et orientations santé avec la plate forme «insertion multiservices» (association d'insertion) et la maison de l'entreprise et de l'emploi,
- travail de prévention dans les 6 collèges et les 3 lycées de la ville,
- création d'un observatoire et d'un pôle ressource.

### **Territoire concerné par les actions menées au titre de l'ASV**

Commune.

### **BLANC-MESNIL/DUGNY**

• **Nombre d'habitants** (recensement 1999)

Blanc-Mesnil : 45 000

Dugny : 10 000

• **Types d'actions prioritaires ASV** (au 23 février 2004)

1. *Qualification des professionnels et échange de pratiques*. Projets: a) le lien, feuille d'échange d'informations sanitaires et sociales; b) formations: «alcool, alcoolisme, quelle réalité, quelles réponses apporter»; «violences conjugales», «maltraitance des enfants»...; c) groupe d'analyse de pratiques.
2. Animation de groupes de travail transversaux pour *la coordination et le développement d'actions* selon trois axes: «Accueil et santé du petit enfant», «Activités pour les enfants et les jeunes», «Jeunes en difficulté». Ces groupes de travail contribuent également à la qualification et à l'échange de pratiques. Ils aboutissent à la conception de projets concrets (exemple: dépliant sur les activités pour les enfants et les jeunes, création d'une halte-jeu, d'un réseau d'assistantes maternelles...).
3. *Renforcement de la capacité de structures à favoriser l'accès aux soins, à la prévention et aux droits*. Renforcement du travail sur la prévention avec les deux pôles de services.
4. *Accompagnement et dynamisation de la participation des habitants*: a) Constitution de groupes de travail et de parole pour les habitants; b) Participation des habitants aux groupes de travail transversaux (cf. 2.)
5. *Détermination de priorités sanitaires et sociales* (diagnostic ASV et enquête sur la fréquentation des pôles de services) et **évaluation** des pratiques d'orientation et de prise en charge dans le cadre de ces priorités.
6. *Création du «Lien»*, journal intercommunal de l'ASV.

### **Territoire concerné par les actions menées au titre de l'ASV**

Intercommunalité.

**Dugny** a également développé les points suivants :

1. Mise en place d'un service de soins à domicile et de séances de kinésithérapie pour les personnes âgées.
2. Création d'une structure multi-accueil « petite enfance ».

**Blanc-Mesnil** a également développé les points suivants :

1. Appui à la conception et à la mise en œuvre de projets enfance-jeunesse.
2. Renforcement de la capacité de structures à favoriser l'accès aux soins, à la prévention et aux droits : a) médiation et renforcement du lien social au foyer de travailleurs migrants Manouchian ; b) élaboration d'un projet de structure du pôle de services et santé ; c) développement du rayonnement du pôle dans les autres structures du quartier : centre social, maternelle, collège...

### **CLICHY-SOUS-BOIS**

• **Nombre d'habitants** (recensement 1999)  
28400.

• **Types d'actions prioritaires ASV** (au 23 février 2004)

1. Animation d'un groupe réseau sur la santé mentale.
2. Constitution d'un annuaire santé.
3. Diffusion d'une lettre d'information de l'ASV.
4. Actions de proximité avec les habitants en s'appuyant sur les associations (femmes-relais, centre social...).
5. Travail sur les certificats médicaux pour la pratique sportive.
6. Participation des habitants : formation des acteurs avec un médecin en santé communautaire, organisation d'une conférence citoyenne.
7. Création d'une permanence de soins de proximité.

### **Territoire concerné par les actions menées au titre de l'ASV**

Actions 1 à 3 : Commune.

Action 4 : Haut et Bas-Clichy-sous-Bois.

Actions 5 à 7 : Commune.

### **LA COURNEUVE**

• **Nombre d'habitants** (recensement 1999)  
35310.

• **Types d'actions prioritaires ASV** (au 23 février 2004)

1. Accès aux droits et aux soins.
2. Nutrition.
3. Santé mentale.

### **Territoire concerné par les actions menées au titre de l'ASV**

Commune.

## MONTREUIL-SOUS-BOIS

• **Nombre d'habitants** (recensement 1999)  
90735.

• **Types d'actions prioritaires ASV** (au 23 février 2004)

Les groupes de travail programmés par l'ASV sont organisés selon une approche par thèmes, par populations et/ou par territoires :

1. Prévention de l'obésité en établissements scolaires: en pilotage SCHS. Opérationnel pour la mise en place d'actions locales sur cette thématique en partenariat notamment avec l'Éducation nationale.
2. Accès aux droits de santé: copilotage ASV/CMS. Partenariat étroit avec l'assurance maladie sur Montreuil-sous-Bois, qui a pour objectifs l'échange d'informations, le décroisement des pratiques et la réalisation d'outils d'information locaux pour usagers et professionnels.
3. VIH: pilotage ASV, coordination des actions à long terme et à court terme notamment pour la Journée mondiale de lutte contre le sida.
4. Promotion de la santé des jeunes en exclusion sur Montreuil-sous-Bois (16/25 ans): projet porté par les CMS – le groupe de travail est issu du projet pour un retour d'informations et des perspectives communes entre acteurs locaux.
5. Collectif santé Montreuil-Le Morillon-Ruffins-Théophile Sueur: animation CVQ et participation de l'ASV.
6. Réseau santé mentale et troubles du comportement: animation et pilotage SCHS.
7. Santé et migrants: le service intégration est pilote, avec pour objectif de faire accéder aux structures de droit commun la population migrante notamment des foyers.
8. Permanence des soins/maison de santé: pilotage ASV.
9. Ressources et compétences prévention/éducation santé: pilotage initial CMS puis mission locale et circonscription de PMI.

### Territoire concerné par les actions menées au titre de l'ASV

Quartier/secteur/ville.

## PIERREFITTE-SUR-SEINE

• **Nombre d'habitants** (recensement 1999)  
25816.

• **Types d'actions prioritaires ASV** (au 23 février 2004)

Suite aux résultats du diagnostic participatif sur les besoins de santé des habitants mené par l'ASV en 2002-2003, conduite de projets répondant aux priorités décelées :

1. Mise en réseau des professionnels de la santé, du social, de l'insertion, de l'éducation, autour de la souffrance psychique des habitants :
  - échanges tous les deux mois autour d'une situation complexe apportée par une structure,
  - organisation d'une formation pour les acteurs de proximité afin de mieux repérer, accueillir, écouter, orienter les personnes qui «vont mal».

2. Consolidation de la dynamique partenariale autour d'actions de prévention conduites en commun (semaine prévention santé). Permettre une meilleure lisibilité des actions santé réalisées sur la ville.
3. Mieux adapter la prévention selon la population (comprendre les représentations de santé des habitants et tenir compte de la culture d'origine, de l'âge, du sexe, des conditions de vie) :
  - projet de prévention (pathologies, accès au droit) avec les résidents des foyers Sonacotra,
  - action de valorisation et d'estime de soi avec les femmes de la maison des parents et des groupes d'alphabétisation en utilisant le théâtre comme outil de prévention,
  - initiation à la radio avec les jeunes en abordant des thèmes de santé,
  - sortir de l'isolement les personnes âgées originaires du Maghreb (vivant en habitat social et dans les foyers) en leur proposant des ateliers «exercices physiques et alimentation».
4. Réfléchir sur la possibilité de créer un point écoute et santé pour les jeunes :
  - repérer ce qui existe déjà de formel ou d'informel concernant l'écoute des jeunes sur la ville,
  - étudier la faisabilité d'ouvrir une structure destinée aux jeunes et à leur santé,
  - répertorier les professionnels compétents travaillant sur la ville et désireux de s'investir au sein de cette nouvelle structure (accueil, atelier prévention, écoute...).

#### **Territoire concerné par les actions menées au titre de l'ASV**

Commune.

#### **SAINT-DENIS**

- **Nombre d'habitants** (recensement 1999)  
86 000.

- **Types d'actions prioritaires ASV** (au 23 février 2004)

Construction de l'association «Maison de la santé» qui porte l'ASV avec deux entités distinctes :

- a) un pôle communautaire,
- b) un pôle professionnel, lui-même sous forme associative: le réseau de santé de Saint-Denis et des communautés avoisinantes.

*Quelques objectifs:*

- Faciliter des actions de santé publique, de promotion de la santé et de santé communautaire en concordance avec les problèmes et besoins en santé des Dionysiens (contribution à la conférence locale de santé et participation au comité consultatif de promotion de la santé).
- Favoriser la concertation entre les divers acteurs locaux (professionnels de santé libéraux ou des centres de santé, médecins généralistes, spécialistes, paramédicaux..., des cliniques, du centre hospitalier, pharmaciens, associations, professionnels des champs de l'éducation, du social...) pour optimiser les réponses en santé (inscription de dossiers multipartenariaux initiés par la ville).
- Favoriser la participation des habitants à l'élaboration, à la prise de décisions et à la mise en œuvre des actions de santé.

#### **Territoire concerné par les actions menées au titre de l'ASV**

Commune.

## STAINS

• **Nombre d'habitants** (recensement 1999)  
32839.

• **Types d'actions prioritaires ASV** (au 23 février 2004)

1. Actions directes

- diagnostic de santé participatif,
- évaluation de certaines actions,
- réflexion sur la participation des habitants,
- favoriser le travail en partenariat en : mobilisant tous les acteurs autour de la démarche ASV, organisant, co-animant ou animant des groupes de travail, impulsant la mise en place des actions transversales,
- intervention dans les collèges sur les représentations de la santé des élèves,
- en concertation avec la direction, élaboration des dossiers de subvention, recherche de financement, suivi avec les financeurs,
- interface entre la ville et les partenaires financiers : participation aux différents groupes de travail en lien avec l'ASV.

2. Actions indirectes

- aider à l'émergence et contribuer à diverses actions : information et sensibilisation des habitants sur la lutte contre le saturnisme, mobilisation des professionnels aux actions de dépistage au plomb et diagnostic des habitations à risques, implication dans des actions de lutte contre les violences faites aux femmes et dans des actions d'éducation à la santé et à la sexualité,
- actions citoyennes contribuant à l'amélioration de l'environnement.

### **Territoire concerné par les actions menées au titre de l'ASV**

Ville de Stains, en particulier sur les trois quartiers prioritaires (Parc du Moulin neuf, Cité jardin, quartier du Maroc).

Toutes les actions se font dans une approche communautaire.

### Annexe 3 : Modèle de fiche d'expérience

**Date:**

Ville concernée	
Intitulé de l'expérience (projet ou action) présentée	
Périmètre de l'action (quartier(s) – ville)	
Nombre d'habitants - dans le(s) quartier(s) considéré(s) - dans la ville	
Date de début de l'expérience (mise en œuvre concrète) et de fin (ou préciser si encore en cours)	
Objectifs ou intentions initiales de l'expérience	
Acteurs impliqués (simplement à citer ici)	
Personne(s) contact(s) et coordonnées	

Décrire brièvement le contexte dans lequel s'inscrit l'expérience présentée (*en particulier les éléments qui ont eu une influence importante sur l'expérience*); présenter aussi bien les éléments favorables du contexte que les contraintes avec lesquelles il a fallu compter.

- Quels étaient les objectifs initiaux de cette expérience?
- Décrivez brièvement le processus mis en place (*Comment on s'y est pris, les différentes étapes, les acteurs impliqués [comment et à quels niveaux]*)
- Quelles ont été les étapes clés de la démarche ou du projet? et pour quelle(s) raison(s)?
- Quels sont les aspects positifs qu'on peut retenir et pourquoi?
- Quels sont les facteurs de blocages ou les difficultés rencontrées?
- Comment ces difficultés ont-elles pu être surmontées ou non?
- Quels sont selon vous les principaux enseignements à tirer et les facteurs clés de succès pour ce type d'expérience?
- Quels commentaires et questionnements auriez-vous envie de partager avec les autres villes?

*Tout commentaire libre est non seulement autorisé mais encouragé!*





## Annexe 4 : La Charte d'Ottawa

*La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente « Charte » en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.*

*Inspirée avant tout par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé à l'Assemblée mondiale de la santé.*

### PROMOTION DE LA SANTÉ

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.

### CONDITIONS INDISPENSABLES A LA SANTÉ

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment:

- se loger,
- accéder à l'éducation,
- se nourrir convenablement,
- disposer d'un certain revenu,
- bénéficier d'un éco-système stable,
- compter sur un apport durable de ressources,
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

### PLAIDOYER POUR LA SANTÉ

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs – politiques, économiques, sociaux,

culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques – peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.

## **MISE EN PLACE DES MOYENS**

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même pour les femmes que pour les hommes.

## **MÉDIATION**

Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé.

Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

## **ACTIONS POUR PROMOUVOIR LA SANTE ÉLABORATION DE POLITIQUES POUR LA SANTE**

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.

La politique de promotion de la santé associe des approches différentes, mais complémentaires : mesures législatives, financières et fiscales et changements organisationnels, notamment. Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité. L'action commune permet d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables.

La politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires, et les moyens de surmonter ces obstacles.

Le but doit être de faire en sorte que le choix le plus facile pour les responsables des politiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé.

## **CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES**

Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs.

Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé. Le grand principe directeur, pour le monde entier comme pour les régions, les nations et les communautés, est la nécessité d'une prise de conscience des tâches qui nous incombent à tous, les uns envers les autres et vis-à-vis de notre communauté et de notre milieu naturel. Il faut appeler l'attention sur le fait que la conservation des ressources naturelles, où qu'elles soient, doit être considérée comme une responsabilité mondiale.

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide – notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation – est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public. La protection des milieux naturels et des espaces construits ainsi que la conservation des ressources naturelles doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé.

## **RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE**

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.

Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

## **ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES**

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaire des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.

## RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

Par-delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. Les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé, en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes à caractère social, politique, économique et environnemental. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évoluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considéré dans son intégralité.

## LA MARCHÉ VERS L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. Elle résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues soient réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé.

L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé. Les auteurs de ces stratégies doivent donc partir du principe que, à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, tous les partenaires, hommes ou femmes, doivent être considérés comme égaux.

## L'ENGAGEMENT À L'ÉGARD DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Les participants à la Conférence s'engagent à:

- se lancer dans le combat afin de promouvoir des politiques pour la santé et plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs;
- lutter contre les pressions exercées en faveur de produits dangereux, de la déplétion des ressources, de conditions et de cadres de vie malsains et d'une alimentation déséquilibrée; à appeler également l'attention sur les questions de santé publique posées, par exemple, par la pollution, les dangers d'ordre professionnel, l'habitat et les peuplements;

- combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et lutter contre les inégalités dues aux règles et aux pratiques de ces sociétés;
- reconnaître que les individus constituent la principale ressource de santé; les soutenir et leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, ainsi que leurs familles et leurs amis, par des moyens financiers et autres, et accepter la communauté comme principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;
- réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé; partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, plus important encore, avec la population elle-même;
- reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social et un défi majeur; et traiter le problème général que posent les modes de vie sur le plan de l'écologie.

Les participants à la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé.

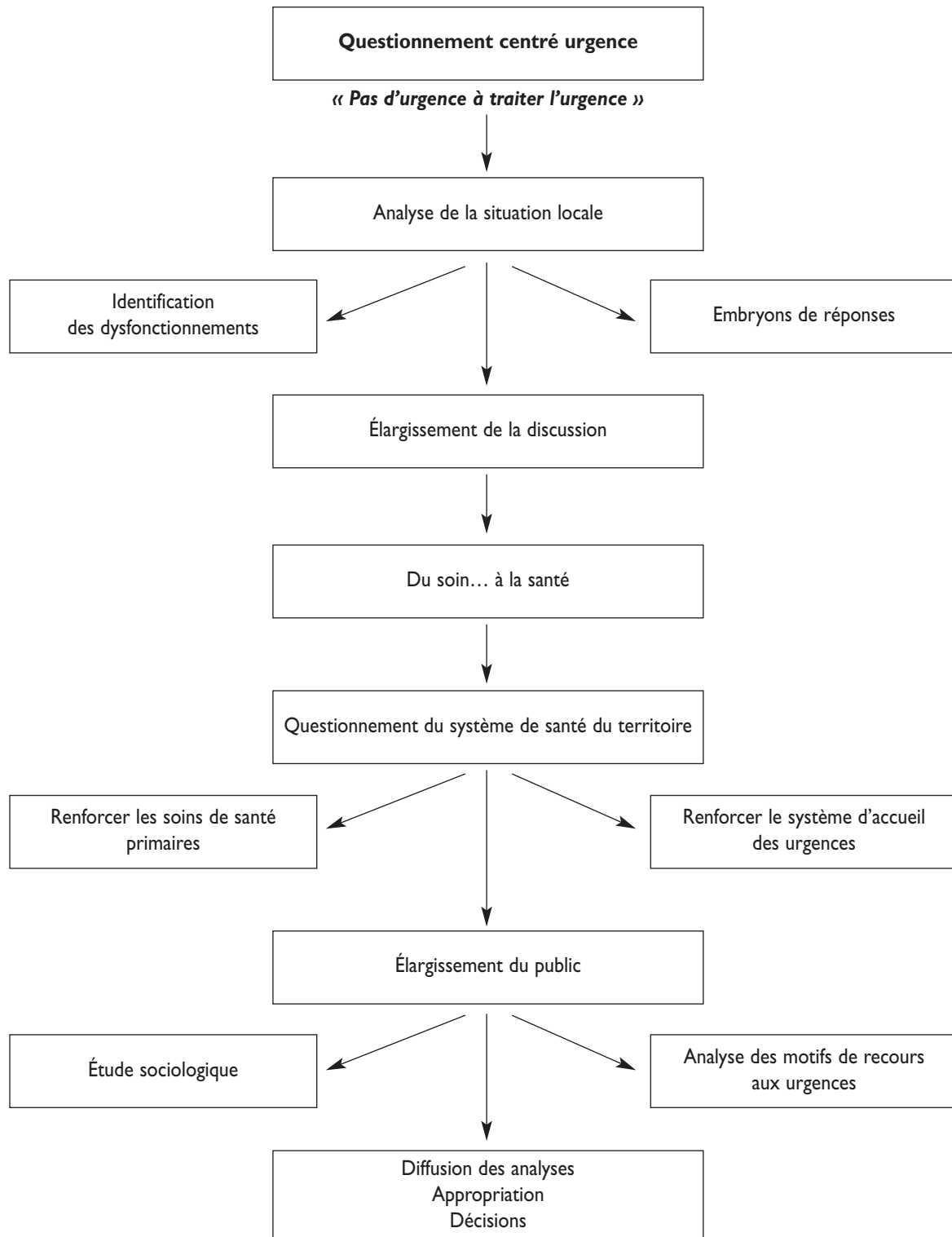
## **APPEL POUR UNE ACTION INTERNATIONALE**

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé dans le cadre de tous les forums appropriés et d'aider les pays à établir des stratégies et des programmes de promotion de la santé.

Les participants à la Conférence sont fermement convaincus que, si les gens de tous milieux, les organisations non gouvernementales et bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la santé et tous les autres organismes concernés s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales dont s'inspire cette Charte, la santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra réalité.



## Annexe 5 : Le processus de l'expérience de Saint-Denis







## Annexe 6 : Sigles utilisés

---

ANPE	Agence nationale pour l'emploi
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASV	Atelier santé ville
CAF	Caisse d'allocations familiales
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDD	Contrat à durée déterminée
CDPA	Comité départemental de prévention de l'alcoolisme
CIRDD93	Centre d'information et de ressource sur la drogue et les dépendances de Seine-Saint-Denis
CLICA	Comité de liaison et d'information sur les conduites addictives
CLICOSS	Comité de liaison et de coordination des services sociaux publics et privés
CLIP	Commission locale interpartenariale
CLS	Contrat local de sécurité
CMES	Centre municipal d'éducation à la santé
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMS	Centre municipal de santé
CMU	Couverture maladie universelle
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CNV	Conseil national des villes
CODES 93	Comité départemental d'éducation à la santé de Seine-Saint-Denis
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAMIF	Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France
CRES	Comite régional d'éducation à la santé
CVQ	Coordinateur vie de quartier
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDJS	Direction départementale de la jeunesse et des sports
DDPJJ	Direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DGS	Direction générale de la santé
DIV	Délégation interministérielle à la ville

DPAS	Direction de la prévention et de l'action sociale
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRASSIF	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France
DSU	Développement social urbain
FAJ	Fonds d'aide aux jeunes
FIRST	Formation, intervention, recherche sida, toxicomanies
GIP	Groupement d'intérêt public
GPV	Grand projet de ville
HCSP	Haut Comité de la santé publique
INED	Institut national d'études démographiques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
MOUS	Maîtrise d'œuvre urbaine et sociale
MRAP	Mouvement contre le racisme et pour l'amitié entre les peuples
OMS	Organisation mondiale de la santé
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PDI	Programme départemental d'insertion
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Programme régional de santé
RASED	Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté
RESSCOM	Recherches et évaluations sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires
RMI	Revenu minimum d'insertion
SCHS	Service communal d'hygiène et de santé
SFSP	Société française de santé publique
SIRS	Séminaire santé, inégalités, ruptures sociales
SPAS	Service de prévention et d'action sociale
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML	Union régionale des médecins libéraux

## Annexe 7 : Bibliographie

### LOIS ET CIRCULAIRES DE REFERENCE

- Loi d'orientation n° 98- 657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.
- Circulaire DGS/SP2 n° 99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité.
- Circulaire DH/AS1 n° 05960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les établissements de santé.
- Circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.
- Communiqué du Comité interministériel des villes du 14 décembre 1999 sur les ateliers santé ville.
- Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ASV dans le volet des contrats de ville 2000-2006.
- Circulaire DGS/SP2 n° 2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions en faveur des personnes en situation précaire.
- Circulaire DGS/6C/DDDHOS/O2/DGAS/DIV n° 2001/393 du 2 août 2001 d'orientations relatives aux actions de conduites dans le cadre des PRAPS dans le champ de la santé.
- Circulaire DGS/SD6 n° 2001-504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé.
- Circulaire DGS/SD6D n° 2002/100 du 19 février 2002 relative aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS), ministère délégué à la Santé, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

### OUVRAGES ET RAPPORTS

- Actualité et Dossier en santé publique.** Les collectivités locales et la santé publique – 1. Haut Comité de la santé publique, protection sanitaire et lutte contre les fléaux sociaux; décembre 1993; 5: I-XXXIX.
- Actualité et Dossier en santé publique.** Les collectivités locales et la santé publique – 2. Haut Comité de la santé publique, interventions médico-sociales, politiques d'accès aux soins; juin 1994; 7: I-XXXVI.
- Actualité et Dossier en santé publique.** La santé en France 2002 : avis sur les orientations stratégiques; mars 2002; 38: VII-XVII.
- Anderson Antoine, Vieillard-Baron Hervé.** La politique de la ville, histoire et organisation. Paris: ASH, 2<sup>de</sup> édition, coll. Dispositifs; 2003.
- Arène Marguerite.** L'importance accordée à la santé dans la politique de la ville. In: « Ville & Santé. Politiques urbaines et santé publique ». *Prévenir, cahier d'étude et de réflexion*, 2<sup>e</sup> semestre 1996; 1 (31): 21-32.
- Autès Michel.** Le sens du territoire. *Recherches et prévisions*, n° 39, mars 1995.
- Bachmann Christian, Le Guennec Nicole.** Violences urbaines. Ascension et chute des classes moyennes à travers cinquante ans de politique de la ville. Paris: Albin Michel; 1996.

- Bantuelle Martine, Morel Jacques, Dario Yves.** Santé communautaire et promotion de la santé: des concepts et une éthique. Bruxelles: ASBL, Santé, Communauté, Participation; 1999.
- Bass Michel.** Promouvoir la santé. Paris: L'Harmattan; 1994.
- Blanc Maurice, Grandjean Gilbert, Sipp Jean-François, Vautrin Gérard.** Référentiel de compétences des métiers du développement social urbain: le métier de chef de projet politique de la ville. Rapport final Délégation interministérielle à la ville; mars 2002.
- Bourgueil Yann, Serré Marina.** Quelle politique régionale pour la santé en France. Rapport d'enquête auprès de l'URML Rhône-Alpes. Lyon: URML; décembre 2002.
- Brévan Claude, Picard Paul.** Ville: une nouvelle ambition pour les métiers. Paris: La Documentation française; 2001.
- Brixi Omar, Fayard Roland, Guillaud-Bataille Sylvie, Péchevis Michel.** Santé: travailler avec les gens. Approche participative, démarche de projet. Rennes: ENSP, coll. Document à visée pédagogique; 2003.
- Brixi Omar, Sandrin-Berthon Brigitte, Baudier François.** La Charte d'Ottawa: quelques repères en éducation pour la santé. *La santé de l'homme*, sept.-oct. 1996; 325: X-XV.
- Brochier Sophie, Teissier Josiane.** La professionnalisation des agents de proximité à partir de l'analyse des situations de travail: élaboration d'un référentiel d'activités et de compétences professionnelles. Programme «renforcer le travail de proximité», rapport final. Marseille: CÉREQ, Aix-en-Provence: CCPAM; juillet 2001.
- Brofenbrenner Urie.** The Ecology of Human Development. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1979.
- Brown P. A., Piper S. M.** Empowerment or Social Control? Differing Interpretations of Psychology in Health Education. *Health Education Journal*, 1994; 54: 115-123.
- Conseil national des villes.** Rapport du Conseil national des villes 1998- 2001. Paris: La Documentation française; 2001.
- CRAES-CRIPS,** Accompagner vers la santé: rencontre régionale d'échange et de réflexion, 26 avril 2001. Lyon: CRAES-CRIPS; 2001.
- Crozier Michel, Friedberg Erhard.** L'acteur et le système. Paris: Seuil, coll. Sociologie politique; 1977.
- Dancert Pascal, Arnaud Alain.** Mettre en œuvre la politique de la ville. Voiron: *La lettre du cadre territorial*, coll. Dossiers d'experts; n° 351; février 2001.
- Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain. RESSCOM.** La ville et les politiques de santé publique. Repères et enjeux. Séminaire Ville et Santé 1991; novembre 1992.
- Délégation interministérielle à la ville.** Historique de la politique de la ville (1977-2004). DIV; 2004 (document téléchargeable).
- Delcroix Catherine.** Les acteurs de la ville à l'articulation du technique et du politique. In: «Travailler en banlieue, un nouveau métier?», *Migrants-Formation*, juin 1993; 93: 62-79.
- De Montalembert Marc** (ss dir.). La protection sociale en France. Paris: La Documentation française, coll. les notices; 2001.
- Désigaux Jacques, Seffahi Mohammed.** La ville à l'épreuve des quartiers. Rennes: ENSP; 1996.
- DRASS Île-de-France,** Loi de programmation quinquennale en santé publique. Consultation régionale de l'Île-de-France. Paris; 2002.

- Dugué Élisabeth.** La logique de la compétence: le retour du passé, In: « La logique de la compétence ». *Éducation permanente*, 1999; 3 (140): 7-18.
- Dugué Élisabeth.** Faut-il qualifier les cadres du social? In: « Travail social: mutation des pratiques, évolution des compétences ». *Vie sociale*, 2000 ; 1 : 67-76.
- Fassin Didier** (ss dir.). Les figures urbaines de la santé publique, enquête sur les expériences locales. Paris: La Découverte, coll. Recherches; 1998.
- Florin Paul, Wandersman Abraham.** Cognitive Social Learning and Participation in Community Development. *American Journal of Community Psychology*, 1984; 12 (6): 689-708.
- Fondation Abbé Pierre.** L'état du mal-logement en France: rapport annuel. Paris: Fondation Abbé Pierre; 2002.
- Giroux Pilar, Joubert Michel, Lamamiri Nassera, Maillard Isabelle, Mannoni Chantal.** Atelier santé ville de La Courneuve. Diagnostic participatif santé. Paris: RESSCOM; 2002.
- Glasman Dominique, Ion Jacques.** Les « nouveaux métiers » des quartiers populaires. Entre l'immersion locale et l'inscription institutionnelle. *Migrants-Formation*, juin 1993; 93: 19-31.
- Godbout Jacques.** La participation contre la démocratie. Montréal: Saint-Martin; 1983.
- Green Lawrence, Kreuter Marshall.** Health Promotion Planning: an Educational and Environmental Approach. Mountain View: Mayfield Publishing; 1991.
- Guérin Daniel.** La promotion de la santé: les acteurs en promotion de la santé, concertation et action intersectorielle. Santé société, coll. Promotion de la santé, 3<sup>e</sup> cahier. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications; 1990.
- Hagard S.** Quels sont les principaux contextes d'Intervention et les types d'Action en promotion de la santé? Communication aux Rencontres internationales francophones de promotion de la santé. Lille : 27 juin-2 juillet 1994.
- Haut Comité de la santé publique.** La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes: ENSP; coll. Avis et Rapports; 1998.
- Haut Comité de la santé publique.** La santé en France 2002. Paris: La Documentation française; 2002.
- Joubert Michel.** Souci de prévention et souci démocratique. La santé au cœur des changements urbains. In: « Ville & Santé. Politiques urbaines et santé publique ». *Prévenir, cahier d'étude et de réflexion*, 2<sup>e</sup> semestre 1996; 1 (31): 37-63.
- Joubert Michel.** Politiques locales, santé et toxicomanie: les termes d'une recomposition. In: Claude Faugeron (ss dir.), Les drogues en France: politiques, marchés, usages. Genève: Georg, 1999 : 2 : 13- 223.
- Joubert Michel.** Les ateliers santé ville. Conditions de mise en œuvre, méthodologies... Premières leçons de l'accompagnement effectué sur la région Île-de-France. Présentation du 11 décembre à la DRASSIF. Paris: RESSCOM; 2002.
- Joubert Michel, Bertolotto Fernando, Truze Philippe.** Mission d'accompagnement technique des services déconcentrés de l'État chargés du volet santé de la politique de la ville pour la mise en place des ateliers santé ville dans les régions Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Paris: RESSCOM; novembre 2001.
- Joubert Michel, Mannoni Chantal.** Les ateliers santé ville. Expérimentations en Seine-Saint-Denis. Saint-Denis: Profession Banlieue; 2003.

- Kickbusch Ilona.** Cinquante années d'évolution des concepts de santé à l'OMS: d'une définition à sa reformulation. In: «La santé. Usages et enjeux d'une définition». *Prévenir, cahier d'étude et de réflexion*, 1<sup>er</sup> semestre 1996, 30: 43-54.
- Lamour Patrick.** Dessiner une politique communale de santé publique. In: «Ville & Santé. Politiques urbaines et santé publique». *Prévenir, cahier d'étude et de réflexion*, 2<sup>e</sup> semestre 1996; 1 (31): 115-124.
- Lamoureux Henri, Lavoie Jocelyne, Mayer Robert, Panet-Raymond Jean.** La pratique de l'action communautaire. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2002.
- Laurence Pierre.** Pour des approches intégrées de développement durable en milieu urbain et rural. Formation pour les représentants des conférences locales de promotion de la santé. Bruxelles; septembre 2002.
- Lazarus Antoine, Strobl Hélène.** Pauvreté, précarité et pathologies mentales. Une souffrance que l'on ne peut plus cacher. Paris: DIV, DIRMI; 1996.
- Logié Gérard.** Intercommunalité et coopération entre les territoires. Saint-Denis: Profession Banlieue; coll. Les outils de Profession Banlieue; 2002.
- Mann Jonathan.** Santé publique: éthique et droits de la personne. Santé publique; coll. Santé & Société; 1998; 10 (3): 239-250.
- Mannoni Chantal.** Étude sur la participation des parents dans les activités scolaires ou parascolaires. Montréal: Université de Montréal; 1996.
- Mannoni Chantal, Jacquet F., Wandscheer C., Pluye P.,** Manuel de planification des programmes de santé à Médecins du monde, annexe 2, Médecins du monde, France, juin 2002.
- Massé Raymond.** Culture et Santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montréal: Gaëtan Morin; 1995.
- Mc Leroy Kenneth, Bibeau Dan, Steckler Allan, Glanz Karen.** An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, 1988; 15 (4): 351-377.
- Marzouki Moncef.** Promotion de la santé, une vision du Sud. In: Robert Bastien, Lise Langevin, Gabriel Laroque, Lise Renaud (ss dir.), *Promouvoir la santé, réflexions sur les théories et les pratiques*. Montréal: REFIPS; coll. Partage, 1994 : 21-52.
- Médecins du monde.** Rapport 2001. Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du monde. Paris: Médecins du monde; 2002.
- Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale:** Rapport 2001-2002. Paris: La Documentation française; 2002.
- O'Neill Michel, Gosselin Pierre, Boyer Michel.** La santé politique: petit manuel d'analyse et d'intervention politique dans le domaine de la santé. Beauport: Centre québécois collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour le développement des villes et villages en santé; 1997.
- Organisation mondiale de la santé.** Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève: OMS; 1986.
- Renaud Lise, Dufour Renée, O'Loughlin Jennifer.** Intervenir localement selon les cinq axes de la Charte d'Ottawa: défi de la promotion de la santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 1997; 4 (1): 23-34.
- Roche Jean.** Que faut-il entendre par professionnalisation? In: «La logique de compétence». *Éducation permanente*, 1999; 3 (140): 35- 50.

- Sabouraud Annette.** Les réseaux des villes santé de l'OMS. In : « Ville & Santé. Réseaux et nouvelles pratiques ». *Prévenir, cahier d'étude et de réflexion*, 1<sup>er</sup> semestre 1997, 32 : 207-213.
- Schéma régional d'éducation pour la santé en Île-de-France. Actes du premier séminaire.** Paris : DRASSIF, CRAMIF ; 2003.
- Sipp Jean-François, Blanc Maurice.** Les métiers de la ville et du développement social urbain : Rapport pour la Délégation interministérielle à la ville. Nancy : CUCES ; 2000.
- SIRS (Santé, inégalités, ruptures sociales en Île-de France).** Compte rendu du séminaire du 12 décembre 2002.
- Société française de santé publique, commission Développement social et Promotion de la santé.** Développement social et promotion de la santé : la démarche communautaire. Vandœuvre-lès-Nancy : Société française de santé publique ; coll. Santé & Société, n° 9 ; 2000.
- Tessier Stéphane, Andreys Jean-Baptiste, Ribeiro M.-A.,** Santé publique et santé communautaire. Paris : Maloine ; 1996.
- Thibault A.,** Cadre de référence pour une participation publique, utile, crédible et démocratique, présentation au Sixième Colloque francophone des villes-santé et des villages en santé de l'OMS, Angers ; octobre 2001.
- Tronchet Carole.** Synthèse des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation de précarité. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction générale de la santé ; 2001.
- Wallerstein Nina.** Powerlessness, Empowerment and Health: Implication for Health Promotion Programs. *American Journal of Health Promotion*, 1992 ; 6 (3) : 197-205.
- Wallerstein Nina, Bernstein E.,** Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education. *Health Education Quarterly*, 1988 ; 15 (4) : 379-394.
- Wresinski Joseph.** Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport présenté au nom du Conseil économique et social. Paris : Journal officiel ; 1987

*Publié en juillet 2004.*

Maquette : Claire Péraro