

Les ateliers santé ville

Une plus-value locale pour la réduction des inégalités de santé

Coordonné par Chantal Mannoni

*Document issu de la capitalisation de visites sur site
de trois ateliers santé ville franciliens :
Aubervilliers, Gonesse, Nanterre*



Pôle
de ressources
Ville **et**
développement social



**Les ateliers santé ville
Une plus-value locale
pour la réduction des inégalités de santé**

Coordonné par Chantal Mannoni,
médecin de santé publique

*Document issu de la capitalisation de visites sur site
de trois ateliers santé ville franciliens:
Aubervilliers, Gonesse, Nanterre*

Comité d'orientation et de rédaction :

Bénédicte MADELIN, Profession Banlieue, Seine-Saint-Denis

Jean-Claude MAS, Pôle de ressources Ville et développement social, Val-d'Oise

Mounira MÉHIRI, Pôle ressources de la Délégation à la politique de la ville et à l'intégration de Paris

Elsa MICOURAUD, Profession Banlieue, Seine-Saint-Denis

Marie-Odile TERRENOIRE, Pôle ressources de la Délégation à la politique de la ville et à l'intégration de Paris

Denis TRICOIRE, Pôle de ressources Ville et développement social, Val-d'Oise

Conception, réalisation : Claire Péraro, claire.peraro@free.fr

Imprimerie Buroprim, septembre 2010.

Couverture Keacolour uni 300g, intérieur Editme 90 g.

Introduction 5

I. Les trois sites ayant accueilli les visites.

Présentation 7

I. Aubervilliers, santé communautaire et implication des habitants.....7

La Maison des pratiques de bien-être et de santé du quartier du Marcreux8

Le projet Robespierre – Cochennecc – Péri11

II. Gonesse, l'atelier santé ville au service du plan local de santé publique15

La genèse.....15

Des programmes d'action,
fruits d'une mobilisation territoriale et partenariale.....16

L'atelier santé ville, une fonction d'impulsion,
de coordination et d'animation.....19

Des enseignements pour bâtir
le deuxième plan local de santé publique19

**III. Nanterre : observation locale et santé ;
problématique des foyers de travailleurs migrants21**

L'observatoire local de santé.....21

Les actions de santé dans les foyers de travailleurs migrants24

II. Les apports des ateliers santé ville.

Quelques éléments d'analyse.....29

I. L'accès aux droits, à la prévention et aux soins29

Les stratégies d'appréhension de la thématique par les ateliers santé ville..... 29

Un enjeu de travail spécifique: les foyers de travailleurs migrants32

II. La santé publique à l'échelon local..... 36

L'apport de l'atelier santé ville
à la construction d'un plan local de santé publique36

Les évolutions réglementaires :
plan local de santé – contrat local de santé...38

III. L'observation locale en santé.....	40
L'atelier santé ville:	
un cadre pertinent de recueil et de partage de la connaissance.....	40
L'observation, source d'évolution	
des pratiques professionnelles et territoriales	41
Des questions méthodologiques complexes.....	42
La vigilance au regard de l'échelle de l'observation	43
IV. L'implication des habitants.....	44
Les modes d'implication des habitants sur les différents sites	45
Quelques principes généraux ou éléments de méthode.....	50
Quelques éléments sur la posture professionnelle à adopter.....	51
III. Les aspects organisationnels	
des ateliers santé ville	53
I. L'importance des choix politiques initiaux	53
La démarche atelier santé ville	57
II. Le métier de coordonnateur	58
Le rôle de coordination et d'animation du réseau	
au cœur du métier de coordonnateur.....	59
III. Le rôle des élus	61
IV. Les comités de pilotage.....	62
Le niveau communal	62
Le niveau départemental.....	63
Conclusion	67
Éléments bibliographiques	69



Introduction

Au cours du second semestre 2008, trois centres de ressources politique de la ville franciliens – Profession Banlieue (Seine-Saint-Denis), le Pôle de ressources Ville et développement social (Val-d’Oise) et le pôle ressources de la Délégation à la politique de la ville et de l’intégration de Paris (DPVI) – ont organisé une série de visites sur site d’ateliers santé ville (ASV) à Aubervilliers, Gonesse, puis Nanterre.

Cette action était guidée par plusieurs enjeux : promouvoir la démarche atelier santé ville, ses apports, sa spécificité ; contribuer au développement des pratiques professionnelles de coordination ; favoriser la mise en réseau des acteurs impliqués dans les politiques locales de santé publique.

Les trois visites, replacées dans le contexte de chacun des sites, ont ainsi été organisées de façon à mettre en débat des éclairages singuliers autour de thématiques, d’éléments de méthode et d’enjeux relatifs aux ateliers santé ville. La visite organisée à Aubervilliers, le 23 septembre 2008, a abordé la santé communautaire et la question de l’implication des usagers dans les politiques de santé publique. À Gonesse, le 21 octobre 2008, il s’est agi de comprendre comment l’atelier santé ville a permis de décliner un plan local de santé publique (PLSP). La visite à Nanterre, le 4 décembre 2008, a porté à la fois sur la géographie de la santé, avec l’observatoire de Nanterre, et sur la santé des résidents des foyers de travailleurs migrants. Ces trois visites se sont conclues par un après-midi de restitution, le 13 janvier 2009.

Par cette action commune, les trois centres de ressources ont souhaité proposer un espace de rencontre et de débat entre coordonnateurs et coordonnatrices des ateliers santé ville franciliens, leurs équipes et, plus largement les acteurs institutionnels et associatifs engagés localement dans des

démarches de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Aujourd'hui, une soixantaine d'ateliers santé ville sont à l'œuvre en Île-de-France, et une dizaine sont en préfiguration. Tous témoignent d'une vraie diversité des approches et des pratiques, adaptée à la réalité des territoires et à leurs problématiques spécifiques. La richesse des expériences et des analyses des professionnels franciliens qui ont contribué à nourrir ces séances en est une illustration forte.

Ce document, après une synthèse de présentation des trois sites, propose une lecture des enseignements mis en exergue lors de cette action, en termes de thématiques, d'organisation et de méthodes. À partir de ces trois entrées, la contribution des ateliers santé ville à la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé est mise en lumière, soulignant la pertinence de cet outil développé dans le cadre de la politique de la ville, fondé sur la proximité et la transversalité au niveau local. Cette contribution paraît d'autant plus utile à rappeler dans le contexte actuel de réorganisation territoriale des politiques publiques de santé, dans lequel la place des ateliers santé ville et la prise en compte des besoins spécifiques des quartiers et populations en difficulté n'apparaissent pas encore claires pour nombre de professionnels et d'élus locaux.

■ Cette action, construite conjointement par trois centres de ressources départementaux d'Île-de-France, est l'une des manifestations de la coopération qu'ils mettent en œuvre à l'échelle francilienne afin de contribuer à la qualification et à la mise en réseau de l'ensemble des acteurs de la région, y compris ceux dont le département n'est pas couvert par un centre de ressources.

I. Les trois sites ayant accueilli les visites

Présentation

I. Aubervilliers, santé communautaire et implication des habitants

	Aubervilliers	Seine-Saint-Denis	Île-de-France
Population	73 506	1 491 972	11 532 409
Moins de 30 ans	44,7 %	44 %	41 %
Familles monoparentales	22,1 %	19,8 %	15,8 %
Taux de chômage des 15-64 ans	14,6 %	11,9 %	8,2 %
Non-diplômés	41,3 %	29,8 %	18,3 %
Locatifs HLM	35,7 %	33,2 %	22,2 %
Revenu net imposable moyen (2007)	14 246 €	19 255 €	29 894 €
Foyers fiscaux non imposés (2007)	60,8 %	47,7 %	35,4 %

Source : INSEE RP 2006 / DGI 2007 (données fiscales)

L'image de la ville d'Aubervilliers est liée à son cosmopolitisme et à ses origines ouvrières, d'une part, à l'atout d'une population jeune d'autre part : 45 % des habitants ont moins de 30 ans.

La commune compte une proportion importante de logements anciens et est marquée par un taux élevé d'habitat insalubre et de surpopulation. L'accès à l'emploi reste une problématique forte dans une ville qui compte un taux de chômage supérieur à celui du département.

La ville bénéficie des dispositifs de la politique de la ville depuis 1994. Six quartiers sont aujourd'hui inscrits en géographie prioritaire.

La politique de santé publique de la ville est ancienne. Fortement portée par la municipalité, elle était au cœur de la politique de la ville dès le premier contrat de ville signé en 1994.

L'atelier santé ville a été créé en 2001 et est rattaché au service communal d'hygiène et de santé (SCHS). Il comporte :

- un *volet tableau de bord*, consacré au recueil et à l'analyse de données épidémiologiques existant au niveau communal ;
- un *volet santé communautaire*, concrétisé par la création de la Maison des pratiques de bien-être et de santé du quartier du Marcreux ;
- un *volet santé mentale*, visant à favoriser le travail en partenariat et la participation des professionnels du sanitaire et du social autour des problématiques psychosociales.

La Maison des pratiques de bien-être et de santé du quartier du Marcreux

De 2001 à 2003, un comité de pilotage réunissant des professionnels de la ville réfléchit à la manière de travailler avec les habitants du Marcreux autour des questions de santé. Ce comité se construit autour de deux objectifs : d'une part, sensibiliser l'équipe de professionnels à la santé communautaire, d'autre part, intégrer l'évaluation comme un volet à part entière de la Maison du Marcreux.

Un diagnostic partagé, sous forme d'enquête, est ensuite réalisé, avec deux principes : donner la parole aux habitants (mieux approcher leurs opinions concernant la santé, leurs problèmes de santé, les causes, les solutions et ressources potentielles) et engager de nouvelles pratiques professionnelles en développant une dynamique permettant aux professionnels d'aller au-devant des habitants.

Pourquoi le Marcreux ?

Le Marcreux est un quartier enclavé et excentré d'Aubervilliers, situé près du canal Saint-Denis. Il compte 6 000 habitants environ, dont plus de la moitié sont étrangers ou d'origine étrangère : Europe, Maghreb, Afrique noire, Asie (Inde, Sri Lanka, Pakistan) et Europe de l'Est.

Une grande partie de ces habitants vivent dans des conditions difficiles : précarité économique, habitat ancien insalubre, problèmes de saturnisme et de surpeuplement... La question de la santé de la population de ce quartier est préoccupante et les conduites à risques des adolescents du quartier sont soulignées dans l'enquête diagnostic.

L'absence de services publics dans ce quartier est également un élément décisif dans le choix du site, au regard d'autres quartiers ayant les mêmes indicateurs de santé publique.

Après deux ans de maturation du projet, la Maison du Marcreux ouvre ses portes en 2003 avec le soutien de la Fondation de France. Elle est financée par la ville d'Aubervilliers, l'État, le Groupement régional de santé publique et le Conseil général.

De nombreux acteurs institutionnels (SCHS, Caisse régionale d'assurance-maladie d'Île-de-France [Cramif], centre communal d'action sociale [CCAS], centre municipal de santé, coordination de quartier, mission locale-service RMI, Office municipal de la jeunesse, PMI, centre de loisirs, bibliothèque Paul-Éluard, collègue Rosa-Luxemburg...) et associatifs (Génération diabète 93, Association solidarité emploi d'Aubervilliers, Uraca, Épicéas...) s'impliquent dans le projet et dans la mise en œuvre d'actions.

La Maison du Marcreux a trois objectifs généraux :

- améliorer l'état de santé et le niveau de bien-être des habitants du Marcreux et plus particulièrement des adolescents et des jeunes ;
- permettre l'acquisition et l'échange de bonnes pratiques en matière de santé ;
- agir sur les facteurs environnementaux en lien avec l'état de santé des habitants, la santé étant entendue comme l'état de bien-être : santé physique/mentale, environnement, vie du quartier, état du logement...

L'équipe de la Maison du Marcreux est constituée d'un responsable et d'un chargé de mission, des coordonnateurs atelier santé ville du volet santé communautaire et santé mentale. Elle est intégrée au pôle santé jeunes du SCHS.

La mission de coordination de la Maison du Marcreux doit assurer la cohérence globale du projet et permettre la participation des habitants en créant des conditions favorables, mais aussi contribuer à la visibilité de l'équipement aussi bien au niveau des professionnels que des habitants. Elle doit également développer des partenariats et des actions conjointes avec les partenaires, réaliser la programmation annuelle, gérer les demandes de subventions et recueillir des données.

Les thématiques travaillées sont :

- la prévention santé des jeunes ;
- l'insertion et l'accès aux droits et aux soins ;
- l'habitat et l'environnement ;
- le renforcement du lien social sur le quartier.

La Maison du Marcreux est le seul équipement public non scolaire du quartier, sa mission est donc de répondre aux besoins de la population. C'est pour cela que des permanences de professionnels de la ville (assistantes sociales, médiateurs, éducateurs de rue pour l'accès aux droits, infirmières de santé publique pour l'accès aux soins et les bilans de santé...) se déroulent dans ses locaux, au plus près des habitants.

Plus largement, la Maison du Marcreux assure un accueil individuel sans rendez-vous, du lundi au samedi. Elle propose également des projets et des ateliers collectifs : permanence santé-jeunes, atelier de socialisation, atelier nutrition, atelier emploi, intervention au collègue...

Une fois par semaine, l'équipe de la Maison effectue des visites à domicile. Ce travail « hors-les-murs » de porte-à-porte est essentiel : il permet de coupler des actions entre la structure et ces visites, mais aussi d'aller au-devant des habitants, de travailler dans la proximité, de toucher les personnes isolées qui vivent sur le quartier et qui ne connaissent ni la Maison du Marcreux ni d'autres services. C'est un moyen de déceler des situations diverses, en particulier d'habitat extrêmement dégradé, et de faire le lien avec le service hygiène de la ville. Ces premiers contacts permettent ensuite de travailler sur les modes d'occupation du logement, sur la prévention des animaux et des insectes nuisibles ou encore sur les accidents domestiques.

Acquis, difficultés, perspectives

Des conditions plutôt favorables ont permis de favoriser l'implication des habitants sur ce projet et le rapprochement avec les professionnels.

La Maison du Marcreux bénéficie aujourd'hui d'une certaine légitimité auprès des habitants. Ces derniers sont souvent mobilisés et s'impliquent bien dans les projets proposés. Ils se sont approprié cet espace désormais identifié comme un lieu relais et un lieu ressource. Leur implication n'est cependant jamais acquise et demande toujours plus d'inventivité et de créativité. Élargir le rayonnement de la structure au niveau du public touché et travailler notamment à favoriser l'implication des hommes, encore peu présents, font partie des principaux enjeux. Le piège de la participation « utilitariste » existe également et la vigilance à ce sujet est toujours nécessaire.

Du côté des professionnels, une certaine culture commune de la démarche participative est acquise et des actions conjointes entre les différents partenaires sont organisées. Mais il faut toujours et encore rechercher la cohérence entre les pratiques professionnelles de ces différents partenaires, peu habitués aux démarches participatives.

Par ailleurs, le processus de co-conception habitants-professionnels est difficile à mettre rigoureusement en œuvre, notamment du fait d'un paramètre peu

souvent pris en compte : le temps. En effet, il existe un décalage entre le temps de l'institution, le temps des politiques et celui des habitants. L'activité de la structure a eu cependant des effets positifs auprès des élus, qui ont aujourd'hui une meilleure connaissance du public concerné et ont renforcé leurs liens avec les habitants de ce quartier.

La Maison du Marcreux soutient la dynamique participative qui a émergé en poursuivant et en essayant d'amplifier la co-conception des projets avec les habitants. L'idée d'un comité d'usagers, envisagée depuis plusieurs années, est toujours fortement d'actualité, elle reste à travailler.

Le projet Robespierre – Cochenec – Péri

Le quartier Robespierre – Cochenec – Péri compte environ 6 000 habitants dont 80 % sont ouvriers et employés. Une « boutique de quartier » animée par un coordonnateur y est implantée. C'est un lieu d'information sur l'action municipale et associative et un lieu d'accueil d'activités pour les habitants et les associations du quartier.

Une quinzaine de professionnels de santé exercent sur le quartier, majoritairement à temps partiel. Le projet s'inscrit dans le volet santé mentale de l'atelier santé ville. C'est une démarche de santé communautaire, basée sur l'expression des habitants autour des questions de santé et de bien-être psychique.

L'objectif est de favoriser une prise de conscience collective des problèmes de santé auxquels sont confrontés les habitants par les acteurs du quartier eux-mêmes : habitants, associations et professionnels.

Participation des habitants

La démarche engagée pour établir un diagnostic participatif de santé sur le quartier repose sur la méthode définie par Paolo Freire¹ : « *Lister – dialoguer – agir* ». Cette méthode s'appuie sur le principe suivant : « *Ce sont les personnes les plus concernées qui peuvent définir au mieux les priorités en termes de besoins d'intervention.* » Elle permet donc à la fois d'établir un diagnostic participatif et d'agir sur le renforcement des compétences des habitants et sur les facteurs environnementaux.

De 2003 à 2004, dans le cadre du diagnostic, des entretiens individuels semi-directifs et des entretiens de groupe avec des habitants ont été organisés. Il s'agissait de constituer des listes des besoins de santé à partir de données recueillies auprès des habitants et des professionnels. Les thèmes abordés ont été : les

¹ *Ce pédagogue et militant brésilien (1921-1997) s'est intéressé aux pratiques d'alphabétisation des adultes des milieux les plus pauvres comme moyen de lutte contre leur oppression. Il est notamment l'auteur de l'ouvrage Pédagogie des opprimés (1969).*

questions de santé des habitants du quartier et leurs possibles déterminants, les opportunités de changement, les solutions aux problèmes. Cette première étape, « *Lister* », a permis d'initier une relation de confiance et d'avoir une base de travail pour amorcer le dialogue.

La deuxième étape, « *Dialoguer* », s'est structurée autour de deux réunions avec des professionnels et/ou des associations et deux rencontres habitants-associations-professionnels afin de prioriser les problèmes de santé évoqués. Trois sujets prioritaires ont émergé :

- l'accès aux soins et aux droits ;
- l'environnement et la saleté ;
- le manque de communication entre les différents groupes.

Des recommandations ont été formulées :

- mettre en place un Comité de santé du quartier garant de la participation des habitants lors de la mise en œuvre d'actions de santé dans le quartier ;
- travailler à partir du diagnostic ;
- faciliter la rencontre entre les habitants et les intervenants travaillant sur les problématiques considérées comme prioritaires (service municipal du logement, centre de santé mentale Henri-Duchêne).

La troisième étape, « *Agir* », s'est concrétisée par la mise en place à partir d'octobre 2004 du Comité de santé du quartier et d'actions concrètes.

Le Comité est composé d'habitants, d'associations du quartier et de professionnels (une infirmière libérale au départ, un club de prévention, la coordination de quartier et le SCHS). Des groupes de travail se réunissant une fois par mois se sont constitués selon les thématiques prioritaires retenues : accès aux soins et aux droits, communication, hygiène et environnement.

À partir de novembre 2004 sont mises en place des actions concrètes : informations collectives sur l'aide médicale d'État (AME) et la couverture maladie universelle (CMU), permanences hebdomadaires (bilan de santé, mutuelle...); organisation d'une visite du centre municipal de santé ; sensibilisation au tri sélectif dans le cadre du thème hygiène et environnement. L'aspect communication a été travaillé par l'organisation de cabarets théâtre sur l'accès aux soins et aux droits, et par des repas et fêtes de quartier autour de la propreté.

Aujourd'hui, avec la réorganisation et la fusion des groupes de travail, le Comité a évolué dans son fonctionnement. Il est essentiellement composé d'ha-

bitants, et notamment de femmes, la participation des professionnels et des associations étant moins régulière. Les réunions sont plénières et ont lieu le lundi à la boutique de quartier pendant la permanence hebdomadaire d'information du Comité de santé.

Évaluation de la participation

L'évaluation de la participation a été réalisée *via* l'utilisation d'un outil, l'échelle de Rifkin, conçu pour analyser la participation de citoyens regroupés autour d'actions de type communautaire. Cet outil s'intéresse à cinq dimensions de la participation, consignées sur un schéma permettant de visualiser l'implication des citoyens à des moments différents et tout au long d'un projet (*voir p. 49*).

- l'évaluation des besoins (évaluation en continu ou non, identification et analyse des besoins, par qui?...);
- la direction d'activités (groupes représentés, désignation des personnes, prises de décision);
- l'organisation (planification des actions, d'un projet);
- la mobilisation des ressources (contribution des bénéficiaires, type de ressources, prise de décisions);
- la gestion du projet.

Les résultats de cette analyse établissent que :

- la coordination de quartier, qui permet d'alimenter la dynamique d'implication des personnes, est l'un des éléments les plus fédérateurs;
- la participation est très dépendante du lien de confiance établi tout au long de la démarche;
- l'enthousiasme des personnes qui ont participé au diagnostic peut inciter les autres à s'engager;
- des formes de solidarité émergent entre les participants.

Parmi les freins à la participation, on peut noter :

- le temps et la disponibilité nécessaires pour mobiliser les habitants;
- un sentiment d'insécurité lié à des événements survenus dans le quartier;

- les difficultés à faire coïncider les disponibilités horaires des acteurs ;
- la situation de personnes confrontées à des problèmes complexes à résoudre (accès aux soins et aux droits) et les difficultés touchant certains habitants: « *les personnes qui ont le plus besoin ne formulent aucune demande* » ;
- l'absence de certains groupes de population (public masculin, personnes socialement isolées...).

Contacts

La Maison des pratiques de bien-être et de santé du quartier du Marcreux

1, rue Claude-Bernard – 93300 Aubervilliers

Tél. : 01 48 11 21 69

maison-pratiques@mairie-aubervilliers.fr

Projet Robespierre – Cochenec – Péri

120, rue Hélène-Cochennec – 93300 Aubervilliers

Tél. : 01 48 39 52 78

II. Gonesse, l'atelier santé ville au service du plan local de santé publique

	Gonesse	Val-d'Oise	Île-de-France
Population	26 152	1 157 054	11 532 409
Moins de 30 ans	46,1 %	43 %	41 %
Familles monoparentales	13,8 %	15,5 %	15,8 %
Taux de chômage des 15-64 ans	16,1 %	11,4 %	8,2 %
Non-diplômés	29,5 %	20,7 %	18,3 %
Locatifs HLM	42,4 %	24,3 %	22,2 %
Revenu net imposable moyen (2007)	18 674 €	24 773 €	29 894 €
Foyers fiscaux non imposés (2007)	47,9 %	37,7 %	35,4 %

Source : INSEE RP 2006 / DGI 2007 (données fiscales)

La ville de Gonesse est inscrite en politique de la ville depuis 1994, avec, au fur et à mesure des contractualisations, une extension de sa géographie prioritaire de deux à cinq quartiers. De nombreux indicateurs – logement, chômage, couverture par la CMU... – mettent en lumière une forte précarité des habitants de la ville, qui s'accroît d'année en année.

La genèse

L'atelier santé ville de Gonesse, le premier du Val-d'Oise, a été créé en 2004. Volet santé du contrat de ville, puis du contrat urbain de cohésion sociale (Cucs), il est le fruit d'une réflexion initiée dès le début des années 2000 dans un cadre intercommunal (groupement d'intérêt public [Gip] intercommunal du contrat de ville) et communal (élu et équipe politique de la ville) concernant les problématiques locales de santé et les questions de mise en cohérence, de coordination et d'organisation locales en matière de santé.

À sa création, la mission de l'atelier santé ville consistait à développer, avec les institutions locales, les associations et les habitants, des projets de prévention et d'accès aux soins des populations.

La coordonnatrice a débuté son travail par un diagnostic local, qu'elle a réalisé à partir d'entretiens individuels avec près de soixante-dix professionnels locaux de la santé, du champ social et éducatif et de l'insertion. Il s'agissait alors de mieux connaître les ressources et les besoins du territoire, de définir les axes prioritaires de l'atelier santé ville et d'améliorer la lisibilité de ce nouveau dispositif par les acteurs locaux.

Cinq axes prioritaires d'intervention ont ainsi été identifiés :

- la santé des jeunes (prévention, éducation à la santé, accès aux soins) ;
- la prise en charge de la souffrance psychique des adolescents ;
- l'accès aux soins et aux droits (axe transversal) ;
- la nutrition et la lutte contre l'obésité ;
- les problématiques liées au vieillissement.

Ces thématiques incluaient également les questions de santé faisant déjà l'objet d'actions ponctuelles, notamment à destination des enfants scolarisés.

Sur la base de ce diagnostic a été élaboré le plan local de santé publique – dont l'atelier santé ville est le porteur – comprenant des actions de promotion de la santé et d'accès aux soins, en lien avec les priorités régionales, une mobilisation et une coordination d'acteurs ressources dans le cadre de groupes de travail.

Certains des axes prioritaires n'ont pas été intégrés au plan local de santé publique, soit parce qu'ils ne relevaient pas directement de l'atelier santé ville (comme le besoin de renforcer la santé scolaire), soit parce qu'ils faisaient l'objet d'un traitement dans un secteur plus large (VIH, addictions, santé mentale).

Si le plan local de santé publique est construit à l'échelle de la ville, il comporte des actions particulières ou renforcées sur des quartiers spécifiques, afin de réduire les inégalités avec d'autres territoires de la ville.

Des programmes d'action, fruits d'une mobilisation territoriale et partenariale

Pour mettre en œuvre les priorités retenues, l'atelier santé ville a installé, grâce à un travail de mobilisation de l'ensemble des acteurs du territoire, dont notamment l'hôpital de Gonesse, des partenariats et des procédures de travail collectives avec, principalement, l'animation (ou la participation) de groupes de travail thématiques pluridisciplinaires.

L'ensemble du travail de concertation, de création des partenariats et d'articulation des interventions a été mené par la coordonnatrice de l'atelier santé ville.

L'accès aux soins bucco-dentaires

Une action illustre particulièrement l'approche collective et territoriale promue, cherchant d'abord à mobiliser et à renforcer la capacité d'intervention du droit commun : l'accès aux soins bucco-dentaires.

Partant du constat de l'impact mitigé du programme Arcade de la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM), tous les acteurs concernés ont été mis à contribution.

Les habitants ont été interrogés pour comprendre les points de blocage (trop d'écrits, peu de visibilité...), les dentistes de la ville ont accepté de libérer des plages horaires de consultation, les établissements scolaires ont collaboré à des actions de sensibilisation en direction des enfants et de leurs familles, l'infirmière municipale et les travailleurs sociaux ont œuvré pour convaincre les familles réticentes, et leur ouvrir si besoin, en lien avec la CPAM, des droits à la santé dont elles ne disposaient pas jusque-là.

Quatre ans après le démarrage de ce programme, les taux de soins ont fortement augmenté (1 200 enfants concernés chaque année par le dépistage et l'accès aux soins si besoin), au point que l'Assurance maladie a positionné Gonesse comme ville pilote dans le cadre de sa campagne de sensibilisation *M'Tes dents*.

La souffrance psychique des adolescents

La prise en charge des jeunes en souffrance psychique ne relevant pas de la psychiatrie a été un axe important du plan local de santé publique. Elle a permis de développer une prise en charge transversale des problématiques (éducative, sociale, sanitaire), de renforcer les partenariats, et a été à l'origine de la création de la Maison des adolescents de l'est du Val-d'Oise.

L'accès aux droits et aux soins

L'atelier santé ville a permis de mettre en place un programme de vaccinations gratuites et d'information sur le parcours de soins, un travail avec les professionnels de la santé (promotion du bilan de santé, aide à la mutualisation...), une coordination directe avec la CPAM sur l'ouverture de droits, les aides... et, plus globalement, une amélioration de l'offre de soins (accompagnement de l'installation de nouveaux praticiens, offre de prévention conservée).

La nutrition et la lutte contre l'obésité

Le programme d'éducation nutritionnelle et de lutte contre l'obésité a été développé en trois volets :

- scolaire – stage d'un mois dans les écoles de 70 étudiants en soins infirmiers et formation du personnel de cantine;
- adultes – rencontres gratuites avec des diététiciennes, forum, ateliers cueillette;
- professionnel – recueil de données PMI et santé scolaire, suivi spécifique, actions de prévention.

Le vieillissement

Afin d'appréhender les problématiques du vieillissement, un réseau de solidarité autour de bénévoles a été créé afin de rompre l'isolement des personnes âgées. Réseau initié dans le cadre du Plan canicule, les bénévoles relais – formés aux questions liées à l'offre de soins et à leur accès – contribuent à mieux cerner les attentes des personnes âgées, pour une meilleure prise en compte par le CCAS.

Des actions d'information sur l'accès aux droits et aux services, et de sensibilisation (nutrition, dépistage des cancers, audition, mémoire) sont également conduites.

Une dynamique transversale

Ces programmes se sont enrichis au cours des trois années de fonctionnement. Ils ne sont pas cloisonnés, les dynamiques à l'œuvre nourrissant chaque thématique. Ainsi, le programme nutrition, destiné à l'origine aux enfants et aux adultes, a intégré l'axe des personnes âgées grâce à la mobilisation des cardiologues de l'hôpital qui souhaitent élargir leur action de prévention aux séniors. De la même manière, le circuit de collaboration avec l'assurance-maladie initié dans le cadre du programme bucco-dentaire a largement permis d'améliorer l'accès aux droits et aux soins pour toute la population.

L'atelier santé ville, une fonction d'impulsion, de coordination et d'animation

Lors de la création de l'atelier santé ville, les compétences de santé étaient réparties entre l'atelier santé ville, le service d'hygiène et de santé, la santé scolaire municipale. En 2006, afin d'optimiser le travail effectué et d'assurer une plus grande cohérence des actions développées, la ville a souhaité rationaliser l'ensemble des actions de prévention et de santé publique en les regroupant au sein d'un même service, sous la responsabilité de la direction de la solidarité et de la santé (CCAS).

L'atelier santé ville a alors été organisé en deux pôles, afin de maintenir les capacités d'impulsion de la coordonnatrice santé et de permettre la pérennisation de certaines actions :

- le pôle « coordination » (la coordonnatrice de l'atelier santé ville et une secrétaire en alternance), avec une fonction de coordination, de mise en œuvre du plan local de santé publique, de participation aux thématiques transversales, de suivi des associations, de recherche de financements ;
- le pôle « actions de santé » (une infirmière, une assistante santé à mi-temps), pour mettre en œuvre les actions du plan local de santé publique (en priorité celles destinées aux scolaires), assurer le contact avec des partenaires comme l'Éducation nationale.

En termes d'instances, l'atelier santé ville est organisé en un comité de pilotage politique (réunion annuelle), un comité de suivi technique (réunion trimestrielle) et des commissions thématiques et groupes de travail évoqués précédemment (autour des actions développées, pour renforcer les partenariats, formaliser la participation des habitants et acter le co-pilotage de certaines actions).

Cette organisation, qui impose des contraintes de gestion, permet également d'assurer une bonne lisibilité de l'atelier santé ville par les partenaires sur les thématiques prioritaires. Elle contribue ainsi à l'implication des praticiens libéraux (chirurgiens-dentistes, radiologues) qui trouvent des lieux d'échange organisés sur les programmes auxquels ils participent... L'hôpital de Gonesse est lui aussi fortement engagé, *via* plusieurs secteurs : cardiologie, gynécologie, ORL, Institut de formation en soins infirmiers.

Des enseignements pour bâtir le deuxième plan local de santé publique

Le premier plan local de santé publique est arrivé à échéance en 2008. La ville a cherché à mettre en perspective la situation à cette date au regard du diagnostic de 2004 afin de déterminer les axes à pérenniser, à renforcer ou à développer.

Des acquis et points forts ont été relevés :

- la transversalité et les nouveaux partenariats ont renforcé l'action municipale;
- les modes de fonctionnement et d'animation ont permis de construire de la cohérence, de la concertation autour de la santé publique, et ont fait émerger de nouvelles dynamiques (avec les spécialistes libéraux, avec l'hôpital...);
- les associations ont développé leurs capacités d'intervention ;
- le champ de la santé scolaire a réinvesti le territoire, permettant un suivi individuel de la santé des enfants et une véritable démarche de prévention et d'éducation à la santé, même si des inégalités subsistent selon les secteurs.

Plusieurs difficultés sont néanmoins constatées :

- l'offre de soins reste insuffisante sur le territoire;
- les réseaux thématiques se sont peu à peu affaiblis, réduisant en même temps la capacité d'intervention notamment sur le VIH, les addictions et la santé mentale;
- les indicateurs sanitaires et sociaux exploitables sont difficiles à produire;
- les modes de fonctionnement et d'animation territoriale restent fragiles pour cet atelier santé ville resté longtemps le seul du Val-d'Oise, affaiblissant de fait sa capacité à travailler avec les échelons départementaux (Conseil général, DDASS).

Ces constats et enjeux ont déterminé le passage vers le deuxième plan local de santé publique, qui devrait renforcer les axes existants tout en dégageant de nouveaux espaces de travail dans le cadre de l'atelier santé ville. Un diagnostic participatif sur la santé et l'accès aux soins des personnes en situation de précarité doit aider à préciser les axes prioritaires, repositionner l'atelier santé ville et renforcer les partenariats avec l'hôpital, les libéraux et les associations.

Enfin, de nouvelles problématiques et modalités de travail apparaissent. L'atelier santé ville doit être en capacité d'investir ces espaces pour répondre aux problématiques locales. Le pilotage thématique du Cucs doit renforcer la coopération intersectorielle, notamment concernant des axes transversaux telle la densité médicale.

Contact

Atelier santé ville
CCAS – 1-3, rue d'Orgemont – 95500 Gonesse
Tél. : 01 30 11 55 20

III. Nanterre : observation locale et santé ; problématique des foyers de travailleurs migrants

	Nanterre	Hauts-de-Seine	Île-de-France
Population	88 316	1 536 096	11 532 409
Moins de 30 ans	45,3 %	39,7 %	41 %
Familles monoparentales	21,4 %	16,3 %	15,8 %
Taux de chômage des 15-64 ans	13,4 %	10,2 %	8,2 %
Non-diplômés	25,8 %	15,1 %	18,3 %
Locatifs HLM	49,5 %	24,5 %	22,2 %
Revenu net imposable moyen (2007)	20 916 €	35 622 €	29 894 €
Foyers fiscaux non imposés (2007)	45,4 %	30,5 %	35,4 %

Source : INSEE RP 2006 / DGI 2007 (données fiscales)

Nanterre est une ville très hétérogène : près de la moitié de la population vit en zone urbaine sensible (Zus) dans les quatre quartiers de la géographie prioritaire – Chemin de l'Île, Petit Nanterre, Le Parc et Université ; mais la ville compte aussi un pôle économique dynamique et une université, Paris X – Nanterre.

La ville est engagée depuis longtemps dans une politique de santé publique : ses trois centres de santé municipaux ont été créés à la fin de la Seconde Guerre mondiale.

Après un premier diagnostic santé réalisé sur le quartier du Petit Nanterre en 1998, l'atelier santé ville, volet santé du contrat de ville 2000-2006, est créé en 2001. Son objectif est d'améliorer la cohérence de la politique locale de santé publique de la municipalité au plus près des habitants et notamment des plus précaires. L'atelier santé ville est intégré au Pôle prévention santé de la direction de la santé. Il pilote des programmes locaux de santé publique et accompagne la mise en œuvre des autres programmes dans les territoires Zus.

L'observatoire local de santé

Créé en 2006, l'observatoire local de santé résulte d'un besoin exprimé par le service de santé d'accéder à une connaissance plus fine et plus exhaustive de l'état de santé des habitants. Intégré au Pôle prévention santé, il s'inscrit dans la perspective de l'atelier santé ville et d'un partenariat entre la ville et l'université de Paris X – Nanterre. Le Conseil général, la CPAM, la Caf et l'hôpital sont parmi les acteurs institutionnels impliqués dans ce dispositif.

L'observatoire est un outil d'aide à la décision et à l'action permettant de faire émerger les besoins en matière de santé et d'amorcer une dynamique locale

autour des questions de santé publique en associant les différents acteurs des quartiers. Il sert la démarche de l'atelier santé ville et répond à l'un des objectifs de cette démarche qui est d'identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en situation de vulnérabilité.

En termes de périmètre, l'observatoire focalise son travail sur les Zus, mais l'observation s'étend nécessairement au-delà, pour avoir des données comparatives à l'échelle de la ville.

Les activités de l'observatoire

Afin de recueillir des données, quantitatives et qualitatives, l'observatoire identifie tout d'abord les producteurs de données et les indicateurs existant à l'échelon communal, voire infra-communal. La seconde étape, le recueil des données, suppose la création d'un partenariat éventuellement formalisé par la signature d'une convention. Lorsque les données n'existent pas, l'observatoire met éventuellement en place les outils pour compléter l'existant.

Au-delà du recueil, la fonction principale de l'observatoire consiste à structurer et à analyser les données, par thème, par public et par territoire, pour produire des informations intelligibles. La dernière étape est celle de la restitution ou de la diffusion des informations. Pour être utile et utilisée, l'information doit circuler; il est donc primordial de la diffuser auprès des professionnels de la santé et du secteur social concernés, pour définir en concertation les priorités de santé et les actions à mettre en place.

Un travail est en cours sur la formalisation d'un document compilant l'ensemble des indicateurs de santé disponible sur la ville.

Les principaux problèmes rencontrés

Il est parfois difficile d'accéder aux bases de données et de savoir exactement quels sont les renseignements disponibles? À quelle échelle de territoire est-on? Quelle est la population concernée? Quelles sont les méthodes de recueil de l'information? Sous quel format et à quelle périodicité l'information est-elle disponible, et mise à jour? Tous ces éléments doivent être définis pour formuler une demande officielle d'obtention des données.

Autre problème, les fichiers eux-mêmes: leur objectif initial n'est pas l'épidémiologie – et encore moins à l'échelle de la ville ou de ses quartiers. Les centres municipaux de santé s'appuient sur la facturation pour recueillir des éléments statistiques concernant les activités des différents centres, leur rayonnement, ainsi que le profil des bénéficiaires. Le codage des actes donne par ailleurs des informations sur les actes prescrits, mais il ne reflète pas l'état réel de santé des patients.

La question de l'échelle territoriale est également importante. Le Conseil général détient des données par circonscription, chacune regroupant plusieurs communes. Pour obtenir les données concernant Nanterre, il faut donc passer par plusieurs requêtes informatiques et extraire uniquement les données à partir du code de la commune et de l'adresse.

À ce problème est associé celui de la confidentialité. Les bases de données qui pourraient permettre d'identifier un individu ne sont pas transmissibles d'un organisme à un autre. Il faut donc agréger les informations (par unité géographique ou en respectant un seuil quantitatif) pour rendre les données utilisables et être en conformité avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil). Cela demande un traitement supplémentaire de la part de l'organisme producteur et donc une charge de travail supplémentaire. Pour toutes ces raisons, les partenariats sont longs à mettre en place et les données difficiles à obtenir, notamment en externe.

Les avancées

La ville dispose de certaines données de santé qui lui sont propres, et qu'elle peut exploiter, comme celles des centres municipaux de santé. L'observatoire recense également les actions de prévention et leur public.

Quelques indicateurs de suivi de l'état de santé de la population sont également disponibles : indice CAO (nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées par enfant) ou besoin en soins dentaires, données IMC (indice de masse corporelle) des enfants de primaire (en partenariat avec l'Éducation nationale), étude réalisée à partir du certificat de santé du 8^e jour (en partenariat avec le Conseil général)...

Élargissement des missions

L'observatoire apporte également un appui méthodologique et technique pour la création d'enquêtes ponctuelles, thématiques ou territorialisées, comme par exemple le public fréquentant la PMI, le repérage du saturnisme infantile en PMI, la création du « passeport santé » utilisé dans les foyers Adoma pour collecter des informations sur l'accès aux droits des résidents...

L'observatoire participe également à la conduite d'enquêtes plus larges comme l'enquête santé mentale en population générale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2006, ou en 2008 le projet d'évaluation de l'apport des centres de santé à la réduction des inégalités de santé (Épidaure), ayant pour objectif de connaître, au-delà de la précarité administrative, la précarité sociale des patients fréquentant les centres de santé et la réponse apportée par ceux-ci au suivi des patients, ainsi que la qualité de leur prise en charge médicale.

L'observatoire a également pour mission, en lien avec la coordonnatrice de l'atelier santé ville, de conduire le dernier diagnostic de santé d'un des quatre quartiers prioritaires de la ville (les trois autres quartiers ayant fait l'objet auparavant d'un diagnostic santé par des prestataires extérieurs).

Enfin, l'observatoire contribue à l'évaluation des programmes locaux de santé publique.

Les actions de santé dans les foyers de travailleurs migrants

Depuis 2003, le service municipal de santé de Nanterre intervient avec l'atelier santé ville, promoteur du programme d'actions, auprès des résidents de deux foyers Adoma : celui des Primevères, ouvert en 1964 dans le quartier du Petit Nanterre (216 résidents), et celui des Sorbiers, ouvert en 1969 dans le quartier du Chemin de l'Île (516 résidents). Ces deux foyers ne bénéficient pas du classement en résidence sociale qui permet notamment la présence d'un travailleur social.

La grande majorité des résidents de ces deux foyers est originaire du Maghreb. Plus du quart des résidents ont plus de 65 ans (69 % des résidents ont plus de 55 ans) et 37 % sont à la retraite². Enfin, 42 % des résidents ont un montant de ressources mensuelles inférieur à 656 euros (source OPSIS).

Le partenariat avec Adoma fait l'objet d'une convention annuelle avec la ville. Il prévoit que le service santé propose des actions de santé au sein des foyers et qu'Adoma prenne en charge les conditions logistiques nécessaires à l'organisation de ces actions (aspect matériel et communication).

En 2003, un premier état des lieux réalisé par le coordonnateur de l'atelier santé ville auprès de trente résidents des foyers et de deux médecins libéraux avait fait émerger les problématiques de santé suivantes : maladies chroniques (diabète, problèmes cardio-vasculaires...), problèmes dentaires, difficultés de mobilité et souffrance psychique.

À la suite de ce travail de repérage, des ateliers d'éducation à la santé ont été organisés. Les objectifs étaient :

- d'accroître les compétences des résidents en matière de santé (information sur les comportements favorables à la santé, l'observance des traitements, le recours rapide aux soins...);
- de renforcer l'accès aux droits des résidents (partenariat avec l'association Nahda, association de femmes du quartier proposant des activités aux familles);

² Diagnostic OPSIS/Sonacotra réalisé dans les deux résidences de Nanterre : les Sorbiers et les Primevères, 2006.

- de contribuer à l'articulation entre les différents acteurs de la ville sollicités par les résidents – ou qui devraient l'être.

Une coordination informelle s'est organisée avec les partenaires volontaires : l'atelier santé ville, des associations, le centre local d'information et de coordination gérontologique (Clic). On compte également parmi les acteurs majeurs de ce programme des « résidents-ressources » qui permettent d'informer les partenaires sur la vie quotidienne dans les foyers et à qui sont soumis des propositions d'action.

En 2007, l'atelier santé ville et l'observatoire local de santé ont mis au point un questionnaire relatif à l'accès aux droits des résidents. Ce « passeport santé » est un outil de suivi des résidents qui permet l'identification de la personne et l'actualisation du diagnostic. Il comporte des questions sur le choix du médecin traitant, la souscription d'une complémentaire santé... Sur 34 résidents interrogés (en majorité des inactifs), 27 n'ont pas de complémentaire santé (79 %).

Aujourd'hui, l'objectif du programme d'action porte globalement sur la promotion de la santé. Cela suppose une articulation dynamique des objectifs précédemment cités : l'éducation pour la santé, l'accès aux droits et l'articulation des acteurs.

Depuis 2008, l'action est financée dans le cadre de l'axe 4 du Plan régional de santé publique / Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRSP/Praps) : « *Réduction des inégalités d'accès à la santé des personnes résidant en foyer de travailleurs migrants dans les domaines de la promotion de la santé et du vieillissement* ». Elle était auparavant financée dans le cadre du contrat de ville puis du Cucs, les deux foyers étant situés en Zus.

Un bilan contrasté

Après cinq années d'intervention, et malgré la régularité de la présence du service municipal de santé au sein des foyers, le bilan du programme est contrasté.

Parmi les points positifs, on peut noter qu'une dynamique santé s'est établie :

- avec les professionnels, qui sont de plus en plus nombreux à se mobiliser pour intervenir dans les foyers – et notamment la CPAM (interventions des délégués sociaux sur l'accès aux droits, soutien aux actions comme par exemple la vaccination antigrippe) ;
- avec les résidents, qui ont identifié des professionnels pouvant les orienter ou répondre à leurs questions en matière de santé. Les résidents parlent plus facilement de leur état, surtout physique, mais abordent également des

questions de souffrance psychosociale (tristesse, solitude). Le temps a permis de nouer des relations de confiance avec eux, leur participation aux actions organisées par le service de la santé est satisfaisante; pour autant leur état de santé ne semble pas s'améliorer.

Parmi les points négatifs, on peut noter :

- l'implication insuffisante d'Adoma – l'organisation du cadre logistique des actions, le relais de l'information auprès des résidents, l'accueil des intervenants... autant de pré-requis au bon déroulement des actions qui ne sont pas assurés;
- l'absence de coordination des différents acteurs intervenants auprès des résidents, même si le service de la santé coordonne son action à celle du Clic;
- l'absence de suivi social : la prise en charge sanitaire des résidents s'avère souvent complexe, des problèmes d'ordre administratif nuisant à leur accès aux soins; l'organisation du suivi social individualisé au sein des foyers permettrait de limiter ces difficultés;
- des déterminants de santé en dégradation constante – les conditions d'hébergement des résidents sont de plus en plus difficiles, à l'exiguïté des logements et leur inadaptation à un public vieillissant s'ajoute la dégradation du bâti qui entraîne des nuisances graves pour les résidents.

Perspectives

Depuis 2009, une permanence hebdomadaire tenue par une psychologue a été mise en place dans chaque foyer de manière informelle, autour d'un café, pour aborder d'éventuels problèmes de souffrance psychique. Cette action permet d'identifier dans un premier temps l'ampleur et la nature des difficultés pour proposer ensuite des orientations adaptées.

Enfin, récemment, une note relative aux résidents des foyers a été votée par le bureau municipal. Elle fixe les objectifs suivants :

- créer les conditions d'un dialogue constructif avec Adoma, notamment en contractualisant le partenariat dans le cadre d'une convention ville-Adoma qui fixerait les engagements réciproques des parties au-delà du soutien logistique aux actions de santé;
- interpeller le Conseil général pour intégrer les résidents vieillissants des foyers à la politique gérontologique du département, notamment dans le cadre du prochain plan départemental gérontologique.

L'action du service municipal de la santé est désormais reconnue et attendue par les résidents des foyers de Nanterre. Pour autant, son efficacité pourrait être améliorée en essayant d'associer davantage les résidents aux différentes actions. Jusque-là, la participation en amont de l'action était difficile et uniquement basée sur des relations individuelles avec certains résidents. Depuis peu, des comités représentatifs des résidents ont été élus et un travail commun s'organise afin d'établir un programme d'actions.

Contact

Observatoire local de santé / Atelier santé ville
Mairie de Nanterre – Pôle prévention santé
57, rue Ernest-Renan – 92000 Nanterre
Tél. : 01 55 69 14 33



II. Les apports des ateliers santé ville

Quelques éléments d'analyse

À la suite des présentations générales des trois ateliers santé ville concernés – Aubervilliers, Gonesse et Nanterre –, ce chapitre propose de revenir plus particulièrement sur plusieurs dimensions inscrites au cœur des enjeux de travail ou des démarches des ateliers santé ville.

Abordées de manière transversale ou développées de manière plus approfondie par l'un ou l'autre des trois sites, ces dimensions aident à éclairer quelques-uns des apports spécifiques développés par les ateliers santé ville. Elles touchent ainsi à des enjeux thématiques (accès aux droits, à la prévention et aux soins), méthodologiques (observation locale en matière de santé, implication des habitants) et territoriaux (inscription dans un plan local de santé publique).

I. L'accès aux droits, à la prévention et aux soins

Les stratégies d'appréhension de la thématique par les ateliers santé ville

L'accès aux droits, à la prévention et aux soins s'inscrit au cœur de la démarche atelier santé ville, conformément aux textes de la circulaire de juin 2000 qui en définissait le cadre de référence³. Celui-ci posait parmi les intentions et objets de travail assignés aux ateliers santé ville de rendre effectif « *l'accès aux droits sociaux, aux soins, à la prévention et à la santé* ». Cinq stratégies d'appréhension de cette thématique, non exclusives les unes des autres,

³ Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé ville.

ont ainsi été identifiées au regard des ateliers santé ville, des contextes et des ressources locales.

Travailler dans la proximité

La première stratégie repose sur le travail dans la proximité avec les habitants. Ce dernier permet, dans le cadre des actions ou projets animés, de révéler les zones de vulnérabilités relatives à l'accès aux droits, d'agir sur elles et de construire des liens opérationnels avec les professionnels concernés. À ce titre, l'articulation systématique avec les professionnels des droits sociaux est centrale, pour anticiper la perte potentielle de droits ou contribuer à leur régularisation et à leur consolidation.

Ce travail dans la proximité prend naissance autour de modalités et de supports divers : espaces dédiés (Maison des adolescents, Maison de santé...), structures de proximité (points écoute, missions locales), instances de concertation (comités de quartier, visites à domicile...).

Si toutes les populations sont concernées, le travail de proximité est essentiel pour tenter de réduire les écarts avec celles qui vivent des processus de précarisation (personnes migrantes, personnes âgées, autres groupes soumis à une précarité allant en s'accroissant...). Il est aussi l'occasion de toucher parents et enfants pour promouvoir les questions de santé dans la durée.

Illustration d'une démarche d'accès aux droits et de prévention inscrite dans la proximité :

la Maison des pratiques et du bien-être, à Aubervilliers

La Maison des pratiques de bien-être et de santé (MPBES) d'Aubervilliers est implantée au sein du quartier du Marcreux, qui souffre d'un réel déficit d'équipements publics. Les projets qui y sont développés constituent une partie des interventions de l'atelier santé ville local (*cf. présentation p. 8*).

Sa localisation, ses modes d'organisation (accueil dit « de bas seuil » – plages d'accueil larges sans rendez-vous, fonctionnement le samedi, visites dans le quartier...), les opportunités de rencontres et de partenariats qu'elle suscite, les projets qui y sont développés ou soutenus s'inscrivent dans un objectif explicite de contribution à la réduction des inégalités territoriales d'accès aux droits, à la prévention et aux soins et de recréation progressive des liens avec le droit commun.

L'implication, à travers cette Maison, de professionnels de différents champs (social, éducation, insertion, santé...) permet de travailler plus finement des thématiques, au regard de besoins locaux identifiés, envers des publics ciblés : ouverture vers le droit commun, aides financières d'urgence, approches variées de prévention primaire, soutien aux stratégies de dépistage et de bilans de santé, soutien scolaire, alphabétisation...

Centrés sur le quartier ou ouverts sur la ville, ces partenariats sont façonnés avec des

acteurs aussi divers que les services municipaux de santé, d'hygiène et de sécurité, le centre de soins, la Cramif, le CCAS, la mission locale, un collège, une bibliothèque, des associations de santé (diabète, VIH, alimentation...), la PMI, le centre de loisirs, l'équipe de réussite éducative, la coordonnatrice de quartier...

Les permanences sociales de la MPBES constituent ainsi un des piliers du projet. Y sont reçues des personnes confrontées à des processus de précarisation qui ne se rendent pas ou plus dans les structures institutionnelles classiques dont les modes de fonctionnement se trouvent de fait décalés à l'égard des publics qu'elles sont censées soutenir.

Notons enfin que ce travail dans la proximité modifie la posture des professionnels, leur métier s'exerçant dans des espaces où l'interface avec les publics change de nature. C'est le cas pour la Maison des pratiques de bien-être et de santé, mais aussi pour les Résad (réunions d'évaluation des situations d'adultes en difficulté), autre modalité permettant de trouver de nouvelles surfaces de travail.

Réduire la complexité du système administratif

La deuxième stratégie identifiée recouvre des actions développées dans des lieux ciblés qui visent à réduire la complexité du système administratif. Elle se concrétise, par exemple, par des informations sur les parcours de soins dans des lieux spécifiques, par des permanences de proximité d'assistantes sociales (à la Maison du Marcreux, à Aubervilliers, ou dans les foyers pour travailleurs migrants, à Nanterre) ou encore par le développement de modes de coordination avec la CPAM (via les permanences de proximité ou des interlocuteurs directs) afin de réduire les complexités administratives liées à l'ouverture des droits, d'envisager certaines aides, etc.

Coupler droits et thématiques

La troisième stratégie repose sur une approche couplant droits et thématiques, quelles que soient la thématique et la population concernée par l'action développée. Peuvent être cités ici les dépistages bucco-dentaires, surpoids/obésité, cancer du sein ou les vaccinations gratuites, à Gonesse. On notera à ce propos qu'il ne s'agit plus aujourd'hui « seulement » de dépister, mais bien de s'assurer de la suite à donner aux dépistages lorsque ces derniers révèlent la nécessité d'une surveillance ou de soins.

Il s'agit alors de créer les interfaces permettant la connexion entre les différents professionnels au contact des populations concernées par les programmes, ceux qui dépistent et ceux qui en assurent le suivi et la prise en charge. Les ateliers santé ville, inscrits dans le local et dans la transversalité, développent des interfaces avec les équipes de réussite éducative en couplant approches en milieu scolaire et programmes de réussite éducative et représentent à ce titre un dispositif facilitateur. On

remarquera alors que la dimension individuelle de la prise en charge des enfants doit être couplée avec une vision collective des dépistages, ce couplage étant une des garanties de succès des programmes. *M'Tes dents*, déclinaison à Gonesse du programme national Arcade, est un autre exemple pertinent des succès obtenus lorsque les dépistages sont entourés d'un accompagnement adéquat.

Mettre en place des réseaux

La quatrième stratégie consiste à mettre en place des réseaux pour aborder les situations complexes. Citons ici l'exemple des réunions d'évaluation des situations d'adultes en difficulté (Résad). Il ne s'agit pas là d'ajouter un niveau supplémentaire de coordination, mais bien, de par l'objet spécifique des Résad, de résoudre des situations complexes qui nécessitent la mobilisation de tous.

Travailler la démographie des professionnels de santé

La cinquième stratégie consiste à travailler avec d'autres partenaires autour de la démographie des professions de santé. Cette question est abordée en termes quantitatifs et dans la recherche de modalités permettant d'attirer des professionnels de santé, médecins au premier chef. La baisse de la démographie médicale met également au jour la nécessité de travailler sur les fonctions des différents professionnels de santé et de les considérer de façon systémique. Au-delà des données chiffrées, les travaux de l'Observatoire national des professions de santé (ONDPS) montrent notamment que d'autres formes d'organisations peuvent permettre de réduire les inégalités d'accès aux soins de premiers recours et à la prévention⁴.

Un enjeu de travail spécifique : les foyers de travailleurs migrants

Aborder l'accès aux droits et aux soins et la prévention au sein de foyers de travailleurs migrants soulève des questions spécifiques et révèle un certain nombre de paradoxes à nuancer en fonction des pratiques et stratégies des gestionnaires. Les enjeux stratégiques y prennent en effet une connotation particulière au regard des problèmes de santé de personnes vieillissantes et des paradoxes liés au statut de « travailleur migrant ». Les conditions d'habitat et de vie parfois indignes, dans des enclaves au sein des villes, en sont également un autre aspect. Des maladies chroniques (diabète, hypertension), des problèmes bucco-dentaires, une mobilité réduite, des dépendances diverses, une souffrance

⁴ Cf. www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/observatoire-national-demographie-professions-sante-ondps/rapports/rapports-ondps.html

psychique... autant de situations renforcées par une méconnaissance globale des droits et un faible taux de couverture au regard de la complémentaire santé. Ces difficultés sont récurrentes alors que, paradoxalement, les populations des foyers sont, contrairement à d'autres, plus faciles à rencontrer.

Dans les foyers, les actions d'éducation à la santé s'avèrent utiles à divers titres : elles contribuent à réinscrire les résidents dans la ville, facilitent le lien avec d'autres services de la commune et recréent enfin des espaces de droit commun, avec des partenaires qui s'engagent, comme la CPAM.

Mais elles portent en même temps des paradoxes. Quelle est la portée, voire le sens, de sessions d'éducation à la santé à l'intention de personnes vivant dans un habitat indigne dont la préoccupation première est de vivre dans un environnement moins dégradé lorsque des gestionnaires ne respectent pas des besoins fondamentaux ou n'appliquent pas une égalité de traitement dans tous les territoires ? ou quand la réalité des difficultés de relogement ne peut pas ne pas être prise en compte ?

Un accès aux droits altéré par les processus de précarisation

La méconnaissance des droits et de leur usage effectif, régulièrement constatée, interpelle le système de droit commun et ne peut se satisfaire d'explications simplificatrices telle « la santé n'est pas une préoccupation »...

Ainsi, une étude de Brigitte Berrat et Virginie Paul réalisée en 2007⁵ dans 29 établissements franciliens foyers/résidences sociales Sonacotra, Adef et Aftam a démontré les altérations provoquées par le processus même de précarisation face aux droits et aux démarches à réaliser. Les facteurs de vulnérabilité touchent divers domaines : l'estime de soi, la confiance en soi, le sentiment de projection dans le futur. Prédominant le sentiment d'effort permanent à fournir, la survie au quotidien qui impacte la possibilité de réaliser des démarches...

Selon les résultats de cette étude, se soucier de sa santé est important pour 84,2 % des personnes interrogées et 42,6 % déclarent avoir des problèmes de santé importants. Pourtant, 40,5 % avaient renoncé aux soins durant les douze derniers mois pour des raisons financières et 31,4 % avaient renoncé aux démarches pour faire valoir leurs droits...

En outre, l'information concernant les droits était ressentie comme non accessible (maîtrise de la langue, langage administratif) et l'était effectivement pour beaucoup : 27 % des personnes interrogées n'avaient jamais entendu parler de la CMU complémentaire (CMU-C) ; ce taux approchait 87 % pour la mutuelle complémentaire (ACS).

L'étude mettait aussi en évidence les difficultés à faire valoir ses droits dans un système complexe (63,6 % des personnes interrogées) où les relations avec les administrations sont difficiles. La crainte de ne pas être compris (43,2 % des personnes interrogées), de ne pas comprendre les informations (37,5 %) ou d'éprouver une difficulté à exprimer les demandes (34,9 %), un sentiment de stigmatisation et de gêne étaient identifiés comme autant d'obstacles.

⁵ *Comprendre les causes de non-recours à la CMU complémentaire et à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, avril 2007, Brigitte Berrat, sociologue, et Virginie Paul, chargée d'étude, IRTS Île-de-France (www.cmu.fr/userdocs/Non_recours_CMU_ACS.pdf).*

Quelles stratégies d'action de la part des collectivités et des ateliers santé ville en particulier ?

De par leur positionnement spécifique, les ateliers santé ville peuvent construire et animer des stratégies adaptées au sein des foyers de travailleurs migrants pour lutter contre les inégalités et renforcer l'accès aux droits et à la prévention. Ils disposent pour cela de plusieurs leviers :

- celui de la proximité, d'abord, par la construction de réponses fines à des offres de soins déficientes ou inadaptées au regard des publics : une présence inscrite dans la durée, gage de confiance et de relation nouée, l'organisation de permanences de médecins généralistes ou spécialistes au sein même des foyers, l'intervention de médiateurs ;
- celui de la coordination des interventions en santé au sein des foyers, coordination qui peut être exercée par l'atelier santé ville grâce à la reconnaissance de son rôle par le système d'acteurs local ;
- celui de démarches reposant sur l'implication des personnes concernées dans la définition de leurs besoins et la construction des programmes d'action (*via* les comités de résidents ou de concertation...).

Les ateliers santé ville doivent aussi révéler les dysfonctionnements et interpellier les acteurs : gestionnaires, villes, État. Une de leurs fonctions est de légitimer les préoccupations autour de la santé en insistant sur l'idée que le cadre de vie en est le déterminant central.

Gestionnaire, État, villes : une responsabilité partagée

Au début des années 1990, l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé), alors Fonds d'action sociale (Fas), avait inscrit les foyers de travailleurs migrants parmi ses priorités d'intervention dans le cadre de la politique de la ville, souhaitant que ces établissements soient cosignataires des contrats de ville. Mais, dès 1994, cette intention disparaît.

Les foyers de travailleurs migrants sont parfois considérés par les collectivités locales comme des enclaves étrangères – il est vrai qu'il s'agit de territoires « privés », mais il en existe d'autres où les villes et l'État interviennent ou peuvent faire levier. Les villes cependant ne sont pas seules responsables de cet état de fait. Il existe souvent des ruptures ou des espaces interstitiels dans les dispositifs étatiques qui organisent le suivi de ce type de structures : entre le public étranger primo-arrivant suivi par l'Agence nationale d'accueil des étrangers et des migrations (Anaem), les signataires du contrat d'accueil et d'intégration (CAI) et les personnes qui passent entre les mailles du filet, faute d'être intégrées ou par méconnaissance des dispositifs existants, mais qui sont pourtant là depuis les années 1950-1960.

La démarche atelier santé ville permet, selon les contextes, d'interpeller et de mobiliser des opérateurs, d'impulser une dynamique, de s'impliquer dans des actions concrètes... *In fine*, l'objectif central est bien de mettre au jour des inégalités d'accès aux droits, à la prévention et aux soins, et de ne pas laisser perdurer des zones de non-droits.

Les cadres méthodologiques de la promotion de la santé peuvent s'avérer utiles : l'efficacité sera maximale si les responsabilités sont claires et les articulations rendues opérantes. À ce niveau, les décideurs peuvent influencer et soutenir la résolution des paradoxes cités plus haut. Les cadres de la promotion de la santé permettent donc de réfléchir à un projet dans sa globalité, dans ses multiples dimensions, en articulant différentes stratégies dans le temps, sur différents axes de travail :

- une politique favorable à la santé et une gestion des foyers qui garantisse la santé des personnes y résidant ;
- des conditions minimales à réunir autour du cadre de vie ;
- des changements organisationnels afin d'améliorer le cadre de vie, les rythmes de vie, les différentes interventions basées sur la proximité, tout en favorisant le désenclavement des personnes ;
- le soutien aux comportements favorables à la santé ;
- le renforcement du lien social, facteur de protection en matière de santé ;
- des modes de communication adaptés, aussi bien dans la vie quotidienne des personnes que pour ce qui relève des droits et de leur compréhension, ainsi que des actions menées autour de la santé et de l'éducation pour la santé ;
- des données pour ajuster les programmes, évaluer, mettre au jour des problématiques sur lesquelles travailler.

Cette approche globale peut permettre de dépasser la récurrence d'actions d'éducation à la santé, certes utiles, mais qui, déconnectées des autres problématiques, ne produisent que des effets limités. Elle permet aussi de sortir des seules mises en évidence des responsabilités individuelles.

II. La santé publique à l'échelon local

La place du local est fondamentale dans la lutte contre les exclusions et la réduction des écarts de santé. Lors des visites sur site (au cours du dernier trimestre 2008), le cadre institutionnel régissant les politiques de santé publique était alors celui des plans locaux de santé publique (PLSP), impliquant des modalités contractuelles autour de contrats locaux de santé publique (CLSP).

Mais depuis la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) de juillet 2009, seule la notion de contrat local de santé apparaît, alors que deux notions distinctes avaient été énoncées, d'une part dans le Plan espoir Banlieues (2008) qui mentionnait le contrat local de santé publique, d'autre part dans la lettre de janvier 2009 cosignée par Mme Bachelot, ministre de la Santé et des Sports, et Mme Amara, secrétaire d'État chargée de la politique de la ville, au sujet des contrats locaux de santé.

Ce changement de terminologie peut être considéré comme une harmonisation entre les termes utilisés dans le Plan Espoir Banlieues et ceux de la loi HPST.

Cependant, ce glissement de terminologie n'est évidemment pas anodin : de plan local de santé publique à plan local de santé (PLS) ; de contrat local de santé publique à contrat local de santé (CLS)... Il aura nécessairement des conséquences qu'il est difficile d'apprécier à ce jour : la notion de plan ou contrat local de santé publique asseyait la légitimité des collectivités locales en matière de santé. Le plan local de santé sera-t-il, lui, uniquement une déclinaison des priorités régionales ou laissera-t-il au local une marge de manœuvre ?

L'apport de l'atelier santé ville à la construction d'un plan local de santé publique

Quelques éléments sont essentiels pour la mise en place d'un plan local de santé publique :

- un processus méthodologique initié à partir d'un diagnostic réalisé sur le territoire concerné ;
- des choix à réaliser en croisant les missions de l'atelier santé ville, les priorités identifiées, les opérateurs pouvant être impliqués, les interfaces avec les différents volets du Cucs et les articulations avec les priorités régionales ;
- des modalités de recueil d'informations quantitatives et qualitatives ;
- un mode de pilotage et d'animation de la démarche.

L'expérience de la ville de Gonesse – dont l'atelier santé ville a permis d'impulser et de développer la thématique santé dans le projet municipal – permet d'identifier plusieurs jalons méthodologiques et stratégiques dans l'articulation entre atelier santé ville et plan local de santé publique.

À Gonesse, les axes prioritaires sont en adéquation avec les priorités régionales mais, dans le même temps, l'approche locale a permis de mettre au jour des problématiques spécifiques démontrant, par exemple à propos de la nutrition dans les écoles, que :

- des données qui devraient être rendues disponibles en milieu scolaire ne le sont pas et nécessitent la mise en place de moyens particuliers ;
- s'il est important de travailler sur la prévention de l'obésité, la veille au regard d'enfants qui ne mangeraient pas suffisamment l'est tout autant (la fonction d'observation reste donc essentielle).

Ce dernier point montre aussi comment les besoins identifiés au niveau local doivent être rendus lisibles et portés aux autres échelons pour une mise en commun des différents constats, afin d'engager une réflexion au niveau des politiques régionales.

Il s'agit donc d'analyser au niveau local puis de porter ces analyses à un niveau décisionnel : élus et institutionnels.

La démarche atelier santé ville engage l'ensemble des acteurs politiques et institutionnels à :

- expliciter les choix politiques réalisés dans le champ de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ;
- consolider les modes de pilotage et d'animation territoriale ;
- renforcer les éléments de méthodes à différents niveaux dans lesquels les opérateurs ont des responsabilités à prendre pour faire évoluer les contraintes actuelles ;
- créer de nouvelles interfaces de travail dans le champ de l'observation, tout spécialement au niveau de l'intersectorialité ;
- clarifier ou renforcer les intentions relatives à l'implication des habitants dans les projets qui les concernent.

Le plan local de santé publique de Gonesse : l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la démarche

Dans le cadre d'un plan local de santé publique, il est primordial de mobiliser les libéraux et les hôpitaux présents sur les territoires. La Maison de santé de Gonesse en est notamment un opérateur.

À Gonesse, la mobilisation des libéraux s'explique aussi par un travail de long terme mené par les élus et notamment l' élu à la santé, lui-même ancien hospitalier, qui a rencontré personnellement les dentistes et les médecins de l'hôpital en leur faisant valoir l'importance de venir sur le terrain. Du fait de la démarche pro-active des élus, six dentistes sur sept se sont impliqués dans le programme.

L'organisation locale qui impose des contraintes de gestion permet d'assurer une bonne lisibilité de l'atelier santé ville aux partenaires sur les thématiques prioritaires. C'est également un outil pour maintenir l'implication des praticiens libéraux (chirurgiens-dentistes, radiologues) qui trouvent des lieux d'échange organisés sur les programmes auxquels ils participent et peuvent mesurer leur degré d'investissement: présence ponctuelle aux réunions, participation à une commission...

Enfin, il est important de souligner la participation de plusieurs services de l'hôpital de Gonesse (cardiologie, gynécologie, ORL, Institut de formation en soins infirmiers) dans les actions de prévention.

Cette expérience montre l'effet d'entraînement auprès des différents professionnels et la place essentielle du coordonnateur pour animer, co-animer, faire du lien et impulser les articulations.

Les évolutions réglementaires : plan local de santé – contrat local de santé

À l'heure actuelle, l'absence de textes sur les modalités précises de fonctionnement et de mise en œuvre à la fois du plan local de santé et du contrat local de santé, est source de nombreuses interrogations.

L'état des connaissances permet néanmoins d'établir les éléments suivants.

Le plan local de santé est un document de référence au sein duquel sont inscrits les principaux axes et objectifs opérationnels de la politique locale de santé, au croisement des politiques de droit commun et de la politique de la ville (en lien avec l'atelier santé ville). Il correspond à l'organisation sur un territoire donné, des priorités de santé.

Le plan local de santé tient compte des besoins repérés localement (*via* la réalisation d'un diagnostic ou l'actualisation d'un diagnostic ancien) et il s'inscrit dans la lignée des orientations régionales (*via* le Programme régional de santé publique) et nationales. Il peut concerner un territoire (à définir: quartiers, commune, inter-communalité?) hors politique de la ville même si la priorité est donnée aux territoires prioritaires. Quatre axes sont conseillés: la promotion de la santé; la pré-

vention; l'accès aux droits et aux soins; l'articulation avec le médico-social. Le plan local de santé peut être le prolongement de l'atelier santé ville et permettre de renforcer l'articulation entre le volet santé du Cucs et les autres volets (insertion, habitat...), mais aussi avec les autres dispositifs (programme de réussite éducative [Pre], conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance [CLSPD]...).

Le plan local de santé n'est pas forcément porté par l'atelier santé ville qui peut être soit moteur (si le plan local de santé est centré sur les publics et les territoires prioritaires), soit contributeur (si la ville entière est concernée, l'atelier santé ville est le garant de la prise en compte des publics et territoires prioritaires). Il peut également être porté par une équipe.

Le plan local de santé suppose un engagement transversal des élus, des services municipaux et du coordonnateur atelier santé ville. Il peut s'organiser sur plusieurs années (trois ou cinq ans) avec une montée en charge progressive des objectifs et des actions. Par contre, il ne s'accompagne pas nécessairement de la signature d'un contrat local de santé.

Le contrat local de santé est signé (à la demande du maire) entre le préfet de région, le maire et le directeur de l'Agence régionale de santé (Ars). Son objectif est d'apporter une visibilité à la politique locale de santé, d'organiser la convergence de l'action sanitaire et sociale en direction des personnes les plus vulnérables et d'agir sur les contextes qui déterminent l'état de santé des populations locales.

La mise en place d'un contrat local de santé implique obligatoirement l'élaboration d'un plan local de santé alors que l'inverse n'est pas systématique: le plan local de santé ne s'accompagne pas nécessairement d'un contrat local de santé.

Les enjeux

Pour maintenir le cap tout en prenant en compte ce que représente le passage du contrat local de santé publique au contrat local de santé, il est indispensable :

- de maintenir et d'afficher l'objectif absolu de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé sur chacun des sites concernés;
 - d'engager les collectivités à signer un contrat local de santé autour des quatre pôles (prévention/promotion de la santé, offre de soins, médico-social, veille) et de trouver alors la place de l'atelier santé ville dans cette configuration;
 - d'agir à partir des déterminants de santé et dans une logique de promotion de la santé;
 - de renforcer le positionnement de la promotion de la santé et de faire sens avec le volet soin;
 - de rester vigilant sur le lien entre santé et social puisque la loi n'est pas explicite quant aux articulations des deux champs;
 - de poursuivre le travail autour de doubles dynamiques entre local et régional;
 - de renforcer ou de mieux faire valoir l'intersectorialité (plusieurs interlocuteurs des ateliers santé ville expliquent en effet que les articulations entre les volets du Cucs existent mais n'apparaissent pas explicitement).
-

III. L'observation locale en santé

L'atelier santé ville: un cadre pertinent de recueil et de partage de la connaissance

Une politique de santé de proximité fonde son action sur la connaissance, au niveau local, des besoins spécifiques des publics en situation de vulnérabilité et des déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie: habitat, logement, emploi, éducation, transports...

Le système d'observation « classique » (Caf, CPAM...) fournit des données nationales et régionales essentielles, mais porte en lui-même, du fait de son échelle d'observation, des limites pour une appropriation locale et opérationnelle. La connaissance plus fine des territoires – au niveau communal, voire infra-communal – s'avère nécessaire pour traiter les questions de santé et est ressentie aujourd'hui comme un impératif. Les ateliers santé ville, de par leur positionnement, leur ancrage et leurs principes d'intervention, constituent un cadre pertinent pour le recueil et le partage « en continu » de la connaissance.

Cette démarche d'observation locale en santé constitue un outil utile d'objectivation de la réduction des inégalités et d'aide à la prise de décision, en termes de stratégies et d'actions à implanter, puis de suivi et de mesure des effets.

Croiser santé et territoire oblige également à dépasser une vision étroite de la santé et du territoire, pour mettre en perspective la santé avec la dimension spatiale (en tant qu'espace vécu, investi par les habitants), dans des liens de réciprocité complexes.

La dimension locale de l'observation rend également plus aisée l'association des habitants à l'expression de leur état de santé et de leurs besoins (cf. *chapitre suivant consacré à l'implication des habitants*).

Les éléments de méthodologie, les stratégies choisies et les moyens mis en œuvre varient en fonction des ateliers santé ville.

Certains sites, comme à Nanterre, ont formalisé un observatoire local de la santé, animé par des professionnels de la géographie de la santé. Ce choix nécessite des moyens humains et financiers pour sa réalisation et sa pérennisation, et relève d'une décision politique.

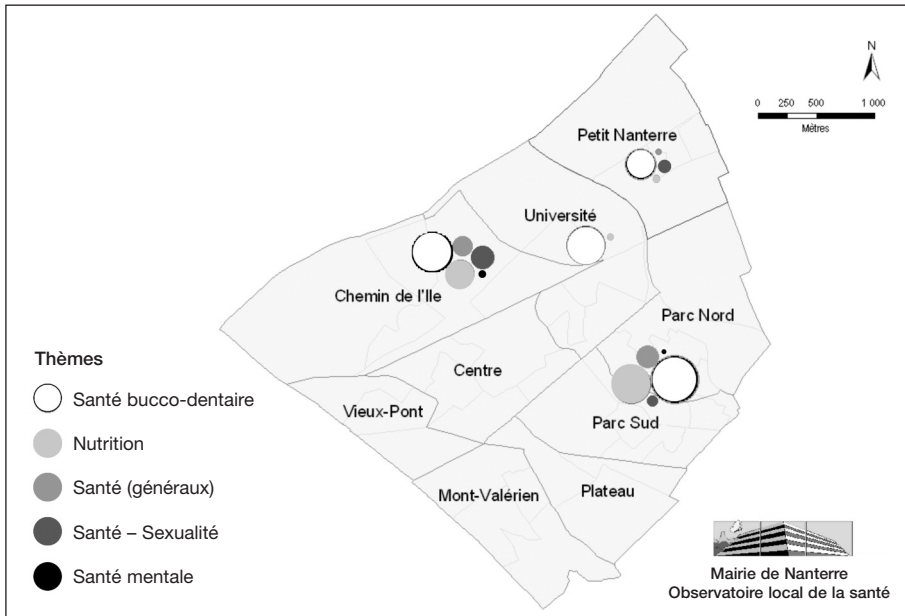
Dans d'autres territoires, une fonction d'observation, parfois *a minima*, est assurée par le coordonnateur de l'atelier santé ville dans le cadre de l'exercice de ses missions.

L'observation, source d'évolution des pratiques professionnelles et territoriales

Dans sa conception dynamique, l'observation mobilise localement différentes ressources autour du recueil, de l'analyse et du partage des données. Elle peut bouleverser les habitudes de travail, permettre de renouveler la réflexion, alors que des actions sont parfois animées depuis de nombreuses années dans les mêmes lieux, avec les mêmes acteurs, auprès des mêmes publics, au détriment d'autres.

Ainsi, à Nanterre, la réalisation d'une cartographie des actions et de leur nature dans les différents quartiers de la ville a mis en lumière des zones non couvertes. Ce constat a obligé à une réflexion sur les choix qui étaient faits jusqu'alors et à un réajustement de l'équilibre des actions, en partant de l'entrée « territoire ».

LES ACTIONS PRÉVENTION – SANTÉ DANS LES ZUS



Cette approche place également des acteurs locaux – services municipaux, associations – dans une posture active de contributeurs à la connaissance, aux côtés des producteurs plus classiques de données et favorise ainsi l'engagement du plus grand nombre dans la démarche globale de promotion de la santé au niveau local. Rencontres thématiques, lecture de rapports d'activité, relais vers les personnes touchées par ces structures... sont quelques-uns des moyens de mobilisation autour de ces éléments de connaissance.

Des questions méthodologiques complexes

L'observation locale pose néanmoins des questions d'ordre méthodologique et interroge notamment les échelles d'observation choisies. L'expérience de l'observatoire local de la santé de Nanterre a ainsi permis de mettre au jour plusieurs difficultés ou freins, corroborés par les autres territoires :

- la manière d'aborder la santé dans ses multiples dimensions et déterminants tout en étant contraint, pour conserver un caractère opérationnel, de choisir un nombre limité d'indicateurs. Des temps de travail sont ainsi organisés avec les professionnels intervenant sur diverses thématiques afin de cerner et de construire ensemble les objets de l'observation et les indicateurs afférents. Nombre d'indicateurs peuvent être intéressants. Le défi est bien de travailler à différents niveaux territoriaux pour limiter le nombre d'indicateurs à maîtriser, harmoniser le recueil de données et assurer ainsi leur validité, permettre des comparaisons, assurer la bonne analyse de façon à ce que l'exploitation des données soit pertinente selon les échelons ;
- l'identification des producteurs de données ou détenteurs d'informations et l'accès aux données, pour des questions de confidentialité, de respect des règles, de propriété, de blocages administratifs... Négociations, conventions, échanges parfois informels, retraitement des bases sont autant de démarches souvent chronophages que les coordonnateurs ou professionnels de l'observation mettent en place, avec, dans la mesure du possible, la formalisation de *process* pérennes ;
- la prise en compte des écarts entre les bases constituées (échelles territoriales, populations concernées, méthodes de recueil, mise au jour des informations...);
- l'absence de données sur certains territoires, thèmes ou publics, et les réponses à construire face à ces constats ;
- une fois les informations recueillies, traitées, analysées, la question de la diffusion locale, auprès des élus, des professionnels, des habitants. Il y a un véritable enjeu à renforcer les conditions du partage et de l'appropriation des données ;
- les moyens nécessaires à l'animation d'une fonction de veille et d'observation. Comment réfléchir à une mutualisation des compétences au niveau intercommunal, à l'échelle des agglomérations ou des communautés d'agglomération, à l'instar d'autres observatoires (par exemple sur le logement et l'habitat) ?

La vigilance au regard de l'échelle de l'observation

L'échelle de l'observation impose la vigilance quant aux données recueillies et à leur interprétation. Le souci de disposer d'éléments de connaissance et d'analyse au plus près des populations incite les acteurs de l'observation à s'intéresser aux échelles infracommunales, voire à des échelles plus petites encore. Jusqu'où aller dans le plus petit? Quel est le seuil au-delà duquel les données recueillies n'auront plus de valeur? Quelles sont les données exploitables et opérantes pour l'action?

Une tension peut également être observée entre l'échelle de l'observation (souvent, les Zus) et des demandes qui concernent parfois un territoire dans son ensemble. Les frontières ne sont pas étanches. Ce constat vaut aussi pour les publics: tout public? ou les plus vulnérables seulement?

Élargir le champ de l'observation requiert du temps, des ressources supplémentaires qui ne sont pas toujours compatibles avec les missions et les charges de travail. Mais cela peut constituer une opportunité utile pour mesurer des écarts, établir des comparaisons entre quartiers et ville, et objectiver la réduction de ces écarts.

L'observatoire local de la santé (OLS) de Nanterre.

Le croisement des données quantitatives et qualitatives

L'observatoire de la santé de Nanterre est organisé autour de deux objectifs: améliorer la connaissance du contexte, du public, des besoins de santé et de l'offre de santé locale; adapter les moyens, les réponses, les actions et les projets de santé aux besoins constatés. Pour alimenter les diagnostics que l'observatoire de la santé porte en direct, plusieurs outils sont mobilisés:

- Un observatoire social et le système d'information géographique (Sig.). La mutualisation des données recueillies par ces deux dispositifs s'est traduite de façon utile et concrète, pour les ateliers santé ville, par la réalisation de dix monographies de quartiers Zus. Ces dernières ont réuni une batterie d'indicateurs de santé et des informations sur l'implantation des ressources et l'aménagement du territoire. Le support choisi, la monographie, permet à différents services et aux partenaires du quartier d'avoir une lecture commune d'un même territoire et fonctionne comme un outil complémentaire qu'aucun des acteurs ne pourrait réaliser seul.
- Les données des services municipaux détenant des données de cadrage stratégiques: service des études démographiques, observatoire social du CCAS... L'exploitation de la base des centres municipaux de santé par exemple permet de caractériser l'activité des centres et leur rayonnement, ainsi que le profil des bénéficiaires (nombre de patients vus en médecine générale, consultations dentaires, nombre de passage par personne, taux de couverture par quartier, etc.).
- La recension des actions de prévention et de leur public, afin de coupler action et recueil de données. Même lorsqu'il ne s'agit pas de données de santé, ces informations sont nécessaires à la caractérisation des publics et à la compréhension des territoires. Lorsque

les données n'existent pas, l'observatoire met éventuellement en place des outils pour compléter l'existant.

- Les analyses d'un groupe de travail réunissant les chefs de projet de quartier, experts du territoire, et les chefs de projet « observatoire », détenteurs des informations stratégiques. Ce groupe permet de produire une analyse partagée pour chaque quartier de la ville, à commencer par les Zus.

L'ensemble de cette dynamique permet d'approcher les réalités du territoire nanterrien de manière transversale et la plus complète possible.

À l'heure des contrats locaux de santé et de la nécessité de porter les questions locales à l'échelle régionale, l'observatoire est plus qu'un outil : c'est un élément stratégique incontournable qui devra être renforcé au regard de son potentiel.

Les enjeux de l'observation croisent en effet les évolutions réglementaires actuelles. Les logiques d'évaluation permanente devraient soutenir l'organisation des observatoires, en particulier dans le cadre des ateliers santé ville qui proposent une lecture du territoire et une évolution des politiques territorialisées de santé.

IV. L'implication des habitants

La participation est désormais reconnue comme une des stratégies de lutte contre les exclusions. Les enjeux et les défis sont de deux ordres : politique et professionnel, dans le registre du partage du pouvoir ; stratégique et méthodologique, dans le registre des savoirs, savoir-être et savoir-faire.

Il faut donc à la fois valoriser la participation comme stratégie de lutte contre les exclusions et la plus-value que représente le regard des habitants sur la politique de santé publique, et tenir compte des effets de la précarisation qui altèrent la capacité de ces mêmes habitants à s'impliquer.

Le cadre des ateliers santé ville met au cœur de leur démarche la participation des habitants à toutes les phases d'un programme. Il s'agit d'un des axes les plus difficiles à mettre en œuvre, le défi étant d'ouvrir des espaces, de créer des interfaces de travail, des opportunités, pour que les habitants aient l'occasion de se saisir des questions autour de leur santé.

Les processus de précarisation influencent la nature et la qualité de l'implication des habitants. Ils nous confrontent à un paradoxe : les personnes vivant des processus de précarisation sont bien celles que nous aimerions impliquer (les fameuses « personnes cibles ») et, pourtant, les facteurs de fragilisation rendent cette participation complexe. En même temps, même s'ils sont en situation de fragilité, l'implication des habitants permet de mobiliser les facteurs dits de pro-

tection et de renforcer leur capacité à utiliser leurs droits, les services de prévention et de soins. Cette mobilisation, l'*empowerment*, ne peut s'opérer que dans la proximité.

Souvent, cette participation semble complexe voire inaccessible, alors que des espaces simples peuvent être utilisés pour que, une fois des liens de proximité tissés, puissent être mis au débat sous des formes appropriées, un projet ou le bilan d'une action. Lorsque des espaces sont possibles, les habitants, s'ils ont le sentiment d'être écoutés, peuvent évoquer leurs réactions et proposer des idées.

Pour entrer dans le mode participatif, il faut tout d'abord questionner ou accepter de se laisser questionner par les réflexions qu'apportent les habitants, même si cela heurte ou déstabilise.

Des éléments de stratégies et de méthodes doivent aussi être mis en débat : au-delà des attitudes des décideurs ou des professionnels qui permettent de laisser un espace pour que les habitants se sentent autorisés à donner leur opinion, des stratégies et des méthodes de travail diversifiées doivent être élaborées. Il n'y a pas de recette miracle, mais des conditions qui viendront faciliter l'implication des habitants sur le court, moyen ou long terme. Elles viendront aussi imprimer le type de participation : les espaces se construisent, les processus ne sont pas linéaires, diverses approches sont nécessaires pour organiser le maillage ajusté au contexte considéré.

Les modes d'implication des habitants sur les différents sites

Quel que soit le site, l'implication des habitants dans les instances décisionnelles reste exceptionnelle ; les habitants sont en revanche sollicités dans diverses enquêtes et diagnostics et peuvent être largement impliqués dans certains comités (projet Robespierre – Cochenec – Péri, à Aubervilliers) ou certaines commissions (personnes âgées, à Gonesse). Les associations constituent souvent à ce titre un levier en tant que représentantes de certaines populations ou comme « lien » permettant d'avoir accès aux habitants : elles sont dans une logique de proximité que d'autres opérateurs n'ont pas. Dans le cas du projet du Marcreux (Aubervilliers), par exemple, les habitants sont de plus en plus impliqués à la co-conception des projets – mais l'idée d'un comité d'« usagers » reste à travailler.

La participation des habitants est une manière d'écouter et il est donc nécessaire de développer une dynamique permettant aux professionnels d'aller au-devant des habitants, d'interpeller ces derniers sur des questions que les professionnels analysent habituellement de leur propre point de vue, en leur faisant passer le message : « On a besoin de vous. »

L'expérience d'Aubervilliers dans le cadre du travail autour de la santé mentale dans le quartier Robespierre – Cochenec – Péri⁶

Ce projet tissé sur mesure, à petite échelle, utilise des cadres de référence explicites et maîtrisés : les outils issus de la méthode de Paolo Freire pour l'identification des problématiques, leur mise au débat et les modes de résolution à court, moyen et long terme.

Deux champs sont essentiels dans la démarche psychosociale :

- des interventions visant à modifier l'environnement en s'attaquant aux facteurs de risque et à développer les facteurs de protection ; ;
- des interventions qui cherchent à renforcer la capacité de l'individu à faire face aux difficultés.

Ces interventions ont la particularité de travailler en lien avec la notion de « facteurs de risque ».

Il ne s'agit pas de nier la notion de « facteurs de risque », mais de la rendre plus pertinente parce qu'adossée à des actions prenant également en compte les facteurs dits de « protection » que sont :

- le soutien social (réseau social de droits et d'obligations) ;
- l'occasion de représenter des rôles (identité renforcée) ;
- l'estime de soi (croyance en la capacité à contrôler son environnement) ;
- la présence de confidents ;
- l'auto-efficacité (effets lors des actions concrètes mesurables et contrôlables) ;
- l'identité (reconnaissance des caractéristiques individuelles propres) ;
- l'appartenance (identification avec un groupe, son système de valeurs et ses conduites).

« Lister-dialoguer-agir » permet aux professionnels de (re)connaître les préoccupations des profanes et, au bout, de les légitimer afin d'agir ensemble.

Quelle est la méthode de Paulo Freire « Lister, dialoguer et agir » ?

Il s'agit dans un premier temps de constituer des listes des besoins de santé à partir de données recueillies auprès de divers acteurs (habitants, professionnels...).

Puis de réunir ces acteurs afin qu'ils déterminent collectivement les besoins prioritaires de santé à l'aide des listes (dialoguer) ;

Enfin de mener des actions pour réduire les problèmes identifiés comme prioritaires (agir).

Sur le quartier Robespierre – Cochenec – Péri, les besoins existants ont été listés avec les habitants, les associations et les professionnels, puis des priorités ont été réfléchies et déterminées ensemble. Cette démarche a permis d'impulser une dynamique participative. Certes, cela prend du temps. Parfois la dynamique est très forte, à d'autres moments elle retombe, mais elle permet de se remettre en question régulièrement et de réévaluer sans cesse les actions mises en place dans le quartier.

C'est à partir de ces évaluations que le fonctionnement du comité de santé du quartier est réajusté, ainsi que les actions qui seront menées pendant l'année.

⁶ Voir la présentation de l'atelier santé ville d'Aubervilliers, page 7.

S. B. Rifkin *et al.*⁷ ont conçu un outil de mesure de la participation des habitants à des actions communautaires dans le cadre de soins de santé primaire. Cet outil, qui présente certains avantages mais aussi des limites, oblige à clarifier des étapes, à visualiser les axes à investir dans le processus d'un groupe. Il s'intéresse à cinq dimensions de la participation :

- l'estimation des besoins ;
- le *leadership* ou la direction des activités ;
- l'organisation ;
- la mobilisation des ressources ;
- la gestion.

Il repose sur des échelles allant de 1 (*absence de participation* – les professionnels prennent toutes les décisions) à 5 (*participation excellente* – la communauté planifie, met en œuvre et évalue le programme, les professionnels étant des personnes ressources) qui permettent d'apprécier le degré d'implication de la communauté ou d'un groupe pour chaque dimension (*nature de la participation*).

L'enjeu consiste à analyser les « *process* » au regard des objectifs qui se transforment au fil de l'évolution du projet et de la participation, puis de regarder le maillage entre facteurs favorisant et difficultés rencontrées.

La mesure de la participation (S. B. Rifkin *et al.*)

NUL = 1 FAIBLE = 2 MODÉRÉ = 3 BON = 4 EXCELLENT = 5

A. Estimation des besoins

1. Imposée par les professionnels
2. Début de l'expression des besoins qui sont examinés par les professionnels
3. Identification des besoins par le groupe plus active et plus structurée, analyse
4. Le groupe propose des solutions concrètes
5. Les solutions concrètes sont mises en œuvre

B. Leadership

1. Assuré par les professionnels (secteur médical ou social)
2. Il existe au moins un leader dans le groupe de la population considérée.
Début de l'expression de ce leadership
3. Le leader représente une minorité. Début de prises de décisions

⁷ S. B. Rifkin, F. Muller et M. Bichmann, « *Primary Health Care: on measuring Participation* », *Social Science and Medicine*, n° 26, 1988.

4. Le leader représente une majorité. Initiatives plus nombreuses
5. Représentation de l'ensemble du groupe. Capacités de consensus

C. Organisation (planification des actions, d'un projet)

1. Assurée par les professionnels
2. Imposée, mais le groupe participe à quelques activités
3. L'organisation est négociée entre professionnels et groupe
4. Le groupe se structure avec rôles et tâches définis. Liens avec l'extérieur
5. Officialisation du groupe (création d'une association comme processus abouti)

D. Mobilisation des ressources (contribution des bénéficiaires, type de ressources, prise de décisions/ressources mobilisées)

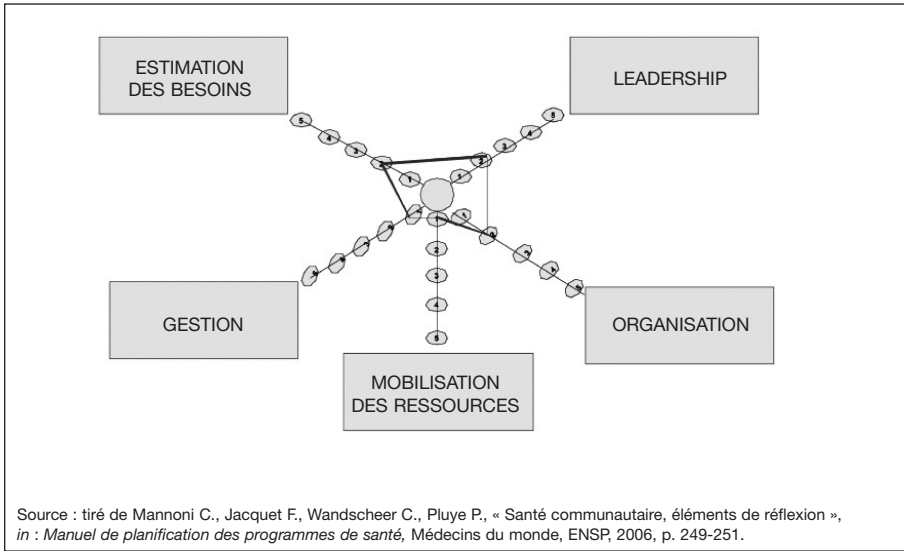
1. Assurée par les professionnels
2. Le groupe contribue ponctuellement (ressources humaines, matérielles, financières).
Pas de contrôle des dépenses
3. Le groupe participe à des levées de fonds sans contrôle des dépenses
4. Participe à des levées de fonds et participe au contrôle des dépenses
5. Recherches de fonds actives et contrôle des dépenses

E. Gestion (du projet lui-même, prises de décisions et concrétisation)

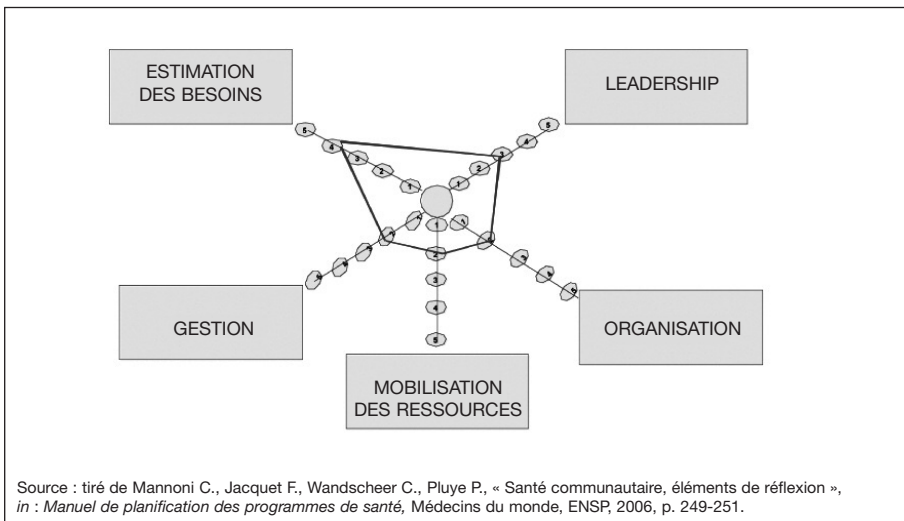
1. Assurée par les professionnels
 2. Le groupe contribue ponctuellement. Supervision continue des professionnels seuls
 3. Le(s) leader(s) s'impliquent plus activement et les professionnels supervisent en continu
 4. Le(s) leader(s) + des membres du groupe sont impliqués activement.
Supervision ponctuelle des professionnels
 5. Plus de supervision nécessaire par les professionnels
-

Ci-dessous deux illustrations pour apprécier les changements dans le temps et en analyser les raisons.

Étape T



ÉTAPE T + X



Quelques principes généraux ou éléments de méthode

Un diagnostic ou des enquêtes tremplins permettent de travailler ensuite l'implication des habitants (et non seulement la production de connaissances), de remettre au débat les résultats, de débattre autour de réponses... C'est le croisement de l'utilité des diagnostics partagés : connaissance et dynamiques.

Des éléments de solidarité peuvent émerger au sein des participants. Par exemple, à Aubervilliers, les habitants n'évoquent pas seulement leurs problématiques personnelles, mais également les problèmes rencontrés par d'autres groupes d'habitants. Les personnes ayant participé à un diagnostic font preuve d'enthousiasme. Elles se montrent disponibles et créatives, elles peuvent faciliter et/ou renforcer la mise en lien des acteurs.

Le lien de confiance est un élément préalable et indispensable à la participation communautaire. En effet, à Aubervilliers, seuls les habitants qui connaissaient un des professionnels ou un des acteurs associatifs impliqués dans le projet ont pris part à la démarche (élèves du cours d'alphabétisation du Greta, patients d'un des médecins du quartier, patients d'un des infirmiers libéraux, personnes en lien avec une association...).

Les lieux de repère, comme par exemple les boutiques de quartier (équipement de quartier avec un coordonnateur), permettent d'entrer en relation sans demande particulière et d'enclencher des processus de participation. La coordination de quartier, si elle est bien acceptée, identifiée et reconnue par tous, peut, en permanence, alimenter la dynamique.

L'appartenance au territoire, son histoire, sa configuration, ses ressources sont essentielles et doivent être prises en compte. La santé communautaire peut s'appuyer sur une communauté d'intérêt (le diabète, par exemple).

La mobilisation des réseaux pré-existants (appui sur des groupes ou des structures) est importante, comme par exemple à Bondy où les femmes-relais ont incité les personnes venant aux Restos du cœur à passer des bilans de santé et ont ainsi favorisé l'accès aux soins. Cet exemple illustre la différence entre une démarche de prévention santé (les bilans de santé) et une démarche de santé communautaire où les habitants définissent eux-mêmes les problèmes et proposent des solutions (théâtre forum).

Quelques éléments sur la posture professionnelle à adopter

Un cadre de référence clair est nécessaire :

- avoir une réflexion préalable sur le cadre de la participation (information, concertation, coproduction...), en rapport avec les moyens que l'on peut mettre en place ;
- reconnaître les compétences des personnes et décentrer ses propres acquis professionnels ;
- inscrire la convivialité dans les actions pour réduire les distances classiques entre professionnels et profanes tout en gardant une posture professionnelle – convivialité n'exclut pas rigueur méthodologique ;
- prévoir des modalités d'intervention qui décentrent et amènent des modes opératoires interactifs – certaines méthodes comme le théâtre forum favorisent cette implication ;
- travailler sur plusieurs échelles de temps à la fois – court , moyen et long termes – si les conditions le permettent – le court terme est essentiel pour avoir des réalisations concrètes à partager, pour encourager et tirer des leçons ;
- développer des événements locaux de type fête permettant de travailler plusieurs niveaux – lien social, mise au jour des compétences, sensibilisation à un sujet donné... ou simplement plaisir de découvrir (sorties hors des quartiers) ;
- prendre en compte des modes de vie, des horaires, des temporalités ;
- prendre en compte l'importance des mots utilisés, la manière de présenter les choses – une réunion « addictions » va-t-elle mobiliser ?
- combiner plusieurs moyens de communication, des réseaux et des modes de circulation d'information différents.

In fine, l'implication des habitants qui est mise au débat régulièrement est un thème qu'il est nécessaire d'inscrire au sein de trois enjeux principaux :

- la citoyenneté : lutter contre les exclusions ;
- la connaissance : croiser savoirs profanes et les professionnels ;
- la mise au jour des ressources et des ressorts – les personnes qui vivent des processus de précarisation sont toujours vues sous l'angle des vulnérabilités ; or changer nos regards et regarder les ressorts mobilisés par ces personnes dans leurs parcours est également essentiel.



III. Les aspects organisationnels des ateliers santé ville

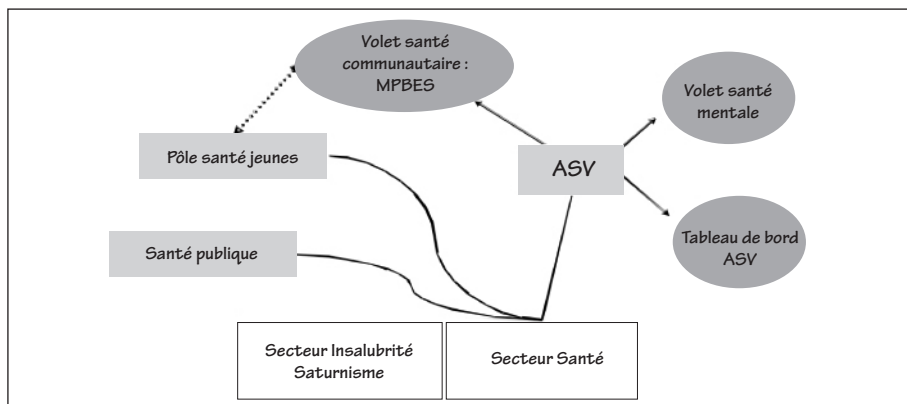
I. L'importance des choix politiques initiaux

Le positionnement de l'atelier santé ville et le rattachement du coordonnateur varient d'un site à l'autre. Ces variations s'observent d'une manière générale dans le cadre de l'ensemble des démarches de la politique de la ville. Cette situation résulte de différents facteurs comme l'historique de la ville dans le champ de la santé et le positionnement de la démarche, ou les modalités d'appropriation de l'atelier santé ville et de la politique de la ville. Tous ces éléments influencent l'espace que peut occuper l'atelier santé ville en tenant compte de l'existant et des modes d'organisation préalables. À Aubervilliers et à Nanterre, les configurations peuvent paraître plus complexes qu'à Gonesse, commune dans laquelle l'atelier santé ville a constitué un tremplin pour inscrire la santé dans une dynamique qui n'existait pas auparavant.

• **À Aubervilliers**, dès 1994, le contrat de ville était essentiellement centré sur les questions de santé, de prévention et d'accès aux soins, les actions étant alors cofinancées par la ville et l'État. La majorité de ces actions a ensuite été internalisée par la ville dans sa politique de droit commun, et la démarche atelier santé ville a donc été portée par le service communal d'hygiène et de santé, au sein de la direction santé de la commune. Cela a permis de renforcer la démarche santé de la commune sur trois volets :

- le tableau de bord ;
- la santé mentale, qui comporte plusieurs facettes dont un développement sur l'ensemble de la commune, mais aussi un projet développé sur le quartier Robespierre – Cochenne – Péri ;
- la santé communautaire, avec les projets du quartier du Marcreux.

L'ORGANISATION DU SCHS D'AUBERVILLIERS

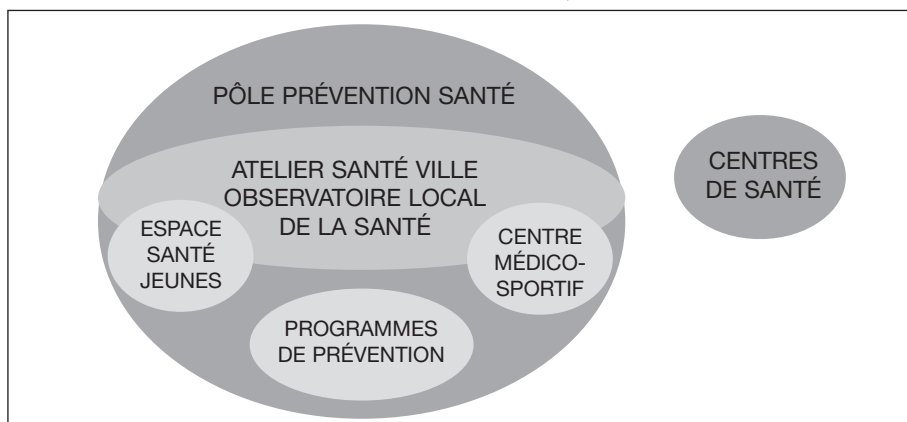


À Nanterre, l'atelier santé ville est également porté par la direction santé de la commune (environ 150 professionnels), au sein du Pôle prévention santé (environ 36 professionnels), lui-même organisé en plusieurs secteurs.

On voit donc que la fonction et les missions qui s'effectuent dans le cadre de la démarche atelier santé ville doivent à la fois tenir compte de l'existant, mais aussi trouver une place pour rester en concordance avec la nature même de la démarche et s'articuler avec d'autres dynamiques et acteurs. Cette place influence la légitimité du coordonnateur. Et cette légitimité dépend elle-même du poids des élus en charge de la santé et de la politique de la ville sur chacun des sites.

Le schéma qui suit montre les interfaces à construire pour l'atelier santé ville au sein du service prévention santé. L'observatoire local de la santé est lui aussi en position transversale.

LA PLACE DE L'ASV AU SEIN DE LA DIRECTION DE LA SANTÉ, À NANTERRE

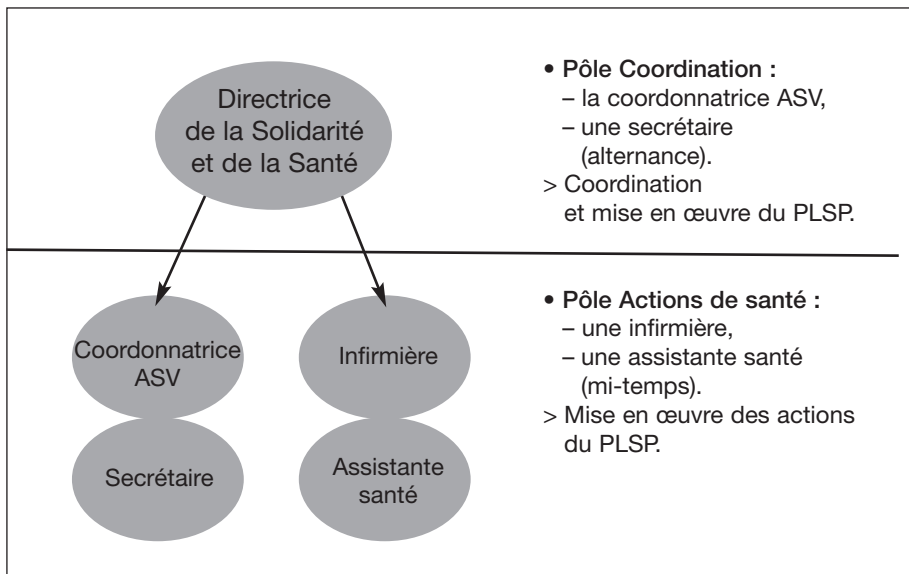


Les missions de l'atelier santé ville de Nanterre sont en interface avec les programmes de prévention sur les champs suivants :

- santé de l'enfant;
- santé mentale;
- santé buccodentaire;
- santé des jeunes.

À *Gonesse*, la coordonnatrice est positionnée au sein de la direction de la solidarité et de la santé de la commune, et est rattachée au CCAS. L'histoire de sa création (impulsion *via* les acteurs de la politique de la ville) puis son positionnement (l'atelier santé ville est le volet santé du Cucs) placent l'atelier santé ville en prise directe avec les enjeux et démarches initiées dans le cadre de la politique de la ville.

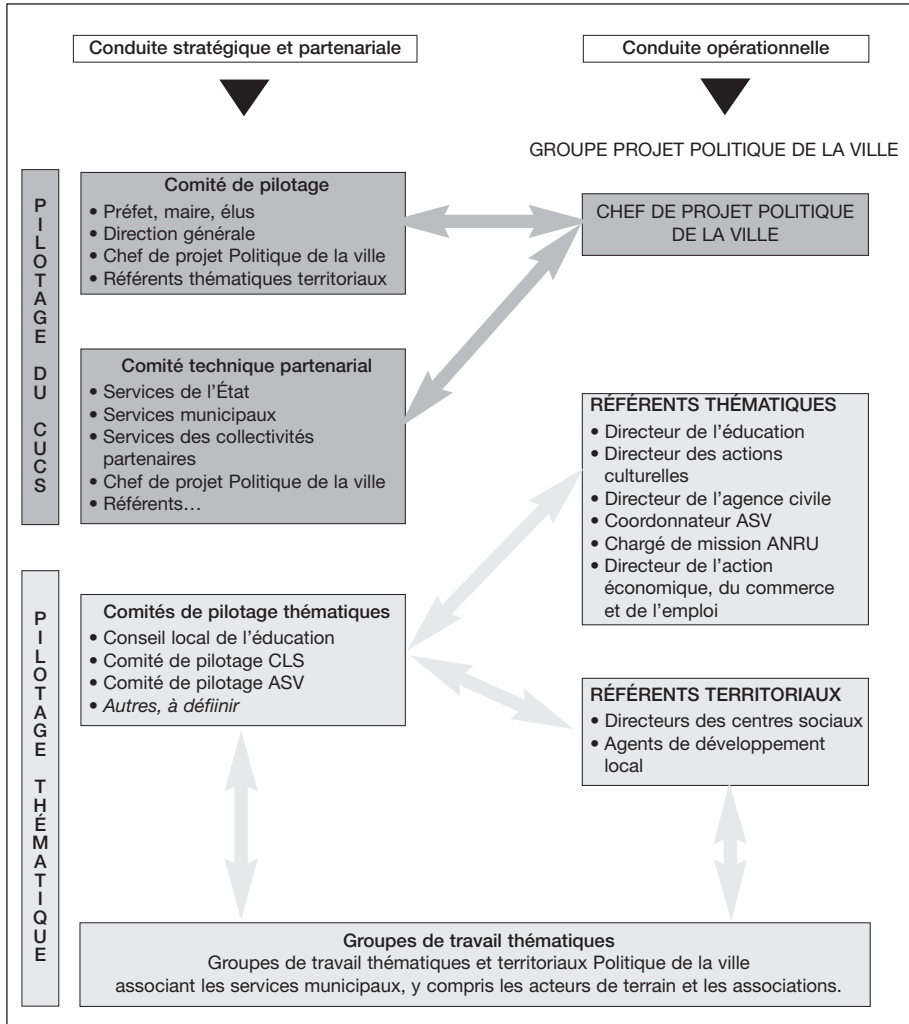
L'ASV PORTEUR DU PLSP – Organigramme



L'organisation actuelle de l'atelier santé ville gonessien a permis de mettre la fonction de coordination au cœur de la mission et d'asseoir la légitimité d'une équipe autour du portage de la démarche. Les liens avec le Cucs sont organisés afin de promouvoir et renforcer les interfaces avec ses différents volets. De fait, ces interfaces sont parfois soulignées comme étant un maillon faible dans les Cucs en raison de l'organisation des instances locales de pilotage: Cucs d'une

part et atelier santé ville d'autre part. Par ailleurs, l'organisation formelle ou non de liens entre le volet santé du Cucs et les autres volets a également des incidences sur la légitimité de l'atelier santé ville. On voit dans le plan local de santé publique actuel qu'il existe une certaine marge de manœuvre pour renforcer ces interfaces avec le Cucs dans les prochaines années.

**CONDUITE STRATÉGIQUE, PARTENARIALE ET OPÉRATIONNELLE DU CUCS :
INSTANCES DE PILOTAGE À GONESSE**



Ainsi, le mode de raccordement de l'atelier santé ville peut varier d'un site à un autre ; cependant, quelle que soit l'organisation, des éléments de repère doivent être respectés pour asseoir et légitimer la démarche.

La démarche atelier santé ville

La démarche atelier santé ville doit :

- répondre à certains objectifs et en même temps s'inscrire dans un existant – un équilibre est donc à trouver ;
- être positionnée au croisement des politiques de droit commun et de la politique de la ville, et veiller aux articulations avec les différents volets du Cucs – selon la place du coordonnateur dans l'organigramme, les liens fonctionnels devront être pensés en regard des liens hiérarchiques et surtout rendus explicites ;
- permettre des interfaces entre différents secteurs dans une approche de promotion de la santé (intersectorialité) ;
- éviter que le mode de rattachement du coordonnateur l'absorbe dans les besoins du service et l'éloigne des missions de l'atelier santé ville, perdant par ailleurs la lisibilité de la démarche ;
- faciliter les processus d'innovation et d'impulsion pour que le droit commun prenne le relais.

En outre, le cœur de la démarche doit rester centré autour du renforcement de la coordination des actions de santé sur un territoire donné. Le lien avec les élus doit être facilité et les élus ont à s'emparer des questions de santé pour légitimer l'atelier santé ville et son coordonnateur.

Les évolutions réglementaires actuelles impliquent de renforcer ces règles de base.

Le positionnement de la démarche atelier santé ville et le raccordement hiérarchique du coordonnateur, les liens fonctionnels avec le secteur santé – si le coordonnateur est rattaché à la politique de la ville – ou avec la politique de la ville – s'il est rattaché au secteur santé – sont essentiels à revisiter et à conforter si besoin.

Enfin, la démarche atelier santé ville peut être portée par des associations, comme à Paris, ce qui est susceptible de soulever la question de l'engagement de l'État et des collectivités dans ce processus.

Les ASV parisiens, portés par les associations

À Paris, ce sont des associations qui portent les ateliers santé ville. De ce fait, leur légitimité s'acquiert au fur et à mesure de la démarche et dépend aussi de l'attitude des partenaires, peut-être plus frileux quand il s'agit d'associations.

Dans le XVIII^e arrondissement, l'atelier santé ville fonctionne depuis plus de deux ans, la légitimité s'installe progressivement. Avec plus de recul, il serait possible d'établir des comparaisons entre les portages municipaux et les portages associatifs, d'analyser les avantages et les inconvénients... l'essentiel restant que cette légitimité n'est jamais acquise d'emblée.

Dans une structure associative, l'élu à la santé et celui à la politique de la ville co-président les comités de pilotage; ils sont donc très sérieusement impliqués avec les autres partenaires de la municipalité, de l'arrondissement ou de l'État. Leur position est locale: ils sont là pour faciliter le travail au plan de la communication comme relais ou partenaires.

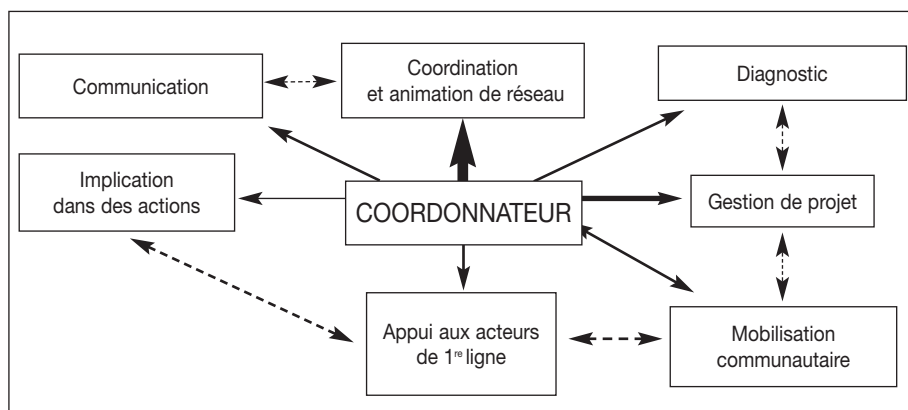
II. Le métier de coordonnateur

La démarche atelier santé ville et les enjeux autour du métier de coordonnateur doivent être rattachés à ce que la démarche permet de mobiliser et de mettre en débat dans le champ des politiques publiques territorialisées, des nouvelles compétences et des champs à investir comme l'observation locale par exemple.

Le métier de coordonnateur joue également le rôle de révélateur de nouvelles compétences à articuler au niveau des politiques locales de santé publique, tout en veillant aux interfaces avec les autres échelles territoriales.

Les visites sur site ont surtout mis au jour deux aspects: la coordination générale et la coordination centrée sur des projets.

POLITIQUE DE LA VILLE, TERRITOIRE ET SANTÉ: RÉSUMÉ DES AXES DE TRAVAIL POUR UN POSTE DE COORDONNATEUR « STANDARD »



Le coordonnateur de l'atelier santé ville :

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

Le rôle de coordination et d'animation de réseau au cœur du métier du coordonnateur

Coordonner les actions et les ressources sur un territoire suppose de bien connaître les différents acteurs (secteur social, éducation, professionnels de santé, associations, services de la ville, acteurs de l'insertion...), non pas pour simplement entretenir des relations avec eux, mais pour développer une compétence transversale qui permette de légitimer la démarche, de dégager des synergies partenariales appropriées, de créer un espace de travail cohérent, des référents partagés par les partenaires et des chantiers et coopérations correspondant aux besoins diagnostiqués.

Les coordonnateurs peuvent être positionnés soit en termes de pilotage – rôle d’impulsion de l’atelier santé ville –, soit pour renforcer des actions, les coordonner, ou mettre en synergie celles qui n’ont pas pu encore s’enclencher. Le coordonnateur ne sera pas toujours pilote, mais pourra venir en appui aux acteurs de première ligne.

Cependant, certains facteurs de fragilité concernant la coordination paraissent importants à souligner, comme les postes à temps partiel imbriqués dans d’autres fonctions, qui exposent la démarche à divers dangers et notamment :

- le manque de moyens pour assurer les différentes fonctions, dont celle de la coordination et de l’ingénierie alors même que ces dernières constituent le cœur de la démarche ;
- la difficulté d’assurer la visibilité de l’atelier santé ville ;
- la posture professionnelle inconfortable, avec la gestion de deux « casquettes » ;
- le risque de transformer la démarche en un moyen ou un quelconque dispositif ;
- le risque de transformer le coordonnateur en chargé de mission de tel ou tel service.

D’autre part, l’importance de la capitalisation des différentes facettes du métier de coordonnateur a été soulignée lors du séminaire organisé à Bordeaux en octobre 2008⁸. Elle préfigure une série de réflexions à développer :

- quelles sont les nouvelles modalités de formation initiale et/ou continue qu’il serait nécessaire de mettre en place ? Cet aspect interroge également la validation des acquis pour une partie des coordonnateurs en place et ayant développé des savoir-faire et le parcours de formation complémentaire qu’il faudrait identifier pour consolider les postes ;
- quels doivent être les contenus de formation au regard des constats réalisés ?
- comment réduire la précarité des postes, qui vient porter préjudice aux enjeux de constance et de professionnalisme nécessaire à la démarche atelier santé ville ?

⁸ Voir les actes du séminaire de Bordeaux : « Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé », Éditions de la DIV, 2009.

III. Le rôle des élus

Si les villes n'ont pas de compétence en matière de santé au-delà des aspects mentionnés dans le code de la santé publique, elles ont toute légitimité à s'en emparer d'un point de vue décisionnel et opérationnel. Cependant, il est parfois difficile d'aborder les questions de santé au sens large, car, pour de nombreux élus, la santé est historiquement associée aux soins. Les enjeux actuels autour de la démographie des professionnels du soin ne font que renforcer cette équation erronée. Loin de considérer que cette préoccupation n'est pas légitime, la ville et ses décideurs ont pour mission de promouvoir le « bien vivre » sur leur territoire. La prise en compte des déterminants de santé ouvre des espaces pour cela.

Aujourd'hui, dans le cadre des réformes en cours, les enjeux montrent que cette question est essentielle et que les élus peuvent peser sur les débats en cours.

Dans le cadre de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, la démarche atelier santé ville ne peut se développer *que lorsque le binôme Ville – État est fonctionnel*.

Les visites sur site ont montré combien l'implication des élus était essentielle sur plusieurs registres, notamment pour :

- promouvoir l'approche transversale de la santé au sein même des conseils municipaux ;
- engager les services techniques dans des approches coordonnées et renforcer la légitimité des techniciens en charge de cette coordination ;
- travailler à l'échelle de la ville les articulations entre prévention et soins, ville et structures hospitalières ;
- appuyer, par leur pouvoir de convocation, la mobilisation des praticiens, à partir de questions et d'objets concrets : recherche de solutions face aux délais d'accès aux centres médico-psychologiques (CMP), intérêt des démarches de santé publique pour travailler sur les soins dentaires, réflexion sur la démographie médicale. Une bonne articulation entre coordonnateurs de l'atelier santé ville et chefs de projet Cucs peut également permettre de repérer et d'alerter les professionnels de santé sur des situations qui émergent avant qu'elles soient mises au jour par les statistiques⁹, etc.

Cet engagement nécessite de la constance, mais aussi de trouver les moments opportuns et de passer le signal aux autres professionnels (« on a besoin de toi »).

⁹ C'est ainsi que, lors de la déclinaison du Programme national nutrition santé (PNNS), les enquêtes réalisées dans les écoles ont révélé des situations alarmantes concernant des enfants qui ne mangeaient pas le midi.

IV. Les comités de pilotage

Les comités de pilotage et les instances techniques font partie des conditions à réunir pour soutenir la démarche atelier santé ville dans une logique de partenariat entre la ville et l'État et pour assurer la transversalité nécessaire au développement de la promotion de la santé sur un territoire.

Une fois la phase d'expérimentation terminée, l'engagement des partenaires peut s'amoinrir... Tout cela met en scène la volonté politique et la capacité des institutions à dégager des ressources pour assurer cette mission de coordination.

Si des variations peuvent exister selon les sites, il convient de distinguer deux échelles territoriales: le niveau communal et le niveau départemental – le niveau régional intervenant aussi, notamment dans le cadre des évolutions réglementaires actuelles.

Le niveau communal

Les deux communes visitées dotées d'un comité de pilotage, avec les fonctions décisionnelles afférentes, sont celles de Nanterre et de Gonesse.

À *Aubervilliers*, il n'existe pas de comité de pilotage à l'échelle communale, chacun des projets possède son propre comité de pilotage. Les projets sont dès lors centrés sur leur objet, mais ils peuvent aussi dépasser les seuls intervenants du quartier et s'articuler avec le service porteur: le service communal d'hygiène et de santé.

À *Gonesse*, l'animation du comité de pilotage est assurée par le maire. Ce comité est restreint, tout en garantissant un co-pilotage ville-État.

À *Nanterre*, le maire et la directrice du service municipal de santé, auquel est rattaché l'atelier santé ville, animent le comité de pilotage. Celui-ci regroupe de nombreux interlocuteurs dont la DDASS, mais, paradoxalement, certaines directions des services municipaux en sont absentes.

COMITÉS DE PILOTAGE LOCAUX	GONESSE	NANTERRE
Maire	X	X
Élu à la santé		
Élus solidarité	X	X
DGA	X	
Direction santé	X	X
Direction éducation	X	
Chef de projet Cucs	X	X
Coordonnateur	X	X
Services municipaux (CCAS...)	X (infirmière municipale)	X
Hôpital et service psychiatriques	X	X
Caf		X
Maison emploi		X
Codes		X
Associations		X
Foyer Adoma		X
Préfecture / Mission ville	X	X
DDASS	X	X
Conseil général	X	X
CPAM / Cramif	X (dans une commission)	X
Inspection académique	X	X

Les professionnels de santé du secteur public sont présents dans les deux configurations et le secteur privé absent. Le Conseil général est impliqué dans les deux comités de pilotage.

Le niveau départemental

Le niveau d'impulsion ou d'animation départemental a constitué à un moment donné, un véritable levier de mobilisation de l'ensemble des partenaires sur des territoires comme la Seine-Saint-Denis par exemple.

L'échelon départemental est essentiel notamment pour le développement, dans la durée, des coordinations des ateliers santé ville.

Des contextes difficiles et fluctuants dans le temps...

- *Le Val-d'Oise*

L'atelier santé ville de Gonesse a été le premier créé dans le Val-d'Oise, en 2004. Il est resté isolé jusqu'en 2006-2007.

La dynamique lancée dans ce département s'est appuyée sur une coordination santé basée dans l'est du département initiée dans le cadre du groupement d'intérêt public (Gip) du Cucs intercommunal, au sein duquel intervenait une coordonnatrice santé détachée de la DDASS qui a permis d'accompagner le processus initié à Gonesse.

Un état des lieux sur les questions de santé publique dressé par le Gip ainsi que le travail de collaboration avec les associations ont montré le besoin de placer la santé au cœur de l'action territoriale.

- *La Seine-Saint-Denis*

En 2000, dans le cadre de l'expérimentation de la démarche, un comité des partenaires a été mis en place sous l'impulsion de la DDASS. Il comportait de nombreux représentants : Délégation interministérielle à la ville, Direction générale de la santé, CPAM, Caisse régionale d'assurance-maladie d'Île-de-France, Conseil général, DDASS, Ordre des médecins, Inspection académique, Profession Banlieue..., mais il n'était pas ouvert aux villes. Il a permis d'engager la réflexion nécessaire à l'implantation et au suivi des ateliers santé ville dans le département.

Ce comité des partenaires ne rassemblait pas seulement des financeurs, mais les partenaires qui pouvaient contribuer, y compris localement, à des réflexions de fond.

Les bénéfices de ce comité des partenaires, aujourd'hui en sommeil du fait des transformations institutionnelles, ont été importants :

- rapprochement d'institutions qui pouvaient croiser leurs logiques ;
- soutien à l'organisation locale des ateliers santé ville ;
- mise en synergie des configurations et spécificités locales ;
- débats autour de la réduction des inégalités de santé ;
- réflexion autour de l'observation.

- *Les Hauts-de-Seine*

Il existe dans les Hauts-de-Seine un comité départemental animé par le sous-préfet chargé de la politique de la ville et de la cohésion sociale, ainsi que par la DDASS. Le comité définit les orientations pour le département. On y notera la participation des femmes-relais (coordination 92).

*De la place des centres de ressources... essentielle,
mais qui ne peut venir se substituer à l'État*

Rappelons que les centres de ressources ont une fonction centrale autour de l'accompagnement des professionnels de la politique de la ville. Leurs missions principales sont: la qualification et la mise en réseaux des acteurs; la capitalisation et la production de connaissances à partir de l'échange, de l'expérience, mais aussi de l'expertise, l'évaluation, la recherche (d'où l'importance de construire des coopérations avec les chercheurs et experts); la diffusion des connaissances par des publications, les services de documentation, les sites internet, les fiches expériences...

Compte tenu de ces missions, les centres de ressources se sont « naturellement » mis au service des coordonnateurs des ateliers santé ville, sous des formes diverses, répondant notamment au niveau de développement des ateliers santé ville sur les territoires.

Pour la Seine-Saint-Denis, par exemple, territoire d'expérimentation des ateliers santé ville, il avait été proposé en 2001 que Recherches et évaluations sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires (Resscom) participe à l'animation de cinq démarches locales en facilitant les liens avec la dynamique des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps), l'établissement des diagnostics et des suivis, mais aussi l'ajustement des méthodes utilisées pour la conduite de projet et l'évaluation. Cet accompagnement a fait l'objet d'une restitution auprès des acteurs des autres ateliers santé ville qui s'inventaient sur le département.

Par la suite, les premières séances de travail ont été organisées par Profession Banlieue dès décembre 2001 : elles avaient été conçues comme l'occasion de croiser les expériences et les points de vue des villes engagées dans la démarche. Il s'agissait aussi de penser les possibilités de transfert ou de modélisation des méthodes les plus appropriées sur le plan du développement des politiques de santé au niveau local.

À la suite de ce travail, le centre de ressources a mis en place différents groupes de travail afin d'organiser la poursuite de la réflexion, de créer des espaces de travail pour prendre du recul, de partager des questionnements, des expériences, et de favoriser les liens entre les différents participants. L'ensemble de ces travaux ont donné lieu à des publications (voir le site de Profession Banlieue : www.professionbanlieue.org).

Dans le Val-d'Oise, département où le nombre d'ateliers santé ville formalisés reste faible, le Pôle de ressources Ville et développement social développe son action sous différentes formes :

- des démarches visant une meilleure appropriation locale de la thématique santé, par une connaissance renforcée des problématiques et par le déve-

veloppement de dynamiques collectives et partenariales : apports de chercheurs (santé et ville ; santé, ville et lutte contre les exclusions), cycle de qualification et séminaire (compréhension des enjeux de santé dans le Val-d'Oise, intérêt de l'implication du local, ressources disponibles...);

- un accompagnement des coordonnateurs des ateliers santé ville et autres professionnels engagés sur la thématique (ateliers et groupes de travail sur l'animation des ateliers santé ville, sur l'observation locale en santé, sur les articulations avec le développement durable...).

À Paris, la Mission santé et développement social de la Délégation à la politique de la ville et à l'intégration a accompagné la création et le développement des ateliers santé ville depuis 2007 (en coordination avec la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé). Elle propose et/ou facilite la participation à des formations pour les associations impliquées dans ce dispositif, ainsi que pour les référents santé des équipes de développement local de la capitale.

■ NB: Le Centre de ressources de la politique de la ville en Essonne, bien que n'ayant pas participé à la démarche régionale de visites sur site des ateliers santé ville, mène également des actions sur le thème de la santé dans son département, en lien avec les professionnels de la politique de la ville, trois ateliers santé ville, et des associations.



Conclusion

Entre ces visites sur site qui se sont déroulées à la fin de l'année 2008 et la publication de ces actes, le paysage institutionnel des politiques de santé publique a connu de nombreuses transformations institutionnelles, avec la création de l'Agence régionale de santé, la publication de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », le passage des plans et contrats locaux de santé publique aux plans et contrats locaux de santé. Tous ces changements réglementaires, liés à la révision générale des politiques publiques et à une forme de re-centralisation du pouvoir au niveau de l'État central et de ses agences, modifient significativement la place et la légitimité des collectivités locales dans la définition des politiques publiques de santé, puisque les élus ne sont pas représentés dans les agences régionales de santé, une revendication pourtant portée par l'association Élus, santé publique et territoires.

Mais dans ce mouvement, les ateliers santé ville ont apporté de vrais éclairages aux nouvelles structures des politiques de santé, en particulier en termes de prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé et des publics les plus éloignés de la santé et de l'accès aux soins. C'est d'ailleurs en s'appuyant sur sa connaissance des ateliers santé ville sur lesquels il avait rendu un avis fin 2007 que le Conseil national des villes préconisait, dans son avis sur la mise en place des agences régionales de santé, « la prise en compte des besoins spécifiques des quartiers en difficulté est à la fois une obligation pour les agences, et une chance méthodologique : une obligation puisque s'attaquer aux besoins de ces quartiers est une des conditions de l'équité territoriale en santé. Et une chance méthodologique, puisque c'est souvent à cette échelle que les partenariats interinstitutionnels se sont construits, et que des pratiques innovantes ont été menées ».

Il est clair que si la santé doit être, comme l'a affirmé le Conseil interministériel de la ville, le « 5^e pilier » de la politique de la ville (c'était un des cinq axes

des contrats urbains de cohésion sociale en 2007), il est aussi indispensable que les ateliers santé ville, validés et reconnus par tous ses protagonistes, soient maintenus, prorogés, confortés et ne disparaissent pas avec la mise en place des contrats locaux de santé.

Au-delà de la nécessaire confirmation politique de la démarche, le développement des ateliers santé ville passe aussi par la diffusion et la mise en lien des expériences portées, afin d'améliorer les pratiques des ateliers santé ville existants, et de susciter de nouvelles démarches sur les territoires.

En région Île-de-France, la démarche des visites sur site a ainsi participé, fin 2008-début 2009, d'un travail d'animation régionale des ateliers santé ville, par ailleurs poursuivi en 2009 par un programme de formation et un séminaire coordonnés par l'Observatoire régional de la santé et soutenus par la DRASS et la Préfecture de région.

Alors que les centres de ressources politique de la ville continuent leur mission d'accompagnement des ateliers santé ville de leur département d'intervention, des inquiétudes subsistent aujourd'hui sur la pérennisation d'une animation régionale, profitable en particulier aux ateliers santé ville des autres départements non pourvus de centre de ressources.

Au regard des résultats que cette démarche régionale a pu produire, l'on ne peut que plaider pour le maintien et le développement d'une animation régionale des ateliers santé ville soutenue par la récente Agence régionale de santé, à laquelle les centres de ressources politique de la ville ne manqueraient pas de s'associer.



Éléments bibliographiques

Publications des centres de ressources politiques de la ville d'Île-de-France

Les Actions des ateliers santé ville parisiens. Janvier 2008 à juillet 2009, Mairie de Paris, 2009, 119 p.

BLANCHARD Philippe, DILAIN Claude, DUFOUR Marie-Odile, DUVERNOIS Olivier, EL GHOZI Laurent, GINOT Luc, GRANGER Isabelle, JOUBERT Michel, LANCINO Sylvie, LAPORTE Pierre, LÉPÉE Maryse, MANNONI Chantal, *L'Atelier santé-ville, une démarche territoriale de santé publique*, Profession Banlieue, 2005, 89 p.

CHAOUITE Abdellatif, GALLOU Rémi, GINOT Luc, RICHARD Catherine, VAILLANT Zoé, *Questions de santé : des outils au plan local*, Profession Banlieue, coll. Les Cahiers, 2009, 142 p.

GUÉNIFFEY Antoine, SCHOENE Marc, *Santé et ville. Enjeux et outils pour une approche territorialisée et transversale de la santé*, Pôle de ressources départemental Ville et Développement social, coll. La Soirée du Pôle, n° 9, 2002, 21 p.

JOUBERT Michel, MANNONI Chantal, *Les Ateliers santé ville. Expérimentations en Seine-Saint-Denis*, Profession Banlieue, 2003, 151 p.

LANGLOIS Gaëlle, *Promouvoir la santé au niveau local*, Pôle de ressources départemental Ville et Développement social, coll. Dossier thématique, 2008, 23 p.

MANNONI Chantal, *Politique de la ville, territoire et santé. Réflexions autour des ateliers santé ville et de leurs enjeux en Seine-Saint-Denis*, Profession Banlieue, 2004, 111 p.

MANNONI Chantal (dir.), *La Démarche atelier santé ville. Des jalons pour agir*, Profession Banlieue, 2008, 218 p.

PRACZNOCY Corinne, *Santé et territoires : regards croisés dans le Val-d'Oise*, Observatoire régional de santé d'Île-de-France, Pôle de ressources départemental Ville et Développement social, 2010, 49 p.

Santé mentale et souffrance psychique : quelques points de repères conceptuels et d'approche de la problématique dans les territoires en politique de la ville du Val-d'Oise, Pôle de ressources départemental Ville et Développement social, 2010, 14 p.

■ POUR ALLER PLUS LOIN :

www.poleressources95.org

www.professionbanlieue.org

www.paris.fr/portail/politiques/Portal.lut?page_id=5890

Ce document propose une lecture des enseignements mis en exergue lors des visites sur site d'ateliers santé ville d'Île-de-France, tant en termes de thématiques, d'organisation que de méthodes.

La contribution des ateliers santé ville à la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé a été mise en lumière, soulignant la pertinence de cet outil développé dans le cadre de la politique de la ville, fondé sur la proximité et la transversalité au niveau local.

Cette contribution paraît d'autant plus utile à rappeler dans le contexte actuel de ré-organisation territoriale des politiques publiques de santé, dans lequel la place des ateliers santé ville et la prise en compte des besoins spécifiques des quartiers et populations en difficulté n'apparaissent pas encore claires pour nombre de professionnels et d'élus locaux.