

**SYNTHESE DES DONNEES DE LA
CONSOLIDATION DEPARTEMENTALE DES
TABLEAUX DE BORD DES ATELIERS SANTE
VILLE DE LA SEINE-SAINT-DENIS
ANNEES 2005 - 2006**

**TRAITS MARQUANTS DU TEST DE
CONSOLIDATION**

TOME I

MAI 2008





CHANTAL MANNONI
Médecin de santé publique et médecine sociale, consultante.

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION	4
II – RAPPEL DES PRINCIPES DU TABLEAU DE BORD	6
II – 1) Le support technique	6
II – 2) Les objectifs initiaux du tableau de bord	10
III – OBJECTIFS ET ELEMENTS DE METHODE	12
III – 1) Le matériel mis à disposition	12
III – 2) Les étapes de l’analyse	14
III - 3) Les principaux constats sur le matériel et les limites de l’analyse	15
IV - PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DES ASV INTEGRES DANS LA CONSOLIDATION	24
IV – 1) Dates de création des ASV et ancrage territorial	24
IV – 2) Les traits marquants du contexte	26
IV – 3) Evolution de l’ASV depuis sa création	30
IV – 4) L’organisation de la démarche	33
IV – 5) Les priorités de santé publique des villes en ASV et les chantiers portés par l’ASV	54
V - CONNAISSANCE DE LA POPULATION : UN AXE DE TRAVAIL EN DEVELOPPEMENT	60
V – 1) Les diagnostics, enquêtes, études 2005 – 2006	61
V – 2) Les cartographies	62
V – 3) Partage des informations avec les institutions	65
VI- PROJETS PORTES PAR LES ATELIERS SANTE VILLE	68
VI – 1) Généralités	68
VI – 2) Les projets portés : approche par déterminants influençant la santé	69
VI – 3) Les projets portés par les ASV : approche thématique	76
VI – 3.1) Favoriser l’accès à la santé : soins, prévention et déterminants de la santé	77
VI – 3.2) Accès aux soins, continuité des soins	84
VI – 3.3) Le lien avec les priorités nationales/ régionales	92
VII - INSERTION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE DES POPULATIONS.....	96
VIII - LES PARTENARIATS ET LE TRAVAIL EN RESEAU	111
IX - ARTICIPATION DES HABITANTS DANS LA REALISATION D’ACTIONS DE SANTE	131
X - RENFORCER LES COMPETENCES DES ACTEURS LOCAUX ET L’INFORMATION EN MATIERE DE SANTE	143
XI - FAVORISER LES PRATIQUES D’EVALUATION DES ACTIONS CONDUITES ET DES OUTILS MIS EN PLACE	153
XII – CONCLUSION	171

Pour une lecture rapide, les icones suivants signalent :

 : Vigilance concernant les renseignements du Tableau de bord.

 : Propositions concernant le support

Les encadrés signalent les éléments de l'analyse importants.

I - INTRODUCTION

La démarche des ateliers santé ville (ASV) instaurée via la circulaire de juin 2000 s'est mise en place progressivement, d'abord dans 2 régions pilotes dont l'accompagnement méthodologique a été assuré par l'Association RESSCOM. Les objectifs de la démarche, constituant désormais le volet santé des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) sont rappelés en annexe 1.

La nécessité de documenter la démarche ASV comme toute démarche de santé publique été l'occasion de la mise en place d'un tableau de bord (TDB), dont la construction s'est initiée en Seine-Saint-Denis (SSD) en collaboration avec la DIV, la DDASS 93 et les coordinateurs.

Ce sont les objectifs de la démarche ASV qui ont servi de base pour construire le tableau de bord des villes en ASV et qui en explique aujourd'hui le contenu.

Ce travail autour du TDB a été confié initialement au cabinet Axe Management.

Dans une deuxième phase, suite à l'élaboration des premiers outils (catalogue d'indicateurs, support informatique - Excel-), nous avons intégré le groupe de travail. Il s'agissait alors de réduire le nombre d'indicateurs, d'en préciser le sens et le mode de calcul, d'élaborer des référentiels, qui, pour certains devaient évoluer.

En ce qui concerne l'outil de consolidation départementale, permettant la synthèse quantitative et qualitative des données de chaque ville, une proposition de support informatique distinct (tout en restant sur Excel) a été faite par Axe Management en collaboration avec la DDASS 93 et la DIV.

C'est la première fois que ce support est testé.

La DDASS et la DIV ont été associées à toutes les étapes décisionnelles suite aux propositions du groupe de travail. La dernière version du catalogue précisant les indicateurs, interprétations et modes de calcul comporte par ailleurs des précisions demandées par la DIV (entre autres, répartition par sexe sur un certain nombre d'indicateurs).

Si les villes de la SSD utilisent le TDB depuis plusieurs années, la synthèse départementale a été réalisée pour la première fois en 2007, sur la base des données 2005 - 2006.

Il faut donc considérer cette première analyse comme un test, aussi bien sur le support informatique que dans les résultats obtenus. Ce test permet

- à la fois de donner une bonne visibilité concernant les ASV répondant
- à la fois des pistes pour les coordinateurs et les décideurs afin d'améliorer l'utilisation de cet outil.

Enfin, une dernière mission, confiée au cabinet d'étude PriceWaterhouseCoopers Advisory (PWC) a été mise en place afin de mener une étude de faisabilité sur la généralisation du tableau de bord « ville » et l'agrégation des données aux différents niveaux territoriaux¹.

Les objectifs de cette mission étaient (extrait):

« L'expérimentation du tableau de bord (TB) avait pour but de répondre aux objectifs suivants :

- Déployer le TB sur un panel représentatif d'Ateliers Santé Ville et tester son appropriation par les différents acteurs impliqués
- Vérifier la pertinence générale des objectifs et indicateurs de cet outil, conçu originellement lors d'une première expérimentation en Seine Saint Denis
- Mettre en évidence des pistes d'amélioration du TB (tant sur son contenu que sur son ergonomie)
- Apprécier la possibilité de sa généralisation sur l'ensemble des ASV du territoire.

Plus généralement, cette expérimentation s'inscrivait dans le cadre d'une démarche de suivi et d'évaluation des travaux des ASV, contribuant à renforcer le travail en commun entre les ASV et les DDASS ».

→ 3 régions ont été choisies pour élargir le test : **Ile-de-France** (Evry, Nanterre, Gennevilliers, Montreuil, Champigny, Ivry-sur-Seine, Gentilly, Argenteuil, Mantes-la-Jolie, Pantin), **Rhône-Alpes** (Valence, Grenoble, Vienne, Saint-Étienne, Lyon, Villeurbanne, Villefranche-sur-Saône), **Champagne-Ardenne**.

Cette mission intégrait la dimension de la consolidation départementale, mais aussi régionale et nationale.

Les informations issues de cette consolidation départementale, croisées avec celles de la mission de PWC doivent donc permettre aux décideurs de prendre les décisions adéquates quant à la pérennisation de l'outil en tenant compte des besoins aux différents niveaux territoriaux, dont celui des coordinateurs ASV. Il s'avère effectivement aujourd'hui que les pôles d'intérêt peuvent varier et qu'il faut réussir à ce que le TDB soit utile à tout le monde en en faisant un usage différencié.

¹ Mission relative au suivi, à la performance et à l'utilisation du tableau de bord de l'atelier santé ville, rapport final d'analyse et recommandations sur la performance des tableaux de bord des ateliers santé ville, PricewaterhouseCoopers Advisory – PWC-, 18 juin 2007.

II – RAPPEL DES PRINCIPES DU TABLEAU DE BORD

II – 1) Le support technique

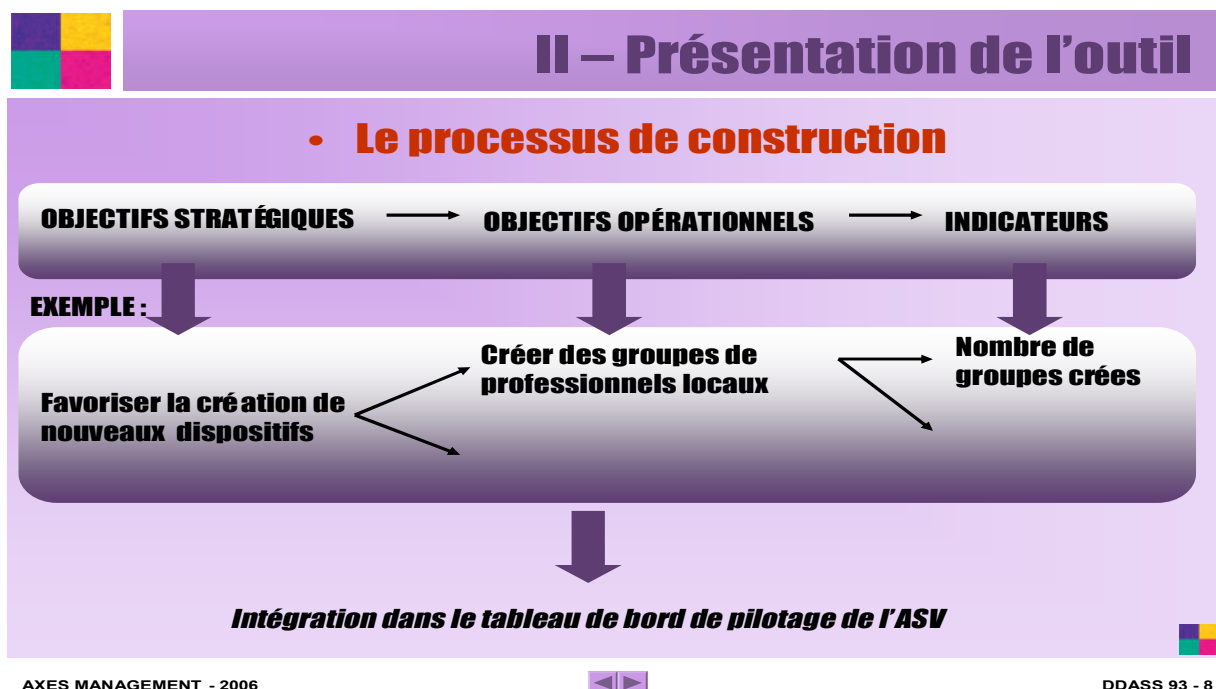
Il faut d'emblée distinguer le tableau de bord « ville » et le tableau de bord de la consolidation. Ce sont deux supports informatiques différents.

Nous décrivons le tableau de bord « ville » dans ses grands principes car un certain nombre de confusions viennent aujourd'hui se greffer quant aux objectifs auxquels il répondait et interfèrent dans les discussions quant aux informations et à leur utilité.

Rappel des objectifs et usages du tableau de bord (extraits de la restitution du 24 janvier 2006 Axe Management/ Chantal Mannoni) commenté, point clés :

Le TDB est le support pour formaliser un outil de pilotage des ASV, co-construit avec des acteurs de la SSD et la DIV.

Le processus de construction a utilisé comme base les éléments de la circulaire de juin 2000. Il est illustré ci-dessous (extrait restitution AM/CM, 24/01/06)




Le TDB balaie 9 champs (dits « objectifs stratégiques »), chacun de déclinant en « objectifs opérationnels », assortis d'indicateurs (38 au total).

Les 9 objectifs stratégiques :


- 1 Améliorer la connaissance de la situation du territoire en matière de santé
- 2 Favoriser les partenariats et le travail en réseau
- 3 Favoriser l'accès à la santé : soins, prévention et déterminants de la santé
- 4 Agir pour la continuité de l'offre de soins
- 5 Développer la participation active des habitants dans la réalisation d'actions de santé
- 6 Renforcer les compétences des acteurs locaux et l'information en matière de santé
- 7 Favoriser l'insertion sociale et professionnelle des populations du territoire
- 8... Favoriser les pratiques d'évaluation des actions conduites et des outils mis en place
- 9 Identifier les contraintes de gestion de l'ASV

L'annexe 2 reprend dans un tableau synthétique couplant les 9 objectifs stratégiques, les objectifs opérationnels et l'ensemble des indicateurs correspondants pour mémoire.

 Le support est accompagné d'un catalogue définissant les indicateurs (version 8). Il est essentiel à connaître pour renseigner correctement le TDB de même que la notice afin d'éviter des erreurs dans les renseignements qui peuvent venir tout spécialement biaiser les analyses. Des erreurs ont été repérées car des indicateurs peuvent être renseignés sans répondre exactement à l'objectif qui y est lié, provoquant des renseignements non pas hors contexte mais qui biaisent l'interprétation de l'information (donc relire le catalogue avant de se lancer dans les saisies est important).

Le tableau de bord comporte plusieurs parties :

A) UNE PAGE DE GARDE



II.1 – Les supports

• La structuration du tableau de bord (1)

La page de garde

- **Territoire concerné**
- **Destinataire**
- **Nom de l'ASV (nom de la ville, des villes, ou des quartiers)**
- **Nom du coordinateur**
- **Année en cours**
- **Source**
- **Périodicité d'édition**
- **Date de diffusion**

Destinataire	Territoire concerné
Nom du coordinateur	Année
Nom de l'ASV (nom de la ville, des villes ou des quartiers)	
Source	Périodicité d'édition
	Date de diffusion

Cette page de garde est en quelque sorte la « porte » d'entrée du document de l'année correspondant : elle doit être mise à jour chaque année de référence.

⚠ Elle doit absolument être renseignée et le TDB enregistré sous un nom différent pour chaque ville et à chaque mise à jour.
De la même façon, les DDASS doivent renseigner la page de garde du support départemental.

B) UNE FICHE D'IDENTITE DE L'ASV CONSIDERE

II.1 – Les supports

- **La structuration du tableau de bord (2)**

La fiche d'identité

Territoire concerné
Priorités de la ville en matière de santé publique
Chantiers soutenus ou portés par l'ASV durant l'année de référence (thématiques, groupes de travail, coordination)
Traits marquants du contexte
Evolution de l'ASV depuis sa création
Organisation des comités de pilotage de suivi
Nombre de personnes (ETP) sur l'ASV
Le coordonnateur (nom, date de prise de fonction, coordonnées)

AXES MANAGEMENT - 2006 DDASS 93 - 10

Cette fiche d'identité, bien renseignée donne une vision synthétique de l'ASV concerné.

⚠ Une vigilance particulière doit être mise sur la nature des informations, à inclure à la fois pour éviter des dispersions et avoir des informations homogènes.

C) Le **SOMMAIRE** avec l'ensemble des objectifs stratégiques et opérationnels.

D) LA **MAQUETTE DU TABLEAU DE BORD ET LES BASES DE DONNEES (BDD 1 à BDD 9 selon les 9 séries d'objectifs stratégiques)**.

La maquette permet de représenter graphiquement à partir des bases de données (BDD) renseignées les informations concernant les 9 catégories d'objectifs

stratégiques. Elle comporte aussi des tableaux, qui eux, sont à renseigner directement dans la maquette. Tout ceci est expliqué dans la notice.

Exemple de la maquette :

The screenshot shows a dashboard template with a purple header 'II.1 - Les supports'. Below the header, there is a red bullet point: '• La structuration du tableau de bord (5)'. Underneath, a small icon is followed by the title 'La maquette du tableau de bord'. The dashboard contains three stacked boxes: 'OS 1 : Améliorer la connaissance de la situation du territoire en matière de santé', 'OO 1.1 : Recenser les données liées à la connaissance de la situation', and 'Indicateur 1.1.1 : Nombre de cartographies créées ou mises à jour soit par l'ASV soit avec la collaboration de l'ASV'. To the left of a 'COMMENTAIRES' box is a bar chart titled 'Nombre de groupes existants' with two bars for 'T1' (value 2) and 'T2' (value 3). The chart has a y-axis and an x-axis. The 'COMMENTAIRES' box has five horizontal lines for text. At the bottom left of the screenshot is 'AXES MANAGEMENT - 2006' and at the bottom right is 'DDASS 93 - 13'. There are also navigation arrows in the center.

Pour compléter les informations quantitatives, il existe une « case commentaire » qui permet d'illustrer les informations quantitatives et de donner du sens aux informations.

⚠ Ces cases commentaires sont essentielles ; elles nécessitent d'être bien renseignées et exigent une certaine rigueur. Cela fait aussi partie des informations importantes à faire passer dans les formations organisées autour de l'utilisation du tableau de bord. On le verra par la suite, mais les indicateurs qui ne sont pas suffisamment explicités par des informations qualitatives sont difficilement exploitables, l'analyse est dans ce cas limitée aux informations quantitatives. A l'inverse, des informations trop détaillées rendent l'exercice lourd et la synthèse difficile. Il est nécessaire d'être synthétique.

Le tableau de bord pour le niveau départemental, la DDASS, est construit sur le même principe, le support informatique est distinct, proposant des modes de regroupement des informations testés également ici.

II – 2) Les objectifs initiaux du tableau de bord

→ Le tableau de bord a été conçu à partir de la commande initiale comme un **outil de pilotage**. Il fait l'objet idéalement d'un point tous les 6 mois sauf pour des indicateurs qui ne peuvent être renseignés à cette fréquence. Il y a donc une double logique dans le temps, qui ne pose pas de problème quand on connaît l'outil (alors que ceci a été soulevé dans la mission de PWC).

De fait, si certains indicateurs ne sont renseignés qu'à la fin d'une année, la visibilité donnée ne permet pas alors de ré-ajuster éventuellement les programmations ou leur mise en œuvre en temps utile. Pour d'autres indicateurs, le temps de latence des dynamiques ou l'intérêt de l'information peut rendre le renseignement pertinent après une année.


→ Le TDB permet de façon synthétique de présenter des points particulièrement importants mis en évidence par les acteurs de terrain et les financeurs, en lien avec la circulaire de juin 2000. La consolidation départementale d'ailleurs confirme l'adéquation du tableau de bord avec les éléments de la circulaire.

→ Il permet aux coordinateurs renseignant le tableau de bord de gérer leurs projets d'identifier des lignes de forces et des axes de travail à renforcer en complément à leur connaissance terrain et aux outils complémentaires utilisés par ailleurs.

→ Le TDB permet de vérifier les évolutions dans le temps sur 2 années (une des limites selon nous est de ne pouvoir capitaliser les informations de façon automatique sur plusieurs années car les processus enclenchés par les ASV peuvent mettre du temps à se formaliser ; il s'agit en particulier de l'animation de réseau et des processus impliquant les habitants dans les questions de santé).

→ Le TDB doit être évolutif car il ne peut rester pertinent que si des objectifs et indicateurs sont revisités pour rester cohérent avec l'évolution même des ASV et donc de la démarche de coordination locale des actions de santé. Des référentiels doivent pouvoir évoluer ; ils sont signalés dans le catalogue. Les évolutions doivent par ailleurs être gérées de façon à conserver l'intérêt de pouvoir suivre des tendances, de garder un tronc commun aux différentes villes homogène. Elles doivent permettre à la fois une vision globale et des « zoom » sur des aspects spécifiques². Cet équilibre est difficile à trouver et reste un défi pour le futur.

² C'est une des raisons pour lesquelles certains indicateurs ne sont pas forcément compris, car ils ont un historique (par exemple, l'indicateur 762 devait être considéré comme indicateur de performance à un moment donné de la démarche –construction du PAP, programme annuel de performance-, l'indicateur était donc incontournable, puis les orientations ont changé).

 Un référentiel tout spécifiquement est à charge de la DDASS. A l'époque, La DDASS avait proposé le référentiel de l'indicateur 3.4.1 mais il s'agissait d'une période de transition dans l'organisation des politiques et des modes de financement. Il avait été souligné qu'il fallait si besoin revoir ce référentiel.


Enfin, le TDB ne remplace pas ni les rapports d'activités ni les évaluations tout en y contribuant avec des données lisibles.

Un recueil de données intermédiaire est effectivement nécessaire (ce qui a pu générer des remarques lors de la mission de PWC). De fait, aucun projet, et indépendamment de la question du TDB, ne peut être piloté, ni évalué au sein des équipes si un recueil de données n'est pas mis en place en tout début de projet. Il s'agit aussi de savoir faire évoluer ces recueils de données pour rester en adéquation avec la vie du projet considéré. Tout projet nécessite une base minimale de recueil de données, sans qu'elle reste figée pour autant.

III – OBJECTIFS ET ELEMENTS DE METHODE

L'objectif principal du travail d'analyse était initialement centré sur l'analyse des informations qualitatives données dans les « cases commentaires » en complément à la synthèse départementale quantitative du TDB. De fait, l'analyse a été menée sur les *aspects quantitatifs et qualitatifs*.

Pour cette première consolidation, l'ensemble des indicateurs a été pris en compte. Il n'y a pas eu de hiérarchisation dans la commande. Le travail a donc été conséquent. Les prochaines consolidations devront faire l'objet de choix.

 Disposant désormais d'une vision globale, il y a matière pour opérer ces choix dans les consolidations en fonction des pôles d'intérêt des différents niveaux de décideurs. Comme le souligne PWC, le même type de consolidation devrait pouvoir en simplifier l'exercice, mais les intérêts des différents niveaux territoriaux ne sont pas forcément les mêmes, cette question doit donc être résolue.

III – 1) Le matériel mis à disposition

12 villes ont participé au renseignement du tableau de bord pour la consolidation départementale sur la période demandée.

- 1) Aubervilliers
- 2) Bondy
- 3) Dugny
- 4) Epinay-sur-Seine
- 5) La Courneuve
- 6) Le Blanc-Mesnil
- 7) Montreuil
- 8) Noisy-le-Sec
- 9) Pantin
- 10) Sevran
- 11) Stains
- 12) Villetaneuse

4 villes étaient en ASV en 2006 mais elles n'ont pu participer pour les raisons principalement liées à des vacances de poste :

Ville	Raison
BOBIGNY	Vacance de poste
CLICHY SOUS BOIS	ND ³
PIERREFITTE	Vacances de poste depuis novembre 06
SAINT DENIS	Départ du coordinateur ASV en novembre 06 /recrutement en cours à l'époque.

³ ND : information Non Disponible

Deux autres villes (Montfermeil et Rosny-sous-Bois) ont mis en place un ASV tardivement dans l'année et les données n'étaient pas forcément disponibles pour l'exercice :

Ville	Raison
MONTFERMEIL	Création de l'ASV en septembre 2006 - Recrutement puis congé maternité du coordinateur en janvier 2007.
ROSNY SOUS BOIS	Création en septembre 2006 - Recrutement en prévision

→ Le taux de renseignement des tableaux de bord est donc de : 12/ 16 villes en théorie soit 88,9%

Toutes les villes qui ont été en capacité de renseigner le tableau de bord l'ont donc fait, excepté une pour laquelle nous n'avons pas eu de retour.

On peut noter au passage ici, que l'appropriation du matériel en Seine-Saint-Denis est étroitement liée :


- a) à l'historique de l'animation de la démarche ASV depuis le début
- b) à l'implication des coordinateurs dans la construction du support
- c) aux soutiens que les coordinateurs apportent entre eux de façon spontanée
- d) à la $\frac{1}{2}$ journée de formation annuelle pour les nouveaux coordinateurs qui intègrent la démarche, animée par des coordinateurs plus anciens en collaboration avec la DDASS.
- e) au rôle important que joue le centre de ressource Profession Banlieue sur les questions de santé. Le TDB a fait aussi partie des questions abordées dans les groupes de travail ainsi que les supports intermédiaires de recueil d'informations.

L'outil s'intègre donc dans une dynamique large intégrant l'ensemble de la démarche ASV. C'est pour nous un facteur clé de l'appropriation des outils.

Enfin, le feed-back des données auprès des coordinateurs doit être systématisé, car il s'agit d'une condition essentielle d'appropriation. Si cette dimension est négligée, l'exercice risque d'aboutir à un rendu purement administratif.

Trois types de matériel ont été explorés dans le cadre de l'analyse :

- a) Le tableau de bord de la DDASS (compilation des données des 12 tableaux de bord pour 2005/2006).

 Le support informatique départemental actuel contraint pour l'analyse à retourner dans les bases de données pour identifier les différences entre les villes.

La compilation des « cases commentaires » n'a pas pu être réalisée pour tous les indicateurs en séparant explicitement les villes. Le matériel a été totalement ressaisi pour éviter toute confusion.

b) Les tableaux de bord des 12 villes ont été aussi révisés

- a. Pour faciliter la mise en cohérence des informations et surtout
- b. Vérifier les anomalies détectées lors de la consolidation qui pouvaient apporter des biais dans l'analyse de la consolidation.
- c. Ils ont du être systématiquement repris pour la partie qualitative et une partie des données quantitatives suite à des difficultés rencontrées par la DDASS ou des données discordantes.

c) Enfin, les **rapports d'activités de chacune des villes** ont été revus pour identifier des compléments d'informations si besoin ou renforcer la compréhension de certains indicateurs.

III – 2) Les étapes de l'analyse

Cette analyse a essayé d'être le plus exhaustive possible en reprenant les documents des années antérieures et en fonction du matériel disponible par ailleurs.

→ Traitement informatique des données (tableaux Excel) qui a été rendu nécessaire car plusieurs fichiers n'étaient pas lisibles (maquette des villes + DDASS)

→ Révision du matériel de chaque ville : tableau de bord et rapports d'activité + consolidation DDASS pour identifier les difficultés de renseignement, les incohérences et les quelques « bugs » informatiques.

→ Synthèse et analyse des fiches d'identités : cette partie est dense et demande du temps pour en faire une synthèse. Elle pourrait être optimisée (voir recommandations PWC et celles incluses dans le présent rapport). Les données ont été saisies et traitées sur Excel.

→ Analyse des informations quantitatives et qualitatives par indicateur avec nouvelles saisies et retraitement sur Excel lorsque cela s'est avéré nécessaire.

→ Croisement de différents indicateurs (mais qui n'est pas possible de façon automatique sans retraiter les données).

→ Mise en regard avec les rapports d'activité des ASV répondants si nécessaire

→ Révision des documents antérieurs concernant le tableau de bord incluant des documents de travail élaborés durant les phases de l'expérimentation (document de la

mission du cabinet Axe Management, document de travail d'octobre 2005 et 2006), document de la mission du cabinet PWC.

L'analyse a pris en compte différents facteurs :

- Le contenu des informations qualitatives par indicateur
- Les limites de l'analyse liées soit à l'information rendue disponible soit à des problèmes techniques.
- Le potentiel qui n'aurait pas été exploité afin d'améliorer la performance de l'outil (recommandations)
- Les informations tiennent aussi compte chaque fois que possible de :
 - l'ancienneté de l'ASV
 - l'ancienneté de la ville dans son appropriation des questions de santé
 - la prise de fonction du coordinateurs, turn over et vacances possibles de postes (appropriation de l'outil, de la démarche, visibilité)
 - la typologie de la fonction de coordinateur et l'inscription de sa fonction dans le panorama des acteurs locaux (importance sur la visibilité qu'il peut avoir des actions et de données précises demandées dans le tableau de bord).

III - 3) Les principaux constats sur le matériel et les limites de l'analyse



De fait, l'objectif du présent travail a été atteint mais l'analyse pour ce premier test a été plus difficile que prévue initialement et n'a pas permis de réaliser une analyse dans la finesse que nous avons envisagée initialement pour diverses raisons sur lesquelles nous reviendrons.

La première limite à considérer est que l'échantillon ne représente pas forcément la diversité des situations puisque par essence, la démarche s'inscrit dans la singularité des contextes (ce qui est par ailleurs la richesse des ASV).

III - 3. 1) Les tableaux de bord de chaque ville

1) Page de garde

Trois villes sur 12 l'ont correctement renseignée sans que cela porte préjudice à la précédente analyse mais cela produit des facteurs de confusion potentiels.

  **Éléments sur lesquels rester vigilants tout spécialement si des formations sont organisées :**

- Comprendre que cette page de garde est le mode d'entrée dans l'outil et qu'elle doit être absolument renseignée
- Mettre le nom de la ville concernée

- La source des informations
- Mettre à jour les dates de diffusion du tableau de bord
- Enregistrer le fichier sous un nom différent de la matrice envoyée et enregistrer sous un nom différent à chaque mise à jour.
- Enfin, veiller à effacer les exemples donnés dans la maquette originale pour guider le mode de renseignement.
- Laisser les logos !

2) Fiche d'identité



La plupart des villes ont réalisé un réel effort pour la fiche d'identité. Elle est reprise dans les rapports d'activité pour la plupart des villes ou elle peut être plus détaillée. La fiche d'identité n'ayant pas vocation à l'exhaustivité, les conclusions tirées doivent donc suivre les précautions d'usage.

Il n'y a pas de support pour agréger les données des fiches d'identité dans l'outil de la consolidation départementale. La synthèse a donc été réalisée à part.

Le potentiel des fiches peut être renforcé par une meilleure systématisation de l'information (voir propositions PWC) et sa simplification sur les items « acteurs principaux »

Les anomalies constatées lors de l'analyse des TDB des villes :

Ces anomalies constatées sont liées pour partie à un manque de stabilisation du matériel, pour partie à des difficultés de renseignement de l'indicateur et enfin au non respect systématique des règles de renseignement. Ces éléments ont été pris en compte dans l'analyse. Elles ne concernent pas toutes les villes. Celles rencontrant donc des problèmes doivent veiller à leur support.

  Les remarques sont synthétisées ci-dessous : elles impliquent que le matériel soit stabilisé et de veiller **au respect des règles lors de l'utilisation du TDB**.

- Les années de référence peuvent être différentes en fonction des graphiques : 2004/2005 - 2005/2006 - 2006/2007. L'analyse ici se réfère à l'année 2006. On a supposé que 2007 ne pouvant être renseignée, 2006/2007 correspond en fait à 2005/2006.

- Il y a des bugs informatiques au niveau des indicateurs **1.3.1** (Bug informatique sur la ligne des abscisses dans le graphique) et **9.1.1** (les chiffres dans le graphique ne correspondent pas à la BDD pour beaucoup de villes) mais ce bug ne s'est pas retrouvé dans la maquette de la consolidation de la DDASS qui a utilisé la base de données de chaque ville et ressaisit les informations. Pas de bug signalé entre BDD et graphique sur la maquette de la DDASS.

Indicateur 1.1.1 : discordance pour Pantin entre la base de données (0) et les commentaires faits qui laissent penser que dans la BDD le chiffre devrait être différent de 0.

Indicateur 1.4.1 : discordance pour Sevrans du même type que ce qui précède.

Indicateurs 2.1.1 et 2.4.1 : problème informatique pour Sevrans visiblement → à vérifier.

- Des problèmes d'adéquation entre graphique et commentaires ont été notés (531 - Epinay)

Indicateurs 6.1.1 & 6.1.3 pour Sevrans : Indications données dans la case commentaire mais qui n'apparaissent pas dans le graphique.

Indicateur 6.1.1 pour Villeteuseuse : erreur de saisie dans la BDD induisant une discordance entre les graphiques.

Indicateurs 621 et 622 pour Dugny : doute sur la saisie des informations dans les BDD.

Ces éléments servent plutôt aux villes pour améliorer leur saisie et être vigilantes sur les problèmes potentiellement rencontrés.

En tout état de cause, les biais entre les BDD et les graphiques n'ont pas influencés la consolidation, puisqu'à ce jour, il faut ressaisir les BDD sur la maquette destinée à la consolidation.

III - 3.2) Les informations issues du tableau de bord de la DDASS pour l'agrégation des données

 Le support dont dispose la DDASS fait l'objet de quelques remarques à prendre en compte pour le futur.

On rappellera ici de nouveau que cette consolidation est la première à être faite et qu'il s'agit donc du premier test de consolidation au niveau départemental.

- La difficulté majeure est la nécessité de ressaisir le matériel (les BDD de chaque tableau de bord). Ceci comporte évidemment une charge de travail et un risque d'erreurs. Il n'a pas pu être exploré totalement dans cette analyse en raison du temps dédié à ce travail.

La charge de travail peut être limitée lorsque le choix des indicateurs à agréger sera effectué car cette année les 38 indicateurs ont été pris en compte.

- Des informations manquaient sur la maquette initiale, elles ont été intégrées par la DDASS (information Emilie Sobac) ou des anomalies ont été notées:


2.1.1: Manque « professionnels social » sur maquette : rajouté

6.1.3: la date 2006 ne se reporte pas sur la maquette

6.2.1: les dates 2005/2006 ne se reportent pas sur la maquette

Pour ces deux derniers indicateurs, si les dates sont changées (2005 et 2006) dans la BDD, elles ne se reportent pourtant pas dans les graphiques.


9.1.1: Item « Organisme paritaire » : pas reporté sur la maquette


 Des bugs sur la maquette ont été repérés lors de l'analyse (sur le support informatique dont nous disposons), obligeant pour certains indicateurs à reprendre les bases de données.

Il s'agit des indicateurs :

131, 211, 531, 811 et en particulier tous les graphiques concernant les actions par répartition de type d'acteurs qui sont pourtant des indicateurs clés.

Il a fallu par ailleurs refaire un traitement des données pour les indicateurs 211 / 241 / 311/ 321 ;

 Enfin, les modalités graphiques proposées, couplé au nombre de répondants sur cette consolidation ont demandé un retraitement des informations pour obtenir des graphiques plus lisibles et informatifs. Cet écueil sera sans doute évité avec un nombre croissant de villes répondantes.

 Cette année, nous étions donc dans une configuration complexe. Le mode d'agrégation doit être revisité. PWC a fait à ce titre des recommandations pour lesquelles les différents niveaux territoriaux devraient être associés.

III - 3. 3) Les rapports d'activités

Les rapports d'activité ont été revus afin de mieux connaître les ASV dans le cadre de l'analyse et pour faciliter la lecture des informations données de façon synthétique dans la consolidation.

La question des rapports d'activité n'est pas simple car les financeurs n'ont pas encore totalement harmonisé leurs formats donc, chacun cherche la meilleure façon de procéder pour ensuite transformer le format à celui qui est exigé.

Globalement, les rapports d'activité, à exception prêt donne une bonne image des ASV si on connaît a minima le contexte, d'où l'importance des liens entre décideurs et acteurs de terrain (et au-delà des autres avantages que procure la proximité).

Une limite dans les commentaires qui suivent car un certain nombre de rapports mentionnent des annexes que nous n'avons pas eues. Il est donc possible d'avoir à nuancer ce qui suit :

@ Des rapports sont faits sous forme narrative (7/12) et donnent beaucoup d'informations qualitatives permettant réellement de comprendre les processus et les dynamiques locales. Certains pourtant éludent nombre d'obstacles et de contraintes rencontrés sur le terrain et pour les connaître, ils ne sont pas anodins dans la montée en charge de l'ASV ou non et ne dépendent pas du coordinateur ou de l'équipe ASV. Cependant, il peut être difficile de les mettre par écrit. Ce point est délicat puisque sans comprendre les difficultés rencontrées localement, il est possible que ce soit la démarche qui soit pointée du doigt quand des dysfonctionnements existent alors que les éléments explicatifs, toujours complexes se trouvent dans différentes sphères.

@ Des rapports sont fait sous forme de tableaux : cette formule peut être intéressante mais elle est souvent très synthétique ce qui limite pour le lecteur la compréhension de la démarche.

III - 3. 4) Taux de renseignement des indicateurs de la consolidation

Le tableau de bord comporte donc deux types de renseignements : **quantitatifs** (on y inclut les tableaux à remplir directement dans la maquette) et **qualitatifs** (cases commentaires)

Le récapitulatif de la qualité de renseignement d'un point de vue quantitatif et qualitatif est donné dans les annexes 3 et 4. Les données ont été totalement reprises des tableaux de bord des villes en regard de discordances identifiées.

Dans les cas où les villes sont concernées par l'indicateur considéré, différentes situations se sont présentées :

- ➔ 1) - les indicateurs considérés « non renseignés » ne comportent ni information quantitative ni qualitative ;
- ➔ 2) nous avons considéré comme « partiellement renseignés », les indicateurs comportant une information quantitative sur 2006 ou des commentaires sans corollaire chiffré (ce qui a pu se rencontrer) dans les tableaux de bord des villes.

→ 3) nous avons considéré « totalelement renseigné », les indicateurs comportant les informations pour l'année 2006 (incluant le « 0 » qui est à distinguer d'une absence de données) et des commentaires associés (explicitant l'information quantitative) ; ceci inclut donc les cases commentaires renseignées, soit par des informations complétant les données chiffrées, soit faisant mention que la ville n'est pas concernée par l'indicateur, ou que des données ne sont pas disponibles, etc.

Le caractère « totalelement renseigné » ne doit pas être confondu avec la densité de l'information disponible.

En synthèse :

Premier niveau : indicateurs totalelement renseignés

8 indicateurs sont totalelement renseignés pour l'ensemble des villes

23 indicateurs sont totalelement renseignés dans une proportion variant pour une partie des villes : entre 75 et 99 % des villes

6 indicateurs sont totalelement renseignés mais pour moins de villes : entre 50 et 74% des villes

2 indicateurs sont totalelement renseignés pour moins de 50% des villes (311/ 321)

Au total, 81,6 % des indicateurs ont été correctement renseignés dans plus de 75%.

Ces taux sont excellents et montrent que lorsque les acteurs travaillent ensemble aux différents niveaux, que le transfert de compétences est assuré, que les liens entre tutelles et acteurs de terrain ainsi que les espaces ou les synergies d'acteurs se créent, alors, l'outil est exploité de façon satisfaisante.

(On ne préjuge pas ici de la qualité de l'information de donnée).

Deuxième niveau : indicateurs partiellement ou totalelement renseignés

Si on considère maintenant, l'ensemble des indicateurs partiellement ou totalelement renseignés on a les résultats suivants par indicateur :

@ Les indicateurs les moins bien renseignés selon ce critère, « totalelement ou partiellement renseigné » sont ceux de la série 7 : 721/ 731/ 741 qui a aussi été noté dans la mission de PWC. Pour le 741 par ailleurs 5 ASV n'étaient pas concernés par l'indicateur.

@ La série 4 dans une analyse plus fine ne donne pas beaucoup de renseignements (voir plus loin). Il s'agit d'une des séries ou certains ASV ne sont pas concernés par l'indicateur (1/3 pour l'indicateur 421 par exemple).

⚠ Comparaison avec les données du cabinet PWC ayant élargi le test à 3 régions avec 23 ASV ayant participé (précautions prises quant aux modes de calculs):

Quand on prend la liste des indicateurs ayant été totalement renseignés :

- La qualité des renseignements est supérieure dans l'échantillon de la consolidation de la SSD pour tous les indicateurs sauf le 311. (69% # 34 %)
- Des difficultés de renseignements coïncident sur les indicateurs de la série 7 surtout pour l'indicateur 7 .2.1.

Dans la liste des indicateurs non renseignés, dans le test de PWC, le pourcentage le plus élevé est de 56% et concerne l'indicateur 721 et 741 ; en SSD le % de villes n'ayant pas répondu à ces deux indicateurs est respectivement de 30% et 43% (pour les ASV concernés).

Donc, même si les effectifs sont faibles, ces différentes remarques donnent des indices qui pourraient permettre de simplifier la base de données si les indicateurs ne sont pas jugés pertinents, soit de la base de données « ville », soit de la consolidation. Mais, pour remarque :

@ L'indicateur 721 concerne le nombre de projets collectifs soutenus par les ASV et nombre d'habitants concernés → Cet objectif peut être certes difficile à documenter mais il ne peut être éliminé de la base. Il correspond à un axe fondamental de la démarche ASV ; il faut par contre ne pas laisser les informations vierges dans le tableau de bord (importance de mettre « non concerné » ou 0 et suivre les évolutions dans le temps)

@ L'indicateur 741 lui, concerne le nombre d'actions d'informations diffusées auprès de professionnels de santé ; il est important aussi.

@ Enfin, la question des déterminants (311) est importante à documenter et le manque de renseignement pointerait plutôt une difficulté à s'approprier la notion de déterminants.


@ Les indicateurs de la série 4 feront l'objet de remarques ultérieures.

⚠ Ceci vient confirmer que le seul critère de « non renseignement » ne peut intervenir seul dans le choix de simplification de la base de données.

On verra lors de l'analyse par indicateur que le recueil de données intermédiaire n'ayant pas été disponible pour l'année 2005, et que par ailleurs les coordinateurs n'ayant pas forcément de visibilité sur certaines informations à cette époque, certaines bases de données quantitatives n'ont pas pu être renseignées. Ceci impose des précautions dans l'analyse des tendances dans le temps des processus observés.

La qualité de renseignement des indicateurs d'un point de vue qualitatif seul → *Les cases commentaires concernent tous les indicateurs en regroupant parfois 2 indicateurs (cela concerne les cases commentaires des indicateurs 221 et 222 d'une part et les indicateurs 511 et 512 d'autre part).*

Le taux de renseignement de la « case commentaires » évolue de façon variable selon les indicateurs. Cette liste est disponible en annexe 4.

 Les indicateurs ayant peu fait l'objet de commentaires qualitatifs (= < 50% pour les ASV concernés et ayant renseigné d'un point de vue quantitatif) sont :
311 (tableau) / 321 (tableau) / 411/421/431/ 521 (tableau)/ 741/ Série 9.

Au total :

L'analyse présentée se limite bien entendu aux 12 villes et ne peut être représentative de l'ensemble des ASV qui sont aujourd'hui au nombre de 20 (janvier 2008).

Le matériel dans son ensemble permet d'avoir une bonne vision d'ensemble de la démarche ASV dans les priorités des villes, les processus enclenchés, le soutien des coordinateurs, les thématiques investies, les partenariats, etc. même s'il faut prendre ce matériel comme une vision « macro ».

Il révèle aussi le tableau de bord dans son rôle d'outil de pilotage, ce pour quoi il a été conçu.

Restons prudents dans les extrapolations de même que sur les tendances dans le temps lorsque les informations sur 2005 sont insuffisantes.

ANALYSE DE LA CONSOLIDATION DES TABLEAUX DE BORD DES 12 VILLES

TRAITS MARQUANTS⁴

⁴ Les données de ce rapport peuvent présenter des ajustements au regard des restitutions réalisées suite à l'affinement de certaines données.

IV - PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DES ASV INTEGRES DANS LA CONSOLIDATION

Les fiches d'identité (voir compilation en annexe 5) donnent de nombreuses informations, dont on retracera dans ces chapitres les traits principaux.

IV – 1) Dates de création des ASV et ancrage territorial

Le tableau ci-dessous reconstitué à partir des fiches d'identité montre les principaux éléments suivants :

VILLE	DATE DE CREATION DE L'ASV	Statut ASV	Nb habitant ville ⁵	Nb Habitant plus spécifiquement concernés par ASV donné dans les fiches
Aubervilliers	2001	Communal	72 000	Quartiers cités
Bondy	2005	Communal	53 600	53 600
Dugny	2002	Intercommunal	10 336	10 336
Epinay	2003	Communal	50 800	50 800
La Courneuve	2001	Communal	37 400	37400
Le Blanc Mesnil	2002	Intercommunal	51600	19790
Montreuil	2002	Communal	100 600	15456
Noisy-le-Sec	2003	Communal	38 600	14 650
Pantin	2003	Communal	52 500	25 000
Sevran	2003	Communal	51 000	24 000
Stains	2002	Communal	34 600	25 000
Villetaneuse	2004	Communal	12 500	12 500

→ La moitié des effectifs des ASV ayant participé à la consolidation (6/12 ASV) ont été créés en 2001 ou 2002 et les autres en 2003 (4 ASV), en 2004 (1 ASV) et en 2005 (1 ASV). Pour les ASV les plus récents, même si la création formelle date de plusieurs années, la mise en place des diagnostics ayant précédé la mise en œuvre d'actions liées à la démarche a pu être décalée dans le temps - en terme d'actions « visibles » (alors qu'un

⁵ INSEE, 01/07/2005 ; excepté Dugny, données INSEE 2004.

diagnostic fait totalement partie du processus), de même que des difficultés de recrutement des postes de coordinateurs. Les 4 ASV les plus récents ont donc des dynamiques à différencier des autres et ce d'autant, si la ville n'avait pas inscrit la santé de façon historique dans son champ politique.

→ 10/12 ASV sont des ASV communaux (couvrant au moins 2 ZUS). Ceci n'exclut pas que des liens se tissent pour certaines actions ou dans le cadre de groupes de travail entre les ASV limitrophes ou sur le département.

→ Les données démographiques présentées ici sont celles de 2005 sauf pour Dugny. Lorsque la ville intègre l'ensemble des habitants, les données ont été ajustées aux données les plus récentes ce qui vient modifier les informations données initialement dans certaines fiches d'identité.

La moyenne des habitants des villes en ASV est de 47 128 avec des écarts importants : de Dugny à Montreuil le rapport est de 9,7, l'ASV se s'y développe donc pas de la même manière.
De même que le poste de coordinateur ne peut y avoir la même configuration indépendamment des autres facteurs pouvant influencer cette configuration.

L'importance de la ville est un aspect important puisque l'un des corollaires en particulier sera celui de la densité des acteurs potentiellement mobilisables, non seulement en quantité, mais aussi en fonction des différents champs professionnels représentés ou non. Ces variantes induisent des niveaux de contraintes variables.
Par exemple, la richesse des partenariats potentiels permet de développer des actions et de toucher plus d'habitants mais par ailleurs, ces partenariats peuvent être complexes.

Les sites où des champs professionnels entiers sont absents, en sous-effectifs (démographie médicale ou paramédicale faible, médecins ou infirmiers scolaires, professionnels du champ psychologique/psychiatriques (CMP cités), assistantes sociales) induisent des facteurs contraignants qui échappent aux seuls coordinateurs pour impulser des actions, et que celles-ci soient par ailleurs concertées.

L'ancrage des ASV varie selon les actions portées : certains quartiers des villes feront l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la démarche. Des actions peuvent concerner l'ensemble de la commune en parallèle.
Par exemple (extrait ASV Aubervilliers) :

« Quartiers de la ville et nombre d'habitants par quartier concernés par l'ASV : l'ensemble des quartiers pour les actions généralistes (RESAD, santé mentale, cancer); quartier Paul Bert pour la santé psychique jeune enfant, quartier du Marcreux pour la Maison des Pratiques de Bien-être et de Santé, Quartier Robespierre Cochenne pour le développement du comité de santé »

Enfin pour le Blanc Mesnil, des adolescents inscrits dans des filières techniques drainent une population venant de l'ensemble du département.

A Villeteuse, les articulations avec le secteur universitaire ne trouvent pas d'ancrage à ce jour.


IV – 2) Les traits marquants du contexte

Il avait été décidé de renseigner :


Les principaux acteurs

Les principales données sociodémographiques et socio-économiques.

Deux niveaux peuvent être renseignés : celui de la commune et celui des quartiers concernés par l'ASV. Il s'avère que les renseignements par quartier sont plus difficiles à obtenir et donc à renseigner. Les données ici sont principalement celles issues du niveau communal.

 **C'est la partie qui a été le moins bien renseignée de la fiche d'identité soit dans l'absence de réponses, soit l'hétérogénéité des informations données**

Certains ASV ont renseigné de façon exhaustive les informations, d'autres peu ou pas du tout (3 ASV).

→ **Principaux acteurs**, 7 répondants. Cet item est pourtant essentiel dans la fiche d'identité 

1 de ces 7 ASV a cité les acteurs de façon généraliste car ils sont très nombreux et par ailleurs la période de renseignement correspondait à un remplacement du coordinateur titulaire ce qui a rendu l'exercice difficile.

Les acteurs apparaissent plus loin dans les différents indicateurs et ils seront repris dans la partie décrivant les instances et les indicateurs de la série 2 tout spécialement.

Extrait des tableaux :

Ville	Principaux acteurs (7 répondants)
Bondy	- conseil général (pmi, AS), service promotion de la santé en faveur des élèves, service municipal de prévention santé et centre municipal de santé, Cramif, associations (La Marmite, Ville et Avenir, Iris, ALJT, Mission Locale, Ardepass, YUCCA), Femmes relais, Maisons de quartier
Dugny	- services municipaux (santé, petite enfance, enfance, jeunesse...)
Epinay	<p>- <u>Services municipaux</u>: CCAS (Pôle action sociale dont Maison des parents/ personnes âgées et handicapées/petite enfance/Atelier santé ville) - Mission Ville - Réussite éducative - Vie des quartiers (CSC/PIJ) - Enfance et loisirs/CLM</p> <p><u>Institutionnels locaux</u>: CG (PMI-DPAS-ASE) - CPAM - PJJ - CAF - Secteur psychiatrique (CMP adultes/enfants) - Education nationale</p> <p><u>Institutionnels extérieurs</u> : CG (Mission prévention des conduites à risques, Espace Tête à tête) - CRAMIF- CODES 93 - CCAA de Saint-Denis - CRIPS-CIRDD Ile de France</p> <p><u>Associations locales</u>: Fondation jeunesse feu vert - MIIJ - Amicale du Nid - SFM-AD - FJT (ALJT) - FTM - LOGIS - MJD - Vie libre - Aide aux mères et aux familles</p>
Le Blanc Mesnil	<p>- principaux acteurs Ville (centres de santé, PMI, Services municipaux), Maisons pour Tous, Club de Prévention Grajar, MIRE, Education Nationale, ASE, PJJ, CG (PMI), CMPP, CPAM, CAF...</p> <p>- principaux acteurs dans le quartier: Centre Social, Pôle de Services et de Santé (Ville, SCHS, CPAM, CAF, EFIDIS...), Collège, Foyer Manouchian (ODHLM); Pôle de Services de Dugny</p>
Montreuil	La ville de Montreuil dispose d'un riche réseau socio-sanitaire. Qu'elles soient municipales, institutionnelles ou associatives, les ressources du territoire sont variées. Leurs compétences peuvent être infracommunales, intercommunales ou encore départementale. La composition des groupes de travail et les listes de diffusions illustrent cette affirmation. - principaux acteurs : institutions et associations, structures et acteurs de proximité
Noisy-le-Sec	CMS/Unité de Prévention et de Santé Publique
Villetaneuse	- principaux acteurs : Services de la ville, Mission locale, Fondation Jeunesse Feu Vert (éducateurs de rue), MIRE (Mission pour l'Insertion et Ressources pour l'Emploi), équipe du PAPS (Point Accueil Prévention Santé), Assistante sociale CRAMIF, Service social de secteur, CMP, associations de quartier (pas de CMP sur la commune, pas de CMS, pas de centre social, pas d'infirmière scolaire jusqu'en Novembre 2006)

- P** Une bonne façon de classer les acteurs est celle retrouvée pour un des ASV :
- a) services municipaux
 - b) institutionnels locaux
 - c) institutionnels « extérieurs »
 - d) associations locales
 - e) associations extérieures à la ville

L'exploitation des informations est difficile car hétérogène mais donne pour chaque ville le panorama des institutions impliquées et donc en creux, les institutions ou secteurs relativement absents ce qui peut aussi donner des orientations pour la suite de la démarche.

@ Par exemple, les femmes relais sont citées 1 fois de même que la PJJ, les foyers pour travailleurs migrants sont cités explicitement 2 fois.

@ Les professionnels du secteur libéral sont absents comme constaté souvent.

@ L'éducation nationale n'est pas citée de façon systématique.

Pour la plupart des ASV ayant renseigné cette partie, les acteurs autour de la démarche ASV sont nombreux et regroupent le secteur prévention, soin moins souvent, éducation, social, insertion. Le secteur associatif est aussi fortement présent.

L'indicateur 211 permettra de préciser la mobilisation des acteurs.

Pour les données sociodémographiques et socio-économiques principales, la gamme des données issues des fiches d'identité est large :

Type de données retracées dans les fiches

Généralités précarité
Informations sur les différences de pauvreté entre quartiers
Revenu fiscal
% population et minima sociaux
Revenu médian
Taux de chômage
Taux d'allocataires CAF
Taux d'allocataires RMI
Taux de foyers non imposables
% population bénéficiaires de la CMU
% population bénéficiaire de la CMUC
% population bénéficiaire de l'AME
% d'allocataires CAF au dessus du seuil de pauvreté
 → dont le revenu est supérieur au seuil de pauvreté
 → dont le revenu est supérieur au seuil de pauvreté grâce aux prestations sociales
% population en logement sociaux
Données démographiques (tranches d'âge, jeunes, étrangers, évolution démographique, densité, moyenne, médianes)


% familles monoparentales
Proportion de logements individuels
Pourcentage de propriétaires
Pourcentage d'allocataires
Taux d' AES (Allocation d' Education Spéciale)
Taux d' AAH (Allocation Adulte Handicapé)
Pourcentage d'enfants scolarisés
Pourcentage d'enfants sans diplôme à 15 ans

Les informations étant dispersées il est nécessaire de faire des choix sur quelques indicateurs d'autant que les références et les années ne sont pas toutes les mêmes.

Recommandations: à discuter

→ Il semblerait important

a) de limiter le nombre d'indicateurs dans cette partie.

→  Par exemple

b) de prendre toujours les données plus récentes et de citer sources et années de référence

c) de préciser les évolutions dans le temps concernant la démographie et la précarité de même que les différences entre quartier si les informations sont disponibles.

d) de pouvoir repérer des populations particulièrement vulnérables

e) de donner les chiffres avancés non pas en données brutes mais en pourcentage de la population.

 Le choix des informations présentées pourrait se limiter à un tronc commun (comme base de discussion) :

Généralités sur les tendances concernant la pauvreté (entre les quartiers et dans le temps si ces informations sont disponibles)

Données démographiques (%tranches d'âge, sexe) et tendances dans le temps parfois signalées et utiles. Le taux de population étrangère est donné dans la plupart des fiches actuelles

% familles monoparentales et tendances dans le temps (peu signalé dans les fiches)⁶

Pourcentage d'enfants sans diplôme à 15 ans et tendances

Taux de chômage et tendances dans le temps

⁶ La SSD détient le taux le plus élevé en Ile-de-France avec 17, 5% (MIPES, décembre 2006).

% de foyers non imposables et tendances dans le temps
 % population couverte par les minima sociaux dans le temps
 Taux d'allocataires RMI, tendances dans le temps
 % population bénéficiaire de la CMU
 % population bénéficiaire de la CMUC
 % population bénéficiaire de l'AME
 % d'allocataires CAF au dessus du seuil de pauvreté
 → dont le revenu est supérieur au seuil de pauvreté
 → dont le revenu est supérieur au seuil de pauvreté grâce aux prestations sociales
 Taux d'AAH (Allocation Adulte Handicapé)

Les données spécifiques sur la Seine-Saint-Denis dans son ensemble ont été mises à jour dans la dernière publication de Profession Banlieue mais elles ne permettent pas d'extraire les particularités des villes ayant renseigné le TDB⁷.

IV – 3) Evolution de l'ASV depuis sa création

1 ASV non répondant, 1 ASV réponse incomplète ou trop récent pour mesurer les évolutions.

Les démarches ASV des 12 villes ont des évolutions différenciées. Ceci est plus palpable dans la nature des actions développées et documentées dans les indicateurs détaillés plus loin.

La description faite par Montreuil est intéressante et illustre bien le temps nécessaire pour ancrer et développer une dynamique qui permettra d'articuler les actions existantes, d'en créer de nouvelles, d'étendre la couverture sur différents territoires de la ville.

Extrait de la fiche de Montreuil :

Evolution de l'ASV depuis sa création (2002) : L'activité de l'ASV a tout d'abord consisté dans l'ancrage de la démarche, tant auprès des partenaires et acteurs locaux de santé que des services municipaux. Pour initier la démarche ASV en 2002, il s'est agi de faciliter la reconnaissance et l'identification de la démarche, mais aussi de repérer les réseaux et de répertorier les activités en œuvre sur le territoire. La communication sur les objectifs, le contenu de la démarche et son organisation s'est poursuivie en 2003 ; les rencontres ont permis de mobiliser différents partenaires locaux. Dans une dynamique locale de santé, les années suivantes (2004-2006) ont conforté certains réseaux socio-sanitaires et groupes de travail existants.

- évolution des territoires et des publics : L'évolution de la politique de la ville et la mise en œuvre des CUCS a suscité une redéfinition de la géographie prioritaire. Selon une étude menée par la DIV en 2006 dans le cadre de la définition de la géographie prioritaire des CUCS, il ressort que, dans ou hors les ZUS, la population des IRIS en difficulté représente 40680 habitants, soit près de 45% des habitants, alors que la population des ZUS ne représente que 17% des habitants de la ville.

La ville de Montreuil étant territorialisée (5 secteurs, 14 quartiers), l'ASV intervient selon les projets territoriaux émergents (ex: plan d'action territorial du Bas-Montreuil) ou expérimentés (ex: santé et territorialité) où la santé est un thème retenu comme prioritaire. L'ASV intervient alors en tant que participant (mais pas en tant que pilote)

⁷ Voir à ce titre : Mannoni C. (sous la dir.) La démarche atelier santé ville, des jalons pour agir, Profession Banlieue, janvier 2008.

- actions nouvelles : Un projet "santé et territorialité" co-piloté par l'ASV et la mission saturnisme a été mené en 2004. Une démarche en santé communautaire est initiée depuis plusieurs années. Celle-ci va être développée et dynamisée par la présence d'un agent de santé communautaire (2007) qui va pouvoir identifier les besoins et intervenir au plus près des acteurs locaux et de la population


A noter que le poste de coordinateur est actuellement sans doute un des mieux inscrit en position de coordination générale alors que les autres coordinateurs ASV ne peuvent pas forcément développer cette coordination pour des raisons diverses, entre autre, le manque de ressources locales (exemple signalé à Villetaneuse). Ils sont donc en position à la fois d'opérateur et à la fois de développement de coordination quand leur poste n'est pas scindé en deux fonctions (ce qui peut avoir des avantages mais aussi génère des confusions).

Les étapes de développement de la démarche sont aussi soumises aux contingences locales au-delà de leur ancienneté et de la place donnée ou non au coordinateur pour soutenir avec d'autres partenaires la démarche.

Certains ASV ont été particulièrement pénalisés par les ruptures de poste. Il s'agit principalement de Stains, d'Epinay au-delà de ceux cités en introduction et qui n'ont pu renseigner le tableau de bord.

Exemple de Stains :

Le développement est lié en partie aux vacances de poste ou au turn-over : Après une phase de travail préparatoire, le Bureau Municipal avait décidé de la mise en place d'un Atelier Santé Ville à Stains en septembre 2001. Un professionnel avait été recruté en janvier 2002 et n'est resté que deux mois; un 2ème recruté en septembre 2002 n'est restée que 10 mois. Ces successions de rupture ont un peu ralenti la conduite de l'ASV à ses débuts.

 Il est important dans cette partie de la fiche d'identité de retracer les moments forts de la démarche et l'ayant impulsée ou à l'inverse les éléments de rupture.

Au-delà des éléments de fragilité, des avancées sont signalées à travers les fiches, différents cas de figure sont là pour les illustrer :

→ Les territoires couverts augmentent ou font l'objet d'une attention particulière, illustrations (excepté Montreuil vu antérieurement):

Le Blanc-Mesnil

2003-2004 : projets développés uniquement sur le quartier Nord de la Ville du Blanc Mesnil. 2005 : Extension de certains projets à l'échelle de la ville.

A Sevran : ...Aujourd'hui, on tend à considérer que l'ensemble de la commune est une zone sensible....

A Stains : « L'ASV (en 2002, 2003,2004) était défini à partir d'une approche territorialisée sur 3 quartiers (Cité Jardins, moulin neuf, quartier du Maroc). Depuis 2005, les actions santé dans le cadre de l'ASV se sont élargies au quartier du Clos Saint-Lazare et à l'ensemble de la ville en fonction des

thématiques développées ou de certaines actions municipales telles que le Défi stanois (prévention de l'alcool). Là encore, la démarche ASV « diffuse » en quelque sorte sur le territoire de la commune.

→ **Les publics concernés se diversifient** (ou augmentent si la couverture territoriale augmente)

- a) les agents communaux (Dugny) sont concernés par la démarche
- b) les publics scolaires et jeunes professionnels (Villetaneuse, Noisy-le-Sec, le Blanc-Mesnil)

Il est difficile d'apprécier à travers les seules fiches d'identité les publics particuliers qui ne sont pas suffisamment pris en compte.

→ **Des actions nouvelles émergent ou sont consolidées : illustrations**

Le Blanc-Mesnil :

Evolution des projets d'un caractère global (santé communautaire) à des projets davantage centrés sur l'accès à l'éducation à la santé, aux soins et aux droits. Aboutissement / Evolution de certains projets : précision et développement des axes d'intervention sur la santé des jeunes - en particulier santé mentale, prévention obésité et accès aux droits et aux soins- et sur la santé des enfants : création PMI interco (en cours)... phase d'évaluation de certains projets (Foyer Manouchian, le Lien, promotion de la santé mentale des jeunes...)

A Dugny :

Prévention de l'obésité, prévention et prise en charge de l'alcoolisme (projet mené en direction des agents communaux), accès aux soins des jeunes.

A Epinay :

Montée en charge de la démarche depuis le recrutement du coordinateur, diagnostic en 2006 mais groupes de travail déjà en cours au moment du diagnostic.

A Sevrans :

Il est assez récent que se développe spécifiquement la réflexion sur les quartiers Beaudottes, Rougemont et PontBlanc: il est prévu de développer des collectifs santé sur ces 3 quartiers, réunissant à la fois des représentants des habitants (associations), des professionnels et institutionnels œuvrant sur le terrain.

A Villetaneuse :

Toutes les actions sont nouvelles

Globalement, la démarche ASV s'amplifie, se structure et actuellement d'autres démarches ASV sont en cours. Par contre, *cette dynamique n'est pas linéaire* comme bien souvent ; les différences territoriales doivent être prises en compte dans les informations disponibles dans les tableaux de bord. Il s'avère d'emblée important de soutenir l'attractivité des postes de coordinateurs et leur pérennité et de faciliter chaque fois que possible les démarches partenariales dont certains déterminants ne peuvent être gérés au niveau local.

Le signal politique est décisif et les institutionnels impliqués ont un rôle majeurs de soutien depuis le niveau départemental et régional - de même que le national- au niveau communal ou intercommunal. Des freins devraient pouvoir être levés au niveau local, si les autres niveaux territoriaux peuvent s'engager et pérenniser la forte implication qu'a connue la Seine-Saint-Denis depuis le début.

IV – 4) L'organisation de la démarche

Cette partie reprendra les caractéristiques des postes de coordinateurs ainsi que la composition des comités de pilotage quand ils existent. Ce sont deux critères essentiels dans le cadre de l'ancrage de la démarche et de son développement (dynamique, diversité des actions, capacité à mobiliser les acteurs locaux...). Les constats s'inscrivent dans la continuité de ce qui précède.

Depuis le début de la démarche ASV il est connu que la légitimité de la démarche ASV dépend de conditions d'implantation formelle au sein des dispositifs de la politique de la ville, de l'échelon territorial dans lequel il évolue, de son portage politique. Ces éléments avaient été explicités dans les travaux précédents concernant les ASV par l'association RESSCOM tout spécialement.

Dans les paragraphes qui suivent on verra successivement

- a) les postes de coordinateurs
- b) les instances mises en place
- c) les institutions formellement engagées dans la démarche.

IV - 1.4.1 Les postes de coordinateurs

Conformément à la circulaire du 13 juin 2000, les postes de coordinateurs sont affectés à la démarche ASV. Par contre, il existe des moyens affectés selon les villes qui sont différenciés :

Pour les ASV disposant d'une fonction de coordinateur portée par 1 seule personne, 9 des 12 villes sont concernées.

Par exemple :

* A Aubervilliers, la fonction de coordinateur est portée par plusieurs personnes

* A Noisy-le-Sec, le poste affecté n'est que de 0,5 ETP.

* A Epinay, le poste n'est pas pourvu à TP (0,9).

* Pour Pantin, le cas est un peu particulier puisque la coordinatrice travaille sur un axe peu développé jusqu'à présent : la thématique handicap au niveau de la ville. Sa fonction n'est donc pas la même que les autres coordinateurs.

Les autres ASV disposent d'1 ETP. On notera l'investissement en ressources humaines de la ville d'Aubervilliers.

La notion d'équipe ASV est notable dans le tableau qui suit où l'on voit apparaître les acteurs privilégiés autour de la démarche et du coordinateur :

VILLE	Date création ASV	Date de prise de poste du coordinateur actuel	Coordinateur en ETP sur l'ASV	Personnes ressources particulièrement citées et ETP <u>autour du coordinateur</u>
Aubervilliers	2001	2001 (fonctions assurées depuis dans ce cas)	4,15 ETP + 1 vacataire	- 1 médecin de santé publique à environ ¼ ETP - 1 médecin de santé publique, médecin psychiatre, à 0.8 ETP - 1 médecin de santé publique à 0.2 ETP - 1 assistante de santé publique à 0.8 ETP - 2 responsables équipement Marcreux - 1 vacataire santé publique Cochenec Péri (0.1 ETP) - 1 vacataire
Bondy	2005	Août 2005	1	- 1,6 ETP avec 4 personnes : : coordination ASV (1ETP) - 0,20 ETP : médecin directeur du CMS + médecin responsable du service prévention, + de l'agent chargée de la prévention dans les écoles à la démarche ASV
Dugny	2002	Mai 2005	1	- 1 ETP : coordinatrice ASV - 3 heures hebdomadaires : médecins CMS - 3h30 hebdomadaires : responsable du pôle de services du Pont-Yblon
Epinay-sur-Seine	2003	Nov. 2005	0,9	- 0,9 ETP : coordination ASV - 1 ETP : secrétariat (depuis juillet 2006) - 0 ETP médecins CMS Ainsi que participation du médecin SCHS, des chefs de services à la démarche ASV
La Courneuve	2001	Septembre 2002	1,1	1,1 ETP : coordination ASV (corrigé) Ainsi que la participation des médecins directeurs du CMS et du SCHS
Le Blanc Mesnil	2002	Avril 2003	1	- 1 ETP : coordination ASV Chargée de Mission Santé des Jeunes - 0,20 ETP : Directrice administrative des Centres de Santé- Médecin-Directeur SCHS - 0, 10 ETP : Adjointe à la Responsable du Service des Assistantes Sociales secrétariat Nombreux autres professionnels impliqués à 0,05 ETP : diététicienne CSAPA, infirmière Planification Familiale, médecin CMS, Educateurs Club de Prévention, infirmière scolaire, psychologue, responsable mission locale...

VILLE	Date création ASV	Date de prise de poste du coordinateur actuel	Coordinateur en ETP sur l'ASV	Personnes ressources particulièrement citées et ETP <u>autour du coordinateur</u>
Montreuil	2002	Mai 2002	1	<ul style="list-style-type: none"> - 1 ETP : coordination ASV - 0,25 ETP : secrétariat - 0,07 ETP médecins CMS (2h par semaine) - Participation du médecin directeur du SCHS selon un prévisionnel de 0,16 ETP soit 8h par semaine - Participation de différents services et responsables/cadres à la démarche ASV (ex: service intégration, projet de ville RMI, CCAS...), notamment au comité de suivi ASV (attachés territoriaux)
Noisy-le-Sec	2003	2005	0,5	<ul style="list-style-type: none"> - 0,5 ETP : coordination ASV - 0,7 ETP: animatrice de prévention - 0,25 ETP : secrétariat - 0,07 ETP médecins CMS <p>Ainsi que participation du médecin SCHS, des chefs de services à la démarche ASV</p>
Pantin	2003	Nov. 2004	1	<ul style="list-style-type: none"> - 1 ETP : coordination ASV
Sevran	2003	Septembre 2005		<ul style="list-style-type: none"> - 1 ETP : coordinatrice ASV <p>Soutien organisationnel sur une partie des projets:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0,5 ETP : secrétaire Prévention du CMS (=> Forum Santé, Parcours et Semaine du Cœur) - 0,5 ETP: chargé de mission Prévention Santé/Sport (=> Forum Santé)
Stains	2002	Janvier 2002	1	<ul style="list-style-type: none"> - 1 ETP : coordination ASV : 1 personne - Implication d'une secrétaire en fonction des besoins - Implication du réseau des partenaires médico-sociaux
Villetaneuse	2004	Décembre 2005	1	1 ETP (coordination ASV) + participation chef de service Jeunesse, chef de service Action Sociale, chef de Service Enfance/Enseignement/Restauration, chef de Service vie des Quartiers Citoyenneté

La moitié des coordinateurs ont pris leurs fonctions en 2005. Par ailleurs, peu d'ASV ont le soutien d'un secrétariat, influençant notablement la charge administrative comme cela est confirmé dans les indicateurs de la série 9.

Il est important dans cette partie de retracer les moments forts de la démarche et l'ayant impulsée ou à l'inverse les éléments de rupture.

La notion d'équipe ou de noyau dur mérite d'être soulignée car cette configuration permet d'asseoir plus facilement la légitimité de la démarche quand elle est orchestrée dans la logique de la circulaire.

Il s'agit alors d'identifier de façon stratégique, un peu sur l'exemple de Bondy (coordinateur + CMS + secteur prévention) mais d'autres configurations sont possibles, la meilleure alliance possible pour asseoir la démarche dans la cohérence et faciliter les transversalités sur la ville (aspects hiérarchiques et fonctionnels à penser dans l'organigramme).

- La **constance sur les postes** n'a pas été jusqu'à présent la même selon les villes ce qui explique certains décalages entre la date de création de l'ASV et le rythme acquis par la démarche, sa montée en charge ou non et l'amplitude des actions qui ont pu être mises en place. Une partie des réponses se trouve dans l'investissement ou non de la démarche, les difficultés de recrutement, les turn-over, la précarité des postes qui avait déjà été soulignée en 2004 lors de la journée nationale du 4 décembre (actes disponibles à Profession Banlieue).

Les villes qui ont été particulièrement concernées par ces constats (et qui ont renseigné le TDB) sont : Epinay, Villetaneuse, Stains.

Les ruptures ou fragilités des postes sont relativement fréquentes au-delà des répondants pour cette consolidation et ne touchent certes pas seulement la démarche ASV.

Cependant, dans une telle démarche de coordination d'actions au niveau local, les tentatives de coordination des actions de santé dans une perspective intersectorielle se trouve pénalisée si les postes ne sont pas sécurisés d'une part et si la dynamique n'est pas soutenue suffisamment par ailleurs.

Enfin, la période de renseignement du TDB à Montreuil correspondait à la période de congés de la coordinatrice, les informations sont donc partielles pour nombre d'indicateurs.

Place des coordinateurs dans l'organigramme : diverses configurations

D'après les informations données, le coordinateur peut être :

- Rattaché à la direction générale des services de la politique de la ville
- Rattaché hiérarchiquement avec le chef de projet CUCS et liens fonctionnels avec le DGA de la santé
- Rattaché directement à la direction santé solidarité et rattachement fonctionnel à la direction de la PdV
- Rattaché directement à la DGA santé, social, petite enfance, logement
- Rattaché au Servie municipal du pôle prévention santé
- Rattaché hiérarchiquement à la responsable du service action sociale.

Il existe aujourd'hui un rapprochement avec les chefs de projet CUCS très net alors qu'il y a quelques années, le lien avec les chefs de projets n'allait pas de soi. Cela se traduit aussi dans les instances mises en place.

La typologie des fiches projets dans la nature des projets portés ou soutenus donne aussi une bonne image de la **variabilité des fonctions des coordinateurs**, car ils ont été nombreux à annoter aux côtés de la thématique le rôle qu'ils avaient ce qui donne une lecture très intéressante.

Globalement, les coordinateurs sont impliqués auprès des professionnels et des habitants - en fonction de la coloration que prend le poste de coordinateur -, soit dans le soutien à des actions ou projets de façon directe ou auprès des acteurs de première ligne.

Les traits marquants qui ressortent des fiches d'identité montrent la nature de l'implication des coordinateurs indépendamment des thématiques portées se regroupaient en 2006 autour de 6 axes par ordre décroissant:

1. L'animation ou la contribution à des groupes de travail visant à créer du lien entre professionnels sur des thématiques précises (création, animation/coordination, soutien)
2. L'impulsion ou le soutien à des actions et projets existant dans la pratique, dont 2 villes font mention avec le milieu scolaire (création, coordination, soutien)
3. La contribution/ soutien méthodologique aux acteurs (réflexion, écriture de projet, aide à l'évaluation)
4. La participation à des instances de concertation (comités de pilotage, collectifs, groupe local d'information, commission municipale)
5. Le soutien aux supports de communication et les outils pédagogiques
6. La contribution des ASV, au-delà des diagnostics de santé, à l'amélioration de la connaissance du territoire (études ou enquêtes spécifiques).

La diversité des appuis est de nouveau explicite, comme cela a pu être déjà souligné dans les groupes de travail de Profession Banlieue et les publications antérieures à ce propos. On rappellera les 3 typologies soulignées en 2004⁸ qui sont donc reproduites ici avec les exceptions soulignées de Pantin, d'Aubervilliers de par la configuration de la fonction de coordination.

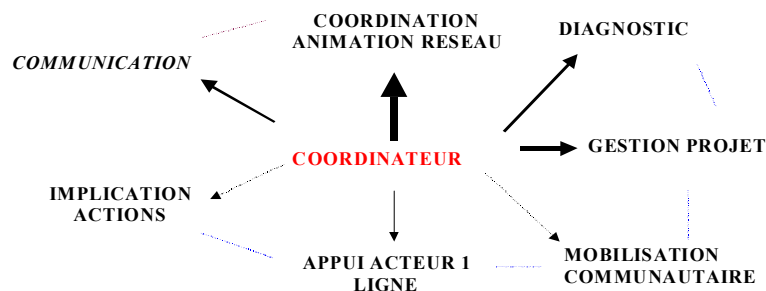
Ces typologies soulignent les axes plus ou moins importants sur lesquels porte la fonction du coordinateur, extrait :

« Les schémas qui suivent illustrent d'une autre façon, et exclusivement sur les registres des fonctions et tâches (...) 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).

(...)

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 - poste privilégiant la fonction de coordination- et un poste s'approchant de celui de Stains à l'époque -poste privilégiant les actions de proximité- .

Schéma 8 : Résumé des axes de travail pour un poste de coordinateur « standard ».

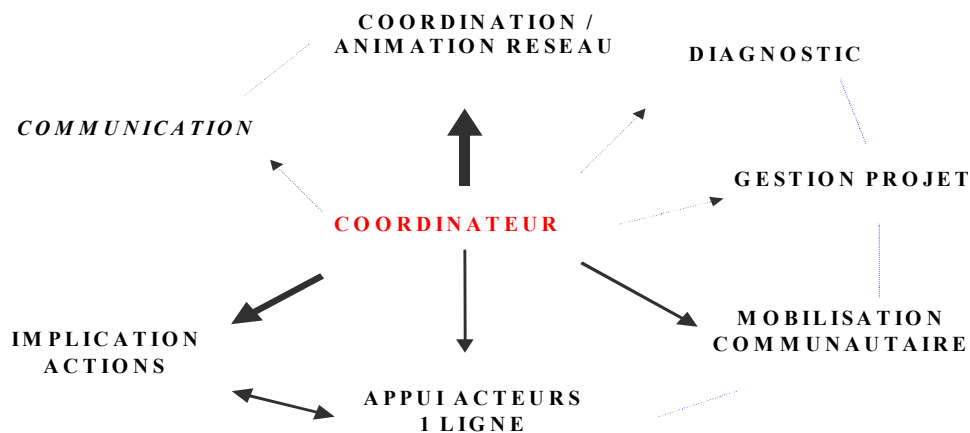


⁸ Mannoni C., Politique de la ville, territoire et santé, réflexions autour des ateliers santé villes et de leurs enjeux en Seine-Saint-Denis, Profession Banlieue, février 2004 : 69-71.

Schéma 9 : Résumé des axes de travail pour un poste de coordinateur du type « Montreuil » : échelle territoriale : la ville ; priorité mise sur le lien avec un dispositif existant.



Schéma 10 : 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 1) les liens entre les actions directement menées sur le terrain et l'appui aux acteurs va de paire puisque ces actions se réalisent conjointement et dans le transfert de compétences et 2) la coordination se nourrit aussi des interactions entre l'implication directe sur le terrain, les liens avec les acteurs de première ligne et les habitants ».

Note :

Les axes de travail, dans leur nature, répondent au cahier des charges des coordinateurs. La variabilité des axes de travail est fonction de plusieurs éléments :

- a) l'ancrage d'actions de santé ou de politique de santé depuis de nombreuses années,
- b) l'ancienneté de la démarche ASV et donc, la nature des chantiers mis en place

- c) la couverture territoriale de l'ASV
- a) la densité des partenaires avec lesquels on peut compter. Certaines villes comme Villetaneuse sont particulièrement confrontées à ce cas et le coordinateur ne peut avoir le même profil qu'à Montreuil par exemple.
- b) la dynamique partenariale et son histoire
- c) la place du coordinateur au sein de l'équipe CUCS et la reconnaissance de sa fonction de coordination dans son positionnement dans l'organigramme des villes.

IV - 1.4.2 Les instances mises en place dans le cadre des ASV

La plupart des villes ont renseigné de façon assez précise ces informations.

a) les villes sans comité de pilotage au moment du renseignement des tableaux de bord :

* A Aubervilliers il existe un pilotage politique assuré par l'élu délégué à la santé au moment de la période de renseignement du tableau de bord mais pas de comité de pilotage en tant que tel. Différents comités de pilotage existent selon la nature des projets portés, dont un comité de pilotage avec le dispositif de réussite éducative.

*Bondy, Epinay-sur-Seine et Villetaneuse en 2006 n'avaient pas encore formalisé de comité de pilotage, la situation étant différente cependant avec des synergies distinctes :

Bondy s'est organisé dès le recrutement du coordinateur en « équipe ASV » avec l'implication forte du CMS et du service prévention permettant d'asseoir la démarche de coordination des actions de santé de façon forte.

*Epinay prévoyait la mise en place de comité de pilotage dans la foulée de la restitution du diagnostic.

* La démarche de Villetaneuse est plus récente et par ailleurs, la densité des partenaires est différente de celle des autres villes avec des résistances par ailleurs de certains secteurs qui échappent à la seule action du coordinateur.

b) Comités de pilotage existants, comités de suivi

Huit ASV ont un comité de pilotage qui chapote l'ensemble de la démarche.

Trois niveaux d'organisation sont rencontrés :

Les comités de pilotage se réunissent entre 1 et 3 fois par an et ont une fonction d'orientation et de décision sur les grands axes à développer. Parfois le nombre de réunions n'est pas déterminé.

Un comité de suivi technique (qui porte des noms différents parfois), est le plus souvent constitué aussi (8 ASV), avec des réunions mensuelles souvent, puis des groupes de travail sur différentes thématiques ou des commissions sont associées aux autres instances.

Tableau résumant l'existence d'un comité de pilotage et de comité de suivi à partir des fiches d'identité:

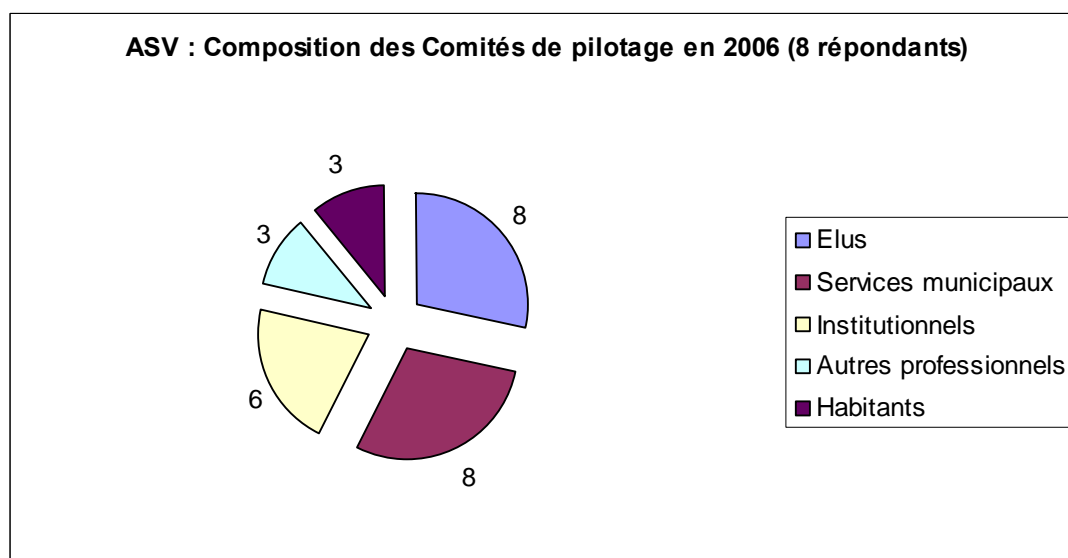
Ville	Date de création de l'ASV	Copil : 8/12	Comité de suivi (ou équipe technique locale)
Aubervilliers	2001	Pas de Copil unique Plusieurs Copil selon thématiques	ND ⁹
Bondy	2005	ND	ND
Dugny/ Blanc Mesnil	2002	Oui	Oui
Epinay	2003	En cours	En cours
La Courneuve	2001	Oui	Oui
Montreuil	2002	Oui	ND
Noisy-le-Sec	2003	Oui*	Oui
Pantin	2003	Oui	ND
Sevran	2003	Oui	Non
Stains	2002	Oui	Oui
Villetaneuse	2004	Non	non

* Note : Pour Noisy-le-Sec, on a supposé qu'il y avait eu inversion des instances, celle dénommée comité de suivi correspond dans sa composition à un comité de pilotage.

Par ailleurs la plupart des ASV ont mis en place plusieurs groupes de travail (voir indicateur 221/222).

c) Les **compositions des comités de pilotage** pour les villes qui en disposaient en 2006 (8) donnent les résultats suivants :

Le schéma suivant présente la composition des comités de pilotage pour les 8 ASV concernés.



⁹ Information non disponible.

Le détail de la composition est présenté dans le tableau ci-dessous (voir annexe 6 pour le détail par ville):

Compositions des COPIL ASV EN 2006	Nb d'ASV (8)
ELUS	8
SERVICES MUNICIPAUX	8
Coordinateur. ASV	8
Directions générales adjointes	5
Chefs de projet CUCS	8
Services Municipaux divers	4
Services municipaux : prévention/social	4
Services municipaux : Professionnels santé/public	6
INSTITUTIONNELS	7
Services sociaux départementaux	4
Conseil Général	2
Secteur PMI	2
ASE	2
CPAM	2
CRAMIF	2
DDASS	2
CAF	2
ANPE	2
Education Nationale	4
AUTRES PROFESSIONNELS	3
Professionnels santé /libéraux	1
Associations	3
Insertion/ Mission locale	1
HABITANTS	3

Remarques

→ Les comités de pilotage sont largement investis par les élus et divers services municipaux, avec un fort ancrage des DGA ;

→ Les chefs de projets CUCS font tous partie de ces 8 comités de pilotage et l'ancrage local politique de la ville est fort. Cette articulation mérite d'être soulignée car les interfaces n'allaient pas de soi il y a quelques années.

→ 6 des 8 villes intègrent des professionnels de santé du secteur public, 1 ville a par ailleurs la participation de l'association de professions libérale sur son territoire intégré. Cette implication du secteur libéral reste trop faible.

Cette question est souvent présente dans les discussions. Si elle implique les coordinateurs, les prises de décisions et initiatives dépassent leurs fonctions et relèvent d'autres niveaux de décisions.

→ L'éducation nationale, qui est souvent difficile à capter est présente dans la moitié des cas et il faut le valoriser, l'implication de ce secteur restant « à géométrie variable » et trop souvent « personne dépendant ».

→ Les habitants sont intégrés dans 3 copils ; il y a quelques années il n'y en avait pas du tout. Cette question relève d'un débat plus large qui a été abordé dans la dernière publication du groupe de travail de Profession Banlieue¹⁰ et auquel on renverra le lecteur.

Nous soulignerons simplement ici que l'implication des habitants ne se décrète pas, que leur légitimité ou « représentativité » est trop souvent questionnée par les décideurs et les professionnels.

Depuis le début de la démarche ASV, l'importance du cadrage de la démarche via des instances mixtes a été soulignée.

Les instances font partie des *conditions de réussite* concernant l'animation de la démarche aux côtés d'autres stratégies. Les défis à relever sont divers et il s'agit de toujours trouver les meilleurs équilibres :

→ Instances qui tiennent compte de l'existant afin d'éviter la superposition de lieux de concertation qui deviennent insoutenables lorsqu'ils sont trop nombreux. Il se peut que l'instance politique vienne « redistribuer les cartes » sur un territoire donné, ce qui n'est pas toujours simple, mettant à jour des enjeux de pouvoir.

→ L'instance politique via la démarche ASV permet d'associer une instance décisionnelle multi partite qui doit faciliter et soutenir les propositions faites par les autres instances (groupes de suivi, groupes ou commissions de travail). Elle permet aussi de créer les passerelles souvent manquantes entre les élus, les décideurs et les professionnels, voire les habitants ou les représentations de ces derniers lorsqu'ils sont associés aux Copils.

→ Enfin, les commissions techniques ou les groupes de travail permettent de travailler sur des questions plus précises avec des objectifs clairs et partagés : cet aspect reste à renforcer et met tout spécialement les coordinateurs ASV en posture d'animation de ces groupes ou de soutien lorsqu'ils fonctionnent bien depuis longtemps.

Au-delà des TDB renseignés, on ne peut que continuer à recommander des instances de concertation et de décisions pour forger la coordination d'actions de santé sur un territoire donné. De fait, il existe un lien entre l'existence d'un COPIL, un signal politique fort pour engager les institutions dans des échanges d'informations, du travail en partenariats. D'autres conditions sont nécessaires mais il semble qu'il faille encore renforcer ce thème. Il peut revenir au futur comité de partenaires de se ressaisir de cette question, d'identifier les sites où il existe des besoins de soutien de façon à ce que les tutelles puisse aussi jouer leur rôle de facilitateur quand elles ont la visibilité des difficultés locales.

→ L'analyse des copils devraient permettre de trouver des pistes pour renforcer leurs représentations des différents champs sectoriels. Il s'agit alors de faire la démonstration que chacun des secteurs contribue à la santé, et donc d'entrer dans une

¹⁰ Mannoni C (sous la dir.) : la démarche atelier santé ville, des jalons pour agir, Profession Banlieue, janvier 2008.

logique de promotion de la santé sur un territoire et surtout d'éviter que le terme « santé » soit directement associé à l'idée de « soin ».

Un enjeu majeur nécessite d'être souligné : l'articulation entre les différentes instances qui met en scène une véritable capacité d'animation et de mise en cohérence de différents groupes dont le rôle se décline de façon diversifiée. Les modalités de production de chacun des groupes, les interfaces à créer sans surcharger les agendas, les modes de communication opérants nécessitent d'être forgés.

Il est ainsi important de penser les instances sur un territoire dans leur globalité et de ne pas les juxtaposées. Les liens sont à penser dès le départ et façon à créer les meilleures synergies possibles. Les modalités de fonctionnement de chaque instance doivent être pensées, il s'agit d'une étape essentielle, trop souvent considérée comme « allant de soi ».

Enfin, la genèse des différentes instances peut se faire de façon différenciée selon les dynamiques locales. Différents cas de figure sont retrouvés :

- a) un copil est formé à l'étape du diagnostic et restera, parfois avec des modifications dans sa composition par la suite. Les autres instances se créent ultérieurement
- b) des groupes de travail existent au moment du diagnostic et l'articulent par la suite avec d'autres instances
- c) un groupe de suivi existe et se crée à un moment donné un comité de pilotage

Les dynamiques sont donc variables, l'important étant d'assurer la place du politique, de trouver les meilleures configurations locales comme signalé ci-dessus.

L'engagement formel institutionnel dans la démarche ASV :

Nous avons intégré dans l'analyse des fiches d'identité une partie des indicateurs de la série 9, car ils viennent compléter le panorama de l'organisation de la démarche au niveau local.

L'indicateur 931 vise à repérer les institutions qui ont formellement mandaté une personne pour contribuer à la démarche ASV et que l'implication des professionnels ne soit pas personne dépendant.

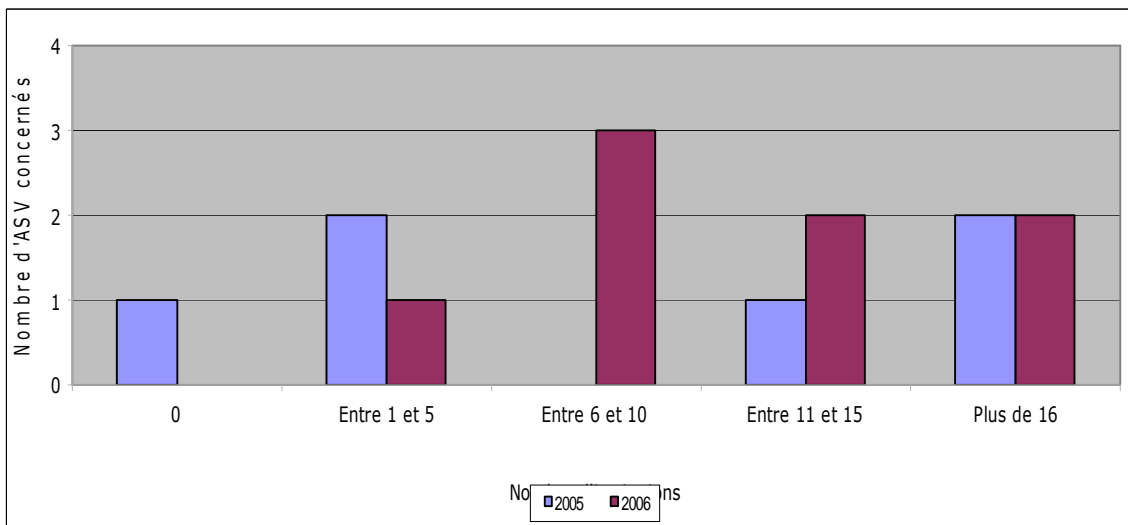
L'indicateur 931 permet d'identifier le *nombre d'institutions ayant mandaté officiellement des représentants dans la démarche ASV*. La nature des institutions est précisée si le TDB est renseigné dans les cases commentaires.

Pour rappel, le mode de calcul signalé dans le catalogue est le suivant

« Nombre d'institutions ayant mandaté officiellement un représentant dans au moins une action de la démarche ASV (comité de pilotage, comité de suivi, projet ASV) »

L'indicateur a été renseigné d'un point de vue quantitatif par 8 ASV / 12 pour l'année 2006.

9.3.1 Nombre d'institutions ayant mandaté officiellement des représentants dans la démarche ASV



39

De fait, le nombre d'institutions ayant mandaté officiellement un représentant dans le cadre de l'ASV

- A tendance à augmenter entre 2005 et 2006 (facteur x 1,6) ce qui est à remarquer.
- La moyenne par ville est de 17 partenaires / ville mais avec des écarts qui varie entre 7 et 52 d'après les bases de données.
- Le nombre de partenaires impliqué est à mettre en relation avec l'ancienneté de la démarche/ ou une reprise de la dynamique après des débuts complexes (Epinay, Villetaneuse, Sevran,) et la densité et la dynamique du tissu de partenaires local comme à Villetaneuse, Sevran, Noisy -le -sec qui font par ailleurs partie des ASV les plus récents.

9.3.1 Nombre d'institutions ayant mandaté officiellement des représentants dans la démarche ASV		
	Nombre de correspondants identifiés	
	2005	2006
Aubervilliers		18
Bondy		
Dugny		
Epinay sur Seine	0	5
La Courneuve	20	23
Le Blanc Mesnil	40	52
Montreuil	4	
Noisy le Sec		9
Pantin		
Sevran		8
Stains	13	13
Villetaneuse	4	7
Total (recalculé)	81	135

(Voir en annexe 7 l'ensemble des institutions citées sans qu'elles soient « formellement mandatées »).

→ **Données qualitatives : un bémol**

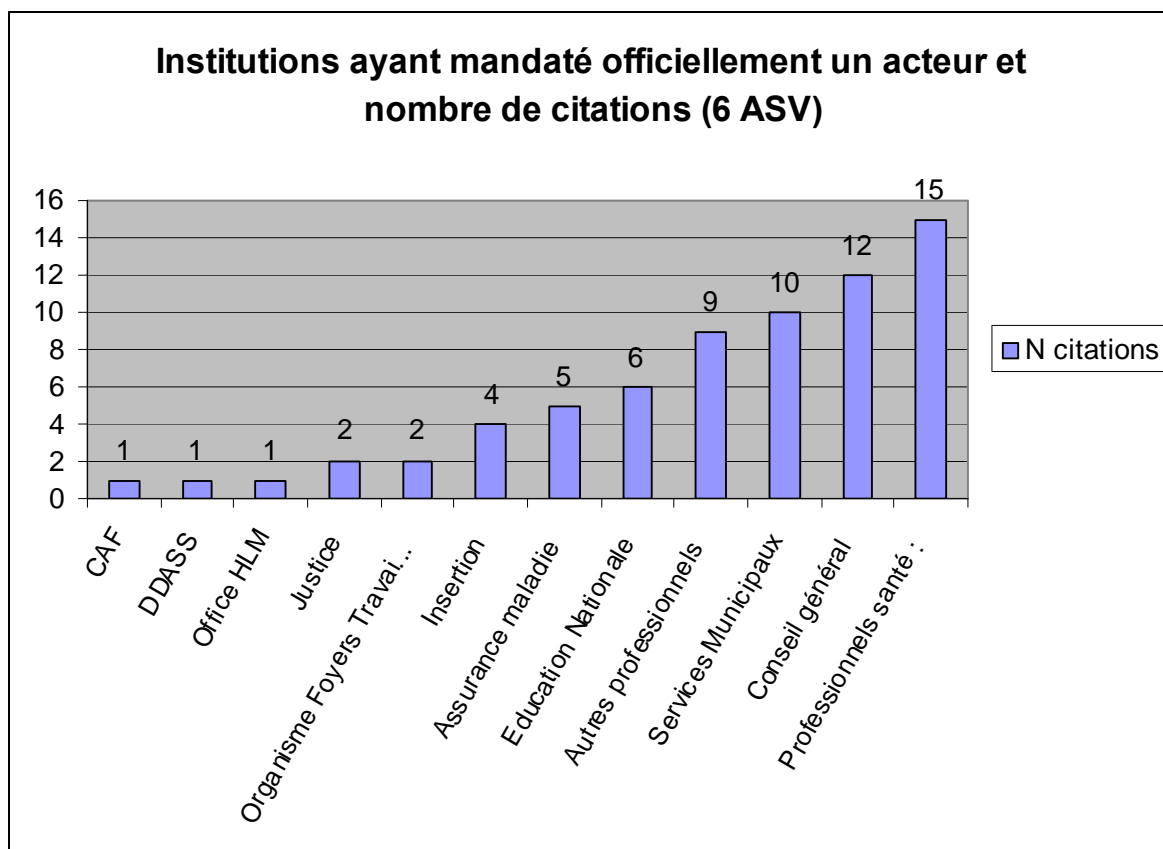
La notion d'engagement formel est difficile à appréhender alors qu'il est explicite dans le mode de calcul.

Dans la base d'information qualitative, les ASV ayant commenté les données qualitatives (10/12) ont décliné leurs réponses de diverses façons :

1. pas d'institution formellement mandatée, données non disponibles (1 ASV)
2. pas d'institution officiellement mandatée (2 ASV)
3. pas d'institution formellement mandatée mais il est signalé une « autorisation explicite des chefs de services sur des actions » (1 ASV)
4. pas d'institutions formellement mandatés mais, les personnes participant régulièrement sont incluent dans les commentaires (1 ASV)
5. des institutions sont nommées et supposément officiellement mandatées (5 ASV)

La notion d'engagement formel reste trop aléatoire : pour 4 ASV, ceci est explicite (pas de mandat officiel), pour 6 ASV la notion d'engagement est supposée.

Outre le Blanc-Mesnil qui cite l'ensemble des partenaires en fonction des actions (d'où le chiffre de 52 avec une augmentation entre 2005 et 2006 avec des secteurs très diversifiés impliqués), la liste des institutions citées est la suivante par ordre décroissant pour les autres 6 ASV:



Remarques

Le nombre d'ASV étant limité, les informations qui suivent doivent être prises avec précautions d'autant que la notion d'engagement formel est comme nous l'avons complexe à interpréter.

Les professionnels de santé sont les plus représentés dans les 6 ASV. Ils sont majoritairement issus du secteur public, excepté à Stains où une association de professionnels libéraux est citée et mérite d'être soulignée. Le secteur de la psychiatrie enfants ou adultes est fortement présent (6 fois cité).

Différentes missions du conseil général, sont largement représentées (PMI, DPAS/ASE, la mission prévention des conduites à risque est citée 1 fois).

On peut être surpris que la DDASS ne soit citée qu'une fois. Dans la composition des copils, sur 8 ASV, la DDASS était citée 2 fois. Il existe là une interrogation. Est-ce un oubli car évident ?

Si l'on croise maintenant les institutions/acteurs impliqués ici et la composition des copils :

L'implication des professionnels du secteur public est en cohérence de même que les services municipaux. Les différents services du conseil général et l'éducation nationale apparaissent plus visibles à travers cet indicateur, de même que les missions locales et le secteur associatif (la plupart sous l'item « autres professionnels »).

Même avec les limites dans l'interprétation de ces indicateurs, il ressort nettement, et ceci n'est pas propre à la démarche ASV mais concerne la plupart des partenariats, que l'engagement formel est une disposition qui doit trouver une assise plus forte. Il s'agit en effet d'un déterminant essentiel de tout partenariat pour éviter que ce dernier soit trop « personne dépendant » et persiste dans le temps.

Enfin, dans une démarche qui irait vers la promotion de la santé, on voit aussi que la diversité des acteurs impliqués pourrait être plus importante encore.

IV - 1.4.3 Contraintes de gestion des ASV

Pour plus de cohérence nous avons regroupé ici aussi les indicateurs de la série 911, 912, 921 ici afin de compléter le descriptif des ASV ayant contribué à cette consolidation.

Rappel :

OBJECTIF STRATEGIQUE 9 Identifier les contraintes de gestion de l'ASV	
OBJECTIF OPERATIONNEL 9.1 Assurer de façon pérenne et opérationnelle le financement des ASV	9.1.1 Répartition du montant des financements par type de financeur 9.1.2 Nombre de dossiers de demandes de subvention et de bilans présentés dans l'année par rapport aux subventions obtenues
OBJECTIF OPERATIONNEL 9.2 Évaluer le poids des contraintes administratives sur les charges de travail	9.2.1 Estimation de la répartition moyenne du temps de travail annuel pour un coordinateur ASV

ASV	INDICATEUR		
	911	912	921
NON CONCERNES	0	0	0
N'AYANT PAS RENSEIGNE L'INDICATEUR	1	0	0
VALEUR NULLE	0	0	0
SANS COMMENTAIRE ¹¹	4	4	7

Comme on peut le voir, la plupart des ASV ont renseigné quantitativement les 4 indicateurs. Malheureusement, les éléments qualitatifs sont peu développés.

¹¹ Pour rappel un « commentaire » peu être : « non concerné », « pas de données disponibles », répéter sans donner plus d'informations les données quantitatives. Ceci implique que la « matière qualitative » disponible n'est pas forcément en concordance avec « sans commentaire » qui est centré sur la qualité des renseignements mais pas leur nature.

→ Les indicateurs étaient centrés sur des modalités de fonctionnement/contraintes et quelques critères qui contribuaient à la pérennité de la démarche sous les aspects de financement

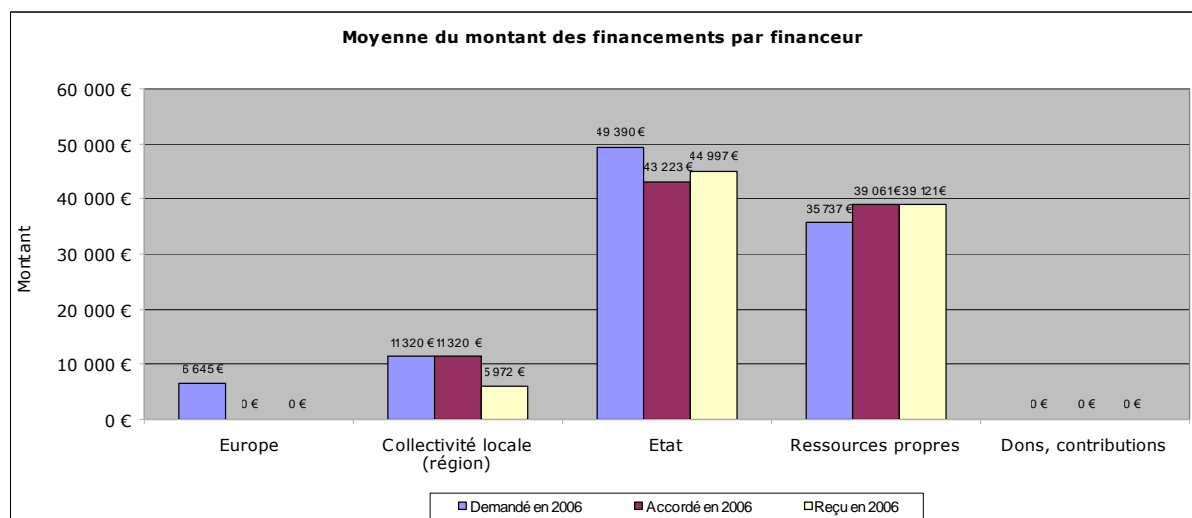
Différentes hypothèses peuvent être envisagées quant au peu de renseignement qualitatif :

- Soit les informations apparaissent évidentes et ne sont pas commentées.
- Soit elles sont développées dans la trame de rapport d'activité (rare)
- Soit, il est difficile de commenter les informations
- Soit, on ne peut exclure que ces indicateurs étant les derniers, on s'essouffle quelque peu.....

Les grands constats concernant les financements, basés sur les informations disponibles:

Montant des subventions

L'indicateur 911 essaie de mettre en évidence par type de financeur, les montants demandé, accordés puis reçus. 1 ASV n'a pas renseigné l'indicateur.



Si l'on considère que l'extrait de la consolidation (BDD 9) est juste, on a le récapitulatif suivant (la colonne « don, contribution » a été supprimée car = 0):

	Europe	Collectivité locale (région)	Etat	Ressources propres	Total
Demandé en 2006	6 645 €	11 320 €	49 390 €	35 737 €	103 092
Accordé en 2006	0 €	11 320 €	43 223 €	39 061 €	93 604
Reçu en 2006	0 €	5 972 €	44 997 €	39 121 €	90 090

Le différentiel entre les montants demandés et les montants reçus au moment où le TDB a été renseigné est donc de 13 002 euros, soit presque 13%.

La répartition par type de financeurs relative aux montants reçus est la suivante :

La part des financements (inclut le poste de coordination et les projets) reçus en 2006 montre par ordre d'importance

- Etat : 49,94%
- Ressources propres (commune) : 43,42%
- Région : 6,64 %

Cette répartition semble conforme aux modalités de financement des ASV.

Remarques principales :

Le total des subventions reçues pour l'année 2006, n'est pas toujours simple à obtenir puisque la visibilité des subventions est souvent perçue à N+ 1, ce qui pose en soi un vrai problème pour engager les actions et ceci n'est pas propre à la démarche ASV.

Par ailleurs, des contributions des communes n'apparaissent pas forcément dans les tableaux. Par exemple, la ville de Pantin souligne que la ville a contribué aussi à hauteur de 95 000 euros sur les questions d'accessibilité / handicap que la démarche ASV portent.

Enfin, la mise à disposition de personnels municipal est soulignée par un autre ASV. Les montants représentés ne ressortent pas des tableaux.

La contribution des villes dépasse donc les montants affichés

Les commentaires disponibles rendent compte de la multiplicité des demandes de financements qui se traduisent par des supports souvent distincts, des bilans sous des formes distincts aussi. Même si les modalités de financements ont pu s'améliorer, reste que la charge que cela représente peut encore être allégée et les modalités simplifiées.

Une des plus values reste que des montants pour le fonctionnement sont accordés indépendamment des actions, critère indispensable dans les fonctions de coordination alors que ce n'est pas toujours le cas dans d'autres configurations (comme certains pôles ressources régionaux ou départementaux assumant pourtant des missions transversales).

L'indicateur 912 concernant le nombre de dossiers de demandes de financement et le nombre de subventions obtenues donne les informations suivantes

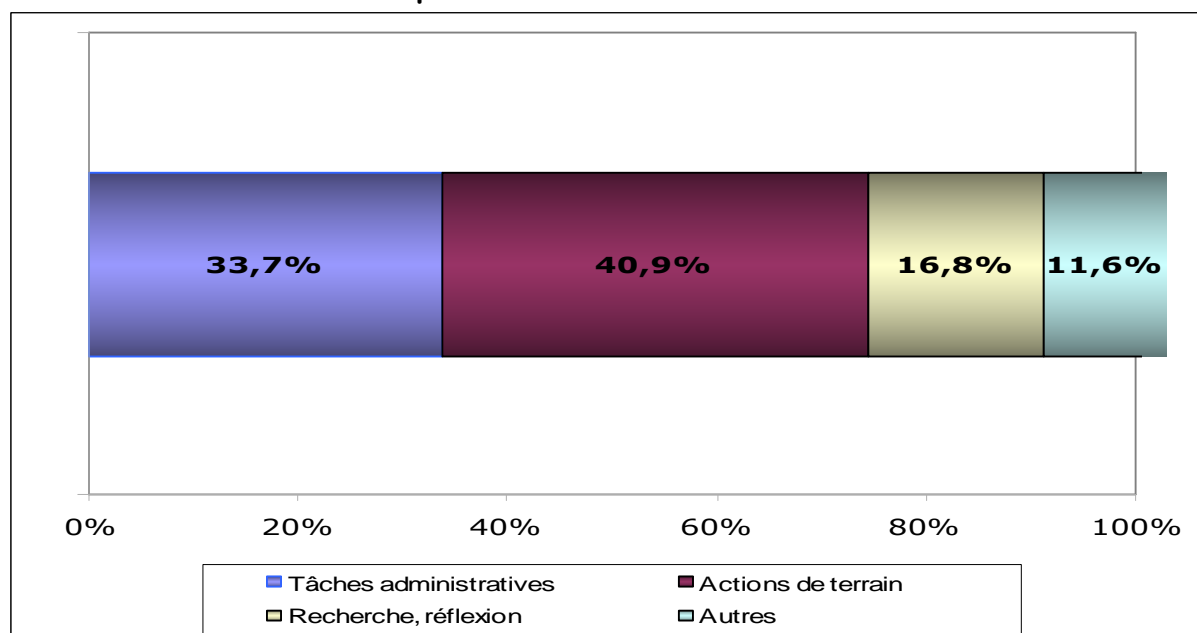
Nombre de dossiers de demande de subvention et de bilans présentés dans l'année par rapport aux subventions concrétisées				
	2005		2006	
Villes	Demandes de subvention et bilans réalisés	Subventions obtenues	Demandes de subvention et bilans réalisés	Subventions obtenues
Aubervilliers			7	6
Bondy			3	2
Dugny	14	6	25	12
Epinay sur Seine	4	4	14	10
La Courneuve	5	5	7	6
Le Blanc Mesnil	20	9	21	8
Montreuil	20	2		
Noisy le Sec			9	5
Pantin			7	7
Sevran			6	6
Stains	4		4	
Villetaneuse	2	2	8	7
Total	69	28	111	69

Concernant les 10 répondants sur 2006 avec des réponses complètes (on exclut donc Stains, Montreuil), le rapport entre les subventions obtenues en regard des demandes réalisées n'est que de 64,5 % contre 43% il est vrai en 2005. Les raisons ne sont pas explicitées dans les commentaires mais la déperdition au final semble impressionnante.

Enfin, l'indicateur 921 estimant la répartition de la charge de travail montre, si l'on croise avec les données antérieures que si la charge représentée dans la recherche de financement pouvait être optimisée (moins de temps passé d'une part et plus de « succès » d'autre part), le temps pourrait être investi sur le cœur de métier et le travail de fond.

La consolidation nous donne les informations suivantes concernant la répartition du temps:

Indicateur 921 : Estimation de la répartition moyenne du temps de travail annuel pour un coordinateur ASV



Il existe des variations au-delà de ces moyennes qui interpellent. Ainsi, les écarts constatés sont les suivants par catégorie :

	MOYENNE	MINI	MAXI
Tâches administratives	33,7%	12%	50%
Actions de terrain	40,0%	20%	55%
Recherches, réflexion	16,8%	10%	25%


4 des 12 ASV ont des répartitions qui se rapprochent de 40% (administratif), 30% (terrain), 20% (recherches) et 10% (divers).

5 des 12 ASV ont au moins 50% de leur temps affecté à « actions de terrain ».

Les renseignements qualitatifs sont souvent redondants avec le quantitatif et ne donnent pas d'explication pour tirer des conclusions sur les données ni les variations d'une rubrique à l'autre.

Les comparaisons avec

- le profil de poste des coordinateurs en fonction de la configuration de l'ASV
 - la constitution des équipes autour de lui,
 - l'organisation des demandes de subventions dans les services,
- seraient des variables à intégrer par exemple pour expliquer les variations, l'idée étant dans les données disponibles de réduire la charge administrative pour redéployer ce temps sur le travail de fond et le terrain.

 Il faudrait dans la mesure du possible documenter plus les indicateurs de la série 9 pour optimiser l'information.

En guise de conclusion sur la fonction de coordination et cette partie de l'analyse, on rappellera une série de recommandations issues d'une étude réalisée en 2003¹² et qui rappelait que l'opérationnalité de la fonction de coordinateur était dépendante d'un certain nombre de facteurs qui varient de façon significative d'un site à l'autre.

Les remarques qui suivent sont toujours valides et directement liées aux chapitres antérieurs pour celles classées dans « A », les autres sont laissées pour rappel car ces conditions doivent toujours être source de vigilance pour soutenir et animer la démarche :

Rubrique « A » :

Formaliser les missions du coordinateur ; clarifier ses missions
Réduire la charge de secrétariat et de recherche de financements
Renforcer la légitimité du coordinateur via une implication dans les différentes instances de l'ASV et un budget propre
Renforcer la visibilité et la lisibilité du poste en lien avec un soutien politique clair
Renforcer par différents moyens les liens entre les coordinateurs et les acteurs à mobiliser (lien formation) et mettre les moyens matériels et adéquats avec cela
Pérennisation des postes à traiter systématiquement car elle dépend du devenir de la démarche
Considérer dans les budgets la partie « processus » avant que les actions concrètes ne voient le jour

Autres recommandations

Renforcer les compétences en animation de réseaux
Renforcer les compétences en démarche de projet collectif
Rapprochement entre le secteur social et santé ; culture commune et articulations concrètes à mettre en place
Mettre en place des formations continues en santé publique et communautaire
Rompre l'isolement des différents coordinateurs ASV via des rencontres, échanges de pratiques et d'expériences, de difficultés et d'expériences positives
Prévoir l'effet de facilitation d'expression des attentes et de nouvelles demandes en santé qui génère une démarche ASV lorsqu'elle fonctionne correctement



¹² Bertolotto F., Etude préparatoire aux ateliers de travail de la journée nationale des ASV 2004, DIV, 2004 : 27.

IV – 5) Les priorités de santé publique des villes en ASV et les chantiers portés par l'ASV

Priorités et chantiers se recoupent logiquement mais les chantiers portés par l'ASV peuvent être plus diversifiés que les priorités.

Les priorités de santé publique de la ville se déclinent en 2 parties dans la plupart des fiches d'identité :

- a) des populations prioritaires
- b) des thématiques portées par une volonté politique.

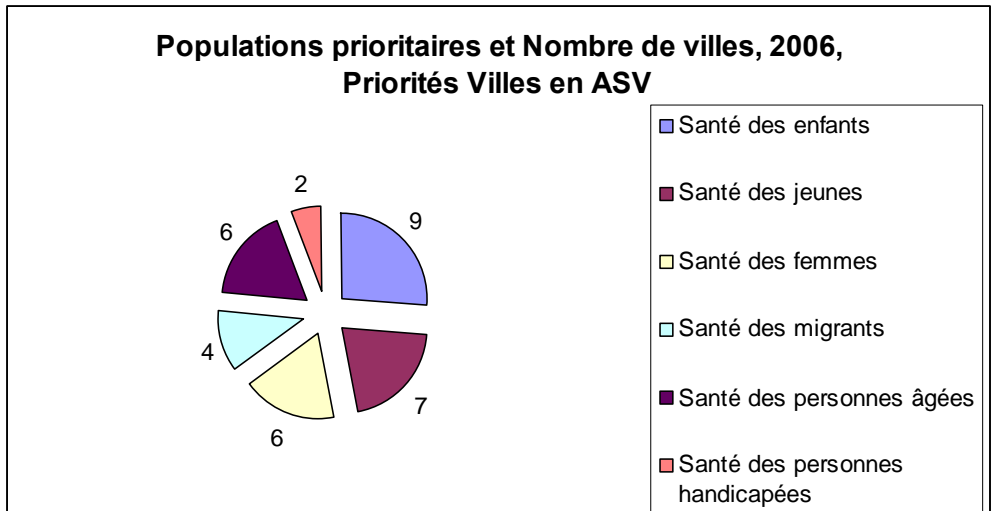
  Il faudrait plus de lisibilité dans les fiches d'identité citer en premier les priorités concernant a) les publics et b) les thématiques ou faire un tableau à insérer dans la partie correspondante de la fiche d'identité.

Concernant les publics, outre les actions transversales aux habitants d'une ville, l'accent est mis pour certains groupes populationnels. Les publics sont soit nommés explicitement, soit apparaissent dans les thématiques signalées dans la même rubrique (on a séparé ici volontairement les deux items). La santé des enfants et des jeunes ressort majoritairement. De fait, la population en SSD est jeune avec 29,2% de la population de moins de 20 ans selon l'INSEE (2004). La plupart des villes ayant renseigné le tableau de bord sur cette donnée (9 ASV) présentent des pourcentages situés entre 25 % (Montreuil et 37% pour Pantin, suivi de Bondy et Dugny dont la population a par ailleurs augmenté de plus de 20% depuis 2000 suite à l'installation de familles de la garde républicaine). Cependant, rappelons que les répartitions par tranche d'âge varient selon les quartiers ; c'est parfois signalé dans le TDB.

Noisy-Le Sec et Montreuil présentent les pourcentages les plus « faibles » avec respectivement 28 et 25% d'après les fiches d'identité.

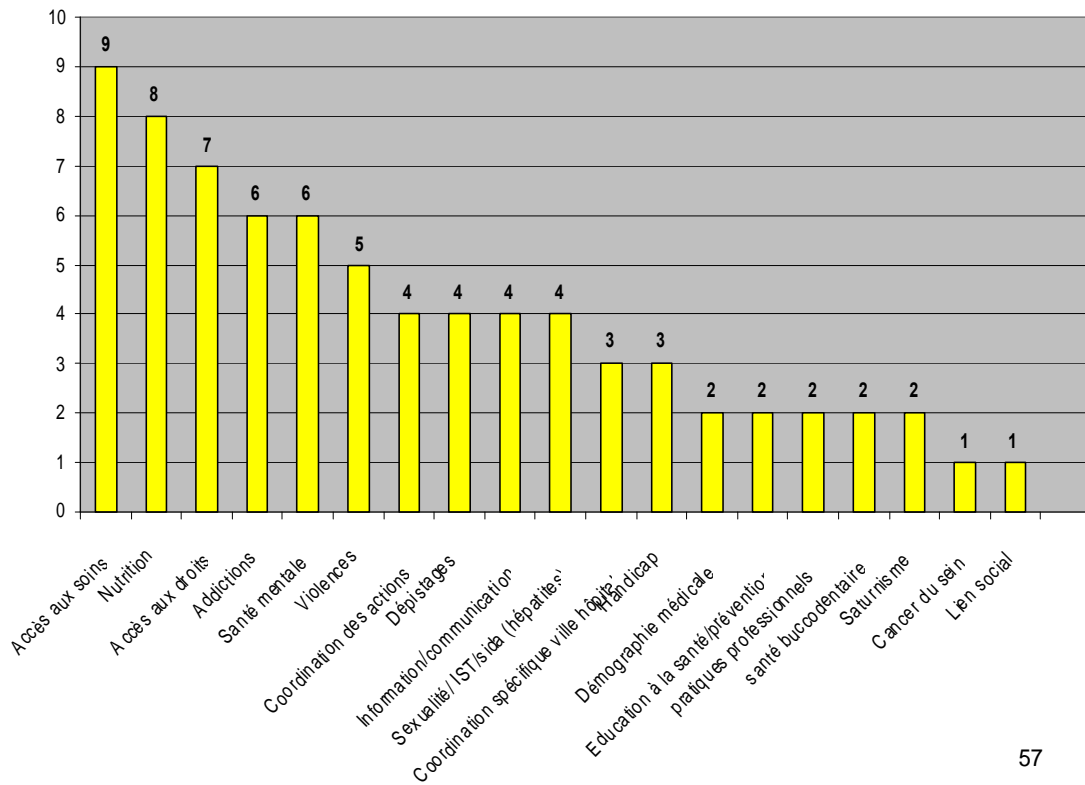
La santé des femmes vient ensuite avec un investissement particulier sur la thématique « violence » et celle des personnes âgées.

On voit que les ASV répondants sont peu impliqués sur les publics porteurs d'un handicap, ce qui ne veut pas dire bien entendu que les villes n'ont pas saisi cette thématique. Des interfaces sont sans doute à mieux rechercher au sein du jeu des priorités à établir puisque les ASV ne peuvent être impliqués dans toutes les thématiques. Une session de travail dans le groupe de Profession Banlieue a été dédiée au handicap en 2008.




Quant aux thématiques prioritaires portées par les villes, elles se répartissent de la façon suivante pour 11 ASV répondants:

Priorité de la ville en matière de santé publique: nombre de citations, 11 ASV.



Les 6 premières thématiques répondent aussi aux priorités de santé publique régionales. Ces priorités énoncées au niveau des villes ne reflètent que partiellement les chantiers portés par l'ASV qui peuvent être plus larges avec un investissement différencié selon les thématiques, les territoires, les autres acteurs présents, etc.

 On peut être surpris ici, que la coordination des actions sur un territoire n'apparaisse que dans 4 citations (Bondy, Epinay, Sevran, Villetaneuse) : est-ce à dire que cela est totalement évident et que cet aspect est oublié ?

Signale-t-il au contraire, que même si les villes sont porteuses de l'ASV, les volontés politiques ne sont pas encore assez affirmées sur la nécessaire articulation des actions de santé et le travail sur les déterminants qui y concourent ? Dans la configuration de certains ASV la question mérité d'être posée et implique de toujours replacer la démarche ASV comme un processus visant à donner un sens porté collectivement aux actions de santé sur un territoire donné.



La question mérite donc d'être posée, même si le mode de renseignement doit être renforcé, car au moins trois des villes n'ayant pas signalé cet aspect sont de fait impliquées dans cette orientation → Vigilance pour le prochain tableau de bord.

Un accent particulier est signalé par deux ASV (sous enregistrement des données) sur la coordination ville-hôpital → Même vigilance à signaler pour renseigner le TDB.



Les chantiers portés par les ASV, qui représentent une autre catégorie de la fiche d'identité, donne une image concordante avec les priorités des villes, mais permet d'être plus précis.

Ces chantiers ont été renseigné assez précisément ou à l'inverse de façon très macro.

Quand elle est renseignée précisément - fait dans la plupart des cas, cette catégorie est redondante avec l'indicateur 3.3.1 et nous la traiterons ultérieurement.

  Il est alors important, pour alléger la saisie des informations des coordinateurs que dans la fiche d'identité on reste sur des aspects généraux. On pourrait suggérer de citer les 5 priorités de travail de l'ASV de l'année de référence, puisque le détail sera ensuite réalisé dans le cadre de l'indicateur 3.3.1. (Projets portés par l'ASV en les séparant en catégorie « prévention », « soins », « mixtes »).

Au total les informations données dans la fiche d'identité lorsqu'elle est optimisée sont pertinentes et permettent d'un coup d'œil d'avoir une vision des ASV en tenant compte des limites soulignées.

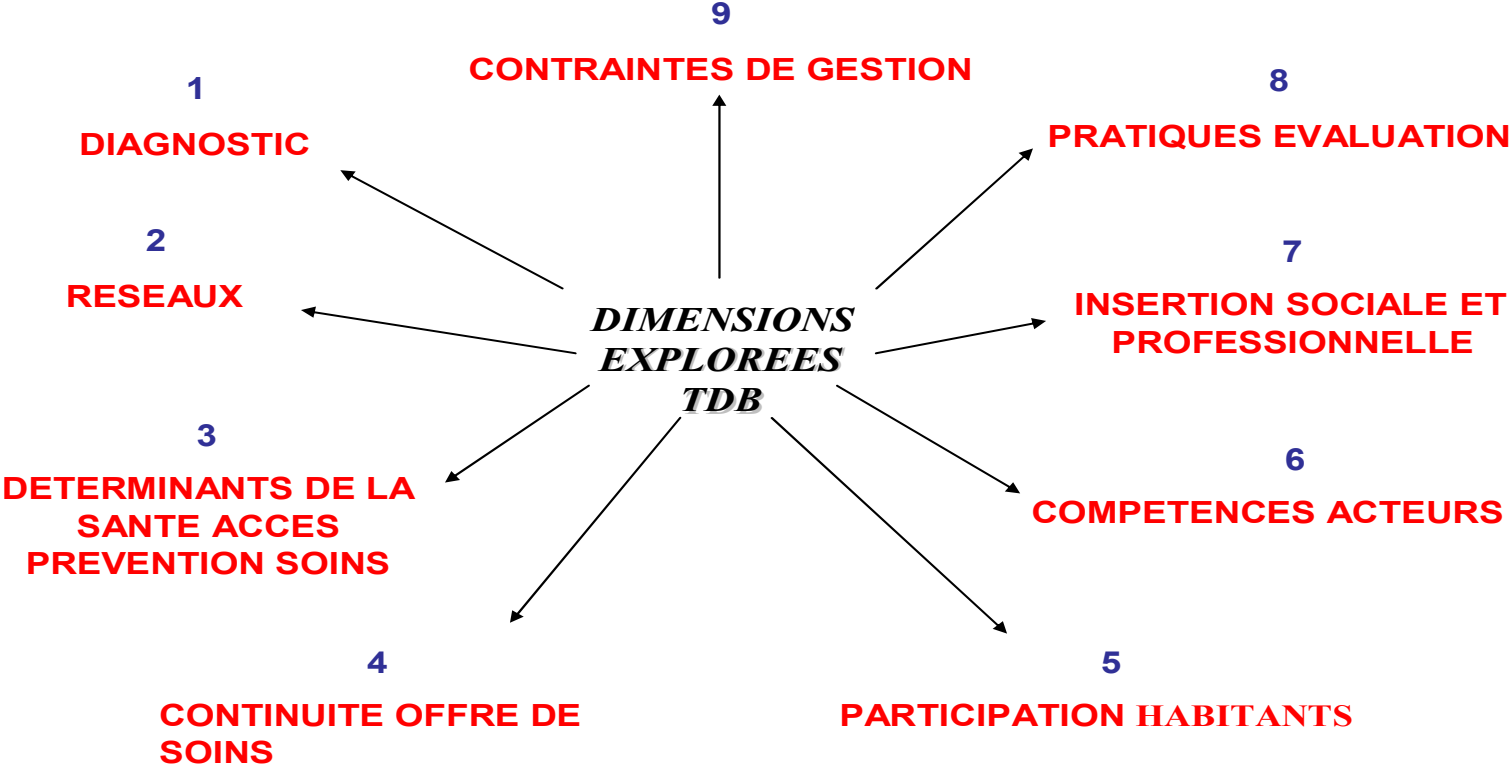
  La consolidation est importante mais elle peut être optimisée

- a) par un mode de renseignement plus homogène comme signalé sur certains items, b) par un mode de renseignement simplifié (lien 331 et indicateurs socio-économiques).
- c) par la création d'une feuille sur Excel avec un masque de saisie fléchant les données qui seront consolidées et laissant d'autres données qui peuvent être importantes pour les villes mais pas forcément au niveau consolidation. Ceci devrait être intégré au support informatique actuel dont dispose la DDASS.

Dans les chapitres suivants, nous aborderons l'analyse qualitative des données par type d'indicateur en rapprochant parfois certains indicateurs pour plus de cohérence dans la description.

Pour rappel, les séries d'indicateurs sont déclinées sur les 9 axes suivants (objectifs stratégiques), la catégorie 9 ayant déjà été analysée.

SCHEMA : LES 9 AXES EXPLORES PAR LA COLLECTE DES DONNEES - CONSOLIDATION DU TABLEAU DE BORD



Analyse par catégorie d'objectifs stratégiques

Projets portés par les ateliers santé ville impliqués dans la consolidation 2005-2006

V - CONNAISSANCE DE LA POPULATION : UN AXE DE TRAVAIL EN DEVELOPPEMENT

La connaissance d'un territoire donné a été abordée par le biais de 4 indicateurs. Ils permettent d'avoir des repères sur deux années concernant la nature des diagnostics, études ou enquêtes menés pendant la période considérée, d'en repérer les thématiques, populations ou territoires concernés et de repérer comment l'information est partagée.

OBJECTIF STRATEGIQUE 1 Améliorer la connaissance de la situation du territoire en matière de santé	
OBJECTIFS OPERATIONNEL 1.1 Recenser les données liées à la connaissance de la situation	1.1.1 Nombre de cartographies créées ou mises à jour soit par l'ASV soit avec la collaboration de l'ASV
OBJECTIF OPERATIONNEL 1.2 Conduire un diagnostic sur la santé des habitants	1.2.1 Nombre de diagnostics ciblés ou généraux réalisés
OBJECTIF OPERATIONNEL 1.3 Partager les informations liées au diagnostic	1.3.1 Nombre de diagnostics restitués par catégorie d'acteurs locaux
OBJECTIF OPERATIONNEL 1.4 Mobiliser les institutions pour qu'elles partagent les données de santé à l'échelle territoriale	1.4.1 Nombre d'institutions partageant de l'information en données de santé

ASV	Indicateur			
	111	121	131	141
NON CONCERNES	2	0	1	0
N'AYANT PAS RENSEIGNE L'INDICATEUR	1	1	1	3
VALEUR NULLE	0	0	0	0
SANS COMMENTAIRE ¹³	2	0	1	0

¹³ Signale l'absence d'information qualitative quelle qu'elle soit.

V – 1) Les diagnostics, enquêtes, études 2005 – 2006

La connaissance des contextes locaux est un des axes prioritaires de la circulaire ASV de juin 2000. Elle s'est traduite par une série de diagnostics sur certains territoires ou a permis de conforter les efforts réalisées par les villes à ce propos.

Le nombre de diagnostics donnés dans la maquette de la consolidation donne les informations avec deux années de recul (extrait de la BDD). A noter que les ASV les plus anciens ont pu réaliser des diagnostics mais ils n'apparaissent pas ici comme La Courneuve par exemple (diagnostic en 2002).

Pour la ville de Bondy, autre exemple d'ASV plus récent (2005), le choix a été fait de ne pas réaliser pour le moment de diagnostic car de nombreux partenaires associatifs ou institutionnels avaient déjà mis en place des projets de santé sur la ville. L'ASV s'est donc centré sur le renforcement de l'existant et la coordination ou mise en cohérence dans le temps des différentes initiatives.

Un total de 8 ASV a réalisé ou contribué à réaliser des diagnostics généraux ou ciblés. Ceci concerne en tout 17 diagnostics ou études différents sur les années 2005 - 2006

Nombre de diagnostics ciblés ou généraux réalisés (extrait des bases de données consolidation)¹⁴		
	2005	2006
Aubervilliers		5
Epinay-sur-Seine	0	1
LE Blanc Mesnil	1	0
Montreuil		2
Noisy-le-Sec		1
Sevran	2	1
Stains	1	1
Villetaneuse	1	1
Total	5	12

→ Les diagnostics peuvent intéresser des populations ou des territoires distincts. Ils peuvent aborder les questions de santé de façon large ou des thématiques spécifiques.

La synthèse des informations données montre la variété des informations collectées, en fonction des problématiques locales et de l'ancienneté de la démarche ASV (dans ce cas, suite à un diagnostic général, des diagnostics plus ciblés peuvent être réalisés) :

¹⁴ Les colonnes vierges n'ont pas été documentées : on ne peut donc savoir si la valeur correspondant réellement à « 0 » ou non (signalé dans la notice).

	Type de diagnostic / étude/ Thématique (19 commentés)	Population/territoire concernés	Commune concernée
Santé / général	Diagnostic santé suivi d'un focus dans 3 ZUS pour l'établissement de priorités	Commune	Sevran
	Diagnostic de santé dans cadre du CUCS	Commune ? (supposé mais non précisé)	Dugny
	Enquête auprès des professionnels sur les problèmes de santé des habitants	Commune (?)	Villetaneuse
Santé des jeunes	Santé des jeunes 0-16 ans (programme de réussite éducative)		Stains
	Santé des jeunes 11 – 20 ans	Commune	Le Blanc-Mesnil
	Recherche-action santé des enfants et des jeunes (programme de réussite éducative)	2 quartiers	Montreuil
	Etude santé des enfants et des jeunes dans cadre du programme éducatif local global (PELG)	Commune (?)	Montreuil
Santé des jeunes / nutrition	Prévention de l'obésité des jeunes	Commune ?	Dugny
	Obésité des jeunes	Commune (?)	Aubervilliers
	Composition des repas hors des crèches	Public des crèches	Noisy-le-Sec
Santé migrants	Santé personnes vivant dans un foyer pour travailleurs migrants	Foyer ADEF	Stains
Santé femmes	Cancer du sein	Commune (?)	Aubervilliers
Accessibilité services / général	Accessibilité de la voirie et des bâtiments municipaux	Commune	Pantin
Accès aux soins	Temps de transport vers les hôpitaux	Commune	Aubervilliers
	Etude offre de soin libérale (RIR)	Commune	Montreuil
	Etude offre de soin libérale (RIR)		Villetaneuse
	Accès aux soins des jeunes	Commune ?	Dugny
	Accès aux soins des personnes ayant l'AME	Commune	Aubervilliers
Autre	Connaissance de la population des parcs et jardins	Les parents de 4 PMI de la commune	Sevran

→ On voit que les diagnostics se déclinent pour la plupart à l'échelle de la commune (mais il existe des réserves car tout n'est pas précisé).

→ Les publics prioritaires sont les enfants et les jeunes soit en abordant la santé de façon générale soit en se centrant sur 1 thématique prioritairement : la nutrition.

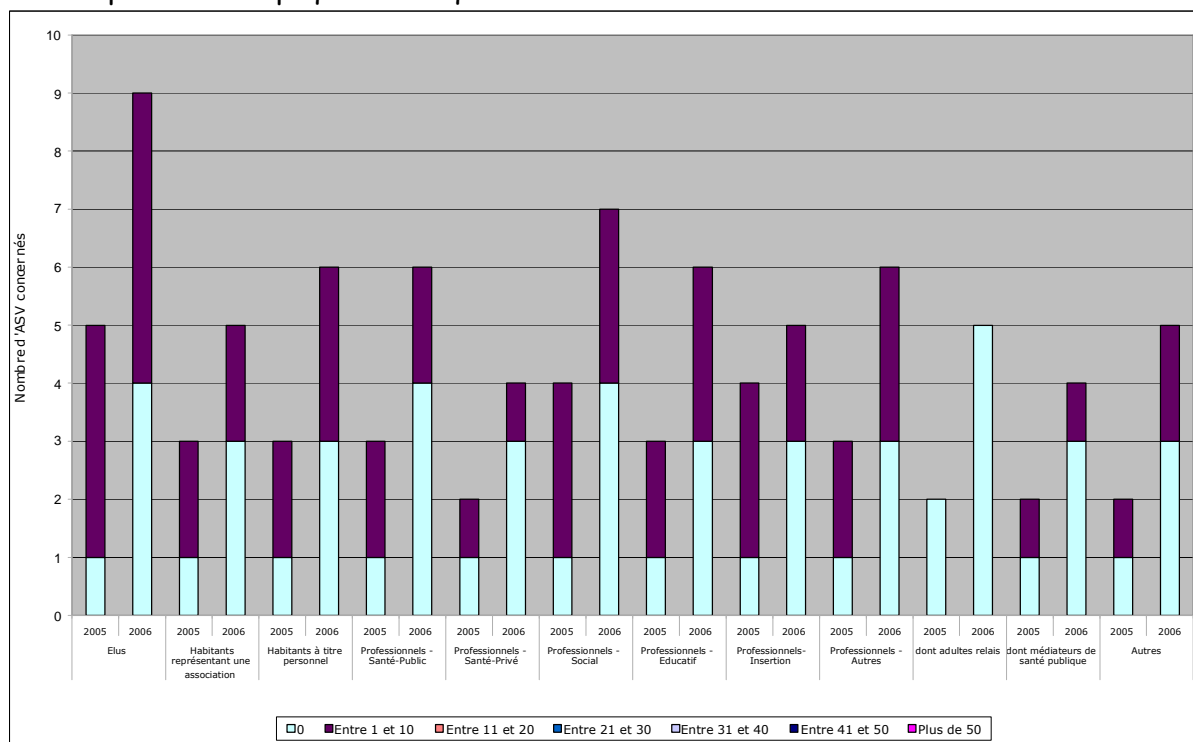
→ Il faut noter ici les articulations avec le volet réussite éducative.

→ Puis les études relatives à l'accès aux soins prédominent plutôt sur des aspects spécifiques repérés comme problématiques sur les territoires considérés : publics, temps de transport par exemple ou encore accès aux soins pour les personnes bénéficiant de l'AME. On cherche donc à objectiver sur des aspects précis des données.

→ Ces diagnostics sont concordants avec les priorités partagées au niveau régional et répondent par ailleurs pour partie d'entre eux à des préoccupations locales.

→ Dans un tiers des cas environ, les commentaires font état des prises de décisions ou actions enclenchées qui ont suivi l'étude ou encore les actions enclenchées.

Quand aux restitutions, un seul ASV signale le manque de visibilité sur 2 études. Les autres études ou diagnostics ont fait l'objet de restitutions ou ces dernières étaient prévues à l'époque. La maquette de la consolidation¹⁵ :



En abscisse : Nombre de diagnostics restitués par catégorie d'acteurs.

¹⁵ Ce type de graphique provient de la maquette originale ; de nombreux tableaux ou graphiques ont dus être refaits pour plus de lisibilité liée pour partie au faible effectif de cette consolidation.

→ La reprise de la base de données montre que le nombre de diagnostics restitués et les acteurs concernés vont en augmentant.

Nombre de diagnostics restitués par catégories d'acteurs (source consolidation, BDD 1.3.1)			
	2005	2006	Total
Elus	4	13	17
Habitants (association)	3	8	11
Habitant (individuel)	2	3	5
Professionnels de santé /public	2	17	19
Prof. Santé /privé	1	6	7
Prof. /social	3	12	15
Prof./éducatif	2	8	10
Prof. /insertion	3	4	7
Autres prof :	2	3	5
- Dont Adulte relais	0	1	1
- Dont Médiateur de santé publique	1	1	2

En 2005, le nombre de diagnostics est faible et il est difficile d'apprécier les différences concernant les acteurs auprès desquels les informations ont été restituées. En 2006 par contre, des tendances se dégagent.

On voit que les diagnostics sont restitués autour de 3 catégories principales d'acteurs :

- professionnels de santé du secteur public,
- puis élus et
- professionnels du champ social

Les tendances les plus notables concernent les professionnels de santé du secteur public, les élus, les professionnels du champ social et éducatif mais aussi les professionnels du secteur privé et les habitants même si cela s'observe dans une moindre mesure. Le panel des acteurs semble donc s'ouvrir.

Les professionnels de l'insertion apparaissent peu, ce qui peut interroger mais ils apparaissent dans la démarche ASV lors de l'analyse de la catégorie 7 (favoriser l'insertion sociale et professionnelle des populations du territoire). Les adultes relais et médiateurs de santé publique restent à la marge.

A noter aussi que l'implication dans les restitutions des catégories d'acteurs doit être rapporté au type de diagnostics ou d'études réalisés sur la période concernée, tout diagnostic ou étude n'ayant pas forcément vocation à être diffusé auprès de tous les acteurs locaux.

Concernant les habitants, les études leur ayant été restituées concernent pour exemple :

- L'étude concernant le cancer du sein à Aubervilliers
- L'étude sur la santé des adolescents au Blanc-Mesnil (adolescents et parents)
- L'étude sur les repas hors crèche à Noisy-le-Sec
- Le diagnostic santé à Sevran
- Le diagnostic sur les conduites addictives à Epinay

Seul le Blanc-Mesnil donne des informations marquant l'implication des adolescents ou parents dans les restitutions et qui semble significative.

Ces éléments font donc apparaître des tendances positives et pointent des publics vers lesquels des efforts de communication peuvent se réaliser. Les prochaines années permettront de voir les évolutions.

Les stratégies de restitution peuvent sans doute être réfléchies. Cette dimension méthodologique doit peut être faire l'objet d'une réflexion

- elle s'intègre de façon plus globale à ce que l'on souhaite mettre ou non au débat dans les démarches dites participatives et donc à tous les débats qui entourent cette question

- elle peut aussi être renforcée sur des aspects méthodologiques car les restitutions sont peut être trop souvent considérées comme l'aboutissement de quelque chose, alors qu'elles permettent d'ouvrir sur le futur et constituent en elles mêmes une étape charnière. De ce fait, les méthodes utilisées dans les restitutions, les modes de communication associés, les accroches explicites avec les étapes suivantes sont essentielles à considérer.

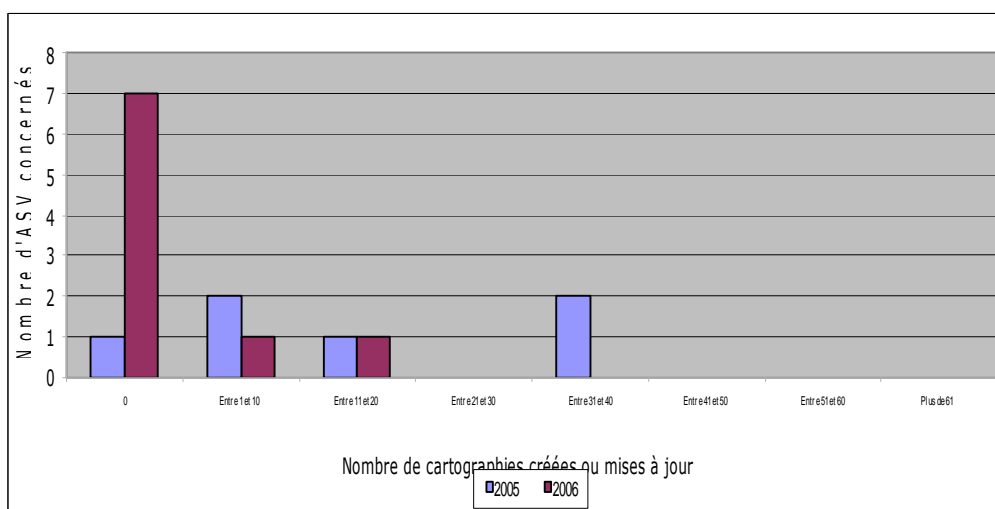
Il faut par contre que des conditions propices soient réunies pour cela : cadence dans le temps des moments de restitutions, articulation des temps (différents entre habitants, décideurs, professionnels).

V – 2) Les cartographies

Dans la suite des informations concernant les diagnostics, l'indicateur 1.1.1 visait spécifiquement à retracer l'utilisation de cartes, qui, au-delà d'un outil permettant une lecture particulière et complémentaire aux autres outils, permet de faire aussi entrer dans les méthodes de travail le champ de la géographie de la santé, encore trop peu présent et dont les moyens devraient être développés.

La maquette de la consolidation départementale donne une vision générale du développement des cartographies dans la démarche ASV en 2005 et 2006.

1.1.1 Nombre de cartographies créées ou mises à jour soit par l'ASV soit avec la collaboration de l'ASV



7 ASV mentionnent des cartographies sur 2005 et 2006 d'un point de vue quantitatif. Noisy n'a pas renseigné les données quantitatives mais a donné des renseignements qualitatifs.

→ **8 ASV sont donc concernées au total.**

C'est surtout en 2005 à la faveur d'études ou de diagnostics en œuvre que les cartes ont été réalisées avec Sevrans et Le Blanc-Mesnil qui se démarquent:

	2005	2006
Aubervilliers	Nd	Nd
Bondy	9	0
Dugny	Nd	Nd
Epinay sur Seine	0	1
La Courneuve	1	0
Le Blanc Mesnil	34	0
Montreuil	13	13
Noisy le Sec	Nd	0
Pantin	Nd	0
Sevran	40	0
Stains	Nd	1
Villetaneuse	Nd	Nd
total	84	15

Pour rappel, par consensus, une carte est associée à un seul type d'information (si on a des médecins, des pharmaciens, des centres sociaux.....on aura autant de cartes comptabilisées).

Les cartes disponibles sont centrées principalement sur les ressources concernant l'offre de soins

2 ASV ont réalisé des cartes sur les *espaces d'activités physiques et sportives* et l'accessibilité dans le cadre des projets portés autour des handicaps.

On pourra remarquer que :

- Des cartes ont pu être réalisées mais le coordinateur n'en n'a pas la visibilité (Noisy-le-Sec)
- Les informations regroupées sous un même titre ne regroupent pas forcément les mêmes informations (l'offre de soins peut ainsi recouvrir un panel d'informations différentes.
- Enfin, des difficultés traversent les commentaires :
 - Mise sur informatique des informations
 - Mise à jour des cartes aléatoire

Illustrations de cartes réalisées pour les villes concernées :

Thématiques et ASV concernés sur 2005 et 2006 :

Thématique	ASV
Professionnels de santé (34 cartes), remise à jour sauf en 2006 (rupture de poste du directeur du SCHS).	Le Blanc-Mesnil
Répartition de l'offre de soins sur le territoire (en ce qui concerne la médecine libérale et les établissements de santé), 2005.	Noisy-le-Sec
Répartition sur la commune (total=10): ressources médicales et paramédicales , 2005	Sevran
Répartition de l'offre de santé sur les différents quartiers ZUS (Beaudottes, Pontblanc et Rougemont), 2005	Sevran
Répartition des professionnels et structures de santé (CMS, médecins généralistes, spécialistes libéraux et pharmacies et offre de transport public: création octobre 2002 Répartition sur le territoire communal des CMS, médecins généralistes, des spécialistes libéraux et des pharmacies par rapport au nombre d'habitants par îlot Insee: création janvier 2003, dernière actualisation octobre 2003.	Montreuil
Ressources socio-sanitaires de la ville: "Santé, social, prévention: équipements et services », création 2001, dernière mise à jour 2006,	Montreuil
Ressources médicosociales , 2006	Bondy
Données sur l'offre de soins , 2006	Epinay
Répartition de l'offre de soins sur la ville et la répartition des distribox , 2005	Stains
Espaces d'activités physique et sportive et catégories d'âge , 2006	Le Blanc-Mesnil
Etat d'accessibilité de la voirie et des bâtiments municipaux , 2006	Pantin

Les cartes sont des outils extrêmement utiles et à encourager. Dans les commentaires de la consolidation, il est regretté que le travail engagé en 2004 sur la cartographie des indicateurs sanitaires et sociaux des communes du département en 2004, n'ait pas été poursuivi.

La question des cartes que permet de retracer le TDB met l'accent sur un champ entier à valoriser et à consolider, des outils à développer dans le cadre de la démarche ASV.

Les éléments de méthodes pourraient être développés à un double niveau :

D'un point de vue au moins départemental, l'organisation de l'information et le développement d'outils simples pourraient ensuite être appropriés au niveau local, permettant ainsi de renforcer la mise en commun des informations sans pour autant priver le niveau local de réaliser ses propres cartes sur des aspects spécifiques. Le transfert de compétences peut s'opérer mais il doit être organisé. Des sensibilisations ont été faites aussi bien sur l'intérêt de la géographie de la santé que sur l'utilisation des cartes dans le cadre de Profession Banlieue et ces efforts doivent se poursuivre.

Au niveau local et indépendamment de diagnostic, l'utilisation des cartes informatisées s'avère facilitant pour mieux connaître le territoire sur différents types d'informations. L'exercice est encouragé dans tous les accompagnements des coordinateurs réalisés en coordination avec la DDASS et Profession Banlieue cette année mais les aspects méthodologiques doivent être approfondis.

Tout ceci ne peut bien entendu remplacer l'expertise en géographie de la santé pour d'autres aspects.

V – 3) Partage des informations avec les institutions

Le recueil de données au niveau communal ou infra communal est un véritable enjeu.

L'indicateur proposé dans le TDB proposait de mettre à jour la façon dont l'information était ou non rendue disponible au niveau local.

Le tableau retrace le nombre d'institutions partageant ou non l'information pour les ASV ayant renseigné l'indicateur (9 ASV) :

(Source : extrait BDD)	Ne partagent pas		Partagent	
	2005	2006	2005	2006
Aubervilliers		1		15
Bondy		1		3
Dugny	11	13	9	11
Epinay sur Seine		0		5
La Courneuve	2	2	25	27
Le Blanc Mesnil	1	1	9	9
Montreuil				
Noisy le Sec		0		16
Pantin				
Sevran				
Stains			14	14
Villetaneuse		0		1

Les institutions citées ayant été sollicitées ne partageant pas l'information sont :

- INSERM,
- Inspection académique (mais du mieux est signalé),
- Les bilans de santé du Conseil Général semblent difficiles à obtenir (problèmes de ressources humaines signalés pour cette période),
- CMP,
- Données concernant la PMI,
- ASSEDIC et
- 1 hôpital de secteur.

Dans certaines villes à exception près le recueil semble facilité et les tendances montrent une évolution favorable qui peut être mise en lien avec cette dynamique générées autour de la connaissance d'un territoire impulsée par les ASV. Il serait intéressant de partager les conditions mises en place pour cela et d'identifier les facteurs qui facilitent l'obtention d'information. Là encore les décideurs peuvent jouer un rôle non négligeable pour faciliter les démarches des ASV et de façon plus générale sur l'échange d'information et l'implication institutionnelle des professionnels comme on le verra à l'occasion des analyses sur le travail en réseau qui se développe et donne des dynamiques intéressantes (indicateur 231).

En conclusion de ce chapitre, les données disponibles à partir de cette consolidation montrent que les diagnostics et études augmentent entre 2005 et 2006 (limite du recueil de données en 2005). A l'inverse, on remarquera qu'il ne semble pas y avoir d'enquêtes exploratoires sur des zones d'ombres (publics ou thématiques ou territoires peu connus) mais elles ont peut être court par ailleurs. Il n'y a pas d'élément dans le tableau de bord permettant d'avoir des éléments de méthode mais jusqu'à présent, cela n'est pas son objet. Il vise simplement à rendre visible ce qui se fait.

On remarquera que les diagnostics ou les études ciblées sont liés

- a) à une aide à la prise de décision dans les priorités de projets ou d'actions de santé à établir et la façon de leur mettre en œuvre, ils ont une visée opérationnelle (visibilité partielle, recul nécessaire signalé).
- b) qu'ils sont tous en concordance avec les priorités des villes et des projets portés actuellement par les ASV (voir plus loin)
- c) plusieurs études sont faites sous forme de recherche-action, permettant dans son principe d'allier connaissance et dynamique et de faire évoluer les pistes de recherche en fonction de ce qui émerge.

La question de la connaissance des territoires est centrale dans la coordination des actions de santé sur un territoire donné, dans une perspective de démarche de santé publique au niveau local et de réduction des inégalités de santé.

Néanmoins, il faut certainement veiller à ce qu'un certain nombre de données soient comparables, à ce que ces données puissent aussi être mises à jour. Cette remarque pose la question des tableaux de bord départementaux et régionaux pour lesquels des initiatives ont eu lieu ou sont en cours mais ne sont pas encore opérationnelles ou « en panne ».

Les décideurs devraient pouvoir appuyer la mise en place d'outils qui aident les villes à mieux connaître les territoires sur un certain nombre d'indicateurs et appuyer pour partie la prise de décisions.

Les attentes sont fortes de ce côté-là pour les coordinateurs des ASV.

Au-delà des diagnostics généraux de santé sur un territoire donné, des enquêtes ponctuelles organisées au niveau régional ou départemental peuvent venir mutualiser les moyens, alléger la charge de travail des acteurs de terrain dans la conception d'outils, le traitement des données. Des conditions sont à mettre en place pour organiser dans le temps et l'espace ces enquêtes. On citera pour cela de :

- Prendre en compte les besoins observés aux différentes échelles territoriales et associer les coordinateurs ASV entre autres.
- Choisir les thématiques de façon consensuelle et concevoir les enquêtes pour que chacun y trouve un bénéfice ; il est important aussi que chaque ville puisse identifier ses propres résultats - tout en tenant compte des limites méthodologiques selon les études-
- Identifier les conditions à mettre en œuvre pour restituer de façon opérante les informations.
- Choisir les moments opportuns pour engager des enquêtes (chacun a tendance à fonctionner avec son propre agenda).

Enfin, certains diagnostics/études sont des moments privilégiés pour impliquer les habitants dans les questions qui les concernent, le regard croisé et leurs propres perceptions aident bien souvent les décideurs et les professionnels à mettre à jour des facettes que de leur point de vue, ils ne peuvent mettre en évidence. L'enjeu est donc double : *connaissance et dynamique locale*.

Les méthodes employées doivent alors être en concordance avec cet objectif de mobilisation et l'implication des habitants doit être préparée en amont de la mise en œuvre du diagnostic : les meilleures conditions possibles doivent ainsi être réunies pour réellement les impliquer ; la même remarque s'applique pour les restitutions.

Ceci reste un défi permanent aussi bien en termes de positionnement politique et professionnel qu'en termes de méthodologie.

Si les habitants sont encore des acteurs à plus impliquer dans les restitutions d'après les données de la consolidation, prenons en compte aussi l'indicateur 521 concernant l'implication des habitants dans les projets où la tendance est globalement croissante, quantitativement pour le moins.

Enfin le partage des informations entre institutions semble s'améliorer sur 2006. Un signal est à donner quand des difficultés sont rencontrées mais relèvent de cloisonnements anciens, et parfois du simple mode de recueil de données et de leur traitement qui rend difficile le retour des informations là où paradoxalement elles ont été produites.

Il apparaît cependant nécessaire de travailler aux échelons départementaux et régionaux pour lever certains dysfonctionnements et disposer de systèmes d'informations qui soient opérants et mis à disposition de tous.

VI- PROJETS PORTES PAR LES ATELIERS SANTE VILLE

VI – 1) Généralités

La Fiche d'identité fournit un certain nombre d'informations au sujet a) des priorités affichées par les villes en matière de santé, b) des principaux projets portés par les ASV.

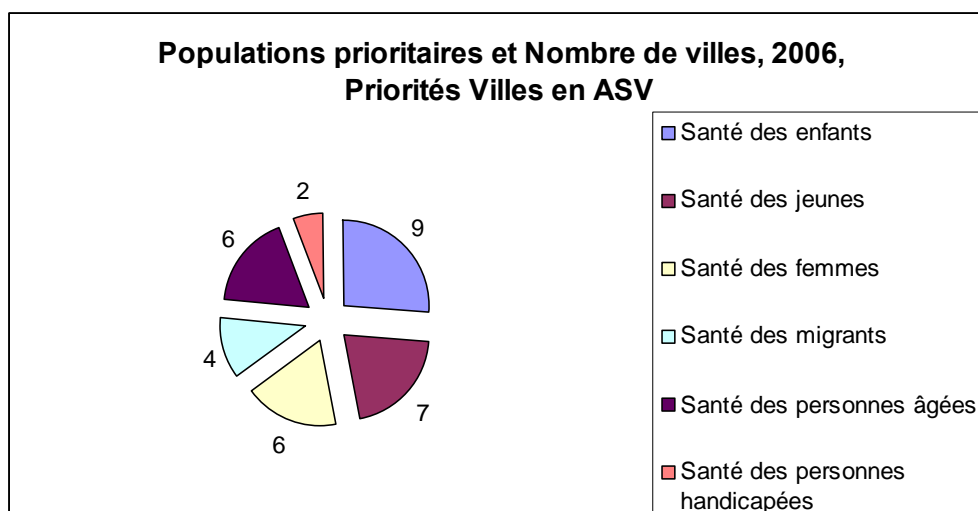
Les informations de la fiche d'identité ont été croisées dans ce chapitre avec les informations concernant les groupes de travail (indicateur 221) et les indicateurs des catégories 3 et 4 pour avoir la plus grande visibilité possible. La catégorie 4 s'intéresse tout spécialement à l'accès aux soins.

Les données disponibles sont par ailleurs reportées ici aux thématiques prioritaires énoncées dans le Programme Régional de Santé Publique en cours actuellement.

Cette typologie des projets portés fait apparaître 2 portes d'entrée dans les informations :

- a) populationnelle
- b) thématique

La porte d'entrée populationnelle pour rappel, met en évidence des priorités qui portent sur les enfants et les jeunes.



Au-delà des priorités des villes, 6 ASV et non 4 mentionnent des projets auprès ou avec les populations migrantes d'après le repérage fait dans l'indicateur 331 : Montreuil, Stains, Sevran, Aubervilliers (population Rrom et asiatiques), Le Blanc-Mesnil et La Courneuve (Foyers).

VI – 2) Les projets portés : approche par déterminants influençant la santé

L'approche par déterminant influençant la santé des populations est développée dans les approches écosystémiques, qui par définition doit ou devrait résonner avec la démarche atelier santé ville.

L'approche par déterminants permet de compléter les analyses classiques des projets. Elle permet d'envisager la santé comme la résultante de déterminants interpellant plusieurs secteurs professionnels, de lutter contre l'association permanente « santé = soins », de favoriser des actions pensées globalement et de démontrer que chaque secteur a sa place, tout spécialement dans le champ de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Elle permet tout spécialement de poser des actions dans le continuum « prévention - soins » alors que la tendance historique est plutôt de cloisonner ces deux champs, entraînant des malentendus fréquents et des résistances aussi bien au niveau des décideurs locaux pour s'emparer des questions de santé que des logiques partenariales.

Nous sommes donc dans la logique de « promotion de la santé » au sens de la charte d'Ottawa, où la promotion de la santé est « un processus qui permet aux populations d'améliorer leur propre santé en leur donnant les moyens d'un plus grand contrôle sur celle-ci » (OMS, Charte d'Ottawa, 1986).

Mais au-delà de cette définition classique, la promotion de la santé est aussi un cadre stratégique et méthodologique pour penser des actions et des programmes de façon globale et synergique dans le temps et l'espace : « *La promotion de la santé est le changement planifié des conditions de vie et des modes de vie relatifs à la santé via une gamme de stratégie individuelles et environnementales* » (O'Neill M., Dupéré S., Pederson A., Rootman I., Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques. Québec, Les Presses Universitaires de Laval, 2006).

En ce sens, la dimension de coordination d'actions de santé sur un territoire donné, les programmations locales de santé publique devraient pouvoir s'inscrire dans la perspective stratégique de la Charte d'Ottawa.

Les informations de ce paragraphe résultent de l'analyse de l'indicateur 311

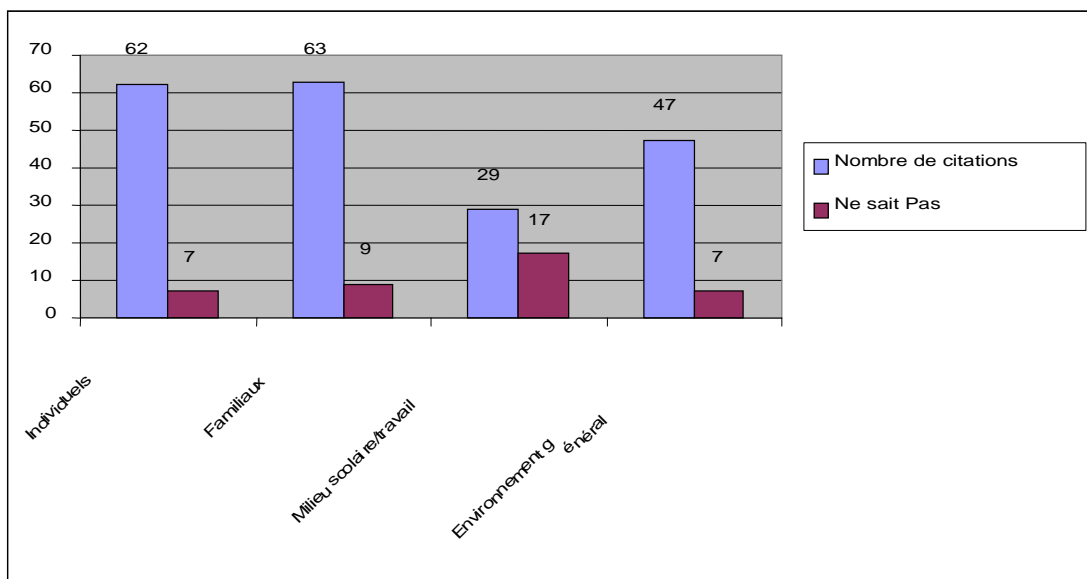
OBJECTIF STRATEGIQUE 3 Favoriser l'accès à la santé : soins, prévention et déterminants de santé	
OBJECTIF OPERATIONNEL 3.1 Identifier les déterminants de la santé pris en charge directement ou indirectement par l'ASV	3.1.1 Liste et noms des déterminants de la santé pris en charge par l'ASV (directement ou indirectement) ou par d'autres services

Le TDB propose un tableau et le référentiel est donné en annexe 8 avec une liste de propositions qu'il suffit de cocher. Tous les ASV ont renseigné l'indicateur dans le tableau, peu de commentaires ont été associés.

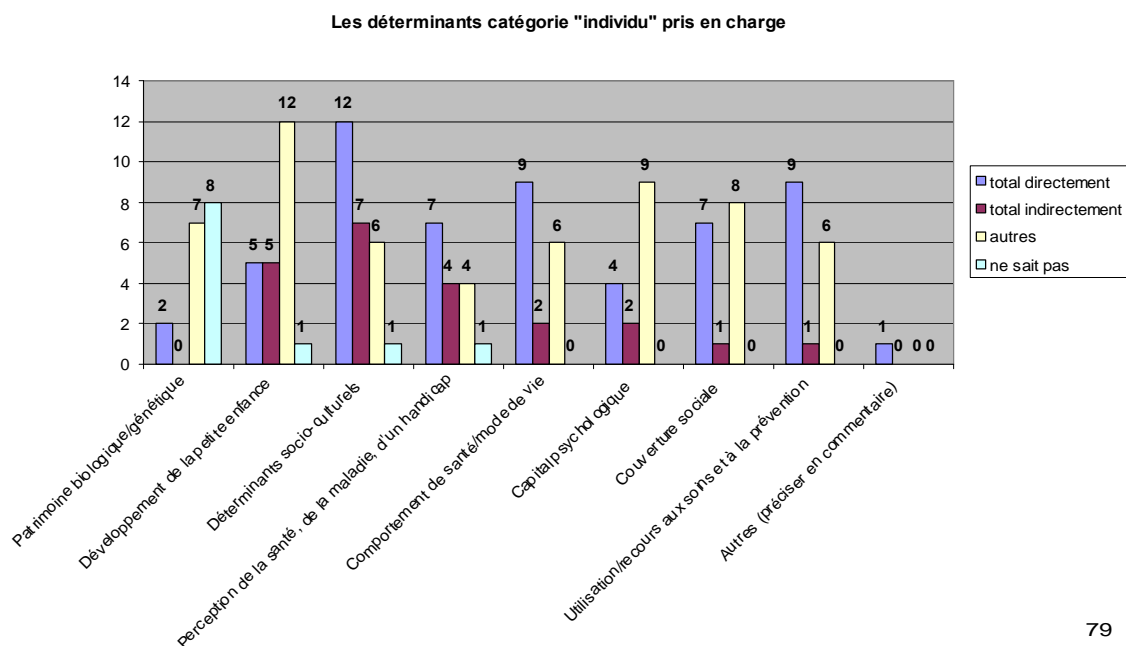
On explore ici, 4 grandes catégories de déterminants : individu, famille, milieu scolaire ou de travail, environnement général.
Chacune de ces catégories est analysée par la suite.

Les déterminants pris en charge directement ou indirectement dans la démarche ASV ou par d'autres services portent essentiellement sur 2 registres : le niveau individuel et le réseau de proximité : la famille.

3.1.1 Les déterminants pris en charge : catégories générales



L'analyse montre que les déterminants pris en charge au niveau individuel portent logiquement sur l'ensemble des réponses proposées dans le référentiel, excepté le patrimoine biologique. Cependant la contribution des ASV répondants (12) porte essentiellement sur l'accès aux droits (couverture maladie) et l'utilisation des services de prévention et des soins en articulation avec d'autres services ou porteurs de projets.



79

Les déterminants socioculturels, le travail sur les perceptions (santé, maladie, handicap), les déterminants liés aux changements de comportement viennent ensuite, toujours en articulation avec d'autres services.

Seule la catégorie « capital psychologique » montrerait qu'elle est surtout portée par d'autres services et que l'ASV est peu impliqué. Ceci mérite d'être interrogé au vue de ce que recouvre le « capital psychologique » car il mobilise l'ensemble des compétences psychosociales et ne peut être réduit au secteur spécialisé du champ psychologique ou psychiatrique.

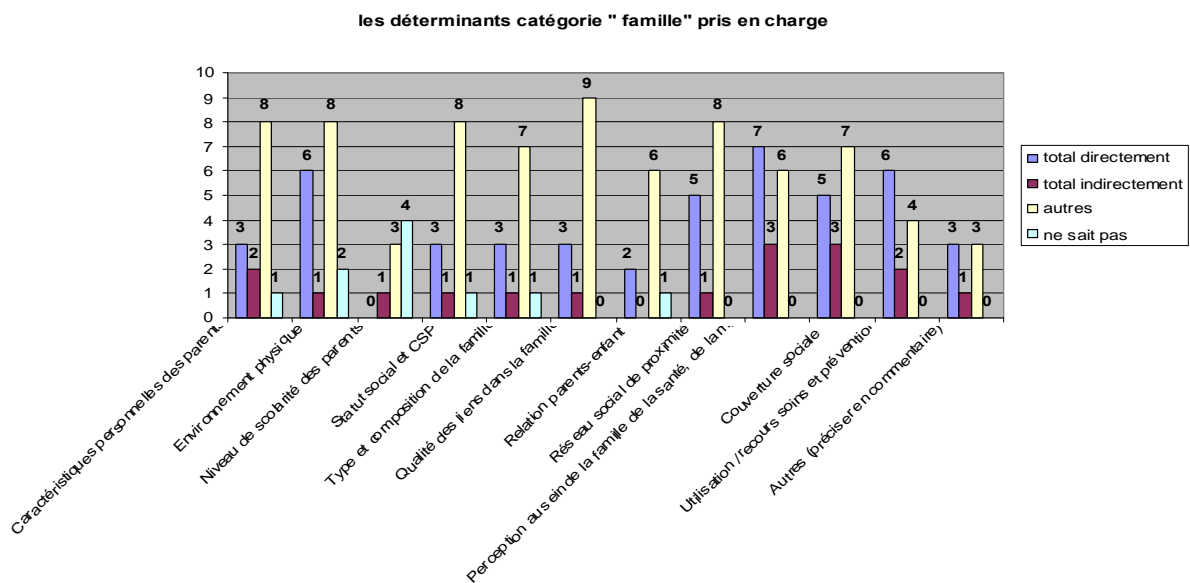
Trois hypothèses restent à creuser :

- soit l'appréhension des compétences psychosociales, l'empowerment ne sont pas suffisamment intégrées dans les pratiques
- soit il faut être plus attentif dans le mode de renseignement
- soit le référentiel doit être clarifié.

Cependant, les difficultés des pratiques participatives de façon générale et le travail de proximité avec les publics vivant des processus de précarisation, mettent en évidence la nécessité de renforcer les concepts, les méthodes de travail pour qu'ils traversent les pratiques quotidiennes et de façon intersectorielle. Ce point spécifique est traité dans la dernière production du groupe de travail avec Profession Banlieue où nous alertons aussi sur les valeurs et principes éthiques qui doivent entourer les dites pratiques.

Les remarques à ce propos se retrouvent aussi dans la catégorie suivante.

Les déterminants pris en compte au niveau de la famille montrent que l'on intervient surtout au niveau de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, de même qu'au niveau des perceptions relatives à la santé, la maladie et le handicap.



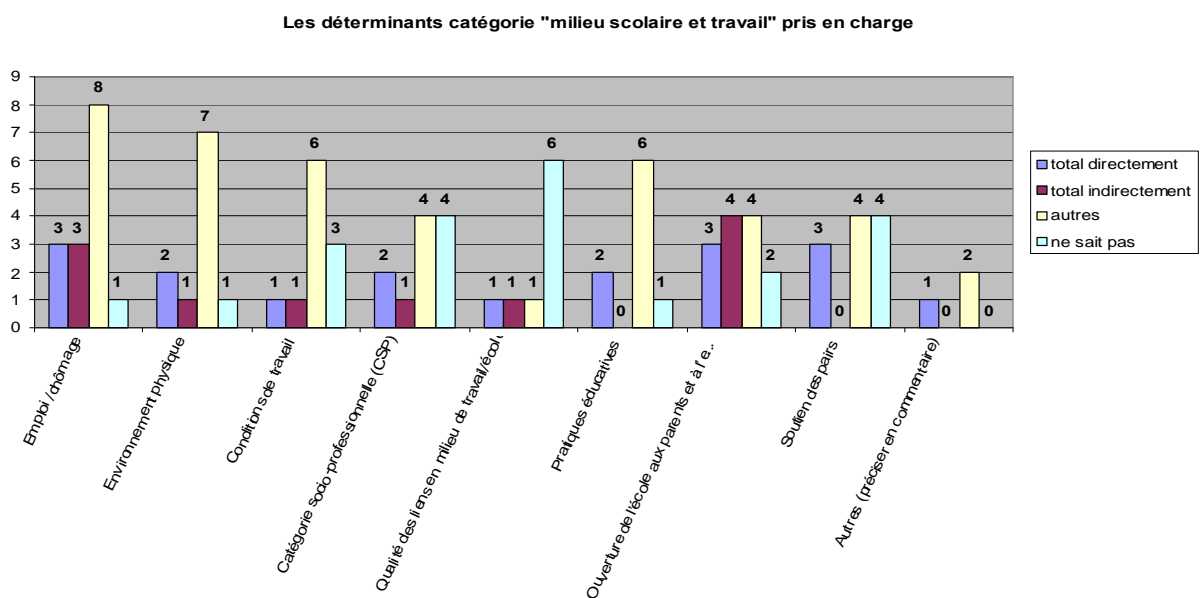
Il semble, d'après les informations que l'on prend relativement peu en compte dans la démarche ASV la dimension réseau social de proximité dans les actions, ce qui est confirmé dans la catégorie suivante - environnement général- sous l'item « intégration sociale ». Si on peut se fier la qualité des réponses données, les informations montrent qu'il est important de mobiliser ces ressorts, facteurs de protection dans le champ de la promotion de la santé ou celui des interventions dites psychosociales.

Une action sur une thématique donnée peut être mise en œuvre de diverses façons. Elle peut être pensée de façon systématique en interrogeant l'interaction sociale qu'elle peut générer ou non selon la façon dont l'action est construite.

Les déterminants pris en compte au niveau du milieu scolaire et du travail

Les ASV interviennent en milieu scolaire surtout dans le cadre de la prévention primaire autour de thématique telles que la nutrition, la sexualité, les addictions. Trois ASV citent par ailleurs les articulations avec les programmes de réussite éducative (Montreuil, Pantin, Stains).

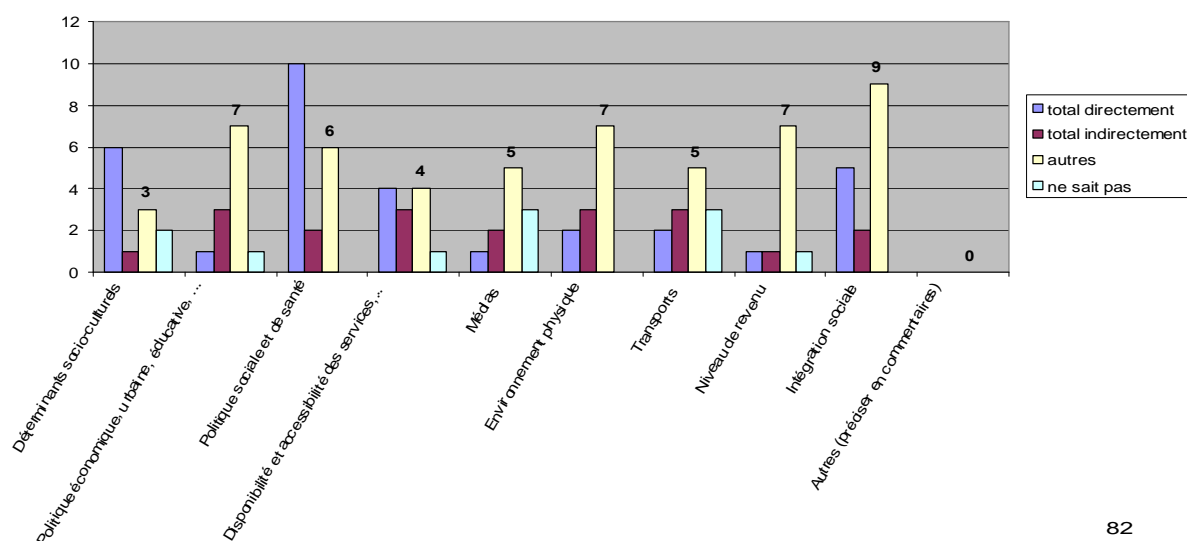
Sur le champ de la santé au travail on mentionnera Pantin (lien handicap et conducteurs), Dugny avec la sécurité au travail.



81

Enfin, la dernière catégorie explorée, « environnement général », met de l'avant l'implication des ASV répondant au niveau de 2 types de déterminants principaux, venant en résonance avec les autres catégories de déterminants: le travail au niveau de la disponibilité des services, dont les services de santé, les politiques sociale et de santé.

Les déterminants catégorie "environnement général" pris en charge



82

Cette analyse, marquée cette année par la difficulté de mesurer à quel point les coordinateurs sont familiarisés à la notion de déterminants, montre donc avec des réserves cependant 2 éléments marquants :

a) le travail autour du lien social et des compétences psychosociales doit être renforcé ou rendu plus lisible

b) le travail autour de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins se fait du niveau individuel jusqu'au niveau collectif (environnement général), ce qui est une des clés de succès en terme de résultat ou d'impact concernant les actions entreprise : il s'agit là d'une des règles en promotion de la santé : agir à différents niveaux et de façon synergique sur un territoire donné.

c) Le nombre de réponses « ne sait pas », met au débat deux hypothèses probablement couplées :

- la difficulté à avoir une visibilité globale en fonction des autres actions portées
- la difficulté à appréhender cette dimension car ce champ n'est pas spécialement diffusé dans les formations professionnelles → il s'agirait d'un espace à développer.

Ces éléments confirment l'utilité de l'indicateur tout en prenant soin de renforcer les compétences des coordinateurs autour de la promotion de la santé (et non de l'éducation pour la santé). Les projets ne sont pas explorés sous cet angle habituellement.

Les déterminants fournissent une approche qui est compétée dans les chapitres suivant avec l'analyse des projets portés par thématiques.

VI – 3) Les projets portés par les ASV : approche thématique

Cette partie s'intéresse via les autres indicateurs de la catégorie 3 et ceux de la catégorie 4 aux projets des ASV répondants sur plusieurs dimensions complémentaires à celles explorées jusqu'à présent.

Nous aborderons successivement

- Les thématiques portées
- Leur répartition selon les critères projet de prévention/soins/mixtes
- La thématique spécifique d'accès aux droits, à la prévention et aux soins avec une porte d'entrée par déterminants également fait l'objet d'un focus spécifique.

Les indicateurs du TDB sont rappelés ici :

OBJECTIF STRATEGIQUE 3 Favoriser l'accès à la santé : soins, prévention et déterminants de santé	
OBJECTIF OPERATIONNEL 3.1 Identifier les déterminants de la santé pris en charge directement ou indirectement par l'ASV	3.1.1 Liste et noms des déterminants de la santé pris en charge par l'ASV (directement ou indirectement) ou par d'autres services <i>(vu dans le chapitre antérieur)</i>
OBJECTIF OPERATIONNEL 3.2 Identifier les facteurs facilitant l'accès aux soins pris en compte (directement ou indirectement) ou qui devraient être pris en compte par des programmes publics	3.2.1 Liste des facteurs facilitant l'accès aux soins pris en compte (directement ou indirectement) par l'ASV, ou par d'autres services) ou qui devraient être pris en compte
OBJECTIF OPERATIONNEL 3.3 Construire et mettre en œuvre des actions et des programmes favorisant l'accès à la santé à partir de l'identification des besoins et des ressources au plan local	3.3.1 Nombre de projets d'accès à la santé mis en œuvre en collaboration avec l'ASV
OBJECTIFS OPERATIONNEL 3.4 Favoriser la déclinaison locale des programmes nationaux et régionaux auprès des populations en difficulté et notamment les plus exclues	3.4.1 Nombre de programmes déclinés dans les quartiers en difficulté

ASV	Indicateur			
	311	321	331	341
NON CONCERNES	0	0	0	0
N'AYANT PAS RENSEIGNE L'INDICATEUR	0	0	0	0
VALEUR NULLE	0	0	0	0
SANS COMMENTAIRE	8 (tableau)	9 (tableau)	1	0

OBJECTIF STRATEGIQUE 4 Agir pour la continuité de l'offre de soins	
OBJECTIF OPERATIONNEL 4.1 Informier les décideurs locaux des conditions et modalités de la continuité de l'offre de soins	4.1.1 Nombre d'études réalisées et diffusées par les ASV relatives à la continuité de l'offre de soins
OBJECTIF OPERATIONNEL 4.2 Faciliter l'installation de professionnels de santé (médecins, libéraux,...) sur la ville	4.2.1 Nombre d'actions favorisant l'installation ou le maintien des professionnels de santé
OBJECTIF OPERATIONNEL 4.3 Inciter et soutenir les projets autour de la continuité de l'offre de soins sur le territoire	4.3.1 Nombre de projets soutenus directement ou indirectement par l'ASV liés à la continuité des soins

ASV	Indicateur		
	411	421	431
NON CONCERNES	3	4	2
N'AYANT PAS RENSEIGNE	3	3	2
VALEUR NULLE	1	0	1
SANS COMMENTAIRE	3	3	4

La catégorie 4 montre un des taux de renseignement les plus bas, le croisement avec les indicateurs de la série 3 permettent d'avoir une meilleure visibilité.

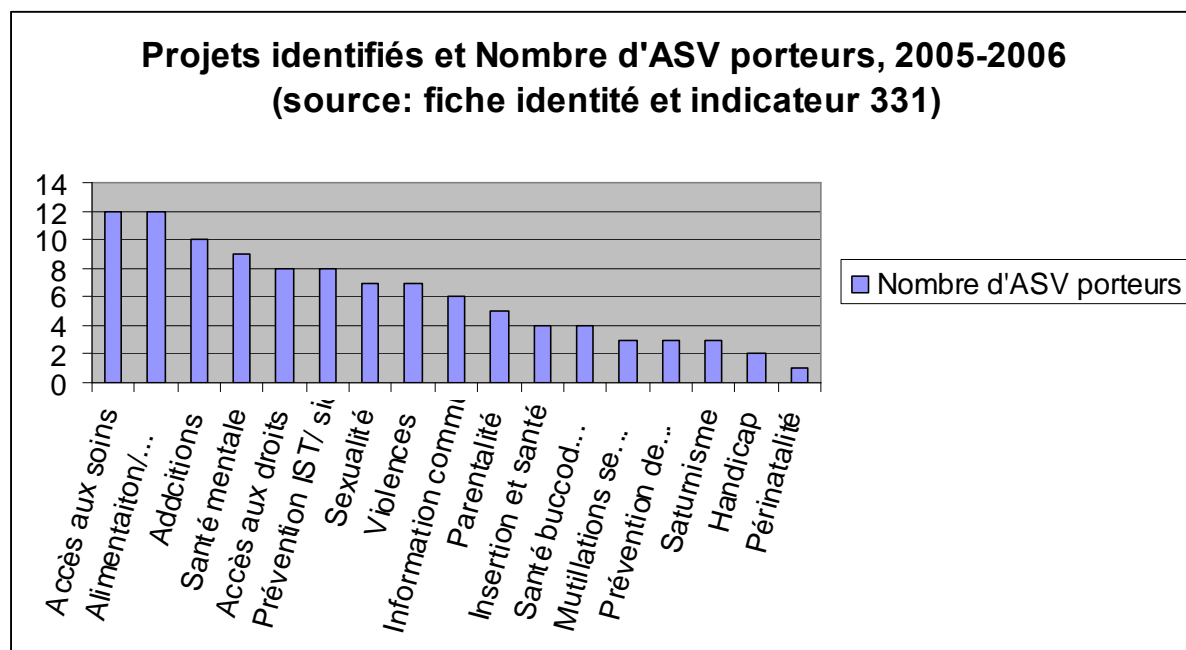
VI – 3.1) Favoriser l'accès à la santé : soins, prévention et déterminants de la santé

Les 5 priorités affichées par les villes à partir des fiches d'identité montrent qu'il s'agit principalement de :

- 1) l'accès aux soins
- 2) La nutrition
- 3) L'accès aux droits
- 4) Les addictions
- 5) La santé mentale (suivie des questions autour de la violence),

Les thématiques portées par les ASV via l'indicateur 331 « nombre de projet d'accès à la santé mis en œuvre en collaboration avec l'ASV » affinent les informations. Cet indicateur a été très bien renseigné (11 ASV et commentaires associés) ; l'ensemble des réponses est donné en annexe 9 (tableau de synthèse et extrait des données qualitatives). Pour les données manquantes de Montreuil nous avons intégré les

informations de la fiche d'identité, mais il y a un sous enregistrement particulier sur cet ASV).



Les projets portant sur l'accès aux droits et aux soins viennent en tête et confirment les priorités des villes, sachant que souvent l'accès aux soins sous-entend l'accès aux droits, d'où le différentiel observé sans doute (8 ASV citant l'accès aux droits/ 12 ASV). Ceci dit, il faut rester rigoureux sur le mode de renseignement.

La **nutrition** et la **lutte contre l'obésité** vient confirmer la deuxième position et les **addictions** et la **santé mentale** viennent ensuite.

Cet indicateur met plus en évidence les **projets de prévention des IST et du VIH**. Il y a peu de visibilité sur les projets incluant la prévention des hépatites.

Note : Lors des restitutions, nous avons présenté simplement les citations issues également des fiches d'identité, ici nous avons croisé ces fiches avec l'indicateur 331 ce qui donne une vision plus juste des thématiques portées.

Evolution des projets :

Pour les villes dont la démarche a cours depuis plusieurs années les nouveaux projets ont été exceptionnellement renseignés. Les projets des villes dont les postes ont été pourvus en 2005 comme Epinay ont signalé que l'ensemble des projets étaient nouveaux. Il en est de même à Villetaneuse.

Les ASV de Dugny et Blanc-Mesnil sont les deux « anciens » ASV à avoir mentionné les nouveaux projets ou leur arrêt avec une extension des actions dans le champ de la santé mentale auprès des jeunes suite au diagnostic réalisé, le développement du lien santé-

insertion avec la mission locale de Blanc-Mesnil et l'école de l'asthme à Dugny. Un seul ASV mentionne l'arrêt d'un projet : A Dugny la coordination gérontologique a du être abandonnée faute de mobilisation des acteurs concernés. Ce type de rupture interpelle et marque là sans doute des situations complexes où par ailleurs sur ce même territoire, les dynamiques partenariales semblent plutôt bien fonctionner sur d'autres champs comme la santé des enfants ou des jeunes.

Pour les autres ASV, nous ne disposons pas d'information.

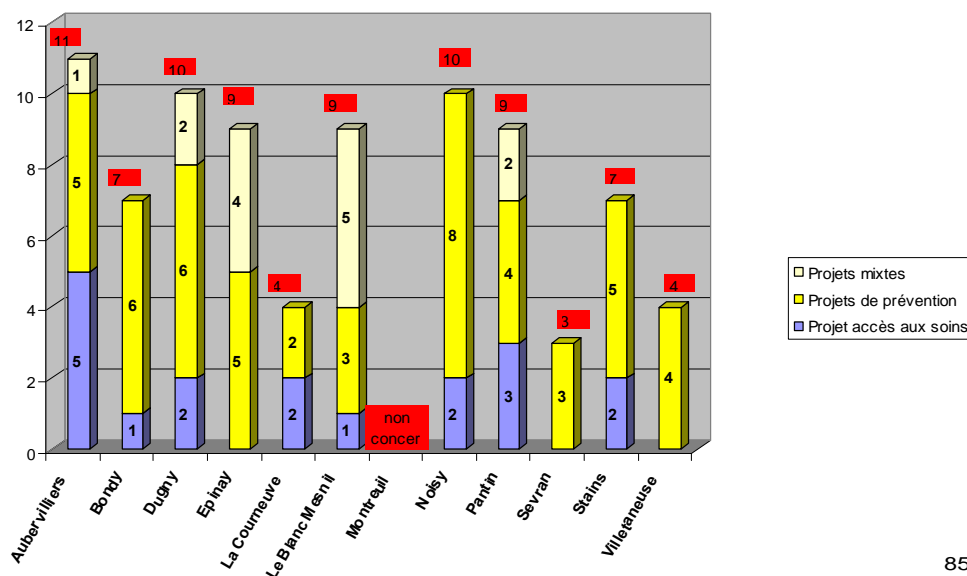
P Il faudrait peut être simplifier le mode de renseignement en ne signalant que les projets interrompus et pour quelles raisons ou alors proposer des cases à cocher « continuité », « extension » « arrêt » si l'on souhaite poursuivre la visibilité sur les dynamiques de projet (décision à mettre en regard dans une vision d'ensemble de la base de données).

La répartition des projets en 3 catégories « prévention », « soins » et « projets mixtes » permet d'avoir une meilleure visibilité sur la nature des projets portés mentionnés sous la même appellation mais recouvrant des approches différentes.

La base des informations disponibles à la fois dans l'indicateur 331 et les fiches d'identité des TDB fait apparaître que la majorité des projets portés relève du champ de la prévention primaire (59% des citations), 35% relève de projets dit mixtes, c'est-à-dire faisant le lien prévention - soin et seulement 6 % sont identifiés « soins ». Les données sont à prendre avec précautions car le classement n'a pas forcément été systématique dans les commentaires.

Un regard par ASV nous donne la configuration suivante (source, indicateur 331, données retraitées):

3.3.1 Nombre de projets d'accès à la santé mis en œuvre en collaboration avec l'ASV



85

On voit se dessiner ici des dynamiques particulières que l'on peut mettre en lien avec l'ancienneté de l'ASV.

De fait, les ASV opérationnels de façon récente investissent sur des projets de prévention primaire et à partir de l'existant sur le territoire concerné.

Ce constat est aussi à mettre en lien avec la densité du tissu d'acteurs local : Villetaneuse, Noisy-le-Sec et Sevran.

La nature des projets selon les 3 catégories, prévention, soins, mixtes : traits marquants :

Les thématiques des projets ou actions de « prévention » (primaire pour rappel) sont développées par tous les ASV, autour des thématiques :

Alimentation/lutte contre l'obésité, (promotion de l'allaitement maternel pour Dugny)

Addictions,

Santé mentale et violences,

La prévention des IST/sida apparaît en particulier en milieu scolaire (Bondy, La Courneuve, Noisy-le-Sec). A noter des portages entre plusieurs ASV : Bondy, La Courneuve et Bobigny ont pu ainsi mener une action conjointe. Ce type d'articulation se fait souvent autour des journées thématiques qui ponctuent l'année. Elles sont à encourager même sur des projets portés sur le moyen et long terme.

La prévention des addictions est portée par 10 ASV de façon différenciée selon l'historique local en la matière. Ainsi, certains ASV sont plutôt en phase de diagnostic

partagé entre professionnels, d'autres précisent la coordination des acteurs sur ce champ, d'autres des actions du type mise en place de matériel à usage unique pour les usagers de produits psychoactifs.

2 ASV précisent un travail autour de l'alcool, dont des projets auprès de professionnels et 2 ASV mentionnent des actions autour du tabac (actions ponctuelles), mais la thématique a pu être intégrée par ailleurs dans les autres appellations globalisantes « addiction ».

→ 1 seul ASV mentionne la prévention du dopage (Stains) en liant ce thème avec la pratique du sport (souvent mentionnée par ailleurs dans les questions de lutte contre l'obésité).

La santé mentale est certainement la catégorie la plus hétérogène = dans ses déclinaisons pratiques, d'une part en raison de la complexité de ce que cette dénomination peut refléter et d'autre part en raison des multiples facettes pour travailler ce champ avec des appuis individuels (écoute ou soutien psychologique), réseaux et groupes de travail pour partager les réflexions, coordonner des actions et trouver les meilleures articulations localement.

Les 12 ASV portent des projets autour de la **lutte contre l'obésité**.

Si l'obésité est toujours mise de l'avant, une des préoccupations est liée à l'absence de visibilité concernant les insuffisances staturales potentielles chez les enfants en situation de précarité.

Les **projets portés autour des violences** (7 ASV) sont centrés autour des violences intra familiales essentiellement.

D'autres thématiques portées de façon plus ponctuelle :

Audition : Sevrans

→ L'initiative mérite d'être soulignée au vu des implications en santé publique futures.

Accidents de la vie courante : Aubervilliers,

Accidents domestiques : Villetaneuse, accidents et habitat insalubre : Aubervilliers

Sécurité au travail : Dugny

Plan canicule : Pantin

Grippe : Epinay-sur-Seine

Prévention des troubles de la mémoire : Epinay-sur-Seine

Halte jeux : Le Blanc-Mesnil où le lien espaces de jeux - lien social- lutte contre l'obésité peut être fait.

Les thématiques mentionnées peuvent être abordées sous des formes très diverses en fonction de ce qui se fait déjà dans la ville, des logiques locales d'acteurs et des ressources sur lesquelles s'appuyer.

Les ASV peuvent s'impliquer dans des événements ponctuels type semaine du goût, journées thématiques spécifiques, ou à l'inverse apporter un gros investissement sur quelques thématiques.

Les dynamiques mises à jour ici montrent que pour les ASV les plus récents, la stratégie est de s'ancrer autour de l'existant pour soutenir et renforcer des actions - plus de que projets- de prévention primaire.

Ultérieurement, plusieurs ASV font explicitement apparaître une articulation dans les actions, une mise en cohérence grâce à la mobilisation des acteurs. 2 ASV explicitent une volonté de programmation locale de santé publique dans une logique de réduction des inégalités de santé.

Certaines modalités de mise en œuvre des projets sont développées dans les informations qualitatives. On en retiendra quelques unes qui mettent l'accent justement sur des approches peu développées.

Ces modalités mettent en scène le croisement des savoirs (les 2 réseaux d'échanges de savoirs de Pantin), l'intégration de la dimension « lien social » dans les programmes : A Epinay-sur-Seine, les ateliers mémoires et activités physiques pour les seniors a donné lieu à un club senior, contribuant ainsi à rompre l'isolement des personnes.

A Bondy, où le théâtre forum est souvent utilisé, une action a été menée dans un foyer de jeunes travailleurs avec un groupe d'habitants amateurs, préalablement formés et accompagnés par une troupe de théâtre ; ce projet était reconduit en 2007.

A Aubervilliers on citera l'appropriation des méthodes interactives avec l'utilisation de cabaret- théâtre dans le quartier Robespierre-Cochennec : organisation des cabarets-théâtre pour diffuser des informations concernant l'accès aux soins et aux droits pour les habitants du quartier.

Méthodes interactives et approches participatives entretiennent des liens forts. Les méthodes et outils développés dans le champ de l'éducation populaire sont à ce titre à promouvoir.

Les projets mixtes : articulation droits -prévention -soins

Ces projets se retrouvent autour de 6 grandes rubriques d'après les bases de données :

Le couplage accès aux droits et aux soins, les projets facilitant l'accès à l'information et aux dépistages, aux bilans de santé (cancer du sein principalement mais aussi maladies cardiovasculaire et diabète), le saturnisme couplant information - dépistage, la santé buccodentaire quand les actions d'information sont couplées avec le dépistages des

caries et le suivi pour la prise en charge (rupture fréquente), et les coordination villes - hôpital portées par 3 ASV, Aubervilliers, Sevran et Villetaneuse. Les projets du type RESAD sont aussi intégrés dans cette partie dans la mesure où ils s'articulent avec un meilleur accès aux soins psychiatriques.

Illustrations :

Les actions menées par Bondy avec les Restaurants du Cœur : le travail de proximité permet d'aller où sont les personnes que l'on souhaite rejoindre, une information est donnée, un bilan de santé est proposé sur place, le suivi est assuré par un médecin qui revoit les personnes une semaine après. Puis les orientations vers les assistantes sociales ou d'autres professionnels de santé sont réalisés. Une des limites identifiées est la période de fonctionnement des Restaurants du Cœur (hiver) qui délimite donc l'action dans le temps, et la phase d'orientation qui est complexe si on veut la rendre effective. Toutes les personnes ayant bénéficié des bilans aux restaurants du cœur sont invitées à des réunions d'information au Centre Municipal de Santé (CMS) sur la nutrition et la gestion du « porte monnaie » ainsi que des conseils pour obtenir la CMU complémentaire.

Les bilans de santé menés à Aubervilliers qui couplent information - l'accès aux droits (dont l'aide à l'acquisition d'une mutuelle) - bilans collectifs organisés, suivi des personnes pour les résultats, contact avec le médecin traitant assuré font partie des expériences à capitaliser.

L'expérimentation des RESAD, leur extension à ce jour mérite d'être soulignée pour plusieurs bénéfiques :

- rupture de l'isolement des professionnels
- articulations avec le secteur soin plus opérantes
- résolution de situations complexes
- mise en place de méthodes et d'outils de travail à promouvoir.

Il y a peu d'information concernant l'implication d'adultes relais, (excepté dans les programmes de promotion du dépistage du cancer du sein).

Au-delà de ces données il est intéressant de remarquer l'implication sur les stratégies qui couplent d'emblée droit- prévention-soin car

- a) elles sont opérantes
- b) elles cassent les cloisonnements souvent entretenus entre les deux champs prévention et soin et prennent ainsi plus de sens pour les personnes concernées vivant des processus de précarisation.
- c) elles permettent de faciliter la continuité du parcours vers la santé et on en fait donc une *recommandation en termes de stratégie d'intervention* : chaque fois que les conditions peuvent être réunies, il faut sur le même site si c'est possible ou

dans le suivi des personnes, faciliter les accroches information- prévention-soins. Il s'agit d'un déterminant essentiel en particulier avec les publics vivant des processus de précarisation.

Ce type d'action nécessite d'être structuré, réfléchir aux modalités les moins lourdes possibles,

L'accès aux droits et aux soins fait l'objet du chapitre suivant.

VI – 3.2) Accès aux soins, continuité des soins

a) **L'approche par déterminants** permet de cerner globalement la contribution des ASV et des autres porteurs de projets dans le renforcement de l'accès à la santé, le soin plus précisément ici.

L'indicateur 321 « *facteurs influençant l'accès aux soins pris en compte par les ASV* » permet de mieux saisir le contenu des actions ou projets et d'en identifier les déterminants spécifiquement mobilisés.

L'analyse doit permettre, une fois qu'on est familier avec ce type d'approche, de s'en saisir collectivement pour renforcer les projets sur un territoire donné.

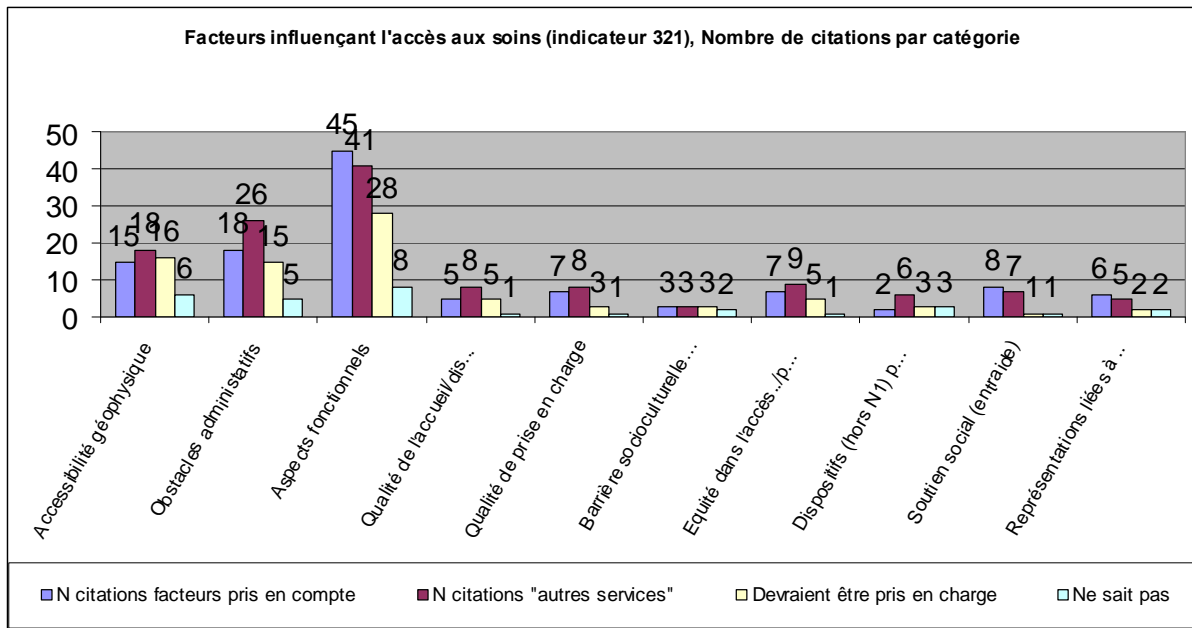
L'analyse des déterminants est une des modalités pour renforcer le pilotage des projets dans une perspective collective.

Le renseignement de cet indicateur se fait par un tableau proposé dans la base de données. Le référentiel est joint en annexe 10 de même que la synthèse des 12 ASV répondants

Dix catégories sont proposées dans le référentiel (plus une catégorie « autres ») pour explorer les différentes dimensions de l'accessibilité (au moins d'un point de vue macro car ces analyses peuvent être plus complexes encore.

1. Facteurs facilitant l'accessibilité géophysique aux soins sur un territoire défini
2. Facteurs limitant les obstacles administratifs
3. Facteurs permettant de renforcer certains aspects fonctionnels contribuant aussi à la qualité de la prise en charge (informations, obtention et délais de rendez-vous, lutte contre le morcellement des parcours de soins,
4. Facteurs favorisant la qualité de l'accueil et la disparition des discriminations
5. Facteurs permettant de renforcer la qualité de la prise en charge
6. Facteurs permettant de réduire la barrière socioculturelle entre personnel de santé et usagers du système de soins

7. Facteurs permettant de renforcer l'équité dans l'accès aux soins en ce qui concerne les personnes étrangères et ce, quel que soit leur statut
8. Dispositifs favorisant spécifiquement l'accès aux personnes en situation de handicap (hors accessibilité géophysique à indiquer dans le facteur 1)
9. Facteurs permettant de renforcer les réseaux et le soutien social (facteur impliqué dans le recours aux services dont les services de santé)
10. Facteurs favorisant la prise en compte des représentations liées à la santé et au système de santé.



➔ La vision globale des catégories montre que les ASV travaillent autour de 3 catégories principales de déterminants.

Par ordre croissant :

- L'accessibilité géophysique
- Les facteurs de type administratif
- Les aspects fonctionnels touchant l'organisation des services

A) L'accessibilité géophysique des services, indépendamment des handicaps, concerne les facteurs renforçant la proximité des structures de première ligne (7 réponses), les questions touchant à la démographie médicale et paramédicale (6 réponses).

Une partie des diagnostics et études mentionnés dans l'analyse de la première catégorie d'indicateurs, les cartographies doivent être rapprochées de ce déterminant. Les indicateurs de la catégorie 4 ont été peu renseignés:

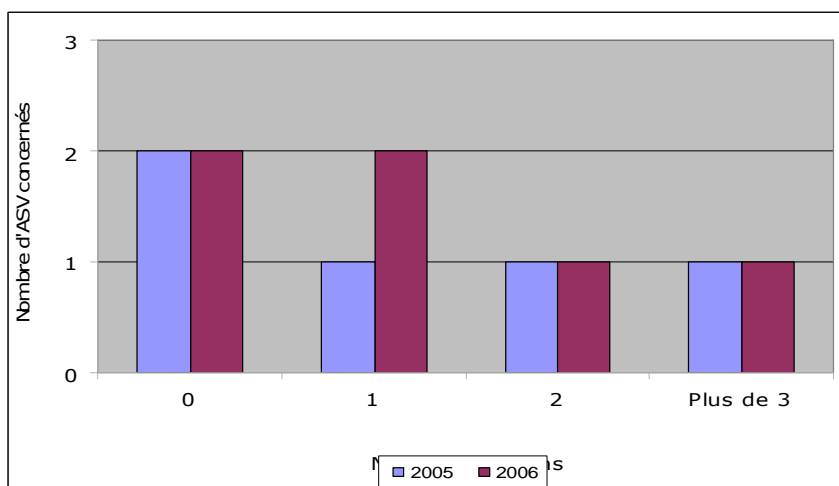
On rappellera (indicateurs 121 et 411)

- Le diagnostic de santé de Sevran avec le focus sur 3 ZUS
- Le diagnostic d'Épinay-sur-Seine*
- Le diagnostic de santé auprès des jeunes sur le Blanc-Mesnil* et Dugny*,
- Les études relatives à l'offre de soin libérale (RIR) sur Montreuil* et Villetaneuse
- L'étude sur l'accès aux soins des personnes ayant l'AME et l'étude concernant le temps de transport vers les hôpitaux (Aubervilliers)
- L'étude de Bondy sur l'attractivité du CMS.

Les * identifient les études réalisées et diffusées.

La contribution des ASV à l'installation, au maintien de professionnels de santé a été explorée dans l'indicateur 4.2.1. Il n'y a que 5 répondants sur cet indicateur. On dénombre dans les autres indicateurs au moins 8 ASV impliqués ;

4.2.1 Nombre d'actions favorisant l'installation ou le maintien des professionnels de santé



Les éléments qualitatifs montrent plusieurs niveaux d'implication dans l'installation ou le maintien des professionnels:

- a) - des études où l'on sollicite la contribution des ASV
- b) - des soutiens à des projets d'installation de structures publiques ou privées,
 - Soit dans le montage du projet
 - Soit par des actions facilitant les démarches des libéraux
- c) - des réflexions ou des actions sur les modes d'organisation de l'offre localement.

Illustrations :

- a) Participation à un groupe de travail du SCOT¹⁶/SROS (sur le volet social) (Aubervilliers).
- b) Aide à la rédaction d'un nouveau projet de structure de centre de santé de la Croix Rouge Française (Blanc-Mesnil).
- c) Soutien de l'ASV via la Direction des affaires sociales et de la santé pour l'installation d'un centre de santé associatif dans le quartier d'Orgemont et pour le maintien des pharmacies de garde sur le territoire (sans succès pour cette action) (Epinay).
- d) Travail sur la mise en place d'une maison médicale de garde. Le projet a été suspendu faute de mobilisation des médecins libéraux mise en place de gardes (Montreuil).
- e) Information en lien avec la chargée de mission ZFU de professionnels de santé cherchant un lieu d'installation (Le Blanc-Mesnil)
- f) Accompagnement des professionnels libéraux qui souhaitent s'installer (local, facilités dans les démarches) :

Exemple de La Courneuve :

"Un accompagnement des professionnels souhaitant s'installer sur la commune est établi. Cela se traduit par des rencontres très régulières avec les différents bailleurs sociaux, avec les professionnels souhaitant s'installer sur la commune. De nombreuses visites de quartiers sont faites afin de recenser les possibilité d'installation".

Exemple de Montreuil : "Soutien à l'installation des médecins par un partenariat avec le Service Développement Economique pour trouver locaux"

Exemple de Blanc-Mesnil : "En collaboration avec la chargée de mission ZFU, information de professionnels de santé cherchant un lieu d'installation".

g) A Noisy-le-Sec, « le maintien des professionnels de santé du CMS est assuré par l'unité de soins ».

h) Il faut rappeler aussi le Pôle de service de proximité et la mise en place de la PMI intercommunale au Blanc-Mesnil et à Dugny.

i) Les bilans de santé organisés vers le centre de Bobigny avec organisation des transports sont aussi à mentionner au titre des facteurs facilitant l'accès géophysique aux structures.

¹⁶ SCOT : Schéma de cohérence territoriale.

Toutes les stratégies qui visent à aller vers les publics comme l'initiative de Bondy avec les restaurants du cœur, font partie des stratégies qui renforcent l'accessibilité géophysique des services

j) Le Projet de Maison du Patient à Sevran est à signaler non seulement au titre de l'accessibilité géophysique, mais aussi dans les modes d'organisation qui facilitent la continuité de la prise en charge des personnes et la qualité de cette dernière. Cette maison est centrée pour le moment sur 3 problèmes de santé chronique (lien PRSP) : diabète, asthme, addictions (*voir ce que cela inclura*). Il est prévu dans ce cadre (projet local de santé du CHIRB d'Aulnay) de créer du lien patients/famille/ prise en charge ville/ prise en charge hospitalière.

Les objectifs poursuivis sont (extrait du rapport 2006) :

« *Information du patient et de ses proches (parents notamment)*

Expression et écoute de l'utilisateur

Développement des compétences du patient pour développer sa capacité à agir dans un système de santé individualisé

Coopération ville-hôpital et associations pour renforcer les synergies nécessaires à un service santé de qualité et à une prise en charge globale

Ce type de projet, met à la discussion plusieurs niveaux d'articulation :

- L'articulation prévention et soin : pourrait-on parler de promotion de la santé en terme méthodologique ?
- La proximité alliant une structure qui reçoit et qui va aussi au devant des habitants du quartier ?
- Le lien ville- hôpital ?
- L'articulation entre différents champs professionnels, voire la ré-organisation des compétences des différents professionnels de santé ?
- La prise ne compte des facteurs socioculturels ?
- L'implication des personnes dans le projet.

B) Les facteurs visant à réduire les obstacles administratifs dans l'accès aux soins

viennent en deuxième position d'après les bases de données. Les efforts portent prioritairement sur les facteurs permettant de

- réduire la complexité des démarches,
- réduire les délais pour obtenir une couverture maladie
- réduire les frais liés aux soins dentaires et les appareillages et l'avance des frais (pour ce dernier déterminant ce sont surtout d'autres services qui sont impliqués mais l'ASV y contribue).

Puis les facteurs sur lesquels agissent les ASV pour 2 d'entre eux relèvent de l'extension du tiers payant (Sevran et Noisy-le-Sec) faisant ainsi valoir la réduction des obstacles financiers par ailleurs.

C) Les déterminants ciblant les aspects d'ordre fonctionnel influençant l'accès aux soins et à leur continuité

Cette catégorie est celle qui recouvre le plus grand nombre de réponses et montre que les 12 ASV agissent, au travers des actions ou des projets sur différents types de déterminants :

a) Les facteurs qui facilitent l'information sur l'organisation du système de soin et les droits (12 citations) → 5 répondants soulignent aussi que ceci devrait faire l'objet d'efforts plus importants au-delà des seuls efforts portés par les ASV.

b) les facteurs visant à réduire la complexité et le morcellement de l'accès aux soins. 4 répondants soulignent l'importance de travailler encore sur ce point au-delà des seuls efforts possibles au niveau des ASV

c) Les facteurs visant à réduire l'obtention de rendez-vous chez les praticiens libéraux spécifiquement pour les usagers de la CMU et de l'AME (7 citations).

Ce point est crucial puisque des études récentes ont montré un taux de refus non négligeable pour ces personnes, tout en étant à analyser avec précaution selon les territoires, les spécialités et les modes d'exercice. Elle dépasse par ailleurs la seule démarche ASV.

d) Les facteurs visant à réduire les délais de rendez-vous pour les soins de première ligne ou encore la prévention (6 citations). Ce point ne peut être déconnecté de la démographie médicale ou paramédicale.

La catégorie « autres déterminants » recueille 6 citations sans information qualitative dans la consolidation.

Enfin, l'analyse par ASV montre, en fonction des données rendues disponibles que les ASV du Blanc Mesnil, Dugny, Aubervilliers, Stains, Bondy, sont impliqués de façon directe dans la réduction des obstacles ; les autres ASV semblent plus impliqués de façon indirecte en lien avec les autres partenaires. Ceci doit être mis en regard avec les priorités portées par la ville, l'ancienneté de la démarche ASV puisque nous avons souligné que les ASV les plus récents étaient surtout impliqués dans des projets de type prévention primaire, le positionnement du coordinateur et l'organisation de la démarche : l'organisation de l'équipe ASV de Bondy met en place les conditions pour travailler très vite sur le continuum prévention - soin par exemple.

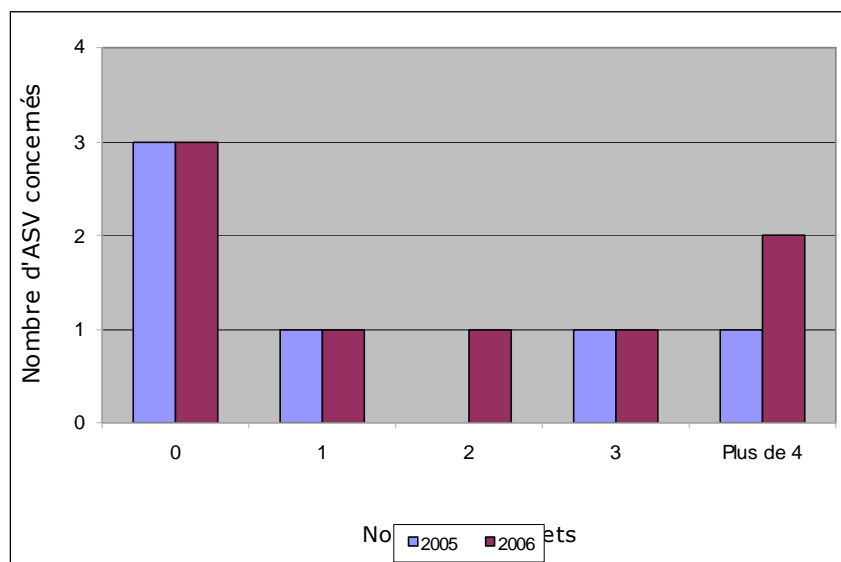
Les ASV sont peu impliqués collectivement, d'après les informations disponibles sur plusieurs types de déterminants, mais ces constats ne peuvent exclure les articulations potentiellement existantes. On citera ainsi :

- L'accessibilité des services aux personnes porteuses d'un handicap (excepté Pantin)
- La prise en charge des coûts de transports pour accéder aux services
- L'avance de frais (Sevran et Noisy-le-Sec travaillent par contre sur l'extension liée au ticket modérateur)
- La coordination interne aux services de santé dans le cadre de la réduction du morcellement des prises en charge)
- La qualité de l'accueil
- Les facteurs socioculturels qui interpellent la relation « soignant-soigné ».

L'indicateur 431 centre l'analyse sur le nombre de projets soutenus directement ou indirectement par l'ASV liés à la continuité des soins :


Il y a seulement 5 répondants dans la base de données de la consolidation, ce qui a pour effet de sous-estimer la réalité et seulement 2 ASV ont répondu sur les deux années. *Le nombre de projets déclinés en 2006 s'élèvent à 14 mais les données ne sont pas fiables. On laissera la maquette de la consolidation uniquement pour information.*

4.3.1 Nombre de projets soutenus directement ou indirectement par l'ASV liés à la continuité des soins



Les illustrations de projets donnés à ce titre sont les suivantes :

ASV	Type de projet mentionné
Bondy	Projet aux restaurants du cœur (bilans de santé + orientation des personnes + suivi)
Dugny	2005 / 2006 : Réseau insertion santé, Soutien orthophonique et psychologique au Pont-Yblon Intercommunalité : Projet de création d'une PMI intercommunale, Accès aux soins des jeunes.
Le Blanc-Mesnil	Pôle de service et de santé (services de proximité CPAM, PMI) Accès aux droits et aux soins dans le Foyer de travailleurs migrants Participation à la coordination des cadres des centres municipaux de santé Permanence écoute bas seuil d'exigence (Nord, Lycée Jean Moulin et Sud) : Promotion de la santé mentale Accès au dépistage et aux soins pour les jeunes inscrits à la Mission Locale
Stains	Projet de communication et d'information des patients sur l'accès aux droits et aux soins de la santé. En effet, le centre municipal de santé est informatisé depuis le 19 juin 2005. L'ASV a été sollicité pour monter un projet d'information destiné aux patients: "des outils d'information destinés aux patients sur les changements intervenus à l'issue de l'informatisation du CMS sur les thèmes du médecin traitant-carte vitale sésame- le paiement des actes lié à l'informatisation etc... ont été créés; 2 vacataires ont été formés par la coordinatrice de l'ASV pour accueillir et informer les patients. L'autre projet concerne la création d'une permanence de soins sur la ville: l'ASV est associée aux réflexions.
Noisy-le-Sec	Extension du tiers payant et mise en place de la PDS

 A noter que cet indicateur dans la base de données test en 2005, n'avait pu être interprété non plus faute de données.

Le constat fait aujourd'hui renvoie à la pertinence de l'indicateur et c'est l'approche par déterminants qui est la plus informative concernant l'accès aux soins et à leur continuité.

En conclusion, si les efforts des ASV se concentrent autour de 3 catégories principales, les recommandations suivantes méritent d'être soulignées car elles mettent à jour des axes de travail où les synergies doivent être rendues opérantes du national au local.

Elles renvoient par ailleurs de façon plus large aux débats entourant l'organisation du système de santé et non seulement du soin dans ses différentes dimensions et dans l'objectif de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Les recommandations issus de l'analyse par déterminants sous l'item « facteurs qui devraient être pris en compte par des programmes publics » montre par ordre d'importance (entre 6 et 4 citations) :

1. Les facteurs influençant la démographie médicale et paramédicale
2. Ceux permettant de réduire la complexité des démarches et l'adaptation des services (jours, horaires)
3. Les facteurs permettant de renforcer la prise en charge des personnes étrangères quel que soit leur statut
4. Les facteurs permettant de réduire les discriminations et la qualité de l'accueil
5. Les facteurs facilitant l'information des personnes
6. Les facteurs permettant de réduire les coûts de transports pour les personnes en situation de précarité et ceux liés aux appareillages
7. Les facteurs permettant de renforcer les coordinations praticiens de villes et structures publiques ou privées
8. Ceux renforçant la cohérence du parcours au sein même de la prise en charge
9. Les facteurs facilitant l'accès aux personnes porteuses de handicaps.


Nous terminerons ce chapitre par les liens entre les projets portés par les ASV répondants et les priorités nationales et régionales.

VI –3. 3) Le lien avec les priorités nationales/ régionales

L'indicateur 341 permet de mettre en regard les projets portés par les ASV au regard des priorités du PRSP qui intègre un certain nombre d'axes et de plans nationaux pour la période 2006-2010. Il s'agit de montrer comment les ASV contribuent à la mise en œuvre des priorités énoncées.

L'exercice de mise en regard n'est pas si simple qu'il y paraît. De fait, le rapprochement peut passer par deux méthodes :

- a) rapprocher les projets en fonction des fléchages dans les appels à projet
- b) rapprocher les projets portés par les ASV des axes prioritaires et des objectifs déclinés en Ile-de-France dans le Programme Régional de Santé Publique.

 Le référentiel est à charge de la DDASS pour sa remise à jour. Il doit être revu car centré sur une logique d'affectation des ressources d'une part et les fléchages évoluent avec les réformes administratives.

Les données de la consolidation sont les suivantes, mettant en évidence le nombre de projets déclinés dans les territoires prioritaires :

	Nombre de programmes déclinés dans les quartiers en difficulté en 2005	Nombre de programmes déclinés dans les quartiers en difficulté en 2006
Aubervilliers		10
Bondy		7
Dugny	4	7
Epinay sur Seine	1	1
La Courneuve	5	5
Le Blanc Mesnil	13	14
Montreuil	3	3
Noisy le Sec		5
Pantin		7
Sevran		2
Stains	6	7
Villetaneuse	0	3

L'année 2005 est peu renseignée et les évolutions seront mieux appréciées les prochaines années. On voit ici le lien entre l'ancienneté de la démarche et le nombre de projets déclinés mais il faut aussi coupler les informations avec les priorités affectées à la démarche.

L'analyse en fonction de la nature des projets donne des informations plus fines en croisant les axes prioritaires du PRSP et les thématiques ou groupes populationnels auxquels s'intéressent les ASV sur la période 2005-2006.

Pour rappel, en Ile-de-France, les axes prioritaires du PRSP sont :

Axe prioritaire 1 : lutter contre le cancer

Axe prioritaire 2 : Intervenir durant les phases de fragilisation du parcours de vie : naissance, enfance, adolescence, personnes atteintes de maladies chroniques, santé mentale, santé des personnes âgées.

Axe prioritaire 3 : Promouvoir les comportements favorables à la santé (addictions, IST, VIH, sida, tabac, alcool, activité physique et alimentation (obésité, dénutrition chez les personnes âgées).

Axe prioritaire 4 : promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale

Axe 5 : réduire les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux (cancers professionnels, habitat indigne, qualité de l'environnement, légionellose)

Le tableau suivant donne la synthèse de du rapprochement effectué.

Priorités thématiques du PRSP, IDF, 2006-2010	Thématiques développées par les ASV répondants	N ASV	AXE DU PRSP
Accès aux soins (transversal)	Accès aux soins	12	Axe 4 mais transversal
Alimentation/ activité physique	allaitement, activités physiques, obésités, équilibre alimentaire	12	Axe 3
IST/VIH- sida/hépatites, IVG, éducation à la sexualité, contraception	IST, VIH, SIDA, éducation à la sexualité en milieu scolaire	11	Axe 2 et 3 (migrants, personnes se prostituant entre autre)
Addiction	addiction, alcool, dopage, conduites à risque, tabac, études	10	Axe 3
Accès aux droits (transversal)	Accès aux droits	8 (mais souvent intégré aux soins)	Axe 4 mais transversal
Santé mentale	santé mentale, violence conjugale, maltraitance, violences milieu scolaire, santé mentale et insertion, soutien orthophonique et psychologique des enfants	8	Axe 2
Violence	mariages forcés, abus sexuels	7	Axe 2
Périnatalité, Parentalité	périnatalité, parentalité	6 dont 1 primalité explicite	Axe 2
Environnement	saturnisme, prévention des chutes, accidents domestiques	5	Axe 5
Qualité de vie /maladies chroniques	handicap, maladies cardiovasculaires, diabète, aide à domicile	5	Axe 4 (classement par défaut en fonction de la formulation dans l'axe 2)
Cancer	Cancer du sein	4	Axe 1
Santé Personnes âgées	prévention des chutes, mémoire, grippe, canicule	2	Axe 2, axe 3
Source : Fiche d'identité villes (12), indicateur 331, consolidation TDB, SSD, données 2006			

→ Le type de regroupement réalisé met donc en évidence les axes 4, 3 et 2 puis de façon marginale, les axes 1 et 5 : promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale, promouvoir les comportements favorables à la santé et interventions durant les phases de fragilisation du parcours de vie.

→ Les thématiques prioritairement investies, sans préjuger de leur mode de déclinaison confirme ici les données des autres indicateurs et marquent la cohérence entre les priorités des villes, les projets portés par les ASV et thématiques du PRSP sur : L'accès aux droits et aux soins des populations vulnérables, l'alimentation, les addictions -prévention primaire-, la santé mentale et les violences, l'éducation à la sexualité avec la prévention primaire surtout autour des IST, VIH.

Peu de projets explicitent la prévention des hépatites sans qu'on puisse en tirer toutefois de conclusion ;

Les programmes réduction des risques auprès des usagers de produits psycho-actifs, ou des personnes se prostituant sont peu investis. Ces deux champs sont surtout portés par le secteur associatif ou les derniers dispositifs institutionnalisant les programmes de réduction des risques. Les articulations ne sont pas identifiées.

Rappelons ici, que si la démarche ASV permet de soutenir les programmes nationaux et régionaux, elle est aussi investie sur des projets portés par le Conseil Général comme sur les thématiques materno-infantile, bucco-dentaires et cancer du sein tout spécialement.

Notons ici que si la démarche ASV doit soutenir la déclinaison des priorités régionales et nationales, elle doit restée attentive au développement d'axes de travail en résonance aux particularités locales, avec des modes opératoires au plus proche des populations. La démarche ASV doit aussi permettre de développer des espaces pour innover, développer des programmes peu pris en compte, des espaces d'échange et de capitalisation d'expériences, des projets portés en croisant les compétences universitaires, professionnels, décideurs tout en donnant aussi plus d'espaces pour les démarches participatives.

Le maintien de cette double dynamique qui met en scène l'affectation des ressources et la pérennité de la démarche est une des garanties à consolider pour réduire les inégalités de santé, sociales et territoriales.

VII - INSERTION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE DES POPULATIONS

Cette catégorie vise à préciser les projets précédemment décrits mais avec la porte d'entrée de l'insertion sociale et professionnelle, à travers:

- L'accès aux droits sociaux
- Le soutien aux projets collectifs des habitants centrés sur leur cadre de vie
- Le soutien aux personnes victimes de violences
- L'information auprès des professionnels des formations linguistiques disponibles pour les publics et
- Les actions facilitant l'appropriation de la thématique santé par les acteurs de l'insertion sociale et professionnelle.

Alors que les acteurs de l'insertion étaient peu apparus dans la partie traitant des diagnostics et de leur restitution (pensée dans une logique partenariale), c'est dans cette partie qu'ils émergent plus.

Rappel des objectifs et indicateurs :

OBJECTIF STRATEGIQUE 7	
Favoriser l'insertion sociale et professionnelle des populations du territoire	
OBJECTIF OPERATIONNEL 7.1 Favoriser l'accès de la population aux droits sociaux	7.1.1 Nombre d'actions d'information impulsées par les ASV sur les droits sociaux
OBJECTIF OPERATIONNEL 7.2 Accompagner des projets collectifs d'habitants contribuant à l'amélioration de leur cadre de vie dans le quartier	7.2.1 Nombre de projets collectifs soutenus par les ASV et nombre d'habitants impliqués dans ces projets
OBJECTIF OPERATIONNEL 7.3 Soutenir et accompagner des programmes et des actions en direction des personnes victimes de violence	7.3.1 Nombre de dispositifs ou de groupes de soutien recensés sur le territoire de l'ASV
OBJECTIF OPERATIONNEL 7.4 Informer des professionnels de santé des opportunités de formation linguistique disponibles pour leur public	7.4.1 Nombre d'actions d'informations diffusées auprès des professionnels de santé
OBJECTIF OPERATIONNEL 7.5 Permettre aux acteurs de l'insertion sociale et professionnelle d'intégrer la problématique santé dans l'accompagnement des habitants	7.5.1 Nombre d'actions (informations, formations, groupes de travail, actions communes) impliquant les ASV et des acteurs de l'insertion sociale et professionnelle sur des problématiques de santé
OBJECTIF OPERATIONNEL 7.6 Contribuer à la réduction de l'impact des troubles	7.6.1 Nombre de réunions relatives à la santé mentale dans le processus d'insertion

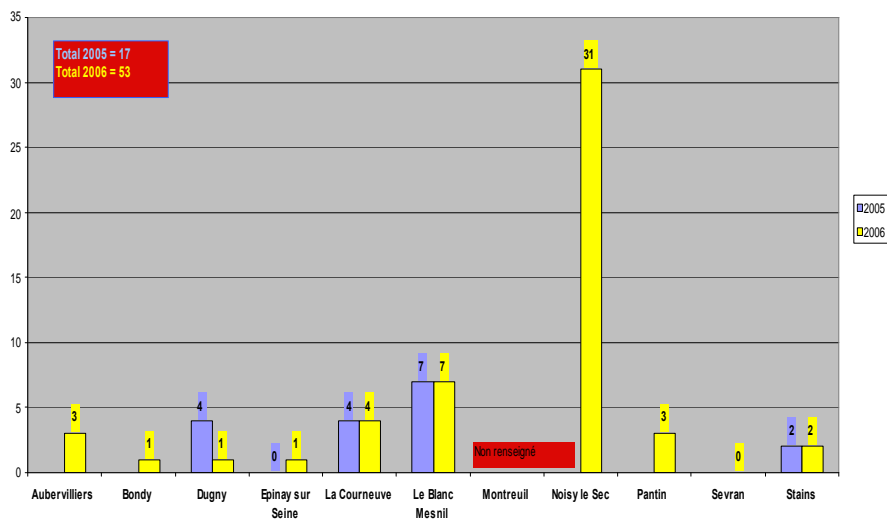
psychiques sur les processus d'insertion et de formation	7.6.2 Taux de professionnels de santé mentale impliqués dans des programmes de santé publique mis en œuvre dans des zones sensibles
--	---

ASV	Indicateurs						
	711	721	731	741	751	761	762
NON CONCERNES	1	2	1	5	1	1	0
N'AYANT PAS RENSEIGNE	2	3	3	3	2	3	2
VALEUR NULLE	1	1	0	2	1	1	1
SANS COMMENTAIRES	2	3	2	4	1	2	2

C'est surtout l'indicateur 741 qui a été peu renseigné puis le 721. Les données qualitatives concernent peu d'ASV mais elles fournissent cependant des informations que l'on prendra avec les précautions d'usage.

Le premier indicateur illustre le nombre d'actions d'information impulsées par les ASV sur les droits, de nature diverse.

7.1.1 Nb d'actions d'information impulsées par les ASV sur les droits sociaux



L'année 2006 est mieux documentée et par ailleurs le nombre d'ASV opérationnels était plus important en 2006.

Deux des villes ayant renseigné l'indicateur ont développé des efforts particuliers : Le Blanc-Mesnil et Noisy-le-Sec.

La Courneuve vient ensuite.

Le total cumulé sur 2005 et 2006 d'actions d'informations est de 70.

Indicateur 7.1.1			
Nombre d'actions d'information impulsées par les ASV sur les droits sociaux			
	2005	2006	Total
Aubervilliers		3	3
Bondy		1	1
Dugny	4	1	5
Epinay sur Seine	0	1	1
La Courneuve	4	4	8
Le Blanc Mesnil	7	7	14
Montreuil			
Noisy le Sec		31	31
Pantin		3	3
Sevran		0	0
Stains	2	2	4
Villetaneuse			
		Total	70


Le panel des droits abordés se concentre autour de 2 catégories : droits et accès aux soins ou plus largement droits et santé, droits et soutien dans l'accès aux ressources (9 ASV répondants).

Exemples d'action d'informations impulsées par les ASV sur les droits sociaux (711),	9 ASV répondeurs
Thématiques retracées	N ASV
Information concernant les lieux ressources/ droits sociaux	2
Accès aux droits non spécifié	2
Droits et ressources	
Gestion de budget	1
RMI	1
Dossier de compensation/ handicap	1
Informations aux services d'aides (impayés)	1
Droit et logement	
Accès au logement	1
Lieux d'hébergement d'urgence/jeunes	1
Droits et soins ¹⁷	
Accès aux soins (général)	2
Informations concernant le médecin traitant, référent / médecin référent	2
Information concernant la CMU	2
Remboursement des soins (non spécifié)	1
Accès à une couverture sociale et aide à l'accès mutuelle	2
Droits spécifiques/santé	
Droits et maternité	1
Droits / lois et agressions, mutilations sexuelles, viol, maltraitance	1
Droit/ loi IVG	1
Droits des personnes séropositives	1
santé et travail (non spécifié)	1
santé et migrants (non spécifié)	1
Jeunes et insertion	
absentéisme scolaire	1
insertion professionnelle (non détaillé)	1
Informations interprofessionnelles	1
Rencontres inter services sociaux	1

Le projet d'Aubervilliers pour soutenir l'acquisition à une complémentaire santé mérite d'être rappelé. Aubervilliers travaille par ailleurs spécifiquement sur l'accès aux soins des personnes bénéficiant de l'AME.

Concernant l'accès aux droits et aux soins, les chapitres antérieurs ont montré qu'il y avait un investissement plus important des ASV que ce qui apparaît dans cet indicateur-ci, la différence étant liée au nombre de répondants dans cet indicateur.

L'indicateur suivant, 721, vise à montrer les différents projets collectifs liés au cadre de vie des habitants.

 Cet indicateur pose problème dans son interprétation car le renseignement de l'indicateur n'a pas été toujours rapporté à l'objectif qu'il est sensé documenter. Les

¹⁷ Il y a ici un sous enregistrement des données au regard des informations données dans les autres indicateurs.

projets collectifs ne portent pas forcément sur le cadre de vie : le tableau est laissé ici pour éviter de refaire les mêmes erreurs.

721 : Accompagner des projets collectifs d'habitants contribuant à l'amélioration de leur cadre de vie

7.2.1 Nombre de projets collectifs soutenus par les ASV et nombre d'habitants impliqués dans ces projets (extrait BDD consolidation)		
Liste des projets	Nombre d'habitants impliqués par projet en 2005	Nombre d'habitants impliqués par projet en 2006
Collectif Santé	45	37
Initiation aux premiers secours	600	800
Prévention du VIH et IST	4000	3600
Réunions d'élaboration de chartes de cage d'escalier (Stains)	10/séance	
Journée environnement/travail sur les bruits (Stains)	70	
Journée environnement: tri collectif (Stains)		50

Les ASV qui mentionnent soit dans ce tableau soit dans les commentaires des projets en lien avec le cadre de vie sont :

Stains, avec plusieurs aspects : le projet de charte pour la salubrité des cages d'escalier : ce projet avait été engagé il y a plusieurs années dans une réelle démarche communautaire (voisinage et respect des espaces collectifs). Les autres thématiques abordées sont le bruit et le tri collectif.

Enfin, Pantin dont la coordinatrice ASV est en charge de développer la thématique handicap dans la ville, mentionne que l'ASV est impliqué dans le développement de l'Agenda 21 mis en œuvre sur Pantin. Concernant la population handicapée, c'est sur les aspects accessibilité que l'ASV travaille avec les services de la ville. La coordinatrice signale que les habitants sont associés sans que le projet soit à la base parti des habitants.

Epinay signale un manque de visibilité.

Noisy-le-Sec signale que l'ASV n'est pas impliqué. On ne sait pas dans les commentaires si le « Collectif santé » de La Courneuve est impliqué sur le cadre de vie et sur quelle thématique particulière (pas d'information retracée dans le rapport d'activité par ailleurs → à clarifier).

Le soutien ou l'accompagnement aux personnes victimes de violence est documenté dans l'indicateur 731. Il vise à apprécier spécifiquement l'implication des ASV de façon directe ou indirecte en faveur de ce public qui peut être large. Même des

villes ayant mis en place récemment la démarche ASV par rapport aux ASV répondants apparaissent ici :

Indicateur 7.3.1			
Nombre de dispositifs ou de groupes de soutien recensés sur le territoire de l'ASV			
	2005	2006	Total
Aubervilliers			
Bondy		1	1
Dugny	1	1	2
Epinay sur Seine	3	3	6
La Courneuve	0	0	0
Le Blanc Mesnil	4	8	12
Montreuil			
Noisy le Sec		7	7
Pantin			
Sevran		1	1
Stains	6	6	12
Villetaneuse	1	1	2
Total	15	28	33

Le tableau résume les informations des cases commentaires :

Type de dispositifs mis en place ou groupes de soutiens recensés sur le territoire de l'ASV
Exemples
Appui aux parents
Club santé jeunes, débats
Point écoute bas seuil
Permanences
Permanences SOS victimes
Permanences juriste, associations SOS victimes 93, avocat
Groupes de travail
Mariages forcés
Violence faites aux femmes
Prostitution
Services/lieux ressources
Maison de justice
Associations
Services de la ville
Point d'accès aux droits/ tranquillité publique
CCA

Pantin, malgré l'absence de données quantitatives mentionne la participation de l'ASV à un groupe de travail porté par le CLSPD (Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance).

Dans le cadre aussi du CSLPD à Dugny, un point d'accès aux droits (permanences hebdomadaires d'un juriste du conseil départemental de l'accès aux droits, de l'association SOS victimes 93 et d'un avocat) a été créé en mars 2005.

Le Blanc-Mesnil signale que les groupes de soutien sont bien développés sur la commune (appui aux parents, maison de justice...).

L'ASV est impliqué spécialement sur ceux mis en œuvre ou co-mis en œuvre par l'ASV sur les 2 années :

→ 2005 : AMS/Club Santé, Café débat question de jeunes et au Lycée Jean Moulin, groupe de travail équipe éducative Lycée Jean Moulin, groupe de travail Jeunes en difficulté (hébergement d'urgence et mise en danger des jeunes laissés à la rue...)

→ 2006 : Club Santé, Café débat question de jeunes et au Lycée Jean Moulin, groupe de travail équipe éducative Lycée Jean Moulin, permanence d'écoute bas seuil d'exigence Lycée Jean Moulin, Café débat quartier Nord, groupe de travail quartier Nord, groupe de travail équipe éducative Collège Descartes, groupe de travail Jeunes en difficulté (mariages forcés...)

A Sevrans il existe plusieurs permanences dont une assurée par l'association SOS victimes 93 au Point d'Accès aux Droits géré par le Pôle Tranquillité Publique: plusieurs permanences, dont une de l'association SOS Victimes 93.

Stains est impliqué dans le Collectif sur les violences faite aux femmes, il existe aussi un groupe de travail sur le « fait prostitutionnel », un groupe alcoolologie (CCAA) avec 3 associations d'habitants de quartiers impliquées.

Epinay mentionne des permanences à la Maison de la Justice et du droit et deux associations sont impliquées sur la thématique "femmes" : l'association Amicale du Nid et l'association « Aides aux mères et aux familles ». En 2007, une permanence devait ouvrir au commissariat pour les personnes victimes de violences conjugales

A Villetaneuse, s'est créé aussi un groupe de travail sur les Violences faites aux Femmes (2005).

Enfin à Bondy, c'est spécifiquement le thème des mariages forcés et de l'excision que l'ASV a impulsé un groupe de travail.

A noter qu'Aubervilliers n'a pas renseigné cet indicateur ni Montreuil alors que les ASV est impliqué sur cette thématique. Pour les autres villes, nous n'avons pas de visibilité.

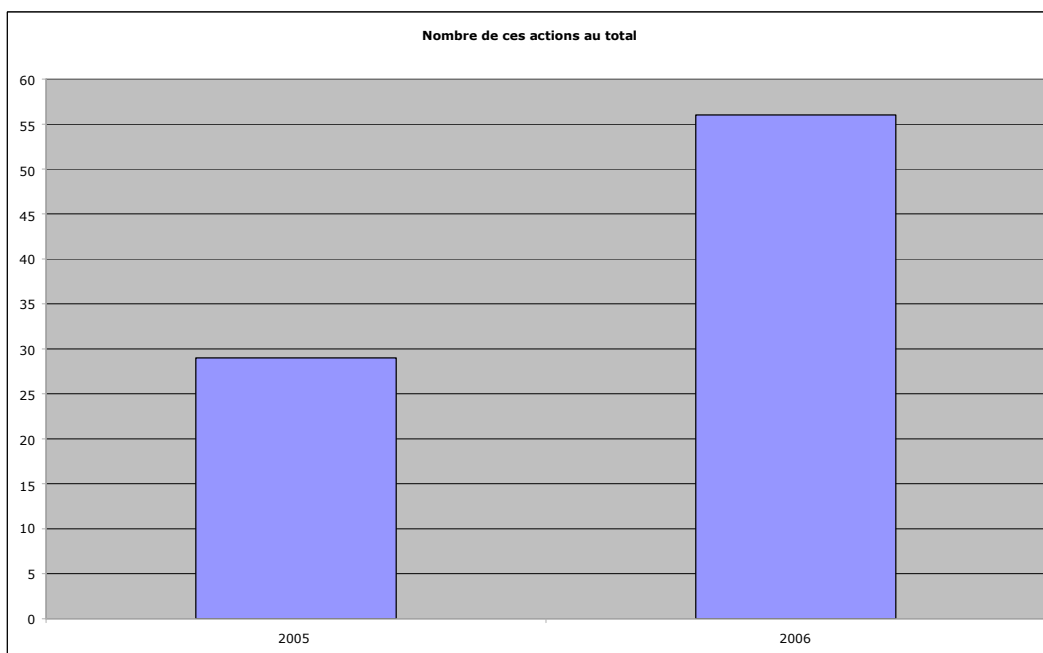
L'indicateur 741 vise à apprécier comment les professionnels peuvent avoir une visibilité sur les opportunités d'information linguistiques et en quoi l'ASV peut avoir un rôle dans la diffusion de ce type d'information. Il s'agit là de faciliter l'insertion sociale et professionnelle des publics en difficulté avec la langue française

Seuls 2 ASV ont donné des informations à ce propos. Noisy n'a pas rapporté l'indicateur à l'objectif et le type d'information est lié aux thématiques de l'ASV en général mais pas sur les formations linguistiques.

La Courneuve mentionne 4 actions en 2005 et 8 en 2006. Il n'y a pas de commentaire pour savoir si ces actions se rapportent à des formations linguistiques.

L'indicateur 751 donne une autre nature d'information. Il est mieux renseigné et donne une image des liens entre le champ sanitaire et social que des écrits antérieurs concernant la démarche ASV avaient recommandé de rapprocher (Bertolotto F., 2003).

9 ASV ont renseigné totalement ou partiellement l'indicateur. Seule la ville de Sevrans donne des valeurs nulles.



La BDD correspondante de la consolidation donne les informations plus précises par ASV :

Indicateur 7.5.1			
Nombre d'actions impliquant les ASV et des acteurs de l'insertion sociale et professionnelle sur des problématiques de santé			
	2005	2006	Total
Aubervilliers		2	2
Bondy		5	5
Dugny	4	3	7
Epinay sur Seine	0	1	1
La Courneuve	11	15	26
Le Blanc Mesnil	11	20	31
Montreuil			
Noisy le Sec			
Pantin		4	4
Sevrans		0	0
Stains	1	1	2
Villetaneuse	2	5	7

Les actions passent au total de 29 à 56 entre 2005 et 2006 et les ASV sont plus nombreux à être impliqués (5 # 9 d'après les BDD). On compte donc 85 actions sur ces deux années.

Le type d'actions mentionnées dans les commentaires montre une forte diversité.

Le travail intégrant professionnel des champs sociaux sanitaires et de l'insertion se retrouve particulièrement dans les groupes de travail. A noter l'expérience de Pantin sur la création de 2 réseaux réciproques d'échanges de savoirs qui visent aussi à impliquer les habitants et à croiser savoirs profanes et professionnels.

751 Types d'actions mentionnées dans l'indicateur 751 (8 ASV)	Nb ASV
Informations collectives public RMI	1
Informations violence faites aux femmes	1
Elaboration de projet public RMI	1
Actions facilitant l'accès au travail pour personnes handicapées	1
Informations dépistage cancer du sein	2
Sensibilisation de professionnels	1
Projet autour des restaurants du cœur (droits, bilans)	1
Réseau insertion / santé	1
Réseau saturnisme	1
Réseau d'échanges réciproques de savoirs	1
Groupe de travail santé mentale	1
RESAD	1
Groupe de travail "mariages forcés"	1
Groupe de travail pour accompagnement usagers de produits psychoactifs	1
Groupe de travail addictions	1
Groupe de travail violences faites aux femmes	1
RASAD	1
Réunions (non précisé)	1

Les types d'acteurs sont diversifiés également, on retrouve quasiment tout le champ du social et de l'insertion avec des nuances selon les villes et selon les axes de travail portés. On a privilégié ici le champ institutionnel. Le secteur associatif n'apparaît pas ici ou peu entre autre tout le champ de l'alphabétisation pour adultes. C'est souvent une opportunité pour travailler les questions de santé en fonction des méthodes pédagogiques utilisées.

On laissera pour illustration les commentaires de la base de données :

Le Blanc-Mesnil :

Sensibilisation de professionnels (AS, TISF, CESF, écrivains publics, Conseillers RMI, Conseillers socioprofessionnels...) des services sociaux municipaux, du service RMI, de la solidarité municipale, de la mission locale, de la CAF, de l'ASE, de la PJJ, des CMPP, de l'éducation nationale

Stains

Il s'agit d'une **information collective à l'attention des bénéficiaires du RMI/API** organisée tous les 2 mois avec pour objectif de :

- Rencontrer les intervenants dans le cadre de l'insertion sociale et/ou professionnelle (ANPE, CAF, centre Municipal de santé/ASV, PMI, CPAM, Service Social départemental...
- Echanger sur les droits, obligations et attentes du public cible
- Faire participer les bénéficiaires du RMI par la suite à un atelier d'élaboration de projet

Villetaneuse

Dès le début de l'ASV, les professionnels de l'insertion sociale et professionnelle, notamment les conseillers d'insertion et psychologue de la Maison de l'Insertion et des Ressources pour l'Emploi et la référente santé de la Mission Locale ont intégré et participé aux différentes réunions. De plus, l'Atelier Santé Ville étant rattaché au Service Action Sociale, le CCAS est très impliqué dans la démarche, dont la conseillère en économie sociale et familiale. (aucun centre social sur la ville).

==> En 2005: participation du CCAS et des professionnels de la Mission Locale et de la MIRE au groupe de travail et à la séance d'information sur les **Violences faites aux Femmes**.

==> En 2006: en plus du groupe sur les Violences Faites aux Femmes, participation de ces mêmes professionnels au groupe de travail sur la Santé Mentale, aux séances d'information sur le **diabète, au projet sur l'information et prévention des IST auprès des Jeunes**

Aubervilliers

Santé mentale : 1 action. La Réunion d'Evaluation de Situations d'Adultes en Difficulté (**RESAD**), qui compte un comité de membres permanents incluant la Mission Locale, le Service social municipal, le CCAS et le Pôle Gériatrie de la ville

1 Action Cancer du sein : sensibilisation des professionnels au dépistage organisé de ce cancer

Bondy

Une action d'information concernait le **réseau saturnisme local** (ses objectifs, ses moyens, les procédures) : 30 professionnels du social ou de l'insertion étaient présents et sont pour la plupart représentés par un agent de leur institution dans le groupe de travail.

La seconde action concerne le réseau sanitaire et social aux **restaurants du cœur** (l'ensemble des partenaires sociaux sont informés et/ou impliqués dans le projet

Une action contre les **mariages forcés** (50 professionnels présents) avec mis en place d'un groupe de travail pour assurer la continuité du projet

L'ASV participe également au groupe de travail pour promouvoir le **dépistage du cancer du sein** (en partenariat avec trois services du social ou de l'insertion)

Un dernier groupe récemment mis en place concerne le repérage et l'accompagnement des toxicomanes sur la ville

Dugny

2005 : **Réseau insertion santé** (professionnels de l'ANPE et des services sociaux), Coordination sociale (professionnels des services sociaux), Groupe jeunes en difficulté et **RASAD (réunions d'analyse de situation d'adolescents)** (professionnels des services sociaux)

2006 : **Réseau insertion santé** (professionnels de l'ANPE et des services sociaux), Groupe jeunes en difficulté et RASAD (professionnels des services sociaux).

Epinay

Le **groupe de travail sur les addictions** a mobilisé des acteurs de l'insertion autour d'un diagnostic et de la conception de la première action du groupe (Mission locale, Point information jeunesse, organisme de formation pour les jeunes SFM-AD)

Pantin

2006:

Insertion professionnelle:

- création de 2 RERS (**réseau d'échanges réciproques de savoirs**) sur la santé animée par l'association Passeport Pluriel. Cette association assure aussi des groupes d'alphabétisation.

Insertion professionnelle:

- organisation d'un job dating pour favoriser l'emploi des pantinois en situation de handicap

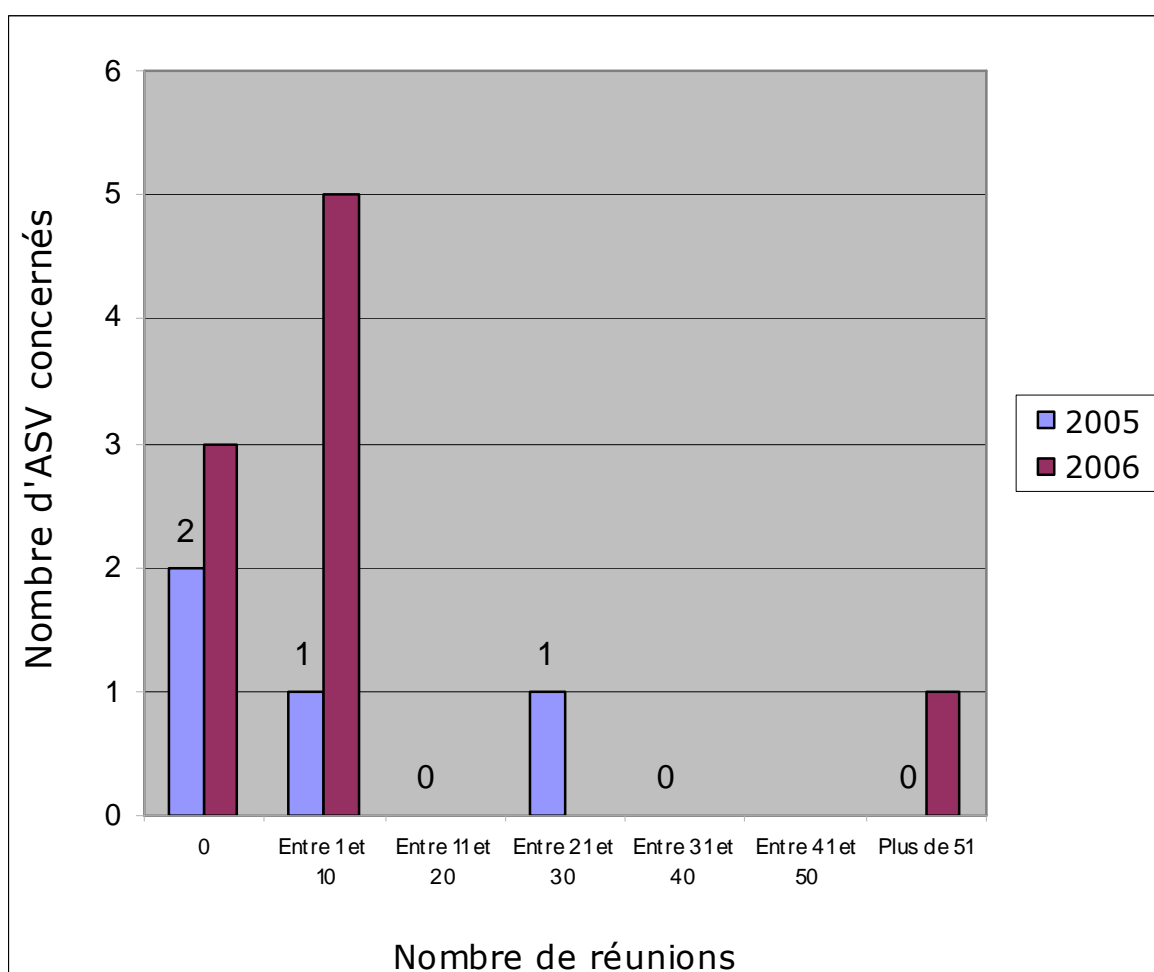
- en lien avec la DRH, réalisation d'un état des lieux sur l'emploi des personnes handicapées au sein de la mairie, travail sur la reconnaissance du handicap, sensibilisation des chefs de services au recrutement

Concernant le champ plus spécifique de la santé mentale, les indicateurs 761 et 762 viennent compléter la partie qui décrit sur les projets portés par les ASV avec la porte d'entrée spécifique sur l'insertion sociale et professionnelle.

Les villes impliquées sont d'après la base : Aubervilliers, Bondy, Dugny, La Courneuve, Le Blanc-Mesnil, Pantin.

Montreuil, Sevran, Villetaneuse qui portent aussi des thématiques en santé mentale, n'ont pas renseigné la base.

Le nombre de réunions relatives à la santé mentale totalise 174 réunions sur les 2 années avec une forte augmentation en 2006 surtout lié à une ville et puisque 26 réunions étaient comptabilisées en 2005. Les ASV les plus impliqués sont Le Blanc-Mesnil (mais le nombre de réunions peut interroger (126 en 2006), puis Aubervilliers, La Courneuve.



Le tableau de la BDD 761 donne une idée plus précise :

Indicateur 7.6.1			
Nombre de réunions relatives à la santé mentale dans le processus d'insertion			
	2005	2006	Total
Aubervilliers		10	10
Bondy		3	3
Dugny	0	1	1
Epinay sur Seine	0	0	0
La Courneuve	5	6	11
Le Blanc Mesnil	21	126	147
Montreuil			
Noisy le Sec		0	0
Pantin		2	2
Sevran		0	0
Stains			
Villetaneuse			
		Total	174

Le type de réunions se décline dans les commentaires de la façon suivante :

- ❖ Des réunions pour les jeunes en difficultés
- ❖ Les réunions d'analyse de situation d'adolescents
- ❖ Les cafés débats pour les adolescents
- ❖ Les réunions dans le cadre du projet santé mentale jeunes, jeunes dans les lycées
- ❖ Les réunions liées au RESAD
- ❖ Les réunions dans le cadre de l'insertion et handicap impliquant le CCAS, la mission locale, le service social, le secteur psychiatrie, CAP emploi, secteur RMI
- ❖ Les réunions dans le cadre d'un groupe de travail santé mentale avec le conseiller d'insertion, les membres CCASS, les conseillers de la Mission Locale.

Un ASV mentionne l'implication d'un infirmier du CMPP dans les actions de l'ASV.

Un ASV mentionne que ce type d'implication est prévu après le diagnostic alors en cours.

Enfin, l'indicateur 762 qui explore le taux de professionnels de santé mentale impliqués dans les programmes de santé publique mis en œuvre sur le territoire, montre pour les données quantitatives disponibles que les taux varient de 33% à 200% pour 7 ASV répondants sur les bases quantitatives sachant que ne sont comptabilisés que les professionnels impliqués au moins 3 fois dans l'année, critère énoncé dans le catalogue pour connoter la notion d'implication.

Indicateur 7.6.2		
Taux de professionnels de santé mentale impliqués dans des programmes de santé publique mis en œuvre dans des zones sensibles (source : BDD consolidation)		
	2005	2006
Aubervilliers		75%
Bondy		
Dugny		33%
Epinay sur Seine	0%	0%
La Courneuve		
Montreuil		
Noisy le Sec		67,0%
Pantin		44,0%
Sevran		100,0%
Stains	200,0%	200,0%
Villetaneuse	17,0%	44,0%

Le résultat de Stains vérifié dans le tableau de bord de la ville donne effectivement un taux de professionnels mobilisés de 4 pour un théorique sur le territoire de 2.

 → 2 hypothèses possibles :

- erreur de saisie
- professionnels n'appartenant pas au territoire comptabilisés dans le numérateur ce qui reste possible → à clarifier sur 2007.


Pour 2005, peu de données sont disponibles. Sur 2006, on observera qu'il reste une marge de manœuvre pour impliquer ces professionnels. Il faut tenir compte pour cela de la nature de leur exercice : secteur public ou privé et par ailleurs de la démographie sur les territoires de ces professionnels. Un ASV mentionne par exemple que les professionnels du CMP enfant et adolescent voudraient s'impliquer mais que la charge de travail est telle qu'ils ne peuvent contribuer à l'ASV (comme ils le souhaiteraient du moins).

Les profils des professionnels impliqués dans les informations qualitatives du TDB montrent que le secteur public est prédominant et celui de l'enfance ou de la petite enfance.

762 Type de professionnels cités, (8 répondants)	Nb ASV
Assistante sociale CMPP	1
Infirmiers CMPP	1
Pédopsychiatre CMPP	1
Psychiatres sans précision	1
Psychologue ASE	1
Psychologue association	1
Psychologue CMPP	1
Psychologue maison de l'insertion et des ressources pour l'emploi (MIRE)	1
Psychologue mission locale	1
Psychologues PMI	2
Psychologue sans précision	1
Psychologues RASED	1
Psychologues Réussite Educative	1
Secteur Psychiatrie adulte	1

En conclusion, entre 2005 et 2006, tout en restant prudent comme énoncé en début de chapitre, on voit que les informations sur les droits sociaux - sous estimées - augmentent, de même que les dispositifs de soutien aux victimes incluant les lieux de paroles diverses et les croisements entre champs professionnels sanitaire, social et de l'insertion apparaissent avec plus de visibilité sur 2006 tout en remarquant qu'il y a encore des possibles à exploiter tout comme dans le champ de la santé mentale ceci rapporté à la démographie des professionnels dans ce champ.

A remarquer d'une seule ville, rend explicite les liens avec le champ du développement via l'implication de l'ASV dans l'Agenda 21 de la ville.

 On notera la difficulté à les renseigner pour 2 d'entre eux spécialement et la confusion sur l'indicateur 721 (projets en lien avec le cadre de vie) et 741 (formations linguistiques).

→ Cette série d'indicateurs tout spécialement montre la vigilance à garder dans le renseignement du TDB : il faut associer les renseignements à l'objectif stratégique et opérationnel auquel il se rapporte.

Après avoir balayé toute une série de thématiques, on s'intéressera dans la suite du document à des dimensions plus transversales :

Le prochain chapitre montre les avancées en matière de travail en réseau puis nous aborderons *l'implication des habitants, les modalités pour renforcer les compétences des acteurs locaux*.

Le dernier chapitre portera sur les éléments de méthode et les outils mis en œuvre dans le cadre de la démarche ASV sur 2005 et 2006.

VIII - LES PARTENARIATS ET LE TRAVAIL EN RESEAU

OBJECTIF STRATEGIQUE 2 Favoriser les partenariats et le travail en réseau	
OBJECTIFS OPERATIONNEL 2.1 Mobiliser les acteurs locaux	2.1.1 Nombre d'acteurs locaux mobilisés par catégorie
OBJECTIF OPERATIONNEL 2.2 Participer et mettre en place différents groupes de travail sur des thèmes spécifiques	2.2.1 Nombre de groupe de travail réalisés par l'ASV 2.2.2 Nombre de participations de l'ASV à des groupes de travail
OBJECTIF OPERATIONNEL 2.3 Identifier les modifications attendues liées au travail en réseau	2.3.1 Liste des modifications identifiées
OBJECTIF OPERATIONNEL 2.4 Mettre en œuvre des supports de partage d'information, d'expérience et de mutualisation des ressources entre acteurs locaux	2.4.1 Liste des outils de partage mis en place et en projet sur la période

ASV	Indicateurs				
	211	221	221	231	241
NON CONCERNES	0	0	0	0	1
N'AYANT PAS RENSEIGNE L'INDICATEUR	0	0	0	1	1
VALEURS NULLES	0	0	0	0	0
SANS COMMENTAIRE	1	0	3	0	2

Ces indicateurs permettent de visualiser de façon synthétique les partenaires et les liens tissés avec les autres professionnels ainsi que les dynamiques émergentes sur les 2 années.

Déjà, dans le panorama des actions ou projets portés on a pu voir que le panel de professionnels est extrêmement large, et on en reviendra ici à la nécessité, sans doute, dans le cadre d'une dynamique allant vers une plus grande coordination des actions de santé d'instances de pilotage qui associent élus, décideurs institutionnels, professionnels et habitants. Ces instances doivent soutenir les prises de décisions et la transversalité.

Les 4 dimensions explorées ici sont :

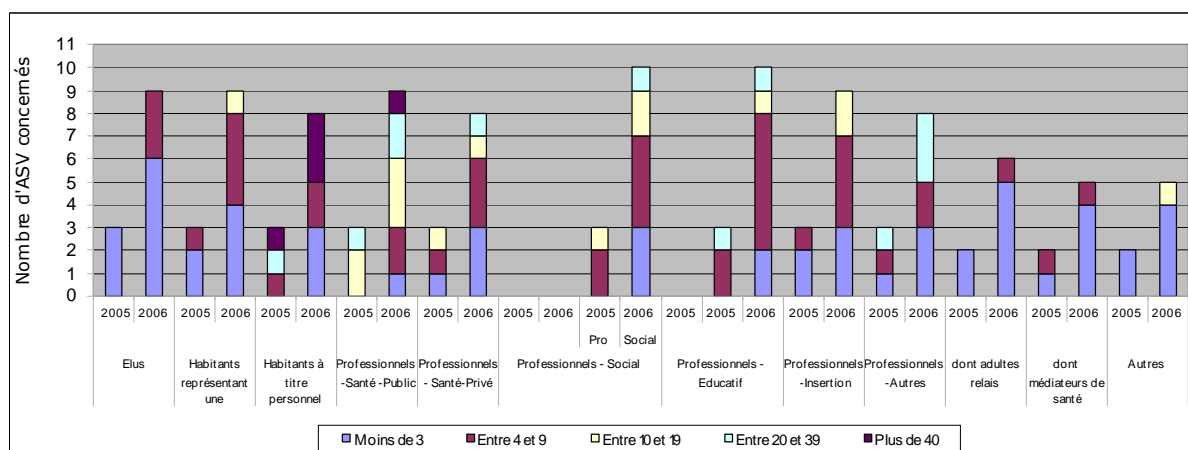
- 1 les acteurs locaux mobilisés par catégorie d'acteurs
- 2 Les groupes de travail identifiés
- 3 Les modifications attendues liées au travail en réseau et enfin
- 4 les outils mis en place dans le cadre du travail en partenariat.

Cette série d'indicateurs a été bien renseignée par les ASV. Nous ferons le point sur certains éléments sur lesquels rester vigilants.

L'indicateur 211 vise à dénombrer les acteurs locaux par catégorie en fonction du référentiel proposé. C'est un travail fastidieux mais intéressant qui met en lumière différents constats dont certains viennent confirmer les analyses antérieures de ce document ou apporter une meilleure visibilité sur certains champs professionnels. La répartition par sexe des habitants concernés est compliquée à collecter en routine et le recueil intermédiaire des données n'était pas prêt à l'époque.

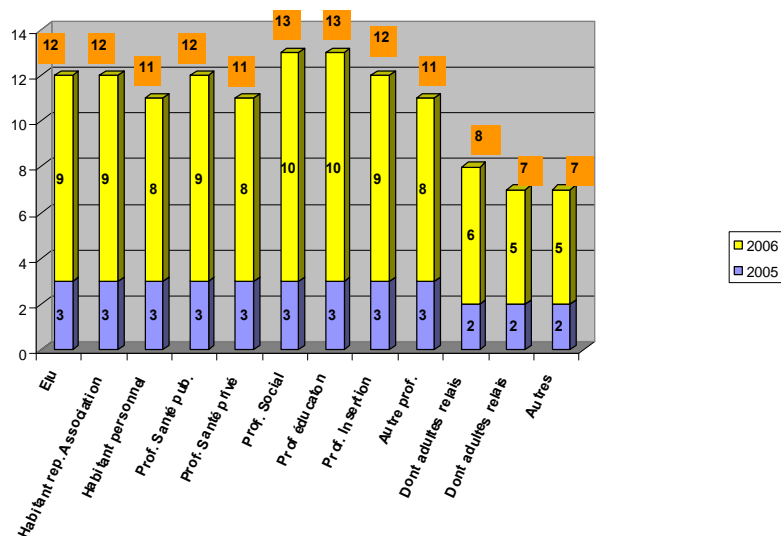
Le « nombre d'acteurs mobilisés » met déjà un critère d'exigence dans le mode de calcul. De fait, on repère ici les acteurs ayant participé au moins 3 fois à des réunions ou autres manifestations dans le cadre de l'ASV. Ces acteurs constituent en quelque sorte un noyau dur n'excluant pas que d'autres acteurs jouent aussi des rôles clés dans la démarche mais dans des temporalités distinctes.

Nombre d'acteurs mobilisés par catégorie (source consolidation TDB, 2006) :



Une autre modalité de traitement des données donne cette fois-ci un autre aperçu de l'indicateur.


2.1.1 Nombre d'acteurs locaux mobilisés par catégorie




124

On voit qu'entre 2005 et 2006, les tendances vont croissantes pour toutes les catégories d'acteurs dans un rapport de 1 à 3 pour la plupart. **Les tendances s'affirment tout spécialement les professionnels du secteur éducatif et du social de même que de l'insertion, ce qui permet de nuancer les remarques faites antérieurement.**

Les professionnels du secteur privé apparaissent aussi.

Types d'acteurs sur 2005 et 2006	N en 2005	N en 2006	Total
Elus	3	9	12
Habitants rep. Association	3	9	12
Habitants personnel	3	8	11
Prof. Santé public	3	9	12
Prof. Santé Privé	3	8	11
Prof. Social	3	10	13
Prof. Éducatif	3	10	13
Prof. Insertion	3	9	12
Autres professionnels 	3	8	11
dont adultes relais	2	6	8
dont médiateurs de santé publique	2	5	7
Autres	2	5	7

Les adultes relais apparaissent ici alors que dans les autres bases de données, leur visibilité restait faible.

 Ceci dit il existe une erreur dans la base de données 211 puisqu'ici le total de « professionnels autres » est inférieur au total des adultes relais et médiateurs de santé publique sur 2005 et 2006, ce qui est impossible.

→ Soit il s'agit d'une erreur dans un des tableaux de bord ville, soit au cours de la ressaisie des données départementale.

Les informations qualitatives montrent en synthèse :

A) Une **augmentation des partenaires** liée pour partie au propre développement territorial de la démarche ou à de nouveaux projets qui ont vu le jour suite à des diagnostics spécifiques comme souligné pour Le Blanc -Mesnil.

« Le nombre de partenaires est en augmentation du fait du développement des projets de l'Atelier Santé Ville (groupes de travail accès aux soins, développement compétences psychosociales, prévention de l'obésité...), en particulier suite au diagnostic santé des jeunes. Ce développement a notamment été rendu possible grâce à la diversification des porteurs de projets » (extrait données case commentaire).

L'augmentation des partenaires est aussi en lien avec des **dynamiques consolidées ou émergentes sur d'autres ASV indépendamment de leur extension territoriale.**

A Villeteuse ou Sevrans, la dynamique partenariale, fragile à l'époque, se construit (il s'agit de 2 ASV inscrit dans la démarche respectivement depuis 2003 et 2004 mais la démarche a connu des difficultés, ruptures de poste entre autre). A Sevrans, parmi les professionnels de santé du secteur public, les acteurs mobilisés sont principalement des personnels des PMI et de la santé scolaire.

A Noisy-le-Sec où la densité du secteur associatif est jugée faible, le partenariat large semble complexe.

B) L'implication de professionnels du secteur privé est citée par Noisy-le Sec, Aubervilliers (mais à Stains on se rappellera l'implication dans le comité de pilotage du secteur privé).

C) L'implication d'adultes relais et médiateurs de santé publique est citée par Aubervilliers, Pantin et Noisy-le-Sec.

Il s'agit sans doute d'un champ à explorer plus largement en fonction des ressources présentes sur un territoire, leur statut qui est assez précaire on le sait, ce qui explique pour partie la difficulté à les impliquer plus effectivement dans les projets.

Là encore des différences existent entre les villes et il serait intéressant de faire un point sur cet aspect au niveau départemental pour avoir une visibilité plus large, pointer les forces, identifier les marges de manœuvre, résoudre les difficultés partagées et identifier les possibles.

D) L'implication des habitants est le plus mentionné dans les villes d'Aubervilliers, Bondy et Epinay. La répartition par sexe montre une prédominance féminine avec un total de 31 femmes et de 9 hommes pour les 3 villes mais les données ne sont pas toutes disponibles sur l'ensemble des items « habitants » entraînant un sous enregistrement des informations.



A noter qu'une ville a fait le dénombrement par sexe pour les différents acteurs alors qu'il n'est demandé que pour les habitants dans le catalogue.

Quoiqu'il en soit, cette répartition par sexe demandée en dernière modification du catalogue est sans doute intéressante mais elle est lourde à gérer.

E) Pantin donne pour illustration dans la catégorie « autre » tous les acteurs impliqués qu'on laissera à titre d'illustration :

"Responsable petite enfance, responsable service municipal jeunesse, les 4 antennes jeunesse, chef de projet politique de la ville, cabinet du maire, femmes médiatrices adultes relais) 6 personnes des services techniques (directeur, responsable des études, responsable voirie, responsable bâtiments, 2 personnes du services environnement (agenda 21)), 2 responsables Centres De Loisirs, la RATP prévention et sécurité et l'agence territoriale RATP, 2 responsable DRH mairie dont le directeur, Pantin habitat, service prévention sécurité mairie, responsable maison des quartiers" (extrait données case commentaire).

G) Enfin Aubervilliers a particulièrement détaillé cet indicateur montrant aussi le panel d'acteurs impliqués sur les différents projets portés par l'ASV qui mobilisent de nombreuses ressources aussi :

Extraits de la case commentaire :

Maison des Pratiques de Bien-être et de Santé du Marcreux :

- 1 élu, 4 professionnels de santé publique, 7 professionnels sociaux, 1 professionnel éducatif, 2 professionnels insertion, 6 autres, 2 adultes-relais.

Santé Mentale :

- Comité Quartier Robespierre : 5 habitants/association, 7 habitants à titre personnel, 2 professionnels de santé publique, 2 professionnels éducatifs, 6 professionnels autres.

- RESAD : 4 professionnels de santé publique, 1 professionnel de santé privé, 5 professionnels sociaux, 6 professionnels autres.

- Jeune enfant : 1 habitant/association, 28 habitants à titre personnel, 14 professionnels de santé publique, 3 professionnels de santé privé (CMPP), 3 professionnels sociaux, 1 professionnel éducatif, 4 professionnels autres.

- Violences jeunes : 2 professionnels de santé publique, 1 professionnel de santé privé (CMPP), 1 professionnel social, 12 professionnels éducatifs, 13 professionnels autres.

- CLSM : 2 professionnels de santé publique.

Pour ces actions, les habitants à titre personnel et ceux représentant des associations sont des femmes, sauf le représentant de l'association AR.FM ;

Les professionnels "autres" sont : 1 coordinateur de quartier (service municipal Vie des Quartiers), et 5 acteurs de théâtre. Les professionnels "autres" de la RESAD sont 3 tuteurs de l'UDAF 93 et 3 travailleurs sociaux de l'OPHLM ;

Les 28 habitants ayant participé aux ateliers du programme Petite enfance sont 25 femmes et 3 hommes ;

L'habitant représentant une association est une femme ;

Les professionnels "autres" du programme Petite enfance sont une DGA, 2 responsables de Centres de loisirs maternels et 1 coordinatrice de quartier ; les 13 professionnels autres des ateliers Violences jeunes sont animateurs, éducateurs spécialisés, bibliothécaires, coordinatrice du quartier.

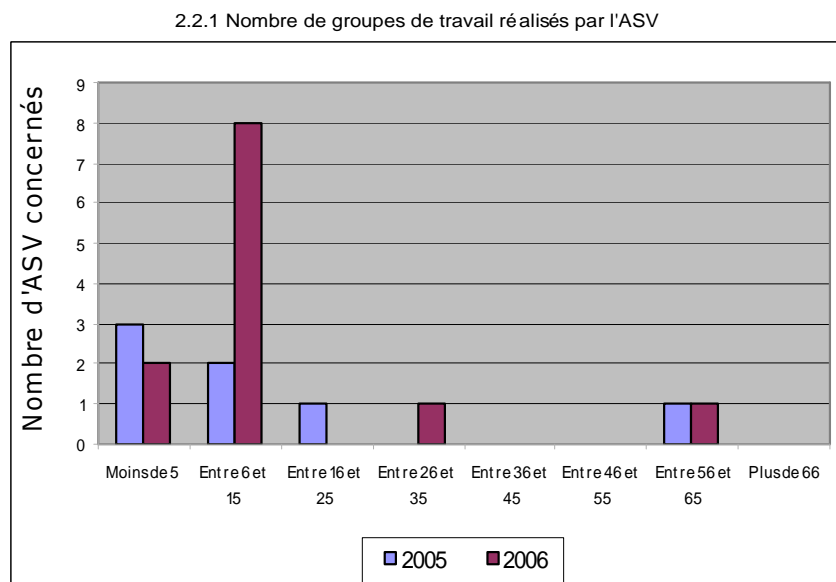
Autres:

- 2 élus, 6 habitants-association (3 Cancer du sein et 3 Accès aux soins), 10 habitants (personnel), 6 professionnels santé publique, 1 professionnel santé privé, 7 professionnels sociaux, 2 professionnels éducatifs, 5 professionnels insertion, 4 professionnels autres, 2 adultes-relais, 1 médiateur santé publique, 12 autres (cancer du sein, centre gérontologie, maison de retraite, associations...)

Les groupes de travail sont retracés dans les indicateurs 221 et 222, distinguant les groupes de travail réalisés/impulsés d'une part par les ASV et la participation de l'ASV à des groupes de travail d'autre part. Ces groupes de travail sont une des formes privilégiées du travail partenarial, ils sont apparus dans d'autres indicateurs dont ceux vus récemment de la catégorie 7.

Une des façons de travailler en réseau est le travail en sous groupes sur des thématiques précises ce qui permet de concentrer les compétences tout en ayant aussi des « passeurs » : les personnes impliquées dans différents groupes.

La maquette de la consolidation donne les informations suivantes :



Les informations ne sont pas toutes disponibles pour 2005.

En 2006, les groupes de travail étaient au nombre de 155.

On remarquera, au-delà du manque d'information pour 2005, que ces dynamiques sont liées à des vacances de postes résolues, des diagnostics ayant généré de nouveaux champs d'implication des acteurs locaux, à la création de l'ASV de Bondy en 2005 et à des dynamiques locales complexes qui ont pu être relancées.

	Nombre de groupes de travail réalisés en 2005	Nombre de groupes de travail réalisés en 2006 (source : consolidation)
Aubervilliers		14
Bondy		8
Dugny	8	9
Epinay sur Seine	0	2
La Courneuve	9	9
Le Blanc Mesnil	12	15
Montreuil		9
Noisy le Sec		6
Pantin		11
Sevran	0	7
Stains	65	63
Villetaneuse	1	2
Total	95	155

Tous les ASV en 2006 ont impulsé entre 2 et 63 groupes de travail. La donnée de 63 peut surprendre en se référant au mode de calcul du catalogue :

« Dénombrement des groupes de travail réalisés dans l'année N


Exemple : Dans l'année, 3 personnes se réunissent 15 fois sur un thème, et lors de l'une de ces 15 réunions, on fait participer une quatrième personne spécialiste dans l'un des aspects de la thématique traitée. Au total, on dénombre alors un et un seul groupe de travail »


Si on exclut Stains - il s'agit sans doute du nombre de réunions et non du nombre de groupe de travail -, on obtient un chiffre variant de 2 à 15, la moyenne étant de 8,3 pour les 11 villes ce qui est déjà conséquent quand on connaît le volume de travail que cela génère. Pour Villetaneuse, Epinay et Sevran, le nombre de groupe de travail est à mettre en lien avec la dynamique locale où la démarche vient impulser ou donner plus de constance au travail existant au-delà de 2005.

Les commentaires font état de 2 types de groupes:

- a) les groupes de travail travaillant sur une thématique spécifique
- b) les coordinations plus générales

Ils ne relèvent pas de la même nature et signalent aussi des dynamiques distinctes, c'est pourquoi nous avons fait le distinguo.

 Dans le mode de renseignement, il faut explicitement séparer les groupes de travail thématiques et les coordinations autres et ne pas faire apparaître ici les instances liées à l'organisation de la démarche ASV car elles sont déjà abordées ailleurs. Là encore il faut connaître le catalogue.

 *L'effet de ne pas respecter le catalogue donne sur plusieurs indicateurs le sentiment de redondances et demande un travail plus important de saisie pour les coordinateurs.*

Les principales thématiques recensées dans les données qualitatives montrent la répartition suivante et le nombre d'ASV impliqués. Une partie des réponses d'1 ASV ont été exclu car le référentiel n'a pas été respecté - réserve émise par ailleurs lors du renseignement du TDB - (confusion groupe de travail et projets) et ne rentre pas dans les données demandées - période de remplacement du coordinateur).

Les thématiques les plus représentées sont par ordre décroissant :

1. L'accès aux droits, soins
2. Santé mentale, Violence
3. Nutrition
4. Parentalité/petite enfance
5. Addictions
6. Saturnisme
7. Santé des migrants

Ces thématiques permettent de conforter les priorités déjà énoncées et mettent aussi en évidence l'émergence de thématiques dont le portage sera potentiellement renforcé dans le futur.

Par ailleurs, sont cités les groupes de travail concernant l'organisation d'événements ponctuels pour 3 ASV et ceux liés à des collectifs ou club santé.

211 Thématiques groupes de travail (source cases commentaires)	Nombre d'ASV (12)
Accès à la prévention	1
Accès aux droits (général, mutuelle)	3
Accès aux soins, dont bilans de santé	4
Accès soins jeunes	2
Education pour la santé	2
Sectorisation aide à domicile	1
Santé mentale (non spécifié)	3
Santé mentale jeunes/lycée/RASAD	2
santé mentale petite enfance	1
Santé mentale / adultes RESAD	1
Hébergement et santé mentale	1
Santé jeunes en difficulté/ RASAD	2
Violence milieu scolaire	1
Violence faites aux femmes	1
Mariages forcés	1
Nutrition	5
Petite enfance	3
Parentalité	2
Addictions	3
Santé migrants	3
Saturnisme	3
Sida	2
Handicap	1
Prévention chutes personnes âgées	1
Diabète et maladies cardiovasculaires	1
Santé bucco-dentaire	1
Alcool et sécurité au travail	1
Cancer du sein	1
Prévention accidents domestiques en hab. insalubre	1
Contraception sexualité	1
Comportements sexistes	1
Santé communautaire	1
Santé /territorialité	1

Les groupes de travail sur une même thématique peuvent se décliner sur différents aspects ou encore stratégies complémentaires comme le montre le thème de la santé mentale sur Aubervilliers avec une approche diversifiée : cellule multidisciplinaire, accueil parent-enfants, RESAD, comité de santé de Robespierre-Cochennec, violences en milieu scolaire, etc.

Une fois encore, le couplage de différentes stratégies sur une même thématique est une des garanties pour obtenir plus d'effets par la synergie créée et non la juxtaposition d'actions.

Les groupes de travail peuvent être aussi inter communaux comme le donne l'exemple de Villetaneuse :

"Sur la Santé Mentale: pas de structure de soins sur Villetaneuse, le CMP enfants/adolescents se trouve à Pierrefitte, le CMP ados/adulte à Epinay. Un groupe de travail existait auparavant sur Pierrefitte, pour ne pas démultiplier les groupes de travail locaux sur la thématique, et pour avoir la participation du CMP, le groupe de Pierrefitte a été ouvert en Septembre 2006 aux professionnels de Villetaneuse. Depuis septembre 2006, ce groupe travaille exclusivement autour du projet de création de RESAD" (extrait case commentaire).

Les groupes de travail représentent un total de 290 réunions sur 2005 et 2006 pour les ASV ayant renseigné cette information (6/12) - nous avons de même exclu ce qui ne relevait pas de l'indicateur comme mentionné dans le catalogue), donnant une moyenne de 48 réunions par ASV. La majorité du travail investi dans ces groupes est lié à l'année 2006 (indicateur 211).

On voit aussi la différence entre les ASV « anciens » et ceux dont la dynamique monte en charge (Villetaneuse, Sevran, Epinay en sont 3 exemples).

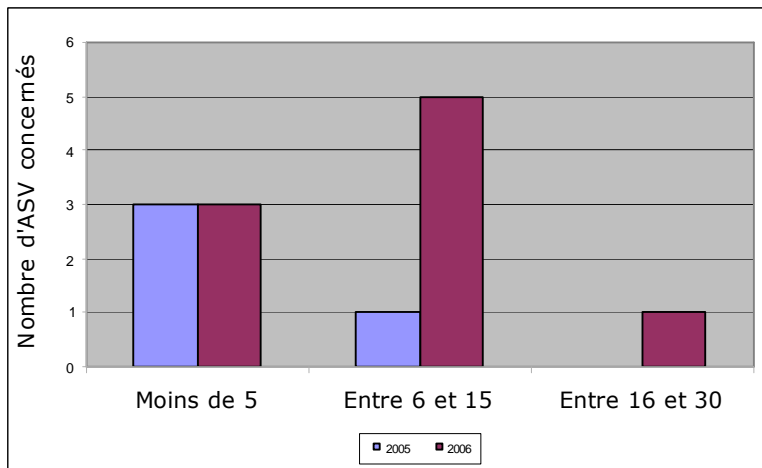
Les coordinations recouvrent des réalités différentes : comités de pilotage, comités de suivi, suivis de projets, coordinations spécifiques. *Pour ne pas faire redondance avec les instances de la démarche ASV déjà abordées, nous avons exclu les comités de pilotage et instances liées à l'organisation de la démarche pour ne garder que les coordinations autres et mentionnées aux côtés des groupes de travail sont multiples. Le type de coordination cité par 3 ASV représente des coordinations plus larges :*

- ❖ Coordination pôle de service et de santé
- ❖ Coordinations de professionnels (sans précision ou intercommunal) hors groupe de travail mentionnés
- ❖ Coordination des infirmières scolaires
- ❖ Coordination des services municipaux travaillant sur la santé
- ❖ Coordination sociale,
- ❖ Coordination petite enfance

Enfin, l'indicateur 2.2.2 représente une autre facette de la fonction des coordinateurs ASV, soit sa participation à des groupes de travail existant mais qui ne relève pas forcément de son impulsion.

La maquette de la consolidation montre :

2.2.2 Nombre de participations à des groupes de travail



On observe de la même manière une augmentation entre 2005 et 2006 pour les ASV répondants (12). La base de données ne permet pas de repérer les villes (synthèse directe par tranche d'indicateurs).

Les commentaires qualitatifs apparaissent pour 9 villes avec un niveau de précision variable.

Ces commentaires incluent les thématiques mais le nombre de réunions n'est pas toujours mentionné ;

Les groupes thématiques sur lesquels sont engagés les ASV sur 2005 et 2006 montrent qu'ils sont pour la plupart complémentaires à ceux mentionnés dans l'indicateur précédent. Ils peuvent porter sur des études ponctuelles aussi.

Il est intéressant de mentionner l'implication aux différents niveaux : local, départemental, régional et national. Il existe un sous enregistrement des données pour le groupe Profession Banlieue (puisque nous avons une bonne visibilité dessus et animons conjointement les sessions) : parmi les coordinateurs ayant renseigné la base 10 coordinateurs y participent régulièrement. Le groupe de travail de la DDASS sur les indicateurs n'existe plus en 2006 et il est regretté souvent dans les autres espaces de travail.

L'implication dans le volet santé du CUCS n'est pas systématique : oubli ? Dans le cas contraire ceci doit être questionné car il représente un réel traceur de la reconnaissance des coordinateurs dans la politique de la ville. *Pourtant, ce constat se*

pose en décalage avec le fait que l'ensemble des chefs de projets CUCS sont impliqués dans les comités de pilotage des 8 ASV concernés.

L'implication dans les programmes de réussite éducative est mentionnée 4/9 fois.

Enfin, l'implication dans les champs du social et de l'insertion apparaît peu alors que ces partenaires apparaissent dans les indicateurs de la catégorie 7.

222 Thématiques groupes de travail auxquels participent les ASV	Nombre d'ASV (9)
Niveau local	
Accès aux soins / AME	1
Comité concertation Maison du patient	1
Groupe personnes âgées et urgences	1
Réseau ressources jeunes	1
Insertion emploi	1
CLSPD	3
CESC	1
Nutrition (précarité/alimentation)	3
Programme de réussite éducative	4
Santé migrants (diagnostic)	1
Parentalité	1
VIH/ sida	1
Prévention et sexualité	1
Handicap	1
Semaine du cœur	1
Grippe	1
Participation données ONZUS	1
<i>Mise en place du CUCS</i>	3
Fêtes de quartier (préparation, évaluations)	1
Agenda 21	1
Commission attribution subvention municipales/associations	1
Niveau départemental	
Indicateurs sanitaires et sociaux en SSD (2005)	1
Participation thématique cancer (Conseil Général)	2
Violence faites aux femmes (groupe départemental)	1
Groupe de travail profession banlieue	2
Schéma départemental handicap	1
Groupe psychiatrie et action sociale (DDASS)	1
Niveau régional	
Participation CRS Ile-de-France	1
Niveau national	
Participation Conseil National Villes	1

Pour les ASV ayant renseigné le nombre de réunions, on observe un total de 76 réunions à des groupes de travail pour 4 ASV, soit une moyenne de 19 sur les deux années par ASV. Une fois encore les données sous-estiment le réel.

Les modifications attendues lié au travail en réseau :

La mise en réseau des acteurs sur un terrain est à la fois la clé de succès des coordinations des actions de santé et leur appréhension de la façon la plus

intersectorielle possible. Ceci représente le cœur du métier du coordinateur - sur les profils « classiques » et leur contribution est essentielle, la fonction de coordination ayant été reconnue par la circulaire de 2000 même si dans plusieurs villes, l'ASV s'est ancré sur une dynamique existante.

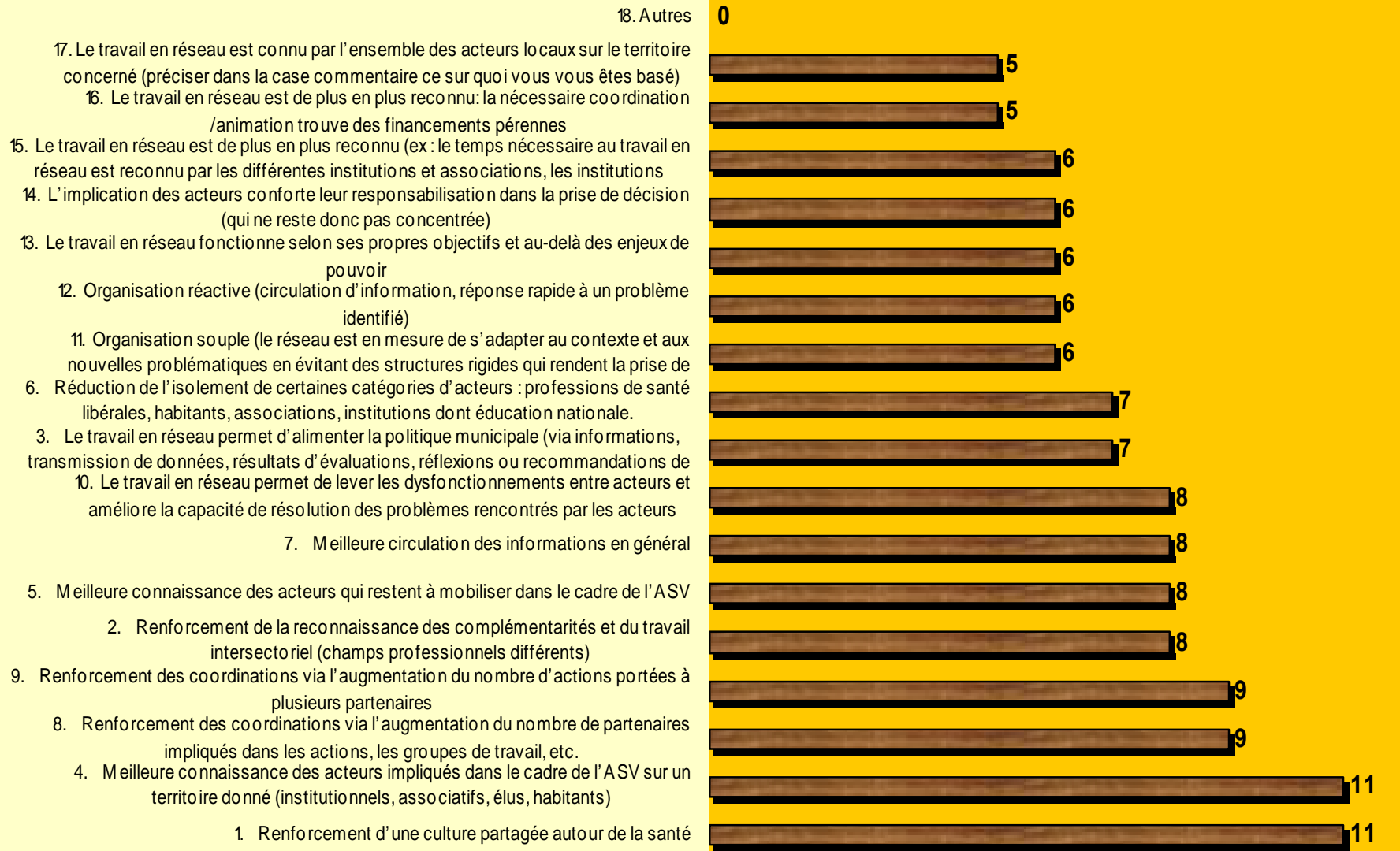
Pour d'autres ASV dont les partenariats émergent peu à peu, la plus value de l'ASV semble incontestable sur ce point.

Les modifications du travail en réseau permettent de suivre aussi les dynamiques en compléments aux autres indicateurs. Pour ce faire, le référentiel proposé utilise 18 items et les cases commentaires signalées dans le catalogue sont là pour donner des précisions sur les points importants liées à ces modifications. Le référentiel est mis pour mémoire en annexe 11 ainsi que l'exhaustivité des réponses sur cet indicateur.

Les traits marquants des modifications identifiées (le numéro de l'item est celui proposé dans le tableau de la maquette) sont illustrés dans le graphique suivant :

A noter que seuls 11 ASV apparaissent ici car un n'a pas renseigné le tableau mais a renseigné la case commentaire du TDB.

2. 3.1.les modifications attendues liées au travail en réseau



On s'aperçoit à travers l'échelle qui est donnée que les items les plus cités (> 7 fois) sont

- Renforcement d'une culture partagée autour de la santé
- La meilleure connaissance des acteurs sur un territoire
- Le renforcement des coordinations, d'espaces de travail conjoint comme on a pu le voir dans les indicateurs portant sur les groupes de travail et d'actions menées en commun avec un certain nombre de partenaires.

Ceci vient confirmer les remarques faites antérieurement concernant les acteurs impliqués même si certains espaces interprofessionnels se forment peu à peu et doivent être amplifiés.

A propos de la meilleure connaissance des professionnels, les commentaires de Bondy méritent d'être soulignés où un effort particulier se fait en direction des infirmières scolaires : "Les nouvelles infirmières scolaires ont par exemple été accueillies en début d'année et présentées aux professionnels travaillant sur les mêmes thématiques qu'elles. Idem pour les nouvelles associations arrivant sur la ville (ex : YUCCA)" (extraits des commentaires). Cet accueil des nouveaux professionnels ouvre certainement la voie à des collaborations ultérieures, et même si d'autres conditions doivent être réunies.

→ Les autres items (8 réponses) viennent conforter les informations précédentes avec une meilleure reconnaissance des complémentarités professionnelles, la reconnaissance des coordinateurs et de la démarche, permettant plus facilement à celui-ci de faire des passerelles avec d'autres acteurs.

Illustration :

"Quant à la question "Reconnaissance par l'ensemble des acteurs locaux", l'ASV d'Aubervilliers/Volet Santé mentale, a été invité par l'ASV de Pierrefitte, par l'ASV de Noisy le Grand et par la DASS à montrer son expérience avec une finalité de possible reproduction, notamment des RESAD" (extrait des commentaires).

On notera tout spécialement une meilleure résolution des problèmes rencontrés sur un même territoire d'autant que l'organisation souple et réactive est mentionnée par ailleurs sauf quand le réseau met en lumière les dysfonctionnements institutionnels (noté 1 fois).

Les items 16 et 17 montrent aussi que si des avancées sont visibles et que l'ASV y contribue, le travail en réseau doit être mieux connu et les coordinateurs ou équipes y travaillent (mentionné par 5 ASV), des champs spécifiques sont identifiés dans d'autres séries d'indicateurs.

L'espace pour nourrir les politiques municipales est mentionné par 7 fois ASV: ce sont les villes du Blanc Mesnil, de Noisy-le-Sec, Villetaneuse, Bondy, Dugny, Montreuil et Pantin qui en font état explicitement. Les espaces se créent peu à peu. 1 ville en particulier, Montreuil note des liens étroits avec l'élus à la santé de l'époque (réunions bimensuelles).

Dans les informations notées dans la catégorie « autres », les remarques mettent de l'avant que ce travail en réseau permet l'évolution des représentations autour de la santé, que les missions des uns et des autres sont plus facilement identifiées, le travail en groupe est simplifié grâce aux espaces réguliers de travail conjoint et aux occasions de croiser les représentations de chaque champ professionnel, que des interfaces sont créées aussi pour croiser les savoirs des professionnels et des habitants en santé et nourrit les questions de méthodologie de projet.

Des exemples illustrent les bénéfices et leurs traductions concrètes sur le terrain illustrent les constats précédents:

➔ **Des points forts des dynamiques qui se forment : « extraits des cases commentaires » (l'ensemble des commentaires est disponible en annexe 12)**

La démarche ASV : « coup de pouce »

"La dynamique de nombreux groupes de travail est basée sur une logique de travail en réseau (le lien, groupes jeunes en difficulté, coordination Petite enfance, groupes de travail issus du diagnostic santé...). Les évaluations réalisées montrent que le point fort de ces groupes est le développement de l'inter connaissance des partenaires ...(point 1, 2, 4, 6, 7 du tableau). Ces groupes de réflexion favorisent la création ou la mise en œuvre de nouveaux projets (ex. promotion santé mentale des jeunes, recherche action obésité) dans lesquels les acteurs des réseaux s'impliquent activement (point 8, 9,14). Ce cadre permet de mettre en place rapidement des actions qui n'auraient pu voir le jour du fait du cloisonnement des institutions (création PMI intercommunale) (point 10,11,12). Une des conditions de réussite du réseau est de fonctionner en dehors des enjeux de pouvoir (point 13). Toutefois, cela n'est pas toujours possible, notamment lorsque la résolution de situations individuelles met en lumière certains dysfonctionnement institutionnels (ex. RASAD). Dans d'autres cas, des institutions ont modifié leur manière de travailler pour mieux s'adapter au besoin de leurs publics (FTM Manouchian, Santé Mentale)"

Des opportunités pour les politiques municipales

La démarche dispositif de l'Atelier Santé Ville se met en place sur Villetaneuse, les effets sont donc assez considérables sur l'ensemble des acteurs et le travail en commun: naissance d'une culture partagée en santé, rencontre entre les professionnels des différents champs sur la thématique santé (reconnaissance du travail de chacun, développement de travail en réseau parallèlement aux rencontres ASV).

La politique municipale se nourrit du travail en réseau, des réflexions communes (impulsion d'actions, meilleure prise en compte des problématiques santé dans certains champs d'intervention: insertion,...)

Des expériences novatrices, qui peuvent diffuser...au-delà de la commune

"Quant à la question "Reconnaissance par l'ensemble des acteurs locaux", l'ASV d'Aubervilliers/Volet Santé mentale, a été invité par l'ASV de Pierrefitte, par l'ASV de

Noisy le Grand et par la DASS à montrer son expérience avec une finalité de possible reproduction, notamment des RESAD".

Des difficultés aussi (extraits des cases commentaires) :

Acteurs associatifs peu nombreux

"Le travail en réseau n'est pas connu par tous les acteurs de la ville.

Noisy-le-Sec ne compte pas beaucoup d'associations; ce qui peut être un avantage si l'on veut travailler avec les 2 ou 3 associations qui répondent présent aux invitations de la coordination en matière d'EPS; cela peut aussi être un désavantage à partir du moment où réunir chaque fois 2 associations pour les mêmes choses sachant que celles-ci souffrent déjà d'un problème d'effectif est difficile: du coup, beaucoup de choses se font de façon informelle (réunions par téléphone...) et pour la création d'un vaste réseau (qui est un des fondements de l'ASV) nos principaux partenaires sont les autres services de la ville".

Des éléments de rupture

"Les principaux partenaires du social et de la santé identifiés sur la ville participent au réseau, cependant les professionnels libéraux (médecins généralistes...) n'ont pas encore été associés au dispositif ASV. Les médecins généralistes de Bondy n'auraient pas d'après plusieurs partenaires cette culture du travail en réseau - de précédentes expériences l'ont déjà montré (dépistage du cancer du sein notamment). Le coordinateur ASV s'attachera cependant en 2007 à faire connaître auprès d'eux les résultats obtenus par les groupes de travail".

L'absence de culture de travail en réseau n'est pas le seul paramètre à prendre en compte pour les libéraux mais il en fait effectivement partie.

L'absence de comité de suivi dans la démarche ASV peut aussi être une limite dans les dynamiques partenariales et montre que les instances peuvent avoir un rôle dans le signal à donner aux acteurs d'un territoire donné ; c'est aussi là que se forment les représentations partagées, la résolution de difficultés et les logiques transversales.

S'il ne faut pas multiplier les instances des concertations au risque d'épuiser les acteurs, il est important de les imaginer en tenant compte de leur globalité sur un territoire, de partir de l'existant et d'organiser de façon stratégique les différents niveaux et types d'instances.

→ Les 2 défis mentionnés pour le futur sont de toujours consolider ou d'étoffer le travail en réseau et l'implication du secteur libéral.

Les outils de partage (indicateur 241) utilisés dans le travail en réseau.

Outils de partage	Nombre d'ASV concernés
Journal	3
lettre d'information	5
Annuaire	3
Films	
Cassette	1
plaquettes, affiches	7
émission de radio communautaire	1
site internet	3
DVD	1
Autre	5
Outil de mutualisation	
base de données	6

Lettres d'information, plaquettes et affiches sont les plus utilisées, sous des formes et des thématiques différentes.

Dans les commentaires des supports sont à destination des professionnels et d'autres à destination des habitants parfois mixtes (annonces d'événements).

Les exemples de supports donnés pour les professionnels reprennent

- Les lettres ou journaux (Le Lien sur Le Blanc-Mesnil et Dugny, la lettre interprofessionnelle sur Bondy, Sevran)
- Compte rendus de réunions
- Site internet/mails
- Annuaire
- Affiches
- Tracts
- Plaquettes ou brochures (ressources)
- Tableau de bord de service
- Bases de données (logements à risque, saturnisme, consultations diététiques)
- Fiche à destination du coordinateur ASV sur les actions des autres partenaires *

L'idée de fiche que les partenaires municipaux doivent envoyer au coordinateur ASV est une modalité à retenir pour avoir plus de visibilité sur le territoire.

L'adhésion aux autres secteurs que le secteur municipal à ce type de fiche n'est pas aisée mais serait un vrai plus, permettant d'avoir une vision globale et de gagner du temps dans la recherche du « qui fait quoi » sur un territoire. Cette modalité couplée à l'accueil des nouveaux acteurs est une bonne initiative. Il s'agit d'ailleurs de la même ville (Bondy).

Les exemples à destination des habitants (se recoupe avec l'indicateur de la catégorie 5)

sont :

- Affiches
- Tracts ou plaquettes
- Brochures
- Exposition *
- Les journaux ou magazine municipaux ou de quartier sont utilisés par plusieurs ASV Journal du quartier le Moulin « le moulin à parole », Journal « femmes dans la cité », Journal « Montreuil dépêche hebdo », etc.
- Radio communautaire (retransmission de cabaret théâtre)

On remarquera que les informations circulent beaucoup par le biais de l'écrit excepté à Aubervilliers dans l'utilisation d'une radio communautaire, c'est en tout état de cause ce que les chiffres donnent comme image et les publics rencontrant des difficultés avec la lecture sont pour beaucoup exclus des informations. Cet aspect est important dans le travail en réseau.

D'autres exemples d'outils sont cités dans la base de données mais ils concernent plus les supports pédagogiques à des actions précisent en éducation pour la santé. Ils ne sont pas intégrés ici car ne répondent pas à l'objectif.

On pourra néanmoins souligner que tous les modes de communication utilisés à différents niveaux qui facilitent l'interaction entre les acteurs sur un même territoire, vont aussi faciliter le lien.

Une même information, véhiculée sous des formes différentes n'aura pas la même efficacité selon la façon dont elle est construite et véhiculée.

Les éléments qui ciblent la communication ne sont pas très disponibles en dehors de la démarche ASV alors qu'une foule d'initiatives pourraient diversifier et permettre de rendre la communication plus opérante en couplant diverses stratégies et en essayant d'éviter l'écueil que « trop d'information tue l'information » et par ailleurs « qui veut toucher tout le monde rate son public prioritaire ».....Une réflexion a été menée à ce titre dans une des sessions du groupe de travail à Profession Banlieue. Ce thème, outre l'importance de l'intégrer dans la gestion de projet, devrait être une priorité dans le cadre de la coordination des actions de santé sur un territoire. Elle fait partie des champs de compétences négligés « car allant de soi ». Le quotidien nous démontre le contraire.....

En synthèse sur cette catégorie d'indicateurs, on notera qu'il donne une bonne image « macro » du travail en réseau sous différentes facettes.

De fait, réalisant par ailleurs les accompagnements méthodologiques des nouveaux coordinateurs et faisant aussi des points d'étapes avec les autres ASV en collaboration

avec la DDASS et Profession Banlieue, on remarque qu'une foule d'initiatives et de liens existent sur la plupart des ASV.

Les partenariats se forment, même si des défis restent à relever et des espaces inter professionnels à relier.

Rappelons que parmi les déterminants qui vont influencer la possibilité pour les coordinateurs d'être en meilleure posture de coordination des actions de santé sur un territoire, en lien avec l'équipe ASV éventuellement, on pourra citer :

- la volonté politique (nommée explicitement comme facteur facilitant)
- le profil du poste du coordinateur qui profile ses marges de manœuvre sur cet aspect tout spécialement.
- sa position dans l'organigramme de la ville et l'organisation des liens fonctionnels entre les services (qui peut aussi refléter l'engagement politique des villes).
- L'organisation de sa fonction qui va l'isoler ou d'emblée l'inclure dans une dynamique porteuse (exemple d'organisation à Bondy qui couple centre municipal, hygiène, service prévention, ASV).
- Les cloisonnements entre les différentes directions des villes, reflet des cloisonnements historiques constatés du national au local sont un des écueils rencontrés le plus fréquemment.
- Enfin, lorsque le coordinateur a « plusieurs casquettes » (mi-temps partagés par exemple sur plusieurs fonctions, il peut lui être difficile de porter sa légitimité de coordination, induire des confusions quant à son rôle car l'image générée par de telles configurations de postes est le plus souvent ambiguë.
- A l'inverse un rôle trop cadré et centré par ailleurs sur un service ou une structure municipale peut être un obstacle à sa légitimité dans la contribution à la coordination d'actions sur un territoire donné et dévier la démarche ASV de son essence première. On peut considérer que la démarche serve de levier pour développer des axes de travail et innover. Par contre, il faudra toujours mettre en regard les postes, l'organisation de la démarche globalement sur un territoire pour rester dans l'esprit de la circulaire.

Il faut aussi rappeler dans cette partie le faible nombre d'institutions mandatant officiellement une personne dans le cadre de la démarche et même si le nombre d'institutions et de partenaires va en augmentant entre 2005 et 2006 (voir indicateurs précédents).

IX - ARTICIPATION DES HABITANTS DANS LA REALISATION D' ACTIONS DE SANTE

La démarche ASV intègre dans ses principes l'implication des habitants dans les actions de santé qui les concernent : « favoriser l'implication active des populations à toutes les phases du programmes » (extrait de la fiche thématique programme de santé », CUCS, annexe 1).

Le défi est ambitieux et nous savons que ce thème est complexe autant par les débats sur les enjeux de pouvoirs, la nature de l'implication que dans les moyens mis en œuvre.

Les indicateurs de la série 5 permettent de visualiser où en est la démarche ASV sur cette question pour les ASV répondants à travers 4 indicateurs :

OBJECTIF STRATEGIQUE 5	
Développer la participation active des habitants dans la réalisation d'actions de santé	
OBJECTIF OPERATIONNEL 5.1 Promouvoir la participation des habitants (par groupe) sur des thèmes en particulier (environnement, habitat, santés des jeunes et adolescents)	5.1.1 Nombre de rencontres permanentes et ponctuelles réunissant les habitants et soutenus par les ASV sur des sujets liés à la santé 5.1.2 Type d'outils et de méthodes utilisés pour inviter les habitants à se mobiliser
OBJECTIF OPERATIONNEL 5.2 Assurer l'implication des habitants dans la conception et la mise en œuvre de projets	5.2.1 Nombre de projets choisis, co-conçus ou co-mis en œuvre par les habitants
OBJECTIF OPERATIONNEL 5.3 Diffuser les bonnes pratiques de santé communautaire	5.3.1 Nombre d'acteurs locaux informés et formés aux pratiques de santé communautaire par catégorie d'acteurs locaux

ASV	Indicateur			
	511	521	521	531
NON CONCERNES	1	0	1	2
N'AYANT PAS RENSEIGNE L'INDICATEUR	2	1	1	1
VALEURS NULLES	1	0	0	1
SANS COMMENTAIRE	1	8 (tableau)	1	2

Le premier indicateur 5.1.1 permet de visualiser la notion de proximité avec les habitants et comment la démarche ASV y contribue aux côtés d'autres partenaires à travers l'exploration des différentes rencontres.

Le graphique de la maquette donne les informations suivantes :

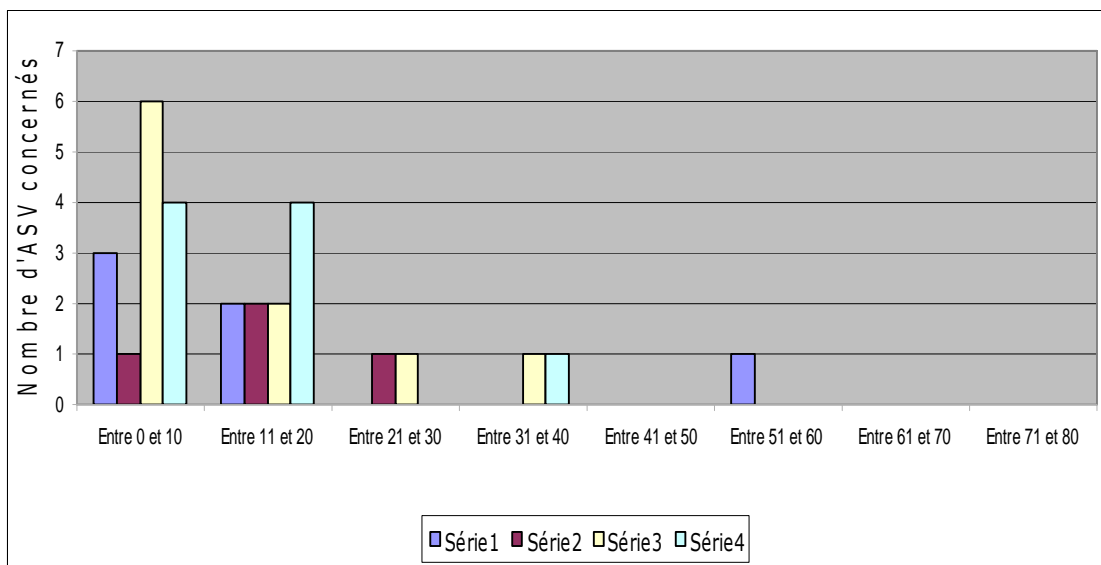
a) La série 1 correspond en fait au premier semestre 2005

b) La série 2 au deuxième semestre 2005

La série 3 au premier semestre 2006

La série 4 au deuxième semestre 2006

Nbre de rencontres permanentes et ponctuelles réunissant les habitants et soutenus par les ASV sur des sujets liés à la santé



Pour l'année 2006, ce sont les colonnes jaunes et bleu ciel qui nous intéressent.

Le type de regroupement pour la consolidation actuelle limite les informations par ville car les données ont été saisies directement par tranches. Ces données quantitatives apparaissent dans les cases commentaires ; cette visibilité pourrait s'obtenir plus facilement comme pour d'autres indicateurs avec les propositions de modifications ergonomiques proposées par PWC.

⚠ Il serait plus opportun dans la consolidation d'insérer directement les données chiffrées des TDB villes dans la BDD de la consolidation (feuille Excel à créer) plutôt que de faire le traitement a posteriori dans les données qualitatives ce qui alourdit comme pour d'autres indicateurs la charge de travail ; il en est de même pour toutes les informations sur le sexe quand elles sont demandées.

Sur cet indicateur, on voit se dessiner une tendance globalement positive pour les ASV répondants (11) et les rencontres avec les habitants augmentent avec une prédominance sur le premier semestre 2006 confirmé dans les bases de données des TDB des villes et les cases commentaires.

Le nombre de rencontres (retour dans les bases de données villes) était de 166 en 2005 et 210 en 2006 pour 11 ASV répondants. A noter une sous-estimation des données pour Stains et Montreuil pour ce que nous connaissons par ailleurs de ces démarches.

Lorsque les hommes et femmes sont comptabilisés, la compilation des données dans les cases commentaires montrent une prédominance de femmes mais les renseignements sont trop hétérogènes sur cette partie.

Le total de contacts (les mêmes personnes pouvant être impliquées) est de 596 pour 3 ASV répondants.

Les villes qui ont renseigné nouvellement cet indicateur en 2006 sont Bondy, Noisy-le-Sec, Pantin.

Il faut mentionner l'expérience de Bondy au titre de la prédominance des hommes sur la thématique où par ailleurs, les discriminations sont abordées. Ce projet est à l'initiative du foyer de jeunes travailleurs, du conseil de la jeunesse et de l'ASV.

Les thématiques retracées dans les commentaires :

Thématiques des rencontres en 2005 et 2006	N citations
Appui maintien professionnel de santé	1
Accompagnement services de proximité	1
Accès aux droits migrants	1
Permanence écoute bas seuil	1
Dépistage jeunes mission locale	1
Nutrition	3
Sida	2
Médecin traitant	1
Violences	1
Santé mentale	1
Projets dans le quartier	1
Insertion santé	1
Soutien orthophonique	1
Projet PMI intercommunal	2
Personnes âgées	2
Périnatalité	1
Excision	1
Bucco dentaire	1
Téléthon	1
Echanges de savoirs	1
Accessibilité services	1
Coordination cadres des centres municipaux de santé	1
Non spécifié	2

Le groupe de Bondy travaillant sur l'insertion et incluant 5 femmes est soutenu par des professionnels de l'insertion et l'ASV ponctuellement, avec un rythme de rencontres à partir de 2006 visant 2 rencontres par mois. Le projet vise à faciliter la mise en place d'actions auprès des habitants.

On voit là qu'à partir d'actions de petite échelle, les liens peuvent se tisser et évoluer vers d'autres types d'actions où les personnes elles-mêmes peuvent être impliquées à des degrés divers.

C'est bien en couplant actions et réflexion que se tissent les pratiques participatives dans le temps.

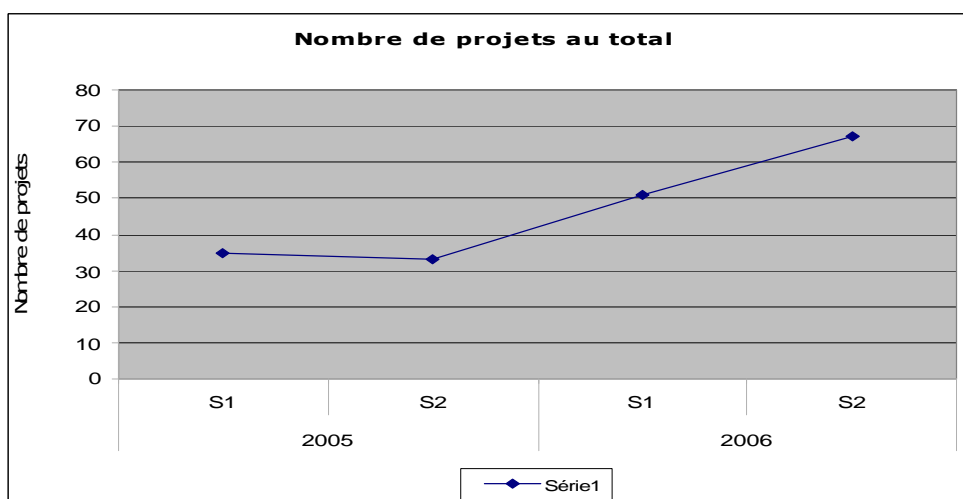
A Montreuil, depuis 2004 une démarche de santé communautaire a été actée par la ville avec le recrutement d'un agent de santé communautaire. Malgré les difficultés concernant ce poste et les ruptures dans le déroulé de cette initiative, les perspectives sont relancées en 2007. C'est ce qui était prévu au moment du renseignement du TDB, les élections de 2008 viendront conforter on l'espère cette démarche.

Le nombre et la nature de projets choisis, co-conçus ou co-mis en œuvre avec les habitants apparaît dans l'indicateur 521. Il donne des informations complémentaires.

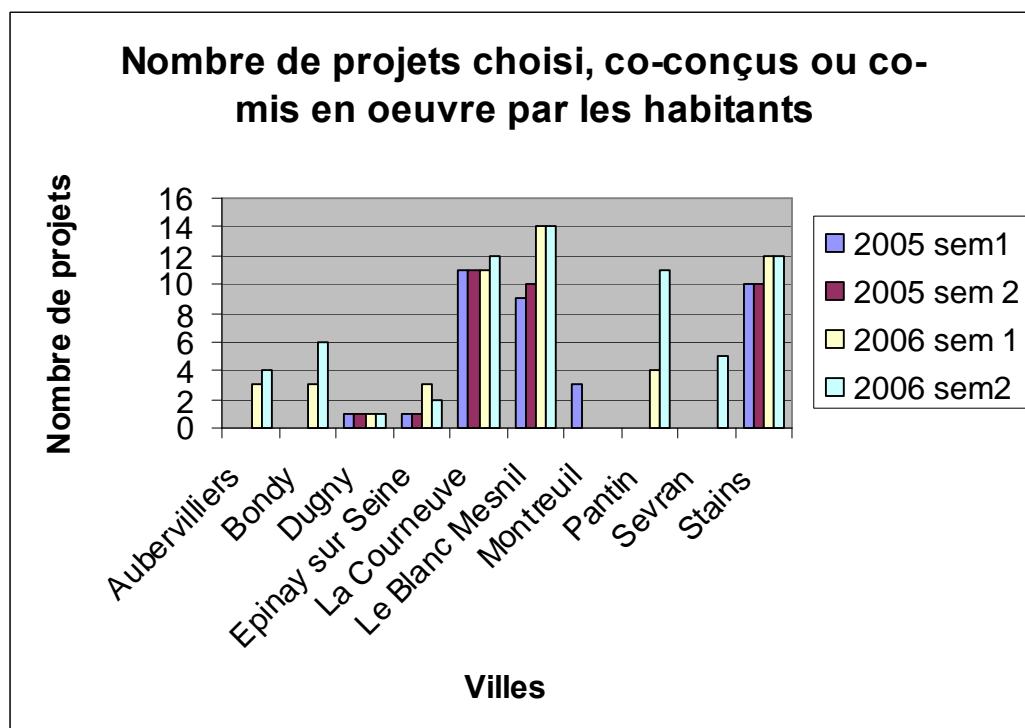
L'indicateur prend en compte les projets et non l'ensemble des actions mises en œuvre au titre du dit projet. En conséquence, il ne doit pas être interprété comme représentant l'ensemble des efforts mis pour développer l'implication des habitants.

Le graphique de la consolidation est le suivant :

5.2.1 Nombre de projets choisis, co-conçus ou co-mis en oeuvre par les habitants



→ Un autre graphique fait à partir des BDD permet cette fois de visualiser les informations par ville.



Le tableau qui suit reprend le détail des projets sachant que d'un semestre à l'autre ce sont probablement les mêmes projets compte tenu des dynamiques participatives.

	2005		2006	
	S1	S2	S1	S2
Aubervilliers	Nd	Nd	3	4
Bondy	Nd	Nd	3	6
Dugny	1	1	1	1
Epinay sur Seine	1	1	3	2
La Courneuve	11	11	11	12
Le Blanc Mesnil	9	10	14	14
Montreuil	3	0	0	0
Noisy le Sec	Nd	Nd	Nd	Nd
Pantin	Nd	Nd	4	11
Sevrans	Nd	0	0	5
Stains	10	10	12	12
Villetaneuse	Nd	Nd	Nd	Nd
SOMME	35	33	51	67

Sevrans et Bondy viennent en 2006 alimenter la BDD sur cette année-là, de même que Pantin. Sur les 2 années, La Courneuve, Le Blanc-Mesnil et Stains comptabilisent le plus

de projets co-conçus ou co-mis en œuvre avec les habitants d'après les informations données.

On note une rupture pour Montreuil probablement expliquée par les fluctuations dans la dynamique locale sur ce volet expliqué antérieurement. C'est sur le deuxième semestre de 2006 que l'augmentation des projets est la plus marquée.

Les thématiques des projets impliquant les habitants se regroupent autour des thèmes **accès à la prévention et aux soins** avec des approches diverses ou des portes d'entrée privilégiées, la **santé mentale** et le handicap.

Exemples de Projets Co-Conçus et co-mis en œuvre	Prédominance Sexe
Santé Mentale - Projet Robespierre - Cochenne / Aubervilliers	Nd
Santé Mentale Jeunes	Nd
Périnatalité	Femmes
Espace parents-enfants	Femmes
Groupe Accès Aux Soins	Nd
Accès Aux Soins Foyer Travailleurs Migrants	Hommes
Prévention VIH (Hommes)	Hommes
Dépistage Cancer Du Sein / Femmes Relais	Femmes
Prévention VIH (Hommes)	Hommes
Alcool Et Accidents Du Travail /Agents Municipaux	Hommes
Groupe De Travail Obésité	Nd
Prévention des accidents domestiques /habitat insalubre	Nd
Promotion Santé Personnes Agées	Nd
Coordination Gériatrique	Parité !
Halte Jeux	Nd
Sensibilisation Habitants Handicap	Nd
Formation Machinistes/ Handicap	Hommes
Sensibilisation Des Jeunes /Handicap	Nd
Diagnostique Accessibilité	Nd
Formation Roms (thématique ?)	Nd
Forum Santé	Nd
Réseaux D'échanges De Savoirs	Nd
Collectifs Santé Habitants/ Rougemont	Nd
Club Santé	Femmes
Club Santé	Hommes
Collectif Santé	Nd
Thèmes Non Précisés (3)	Nd

A noter que la prédominance féminine est encore marquée ; 4 projets impliquent plus spécifiquement des hommes (un club santé adolescent, une formation aux machinistes pour mieux prendre en compte les publics porteurs d'un handicap dans les transports, le groupe prévention VIH de Bondy et le travail au sein du foyer pour travailleurs migrants d'après les données disponibles au Blanc-Mesnil et la Courneuve.

Si la plus part des projets implique plutôt les habitants dans la mise en œuvre de projets, on soulignera la co-conception pour les projets suivants :

**Le projet participatif du quartier Robespierre-Cochennec co-conçu et mis en place avec la participation des habitants organisés en "Comité de santé du quartier" (Aubervilliers). Ce projet est un des rares qui explicite une méthodologie de travail issu des principes de l'éducation populaire (Paolo Freire).

**Les projets suivants pour la Maison des Pratiques de Bien-être et de santé (Aubervilliers): accidents domestiques et habitat insalubre, accueil parents- enfants hebdomadaire, ciné forum pour les enfants de moins de 13 ans.

**La formation de femmes relais (sans en avoir le statut) pour renforcer le dépistage du cancer du sein (Bondy)

**La création du club senior à Epinay vient aussi s'inscrire à l'initiative des personnes âgées tout en étant partie de la prévention de chutes, projet alors proposé.

**Le projet alcool et sécurité au travail à Dugny

**Pour Blanc-Mesnil, les projets suivants sont mentionnés : halte jeux, accès aux soins dans le cadre du projet avec le foyer FTM, le club santé, le programme de santé mentale.

**A Pantin, la sensibilisation de jeunes et de la population aux handicaps a été co-conçue avec eux, l'organisation du téléthon.

**A Sevran c'est le forum santé qui est cité.

** Les initiatives qui montrent une autre dimension des pratiques participatives comme les collectifs, clubs, Réseaux réciproques d'échanges de savoirs méritent d'être soulignées.

Elles concernent 7 ASV au total d'après les renseignements donnés.

Ces éléments viennent croiser les dynamiques partenariales avec une meilleure visibilité sur 2006 et montrent que les initiatives pointent ou se renforcent selon l'histoire des villes dans l'ouverture et surtout sa pratique dans les démarches participatives (on touche là les questions de gouvernance).

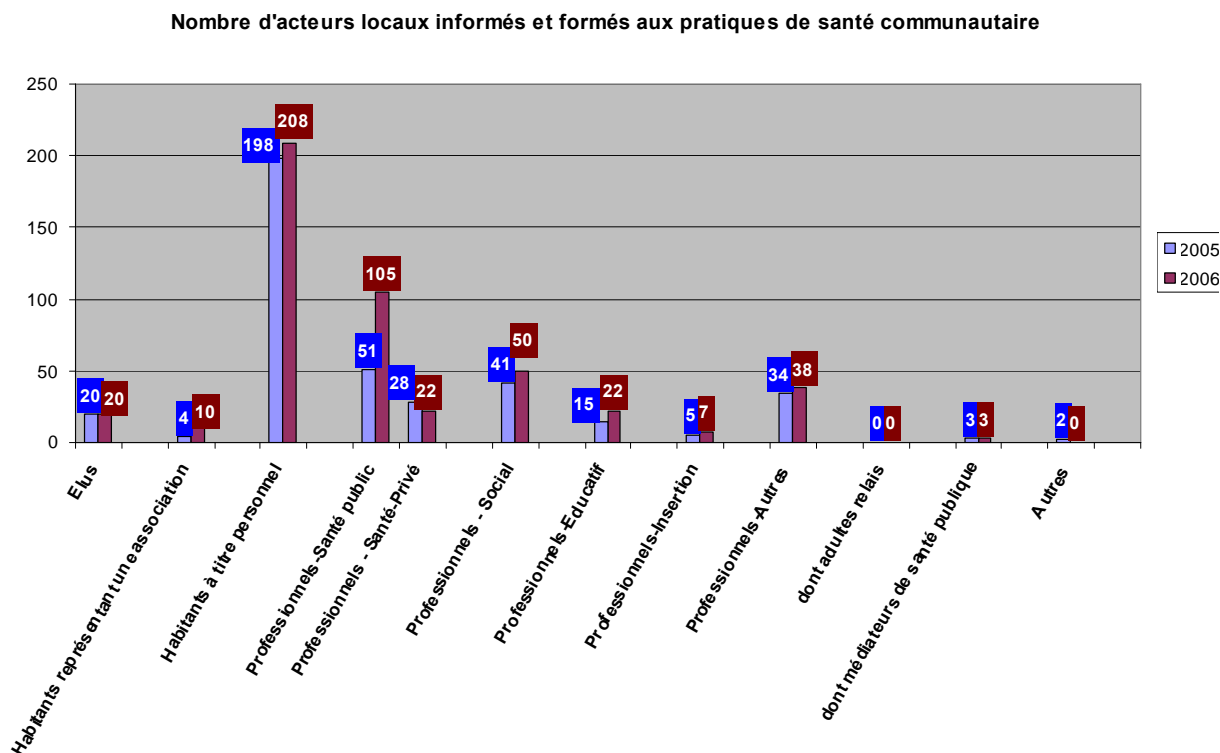
A mettre en lien aussi avec l'ancienneté de l'ASV, la taille du territoire dont est chargé le coordinateur et le profil de ses missions.

Les deux indicateurs suivant contribuent à visualiser 2 aspects qui contribuent, sans être les seuls, au développement des pratiques participatives :

- Celui sur les informations et formations par catégorie d'acteurs aux pratiques de santé communautaire d'une part et

- Celui concernant les outils (dont on a déjà eu un aperçu dans l'indicateur 241).

Le graphique refait à partir des bases de données montre :



On peut voir que sur 2005 et 2006, il y a eu respectivement 406 personnes et 463 personnes répertoriées.

Ces formations semblent concerner paradoxalement les habitants. Puis viennent les professionnels du secteur public. Les professionnels du champ social, éducatif et de l'insertion apparaissent aussi dans une moindre mesure sur 2006 principalement.

Peu d'élus sont concernés mais cet effort est à saluer.

Enfin les adultes relais et les médiateurs de santé publique apparaissent peu et renvoient aux remarques antérieures.

Les commentaires associés à cet indicateur donnent peu d'informations, excepté Aubervilliers et Epinay où 2 types de formation ou sensibilisation (Epinay) ont pu être développées :

** A Aubervilliers, dans le cadre du projet santé mentale, 4 jours de formations « "Approche pluridisciplinaire de la participation communautaire" ont été organisés avec les acteurs intégrant le projet "Promotion du bien-être psychique du jeune enfant". On voit ici que la formation vient s'ancrer dans une série de stratégies mises en place

autour d'un même objet. **C'est effectivement une des modalités à privilégier pour travailler les conditions à forger afin de faciliter les liens entre professionnels et entre professionnels et les habitants concernés par le projet ;**

** A Epinay, 4 professionnels ainsi que la coordinatrice ont participé à la formation du CODES sur la démarche projet en éducation pour la santé. Les acteurs étaient une conseillère de la Mission locale - la responsable de la Maison des parents, la responsable du PIJ de la Maison du Centre - une animatrice du Centre socioculturel des Presles. La formation comprenait un après-midi de sensibilisation aux pratiques de santé communautaire (intervention de l'institut Renaudot). Ces sensibilisations doivent être considérées comme un tremplin pour ouvrir des espaces.

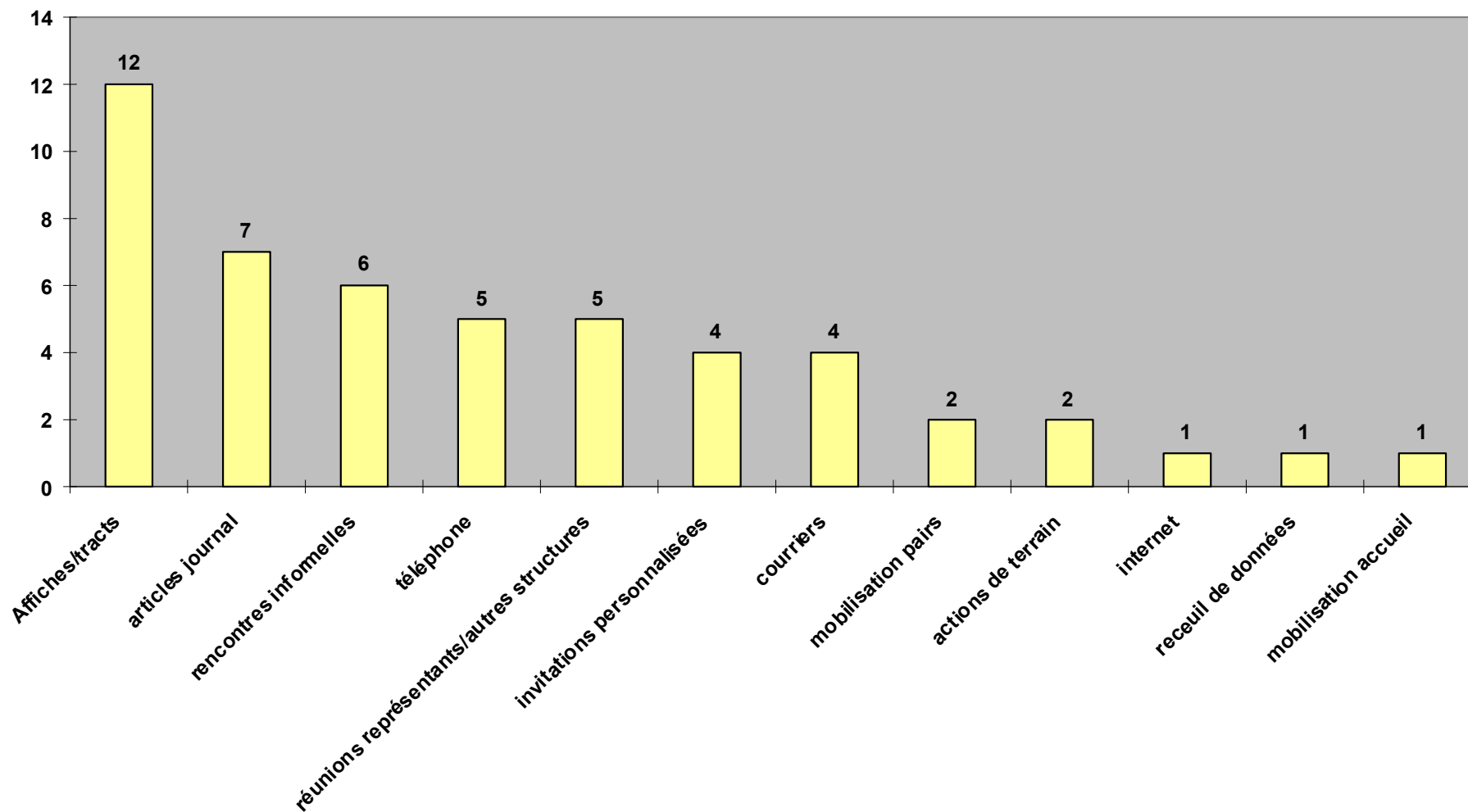
L'indicateur 512 vise à mettre en évidence les outils et méthodes utilisés pour favoriser la mobilisation des habitants.

11 ASV ont renseigné le tableau, peu de commentaires sont disponibles.

De fait, les outils et méthodes répertoriés ici semblent sous-estimer la diversité des modes d'entrée en communication avec les habitants pour les impliquer activement connaissant un certain nombre d'ASV.

Les résultats obtenus sont néanmoins les suivants, avec une prédominance pour les affiches et les tracts, les articles dans les journaux, les rencontres directes et informelles.

512 REPARTITION DES OUTILS SELON LA FREQUENCE DE LEUR UTILISATION PAR LES ASV



Le tableau qui suit retrace plus précisément les données (les informations par ville sont disponibles en annexe 13).

Liste des outils et des méthodes (Interventions terrains, affiches diffusées...)	Utilisation régulière	Utilisation ponctuelle
Courriers	3	2
Brèves dans les journaux	4	2
Diffusion d'affiches	9	
Rencontre directe	3	
Tracts	4	
Missionnement d'un médiateur	1	1
Participation à des évènements organisés par des habitants	1	
		1
Rencontre avec des représentants d'habitants (associations,...)	4	1
Mobilisation par les pairs	1	
Invitation personnalisée	2	
Sollicitation des habitants par un service	1	
Site Internet	2	
Téléphone	1	1
Intervention de terrain	2	1

Il apparaît qu'on utilise de façon prédominante le matériel écrit et que ce type de support ou les canaux de communication ont leurs limites. On voit en creux sans doute la nécessité de développer des modalités de communication qui permettent de rejoindre les personnes les plus à la marge.

C'est là que le téléphone, les visites à domicile, l'utilisation de personnes relais, les pairs, les radios communautaires (indicateur 241), les comités de quartier, les liens avec les structures de proximité qui sont fréquentées par les personnes - et qui a priori peuvent être éloignées de la santé sont des moyens plus consommateurs de temps mais qui recherchent là une proximité directe et permettent des modes de contact plus opérants.

En synthèse sur cette catégorie d'indicateur, on relèvera qu'il donne une image à la fois de ce qui se fait, en ayant présent qu'il y a sous-enregistrement des informations, que les dynamiques permettent de forger l'implication des habitants au-delà de leur présence pour la seule mise en œuvre des projets. C'est aussi à travers des propositions des professionnels que peut se développer l'implication des personnes, le tout étant de définir clairement ce vers quoi on veut tendre en termes de « participation ». Cette dernière dépend de différents paramètres et ne doit pas viser à stigmatiser plus les populations les plus vulnérables, ni à les « rendre responsables de ce qui leur arrive » (tendance fréquente aujourd'hui dans le champ de la santé entre autre).

Quelques paramètres sont à prendre en compte tout spécifiquement dans les dynamiques participatives en fonction de la visibilité que nous avons avec les commentaires associés et la connaissance des ASV, et indépendamment des discussions plus générales sur le sujet :

** Des ruptures de postes / ou difficultés de recrutement ont eu lieu sur La Maison du Marcreux à Aubervilliers, à Stains et à Montreuil - sur ce volet tout spécialement, alors que les démarches participatives nécessitent du temps, de la régularité et de la constance.

** Les villes qui ont démarré le plus tardivement les ASV comme Sevrans et Villemois-en-France commencent à l'époque à développer cet aspect tout en travaillant aussi avec le réseau de partenaires professionnels, deux volets donc à articuler en même temps.

** De façon plus large, soulignons à minima, une ambiguïté reste prégnante dans les champs des professionnels et des élus : les attendus des formes de participation ne sont pas clairs. La légitimité des habitants à s'emparer réellement des questions de santé n'est pas reconnue le plus souvent, ce qui pose de facto des problèmes dans la mobilisation indépendamment des aspects de méthode.

Les démarches participatives demandent des stratégies croisées au service desquelles la communication doit se placer de façon ajustée, utilisant aussi des approches diversifiées et complémentaires en veillant à ne pas se limiter à informer, risque sur lequel nous avons déjà fait des remarques.

Le projet promotion de la santé mentale du jeune enfant à Aubervilliers est un bon exemple a) de méthode explicite dans la démarche, b) de couplage de stratégies alternant actions sur différents volets, réflexion et formation des acteurs, c) canaux de communication diversifiés.

La dernière publication du groupe de travail de Profession Banlieue fait un point sur les aspects de l'implication des habitants et « promotion de la santé et communication » tout spécifiquement¹⁸.

Les données montrent ainsi que les efforts en termes de compétences et les modes de communication peuvent être renforcés, de façon transdisciplinaire.

Le TDB permet ainsi de noter les acquis et les pistes à renforcer, on retrouve ici son rôle d'outil de pilotage comme sur les autres indicateurs déjà décrits.

¹⁸ Joubert M., Mannoni C., Les ateliers santé ville, expérimentations en Seine-Saint-Denis, Profession Banlieue, 2003 ; Mannoni C., politique de la ville, territoire et santé, réflexions autour des ateliers santé ville et de leurs enjeux en Seine-Saint-Denis, Profession Banlieue, 2004. Mannoni C. (sous la dir.) La démarche atelier santé ville, des jalons pour agir, Profession Banlieue 2008.

L'indicateur suivant vise à documenter le renforcement des compétences des acteurs locaux, aussi bien des décideurs, que des professionnels et des habitants. Il vient en complémentarité à la thématique concernant les pratiques communautaires.

X - RENFORCER LES COMPETENCES DES ACTEURS LOCAUX ET L'INFORMATION EN MATIERE DE SANTE

OBJECTIF STRATEGIQUE 6	
Renforcer les compétences des acteurs locaux et l'information en matière sociale ou de santé publique	
<p>OBJECTIF OPERATIONNEL 6.1</p> <p>Améliorer l'organisation et la diffusion de formations des acteurs locaux sur des problématiques sociales ou de santé publique</p>	<p>6.1.1 Nombre de formations organisées ou impulsées par les ASV et tenues durant le semestre (incluant l'insertion professionnelle)</p> <p>6.1.2 Taux de participation aux séances de formation en cas de convocation nominative</p> <p>6.1.3 Niveau de satisfaction des personnes formées.</p>
<p>OBJECTIF OPERATIONNEL 6.2</p> <p>Améliorer l'organisation et la diffusion de l'offre de séances d'information des acteurs locaux sur des problématiques sociales ou de santé publique</p>	<p>6.2.1 Nombre de séances d'information organisées ou impulsées par les ASV et tenues durant le semestre</p>

ASV	Indicateur				
	611	612	613	621	622
NON CONCERNES	1	1	1	0	3
N'AYANT PAS RENSEIGNE L'INDICATEUR	1	1		2	
VALEUR NULLES	1	2	2	2	2
SANS COMMENTAIRE	2	2	3	2	3

Le tableau suivant pour les 11 ASV répondants donne une image du nombre de formations et des acteurs concernés ainsi que leur degré de satisfaction sur les 2 années.

C'est l'année 2006 qui est la mieux documentée pour la moitié des ASV.

Le nombre total de formations organisées est respectivement de 362 en 2005 et 359 en 2006, soit globalement équivalent avec des variations selon les villes comme le

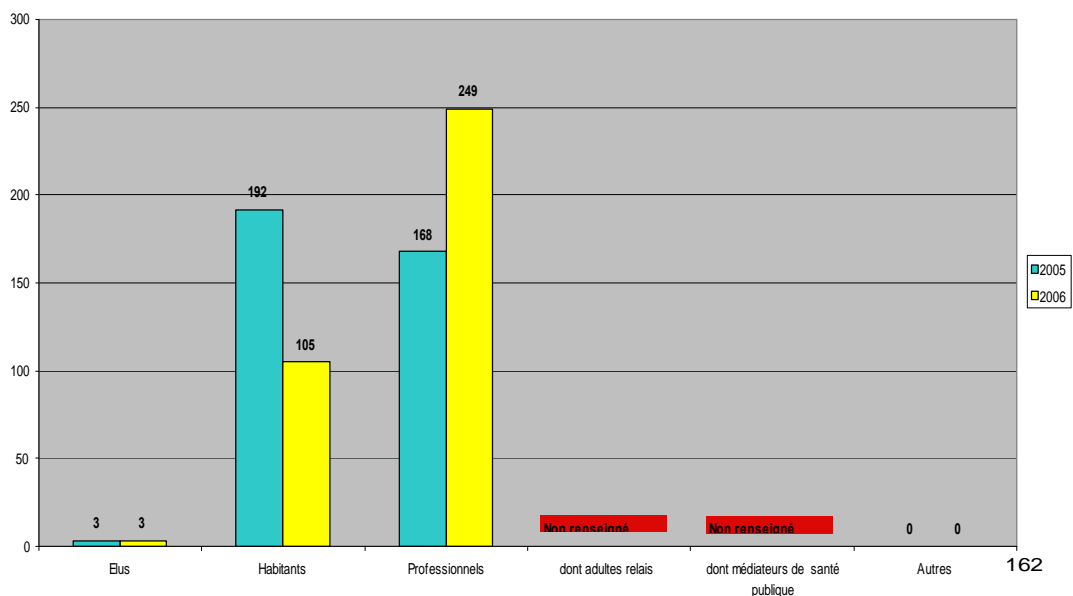
montre le tableau. On voit apparaître des formations en 2006 pour les villes les plus récentes ou dont la démarche s'est consolidée.
La Courneuve et le Blanc Mesnil sont les deux villes où de nombreuses formations sont portées par l'ASV représentant 94% du total.

Indicateur 6.1.1
Nombre de formations organisées ou impulsées par les ASV et tenues durant le semestre

	2005		2006	
	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2
Aubervilliers				1
Dugny	2	7	3	8
Epinay sur Seine	0	0	0	0
La Courneuve	50	74	65	67
Le Blanc Mesnil	146	80	128	79
Montreuil				1
Noisy le Sec			1	1
Pantin			1	2
Sevran			0	0
Stains	1			1
Villetaneuse	1	1	0	1
Total	200	162	198	161
	Total 362		Total 359	


Les acteurs concernés par ces formations représentent un total de 720 sur les deux années (sachant que si un acteur a participé à plusieurs formations, il est comptabilisé autant de fois).

6.1.1 Nombre de formations organisées ou impulsées par les ASV



Les deux catégories qui ressortent sont les **professionnels et les habitants représentant respectivement 58 et 41 % du total.**

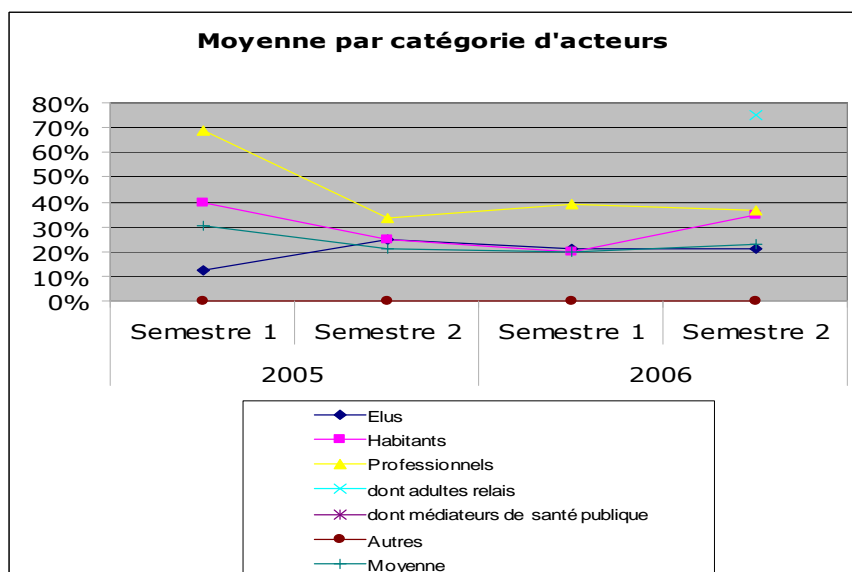
Les élus apparaissent pour une ville : La Courneuve.

 Enfin la catégorie des adultes relais/médiateurs de santé publique n'apparaît pas ici alors que le taux de participation des adultes relais (76%) apparaît dans l'indicateur suivant sur le deuxième semestre 2006.

Nombre de formations par catégorie d'acteurs	2005		2006		Total
	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2	
Elus	2	1	1	2	6
Habitants	121	71	77	28	297
Professionnels	78	90	119	130	417
dont adultes relais					?
dont médiateurs de santé publique					0
Autres	0	0	0	0	0
Somme	201	162	197	160	720

Le taux moyen de participation à ces séances de formation oscille entre 20% et 30,1% ce qui est relativement faible (si la base a été correctement remplies) car il s'agit de formation sur invitation nominative.

6.1.2 Taux de participation aux séances de formation en cas de convocation nominative



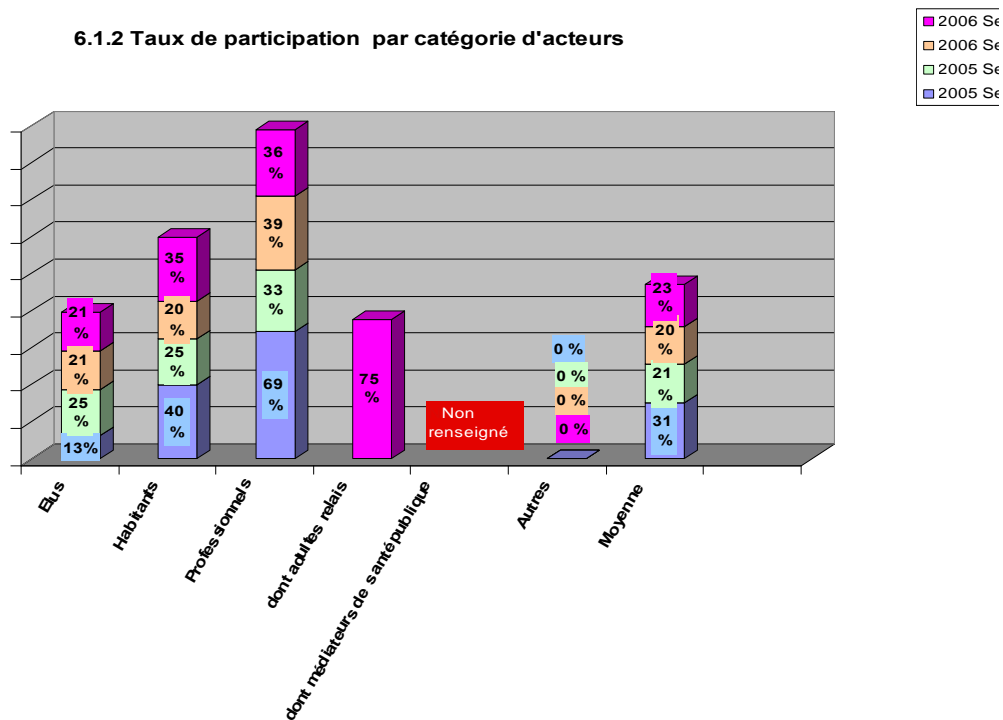
	2005		2006	
	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2
Moyenne	30,38%	20,83%	20,03%	23,07%

Est-ce à dire que l'on envoie largement ces invitations expliquant alors sans doute ce faible taux, qui représenterait de fait les bonnes personnes à « cibler ». S'agit-il d'un indice marquant une faible mobilisation ? Des thématiques peu attractives ? Ces taux invitent à réfléchir à ces différentes hypothèses.

Les commentaires n'explicitent pas ces taux.

Ces derniers varient aussi par catégorie d'acteurs :

6.1.2 Taux de participation par catégorie d'acteurs



Sur les 4 semestres concernés, les taux varient, à partir de la BDD de la consolidation :

- ❖ Pour les élus, le taux varie entre 12,5 et 21%
- ❖ Pour les habitants entre 20 et 40% (les adultes relais mentionnés à ce titre ont un taux de participation de 75%, source non retracée).
- ❖ Concernant les professionnels, les taux sont plus élevés entre 33, 33 et 69%.

Le degré de satisfaction global est globalement bon entre 65 et 72 % toute catégorie confondue.

Les thématiques des formations indiquées dans les cases commentaires recouvrent les champs suivants : Les questions liées à la thématique santé mentale et violences prédominent.

Thématiques des formations, 2005, 2006 (illustrations des 8 ASV répondants, voir note)

Thématiques	ASV
Accès aux droits	La Courneuve
Eléments de fragilisation des adolescents (professionnels de santé publique, insertion, social, éducatif, médiateurs de santé publique)	Blanc-Mesnil
Formation public Roms (professionnels, habitants)	Blanc-Mesnil
Alcool et santé mentale	La Courneuve
Logement et santé mentale	La Courneuve
Prévention des violences dans les relations amoureuses entre jeunes	Sevran
Comportements sexistes	Noisy-le-Sec
Violences faites aux femmes (professionnels insertion, social, point d'accueil)	Villetaneuse
Formation personnes relais cancer du sein (habitants)	Stains et Aubervilliers
VIH/sida	Noisy-le Sec
Addictions en milieu scolaire (Intervenants milieu scolaire)	Stains
Nutrition/ repas équilibrés milieu scolaire (pour assistantes maternelles, animateurs)	Villetaneuse
La notion d'urgence	La Courneuve
Formation conducteurs/ personnes porteuses d'un handicap	Pantin

A noter que Bondy n'était pas concerné à l'époque et Montreuil n'avait pas de données disponibles (remplacement du coordinateur)

Note

Pour Le Blanc-Mesnil et Dugny, la plupart des données font redondance avec les groupes de travail où les séances d'information : ces données n'ont pas été prise en compte pour ne pas faire doublons avec les autres indicateurs qui ont exploré ces dimensions.

→ La plupart des formations concernent des professionnels. Les médiateurs de santé publique sont cités par Le Blanc-Mesnil au regard de la formation sur les facteurs de fragilisation des adolescents.

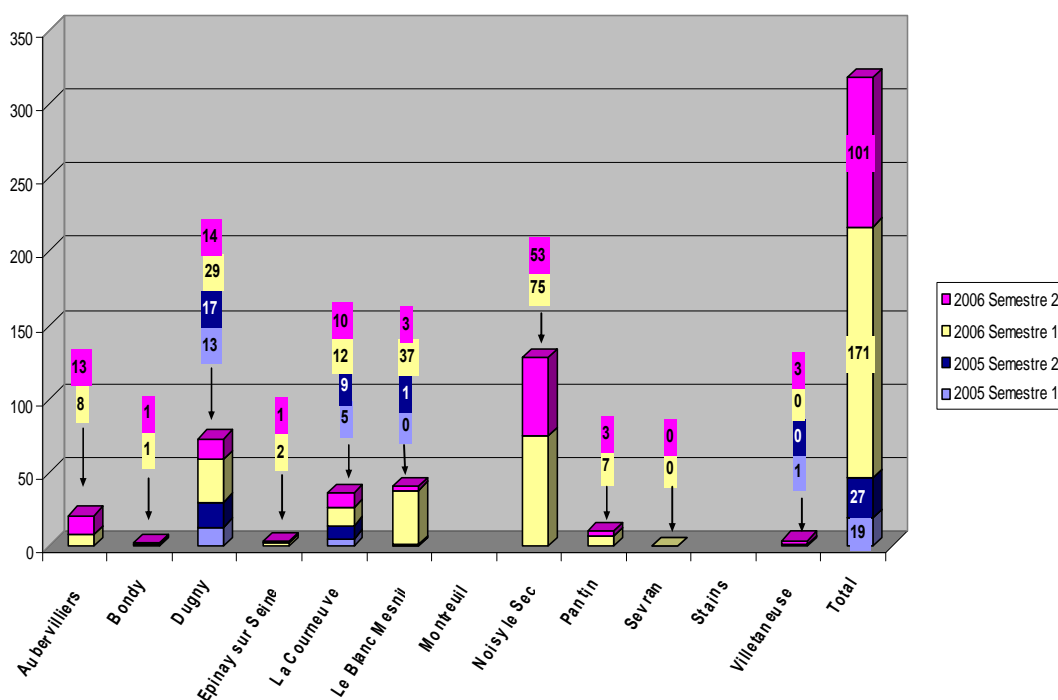
Par ailleurs, c'est sur la thématique cancer du sein que des habitantes ont été formées pour être relais dans les stratégies de dépistage et dans la formation concernant les Roms, 2 habitants sont mentionnés.

Concernant les séances d'informations : elles concernant un public plus large, sans invitation nominative et ne relèvent pas du même type d'actions que les formations (voir référentiel catalogue). L'indicateur 621 montre un nombre de séances par

semestre variant de 1 à 75, avec un total sur les deux années de 318 actions d'informations pour les ASV répondants sur le volet quantitatif (10).

Si on considère simplement l'année 2006 où le recueil de données est meilleur, on totalise 272 séances d'informations pour 10 ASV. Entre 2005 et 2006, on multiplie par 5 les données comptabilisées.

6.2.1. Nombre de séances d'information organisées ou impulsées par les ASV et tenues durant le semestre



Le nombre de participants à ces séances totalise plus de 4000 contacts sur les 2 années.

Les villes de Noisy-le-Sec, La Courneuve et Bondy, surtout sur le 2^e semestre 2006 contribuent à ces données importantes. Un forum organisé contribue à ces volumes. De fait les séances d'informations peuvent

- soit considérer des petits groupes
- soit mettre en avant des événements plus importants.

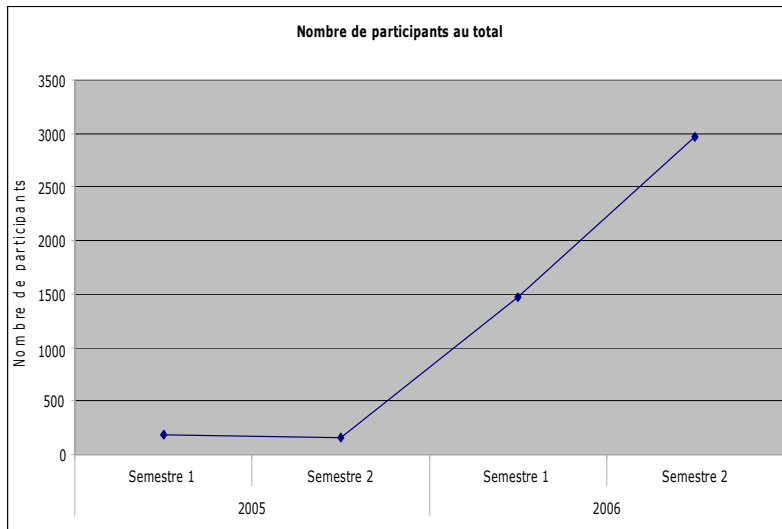
→ Les objectifs poursuivis ne sont pas alors les mêmes, les publics rejoints diffèrent aussi.

Ces deux types d'informations doivent apparaître comme des stratégies complémentaires.

Parmi les événements ponctuels on relèvera :

Les journées thématiques telles que le 1^{er} décembre, la journée des femmes, les forums spécifiques, les conférences santé bien-être (Epinay), les journées quartier en fête, les rallyes, etc..... Toutes ces initiatives n'apparaissent pas forcément mais témoignent de moments forts, que les ASV soutiennent ou en font la promotion.

6.2.2 Nombre de participants aux séances d'information élargies



171

La participation à ces sessions d'information par ville apparaît dans le tableau qui suit :

Indicateur 6.2.2					
Nombre de participants aux séances d'information élargies					
	2005		2006		total
	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2	
Aubervilliers			40	15	55
Bondy			40	350	390
Dugny	10	10	7	7	34
Epinay sur Seine					
La Courneuve	145	125	211	370	851
Le Blanc Mesnil	0	29	284	69	382
Montreuil					
Noisy le Sec			886	2120	3006
Pantin					
Sevran			0	0	
Stains					
Villetaneuse	25	0	0	35	60
Total	180	164	1468	2966	4778

Les thématiques abordées lors de ces séances mettent de l'avant l'accès aux droits et aux soins, le dépistage du cancer du sein.

On remarquera que ces séances peuvent se dérouler sur des lieux non étiquetés « santé », comme à l'épicerie sociale d'Aubervilliers, sur des lieux propices comme les cours d'alphabétisation, dans les actions de proximité (restaurants du cœur à Bondy), les foyers, etc.

Ces deux remarques amènent à considérer aussi bien les contenus que les stratégies de communication. De fait, les stratégies du « aller vers » sont les plus efficaces pour rejoindre des publics qui ne se rendent pas dans les lieux ad hoc, permettent aussi d'éviter des stigmatisations et de diversifier les modalités pour donner de l'information puis aller plus loin dans les thématiques, servir de tremplin. Il est alors nécessaire aussi de « réguler » en quelque sorte les espaces propices qui peuvent aussi être captés de façon désorganisée au risque de sur informer dans des espaces spécifiques, et de perdre le bénéfice de cette stratégie de proximité.

Thématiques des séances d'information élargies (illustrations 9 ASV)		
Thématiques	Ville	Public particulier cité
Accès aux droits (général)	La Courneuve	ND
	Aubervilliers	Epicéa et autres
	Pantin	Habitants en alphabétisation
Accès aux soins (général)	La Courneuve	ND
	Aubervilliers	Epicéa (épicerie sociale) et autres
Bilans de santé	Aubervilliers	Epicéa et autres
Cancer du sein	Dugny	ND
	Bondy	Elèves, femmes relais, infirmières scolaires
	Epinay	Professionnels, associations
	Aubervilliers	ND
Canicule	Pantin	agents municipaux, personnes âgées
Diabète	La Courneuve	ND
	Villetaneuse	Habitants général
		Agents municipaux, habitants
Exposition aux risques de l'alcool	Dugny	ND
	Blanc Mesnil	ND
Handicap	Pantin	Enfants, adultes
Information services	Villetaneuse	Point information prévention santé
Parentalité	Dugny	Parents
Escale Parents	Dugny	Parents
Prévention adolescents (club santé)	Dugny	Adolescents
	Blanc Mesnil	Adolescents
Prévention des chutes chez les personnes âgées	La Courneuve	
Sexualité	Dugny	Collégiens
Vaccination	Aubervilliers	Population Roms
Violences faites aux femmes	Villetaneuse	Habitants

XI - FAVORISER LES PRATIQUES D'ÉVALUATION DES ACTIONS CONDUITES ET DES OUTILS MIS EN PLACE

Dernière partie abordant des éléments transversaux à la démarche ASV dans le cadre du tableau de bord : les aspects méthodologiques avec l'accent sur les évaluations.

Les deux indicateurs de cette catégorie visent à documenter le rôle de la démarche ASV dans le soutien ou l'impulsion (« évaluations appuyées ou accompagnées » selon le catalogue) des démarches d'évaluation et de regarder par ailleurs, l'implication des partenaires dans ce champ.

Ces indicateurs peuvent aussi être un marqueur de la visibilité de la démarche quand le coordinateur ou l'équipe est sollicitée pour appuyer les acteurs de proximité sur ce registre.

La catégorie 8 repère ces éléments via 2 indicateurs : Pratiques d'évaluations et outils utilisés sont explorés spécifiquement.

OBJECTIF STRATEGIQUE 8 Favoriser les pratiques d'évaluation des actions conduites et des outils mis en place	
OBJECTIF OPERATIONNEL 8.1 Encourager les pratiques d'évaluation auprès des différents partenaires	8.1.1 Nombre d'évaluations appuyées ou accompagnées par l'ASV par type de partenaire
OBJECTIF OPERATIONNEL 8.2 Créer des outils de diagnostic, de pilotage et d'évaluation des actions conduites au sein de l'ASV	8.2.1 Nombre d'outils utilisés sur l'année

ASV	Indicateur	
	811	821
NON CONCERNES	0	0
N'AYANT PAS RENSEIGNE L'INDICATEUR	1	1
VALEUR NULLES	1	0
SANS COMMENTAIRE	2	1

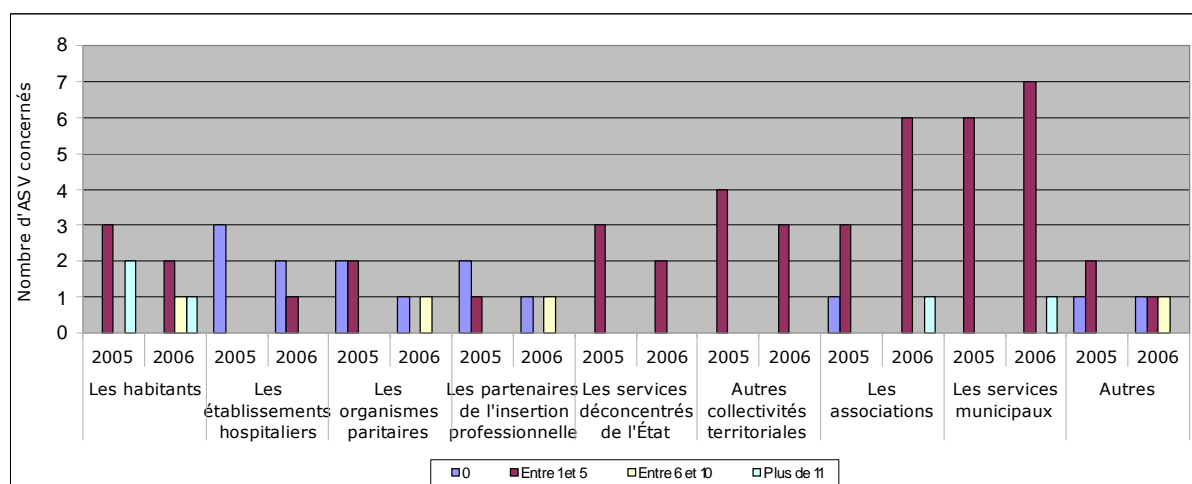
L'indicateur 8.1.1 a été inscrit pour visualiser comment la démarche ASV encourage les « pratiques d'évaluation auprès des différents partenaires ». Il répond à un des axes de la circulaire concernant la diffusion des pratiques, démarches méthodologiques...).

 Cet indicateur ne vise pas à documenter l'évaluation des projets portés par l'ASV.

Cette précision importe pour les modalités de renseignement, mais au vu des réponses sur cette consolidation - test, une ambiguïté doit être levée.

Si on reste sur le catalogue stricto sensu, on ne documente ici que les soutiens aux autres partenaires. Cependant, il est vrai que l'on peut considérer que les projets portés avec d'autres partenaires et évalué sous l'impulsion de l'ASV contribuent aussi à diffuser les pratiques d'évaluation. Dans ce cas il faut revoir en cohérence les 2 indicateurs pour qu'ils soient complémentaires et non redondants. Les informations ci-dessous permettent d'illustrer concrètement cette observation :

L'indicateur 811 permet de visualiser avec les données actuelles, le nombre total des évaluations d'après les données de la consolidation est important, avec une part prépondérante de Dugny et du Blanc-Mesnil sur ces deux années explorées.



→ Le total des évaluations est de 309 avec la répartition suivante par ville (et sous enregistrement sur 2005) :

Total des évaluations, 2005- 2006, (source : total recalculés à partir de la BDD consolidation)	
Aubervilliers	2
Bondy	3
Dugny	49
Epinay sur Seine	4
La Courneuve	10
Le Blanc Mesnil	210
Montreuil	12
Noisy le Sec	8
Pantin	2
Sevran	1
Stains	7
Villetaneuse	1

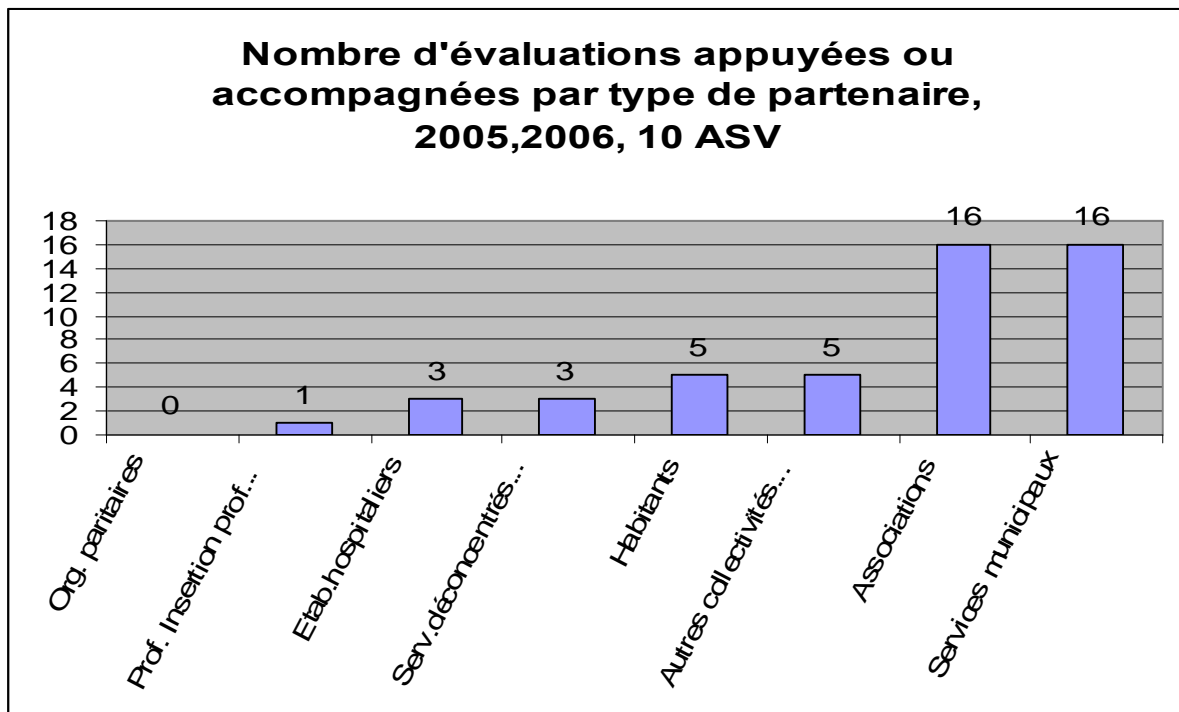
⚠ L'analyse des informations qualitatives permet de ré-ajuster l'analyse car de fait 2 ASV ont comptabilisé ici les évaluations des projets portés alors que les autres ASV ont mis l'accent sur l'appui aux évaluations.

Dans les commentaires qui suivent :

- a) Pour l'indicateur 811, seules les réponses explicitement en lien avec l'objectif sont prises en compte (Note : Il faudra tenir compte du biais des 2 ASV dans les analyses ultérieures).
- b) Pour l'indicateur 821, les deux ASV mentionnés ci-dessus ont été intégrés car les informations sont concordantes (et les informations qualitatives données sont les mêmes).

En ré-ajustant les données pour 10 ASV on arrive à une donnée plus réelle au regard de l'objectif avec 49 évaluations encouragées/ soutenues sur les années 2005 et 2006.

La répartition par type de partenaires pour les 10 ASV est la suivante (reprise de la BDD départementale) :



On voit de façon assez logique que les **services municipaux et les associations** sont les deux types de partenaires principaux auprès desquels les ASV ont pu jouer un rôle qui par ailleurs s'affirme sur 2006.

Seul l'ASV de Noisy-le-Sec mentionne un appui dans le cadre hospitalier, les commentaires donnés dans le TDB de la ville ne permettent pas d'avoir plus de visibilité.

La nature des évaluations appuyées ou accompagnées et les partenaires impliqués sont évoqués dans les informations qualitatives ;

A titre d'illustration on mentionnera :

* Soutien à l'évaluation de processus (Sevran) pour l'Association « prêtez l'oreille », une des rares actions de prévention des risques auditifs.

* A Villetaneuse, l'ASV a soutenu l'évaluation de processus d'un événement ponctuel : la journée du premier décembre. Les professionnels et les jeunes impliqués dans l'organisation ont participé à l'évaluation qui s'est déroulé sous forme d'entretien collectif.

* A Bondy, les évaluations citées concernent les services municipaux en interne sur l'attractivité du centre municipal de santé, le fonctionnement du service d'aide à domicile et enfin l'exploitation de données du service de prévention.

* Epinay a soutenu l'évaluation participative impliquant les intervenants à la Maison des Parents ainsi que les habitants.

Pour ces 4 ASV, l'implication des coordinateurs a pu se faire même à petite échelle alors que les prises de postes pouvaient à l'époque être récentes.

* A Aubervilliers, c'est le soutien à l'évaluation avec les partenaires municipaux entre autres qui est mentionnée autour du projet « accès aux soins des personnes bénéficiaires de l'AME ».

* Pantin mentionne deux types d'appui :

- a) L'évaluation du téléthon pour les services municipaux et le cabinet du maire.
- b) La construction d'un référentiel pour soutenir l'évaluation d'une association (Passeport pluriel) sur le réseau d'échanges réciproques de savoirs)


Les méthodes et outils utilisés au titre des évaluations sont précisés dans l'indicateur suivant.

Le deuxième indicateur 8.2.1 vise à recueillir les outils utilisés sur l'année par l'ASV, et par catégorie (diagnostic...), tout spécialement les outils créés

L'indicateur 8.2.1 « nombre d'outils utilisés sur l'année » vise à collecter de façon régulière les éléments méthodologiques qui viennent soutenir les pratiques d'évaluation. Ils permettent d'apprécier (voir catalogue) le « nombre et la diversité

des outils mis en place par l'ASV ». L'objectif auquel il se rapporte mentionne les outils créés d'un semestre à l'autre et il s'intéresse à différentes catégories d'outils utiles à des étapes différentes en méthodologie de projet.

Les informations données sur cet indicateurs sont peu développées et n'ont pas toutes respectées les indications à mettre dans les cases commentaires mais l'analyse permet de voir justement a) comment optimiser la consolidation départementale et b) renforcer les informations qualitatives.

 Dans cette catégorie, le tableau de la consolidation n'a pas pu être exploité vraiment ou du moins il donne une vision trop sommaire pour le nombre d'ASV inclut cette année. Par contre, il peut être jugé suffisant, selon les intérêts portés à ces consolidations mais il faut alors en assumer les limites. Il faudrait compléter les moyennes dans ce cadre avec les écarts dans une logique de soutien méthodologique et non de contrôle.

Le tableau de la consolidation est laissé ici pour information.

8.2.1 Nombre d'outils utilisés sur l'année				
	2005		2006	
	Moyenne pour les ASV concernés	Nombre d'ASV non concernés	Moyenne pour les ASV concernés	Nombre d'ASV non concernés
	Diagnostic de santé	2		
Programmation	2		2	
Outils de pilotage (tableau de bord, planning, outils de suivi...)	2		3	
Évaluation	3		3	
Autres				

Nous avons donc exploité les tableaux de bord des villes pour essayer d'exploiter le matériel disponible et en tirer le plus de visibilité et d'enseignement possibles et ce, dans une vision pédagogique et de soutien méthodologique.

REPRISE DES TABLEAUX DE BORD « VILLE »

Les informations quantitatives sont disponibles pour 9 ASV/ 12.

** 2 villes n'ont pas renseigné l'indicateur :

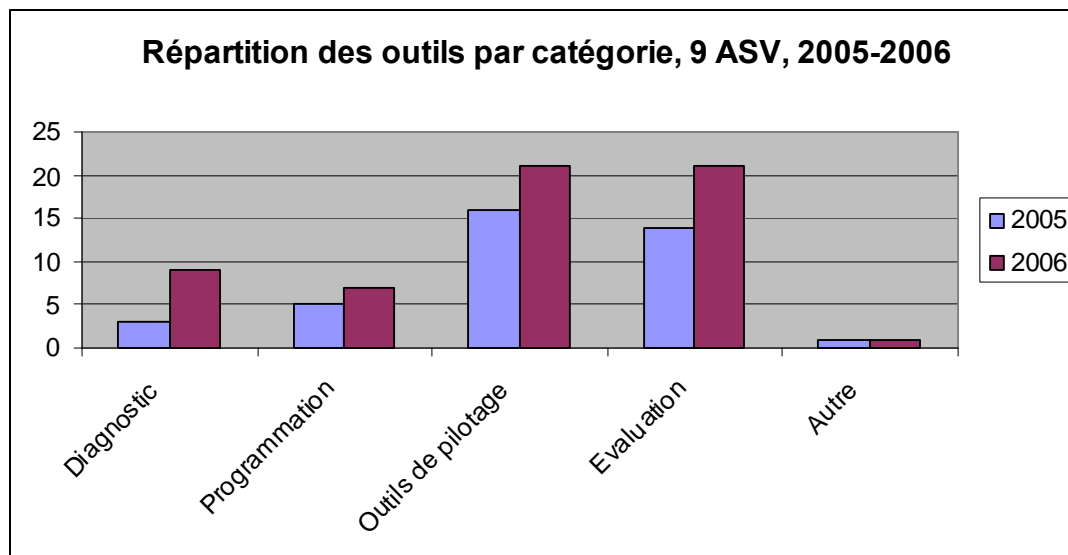
- Villetaneuse qui précise ne pas avoir créé d'outils mais utiliser ceux existants.

- Montreuil; la période de renseignement du TDB correspondait au congé de la coordinatrice en titre.

****1 ville mentionne des outils pédagogiques** dans cette catégorie : création d'exposition, conceptions de jeux, création de quizz (Noisy-le-Sec) et a renseigné le TDB sans quantifier.

Les outils mentionnés sont surtout des supports dans les actions autour des sessions d'éducation pour la santé que développe largement la ville tout spécialement en milieu scolaire.

Si les jeux, les méthodes et supports innovants peuvent effectivement faire partie des supports méthodologiques entourant les évaluations, ils sont dans ce cas-ci utilisés dans les sessions d'éducation pour la santé, ils ont été cités et pris en compte dans un autre indicateur et sont exclus de la présente analyse.



Les tendances entre 2005 et 2006 montrent un renforcement des outils ou pour le moins une meilleure visibilité.

L'affinement des données par catégorie d'outil

A) Diagnostics

Cinq ASV ont repris les diagnostics qui avaient été mentionnés dans la catégorie « connaissance de la population ».

Ici, on retrouve les différentes natures de diagnostic déjà évoqués :

- approche globale des questions de santé ou thème spécifique,
- approche communale ou infra communale

- diagnostic partagés (populations, professionnels), ou diagnostic plutôt centrés sur les professionnels (accessibilité/ pantin)

Type d'outils créés, utilisés en 2005, 2006	
Diagnostics (indicateur 8.2.2)	
Diagnostic perceptuel et objectifs / jeunes	Blanc Mesnil
Diagnostic local Habitant Moulin Neuf	Stains
Diagnostic jeunes (PRE)	Stains
Diagnostic accès aux soins	Dugny
Diagnostic obésité	Dugny
Diagnostic addiction P. Freire : «lister - dialoguer- agir	Epinay
Diagnostic/ accessibilité voirie	Pantin

Les illustrations données

→ Le diagnostic objectif et perceptuel a été réalisé au Blanc-Mesnil auprès des jeunes âgés de 11 à 20 ans sur l'ensemble de la commune en 2005.

→ A Stains, il s'agit a) du diagnostic local réalisé en 2003 auprès des habitants d'un quartier « Moulin Neuf), b) du diagnostic de la situation sanitaire des jeunes réalisés dans le cadre de la mise en œuvre du programme de réussite éducative et c) des recensements des besoins réalisés auprès des habitants en amont des actions.

→ Dugny a travaillé sur l'identification des obstacles aux soins des jeunes et leurs résolutions possibles avec les professionnels locaux (de santé, du social, de l'éducatif). Le secteur insertion n'est pas mentionné mais apparaît par ailleurs dans d'autres bases de données.

Concernant la prévention de l'obésité, un questionnaire sur les habitudes alimentaires et sportives des Dugnysiens intégrant aussi des professionnels locaux (de santé, du social, de l'éducatif) a été organisé afin d'identifier les besoins locaux.

→ A Pantin, le diagnostic « accessibilité de la voirie et des établissements recevant du public a été réalisé en 2006 avec la création d'outils définissant les taux d'accessibilité, la programmation des travaux sur 10 ans et l'estimation des coûts (soutien de 2 cabinets d'études).

Le programme de réussite éducative mentionné par Stains illustre les croisements à encourager dans les diagnostics. De fait, la démarche diagnostique sur un territoire doit relever le défi de pouvoir intégrer les questions d'intérêt de différents champs et les préoccupations des différents types de professionnels tout en restant opérants et en conjuguant les contraintes rencontrées localement.

On retrouve là l'intérêt des diagnostics pour soutenir 2 axes :

- a) acquérir des éléments de connaissances
- b) contribuer, parce que les connaissances, représentations et les pistes de résolutions sont mises en débat, à renforcer les logiques de partenariats.

Cet élément met aussi en avant que les diagnostics doivent être préparés en amont pour qu'au moment de leur lancement un minimum de synergie soit créé, quitte à ce qu'elle soit renforcée dans le processus même du diagnostic.

Enfin, une série d'enquêtes mentionnées dans la partie « connaissance de la population » fait apparaître l'intérêt aussi de réaliser des enquêtes courtes, ciblées, permettant si leur méthodologie a aussi été pensée pour cela, de recueillir des informations tout en créant les accroches pour enclencher des actions par la suite si besoin, mobiliser des sources de résolution possibles de problématiques soulevées, identifier des pistes de réflexion collective, etc.

Un autre ASV mentionne une des méthodes utilisées dans sa démarche diagnostique et utilisée spécifiquement dans la stratégie d'impliquer les habitants.

→ A Epinay, le travail a été centré sur la « synthèse des besoins sur la problématique des addictions sous forme de schémas (problèmes, déterminants, ressources, freins à l'actions, leviers d'actions).

Le territoire concerné considérait l'ensemble de la ville.

La méthodologie suivie est celle inspirée de la démarche participative de P. FREIRE à savoir la démarche "lister", "dialoguer" "agir" (diagnostic+ "lister"/"dialoguer" autour des besoins) avec des entretiens menés par groupe d'intérêt puis la constitution d'un groupe de travail qui a permis le partage des perceptions et la validation collective des constats.

On pourra remarquer à ce titre que nombre de méthodes et outils issues du champ de l'éducation populaire sont certainement à mieux diffuser dans le champ de la santé, dans le cadre des démarches participatives.

Ces méthodes viennent s'inscrire de façon complémentaire aux autres méthodes statistiques et ne poursuivent pas le même objet d'un point de vue méthodologique.

Les « fiches acteurs/actions » de Bondy méritent d'être mentionnées car elles contribuent à un des aspects des diagnostics : le tableau des acteurs et des actions et la démarche peut être reproduite ailleurs.

De fait, l'initiative mise en place permet chaque année de recenser et donc de mettre à jour via des fiches synthétiques les acteurs des services municipaux et les actions portées.

- a) Il s'agit d'une démarche où la légitimité doit être soutenue pour que les différents services adhèrent.
- b) Elle mérite d'être partagée, adaptée si besoin pour faciliter la vision globale « macro » pour le moins : qui fait quoi ? auprès de quel public et sur quel territoire de la commune ? (ceci fait partie des outils concrets pouvant être capitalisés).

- c) Elle peut aussi intégrer les contributions transversales départementales (vision des personnes ressources impliquées dans différents groupes de travail par exemple).
- d) Cette démarche implique une centralisation des informations, des fiches simples pour ne pas augmenter la charge de travail des différents acteurs et surtout qu'elles soient perçues - communication à travailler- comme des renseignements administratifs mais bien comme une information utile au travail en partenariat et à l'articulation des initiatives sur un territoire donné.
- e) Elle se limite aux acteurs municipaux actuellement mais pourrait être étendue à d'autres acteurs (associations)
- f) Cette vision globale est aussi ré-utilisée au moment des bilans ou évaluations. Elle permet par ailleurs de voir en creux
 1. Les thématiques peu investies
 2. Les publics ou territoires restant à la marge des actions.

B) Programmation

Au-delà de la programmation sur 10 ans dans le cadre de Pantin, les programmations sous différentes formes sont citées par 7 des 10 répondants (Bondy, La Courneuve, Epinay, Dugny, Le Blanc-Mesnil, Sevran, Stains.): fiches et tableaux sont les outils classiques énoncés.

L'exercice de programmation annuelle est une des difficultés rencontrées (au-delà de la démarche ASV). L'exercice est difficile dans la quantification des objectifs, d'une part quand le coordinateur manque de lisibilité, d'autre part lorsqu'il n'est pas familier avec l'exercice. Les accompagnements réalisés en Seine Saint Denis montrent que le soutien méthodologique permet à la fois de renforcer les compétences des coordinateurs, de leur permettre d'interroger les objectifs poursuivis, de décliner différents niveaux d'objectifs. Le renforcement de leurs propres compétences leur donne par ailleurs des facilités pour engager les autres partenaires dans le même type d'exercice. Par contre, les efforts faits doivent tenir compte du turn-over des coordinateurs, être envisagés à la fois de façon individuelle mais aussi collective.

Enfin, les programmations à petite échelle, doivent pouvoir aboutir à une programmation à l'échelle de l'ASV, donc plus globale, intersectorielle. Cet exercice ne peut se réaliser dans le court terme et serait à promouvoir sur le moyen terme.

C) Outils de suivi et de pilotage hors programmation

Nous avons volontairement extrait cette partie, même si d'un point de vue méthodologique, la programmation est la base pour la mise en place des outils de suivi et de pilotage.

Les outils dans ce cadre sont de différents niveaux et interrogent les outils mis en œuvre pour le recueil de données. C'est de fait, l'élaboration du TDB qui a mis à jour cette nécessité et qui a rendu possible par la suite, l'élaboration collective de quelques outils dans le cadre de Profession Banlieue sur lesquels on reviendra par la suite.

On voit apparaître ici plusieurs niveaux dans les outils de suivi et de pilotage :

- a) niveau individuel ou collectif,
- b) outils de suivi la durée,
- c) deux types d'outils sont à considérer au titre du pilotage bien que de nature différente des précédents.

→ a) les fiches de suivi individuel comme dans les points écoute sont citées par le Blanc Mesnil.

D'autres ASV utilisent des fiches soit en termes de suivi des personnes, soit comme dans le cas des RESAD en termes de situation. Ces deux types de recueil ont des finalités différentes :

Dans le cas des RESAD, le mode de fonctionnement, tout en permettant de résoudre des situations singulières, permet de capitaliser le matériel et ainsi être utilisé à d'autres fins comme pour la formation de professionnels.

→ b) Les outils pour suivre les actions dans le temps et l'espace au-delà des programmations :

Il s'agit de fiches par type d'action pour recueillir les informations en fonction des calendriers. La synthèse du matériel sera faite à des fréquences variables selon la nature des actions et leur fréquence dans l'année : elles sont mentionnées par 6 ASV sur différents types d'action :

Exemples de fiches de suivi citées :
Fiches de suivi/ synthèse des actions
Fiches de suivi de médiation
Fiche de suivi des causeries
Fiche de suivi global des actions des psychologues dans les quartiers
Fiche de suivi des actions pour les partenaires municipaux
Fiche de synthèse de rencontres
Tableau/fiche prise de décision groupe de travail addiction
Fiches de suivi des groupes de travail (réussite éducative, addiction....)

Dans le groupe de travail de Profession Banlieue des fiches de recueil de données intermédiaires ont été élaborées avec l'idée de donner un tronc commun pouvant être ajusté. Elles ont été construites en lien avec les indicateurs du tableau de bord. L'idée est de fournir d'emblée aux coordinateurs, des outils opérants, pouvant être ajustés,

leur permettant de mettre en place rapidement ou de consolider le recueil de données dans le cadre de la gestion de projet.

Durant l'année 2007, l'élaboration d'une trame de rapport a été élaborée avec le groupe de travail de profession banlieue ainsi que des fiches de recueil de données sur des points particuliers.

Il comporte une trame permettant de décrire quantitativement et qualitativement les actions portées ou soutenues par le coordinateur ASV, d'avoir un chapitre spécial sur son rôle, d'intégrer certains graphiques du tableau de bord pour illustrer les informations. Les cartes sont aussi à encourager.

Les fiches construites :

Fiches de recueil de données pour les actions quelque soit leur nature (à ajuster selon les spécificités)

Fiche de recueil de satisfaction des personnes participants aux dites actions.

Fiche de recueil synthétique pour les groupes de travail

Fiche de recueil pour les réunions quel que soit leur type.

En 2008, on devrait donc pouvoir disposer d'un matériel qui fournisse vraiment une compilation d'informations, qui serve de mémoire opérante pour les partenaires et les coordinateurs qui se succèdent. Ce matériel a été diffusé à l'ensemble des coordinateurs. Les documents seront mis en ligne sur le site de Profession Banlieue (www.professionbanlieue.org).

Cela permettra d'optimiser les informations si le matériel est approprié ; il permet aussi de faire facilement des passerelles avec les différents modèles de rapports des différents financeurs. Il a d'ailleurs été conçu en révisant plusieurs modèles de bailleurs de fonds.

Les outils au titre des tableaux synthétiques pour suivre les actions portées par l'ASV :

- Tableau de suivi « macro » des actions sur un territoire
- Tableaux « réalisé/perspectives » semestriels
- Tableau de bord des villes

→ c) Des outils intégrés dans le pilotage mettent en valeur la nécessité de formaliser dans certains groupes de travail *les valeurs et principes* qui vont souder les participants et permettre une meilleure guidance dans le temps (exemple d'Épinay : Fiche valeurs, principes groupe de travail addiction). Ces outils sont par ailleurs à considérer dans le processus de travail permettant la mise au débat d'éléments sur lesquels il est indispensable de s'accorder - consensus minimum - pour pouvoir travailler par la suite.

Un autre outil cité par Aubervilliers au titre des « outils créés » est celui du *manuel de procédures* d'une part et de la *grille de lecture de la réunion du réseau petite enfance*. Ils ont été rédigés en 2006 sur le modèle utilisé par la création de ces outils pour la RESAD en 2002 et viennent en complément aux outils utilisés en routine.


D) Evaluations

Cette partie vise à identifier (catalogue) les outils spécifiquement utilisés pour les évaluations quel que soit leur type et s'appuyant sur les étapes antérieures dans le cadre de la gestion de projet. Les méthodes et outils vus antérieurement sont donc en lien avec cette partie.

Cinq des 12 ASV ont renseigné l'indicateur avec des données quantitatives, 2 ont simplement indiqué des croix dans les tableaux.

Le peu de réponses peut être mis en lien avec l'objectif qui se centrait sur la création d'outils.

Soit signale que les efforts doivent être poursuivis en la matière, sachant que tout ASV élabore bien ses rapports ne serait ce que pour obtenir des financements.....

 L'ambiguïté dans le mode de renseignement apparaît nettement lors de cette consolidation- test. Il faut la lever : soit on centre les indicateurs de cette catégorie sur les outils créés, soit on centre les indicateurs sur l'ensemble des outils utilisés.


→ Le type d'information donné ne sera pas le même. L'idée initiale était bien de mesurer la dynamique et non d'avoir une vision d'ensemble.

La consolidation remet cette série d'indicateurs au débat. De fait, une meilleure lisibilité serait obtenue en faisant apparaître les outils utilisés dont ceux créés (en les identifiant d'une façon ou d'une autre : sigle par exemple : *, N, etc.)₂

Données quantitatives concernant l'évaluation (sources : TDB villes, 2006) :

La consolidation ne permettant pas d'avoir un focus spécifique sur les aspects d'évaluation par ASV du point de vue quantitatif nous avons repris les bases de données des villes ; ici apparaissent spécifiquement les informations dans le registre « évaluation ».

ASV	Evaluation : Nombre d'outils 2005	Evaluation : Nombre d'outils 2005
La Courneuve	2	3
Epinay	2	0
Blanc Mesnil	5	9
Dugny	2	3
Stains	5	5
Villetaneuse	ND ¹⁹	ND
Sevran	ND	ND
Montreuil	ND	ND
Aubervilliers	ND	ND
Bondy	ND	ND
Noisy-le-Sec	Non chiffré	Non chiffré
Pantin	Non chiffré	Non chiffré

 Les tableaux laissés vides dans les bases de données laissent le doute sur plusieurs hypothèses :

- a) l'ASV n'est pas concerné par la création d'outils mais aurait du le signaler
- b) les données sont égales à « 0 », ce qui doit être précisé
- c) les données ne sont pas disponibles, ce qui doit aussi être précisé.

Informations qualitatives :

5 ASV ont donné des informations qualitatives illustrant la partie « évaluation ». Pour les autres ASV, on ne peut cependant pas conclure qu'il n'y a pas de méthode ni d'outils pour évaluer les actions et de façon plus large la démarche ASV.

Le tableau suivant synthétise les informations données par ASV ayant précisé les données qualitatives dans le TDB ville :

¹⁹ Non Disponible, case non renseignée.


Intitulé	Champ (ou Objet) de l'évaluation cités	Public associé	Méthodes/ outils	ASV Territoire cité
Evaluation des quartiers de Santé	Acquisition de savoirs et satisfaction	54 habitants, Ville de Dugny, CPAM, SCHS, CAF, Serv. Municipal de Santé	Questionnaire auprès des participants	Blanc-Mesnil
Après-midi "quartier de santé, jeunes en fête"		Public : adolescents de 11 à 15 ans et professionnels ayant participé à l'action -	Entretien collectif pour les professionnels - Questionnaire d'évaluation pour les jeunes	Blanc-Mesnil - Dugny Territoire précisé : quartier nord du Blanc-Mesnil et Pont-Yblon
Jeunes en difficulté/RASAD		ASE, PJJ, Ville de Dugny, Service Santé, CMPP Croix Rouge, Grajar, Service Social, CSAPA, CMS, EN,	Questionnaire auto administré auprès des participants au groupe et validation des résultats en réunion.	Blanc-Mesnil
Jeunes en difficulté/RASAD			Questionnaire adressé par voie postale et lors des réunions aux professionnels intervenant sur Dugny et participant aux groupes.	Dugny (Note : même méthodologie entre BM et Dugny ?)
Foyer pour travailleurs migrants: autoévaluation avec accompagnement consultant externe	Analyse de la démarche Et analyse des documents produits	60 habitants, CAF, CPAM, SCHS, S Social, CNAV, CRAMIF, Service RMI, Service des retraités, Amicale des locataires.	Questionnaire auprès d'un échantillon représentatif de résidents, auprès de l'ensemble des professionnels impliqués.	Blanc-Mesnil
Café débat Lycée Jean Moulin		50 jeunes	Questionnaire auprès de jeunes	Blanc-Mesnil
Club Santé		27 jeunes, SCHS, Ville de Dugny, CPAM, SCHS, CAF, Serv. Municipal de Santé Adolescents 11-15 ans	Questionnaire auprès des participants Entretiens collectifs	Blanc-Mesnil et Dugny Territoire : quartier nord du Blanc-Mesnil et Pont-Yblon -
Groupe de travail équipe éducative Lycée J. Moulin		Equipe éducative	Questionnaire auprès des participants	Blanc-Mesnil et Dugny
Evaluation du journal le	Evaluation de la satisfaction,	Ecoles maternelles (8), CMS,	Questionnaire auto	Blanc-Mesnil et Dugny

"Lien"	Atteinte des objectifs	SCHS, ASV, crèche (3), écoles élémentaires (6), collège (2), rectorat, régie de quartier, service insertion, des retraités, loisirs de proximité, enfance, CCAS, mission ville handicap, PRU, CDV, DEFI, CMP Saint Charles, professionnels santé libéraux (pédicure, chirurgien dentiste, radiologue, opticien), MPTJJ, BIJ, Forum Culturel, Ecole Nationale de Musique, 2 pièces cuisines, Conseil général, PMI (2), ANPE, Ville de Dugny/ Blanc-Mesnil	administré envoyé auprès d'un échantillon représentatif des destinataires Dont professionnels intervenant à Dugny	
Evaluation: Aide à la réalisation d'une évaluation participative	Action "assurer son avenir et être une jeune mère"	Futures et jeunes mères ayant participé aux ateliers + les intervenants des ateliers	Questionnaire aux participantes + focus-group	Epinay-sur-Seine
Bilan de l'ASV			- Fiche de synthèse d'action et de rencontre - Fiche d'évaluations d'action	La Courneuve
Auto évaluation de processus et de résultat	Processus et résultat sur : ASV, Santé des Jeunes, santé mentale, Prévention de l'obésité	Service Municipal de Santé, SCHS, CPAM, DDASS, DIV (destinataires présumés?)		Blanc-Mesnil
Bilan de l'ASV			Outils utilisés : Documents des différents financeurs (Fiche synthèse FNPEIS, fiches DDASS, évaluation FSE, fiche bilan contrat de ville...) Autres: documents internes à la ville: fiches d'évaluation d'action publique	Stains

Principales remarques :

→ Les informations qualitatives précisent que l'on est plus fréquemment dans les **évaluations de processus**, incluant parfois la dimension satisfaction des personnes impliquées mais ceci n'est pas toujours précisé.


→ Des niveaux différents émergent : d'une action isolée à l'ASV dans son ensemble.

→ Le public concerné par l'évaluation et le territoire (si précisé) dépend logiquement de la nature des actions d'après les informations disponibles mais l'implication des personnes concernées par les actions n'apparaît pas clairement. Par contre, il peut exister des ambiguïtés sur certains renseignements entre le public concerné par l'action ou associé à l'évaluation et le public destinataire des évaluations (institutions par exemple) →  à renforcer dans le mode de renseignement.

→ Enfin, les méthodes et outils utilisés cités font apparaître la recherche à la fois des informations quantitatives et qualitatives soit retracées par les coordinateurs seuls, à partir de leurs recueil de données intermédiaires, soit en faisant intervenir par des méthodes plus ou moins interactives les publics concernés.

→ Les renseignements hétérogènes font apparaître dans ce test, différentes options pour la suite.

En guise de conclusion sur cette catégorie d'indicateurs : des acquis, des éléments à capitaliser et des axes à soutenir en matière de gestion de projet.

 D'un point de vue strictement technique, mais aussi stratégique, cette catégorie d'indicateurs est importante ; la consolidation a mis à jour des ambiguïtés à lever avec des options qui dépendent de l'objectif poursuivi dans la consolidation aux différents niveaux territoriaux :

I - Concernant les aspects techniques : des propositions

P

Propositions : attention, leur relais engage les institutions pour diffuser de façon homogène les informations afin de conserver une version commune à tous les ASV.

L'indicateur **811** devrait rester centré sur l'appui aux évaluations envers d'autres partenaires et exclure les évaluations des projets portés directement par le coordinateur car ces dernières apparaissent dans l'indicateur suivant. La plupart des ASV l'ont renseigné tel que ; il s'agirait de préciser cette notion dans le mode de calcul du catalogue.

L'indicateur **821** demande à faire un choix plus explicite :

- soit on veut mettre à jour uniquement les nouveaux outils, soit on reste sur le catalogue actuel mais on renforce les informations dans la rubrique « mode de calcul » et on assume que les informations ne reflètent pas l'ensemble les évaluations de projets portés par les ASV ni les méthodes et outils car on ne crée pas en permanence des outils. Au vue du TDB, et de la lisibilité que l'on souhaite donner, la restriction aux nouveaux outils donne une image qui peut pénaliser les ASV.
- soit on veut mettre à jour l'ensemble des évaluations des projets portés par les ASV et les méthodes et outils associés, tout en précisant ceux qui ont été créés comme dans le cas des RESAD. Dans ce cas, l'indicateur vient bien en complément du 811, et le verbe « créer » dans l'objectif stratégique 821 doit être modifié sinon il prête à confusion :

Version actuelle de l'objectif opérationnel 8.2 : **Créer des outils de diagnostic, de pilotage et d'évaluation des actions conduites au sein de l'ASV**

P Version proposée : **Valoriser (et non plus créer) des outils de diagnostic, de pilotage et d'évaluation des actions conduites au sein de l'ASV**

La case commentaire reste la même : extrait du catalogue en vigueur :

« Préciser les types d'outils utilisés :

Pour les diagnostics, préciser la thématique, le public, le territoire, la méthodologie.

Pour les évaluations, préciser le champ de l'évaluation, le public, le territoire et la méthodologie ».

! avec une consigne supplémentaire : « précisez par une *, les outils créés.

Précisez les outils jugés les plus pertinents (dimension transférabilité ainsi identifiée).

On doit alors voir apparaître l'ensemble des informations pour chacune des colonnes du tableau précédent.

! Attention, faire la distinction « publics associés à l'évaluation » et destinataires.

Le territoire serait à préciser s'il n'apparaît pas explicitement dans l'objet de l'évaluation. Par exemple dans l'expérience relatée par Aubervilliers, on aurait pu mentionner si cela concernait l'ensemble de la commune ou un secteur particulier.

P Enfin, le **mode de consolidation devrait être optimisé**, il dépend pour partie du nombre d'ASV répondants mais cette fois-ci, il a fallu retourner dans les bases des villes pour avoir une meilleure visibilité.

II - Concernant les contenus mis à jour dans la consolidation :

La question des outils abordée ici fait émerger plusieurs types de remarques pour le futur en complément à celles mentionnées dans cette partie :

- a) Comment penser les démarches diagnostiques pour qu'elles permettent a minima de fournir des éléments de comparaison (un sorte de tronc commun) entre les différents territoires ? Cette question dépasse le seul niveau de l'ASV → Comment alors disposer d'information en routine qui permette de mettre à jour les éléments de connaissance : la question des tableaux de bord départementaux ou régionaux reste posée et sans solution à ce jour.
- b) Les enquêtes sont citées : Comment renforcer les compétences des acteurs de terrain pour organiser avec la rigueur nécessaire les différentes modalités d'enquête qui peuvent être gérées au niveau infra communal, sur des thématiques particulières, quitte à avoir des soutiens ponctuels ?
- c) Comment diffuser les différentes méthodes telle que « lister, dialoguer, agir » pour favoriser l'appropriation des outils issues entre autre du champ de l'éducation populaire et favorisant l'interactivité, donc l'implication des acteurs pour certains types diagnostics, mais aussi dans les techniques d'animation plus largement.
- d) L'exercice des programmations doit être soutenu.
- e) Comment renforcer d'emblée « la boîte à outil » des professionnels en posture de coordination ?

Les outils harmonisés, mais souples dépassent la seule gestion de projet des ASV qui sont pris dans les mêmes contraintes que les autres porteurs de projets et la multiplicité des supports des financeurs est aussi un écueil à prendre en compte d'autant que les outils ne sont pas forcément pensés dans une logique de santé publique mais dans une logique administrative de par notre histoire.

Les efforts faits en la matière depuis quelques années devraient pouvoir contribuer à réunir les intérêts des différents niveaux en alliant logiques de pilotage et logique administrative (visibilité des financements publics).

XII – CONCLUSION

Nous aborderons tout comme dans l'ensemble du document 2 niveaux qui parfois sont en interface

- les contenus issus de la synthèse départementale
- les remarques autour du support utilisé pour la consolidation

a) Les principales conclusions relatives au contenu de l'analyse

L'analyse faite à ce jour donne une bonne visibilité de la démarche atelier santé ville pour les ASV ayant contribué à cette consolidation sur la plupart des indicateurs révisés et les zones d'ombre ont été signalées. Ces zones d'ombre engagent plusieurs axes de travail : simplifier le plus possible la base des indicateurs, opérer des choix impérativement pour les synthèses, encourager la rigueur de l'utilisation de l'outil et faire évoluer l'interface et l'ergonomie de ce dernier.

On voit dans cette synthèse que le développement des ASV ayant contribué à la consolidation est conforme à la circulaire de 2000, avec des variations logiques, la démarche ayant justement pour objet de se mouler sur un existant.

L'évolution de la démarche montre des acquis, des champs à renforcer et l'outil est en cela utile au pilotage des ASV, que ce soit au niveau communal ou intercommunal, que ce soit dans l'appréhension collective sur une échelle territoriale donnée.

Les 12 ASV ayant participé à cette première consolidation s'inscrivent différemment dans le temps au sein de la démarche ASV et la moitié des coordinateurs ont pris leurs fonctions en cours d'année 2005. Les modalités de renseignement dans le temps permettront de mieux mesurer les tendances dans le futur d'autant que le recueil de données intermédiaire est mieux organisé.

Les analyses doivent tenir compte des différents critères énoncés, tout spécialement :

- Historique de la ville dans le champ de la santé
- Ancienneté de la démarche ASV
- Ancienneté de la prise de fonction des coordinateurs
- Territoire concerné
- Eléments de ruptures dans la démarche
- Préfiguration de la fonction du coordinateur et de son positionnement, incluant la notion d'équipe de coordination.
- Moyens affectés
- Densité des acteurs locaux sur un territoire donné.

Le nombre d'ASV augmentent et pour ceux sur lesquels nous avons une lisibilité, l'extension territoriale ou sur des thématiques particulières est palpable. Des ASV créés il y a plusieurs années ont pu lancer ou relancer leur dynamique plus récemment.

La démarche ASV s'inscrit sur des territoires de taille très variable avec un historique dans le champ de la santé et des logiques d'acteurs différenciées qui marquent la nature des projets portés et leur consistance (actions dispersées ou investissement important sur certaines thématiques).

Le pilotage de la démarche est assuré dans 8 ASV par diverses instances où l'implication des élus et l'ancrage avec les autres champs de la politique de la ville se dessinent plus nettement qu'il y a quelques années. Un des résultats mis en évidence dans cette synthèse est la contribution de la démarche ASV à la réflexion de la politique municipale sur plusieurs sites (7).

Au titre des acquis aussi, on notera que les liens avec les chefs de projets CUCS sont renforcés alors qu'au début de la démarche ASV les interfaces n'étaient pas si évidentes au sein des contrats de ville (à l'époque). Les DGA des différents services municipaux sont impliqués. Les articulations avec les autres volets du CUCS, les liens avec les programmes de réussite éducative se tissent. Ils sont explicites pour plusieurs ASV et le seront sans doute plus puisque l'année 2006 était une période charnière.

Les instances permettent d'asseoir la légitimité de la coordination des actions en faveur de la santé sur un territoire et sont incontournables dans une logique de future programmation locale des projets de santé. Cependant, ces instances doivent être pensées en fonction des logiques territoriales, ne pas venir se superposer au risque de diluer les efforts de coordination. Par ailleurs, elles doivent être conçues pour être opérantes. La porte d'entrée par les déterminants de santé, est sans aucun doute une clé pour fédérer plus largement des différents décideurs et professionnels ainsi que les habitants.

Les dynamiques enclenchées confirment aussi les recommandations faites lors de la phase expérimentale relatives à l'animation de la démarche du national au local et vice versa.

La dynamique de la démarche doit rester soutenue aux différents niveaux de décideurs car les enjeux sont bien autour de la coordination d'actions qui renforcent les priorités régionales - ce qui est démontré dans la consolidation -, *mais aussi* soutiennent certaines initiatives locales qui viennent renforcer le niveau régional.

Cette double dynamique doit rester fondatrice dans le développement de la démarche ASV.

Les postes de coordinateurs se déclinent autour des axes mentionnés dans la circulaire, avec des variabilités selon les contextes locaux. Actuellement les coordinateurs sont engagés dans une double dynamique : forger, animer les logiques partenariales,

renforcer les engagements autour d'actions ou de projet de santé sur un territoire donné. Ils doivent aussi contribuer à soutenir les acteurs d'un point de vue méthodologique.

Les postes à multiple facettes doivent être soutenus. Le cœur de métier doit être préservé d'une part en renforçant les champs de compétences et d'autre part en réduisant le plus possible les tâches administratives afin de privilégier la conduite de projet. Les demandes de financement, la multiplicité des dossiers portent préjudice au temps à passer à la coordination ou à la menée des projets concrètement.

Les différentes méthodes de gestion de projet devraient s'inscrire dans une logique programmatique de promotion de la santé surtout si on se place dans la perspective de rassembler les acteurs des villes, qui ont tous une légitimité pour contribuer à la santé des habitants et d'aller vers une programmation locale des actions de santé en vue de la réduction des inégalités.

Les acquis doivent être valorisés. Les soutiens doivent aussi être pensés de façon stratégique tout en intégrant la dimension de travail de proximité dans la méthodologie de projet car elle est fondamentale dans la lutte contre les exclusions.

Diagnostiques, enquêtes, programmation et outils de suivi et d'évaluation restent à consolider et à mieux partager même si des acquis sont à valoriser. La mise à disposition d'un système d'information opérant est une nécessité pour faciliter la prise de décision aux différentes échelles territoriales, dont les communes.

Dans les villes où l'ASV a pu s'ancrer sur une dynamique partenariale historique, il apporte une plus value, dans les autres villes, c'est l'ASV qui apporte nettement cette impulsion et d'ailleurs le niveau de contrainte est différent.

Les acteurs impliqués dans la démarche ASV reflètent dynamiques qui se tissent autour des interfaces entre les différents champs professionnels. Le nombre d'acteurs impliqués dans la démarche augmente et leur représentation des différents champs professionnels aussi. Au-delà du champ de la santé et du social, les acteurs de l'insertion et du secteur éducatif apparaissent plus impliqués dans la démarche, au travers soit des instances, soit des groupes de travail. Ces efforts restent à consolider.

Le secteur libéral reste compliqué à mobiliser à exception près. La question dépasse le seul cadre de la démarche ASV.

Les acquis en termes de mobilisation mettent de l'avant une meilleure culture partagée autour des questions de santé, le décloisonnement historiquement entretenu sur les questions de santé, le croisement des compréhensions de situations et la résolution plus efficaces de problèmes rencontrés localement.

La place des habitants dans les projets évolue, ils sont plus associés aux diagnostics, enquêtes, les occasions de rencontres via de nombreuses sessions d'informations augmente. On voit poindre leur implication dans la conception d'actions. La place des habitants met au débat des enjeux autour de la gouvernance, de la légitimité qu'on veut bien leur accorder dans les questions de santé et des éléments de méthodes. L'implication des habitants est pourtant fondamentale dans la lutte contre les

exclusions et la réduction des inégalités de santé. Les modes opératoires qui sont mis à jour dans la synthèse engagent à multiplier les modalités interactives et innovantes qui interpellent aussi la conception des projets et des actions, leur mise en œuvre, les outils de communication utilisés. Au-delà des contenus travaillés, ces modes opératoires permettent de valoriser les savoirs et savoir faire des habitants, de renforcer le lien social, de promouvoir une démarche centrée sur l'empowerment à la fois sur le niveau individuel et le niveau collectif. Ce couplage est essentiel pour éviter les dérives de responsabilisation et de culpabilisation des personnes.

La place des adultes relais au-delà des difficultés de renseignement interpelle par leur relative absence, que l'on n'aurait pas pu pointer sans le tableau de bord. C'est aussi à cela qu'il sert. De ce point de vue, la question mérite d'être travaillée au niveau départemental car l'on connaît la précarité de ce statut qui ne peut être déconnectée de leur mobilisation et au-delà des bonnes volontés.

b) Les remarques concernant l'outil, interface et ergonomie

Les avis peuvent être partagés quant à l'utilisation de l'outil (voir les missions antérieures et le rapport de PWC) mais il s'avère que les coordinateurs « se retrouvent dans les objectifs et les indicateurs et constitue donc pour eux un outil intéressant » (PWC, 2007 : 20). Ceci n'élude pas les obstacles ou les difficultés pour l'appropriation de l'outil dans sa dimension technique et de l'intégrer dans une logique de gestion de projet.

De fait, différents obstacles attribués à l'outil révèlent en fait, soit des déficits en méthodologie de projet (recueil de données entre autre), soit d'une partie de son contenu qui peut effectivement être allégé sans toutefois le dénaturer, soit encore à sa dimension technique qui peut être améliorée. Des recommandations ont été faites pour alléger ou clarifier le mode de renseignement sur la fiche d'identité et différents indicateurs.

* La qualité des renseignements du TDB est liée étroitement à l'ancienneté de la démarche ASV et à l'ancienneté du coordinateur en place → ceci souligne les efforts de soutien, de communication et de sessions collectives pour que chacun « apprivoise » l'outil de façon à en optimiser l'utilisation à tous les niveaux, et ce, sans que cela ne prenne beaucoup de temps.

* Par ailleurs, dans le cadre d'une réelle démarche d'animation des ASV sur un territoire donné, le tableau de bord est un outil intéressant de communication à différents échelons territoriaux s'il est intégré dans une démarche d'animation autour de la coordination des actions de santé sur un territoire donné.

Outil et animation sont indissociables, ceci a toujours été souligné.

D'ailleurs, les coordinateurs souhaitent que l'outil soit le support à un dialogue avec les décideurs dans une logique de co-construction.

* Certains indicateurs ne sont documentés dans aucun autre support et permettent de mettre à jour des tendances et des informations non disponibles par ailleurs.

Outil permettant de documenter des processus de façon collective, il permet aussi de mettre à jour certaines lignes de forces et certains dysfonctionnements du contexte dans lequel évolue l'ASV. La mise à jour de ces dysfonctionnements doit permettre dans un co-portage, d'essayer de résoudre ou d'abaisser le seuil de contraintes.

Des limites et des conditions de succès avaient été énoncées en 2006 pour permettre à l'outil de vivre et d'évoluer. La mission de PWC a également permis de mettre en lumière d'autres éléments avec un regard sur 3 régions différentes.

Les indicateurs de la série 4 et certains de la série 7 méritent réflexion. Le peu de réponses lors du test en 2005 n'avait pas permis de tirer de conclusion. La consolidation a confirmé les difficultés à les renseigner. Il faut alors effectuer des choix entre l'exigence de l'information, la lourdeur impliquée et l'enjeu de pérennité de l'outil. Les choix à opérer dans la consolidation entre autre ne peuvent cependant pas être centrés uniquement sur le critère « absence de données » car leur absence peut aussi pointer des difficultés d'une autre nature que le registre technique.

Les analyses croisées de PWC et de cette première synthèse apportent des éléments pour la prise de décision en pesant la perte d'information et l'optimisation de l'outil en réduisant la charge de renseignement ce qui par contre en facilitera l'appropriation. Les modalités de consolidation ont montré leurs limites dans ce test et elles peuvent être résolues techniquement.

De fait, l'outil lui-même est un élément important, mais il met en scène la visibilité de la démarche elle-même, les conditions mises en œuvre pour son animation effective, les synergies mises en œuvre pour cela, ainsi que les ressources affectées.

Le cœur de la démarche étant de favoriser la coordination des actions de santé sur un territoire donné et de permettre aux habitants de s'y impliquer, la démarche ASV reste au sein des priorités de santé publique un axe essentiel à développer en synergie aux autres initiatives locales.

Restons attentifs à ne pas confondre outil et démarche dont la responsabilité relève d'un « co-portage » par différents acteurs, à différentes échelles territoriales.

Les éléments issus de la mission de PWC et ceux issus de la première analyse départementale donnent des éléments de prise de décision

A) pour les choix à opérer dans les futures synthèses : quelles informations doit-on consolider ?

b) pour améliorer définitivement l'interface et l'ergonomie de l'outil que ce soit au niveau des villes comme au niveau des autres échelons territoriaux.