



atelier  
régional  
de la ville

Compte-rendu de la journée  
du 22 avril 2008 à Avignon

# La santé

## dans la politique de la ville



Centre de ressources pour la politique de la Ville PACA





# La santé

## dans la politique de la ville

Compte-rendu de l'Atelier Régional de la Ville n° 14  
du 22 avril 2008 à Avignon





## Avant-propos

Médecins libéraux, infirmiers, assistantes sociales, bénévoles associatifs, responsables de structures médico-sociales... vous étiez près de 150 acteurs de terrain issus des champs médical, social, médico-social à être venus prendre le pouls du volet « santé » des Contrats Urbains de Cohésion Sociale.

Ce compte-rendu synthétique doit vous permettre de garder une trace de ce moment de rencontre et d'échange.



# Sommaire

p.6 / **Plénière d'introduction**

« La place de la santé dans la politique de la Ville »

par Chantal MANNONI

p.13 / **Atelier 1** « A quelles conditions la santé peut-elle être un facteur de développement social local ? »

---

p.15 / **Témoignage 1**

« Quand l'éducation pour la santé s'inscrit dans les territoires »

par Nathalie MERLE

p.16 / **Témoignage 2**

« Comment la thématique santé est-elle devenue un levier d'action ? »

par Bernard SOURICE

p.22 / **Témoignage 3**

« Quand une association spécialisée dans la mobilisation des habitants s'investit dans la santé »

par Brigitte FINE et Philippe REGARD

p.27 / **Atelier 2** « Du diagnostic à l'action :  
quelle place des partenaires  
et quelle mobilisation du public ? »

---

p.29 / Témoignage 4

« Présentation du Plan local de santé publique de Marseille »

par Mireille FLOCH-LAVIT

p.31 / Synthèse

« Un débat, trois difficultés, trois atouts et trois pistes de travail »

par Alain DOUILLER

p.33 / **Atelier 3** « La souffrance psycho-sociale au coeur de la ville »

---

p.35 / Témoignage 5

« Nouveaux paradigmes

et nouveaux enjeux de la politique de santé mentale en France »

par Mireille CREISSON

p.38 / Témoignage 6

« L'accompagnement psychologique intermédiaire »

par Jérémie BOUMENDIL

p.42 / Témoignage 7

« Chronique d'un dispositif innovant : l'équipe mobile psycho-sociale »

par Sébastien DENJEAN

p.50 / **Table ronde de conclusion**

.....

# Plénière d'introduction

.....



# La place de la santé dans la politique de la ville...

.....  
par Chantal MANNONI /  
Médecin de santé publique et médecine sociale, Consultante

La « santé dans la politique de la ville », intitulé de la journée du 22 avril 2008 à Avignon, nous entraîne dans l'exploration de divers questionnements d'ordre politique, administratif et professionnel.

Aujourd'hui la santé est inscrite plus formellement dans la politique de la ville grâce aux Ateliers Santé Ville (ASV) qui constituent le volet «santé» des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS). La place de la santé reste encore un faire valoir même si des passerelles se créent peu à peu.

De fait, en quoi la ville aurait-elle à voir avec la santé si nous restons sur les modes de pensée hérités du passé ? Quelles articulations opérationnelles trouver entre santé et développement local, développement durable ? Comment peut-on dépasser les cultures politiques et professionnelles qui renvoient sans cesse la santé aux soins, au secteur curatif ? Comment se saisir de la santé comme déterminant du développement local ? Comment les villes peuvent-elles contribuer à promouvoir la santé de leurs citoyens ?

Nous voici face à quelques énoncés qui traversent la journée de partage organisée par le CRPV PACA.

## L'évolution de la politique de la Ville

La politique de la Ville, depuis 1981, répond à un ensemble de mesures, de procédures et de pratiques spécifiques orientées d'abord vers « les secteurs géographiques définis comme prioritaires à partir de critères statistiques soulignant l'écart à la moyenne » (Anderson & Vieillard-Baron, 2003). A ce titre, la politique de la Ville regroupe une série de politiques publiques.

La politique de la Ville a vu des changements s'opérer aussi bien du point de vue des territoires et des populations, que des thématiques et des stratégies. Tout plaide aujourd'hui pour une meilleure cohérence des politiques et des projets locaux qui en découlent, en articulation avec d'autres échelles territoriales.

> Du Développement Social des Quartiers (DSQ) aux territoires des CUCS, les découpages redéfinis par l'INSEE récemment tentent de résoudre certains paradoxes et de

mieux prendre en compte les publics les plus fragilisés. Si les découpages territoriaux ont évolué, la question du « bon territoire » reste d'actualité et sans réponse. Différents maillages sont de fait à considérer selon les projets pour garantir cohérence et prise en compte effective des inégalités sociales et territoriales de santé et que les actions qui en découlent soient porteuses de sens pour les personnes concernées.

> Les thématiques des anciens Contrats de Ville ont été élargies via celles des CUCS (circulaire du 24 mai 2006) : habitat et cadre de vie, prévention de la délinquance et développement de la citoyenneté, développement économique et accès à l'emploi, lutte contre les discriminations, développement social et santé (ASV) dans le cadre de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

> Les liens entre l'Etat et les collectivités territoriales ont vécu de profondes reconfigurations. La santé doit s'inscrire dans une double dynamique où les villes contribuent au développement des orientations politiques de l'Etat mais développent aussi leurs forces de proposition concernant la santé. Des avancées sont notables, des paradoxes ou encore des résistances et des replis restent encore nombreux.

## Les liens entre ville et santé

Ils s'inscrivent alors dans une tension permanente entre la référence faite au cadre des compétences des villes selon le code de la santé publique (CSP)<sup>1</sup> et une légitimité qui de fait, projette l'ambition de construire du « bien vivre ensemble » dans un espace aménagé, perçu, vécu. Une préoccupation centrale : réduire les inégalités ou encore promouvoir l'équité des citoyens face à leur développement et à leur santé.

Certaines villes se sont impliquées de façon historique dans les questions de santé, ayant très vite perçu et assumé leurs potentiels et responsabilités dans la santé et la qualité de vie des habitants.

Le réseau français des villes santé OMS, né en 1990, a vu fleurir une série d'adhésions de villes au réseau. Elles étaient au nombre de 63 en février 2008. Parfois sans déclinaison opérante, ces adhésions peuvent à l'inverse marquer ainsi un fort engagement politique. En PACA, ce sont les villes d'Aubagne (13), Grasse (06), Marseille (13), Nice (06) et Salon-de-Provence (13) qui sont membres du réseau ([www.villes-sante.com](http://www.villes-sante.com)).

La démarche ASV a permis d'apporter un cadre législatif depuis la circulaire du 13 juin 2000 visant à soutenir la cohérence des actions liées à la santé sur un territoire donné, de mettre le droit commun au cœur de la démarche et la réduction des inégalités, l'implication des habitants dans des processus qui visent à se mouler sur un existant : là où des actions existent, la démarche viendra en soutien et tout spécifiquement à la coordination des différentes initiatives. Là où peu d'initiatives ont vu le jour concernant la santé, l'ASV intégré dans le CUCS est l'opportunité pour développer cet axe.

Le cadre des ASV vise aussi à promouvoir la déclinaison des Programmes Régionaux de Santé Publique (PRSP) mais aussi, il ne faudrait surtout pas l'oublier, le développement d'initiatives locales, propres aux problématiques issues de diagnostics ou de la capacité d'innovation du « local », parce que lieu de proximité et de synergies face à des problématiques mais aussi des leviers identifiés au plus proche des milieux de vie.

La légitimité des villes à se saisir des questions de santé et leur rôle dans la réduction des inégalités sociales et territoriales n'est pourtant pas acquise.

Au titre des arguments en faveur de la légitimité des villes dans les questions de santé on pourra particulièrement citer :

- > les orientations politiques des villes dans les différents champs touchent les déterminants qui influencent la santé ;
- > les maires ont le pouvoir de convocation pour articuler les différents secteurs et promouvoir les démarches intersectorielles.

> la proximité, l'identité ancrée dans la notion de territoire constituent des atouts pour les villes afin d'organiser au mieux les réponses au regard des besoins, des potentiels à mobiliser, des synergies à orchestrer, dont l'implication des habitants dans les questions qui les concernent et de le soutien au plein exercice de la citoyenneté<sup>2</sup>. Les ASV ont aussi pour objet de placer les habitants au cœur de la démarche ;

> la démarche de projet intégré peut prendre sens sur un territoire donné et rejoint alors les concepts de développement local considéré comme un « processus collectif d'innovation territoriale inscrit dans la durabilité [...] dont la finalité est le bien-être collectif et la centralité : l'être humain » (Decoster D.-P, Processus et acteurs du développement local, ULB, 1998) ;

## Zoom ///

### Les objectifs de la démarche ASV

- > Identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie ;
- > Faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien à des réseaux médico-sociaux ;
- > Diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site ;
- > Rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun ;
- > Développer d'une part, la participation active de la population à toutes les phases des programmes (diagnostic, définition de priorités, programmation, mise en œuvre et évaluation) et d'autre part, la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes.

Il existe actuellement 11 ASV en Paca et 1 en projet (Miramas) : Aix en Provence, Arles, Martigues-Port de Bouc, Port Saint Louis du Rhône, Salon de Provence, Marseille (3 ASV), La Ciotat, Aubagne, Vitrolles.

> de la légitimité des villes, on peut élargir la réflexion aux différents territoires permettant aussi de considérer les territoires péri-urbains et ruraux...

### La santé... un objet commun, lu de façon différente

De la santé « absence de maladie » à la santé « capital social »<sup>3</sup> et à la qualité de vie, les cadres de référence utilisés par les acteurs vont marquer les représentations autour de leur légitimité pour se saisir de cette thématique.

Ces cadres viennent aussi expliquer les synergies qui se mettent en place, le positionnement des acteurs, l'articulation de différents champs de compétences, les logiques partenariales sur un territoire donné.

La notion de déterminants de la santé, l'utilisation de systèmes explicatifs plus ouverts, plus complexes que l'approche biomédicale classique, les approches écosystémiques permettent une ouverture essentielle (Lebel J. la santé une approche écosystémique, CRDI, 2003).

Dans la mouvance amorcée dès les années 80, les déterminants de santé et la « promotion de la santé » ont apporté de nouvelles clés de compréhension.

On rappellera que les déterminants de la santé représentent l'ensemble des facteurs favorables ou défavorables qui ont une influence sur l'état de santé des personnes ou des groupes. Les villes, leur organisation et leurs modalités d'interventions dans la proximité ont un poids important sur ces déterminants, même si les conditions politiques et sociétales plus globales sont à prendre en compte....

Une série de chartes a marqué la promotion de la santé (Conférence en promotion de la santé et charte d'Ottawa, 1986, Conférence d'Adélaïde, 1988, Conférence de Sundsvall, 1991, Conférence de Jakarta, 1997, Conférence de Mexico, 2000, Charte de Bangkok, 2005).

La charte d'Ottawa (WHO, 1986) reste la référence en promotion de la santé car elle pose à la fois, une définition de la santé dans une vision holistique, un cadre éthique et un cadre d'orientations stratégiques. Elle permet aussi des passerelles avec d'autres approches dont celles du développement durable dans la pleine acceptation du terme.

Les états de santé dans le champ de la promotion de la santé<sup>4</sup> s'inscrivent dans des processus, résultent des interactions entre les individus et leurs environnements (Green et coll., Settings for Health promotion, 1999). Les modèles explicatifs qui permettent de décrypter la santé de façon systémique comme le montre le schéma suivant<sup>5</sup> sont plus complexes mais sont plus opérants, et replacent aussi la place des comportements, la place du secteur curatif au sein d'un ensemble plus large de déterminants (cf. schéma 1).

L'approche par déterminant offre donc une clé pour appréhender la complexité de la santé, etc., imaginer des réponses ajustées, en particulier dans le cadre de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, mettre en œuvre des réponses opérantes dans différents milieux de vie (écoles, entreprises, quartiers, etc).

La promotion de la santé permet d'anticiper et d'agir en amont pour optimiser le capital santé et créer des alliances opérantes. Elle inscrit aussi les actions dans un continuum « prévention – soins » alors que la tendance est de séparer ces champs. Tout comme le développement local, « les approches cloisonnées, les tendances modélisatrices et uniformisantes ...ont montré leur faiblesses...Trop rigides pour s'adapter aux creux du terrain.. aux crises...elles ont laissé de multiples vides et produit de grandes failles...la démarche du développement local se fonde sur la diversité et le pluralisme »... (Belanger et coll. : 151)

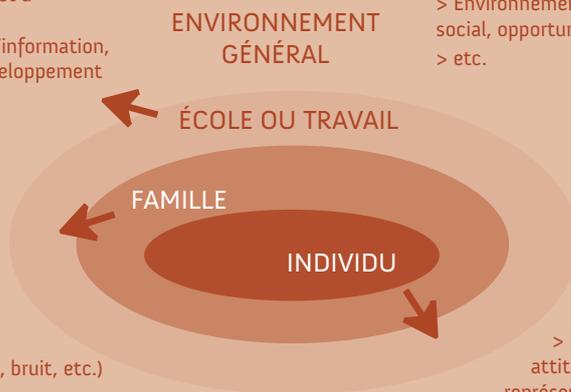
Si la définition classique véhiculée autour de la promotion de la santé la présente comme processus visant à rendre l'individu et la collectivité capable d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et de

### Schéma 1 ///

- > Emploi / chômage
- > Environnement physique (travail/école)
- > Conditions de travail (milieu de travail ou école)
- > Catégorie socio-professionnelle (CSP)
- > Qualité des liens «travail/école»
- > Pratiques éducatives (système reconnaissance, encadrement,...)
- > Ouverture de l'école aux parents et à l'environnement plus large
- > Soutien des pairs (transmission d'information, appui émotionnel, valorisation, développement du sentiment d'appartenance)
- > etc.

- > Caractéristiques personnelles des parents
- > Environnement physique (habitat, bruit, etc.)
- > Niveau de scolarité
- > Statut social et CSP
- > Type et composition de la famille (ex : monoparentalité)
- > Qualité des liens dans la famille (communication, cohésion # violence, etc.)
- > Relation parents-enfants
- > Réseau social de proximité (amis, associations, clubs...)
- > Perception de la santé, maladie, handicap
- > Utilisation / recours soins et prévention / couverture sociale
- > etc.

- > Déterminants socio-culturels (démocratie, solidarité, équité, culture axée sur la compétition ou la coopération)
- > politiques économique, sociale, éducative, agricole, migratoire,... et politique de santé
- > Disponibilité et accessibilité de services, dont services de santé (...)
- > Médias
- > Environnement physique, transports
- > Niveau de revenu
- > Inégalités sociales
- > Environnement social, intégration sociale (insertion, réseau social, opportunités de participation sociale, inégalités...)
- > etc.



- > Patrimoine biologique/génétique (dont maladie et handicap)
- > Développement de la petite enfance (lien parent-enfant-soignant, toxiques pendant la grossesse, stimulation précoce, etc.)
- > Déterminants socio-culturels (croyances, attitudes, valeurs, symboles, conception monde, représentation santé, maladie)
- > Perception de la santé, maladie, handicap
- > Comportement de santé / mode de vie : alimentation, activité physique, sommeil, conduites à risque, intoxications, loisirs
- > Capital psychologique (estime de soi, capacités d'adaptations personnelles, sentiment d'efficacité personnelle, sentiment de contrôle, etc.)
- > Utilisation / recours soins et prévention : couverture sociale
- > etc.

> Source : MANNONI C., Référentiel travaillé dans le cadre du tableau de Bord des Ateliers Santé Ville /DDASS 93 / DIV 2005

ce fait d'améliorer leur santé (Cf. préambule à la Charte d'Ottawa), on oublie trop souvent de noter que la promotion de la santé propose un cadre stratégique de « changement planifié des conditions de vie et des modes de vie relatifs à la santé via une gamme de stratégies individuelles et environnementales » (O'Neill M., Dupéré S., Pederson A., Rootman I., *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Québec, Les Presses Universitaires de Laval, 2006).

Les réponses à apporter viendront en résonance aux analyses systémiques. Elles s'organiseront autour de 6 axes<sup>6</sup> qui doivent être mis en œuvre de façon articulée dans le temps et l'espace tout en faisant intervenir différents champs de compétence. (cf. [schema 2](#))

Ce cadre d'intervention peut être élargi, appliqué à différents secteurs : ainsi l'axe « ré-orientation des services » ne concerne pas seulement les services de prévention ou de soin, il peut être appliqué à différents milieux de vie et signale les objectifs à se donner dans le cadre de changements organisationnels. Dans le champ de la réduction des inégalités de santé, les stratégies du « aller vers », le travail en réseau, les adaptations de services ou les projets visant à réduire les écarts entre les publics et les institutions sont des exemples pour illustrer cet axe et l'élargir.

Ce cadre d'intervention repose par ailleurs sur un cadre éthique et des valeurs qui doivent toujours être ré-affirmées, explicitées dans les projets, car les dérives en promotion de la santé existent aussi (Massé R., éthique et santé publique, enjeux, valeurs et normativité, PUL, 2003) :

- > La santé : un droit pour tous et une responsabilité des Etats.
- > Une responsabilité multisectorielle aussi et toute prise de décision devrait pouvoir être analysée au regard de son impact sur la santé.
- > La justice sociale au cœur des prises de décisions.
- > Le respect de la personne dans son identité sociale et culturelle et la lutte contre la stigmatisation, la « responsabilisation /culpabilisation ».
- > La lutte contre toute forme de discrimination et d'exclusion, la lutte contre les inégalités.
- > La promotion de la santé de la population générale et la prise en compte des particularités des publics vivant des processus de précarisation.

### Une démarche systémique

La promotion de la santé et la démarche Atelier Santé Ville, les approches dites psychosociales, se rejoignent dans des pratiques qui doivent réduire la distance entre les personnes et les institutions/associations. Elles favorisent le « aller vers ». L'implication des habitants met en scène les modes de travail autour de l'empowerment

considéré comme un « processus d'action sociale par lequel les individus et les groupes agissent pour acquérir le contrôle sur leur vie dans un contexte de changement de leur environnement social et politique » (Wallerstein N., Bernstein E., - *Health Education & Behavior*, 1994 : 142). Cet empowerment doit s'articuler autour de 2 dimensions : individuelle et collective pour éviter les dérives de « responsabilisation » dont la tentation est grande aujourd'hui. L'empowerment implique un changement de posture des acteurs politiques et professionnels pour s'inscrire dans des logiques de collaboration et de croisement des savoirs et pratiques. Ceci pose inéluctablement la question de la place que l'on souhaite ou non laisser aux « profanes » et des conditions à mettre en place pour que des personnes en situation de vulnérabilité puissent prendre leur place dans les débats et prises de décisions.

Enfin, l'innovation, la recherche et l'évaluation sont des ressorts essentiels qui devraient être mieux soutenus. Des outils croisant promotion de la santé et développement durable /gestion du territoire tels que « EIS » (évaluation d'impacts sur la santé), relèvent de méthodes mises au service de la prise de décision et permettent de ne pas réduire les pratiques d'évaluation à du simple contrôle (*Equiterre, La santé à la mesure du développement durable*, N° 3/06, octobre 2006 / [www.equiterre.ch](http://www.equiterre.ch) / [www.impactsante.ch](http://www.impactsante.ch)).

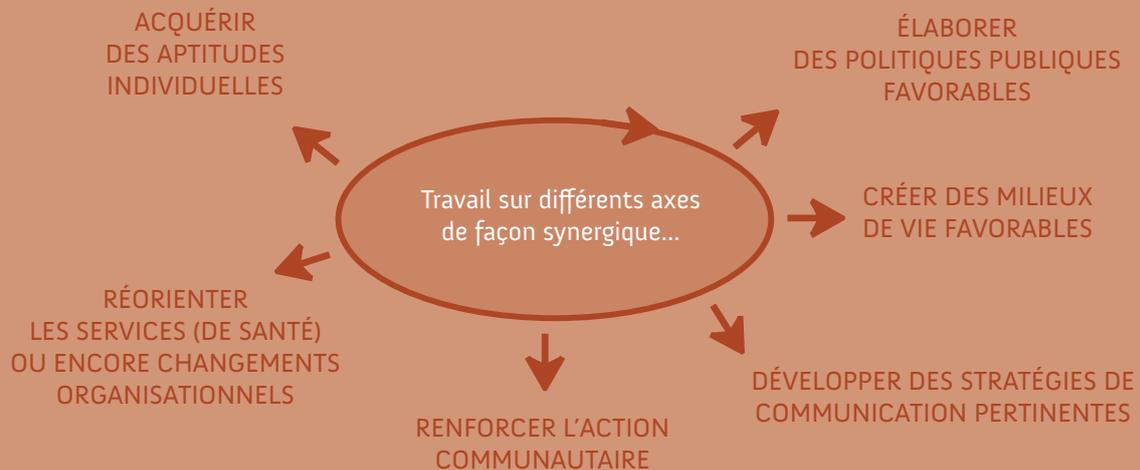
La politique de la Ville s'inscrit dans ces fondements, dans une démarche systémique où les différents volets et/ou dispositifs des CUCS, et notamment les ASV, peuvent être lus à travers la grille d'analyse de promotion de la santé et du développement. La difficulté à ce jour est que les concepts théoriques sous-jacents ne sont pratiquement jamais explicités. Les ouvertures aux croisements de divers courants de pensée peinent à se frayer un chemin. La réduction des risques en France, les questions posées par la souffrance psychosociale ont pourtant permis des avancées.

Les ouvertures sont donc possibles, santé et développement entretiennent des liens où les questions doivent nécessairement être renversées et il nous faut passer à ce qui nous rapproche plutôt que mettre en avant nos différences. Pour cela, des efforts de chacun sont nécessaires pour appréhender le champ de compréhension de l'autre, avoir un discours accessible à d'autres cadres de référence, traduire, faire des ponts, trouver les interfaces. C'est le défi pour une plus grande cohérence.

C'est ainsi que le schéma ci-contre illustre les croisements du champ d'une santé publique centrée sur les principes de la promotion de la santé et celui du développement durable (cf. [schéma 3](#))

## Schéma 2 ///

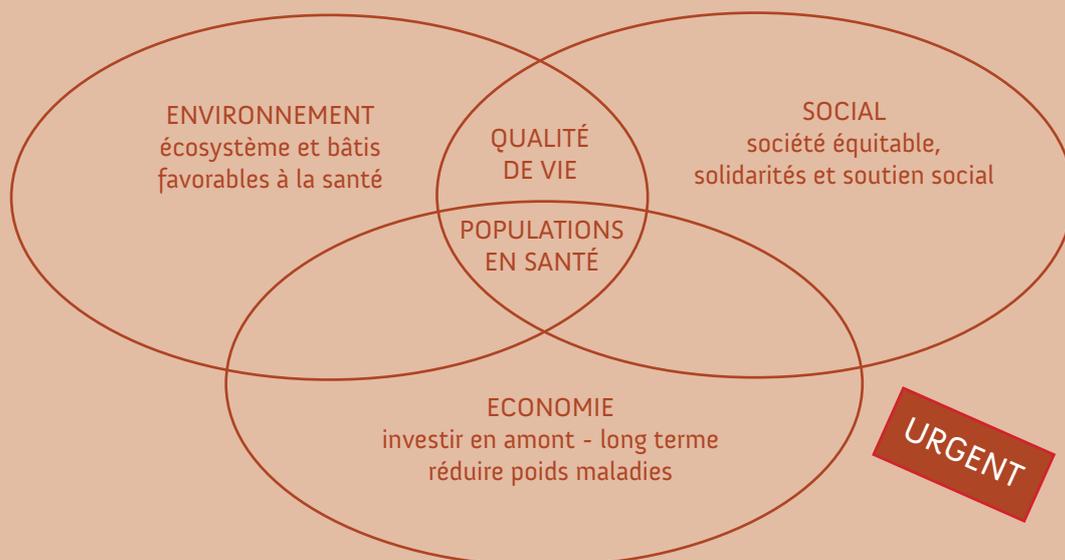
UNE DÉCLINAISON OPÉRANTE... INTERSECTORIELLE  
> réduire les inégalités et rendre effectif l'accès aux services de droit commun



> Source : schéma adapté de la charte d'Ottawa, OMS, 1986 / [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

## Schéma 3 ///

CROISER LES CONCEPTS :  
> illustration promotion de la santé et développement durable



> Source : schéma adapté de Démarche de Développement durable dans la santé publique / ASPQ / 2007-2010

De fait, les passerelles peuvent ne pas sembler évidentes : des enjeux communs peuvent se décliner sous des objectifs différenciés. Chaque secteur peut néanmoins s’y retrouver.

Nous avons choisi pour illustrer ce propos, l’exemple des transports et montrer quelques passerelles entre développement et promotion de la santé, montrer comment des cadres conceptuels peuvent se rejoindre (cf. tableau).

### Les attentes de cette journée

Les différents ateliers de la journée : « A quelle conditions la santé peut-elle être un facteur de développement local ? », « Du diagnostic à l’action : quelle place pour les partenaires et quelle mobilisation du public ? », « La souffrance psychosociale au cœur de la ville » traversent dans leur diversité la nécessité de mieux connaître pour mieux agir, de produire de l’innovation face aux questions complexes qui posent à la fois un défi politique et des choix de société, à la fois la recherche de nouveaux modes opératoires, où l’intersectorialité et la place des citoyens doivent trouver une assise au plus près des conditions qui permettent d’activer des ressorts énoncés et mis en pratique en croisant les champs de compétences. Il s’agit alors de faire collaborer des secteurs de l’activité humaine qui sont définis et séparés par l’organisation de la société, par des cadres administratifs et/ou politiques (Absil G., Vandoorne C., approche par milieux de vie, 2004).

L’espace proposé aujourd’hui par le CRPV permet de partager des expériences, les nouveaux enjeux auxquels doivent faire face les acteurs, les dynamiques porteuses, les mécanismes à mettre en place collectivement et aux différentes échelles territoriales en articulant les PRSP et les CUCS tout spécialement. Comment allier proximité, innovation, décroissements ?... pour contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé... s’autoriser la mise en débat, parler plusieurs langues, conserver sa langue, savoir traduire... Tels sont les quelques défis de cette journée !

### Notes ///

(1) De Forges JM., Truchet D., Peneau D., et coll., Code de la Santé Publique, 21<sup>e</sup> édition, Ed. Dalloz, 2007.

(2) Magnette Paul, la citoyenneté, une histoire de l’idée de la participation civique, édition Bruyant, Bruxelles, 2001.

(3) Bélanger JP., Sullivan R., Sévigny B. Capital social, développement communautaire et santé publique, réflexions sur l’amélioration de la santé et du bien-être de la population, Editions ASPQ, Montréal, 2000.

(4) La promotion de la santé reste à distinguer de l’éducation pour la santé car les amalgames sont fréquents en France, en partie parce que la « promotion de la santé », n’est véhiculée que pour et par la définition de la santé qu’elle propose.

(5) Modèle adapté à partir des modèles écologiques en matière de santé comme celui de Bronfenbrenner, *The Ecology of Human Development*. Cambridge, Massachusetts : Harvard University Press; 1979, et Chauvin P., Parizot I., (sous la direction de), en collaboration avec Revet Sandrine, «santé et recours aux soins des populations vulnérables », *Questions en Santé Publique*, INSERM/DIV, INSERM, 2005 : 4-10.

(6) Le sixième axe « communiquer », est issu de la stratégie québécoise de mise en œuvre des 5 axes classiques de la Charte d’Ottawa. Souvent négligée, car apparaissant comme naturelle, nous la mettons en avant systématiquement car cet axe nécessite une attention particulière.

## Tableau ///

### LA QUESTION DES TRANSPORTS, DÉVELOPPEMENT DURABLE ET PROMOTION DE LA SANTÉ : DES ENJEUX COMMUNS... DES OBJECTIFS CROISÉS ET COMPLÉMENTAIRES

ENJEUX	DÉVELOPPEMENT DURABLE	PROMOTION DE LA SANTÉ
Équité 	Développer une organisation spatiale favorisant l'intégration urbaine	Promouvoir le lien social dans les modes de transports (espaces, temps..) + lien urbain/rural à considérer aussi...
Accessibilité 	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Renforcer l'accessibilité physique et financière des différents types de services (éducation, culture, sports, santé...)</li> <li>&gt; Renforcer la diversité de l'occupation des territoires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Promouvoir spécifiquement l'accessibilité dans toutes ses dimensions - aux services de prévention, soins à tous les citoyens</li> <li>&gt; Promouvoir spécifiquement l'accès équitable aux personnes porteuses d'un handicap à tous les services....</li> </ul>
Mobilité douce 	Réduire les pollutions	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Renforcer l'activité physique via des modes de transports novateurs</li> <li>&gt; Réduire les effets néfastes des pollutions sur la santé (air, bruit)</li> </ul>
Fluidité des transports	Réguler le trafic dans les différents espaces de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Promouvoir le bien-être (ou réduire le stress)</li> <li>&gt; Optimiser le temps dédié aux transports pour l'investir dans d'autres activités</li> <li>&gt; Réduire les accidents</li> </ul>
Etc.	Etc.	Etc.

## Biblio ///

> 2008 - Mannoni C., (sous la dir.) La démarche atelier santé ville, des jalons pour agir, Profession Banlieue, Saint Denis.

> 2006 - Mannoni C., Jacquet F., Wandscheer C., Pluye P., Manuel de planification des programmes de santé ; Médecins du Monde, Paris, Ed. ENPS, mai 2006.

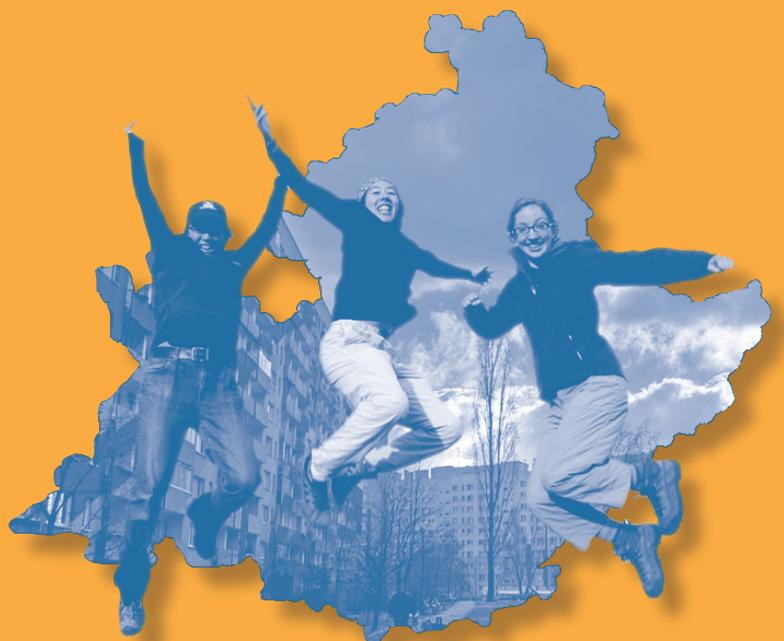
> Mannoni C., «Le métier de coordonnateur des ateliers santé ville», In: Santé et précarité sociale : vers une politique publique locale ? Les cahiers du CRDSU, N° 43.

> 2005 Mannoni C., Ateliers santé ville et nouvelles compétences, in : L'atelier santé ville, une démarche territoriale de santé publique 53-59. Profession Banlieue, Saint Denis.

> 2004 - Mannoni C., Politique de la ville, territoire et santé, réflexions autour des ateliers santé ville et de leurs enjeux en Seine-Saint-Denis, Profession Banlieue/ DDASS de la Seine-Saint-Denis.

> 2003 - Joubert M., Mannoni C., Les Ateliers Santé Ville, expérimentations en Seine-Saint-Denis, Resscom / Profession Banlieue, en partenariat avec la DGS, DIV, DDASS de la Seine Saint-Denis, la Mission Ville de la préfecture de Région. Série Groupe de travail, Profession Banlieue, mars 2003.

.....  
**Atelier 1**  
.....



# A quelles conditions la santé peut-elle être un facteur de développement social local ?

A quelles conditions la santé peut-elle être un facteur de développement social local ? Quelle problématique sous-tend cette question ? Voilà ce qui a préoccupé les participants de l'atelier 1 animé par Didier FEBVREL, médecin à la Direction de la Santé Publique de Marseille.

En introduction Didier FEBVREL rappelle qu'il existe « deux mondes » : le monde de la politique de la ville qui, depuis plusieurs dizaines d'années, se préoccupe du développement social local ou plus largement encore du développement d'un territoire, et le monde de la santé.

Les acteurs de ces « deux mondes » ne se sont pas forcément toujours rencontrés. On peut notamment noter que pour les professionnels de la politique de la Ville, la santé a longtemps été exclue de leurs champs d'intervention.

Pour des raisons liées à la question de la compétence et de la légitimité, il était entendu que la santé n'était pas le problème de ces professionnels là, mais plutôt celui des professionnels du « sanitaire », et notamment des médecins. On s'est ainsi longuement retrouvé devant le problème crucial de la mobilisation des acteurs sur des dossiers inhérents à la santé. Aujourd'hui comment faire en sorte que la santé devienne enfin une thématique majeure de la politique de la Ville ?

La mise en place des Ateliers Santé Ville a largement contribué à activer cette phase de reconnaissance et de considération.

C'est le cas à Marseille où depuis 4 ans, les chefs de projets politique de la Ville et les agents territoriaux ont cessé de considérer la santé comme un champ d'intervention étranger. Dorénavant elle est un domaine qu'il convient de développer et pour lequel les équipes MOUS se sentent plus légitimes. Nous verrons au cours de cet atelier dans quelles conditions.

De la même façon un travail de rencontre et de structuration d'actions d'éducation pour la santé sur les territoires de la politique de la Ville, a poussé les acteurs de la santé à s'adapter aux acteurs de la politique de la Ville. Ils ont eux aussi, dans un enjeu commun, cherché à améliorer la situation.

Cet atelier est l'occasion, pour les uns comme pour les autres, de mieux se connaître.

Textes à la loupe ///

## Santé et politique de la Ville : textes juridiques de référence

> Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ASV dans le volet santé des contrats de ville (2000-2006)

> Loi n°2003-710 du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la programmation urbaine. JO du 2 août 2003. Chapitre premier : réduction des inégalités dans les zones urbaines sensibles, annexe 1.4 : santé.

> Loi n°2004-806 du 9 août 2004 à la politique de santé publique.

> Circulaire DGS/SD6D/2004/627 du 21 décembre 2004 relative à l'identification et l'analyse des projets de santé publique contractualisées avec les collectivités locales.

> Mise en œuvre des décisions du comité interministériel des villes (CIV) du 9 mars 2006.

> Circulaire n° DGS/DHOS/SD1A/2006/383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ASV

## quand l'éducation pour la santé s'inscrit dans les territoires: intérêts, résultats et limites...

.....  
par Nathalie MERLE /  
Directrice du CoDES des Bouches-du-Rhône

Le CoDES des Bouches-du-Rhône dépose des dossiers « politique de la ville » depuis les années 90. De manière plus concrète il a participé à la réalisation d'un diagnostic interne et externe – notamment grâce à l'investissement des coordinatrices de projet et des stagiaires en Master de santé publique - lequel avait permis de mettre en place des actions de santé communautaire dans un quartier difficile de Marseille.

Au début des années 2000, lorsque les Ateliers Santé Ville (ASV) ont vu le jour sur la ville de Marseille, le CoDES s'est rapproché de ces nouveaux dispositifs. Il a notamment pu s'appuyer sur les diagnostics de santé publique qui émanaient des ateliers, mais également des Plans locaux santé publique. L'objectif était d'étendre les actions de santé communautaire - déjà entreprises dans les années 90 - et développer ainsi les actions d'éducation pour la santé dans des quartiers de Marseille, ou dans d'autres villes comme Vitrolles et Port-Saint-Louis-du-Rhône.

Dans le cadre des actions de santé communautaire, l'intérêt des actions d'éducation pour la santé, s'est de pouvoir articuler la dimension « quartier » avec les financements thématiques qu'on trouve dans le Programme régional de santé publique (PRSP). On va pouvoir à l'échelle d'un quartier intervenir auprès de l'ensemble de la population, à la fois en milieu scolaire et hors scolaire (au sein du centre social, lors de consultations de la PMI, dans les écoles maternelles, les collèges...); à la fois auprès des parents et des enfants mais aussi auprès des professionnels dans le cadre de formation de sensibilisation sur l'ensemble des thématiques de santé. Ce rétrécissement d'échelle contribue à une certaine cohérence territoriale entre les demandes des habitants et les constats faits par les professionnels. Depuis la mise en place des ASV on peut s'appuyer aussi sur les diagnostics menés sur le territoire.

Cette dimension territoriale va nous permettre d'avoir une approche globale et pas seulement une approche

thématique qui nous empêcherait de répondre à l'ensemble des problématiques de santé.

L'autre intérêt de cette approche réside dans le fait que l'on se trouve à l'interface de l'Education nationale et de l'éducation populaire. Au bout de 10 ans d'intervention, cette approche nous a permis de formaliser un véritable réseau d'acteurs de santé - réunissant les acteurs du champ de l'éducation et celui du secteur social autour de la question de la prévention de la santé - en ayant un volet « animation de réseau » et « formation de professionnel en milieu scolaire ».

En terme de résultats, de manière plus anecdotique, on voit que lorsqu'on intervient à l'école, au collège, pendant des années sur un même territoire, on finit par retrouver dans les réunions de parents, des personnes qui se souviennent des actions d'éducation pour la santé et sur lesquelles elles avouent s'appuyer pour leur « éducation domestique ».

En terme de limites, pour ce qui est du CoDES, il me semble que nous intervenons dans de trop nombreux sites. Cela ajoute une lourdeur de gestion administrative (montage des dossiers) et une complexité en terme d'articulation territoriale et thématique. Par ailleurs, il est regrettable que la concentration de l'attention et des financements sur les quartiers « politique de la ville » se fasse au détriment des zones rurales

> Pour aller plus loin

• Consulter le site du Codes des Bouches-du-Rhône  
[www.codes13.org](http://www.codes13.org)

## Comment la thématique santé est-elle devenue un levier d'action ?

.....  
par Bernard SOURICE /

Chef de projet «Politique de la Ville», ville de Manosque (13)

Manosque est une ville qui s'insère dans un relief assez accidenté, dans un paysage fortement ruralisé. J'insiste sur ces détails de contexte pour expliquer qu'on ne peut pas déployer la même politique de la Ville à Manosque et à Marseille. Pour ma part, il me semble que la politique de la Ville n'est pas la mieux adaptée pour traiter des problématiques propres à de petites communes situées en zone rurale. Il convient de trouver une mise en œuvre un peu particulière.

Je représente la caricature du chef de projet qui considère ne rien connaître à la santé. Il faut dire que les questions de santé dans les conventions d'objectifs des Contrats de Ville étaient relativement accessoires. Avant l'intro-nisation des CUCS, on avait un volet «santé» parce qu'il fallait en avoir un, mais ce n'était une préoccupation ni des élus, ni des partenaires. Personnellement, en tant que chef de projet, je dois dire que ce n'était pas non plus mon premier souci.

Les actions de santé étaient déléguées au CoDES qui était donc chargé de porter la bonne parole dans les écoles, dans les organismes de formation,... Point barre ! Ce n'était pas pris en compte dans l'ensemble des actions.

Aujourd'hui la situation a un peu changé, heureusement, et je crois que la mise en place de l'Atelier Santé Ville nous a réellement permis de prendre en compte cette thématique. Dorénavant l'approche est beaucoup plus transversale, les questions de santé sont posées.

Cette reconnaissance se traduit notamment dans les financements. Ainsi, aujourd'hui, le volet «santé» représente à peu près 25% du budget du service «cohésion sociale» de la ville de Manosque. Nous ne sommes pas un service instructeur mais co-producteur des projets. Enfin, il faut dire que les ASV ont également permis une mobilisation des élus.

La particularité du département des Alpes-de-Haute-Provence réside dans la mise en place d'un ASV commun aux villes de Manosque et Digne (villes qui bénéficient d'un Contrat urbain de cohésion sociale).

On essaye d'avoir des actions communes sur ce petit département avec une certaine cohérence mais également de pérenniser les emplois ; ainsi au lieu d'avoir 2 mi-temps, nous avons opté pour un plein temps qui s'occupe des 2 CUCS : il y a une coordinatrice ASV.

De la même manière, nous ne nous arrêtons pas à la question géographique. Nous passons outre la géographie prioritaire - et restrictive - des Contrats urbains de cohésion sociale. Par conséquent, lors de certaines actions, comme celles programmées sur l'accès à la santé préventive des jeunes en formation, nous intervenons sur des villes qui ne sont pas signataires du CUCS.

Toujours est-il qu'au fur et à mesure, le CUCS, avec le soutien du CoDES puis avec les ASV, a intensifié son intervention sur les questions de la santé.

> Pour aller plus loin :

Consulter le dossier du CUCS sur le site de la ville de Manosque : [www.ville-manosque.fr/Solidarite-logement.html](http://www.ville-manosque.fr/Solidarite-logement.html)

## Débat avec la salle ///

### Santé des jeunes... et articulations partenariales

#### Représentante de la Mission locale du Lubéron /

Ma remarque concerne l'Association régionale des missions locales de PACA (ARML). En effet le Conseil Régional, qui a mis en place le Service public régional de formation permanente et d'apprentissage, s'intéresse de plus en plus à la santé. Il a ainsi demandé à l'ARML de travailler sur cette thématique. Nous avons notamment comme mission de voir comment, dans le programme régional de professionnalisation des personnels des Missions locales, on peut intégrer les questions de santé.

Deuxième chose, le Conseil Régional nous demande de mettre en évidence et de dégager des « priorités santé » par rapport au public jeunes.

J'ai envie de vous demander comment peut-on articuler tout cela et comment faire travailler les différents acteurs entre eux ?

#### Animateur /

Qu'est-ce qui fait que le Conseil Régional s'intéresse aujourd'hui à la santé ? Est-ce que c'est une réflexion de leur part ou une remontée de problèmes de terrain ? Ou est-ce que c'est vous - Mission locale - qui avez fait remonter la question de la santé ? Est-ce que la santé se développe dans les Contrats urbains de cohésion sociale ?

#### Représentante de la Mission locale du Lubéron /

Concernant l'intérêt du Conseil Régional, je ne saurais vous dire d'où celui-ci est venu. Il s'agit peut-être d'une préoccupation d'élus. Ce qui est sûr, c'est que les missions locales font remonter les problèmes de santé, en tous les cas ceux concernant les jeunes. Toutefois s'il n'y avait pas l'envie des élus, je ne vois pas comment cela serait possible.

#### Nathalie MERLE /

De notre côté (CoDES du 13), cela fait plus de 10 ans que nous travaillons avec les Missions locales de notre département et avec les organismes de formation rattachés aux Contrats de qualification. Nous animons des séances de sensibilisation aux questions de santé, auprès d'une soixantaine de groupes de jeunes en qualification (900 jeunes sont concernés). C'est une action qui fonctionne très bien et que les organismes de formation sollicitent lorsqu'ils mettent en place de nouveaux stages. Nous avons démarré cette action avec le financement de la Région, et aujourd'hui nous sommes financés dans le cadre du Programme régional de santé publique (PRSP) piloté par l'Etat.

#### Représentante de la Mission locale du Lubéron /

C'est à dire que chaque CoDES peut demander ce financement ?

#### Nathalie MERLE /

Ces actions ont été menées dans plusieurs départements, sauf peut-être pas dans le 84.

#### Bernard SOURICE /

Pour la Région, je ne vais pas répondre. La question pourra être posée à une responsable de l'institution régionale.

De manière plus large, il me semble que dans les missions confiées aux Missions locales, le rapport SCHWARTZ (rapport rédigé en 1982 et qui a débouché sur la création des Missions locales) préconisait la mise en oeuvre d'un volet «santé». Par conséquent c'est également aux Missions locales de mettre en oeuvre ces volets «santé».

#### Représentante de la Mission locale du Lubéron /

Nous essayons de faire en sorte qu'il y ait une articulation entre les différents partenaires pour que le volet «santé» se mette en place.

#### Bernard SOURICE /

Dans notre cas (CUCS de Manosque et Digne), nous nous appuyons sur des actions multipartenariales. Pour exemple, la question de l'accès à la médecine préventive des jeunes en formation ETAPS (Espaces territoriaux d'accès aux premiers savoirs) - sur le département des Alpes-de-Hautes-Provence - profite d'un financement du Programme Régional de Santé Publique relayé par le Contrat urbain de cohésion sociale. Cela devrait concerner 150 jeunes. Ces jeunes en formation ETAPS seront sensibilisés à l'importance de la santé, à leurs droits en matière d'accès aux soins et bénéficieront d'un bilan de santé dans un centre d'examen de la CPAM. (*Action explicitée sur la fiche de repérage n°60 du CRPV PACA - Cf. site net*).

#### Catherine RICHARD, Chargée de mission DIV /

(s'adressant à la représentante de la Mission locale)

Votre question était, si je comprends bien, quelles articulations avec le niveau local et le niveau régional ? Normalement la question de la santé du public jeune figure comme une priorité du PRSP. Par ailleurs, le Conseil Régional est invité à participer au Groupement d'Intérêt Public (GIP) du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) et les élus peuvent y adhérer. Ils peuvent ainsi restituer et apporter des informations sur les besoins locaux. C'est une courroie de transmission très intéressante.

## Que reste-t-il de la politique de la Ville ?

### > Une participante /

Je travaille dans la politique de la Ville, sur le quartier nord-est d'Avignon et plus particulièrement sur la question de la participation des habitants.

Ma question relève quelque peu de la science-fiction : imaginons que par un coup de « baguette maléfique », on faisait disparaître la politique de la Ville ! D'après vous que resterait-il des actions que vous menez ? Est-ce que la politique de la Ville ne se substitue pas la politique de droit commun, notamment dans le domaine de la santé ?

### > Animateur /

Dans le fond, l'objet des Ateliers Santé Ville rejoint un des enjeux originels de la politique de la Ville, c'est à dire, faire en sorte que l'action initiée par l'ASV soit, au bout d'1 ou 2 ans, pérennisée par le droit commun. Malheureusement dans les faits les financements des CUCS (des ASV) ont tendance à devenir - pour les associations - des financements de long terme. Or ce n'est pas possible. Initialement ce sont des « financements éphémères » censés expérimenter une action innovante.

### > Bernard SOURICE /

Pour moi, la politique de la Ville n'existe plus, depuis un moment. Il n'y a plus de contenu dans la politique de la Ville. Toutefois même si on a enlevé le cadre, la méthode et les modes de fonctionnement restent.

### > Animateur /

Est-ce qu'on peut dire que les Ateliers Santé Ville reprennent cette méthode ?

### > Bernard SOURICE /

Oui, c'est une bonne illustration de la méthode de travail qui a été initiée dans le cadre de la politique de la Ville.

### > Catherine RICHARD, Chargée de mission DIV /

En vous écoutant, on voit bien qu'il y a la méthode et le territoire mais il y a d'abord des partenaires.

La qualité de la politique de la Ville est différente selon les territoires et surtout selon les acteurs qui l'animent.

C'est notamment la qualité du partenariat qui élargit les compétences. On ne peut plus travailler seul. C'est une question de synergie c'est à dire que malgré le fait qu'il n'y ait pas toujours les moyens suffisants, la matière grise, elle, est toujours plus importante. Les résolutions de problématiques se font collectivement. Malheureusement, les acteurs n'ont pas toujours ce réflexe là et restent encore trop souvent dans leurs cloisonnements.

Pour exemple, les ASV qui ont réussi sont ceux qui ont su utiliser les compétences du plus grand nombre. C'est un cadre suffisamment souple pour être enrichi par les compétences des acteurs locaux qui travaillent déjà sur ces thématiques.

### > Une participante /

Pour ma part il me semble essentiel que le travail des ASV laissent des traces. Je veux dire que les médecins et plus globalement les professionnels de la santé, ne doivent pas se contenter d'être de simples alliés ponctuels. Il faut qu'ils se sentent réellement concernés par le projet sanitaire et social initié par l'ASV. Du coup, idéalement il faut espérer que lorsque l'ASV se retire, le projet continue à être porté par les acteurs du quotidien (médecins, éducation nationale, services municipaux...).

### > Coordonnatrice de l'ASV de Arles /

Vous avez raison, à un moment donné tout Atelier Santé Ville devrait pouvoir se retirer et les choses devraient fonctionner seules. Personnellement j'ai 4 axes prioritaires de santé publique et pour chacun d'entre eux j'ai un travail de réseau à développer, un travail de structure, de partenariat, sans oublier les actions à mettre en oeuvre... Or il est impossible pour une seule coordinatrice de porter à la fois un réseau « parentalité », un réseau « précarité », un réseau « jeunes »... Par conséquent l'objectif est bien d'initier les choses. Et même si cela coince par rapport aux élus, par rapport à certains partenaires institutionnels, à côté de cela il y a des acteurs du terrain - des acteurs du social mais aussi de plus en plus du médical - qui ont envie de développer les choses et qui sont capables de prendre la main. Les Ateliers Santé Ville pourront alors se retirer. Reste qu'en tous les cas, les financements de la politique de la ville, le soutien politique et pécunier des élus sont indispensables : 25% des budgets CUCS c'est super !

### > Nathalie MERLE /

Grâce à l'inscription dans le territoire et l'appui des Ateliers Santé Ville il y a un réseau d'acteurs, formalisé depuis peu, qui se développe et qui articule sur l'ensemble du territoire le social, l'éducatif et le médical. Dans ce réseau il y a par exemple des médecins libéraux, qui certes ne participent pas à toutes les réunions mais à qui il arrive d'intervenir pour présenter leurs actions ou leur champ d'intervention. (*Action explicitée sur la fiche de repérage n°58 du CRPV PACA - Cf. site net*).

## Paroles de coordinateurs...

### > Coordonnateur de l'ASV de Marseille Centre /

Je me suis reconnu dans ce que disait Bernard SOURICE, par rapport à la prise en compte de la question de la santé par les chefs de projet, les agents de développement territoriaux. Mais en fait c'est plus qu'une prise en compte, c'est « s'autoriser, se sentir légitime » à saisir ces questions. J'en vois les résultats. Notamment auprès des agents de développement impliqués dans les actions de santé qui sont réellement actifs, voire créatifs dans ce domaine tandis que ceux qui n'ont pas profité des ces

actions santé, n'ont pas cette logique transversale. Par exemple dans le cadre du projet ANRU les acteurs qui ont participé à des actions d'éducation à la santé par le biais des ASV, ont ce réflexe de transversalité, de globalité. De nouvelles questions émergent : quels impacts va avoir le projet de rénovation urbaine en terme d'accès aux soins ? Le fait d'améliorer le cadre de vie de certains quartiers ne va-t-il pas inciter les médecins à quitter les quartiers qui ne bénéficient pas de ces améliorations ? Ne va-t-il pas y avoir un déséquilibre de l'offre de soins ? etc.

> **Coordinatrice des ASV de Arles /**

Je voudrais nuancer ce tableau «très rose». Il y a différentes réalités d'un territoire à l'autre. On parlait des élus, leur implication est indispensable., toutefois au sein des équipes MOUS, le volet «santé» reste mineur, et les actions dans ce domaine ne font pas encore partie des priorités. Par ailleurs, la position des coordonnateurs ASV par rapport au CUCS, la relation avec la DDASS, la relation avec les porteurs de projet, parfois des associations parfois des services de la ville, rend leur mission un peu difficile. Les coordonnateurs sont amenés à faire un peu tout et n'importe quoi. Il faut développer des actions mais on ne donne pas toujours les moyens adéquats. Bref ce n'est pas si rose que ça.

> **Animateur /**

Qu'est ce qu'ils en disent les élus ? Puisque ce n'est pas une priorité, comment en parlent-ils ?

> **Coordinatrice de l'ASV de Arles /**

Pour la grande majorité ce sont les autres thématiques qui sont prioritaires. Par ailleurs, de nombreuses personnes ajoutent que la santé est une priorité de l'Etat et que par conséquent le CUCS n'a pas à s'en saisir.

> **Bernard SOURICE /**

Moi je ne dis pas que c'est tout rose. Je dis simplement que cela nous a permis de changer les méthodes de travail et surtout qu'on a pris en compte cette thématique.

> **Coordinatrice du (futur) ASV de Vauvert dans le Gard /**

Nous sommes en train de mettre en place un diagnostic santé. C'est assez difficile et on se sent un peu seuls. Mais n'est ce pas une question de temps ? A Arles, par exemple, depuis combien de temps l'ASV existe-t-il ?

> **Coordinatrice de l'ASV de Arles /**

Il y a beaucoup de coordonnateurs qui font remonter le fait d'être très isolés. Les alliances dont on a parlé existent mais elles ne sont pas toujours aussi prégnantes. De la même manière, le soutien des coordonnateurs sur le terrain se réduit souvent à une peau de chagrin et ces derniers courent en permanence après les porteurs, les acteurs, la population... et du coup cela prend énormément

de temps et d'énergie. l'ASV de Arles existe depuis 2003 et après 4 ans de diagnostic et de rédaction du Plan local de santé publique, on entre à peine, cette année, dans la phase d'animation.

> **Animateur /**

Mais alors quelles seraient les conditions nécessaires à une amélioration des choses ?

> **Coordinatrice de l'ASV de Arles /**

Je ne sais pas si c'est intéressant à dire, parce que c'est très local. Par exemple, on n'a aucune structure spécialisée en santé et c'est très difficile à faire venir

> **Animateur /**

Quand vous dites structure spécialisée ? Ce sont les porteurs de projet ?

> **Coordinatrice de l'ASV de Arles /**

Oui, c'est ça il n'y a pas de porteurs.

> **Animateur /**

C'est un problème qu'on retrouve sur de nombreux sites or c'est une des conditions capitales : si vous ne pouvez pas avoir de personnes qui mettent en place des actions, comment voulez-vous que cela fonctionne ?

> **Coordinatrice de l'ASV de Arles /**

En fait, nous trouvons des personnes, des associations qui souhaitent porter ce type d'action, qui affichent une réelle volonté pour répondre à ces priorités, mais elles manquent de professionnalisme, de formation. On a énormément de mal à faire venir des structures départementales qui sont en mesure de répondre aux demandes. Par ailleurs, chose déjà évoquée, on est quelque peu enfermé dans cette histoire de «territoire CUCS», et dès qu'on déborde un petit peu, ce n'est plus possible. on va même jusqu'à nous demander combien d'habitants vivant sur des territoires concernés par le CUCS sont concernés par l'action santé prévue ! C'est une sorte de budget territorialisé : par exemple sur un projet concernant 50 personnes, s'il n'y a que 25 personnes qui proviennent du territoire CUCS alors le chef de projet du CUCS ne financera que pour 25 personnes.

Je trouve que c'est dommage, car originellement l'Atelier Santé Ville doit permettre un maillage territorial cohérent, et lorsqu'on regarde de plus près on s'aperçoit que l'on a des îlots prioritaires entre lesquels il n'y a rien. La population qui n'a pas la chance (!) d'habiter un quartier CUCS est quelque peu délaissée.

## Financements sans frontières ?

### > Catherine RICHARD, Chargée de mission DIV /

Il y a effectivement la question des financements qui joue, mais tout de même, il doit exister une certaine souplesse dans la mise en oeuvre des actions. Il ne peut pas y avoir de telles frontières entre territoires, entre populations. Les actions sont sans frontières.

### > Animateur /

Personnellement je veux bien croire à cette théorie des frontières, et les chefs de projets peuvent contribuer à l'installation de ce process. Ces derniers sont attachés au développement de «leur» territoire et ceux-ci ont bel et bien des frontières que les financeurs n'ignorent pas.

### > Catherine RICHARD, Chargée de mission DIV /

C'est aussi un problème de stratégie opérationnelle. Certaines villes, malgré la politique de la Ville, se sont lancés sur un programme de santé qui comportait un observatoire, incluant les quartiers prioritaires des CUCS. Un outil opérationnel permettant de savoir comment on allait réduire les inégalités entre ces quartiers et les reste du territoire.

Ce type d'outil est crucial dans la méthodologie de projet. Il permet de mesurer les actions, de les valider, de les invalider, de répondre à des questions du type : est-ce qu'il s'agit vraiment de quartiers excessivement pauvres. Est-ce qu'il n'y en a pas d'autres qui ont autant de besoins, situés par exemple en plein coeur des villes ?

Par ailleurs, ces observatoires doivent également permettre de voir quel est l'impact des actions de droit commun sur ces quartiers. Car le droit commun doit également se déployer sur ces territoires. A un moment il n'est pas normal que celui-ci ne s'applique que grâce au CUCS et aux ASV.

## Le logement ... c'est la santé

### > Coordinatrice du (futur) ASV de Vauvert dans le Gard /

A mon sens, les problèmes de logement sont les plus préoccupants. En effet, il existe un lien évident entre la qualité du logement et la santé des habitants.

A ce titre, je voudrais savoir quelles expériences vous avez eu, les uns et les autres, sur des actions complémentaires entre la santé et le logement.

### > Bernard SOURICE /

Sur Manosque, l'ASV a initié la conception de plaquettes d'information (distribuées avec le journal municipal) sur la prévention du saturnisme, sur la lutte contre les logements insalubres, sur l'aménagement des logements pour personne à mobilité réduite... Hélas l'impact produit fût très faible. Ce fût tout de même intéressant pour mobiliser ou remobiliser les professionnels qui censés tenir

un rôle d'alerte et d'expertise lorsqu'ils ont à faire à un logement insalubre. Mais même lorsqu'un logement est pointé du doigt, les procédures de mise en insalubrité sont longues et les gens continuent à habiter ces taudis. A Manosque, par exemple, il y a eu très peu de procédures d'insalubrité irrémédiables.

Au delà de mes missions de chef de projet politique de la ville, je suis également en charge de la politique de l'habitat en centre-ville. Et je dois dire que ce service est bien plus efficace. Il est sûr que l'on a plus de facilité à intervenir par ce biais là que par le volet «santé» du CUCS.

### > Un participant, ancien chef de projet CUCS et Coordinateur de la politique de lutte contre l'habitat indigne en PACA /

Concernant l'habitat, j'ai une question à poser aux spécialistes de la santé : comment les ASV appréhendent le problème du mal logement ? C'est un problème qui remonte systématiquement. Mais ce n'est pas tant les questions du saturnisme et de l'insalubrité qui sont problématiques - il existe tout un arsenal de décrets juridiques sur ces questions. Les problèmes sont bien plus préoccupants pour ce qui concerne la question du mal logement des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Est-ce que ces questions remontent dans les ASV ?

### > Animateur /

Je sais qu'à Marseille, la question du logement, comme facteur de problématiques sanitaires, est apparue systématiquement dans les diagnostics ASV. Toutefois cette articulation n'est pas évidente pour tout le monde. Je me rappelle qu'il y a 4 ou 5 ans, dans les premiers comités de pilotage ASV, il existait une opposition sur ce lien «santé-logement». Pour certains, le problème du logement ne relevait pas des prérogatives des ASV.

Aujourd'hui la question de la santé et du cadre de vie est globalement prise en compte. Il a fallu un certain nombre d'années et le pouvoir de conviction des coordinateurs sur le terrain pour que les partenaires sanitaires et sociaux (ville, DDASS, ...) soient à l'aise avec cette thématique.

### > Un participant, ancien chef de projet CUCS et Coordinateur de la politique de lutte contre l'habitat indigne en PACA /

Pour compléter, nous avons organisé une journée avec les intervenants sociaux (associatifs, CCAS, Conseil Général,...) parce qu'on s'est aperçu que dans les secteurs ruraux on avait du mal à repérer ces situations de mal logement. Pour y remédier, on a essayé de faire échanger les acteurs qui sont confrontés à ce problème dans leur quotidien et surtout qui en sont témoins (ils pénètrent dans les logements). Nous avons donc rassemblé des re-

présentant de la CNAF, la CCMSA, l'ANIL pour les informer de l'urgence de la situation et du rôle qu'ils pouvaient jouer. Or on a tout de suite vu qu'il existait certains réfractaires à cette idée. Certains travailleurs sociaux, notamment, ont argué que le logement ne relevait pas de leur compétence et surtout qu'ils refusaient - par principe éthique - tout signalement. Quand bien même, nous pouvons les comprendre, cela pose un problème : qui va nous informer des cas les plus difficiles, comment allons nous organiser une prise en charge si nous ne connaissons pas les cas qui ont besoin de notre aide ?

> **Animateur /**

Votre interrogation me fait penser à la question des personnes isolées, présentant des problèmes de santé mentale, qui habitent des logements sociaux non adaptés. Dans ces cas les bailleurs sociaux ne seraient pas contre une alliance avec des professionnels de la santé capables de leur dire comment adapter leurs logements à ces situations de santé. Par ailleurs les problèmes de santé mentale se posent également en terme de nuisances occasionnés par les patients et la gestion de ces situations n'est pas évidente. Dans ce cas il arrive aux ASV marseillais de jouer le rôle d'intermédiaire entre bailleurs et professionnels de la santé. Mais c'est très nouveau.

> **Coordinateur de l'ASV de Marseille Centre /**

En matière de logement, il y a également la question de l'accès au logement comme alternative à l'hospitalisation. C'est une question qui concerne directement la politique de la Ville puisqu'une association (« Alternative 11 ») s'est créée, financée par le CUCS.

Il faut également aborder le problème des ROM, très nombreux sur Marseille, et dont les associations souhaiteraient que l'ASV s'occupe des questions ayant trait aux mauvaises conditions de logement et notamment les problèmes d'hygiène. Un grand nombre d'entre eux vivent dans des squatts dans des états souvent déplorables.

> **Animateur /**

A ce propos, le changement d'équipe municipale a propulsé aux commandes du SAMU social de la Ville de Marseille, un médecin qui a immédiatement émis la volonté de « sanitiser » ces squatts. C'est une action que la Direction de la santé publique envisageait depuis un certain temps mais qui s'était toujours heurtée aux refus des élus de voir s'installer cette population sur la commune. Une question encore une fois éminemment politique.

## Quand une association spécialisée dans la mobilisation des habitants s'investit dans la santé

.....

par Brigitte FINE et Philippe REGARD  
Coordinatrice et membre du CA  
de l'association « Tous citoyens »

Je suis la coordinatrice, salariée, de l'association « Tous citoyens » et Philippe REGARD, médecin sur un quartier d'Avignon, est membre de son Conseil d'Administration. D'ailleurs il est probable qu'il apprenne lui même pas mal de choses sur l'ASV, puisque l'une des difficultés de ce dispositif est justement de mettre des mots sur les différents objectifs qu'il vise.

Depuis que je travaille dans le domaine de la politique de la Ville (j'étais l'ancienne directrice du centre social du quartier de la Reine-Jeanne à Avignon), je m'intéresse à la question de l'implication habitante. J'ai très souvent cherché des moyens pour « faire lever » les habitants.

Ce leitmotiv est en grande partie issu d'une rencontre avec Jo Ross - ancien éducateur à la PJJ de Marseille - qui est l'instigateur de « l'Université du citoyen ». Concrètement, il s'agit de journées (ou assemblées plénières) qui consistent à faire reconnaître la richesse de la parole habitante avec comme objectif latent : transformer la parole citoyenne privée (ce qui se dit dans les cages d'escalier, devant l'école, au marché...) en une parole publique.

De manière plus pragmatique, c'est un projet qui était (et qui l'est toujours) fondé sur l'accompagnement à la prise de parole. En effet lorsque des personnes qui n'ont pas l'habitude de s'exprimer, se trouvent en position d'orateur, elles le font souvent sur un mode émotionnel, peu audible. Ainsi l'organisation des « journées plénières » doit permettre à ces habitants d'oser prendre la parole pour *in fine* devenir des interlocuteurs reconnus.

Au départ le centre social - dont j'étais, je le rappelle, la directrice - a assisté à ce genre de journée et nous avons immédiatement trouvé cet outil particulièrement pertinent. Dès lors, nous avons eu envie de développer le « potentiel habitant » des avignonnais à partir d'un modèle similaire.

Par ailleurs j'avais personnellement suivi une formation avec Charles ROJZMAN axée sur l'idée que les problématiques de la politique de la Ville se focalisaient beaucoup sur les disfonctionnements des habitants, sur la délinquance des jeunes, ... sur tout ce qui va mal, oubliant que les institutions avaient également des progrès à faire. Or c'est en travaillant ensemble et en ouvrant des espaces de coopération que l'on peut permettre une évolution favorable de la situation.

C'est comme cela qu'est née « Tous Citoyens » et aujourd'hui la reconnaissance de la compétence des habitants mais également leur implication dans la vie de leur quartier constituent nos objectifs premiers.

Tout ce qui peut permettre de faire reconnaître les habitants comme partenaires nous semble important. Il faut être dans la complémentarité. Par exemple notre activité de base, « journées débats » (ce qu'ils appellent à Marseille « journées plénières »), a pour objectif d'être systématiquement organisée en partenariat avec d'autres structures professionnelles (centres sociaux, associations,...) avec l'apport de quelques habitants. Nous abordons des thèmes de la vie quotidienne, qui sont des thèmes sur lesquels chaque participant a forcément des choses à dire ; nous ne sommes pas sur des choses intellectuelles, mais plutôt sur des choses très concrètes concernant la vie de tous les jours.

Nous essayons également d'instaurer un mélange du public : on trouve important que les personnes provenant de quartiers de la politique de la Ville rencontrent des gens provenant de milieux « plus classiques ». Tout ce qui permet les décroissements, les croisements, les rencontres et les changements de représentations. Chaque année on essaye d'éditer une publication qui garde mémoire de ce qui a été dit durant les « journées débats ». Intitulée « Regards croisés », cette production collective honore tous ceux qui ont participé (les noms apparaissent) et sur un plan plus individuel, on se félicite qu'il y ait une vraie fierté à avoir participé ; les gens sont souvent étonnés qu'on les considère comme des gens compétents, comme des personnes dignes d'intérêt. Malheureusement, il n'est pas toujours aisé de faire en sorte que cette parole soit entendue et qu'elle parvienne à mettre quelque chose en route. Notre problème porte bien sur la question des « suites à donner », des modes qui permettraient de faire que cette parole soit prise en compte.

Concernant la question qui nous intéresse aujourd'hui, la thématique de la santé, nous avons été conduits à travailler avec l'Atelier Santé Ville des quartiers sud d'Avignon. Ce dispositif a démarré à partir d'une enquête réalisée par un médecin de santé publique qui a permis de dégager un certain nombre de pistes sur la problématique « santé ».

Cette enquête-diagnostic a été accompagnée d'une formation proposée aux acteurs afin que ces derniers apprennent à mieux travailler ensemble. Reste que chacun a tendance à mettre en oeuvre des actions sans tenir compte de ce que fait l'autre et il manque une véritable cohérence d'ensemble. Par conséquent nous essayons de voir si on ne pourrait pas mettre en avant, collectivement, un thème qui serait, durant un certain temps, un thème commun à tous les acteurs.

Dans le cadre de l'ASV, « *Tous citoyens* » a eu comme mission d'impliquer des habitants dans le processus. Lorsque la maîtrise d'ouvrage a désiré développer ce type d'intervention sur les autres secteurs de la ville, ils se sont adressés à nous. Nous avons donc été rattachés aux équipes MOUS du CUCS et sommes devenus les maîtres d'oeuvre du processus habitant.

Dès le début, nous avons tiré partie des enseignements du diagnostic déjà réalisé sur les quartiers sud. Avec l'appui méthodologique du CoDES (en la personne d'Alain DOUILLER), nous avons conduit un diagnostic beaucoup plus léger, mais aussi beaucoup plus participatif. On a vraiment cherché à faire émerger les problématiques à partir de ce que pouvaient analyser les professionnels mais aussi les habitants. Par rapport à Arles (où le diagnostic a été semble-t-il particulièrement long), cette phase a duré une année. Même si certains pourront dire que ce diagnostic n'a pas été assez fouillé, il n'en reste pas moins qu'il a été très dynamique et qu'il a permis d'initier une dimension collective très intéressante.

Objectivement, ce diagnostic a fait émerger 4 axes de progrès :

- > soutenir la parentalité
- > prévenir l'obésité et le diabète (la pharmacie du quartier Monclar est la pharmacie qui vend, en France, le plus de lecteurs de glycémie)
- > prévenir les conduites addictives (drogues, tabac, alcool)
- > prévenir les souffrances psychologiques et sociales, et notamment faire reculer les problèmes d'isolement connus par les personnes âgées.

Au bout du compte, nous étions très fiers de ce diagnostic partagé, dynamique ... et puis « patatra », on nous a immédiatement fait remarquer que la parentalité n'entrait pas dans le champ de la santé !

Il n'a pas été facile de faire comprendre que cette question avait un lien avec les questions sanitaires.

En terme d'actions, nous organisons des petits déjeuners au sein des écoles (notamment l'école Saint-Roch) avec les parents dans le but d'en faire un moment convivial. Cette action est portée par la structure de quartier (« L'espace pour tous » de Monclar).

Ces moments permettent de rappeler l'importance des petits déjeuners et ils sont aussi des moments où une confiance se crée et durant lesquels les langues se délient plus facilement.

Deuxième action que nous avons mise en place, et que nous portons nous mêmes, c'est ce que l'on appelle « les rencontres trimestrielles ». Ces « temps de rencontre » permettent de rassembler professionnels et habitants pour qu'ils travaillent collectivement sur les 4 axes de progrès. Dans le cadre de ces séances il est très important que les experts se mettent au niveau de chacun.

La troisième action mise en oeuvre est un groupe de paroles animé par une troupe de théâtre (« Mis en scène ») qui a pour caractéristique de très bien travailler avec les jeunes des quartiers. L'idée repose sur la formation d'un groupe d'habitants composé de personnes aux origines très diverses (laotienne, marocaine, espagnole...) qui va discuter d'un thème (par exemple la nutrition) et dont les paroles seront mises en scène par la compagnie théâtrale. Malheureusement c'est une action qui n'a pas marché, ou du moins qui n'a pas été reprise par d'autres acteurs de l'ASV. Ceci pour dire que si l'ASV permet de rassembler les acteurs, ce n'est pas toujours évident de trouver le biais par lequel on peut donner du sens à leur engagement.

Enfin, nous avons également élaboré un support d'information (« A votre santé ») dont on sait qu'il est un très bon outil de communication. Même si il conserve quelques défauts, notamment le fait que pour ceux qui ne maîtrisent pas très bien l'écrit ce n'est pas toujours évident de s'intéresser à ce type d'outil. C'est un support qui est en train de devenir communal et qui s'adresse à l'ensemble des secteurs concernés par l'ASV.

En tant que structure associative en charge de la participation habitante, il me semble que le thème de la santé est un thème en or. Il permet de fédérer les acteurs... même si certaines réticences au travail collaboratif persistent encore. C'est souvent pour des questions de modes d'organisations rigides, des difficultés à dégager le temps nécessaire au lancement de nouveaux projets ou encore des rigidités sur le profil des usagers (le Centre Médico Social n'a pas souhaité collaborer avec nous parce que le public que nous ciblions n'était pas tout à fait le leur). Aussi même si théoriquement les ASV peuvent être un levier formidable de partenariat, dans la pratique ce n'est pas si simple. Chacun a ses contraintes, ses logiques, ses difficultés et ce n'est pas évident.

Relance de l'animateur : quel est le point de vue d'un médecin de quartier sur cet ASV, sur la politique de la Ville ?

Philippe REGARD, médecin libéral et membre du CA de « Tous citoyens »

Il est vrai que si je ne m'étais pas impliqué dans « Tous citoyens », le rôle et la plus-value des ASV auraient certainement été difficiles à cerner.

Il faut savoir que beaucoup de médecins généralistes, et globalement de professionnels de la santé, ont une vision très individuelle des problématiques de santé. C'est à dire que l'on est le plus souvent dans un logique de consultation et plus rarement dans une optique de prévention. C'est une des caractéristiques du système de santé français.

Par ailleurs, il faut savoir que les médecins généralistes sont très sollicités : il y a des réseaux de personnes âgées, de jeunes, de toxicomanes, de diabétiques... Ce qui n'empêche pas que les médecins ont tendance à se replier sur leur cabinet. Pourtant, paradoxalement, lorsqu'un médecin émet l'envie de s'impliquer dans une démarche un peu plus collective, il n'est pas toujours évident pour celui-ci de se retrouver dans ce maquis de sollicitations, de dispositifs.

Et c'est bien dommage puisque lorsqu'il franchit le pas, le médecin apporte des problématiques habitantes différentes de celles qui émergent dans les groupes de travail. C'est indéniablement un plus pour ce type de procédure collective.

Pour ce qui concerne les bienfaits des actions engagées par « Tous citoyens », j'ai la chance de voir les gens avant et après leur participation aux fameuses « journées débats ». Il est intéressant de voir qu'ils y prennent de l'assurance et que leur comportement peut évoluer. Ce sont par exemple des personnes qui n'étaient pas forcément prédisposées à une implication dans la vie de leur quartier et qui, parès avoir participé, s'engagent dans différentes associations du quartier.

En terme de santé, ces « journées débats » permettent à certains habitants-patients d'exprimer les difficultés qu'ils éprouvent à échanger avec certains professionnels de la santé, du style : « je n'ose pas tout dire à mon médecin », « je ne comprends pas ce qu'il me dit », « je suis gêné de lui raconter ma vie »... La relation patients-praticiens de la santé s'en trouve améliorée.

Personnellement, je n'exerce pas dans un quartier concerné par l'ASV – il est « hors frontières » et lorsqu'on est « hors frontières », on n'est plus... - mais pour avoir échangé avec des collègues qui interviennent dans ces quartiers, je sais qu'il y a des difficultés à dégager du temps pour ce genre d'implication. D'ailleurs peut-être serait-il pertinent de proposer des rémunérations pour ces temps d'investissement. Idéalement, il faudrait que la journée

d'un médecin soit divisée en trois temps : un temps réservé aux interventions curatives, un temps pour la prévention et un temps pour la formation. Hélas nous en sommes très loin. Avec la pénurie prévisible de médecins, j'ai bien peur que les associations aient même de plus en plus de mal à les mobiliser.

> Contact :  
Association « Tous citoyens »  
touscitoyens@wanadoo.fr  
Tel : 04 90 85 25 94

## Débat avec la salle ///

### > Catherine RICHARD, chargée de mission DIV /

Dans ce que vous avez dit, on observe une évolution de la parole des habitants, en terme d'assurance. Mais le plus important reste ce que l'on fait de cette parole. En effet, vous avez bien dit que le diagnostic partagé avait permis d'initier certaines choses sur la question de la parentalité mais que certains acteurs n'avaient pas souhaité leur donner de suite.

Personnellement, cette attitude me ferait hurler. Comment peut-on penser que la parentalité, un des axes de la politique de la Ville et de l'action sociale, ne peut pas pénétrer le champ de la santé ?

Par ailleurs, il y a le fait de buter sur l'analyse de la parole des habitants. En effet, pour en faire quelque chose il faut dépasser le seuil de ce lieu de parole et aller porter cette analyse devant d'autres acteurs. C'est important que cette parole soit restituée et qu'elle trouve des portes de sortie pour aller un peu plus loin. Dans le cas contraire cela reste un groupe de discussion et on n'arrive pas à dépasser ce cadre là.

Que faire de cette parole là ? Comment rebondir ? Quelles solutions ? Quels soulagements ?

### > Coordinateur ASV Centre Marseille /

J'ai écouté l'intervention de Brigitte FINE avec beaucoup d'empathie. Je trouve que vos actions font la part belle à la promotion de la santé alors que celle-ci est souvent délaissée. C'est assez rare d'avoir des actions collectives, où les habitants ont leur mot à dire, qui offrent une vision globale de la promotion de la santé. Ce type d'approche est souvent bloqué par les techniciens qui considèrent que ce type de promotion ne concerne pas le champ de la santé, regrettant que ce soit trop superficiel.

Au-delà de ça, la notion du collectif est intéressante car vous partez d'une parole individuelle exprimée au sein d'un groupe. On passe d'un registre émotif à un registre structuré. J'aurais aimé en savoir davantage : Comment peut-on aider cette parole à émerger ? Comment peut-on prendre confiance ? Comment cette parole collective peut-elle être entendue ?

Sur le collectif, il y a une question que je voudrais poser au Docteur REGARD. Selon vos dires, le travail du médecin généraliste serait forcément curatif plutôt que préventif. Ce deuxième niveau d'intervention serait alors plutôt réservé au collectif. Mais ne peut-on pas imaginer faire de la prévention individuelle avec les patients ?

### > Philippe REGARD, médecin, membre du CA de « Tous citoyens » /

Il y a des préventions individuelles mais ceci dit, je pense sincèrement que les messages de prévention passent beaucoup mieux lorsqu'ils proviennent des propres expériences des gens, aidés par le collectif. Les gens ont tous un savoir particulier, c'est ce savoir que l'on cherche à faire partager.

### > Animateur /

Il y a aussi la notion du temps. Les actions de prévention prennent beaucoup de temps. C'est d'autant plus vrai que les actions collectives fonctionnent avec des petits groupes, et c'est là que se trouve la difficulté. Les ateliers cuisine de 15 ou 20 personnes par exemple sont très efficaces pour faire de la prévention sur les problèmes de nutrition, mais c'est une action qu'il faudrait reproduire à très grande échelle pour espérer toucher le plus grand nombre.

### > Coordinatrice de l'ASV de Arles /

En fait l'expérience et la méthodologie de « Tous Citoyens » sont en train d'être exportées sur Arles. Lorsque j'ai pris connaissance de ce projet, plusieurs choses m'ont intéressé. Tout d'abord, le travail effectué en amont auprès des partenaires qui doivent être présents au moment des échanges avec le public et qui du coup sont en capacité de récupérer la parole du public. C'est aussi tout un travail avec les partenaires pour faciliter la mobilisation du public ; plus pragmatiquement il s'agit de leur donner des outils favorisant l'implication du public, sur ces temps de débat mais également sur d'autres actions (effet boule de neige). La dernière chose concerne le positionnement de l'ASV dans ce projet là. Ce dernier peut constituer une ressource capable de mobiliser les partenaires qui sont difficilement accessibles pour les associations : faire du lien.

### > Brigitte FINE, « Tous citoyens » /

Ce qui m'a intéressé par rapport aux Ateliers Santé Ville, par rapport à notre pédagogie, c'est qu'on est passé d'un espace de parole à un espace de responsabilité. Je trouve cela très riche mais ce qui nous manque c'est vraiment une dimension collective.

### > Catherine RICHARD, chargée de mission DIV /

Ce n'est pas une question collective. On oublie parfois d'associer le 1er et le 2ème cercle. C'est-à-dire ce qui va faire caisse de résonance, qui va sceller le tout. Quand on est dans l'action, très passionnée et très prise, le plus difficile c'est la question de l'analyse : comment rebondir sur cette matière là ? Comment inviter d'autres professionnels à débattre sur cette matière, à en tirer

bénéfice ? Comment lui donner des suites ? Comment va-t-on vous soutenir dans vos projets ? De qui dois-je m'entourer pour réaliser des actions ? En vous écoutant il me semble qu'il vous manque cette dimension là.

#### > Animateur /

Il me semble que le principe de l'université citoyenne consiste justement à ce que la journée débat, organisée avec les habitants, soit suivie d'un échange avec les partenaires (médecins, élus, préfets...). Bien évidemment ceci implique qu'un travail préalable, avec ces partenaires, soit engagé...

## Action à la Une ///

### « L'Université du citoyen<sup>®</sup> »

#### > Le postulat :

Toute personne possède un savoir sur son environnement de vie et des idées pour l'améliorer.  
Par conséquent, chaque habitant est une ressource dans l'élaboration de tout ce qui relève de l'action publique.

#### > La finalité :

L'Université(s) du Citoyen<sup>®</sup> a pour finalité de créer les conditions de la participation des habitants à l'action publique.

#### > Les principes fondateurs :

- Le déplacement de la sphère privée vers l'espace public, ou comment s'approprier l'espace public.
- Le passage de la parole émotionnelle à une parole construite, ou comment construire une parole collective.

#### > L'enjeu :

L'enjeu du projet de l'Université(s) du Citoyen<sup>®</sup> est de transformer les pratiques existantes des habitants, des professionnels et des décideurs institutionnels et politiques, afin de rendre leur rencontre constructive.  
Il s'agit d'arriver à une co-production habitants/professionnels/décideurs, partant du principe que tout habitant est porteur d'un savoir complémentaire de celui des décideurs et des professionnels.

En effet, c'est une méthode qui contribue à développer la compétence des habitants (de la prise de conscience à la mise en œuvre d'actions) et à la valoriser auprès des pouvoirs publics et/ou des élus.

#### > Les publics :

##### • Les Habitants

Cette démarche s'adresse à tous, et notamment ceux qui, pour des raisons socio-économiques, culturelles ou autres, sont les plus éloignés de l'espace du débat public et de la décision publique.

##### • Les professionnels :

Il s'agit des personnes qui, dans le cadre de leur fonction salariée ou bénévole, sont en relation avec la population d'un territoire et/ou qui sont concernées par les projets de développement de ce territoire.

##### • Les décideurs institutionnels et/ou politiques.

> Les objectifs propres à chaque public :

##### • Pour les habitants

La méthode leur permet d'acquérir des connaissances, afin de comprendre les données et contraintes d'un problème, de se former aux modalités et à la pratique d'une prise de parole publique et porteuse d'intérêts collectifs.

##### • Pour les professionnels

La méthode leur permet de s'approprier des outils méthodologiques en matière de participation des habitants et de nouvelles formes d'intervention.

##### • Pour les décideurs institutionnels et/ou politiques

Cette méthode leur permet de s'appuyer sur l'expertise co-produite des habitants et des professionnels de terrain dans l'élaboration de l'action publique ou d'actions de concertation.

#### > La mise en œuvre :

La démarche est mise en œuvre dans le cadre d'assemblées plénières et d'ateliers citoyens, outils supports à la participation et à la conduite de projet.

Son animation est assurée par des professionnels formés à la méthode Université(s) du Citoyen<sup>®</sup> et qui adhèrent à la démarche.

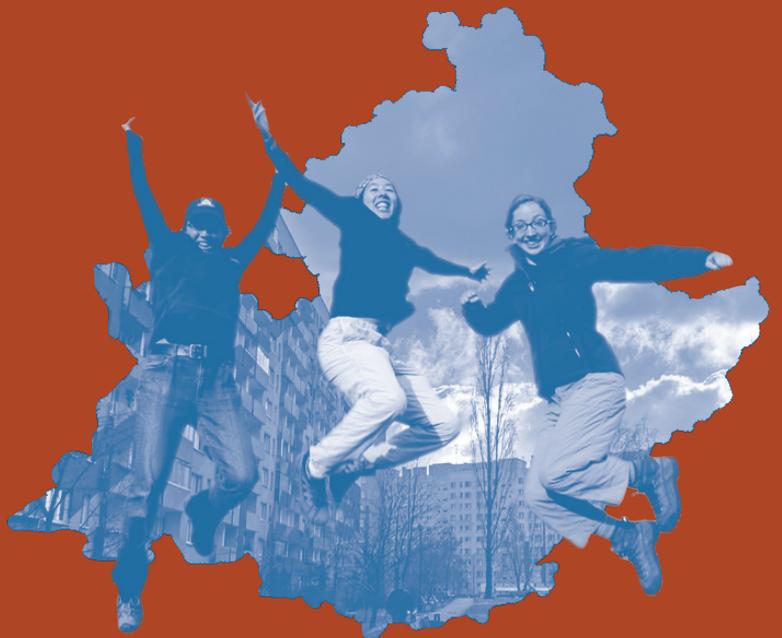
#### > Contact :

Siège social / antenne du Var  
66, avenue Gambetta / 83500 La-Seyne-sur-Mer  
04 94 29 72 88  
ucvar@aol.com

#### > + d'infos :

[www.universiteducitoyen.org](http://www.universiteducitoyen.org)

.....  
**Atelier 2**  
.....



# Du diagnostic à l'action : quelle place des partenaires et quelle mobilisation du public ?

.....

*Alain DOUILLER, directeur du CoDES du Var, intervient en tant qu'accompagnateur méthodologique auprès des élus engagés dans des Ateliers Santé Ville. Pour ce dernier, par delà les actions qu'ils mettent en oeuvre, les Ateliers Santé Ville constituent également un moyen d'inculquer une nouvelle méthodologie de travail, une nouvelle façon de travailler ensemble.*

Les préoccupations des partenaires engagés dans la mise en oeuvre des Ateliers Santé Ville sont très souvent d'ordre méthodologique. Méthodologie qui va du diagnostic jusqu'à l'action, en passant par l'évaluation.

Généralement ces étapes de projet paraissent évidentes. Nombreux sont ceux qui vous diront : «la méthodologie, nous, on connaît ça». Pourtant sur le terrain, on s'aperçoit que c'est bien plus compliqué et que c'est rarement dans cet ordre là que les choses se déroulent.

Même chose pour le partenariat. De premier abord cette phase paraît évidente, or dans les faits on s'aperçoit que les différents acteurs - partenaires - la définissent, l'envisagent très différemment et dans les faits, les niveaux d'implication, de participation, des partenaires en question, sont rarement identiques.

Troisième axe de préoccupation : la question de la mobilisation du public. De quel type de mobilisation parle-t-on ? Fait-on référence à un idéal de mobilisation communautaire qui s'appuierait sur la dynamique habitante ( du genre c'est la population qui imagine les projets, qui les organise, qui les évalue...). Ou parle-t-on plutôt de la situation que l'on rencontre plus fréquemment : une mobilisation a minima ? Une

«pseudo participation» très ponctuelle ?

Ces questionnements constituent des pistes de réflexion pour cet atelier, mais ce sont les témoignages et les interventions des acteurs de terrain qui orienteront cet atelier.

## Dispositif à la loupe ///

### Les CoDES

*Alain DOUILLER, est directeur de l'un des 6 CoDES de PACA. Zoom sur ces dispositifs départementaux.*

Les CoDES sont le lieu privilégié de rassemblement, de concertation, de coordination et d'action de l'ensemble des partenaires publics et privés (administrations, associations, élus, organismes de protection sociale...) concernés par l'éducation pour la santé dans le département, au bénéfice de la population locale.

Il ne peut exister plus d'un CoDES par département.

Dans la limite des moyens qui leur sont alloués, ils assurent un rôle local de référent et de centre ressources, si besoin avec les CRES.

Ils sont donc chargés :

- > de relayer les campagnes nationales (notamment par la diffusion de documents) ;
- > de mener des actions d'éducation pour la santé qui soient si possible des actions pilotes ;

- > d'apporter une aide à l'élaboration de projets (conseil méthodologique) au suivi de projets et à l'évaluation en éducation pour la santé ;
- > de contribuer à la concertation dans le domaine de l'information et de l'éducation pour la santé et mettre en oeuvre des projets coordonnés avec les responsables institutionnels et d'autres partenaires ;
- > de développer des actions s'inscrivant dans les priorités régionales de santé publique ;
- > d'assurer une activité de formation-action d'intervenants.

> + d'infos

[www.cres-paca.org](http://www.cres-paca.org)

# Présentation du Plan Local de santé publique de Marseille

.....  
par Mireille FLOCH-LAVIT /  
Inspectrice principale au Pôle social Santé publique  
de la DDASS des Bouches-du-Rhône

Dans les années 2000, la mise en place des Ateliers Santé Ville a donné l'envie à la DASS des Bouches-du-Rhône de s'impliquer au côté des villes désireuses de développer ce type de dispositif.

Dès le début nous avons travaillé à l'identique pour tous les Ateliers Santé Ville du département et parallèlement nous avons systématiquement souhaité aboutir à l'élaboration d'un Plan local de santé publique (PLSP). Il nous semblait important que ces dispositifs soient accompagnés d'objectifs définis et d'un plan d'actions. En terme de durée, «nos» Atelier Santé Ville étaient formatés pour des périodes de 2 ans.

La première année était dédiée au diagnostic, alors que la deuxième année correspondait à la mise en oeuvre du PLSP.

## Le diagnostic

S'agissant du diagnostic, il est apparu indispensable de prendre le temps de se poser, d'investiguer, de regarder, de recueillir des éléments de terrain qui allaient nous permettre de construire le dispositif public le plus apte à répondre aux besoins des professionnels et surtout des habitants.

Ce diagnostic tournait autour de 3 axes de travail :

> Premier axe : nous avons souhaité récupérer des éléments objectifs sur la santé de la population vivant sur le territoire considéré. Ce fût difficile, car s'il existe pas mal de chiffres au niveau national, au niveau régional voire au niveau départemental, sans parler du niveau local (territoire par territoire). Ce sont les coordinateurs des Ateliers Santé Ville qui sont allés à la pêche aux informations. Ils ont sollicité une multitude de «détenteurs de données» ; certains étaient capables de fournir ces éléments très rapidement, d'autres beaucoup plus lentement, certains étaient payants, d'autres gratuits.

Avec le recul, maintenant que l'on connaît mieux les informations dont nous avons besoin, nous sommes en train de reprendre ce travail de collecte. C'est un diagnostic permanent.

> Deuxième axe : le diagnostic nous a permis de recueillir la parole des habitants. Nous tenions - et nous continuons à le faire - à faire en sorte que ce dispositif soit au plus près des bénéficiaires. Leur participation est primordiale bien que difficile à entretenir.

> Troisième axe : de la même manière nous avons interrogé les professionnels des domaines sanitaires et sociaux. Aujourd'hui, nous souhaiterions avoir l'avis des médecins libéraux, mais comment faire ? Est-ce que c'est aux coordinateurs ASV d'aller les interroger dans leur cabinet ? Nous avons connu des difficultés similaires pour l'ensemble des partenaires, mais au bout du compte, les Ateliers Santé et Ville nous ont permis de faire un véritable travail croisé entre déterminants sanitaire et social. Le décloisonnement était de mise. Dorénavant il s'agit de maintenir ce lien entre les différents acteurs sanitaires et sociaux, et même d'élargir toujours plus le cercle des intervenants, des thématiques.

## Le plan d'actions

Ces diagnostics ont été suivis par l'élaboration des Plans locaux à proprement dit. Pour cette phase, nous avons souhaité qu'un comité de pilotage local soit formé et qu'il se réunisse très régulièrement. A Marseille, ce comité s'est réuni pratiquement tous les 2 mois.

Il était composé d'un élu (adjoint à la santé), du chef de projet du CUCS, d'un représentant de la DASS - en tant qu'animateurs nous assistions systématiquement à chaque comité de pilotage -, d'un représentant de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et d'un représentant du Conseil Général - qui a participé pleinement à la création et à l'élaboration de ces ateliers avec notamment l'implication de la PMI et des Maisons de la Solidarité.

Le rôle du comité de pilotage était très clair : à partir des éléments croisés du diagnostic, il s'agissait pour l'ensemble des institutions présentes, de déterminer des priorités. Les enjeux pouvaient être très différents d'une institution à l'autre mais dès le départ il était hors de question d'élaborer un «plan alibi», c'est à dire signer des deux mains des engagements qui ne seraient pas respectés par la suite.

Par conséquent, des règles de travail communes ont été instaurées ; la première d'entre elles insistait sur la mise en oeuvre prioritaire des éléments déterminés dans les Plans locaux de santé publique. Même discours pour les financements. Il a été convenu que les moyens investis sur la santé cibleraient prioritairement les actions référencées dans les PLSP.

Cela a supposé des abandons. A un moment donné, en dépit de la multitude des besoins, il a fallu faire des choix. Dans d'autres cas il a été décidé de reporter certaines actions et de se dire que le plan local allait être réalisé en plusieurs années. Rien ne sert de se précipiter et tout vouloir faire la 1ère année. Il est bon de planifier sur les trois années.

Un autre intérêt de ce PLSP, c'est qu'il va nous permettre d'envisager une véritable articulation avec les dispositifs de droit commun. Cela vaut pour les politiques sanitaires des municipalités, pour le Plan régional en santé publique (PRSP) piloté par l'Etat, ou encore pour les Schémas régionaux d'organisation des soins (SROS).

Les Ateliers Santé Ville sont légitimes à interpellier ces dispositifs, ces instances de droit commun. Nous sommes d'autant plus fondés à le faire que les différentes institutions qui les animent sont parties prenantes dans les Ateliers Santé Ville. Du coup, nous avons une vraie légitimité pour dire qu'il y a un certain nombre d'objectifs qui ressortent très fortement sur tel ou tel territoire, sans qu'on ne les retrouve dans le Plan régional de santé publique. Il s'agit d'un véritable travail de *lobbying* vis à vis notamment des pilotes des différents programmes du Plan régional de santé publique.

C'est dans ce sens que chaque année, nous effectuons un travail avec les coordinateurs ASV à l'échéance de chaque programmation du PRSP, afin de croiser les objectifs régionaux avec les objectifs des Plans locaux. A chaque fois nous insistons sur les points de concordance, les points de divergences, les points où il est possible de progresser... Grâce à cela, un certain nombre de nos doléances ont été entendues et ont été intégrées dans les Plans régionaux de santé publique.

> Contact :  
DDASS Bouches-du-Rhône  
66 A, rue Saint Sébastien / 13281 Marseille  
Tel : 06 91 00 57 00

## Acteur à la loupe

### L'association EMERAUDES

*Chérifa AMEUR, membre de l'association, est intervenue lors de cet atelier. Malheureusement une défaillance du matériel d'enregistrement, nous empêche de rendre compte de cette intervention. En remplacement, nous vous proposons la présentation synthétique (fiche de repérage réalisée par le CRPV PACA) d'une de leur action.*

> Intitulé de l'action :  
Accompagnement au bilan de santé du Centre d'examen de santé de la CPAM 84

> Territoire concerné :  
Territoire Sud-Rocade (CUCS)

> Résumé et finalité :  
Emeraudes est une association créée dans le cadre de l'ASV d'Avignon. Plus exactement, lors de l'enquête lancée en 2003, une dizaine d'habitantes volontaires ont reçu une formation leur permettant de faire passer un questionnaire auprès de la population, moyennant défraiement.

A l'issue de cette enquête un certain nombre d'entre elles ont souhaité poursuivre le travail en participant à l'exploitation des questionnaires. De la même manière elles ont souhaité suivre une formation d'animation de petits groupes autour d'un thème de santé.

Suite à cette nouvelle formation l'association Emeraudes a été créée début 2005. Son objectif principal vise à sensibiliser les membres de l'association qui ont souhaité s'investir plus fortement par la mise en oeuvre d'une action en direction des habitants.

> Contexte local :  
Favoriser l'accès aux différents dispositifs de dépistage existants est un des objectifs de l'ASV à l'échelle du territoire Sud. C'est dans cette perspective que l'association Emeraudes s'inscrit, avec la mise en oeuvre d'une action de sensibilisation et d'accompagnement des habitants aux bilans de santé dispensés par le CES de la CPAM du Vaucluse.

Ce projet a été lancé en janvier 2006 dans le cadre des appels à projet du Contrat de Ville et du PRSP.

Télécharger l'intégralité de cette fiche de repérage à l'adresse suivante : [http://www.crpv-paca.org/depot/reperage/1.fiche/fr\\_emeraudes-avignon.pdf](http://www.crpv-paca.org/depot/reperage/1.fiche/fr_emeraudes-avignon.pdf)

> Contact :  
Association EMERAUDES  
Centre social de la Rocade  
Rue, Paul Poncet / 84000 Avignon  
Tel : 06 50 04 04 59

AFIN DE NE PAS TOUT PERDRE DES ÉCHANGES QUI ONT ANIMÉ CET ATELIER, NOUS VOUS PROPOSONS LA SYNTHÈSE DE CELUI-CI RÉALISÉE PAR L'ANIMATEUR.

Synthèse ///

## Un débat, trois difficultés, trois atouts et trois pistes de travail

.....  
par Alain DOUILLER / Directeur du CODES du Vaucluse

L'atelier 2 posait 3 champs de questionnement et de réflexion. Vaste chantier pour le temps qui nous était donné ! Les principales questions faisaient référence à la méthode de travail et à la méthodologie d'action, aux partenariats et à la mobilisation du public.

J'ai essayé de relever avec l'appui des participants, mais aussi avec un peu de subjectivité, 3 difficultés, 3 atouts et 3 perspectives de travail.

### 2 témoignages

Il faut d'abord rappeler que cet atelier a été alimenté par deux témoignages rendant compte de deux expériences.  
> celui de Mireille FLOCH-LAVIT, inspectrice principale au Pôle social Santé publique de la DASS des Bouches-du-Rhône, qui nous a présenté le Plan Local de Santé Publique (PLSP) mis en place sur Marseille. Il s'agit d'une procédure à la fois structurée et structurante de la méthode de travail et du partenariat à établir ;  
> celui de Cherifa AMEUR qui est l'une des responsables d'une association d'habitantes constituée à la suite de l'élaboration partagée d'un «diagnostic santé» sur la rocade d'Avignon. Elle nous a présenté son travail actuel qui vise essentiellement à accompagner des personnes vers des bilans de santé de l'assurance maladie.

### 3 difficultés

Ces témoignages ont constitué les points d'ancrage de nos réflexions et de nos questionnements. De ces deux temps ressortent 3 problèmes majeurs, non spécifiques à ces deux expériences :

> La première difficulté est très prégnante : elle concerne les logiques thématiques qui, selon les praticiens, sont souvent peu adaptées aux approches territoriales des Ateliers Santé Ville. Or, il y a une grande liberté à travailler autrement que par cette seule approche théma-

tique ; notamment dans les phases de diagnostic mais aussi dans la mise en oeuvre des actions.

Reste que la logique de financement des actions projetées est encore fortement fléchée par les thématiques ciblées, notamment dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique (PRAPS).

> La deuxième difficulté est un peu plus conceptuelle et fait appel à l'analyse et à l'évaluation de la notion de santé. Ont été présentés de nombreux éléments d'analyse objectifs (des critères épidémiologiques ou budgétaires) permettant de mesurer l'efficacité de certaines actions. La difficulté résulte du fait que ces critères-là se heurtent aux notions et aux perceptions plus subjectives d'une santé perçue par la population mais aussi parfois par les professionnels.

> Le troisième problème pointé du doigt renvoie aux exigences, de plus en plus fortes, réclamées au secteur associatif en terme de rigueur, de méthodologie, d'évaluation... Exigences qui condamnent parfois les associations les plus fragiles, les moins organisées, les moins professionnalisées.

### 3 atouts

> Un premier atout consiste à dire que les dispositifs de diagnostic et d'observation sont déjà existants. Par conséquent, il existe des expériences qui présentent une certaine antériorité, qui ont été rodées, évaluées, et qui peuvent être autant d'exemples sur lesquels on peut s'appuyer.

> Le deuxième atout repose sur le fait que les dynamiques de diagnostic dont on a beaucoup parlé, mobilisent tout autant partenaires professionnels et population. C'est un des intérêts des démarches de diagnostic. Ainsi, démarrer une démarche de diagnostic favorise le partenariat institutionnel, professionnel mais également l'implication habitante.

> Le troisième atout nous a fait sortir du champ de la santé publique habituelle. Il reste assez compliqué de mobiliser le public sur les questions de santé surtout lorsqu'on s'adresse à des personnes qui ont souvent bien d'autres préoccupations. Or, il faut rappeler qu'il existe d'autres dynamiques de mobilisation, dans d'autres domaines, qu'elles soient citoyennes, collectives, associatives ou militantes, et qu'il est intéressant de s'appuyer sur ces dernières plutôt que de vouloir en créer à tous

prix de nouvelles, spécifiques à la thématique de la santé et étiquetées comme telles. Par conséquent, les acteurs de la santé sont incités à sortir de leurs cadres de travail habituels.

### 3 pistes de travail

> Dans le cadre de projets de santé publique, il est important de tenir compte du temps nécessaire pour mesurer les résultats mais aussi pour mobiliser la population et les professionnels. Le fonctionnement le plus souvent annualisé des modalités de travail et des financements n'est pas toujours très adéquat. Cette première piste de travail vise donc à militer pour les projets pluriannuels.

> La deuxième proposition de travail vise à utiliser des données existantes sans qu'elles soient forcément issues des champs de l'épidémiologie et de la santé habituels. Il s'agit de travailler sur la santé perçue et pas seulement sur la santé mesurée scientifiquement. Par exemple, quelques témoignages recueillis dans le cadre d'ateliers d'expression, d'ateliers d'écriture ou de théâtre-forum, expriment des choses très intéressantes sur la santé sans qu'ils soient pour autant utilisés. Cette conception nous invite à sortir de nos champs de santé habituels. Il faut se dire que la santé n'appartient pas qu'aux professionnels de la santé et qu'il se dit ou se fait des choses dans les champs sociaux mais aussi culturels.

> Enfin, pour permettre aux mobilisations citoyennes d'exister et de perdurer, il faudrait inventer des formes parallèles de prise en compte de ce travail. Car même si celui-ci est plus artisanal, moins professionnalisé, il revêt un intérêt, une utilité sociale de santé publique. Il serait dommage que la rigueur et le professionnalisme (certes nécessaires) réclamés aux acteurs de la santé publique ne laissent un certain nombre de structures sur le côté.

.....  
**Atelier 3**  
.....



# La souffrance psychosociale au coeur de la ville

.....

*C'est une lapalissade : les articulations entre la politique de la Ville et les questions de santé mentale doivent être construites. Mais selon quelles modalités ? Comment ? Voilà ce qui a préoccupé les participants de l'atelier 3 animé par Franck LESCROEL, coordonnateur d'un Atelier Santé Ville de Marseille.*

Avant de céder la parole aux intervenants Franck LESCROEL rappelle quelques éléments de lecture qui ressortent de la plupart des rapports et des études qui ont traité de ces questions de « Ville et de santé mentale ».

C'est tout d'abord la question de la définition de la frontière, souvent floue, entre ce qui relève de la souffrance psychique, de la souffrance psycho-sociale, du trouble psychiatrique... Ce sont des concepts qui ont fait l'objet de nombreuses définitions, cependant, dans le travail au quotidien, beaucoup de professionnels, des différents champs d'intervention confondus, butent encore sur un manque de culture commune autour de ces définitions.

C'est aussi, l'association entre souffrance psychologique et souffrance sociale. C'est à dire tout ce qui est lié au processus de précarité et d'exclusion.

C'est enfin la question du lien social autour d'un territoire. Qu'est-ce qui fait lien social au niveau d'un territoire ou au contraire qu'est-ce qui peut le délier ?

Voici quelques-uns des questionnements qui ont animé ce troisième atelier.

Dispositif à la loupe ///

## Les Ateliers Santé Ville Marseillais

*Franck LESCROEL, est l'un des coordonnateurs d'un des 2 Ateliers Santé Ville que compte la ville de Marseille. Zoom sur ces ASV grands formats.*

A Marseille, une des villes pionnières des Ateliers Santé Ville en France, les deux Ateliers Santé Ville ont été initiés en 2002 sur les 1er, 2ème et 3ème arrondissements du centre ville et en 2004 sur les 13ème, 14ème, 15ème et 16ème arrondissements nord de Marseille.

En décembre 2006, les Plan Locaux de Santé Publique pluriannuels (2007 à 2009) des ASV Marseillais Centre Ville et Nord ont été validés par le comité de pilotage du dispositif co-présidé par le Préfet à l'égalité des chances et l'élue à la santé de la ville de Marseille.

Ces Plans Locaux de Santé Publique (PLSP) servent de feuilles de route à l'ensemble des partenaires oeuvrant dans les champs de la santé et du social sur les territoires concernés par les Ateliers Santé Ville (territoires de projet du Grand Centre-Ville, Littoral-Nord et Nord-Est). Ils s'articulent avec les programmes nationaux et régionaux de santé (PRSP), et sont inscrits dans le nouveau Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS) de Marseille (2007-2009 renouvelable 3 ans).

> Contact :  
Secrétariat des Ateliers Santé Ville de Marseille  
Tel : 04 91 55 90 58  
lpralin-externe@mairie-marseille.fr

## Nouveaux paradigmes et nouveaux enjeux de la politique de santé mentale en France

.....  
par Mireille CREISSON /  
Médecin responsable de la santé mentale  
pour l'Agence Régionale d'Hospitalisation

**J**e vous propose de partir de la question contenue dans l'intitulé de cette intervention : Quels nouveaux paradigmes, quels nouveaux enjeux de la politique de santé mentale dans notre pays ?

Commençons par définir «paradigme». il s'agit d'une conception théorique dominante, ayant cours à une certaine époque (on se situe donc dans une temporalité), dans une communauté scientifique donnée (et je ne suis pas sûre que la communauté scientifique de la psychiatrie soit une communauté), qui fondent les types d'explications envisageables et les types de faits à découvrir dans une science donnée. Ce n'est qu'une définition parmi d'autres...

### Nouveautés ?

Au regard de cette définition, je ne suis pas sûre que l'on soit, en France, au stade d'un nouveau paradigme, mais ce peut-être, sans doute, l'objet de débats.

« Nouveaux enjeux », oui, sûrement, il y a de nouveaux enjeux dans le domaine de la santé mentale, mais peut-on pour autant parler de nouvelle politique de santé mentale ?

Si on reprend un peu l'histoire récente, depuis 1982, une vingtaine de rapports ont été rédigés sur la psychiatrie et la santé mentale. Ces rapports ont été réalisés par des professionnels, par la Cour des comptes, par le Conseil économique et social, par le Comité de santé publique, par l'Académie de médecine, par l'Inspection générale de la santé, des rapports parlementaires etc.

Le dernier doit dater de 2004, et on ne peut pas dire que ce rapport, comme les précédents, ait été mis en forme et traduit dans une politique de santé, de santé mentale et d'organisation de la psychiatrie.

Bref il y a un foisonnement de rapports qui traduit une incapacité à les mettre en oeuvre.

Au-delà de ce foisonnement de rapports, on peut tout de même noter que nous sommes dans un contexte de rénovation législative et réglementaire.

On est passé, dans les années 80, à ce qu'on appelait le Schéma départemental de la psychiatrie à la notion de Schéma régional, depuis 1991, puis à la mise en place de structures étatiques nouvelles : les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), présentes dans chaque région, et puis le dernier avatar prend la forme d'une ordonnance sur la santé, qui date de 2002. Celle-ci a décidé que toutes les régions seraient dotées d'un Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et que ces schémas auraient un certains nombres de volets obligatoires, tels que la cardiologie, les techniques interventionnelles, la périnatalité, les personnes âgées, les enfants, les adolescents... et également la psychiatrie et la santé mentale.

Il s'agit donc d'évolutions réglementaires et législatives dans le domaine sanitaire mais aussi dans le domaine médico-social ou au niveau de la santé publique.

[Ce qu'on appelle médico-social en France, ce sont les structures pour personnes âgées ou handicapées, par exemple, ce sont les structures sociales (CHRS...)].

S'agissant de l'encadrement législatif, les précédentes lois dataient de 1975. Depuis, deux grandes lois ont renouvelé l'action sociale : en 2002 et en 2005.

Ensuite nous avons eu, également en 2002, et pour la première fois, une loi importante. Il s'agit de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ce texte donne un certain nombre de droits aux patients.

En 2004, une première loi de santé publique est promulguée. Elle préside notamment à la mise en place des GRSP (Groupement régional de santé publique) : GIP entre l'état et l'assurance maladie.

Toujours dans le domaine médico-social, il y a la loi de 2005 (loi du 11 février 2005) relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Par conséquent, sur une période récente, le contexte législatif a beaucoup évolué.

### Pourquoi parler de souffrance psycho-sociale au coeur de la ville ?

Je pense que c'est un champ que vous connaissez, en reprenant le terme de «souffrance sociale au coeur de la ville». Ce terme générique ne me plaît pas trop, je préfère dire qu'on a des malades, des patients, voire des usagers (terme promu par des associations de patients et d'anciens patients) mais plus globalement on a affaire à des citoyens.

« Au cœur de la ville », oui, je pense, effectivement, que la place des villes et des pouvoirs publics en général est incontournable sur cette question. Tout simplement parce que les élus sont amenés à gérer un certain nombre de comportements qui peuvent être liés à des pathologies psychiatriques.

Les élus sont confrontés aux problèmes d'errance. En pathologie psychiatrique, il existe une notion clinique bien connue qui s'appelle «le voyage pathologique» : on dit que les patients vont itinérer. Derrière cette pathologie il y a de l'errance : on retrouve de nombreux patients à la rue.

Les élus peuvent également être interpellés par les questions de voisinage et de nuisance. Les services d'hygiène et de salubrité des villes ou des DASS connaissent bien la problématique des personnes âgées isolées, enfermées dans leur domicile, où s'amoncellent des déchets,... et il arrive un moment où les pouvoirs municipaux sont interpellés par les voisins qui ne supportent plus.

Il y a enfin les cas de violence sans que pour autant cette manifestation relève d'une pathologie psychiatrique !

Et puis la formule « souffrance sociale au cœur de la ville », fait aussi référence au contrôle social, et de tout temps, le malade psychiatrique a été perçu comme une personne qui pouvait déranger la société et que le pouvoir, arbitraire ou encadré par des textes de loi, pouvait soustraire de la société.

Et d'un point de vue juridique, les maires ont un certain pouvoir en la matière. Ce pouvoir se traduit depuis fort longtemps par le droit d'enfermement afin que «certaines personnes déséquilibrées» ne perturbent pas l'ordre public. La grande et première loi date de 1838 et a tenu jusqu'à 1990. C'est la loi sur les hospitalisations sans consentement - également appelées « hospitalisations d'office » - qui confère au maire le pouvoir de prononcer et de demander une hospitalisation d'office.

## Organisation du système psychiatrique

Tout à l'heure quelqu'un a évoqué la réduction budgétaire généralisée. Or si on parle de budget, c'est qu'on se trouve en présence d'un système psychiatrique organisé. Je vous propose de faire rapidement une présentation de l'organisation du système de prise en charge des patients en France.

Nous vivons dans un pays dans lequel coexistent systèmes public et libéral. Il y a donc des médecins libéraux, des hôpitaux publics et des cliniques privées. Tout ce système est très encadré sur un plan réglementaire. Mais dans les années 60, la France était organisée autour d'une sectorisation psychiatrique, basée sur un découpage géographique du territoire en secteurs regroupant

de 70 000 à 100 000 habitants. Il s'agissait donc d'un territoire d'intervention pour la psychiatrie.

Cette notion de « secteur géographique » avait, à l'origine, été sortie tout de même de l'expérience traumatisante qu'un certain nombre de psychiatres, de directions ont rapporté à la fin de la guerre, c'est à dire que 40 000 malades mentaux sont morts dans les hôpitaux psychiatriques pendant la 2ème guerre mondiale.

A l'origine et avec cette analyse réalisée par de jeunes psychiatres au début des années 50, cette notion de secteurs psychiatriques a émergé. Elle visait à diminuer l'enfermement et à réduire les lits. Avant il y avait un étalement psychiatrique par département.

L'objectif était donc dans un premier temps de réduire les lits, dans un deuxième temps il s'agissait d'humaniser l'hôpital (les services psychiatriques des années 50 rassemblaient dans de grandes salles communes, toutes les pathologies) et dans un troisième temps il fallait également prodiguer des soins à proximité du lieu de vie. La proximité du lieu de vie signifie que le patient psychiatrique peut avoir besoin de l'hôpital comme pour n'importe quelle autre pathologie parce qu'il y a des phases aiguës durant lesquelles il y a des traitements plus intensifs, qu'il faudra gérer à l'hôpital et puis il faut ressortir !

Et c'est cette question qui semble fondamentale aujourd'hui, les questions des moments de transition entre le monde psychiatrique et le monde extérieur, civil. Et c'est à ce moment là que les questions d'articulation avec la politique de la Ville, avec les compétences des élus, se posent de façon fondamentale. Un patient de par sa pathologie peut avoir une incapacité à travailler.

La question est simple : que fait-on pour l'insertion professionnelle et pour l'insertion sociale d'un patient ?

Les patients n'ont pas pour vocation de rester à l'hôpital. Les thérapeutiques depuis la fin du 19ème siècle et la première moitié du 20ème siècle ont évolué. Il y a des prises en charge thérapeutiques, même si elles sont multiples, variées et diverses, même si on a peu de consensus et peu d'évaluations sur telle ou telle modalité de prise en charge.

## Les inégalités territoriales

L'objectif du secteur c'est ça. Mais quel bilan en tirer ? C'est tout d'abord, et de façon indéniable, la bienfaisance de la proximité, mais c'est aussi une persistance des inégalités sur l'ensemble de la France.

En effet, on ne consacre pas les mêmes moyens à la psychiatrie partout. Concernant la région PACA, au niveau de la planification sanitaire, il y a 9 territoires de santé. Le territoire de santé où on consacre le moins d'argent public bénéficie d'une allocation de 70 € par habitant; à l'autre extrémité, le territoire le mieux loti, chaque habitant reçoit 180 €. Peut-on se satisfaire de ces inégalités territoriales ?

Cette inégalité territoriale est certainement le premier point à poser problème, le deuxième serait l'hyper spécialisation au niveau de la psychiatrie.

En effet, il y a des psychiatres pour adultes, des psychiatres pour enfants, certains interviennent auprès des personnes âgées, d'autres auprès des nourrissons, d'autres s'intéresseront aux adolescents... bref un psychiatre ne peut pas être polyvalent et omnivalent. Il s'agit donc d'une deuxième question dans l'égalité d'accès.

La troisième question est celle de la démographie. Pour dire vite, il est inutile de solliciter davantage de psychiatres parce qu'il y en a de moins en moins.

Aujourd'hui on en a 13 200 psychiatres en France et d'ici 2020 il y en aura 40% en moins. La psychiatrie n'est donc plus une panacée. Il faut à présent réfléchir avec les moyens dont on dispose et quel professionnel est incontournable et à quel moment et sur quel domaine.

La France est un des pays européens où l'on compte le plus de psychiatres par habitant soit 23 pour 100 000. La région PACA se situe dans la moyenne nationale. Cependant, dans la région, sur les 25 territoires de proximité existants, 15 ont moins de 10 psychiatres pour 100 000. c'est par exemple le cas sur Gap, Digne ou Manosque : il n'y a que 3 à 4 psychiatres libéraux, pas de clinique privée de psychiatrie et surtout pas de service de psychiatrie publique.

Autre élément de contexte qui a changé ces dernières années, c'est la place des patients. Comme je vous le disais la loi de 2002 a reconnu le droit des patients. Ce sont les associations de patients, d'anciens patients et de familles telles que l'UNAFAM et FNAMCM qui ont poussé les politiques à initier des actions nouvelles (comme les groupes d'entraide mutuelle).

Ce sont encore des patients et d'anciens patients qui constituent des groupes d'aide pour les patients qui sortent d'hôpital psychiatrique... La place des associations, la reconnaissance du droit des patients et donc la contestation d'une institution psychiatrique.

### La psychiatrie victime de son succès !

Aujourd'hui, il y a une demande croissante à la psychiatrie. La question intéressante est peut-être, quand est-on dans un besoin de psychiatrie et de techniciens de la psychiatrie ? Et quand est-on dans une demande qui n'est pas une demande psychiatrique, mais sur lequel la méconnaissance mutuelle des acteurs de la psychiatrie, et des acteurs du social et du médico-social, fait que l'on entre dans un jeu de ping-pong. On se renvoie les patients, et les gens qui les reçoivent (préparés ou mal préparés) se retrouvent en difficulté avec des personnes qui devraient, comme tout patient, avoir une vie ordinaire ?

Si on reprend la file active des secteurs de psychiatrie (le nombre de patients pris en charge par les secteurs de psychiatrie) sur l'espace de 15 ans, on en avait 700 000

en 1989 et, aujourd'hui on en a 1,2 millions. Il y a donc une progression de la demande à la psychiatrie qui est extrême et les psychiatres ont de plus en plus de mal à répondre à cette demande. C'est ce qui explique les délais d'attente pour un avis, des gens qui ne sont pas reçus dans les centres médico-psychologiques pour des entretiens ou des rendez-vous médicaux etc...

Il y a ce paradoxe entre une demande sociale très forte, qui peut aussi vouloir dire que la maladie, la représentation de la maladie psychiatrique et la représentation du recours au psychiatre est plus facile maintenant qu'il y a 10 ou 15 ans. Et nous sommes, pour autant, dans un contexte où les psychiatres et les infirmiers vont devenir une denrée rare. En effet, selon une enquête de la DRASS, dans la région PACA, 40 % des infirmiers vont partir à la retraite d'ici 2015 et le taux de remplacement, le nombre de jeunes infirmiers conformes et le nombre d'étudiants dans les IFSI, ne suffira pas à remplacer tout ce qui vont partir.

## Institution à la loupe

### L'ARH PACA (Agence régionale d'hospitalisation)

Institution née de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a une triple mission définie par l'article L 6115-1 du code de la santé publique :

- > définir et mettre en oeuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers à travers le SROS ;
- > analyser et coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés ;
- > déterminer leurs ressources à travers la campagne budgétaire.

Créée dans chaque région, l'Agence est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'Etat et l'assurance maladie.

Placée sous la tutelle du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale, elle est soumise au contrôle de la Cour des Comptes et de l'Inspection générale des Affaires Sociales.

L'Agence est administrée par une Commission exécutive qui délibère ou émet des avis sur la plupart des dossiers relevant des compétences de l'Agence. Les dossiers sont examinés dans le cadre de procédures précises : le Directeur et la Commission Exécutive sont ainsi amenés à consulter d'autres instances relevant du domaine de la santé.

> Pour aller plus loin :

Consulter le portail des Agences régionales d'hospitalisation [www.parhtage.sante.fr/re7/pac/site.nsf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/pac/site.nsf)

## L'accompagnement psychologique intermédiaire

.....  
par Jérémie BOUMENDIL /  
Psychologue à l'association  
Migration Santé Vaucluse

Je suis psychologue au sein de l'association « Migration Santé Vaucluse ». Je vais vous présenter très brièvement une action engagée depuis quelque temps qui s'intitule : « Accompagnement psychologique intermédiaire ». L'objectif premier de cette action vise à recevoir des personnes qui cumulent problématiques sociales (bénéficiaires des minima sociaux en mal d'insertion) et troubles psychiques.

La question du trouble psychique est toujours difficile à définir, c'est toujours tangent. Notre travail se fait avec des partenaires comme les centres d'hébergement (CHRS), qui nous envoient des « personnes difficiles » qui ne sont pas prises en charge en dépit de certains troubles évidents. Ce qui est intéressant dans cette problématique, c'est de pouvoir repérer une partie de la population non prise en charge, malgré certains troubles ou certaines difficultés psychiques.

Lorsqu'il n'y a pas de demande évidente du patient ou lorsqu'il n'y a pas de prise en charge psychiatrique mais qu'il y a tout de même une souffrance psychique ou psychosociale de la personne, il faut pouvoir proposer quelque chose. Cette action propose de faire le lien entre les différents partenaires et d'améliorer les conditions d'orientation.

C'est par exemple faire le lien avec les services sociaux susceptibles de nous orienter des personnes présentant des problèmes qu'ils ont du mal à traiter (CMS, CCAS), ou encore avec les Centres médico psychologique (CMP) susceptibles de recevoir de manière plus soutenue ce type d'usager. Il faut dire que s'agissant de ce lien, les relations sont assez difficiles voire ubuesques ; à tel point que, curieusement, les orientations se font en sens inverse : ce sont les CMP qui nous orientent des personnes. Pratique non justifiée qui utilise souvent de prétextes laissant à désirer !

Il est clair que la spécificité de notre action (« Migration santé Vaucluse », comme son nom l'indique, travaille essentiellement avec des primo arrivants) est à l'origine de

certaines situations de « déchargement ». J'ai l'exemple d'une personne qui m'a été orientée par un CMP, sous prétexte d'un traumatisme lié à l'exil.

En pratique il s'agissait d'un diagnostic un peu rapide : il se trouve que le Centre médico psychologique concerné aurait tout à fait pu prendre en charge cette personne.

Initialement nous sommes censés recevoir des personnes, repérer certaines situations de mal-être et proposer un autre accompagnement. En pratique, on réalise les accompagnements psychologiques à visée thérapeutique, et on fait les suivis... tout simplement parce que l'orientation vers les CMP est très difficile à envisager. D'une certaine manière, on pallie un manque du droit commun à un certain niveau, et c'est ce qui est un peu difficile à gérer. C'est d'autant plus compliqué que les budgets alloués à nos missions ne prévoient pas certaines prises en charge.

Un deuxième point que je voulais soulever concerne la difficulté du repérage des troubles. La plupart des personnes orientées vers notre association, le sont par des travailleurs sociaux pour qui il est souvent très difficile de repérer les troubles dont souffrent leurs « usagers ». C'est ainsi que parfois, il existe une confusion entre troubles psychiques, pathologiques et simples difficultés sociales.

Enfin, un dernier point concernant le profil des personnes que nous recevons et qui nous ont été orientées par nos partenaires. D'une part il y a toutes ces personnes qui ne sont prises en charge nulle part. Cet « abandon » est en partie dû à leur propre difficulté à effectuer une demande. Il s'agit souvent de marginaux (personnes en errance) désinformés et éloignés des services sociaux, des structures d'accueil et autres dispositifs d'aide. D'autre part, on trouve aussi des bénéficiaires qui sortent de l'hôpital. Ce sont des personnes atteintes de vrais troubles, mais l'hôpital n'étant pas un lieu de vie, une fois stabilisées, elles sont de nouveau livrées à elles mêmes et retournent au « cœur de la ville ».

> Contact :  
Association Migration Santé Vaucluse  
25, 27 rue bonneterie - 84000 AVIGNON  
Tél. : 04 90 14 09 64

### Réseau es-tu là ?

#### > Intervention d'un médecin de la promotion de la santé au Conseil Général du Vaucluse /

Je suis un peu gênée car depuis le début on nous parle de souffrance psychosociale, puis de la psychiatrie, et maintenant vous introduisez la notion d'orientation ! Du coup où place-t-on la frontière entre les vrais troubles mentaux et la souffrance psychosociale ? Cela va faire 10 ans que je cherche la définition de cette fameuse souffrance psychosociale et j'ai bien du mal à la trouver.

Par ailleurs, je ne retrouve pas dans votre intervention ce qui nous a été dit en introduction de cette journée. Je ne juge absolument pas, mais il ne semble pas que nous soyons dans la dynamique évoquée par Madame MANNONI, où tout le monde va travailler ensemble.

La dynamique dont elle nous a parlé est peut-être un peu trop idéalisée, mais ce que vous nous dites c'est que la mise en réseau des différents intervenants et de leur expertise respective n'existe pas. Manifestement, chacun se renvoie la balle ! La souffrance psychosociale, c'est la « patate chaude » que les assistantes sociales ne savent pas traiter et qu'elles renvoient aux psychiatres, qui déclarent à leur tour que ces personnes ne sont pas des malades mentaux et qu'ils finissent par renvoyer chez eux !

#### > Intervention de Sébastien DENJEAN, chef de projet politique de la Ville pour la Communauté d'Agglomération d'Annemasse /

Je me demande s'il est nécessaire de chercher les définitions de la santé mentale, de la souffrance psychosociale, du lien entre la précarité, la souffrance psychique et la santé mentale,...

Je crois qu'il faut laisser à chacun - travailleurs sociaux, psychologues, médecins... - la possibilité de prendre le problème par le bout qu'il souhaite. Le tout, c'est de pouvoir adapter les interventions en fonction de l'usager, quel que soit la problématique qu'il présente, qu'elle soit psychiatrique ou psychosociale. Je ne sais pas quelles sont les expériences des uns et des autres, mais bien souvent les problématiques sont à la fois d'ordre économique, familiale, psychiatrique... L'intérêt, c'est qu'on parvienne à placer l'usager au centre de nos discussions pour comprendre qui est le plus à même d'intervenir et d'apporter au moins un début de solution au problème.

A un moment donné, nous sommes saisi d'une problématique, et nous nous devons tout d'abord de l'évaluer puis théoriquement de l'orienter. Mais lorsque nous devons passer le relais, nous sommes pris à défaut et on

se demande si on se doit d'arrêter ou si, humainement, on ne peut que continuer à accompagner la personne. Je crois que nous n'en sommes plus à se passer la « patate chaude ».

#### > Intervention Migration Santé Vaucluse /

A un certain moment, s'il n'est pas possible d'orienter les personnes et que nous ne sommes pas censés continuer le travail, que fait-on ? Et bien moi, je choisis de continuer à suivre la personne. On ne peut pas leur dire, « le temps est écoulé, on a plus de budget, on ne peut pas vous orienter, bon courage » ! Alors je ne dis pas que les orientations sont impossibles, je dis simplement que la question doit être posée. Par contre ce qui m'interpelle, c'est le fait que des CMP puissent nous appeler pour nous orienter des personnes ; il ne faudrait pas que cela fonctionne dans le mauvais sens !

#### > Question de l'animateur /

Vous dites que vous avez des difficultés avec les CMP ? Pour quelles raisons ?

#### > Réponse de Migration Santé Vaucluse /

Les CMP sont souvent saturés. Il n'y a souvent qu'un psychologue à mi-temps qui doit gérer tout un secteur, et par conséquent ils répondent prioritairement aux pathologies les plus graves. Chez nous, un certain nombre de psychologues assurent l'intermédiaire.

#### > Intervention de la directrice d'un réseau de santé travaillant sur la question du mal-être des jeunes sur le bassin aubagnais /

Dans le cadre de la prise en charge coordonnée de jeunes en mal-être sur le bassin aubagnais, nous avons mis en réseau des professionnels et des institutions. L'objectif est que chacun tente de laisser tomber son statut d'expert pour discuter collectivement au même niveau, d'une problématique commune : le mal-être.

Cela marche plutôt bien, mais il persiste toujours des effets pervers. Le principal résulte du fait que les synergies ne sont jamais publiques. Ce sont toujours des professionnels d'institutions publiques qui s'investissent dans des associations, des structures juridiques permettant de fédérer plusieurs institutions publiques. Reste que pour être pérennisées ces structures associatives doivent trouver des financements pluri-institutionnels, sur une inter-sectorialité suffisamment large pour pouvoir fonctionner.

Le deuxième effet pervers que je voulais souligner a déjà été évoqué. Notre rôle vise à réduire l'attente des jeunes nécessitant un suivi des CMP. Hélas, nous sommes

toujours dans un cercle vicieux où l'offre sanitaire reste inchangée, où le nombre des psychiatres et des professionnels stagne, du moins dans le public, alors que la demande de prise en charge augmente. Par ricochet, nos interventions, dont l'objet est d'accompagner les personnes vers le système de santé publique, ont tendance à se multiplier, leur durée allant toujours *crescendo*. Les CMP nous demande parfois plusieurs mois de délai avant de prendre en charge un de nos patients, or nous savons très bien que pour une personne en difficulté à l'instant T, une offre de soin à l'instant T + 2 mois, est rédhitoire. Par conséquent on continue.

Bien que l'existence du réseau améliore les choses, il n'en demeure pas moins que l'offre de soins n'augmente pas, que les difficultés persistent. Nous n'avons souvent d'autre choix que d'augmenter la file active, formant de fait un entonnoir.

## Soins de deuxième catégorie ?

### > Intervention d'une représentante de la Direction générale de la protection et de la prévention de la ville de Marseille /

Par rapport à cette situation, il est évident que les modèles que nous avons générés, reviennent à prendre en compte les préoccupations des professionnels confrontés à la souffrance psychique, pour englober le tout, dans un mode de pensée où il faut repérer, puis « orienter vers ».

Le risque majeur est alors d'emboliser les services qui sont déjà exsangues et d'augmenter la frustration en permanence, sous prétexte d'avoir mis des gens autour de la table et de se dire qu'on va améliorer cette capacité de prise en charge. C'est un vrai problème !

Il me semble que la vraie question à laquelle sont confrontés les acteurs de la politique de la Ville, c'est de repérer la meilleure façon permettant d'organiser au mieux les articulations entre les différents services.

Il n'en demeure pas moins que ce type de modèle - « on repère et on oriente vers les services compétents » - porte un risque majeur : lorsque le service est saturé, on crée des filières de dérivation, et c'est grave, parce que cela peut créer des soins de sous qualité, pour « un public de sous qualité ». Ainsi certaines personnes qui devraient être prises en charge par la psychiatrie, ne le sont pas parce qu'on bricole une prise en charge. Or il y a des diagnostics que seul un psychiatre peut faire comme il y a des prises en charge que seul un psychiatre est en mesure de traiter, et ce quel que soit les qualifications et le niveau de compétences des « acteurs-alternatifs ». Aussi cette question me paraît primordiale : sommes-nous là pour créer des filières de dérivation et des offres de services de deuxième catégorie, en dehors du droit commun ?

Une première solution consiste à se rapprocher des services de soins et voir quels peuvent être leurs besoins en matière d'accompagnement social. En les observant, nous nous sommes rendus compte qu'ils avaient énormément de mal à identifier les structures extérieures capables d'effectuer une prise en charge médico-sociale, ou d'alléger leur travail en organisant des alliances avec d'autres services. Il me semble qu'en tant qu'acteurs et gestionnaires de l'action publique, c'est aussi comme ça qu'il nous faut réfléchir. On ne peut se satisfaire d'une articulation qui se fait exclusivement et simplement dans ce sens là, « on repère et on oriente ». Il s'agit également de travailler collectivement pour que les acteurs du soin puissent aussi interpellier le social.

S'agissant du flou qui entoure la notion de souffrance psycho-sociale, je pense que, quels que soient nos points de vues et nos conceptions, il existe des cadres théoriques qui peuvent servir de base commune. Beaucoup d'études ont été menées - par des « socio », des « psycho-socio », des psychiatres... - sur ces questions, depuis des années. Nous avons des références, même si elles ne sont pas abouties ou partagées par tous. Et puis, ce qu'il me semble important et je trouve que c'est un bon postulat, c'est que nous n'avons pas besoin que le cadre théorique soit complètement défini avant de travailler. Les consensus se créent autour de la pratique. Même si elle ne sera jamais parfaite, une définition a besoin de points de vue croisés ; ceux des psy mais aussi d'autres praticiens du secteur médico-social.

## Une question de lien...

### > Intervention d'une travailleuse sociale du Centre communal d'action sociale de Carpentras /

Je suis la seule travailleuse sociale du CCAS. Je reçois les gens qui ont pris RDV avec moi, sans savoir réellement pourquoi ils viennent. Je travaille en partenariat avec des assistantes sociales du Conseil Général et d'autres partenaires sur le territoire. Je suis d'accord pour proposer un travail en équipe, cependant, il m'est arrivé de chercher à créer un lien avec les CMP, et je me suis retrouvée face à un mur ! On m'a dit : « vous n'accompagnez pas la personne, elle le fera seule » et malheureusement, à l'arrivée, l'entretien avec le CMP s'est mal déroulé et le suivi n'a pas fonctionné.

Je me suis alors retrouvée face à une personne qui me faisait confiance, qui me demandait de l'aide, mais qui présentait des troubles pour lesquels je n'étais pas réellement pas formée.

On peut donc voir que la difficulté réside parfois dans le lien avec les institutions. Il faudrait pouvoir rencontrer les équipes pour comprendre comment chacun de nous fonctionne, et mutualiser les moyens. Sur notre territoire, nous avons des RDV tous les mois, sur tous les quartiers, avec les travailleurs sociaux, avec

les centres sociaux, où on ne parle pas de situations mais de moyens pour mutualiser le travail. Il y a certes un problème de temps, parce qu'il y a une surcharge de travail, mais il y a aussi un problème de lien ; de lien à la fois entre la population et les travailleurs sociaux, mais aussi entre les travailleurs sociaux et les professionnels médicaux.

Pourtant on insiste pour avoir une sorte de « personne ressources », qui pourrait faire le lien entre le champ sanitaire et le champ social.

#### > Intervention de Mireille CREISSON /

Dans le Vaucluse, on a des délais d'attente dans les CMP - on constate notamment l'augmentation de la file active - mais il faut noter que dans la région, le département du Vaucluse est un des départements les plus riches en terme de moyens consacrés à la psychiatrie. Par conséquent chaque fois que j'entend dire que la psychiatrie est à bout, je suis forcément gênée ! Les moyens de la psychiatrie continuent d'augmenter, il n'y a pas eu de coup d'arrêt des moyens de la psychiatrie. Au niveau de la région, plus de 7 millions d'euros, sur les 3 dernières années, ont été débloqués pour mettre en oeuvre des actions de psychiatrie, pour ouvrir des hôpitaux de jour, des CATTP,...

Le problème est donc plutôt un problème d'articulation, de lien entre les différents champs de compétence. A ce sujet, il me semble que les échanges au niveau des formations, constituent un moyen qui permettra d'avancer. Pour avoir animé des groupes de travail dans le cadre du volet psychiatrique du SROS, j'ai été assez sidérée de voir que des directeurs d'établissement, ne savaient pas ce qu'était un CHRS, une MAS (maison d'accueil spécialisée) ! C'était des mondes qu'ils découvraient !

#### > Intervention d'une représentante de la Direction de la santé publique de la ville de Marseille /

Je m'occupe de la prise en charge de la souffrance psycho-sociale des adolescents et des jeunes. Il y a beaucoup de choses qui sont faites sur la ville de Marseille à titre expérimental. Des expériences que nous soutenons et qui vont se poursuivre, comme un réseau de coordination. C'est une mise en lien de tous les acteurs de la prévention et de la santé autour des jeunes et de la souffrance psycho-sociale. Ce qui est très intéressant, c'est que ce réseau se construit entre partenaires de champs complètement différents qui ne se rencontraient quasiment jamais.

Je sors d'une première réunion, autour de la souffrance des jeunes, qui se déroulait au sein de la permanence adolescents du « CMP adolescents » du 15<sup>ème</sup> arrondissement. Il y avait des gens de l'Education Nationale, des psychologues, des représentants de l'hôpital de jour, et chacun a expliqué ce qu'il faisait.

C'est ce genre de rencontre qui crée le lien et le réseau. Au niveau de notre service, nous avons souhaité mettre en place des outils facilitant cette mise en lien d'acteurs. C'est par exemple un annuaire interactif qui permet en un clic, de savoir, qui contacter dans un CMP ou dans d'autres institutions.

Pour ailleurs pour compléter, il me semble que l'on parle beaucoup de l'aspect prise en charge, mais la formation des acteurs est tout aussi importante. En effet, en outillant certains acteurs, ils deviennent un peu plus autonomes ; c'est par exemple le cas des enseignants qui sont invités à participer à des formations leur permettant de repérer et d'orienter des enfants en situation de mal-être. A un autre niveau on peut faire de la prévention auprès des publics enfants et adolescents. C'est le cas d'expériences québécoises qui permettent aux enfants d'être mieux outillés pour faire face à certaines violences sociales auxquelles ils seront confrontés. Il faut mettre l'accent sur ce type d'action qui permettent de réduire cette souffrance psycho-sociale, qu'on a du mal à définir, mais qui, de mon point de vue, est générée par la société dans laquelle on vit.

#### Et les habitants, alors !?

#### > Intervention d'une chargée d'études du GRES Médiation Santé /

Je travaille beaucoup sur les diagnostics Atelier Santé Ville et j'ai plusieurs expériences de la réalité du terrain. Je travaille notamment sur la construction d'un réseau en santé mentale où le décloisonnement des institutions est très bénéfique. Il va, entre autres choses, contribuer à un apport réciproque entre les services de la ville et la psychiatrie.

Toutefois, au cours de nos diagnostics, on rencontre les professionnels de santé mais également les habitants pour recueillir leurs points de vue et les besoins qu'ils expriment. C'est vrai que la psychiatrie pour les habitants est parfois salvatrice pour répondre à des comportements violents, mais parfois ce n'est pas ce qu'ils recherchent. Pour illustrer mon idée je vais vous parler d'un endroit particulier, à Suresnes dans les Hauts-de-Seine. Il s'agit d'un « lieu de lien social », un accueil de jour pour les personnes en difficulté dans lequel on organise de petites animations (des ateliers peinture, des animations à l'écriture,...). Le coordonnateur de ce lieu est un psychologue mais il ne l'affiche pas. Il peut donc traiter directement les difficultés avec les personnes concernées. Il mène des actions intéressantes telles qu'un cahier de suivi pour chaque personne, où elle peut écrire ses difficultés et les actions qu'elle va mener avec les assistantes sociales.

Cet exemple montre qu'il faut insister sur l'importance du lien social, et qu'il faut aussi parler des habitants et

non pas seulement des institutions. Il ne faut pas oublier que ce sont eux, qui sont au centre de la démarche.

#### > Réaction d'une participante /

Je suis surprise d'entendre dire que l'usager est au centre de la démarche. Cela me donne l'impression qu'il est là, au milieu, et que tout le monde le regarde, sans rien faire. Or il est à côté de nous. Vous voudriez l'accompagner, le prendre par le bras et aller avec lui, c'est ce qu'à introduit la loi KOUCHNER. « Ils » sont là, nous devrions normalement discuter aujourd'hui avec des associations d'usagers, ils devraient pouvoir nous entendre et donner leurs avis sur ce qu'on met en place.

### Changer les cultures professionnelles

#### > Intervention d'une travailleuse sociale du Centre communal d'action sociale de Carpentras /

L'autre problème c'est le cadre éthique et déontologique qui entoure nos interventions. Certes toute institution est soumise à un droit de réserve et de secret, mais parfois, et pour le bien être de la personne prise en charge, il serait nécessaire d'échanger des informations. Pourtant, c'est une barrière qu'il est difficile de franchir. On s'entend souvent dire : « vous êtes travailleur social et nous sommes médecins... Vous n'avez pas à aller plus loin, ce n'est pas votre affaire ».

#### > Réaction de la directrice d'un réseau de santé travaillant sur la question du mal-être des jeunes sur le bassin aubagnais /

J'entend votre difficulté mais il faut se dire que ce n'est pas partout pareil et, en fonction des personnes que vous allez rencontrer dans certaines institutions, certains rapprochements sont possibles. Il faut trouver dans les institutions le bon interlocuteur, ouvert à la collaboration et au réseau. C'est par cet intermédiaire là que l'on arrive à faire changer la culture institutionnelle.

#### > Intervention d'une représentante de la Direction générale de la protection et de la prévention de la ville de Marseille /

Il me semble que dans ce débat il y a plusieurs niveaux de préoccupation. Primo, le niveau de préoccupation des acteurs de terrain, des professionnels de première ligne, confrontés à des demandes d'accompagnement et de prises en charge et qui ont du mal à créer des espaces de collaboration avec des partenaires provenant d'autres secteurs ou d'autres champs professionnels. Ensuite, il y a un autre niveau qui est celui des professionnels à même d'organiser des formes de coordination sur des territoires, permettant ainsi à des acteurs de se retrouver autour d'une même table et de réfléchir ensemble à de nouvelles formes de collaboration. Enfin, un dernier niveau de préoccupation est évoqué ici. C'est celui de l'action publique territorialisée.

Ces préoccupations sont portées par des acteurs locaux et sont identifiées par des coordonnateurs territoriaux. Pourtant, on repère également des limites qui doivent être prises en compte. Il y a des interpellations à faire au niveau de l'action publique et la politique de la ville constitue tout de même un cadre fort, capable d'interpeller différents niveaux d'acteurs institutionnels.

En ce qui nous concerne [ville de Marseille], il nous semble que la ville avait une responsabilité, non pas dans la prise en charge, ni dans le soin, mais dans le fait de faire attention à tout ce qu'il y a autour de cette souffrance psychique. Les villes et leurs élus ont un pouvoir et un devoir d'interpellation, de convocation des différents acteurs censés intervenir sur ces questions.

Ils sont nombreux : ce sont les acteurs du soin, du social, les métiers de la ville qui sont confrontés à des problématiques où la question de la santé mentale et psychique est présente, mais aussi les pompiers, la police, la justice, etc... Il y a donc un travail à faire au niveau de la ville pour penser la question de la santé mentale. Il faut identifier ces différents niveaux, et même si ceux-ci ne sont pas cloisonnés, il y a des formes d'interpellation à organiser.

#### > Intervention d'une représentante du Conseil Général /

Lorsque vous parlez de la ville, en tant que représentante du Conseil Général, je me sens un peu exclue. Il y a tout même une partie des précaires qui sont des bénéficiaires du RMI et qui sont gérés par le département. Je préférerais donc qu'on parle de collectivités territoriales.

### La formation comme solution

#### > Intervention de l'animateur /

Dans la présentation que vous m'aviez faite sur l'activité de votre association, vous m'aviez parlé d'une formation destinée notamment aux Missions locales. Une formation permettant de mieux appréhender les situations qui mettent en difficulté beaucoup de professionnels. Le cas typique c'est lorsque la personne vient demander une aide, n'est pas entendue dans sa souffrance et en réaction réagit avec violence contre soi-même ou contre autrui. Pourriez-vous nous expliquer comment cela s'est mis en place ?

#### > Intervention Migration Santé Vaucluse /

L'association propose une certaine offre de formations sur plusieurs thématiques. La formation peut être sur un versant théorique sur des « choses qui seraient à faire ». Mais dans notre cas nous préférons voir la formation comme quelque chose qui relèverait de la supervision ou de l'analyse des pratiques. Ce peut-être autour d'une problématique ou d'une façon de faire, mais très vite les interactions et les problèmes institutionnels vont émerger.

La question de l'analyse des pratiques, des travailleurs sociaux notamment, peut être importante pour briser un certain isolement et permettre d'exprimer des difficultés, des impossibilités. Il est vrai que lorsqu'on reçoit certaines orientations, il y a parfois un gros travail de soutien technique avec la personne qui oriente. Il y a beaucoup d'affectif qui entre en jeu : les personnes se sont rencontrées souvent, il y a de la compassion et c'est pour cela que la formation à la supervision peut être pertinente.

> L'animateur /

Vous êtes davantage sur un échange de pratiques que sur de la transmission littérale de connaissances

> Réponse de Migration Santé Vaucluse /

Ce n'est pas un échange de pratiques, il s'agit de pouvoir proposer une pratique qui est régulée et analysée par un psychologue.

> L'animateur /

L'avez-vous mis en pratique ?

> Réponse de Migration Santé Vaucluse /

Oui cela a été fait avec une Mission locale et nous sommes en passe de mettre la même formation en place avec le CCAS de Tarascon. C'est quelque chose qui fonctionne.

Un livre à la Une //

## « Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique »

(Les éditions de la DIV/Collection Etudes et recherches/2005)

La souffrance psychique d'origine sociale est aujourd'hui vécue par un si grand nombre de personnes qu'elle devient un problème collectif. Elle dépasse les seules compétences du secteur de la psychiatrie et s'impose de fait aux élus locaux. Cette préoccupation a conduit différents élus, notamment de notre agglomération, à participer à un séminaire de recherche-action organisé par la DIV, l'ONSMP et l'ORSPERE en 2003-2004 sur le thème "Les maires et les élus locaux dans la nouvelle donne de la santé mentale". Ce rapport est issu de ce séminaire. Il explore une dimension encore mal connue de l'action des élus et met en lumière les rapports intimes entre système politique et santé mentale.

> Extrait de l'introduction

« Travailler avec des élus locaux métamorphose l'espace de la santé mentale qui s'étend, dès lors, au-delà des lieux de soin et des partenariats où se déploient les praticiens de la psychiatrie publique et du travail social ; au-delà, mais avec eux, s'il y a lieu.

C'est à partir de leur malaise devant la souffrance psychosociale que les maires et les adjoints ont été humainement sollicités dans leurs responsabilités, sans dolorisme ni masochisme, mais avec des conclusions précises sur ce que doit être une gouvernance locale : ils ont à exercer un pouvoir (non tout-puissant) d'interpellation, de convocation, de régulation, de médiation et d'élaboration en ce qui concerne les situations, les réseaux et les initiatives de santé mentale.

Une préoccupation politique de santé mentale devient alors manifeste sur le terrain des pratiques, polarisant un champ où des individus - citoyens vivent avec d'autres individus -citoyens d'une manière satisfaisante ou désastreuse. Ainsi, le souci de santé mentale, envisagé de cette manière, est-il bien d'essence éthique et politique : il s'exprime par des actions concrètes, et son absence devient calamiteuse dans un monde contemporain où le local, le national et la mondialisation ne font pas nécessairement bon ménage.

Pour le dire autrement, l'élu municipal détient l'une des clefs de la cohésion sociale. En ce domaine, la santé mentale, au sens plein de ce terme, a une incidence directe sur le bien vivre ensemble, ce qui légitime la préoccupation active des élus. »

> Pour aller plus loin :

Télécharger l'intégralité de cet ouvrage sur [www.ville.gouv.fr](http://www.ville.gouv.fr)

## Chronique d'un dispositif innovant : «L'équipe mobile psychosociale»

.....  
par Sébastien DENJEAN /  
Responsable Action sociale / Service politique de la Ville  
à la Communauté d'Agglomération d'Annemasse

Je travaille pour une Communauté d'Agglomération rassemblant 12 communes dans le département de la Haute-Savoie. A l'époque où nous avons monté l'équipe mobile psychosociale - en 2004 - j'étais chef de projet politique de la Ville. En charge du développement d'un dispositif contractuel, je n'étais pas chef de service et j'avais un positionnement d'électron libre par rapport aux services municipaux ou intercommunaux.

Le projet en lui-même est très simple, il se veut souple, réduit et modeste. Je le présente aujourd'hui à la demande du Centre de ressources, mais ce n'est qu'un exemple de ce qui peut être mis en oeuvre sur un territoire.

### Genèse d'un projet à l'interface du social et du psychiatrique

L'objectif était de réunir des soignants : psychologues, psychiatres et infirmiers, et de les positionner à l'interface entre cette sphère du social et celle de la psychiatrie privée et surtout publique. Une communauté d'agglomérations qui comporte 75 000 habitants sur un bassin de vie de 120 à 140 000 habitants.

L'origine du projet date d'une réunion de septembre 2002, durant laquelle, une inspectrice en charge du pôle de cohésion sociale de la DASS, est venue nous présenter le bilan du PRAPS. Elle nous a expliqué qu'il y avait des programmes régionaux, des PRS, qui permettaient de financer des actions mais que la DASS attendait que les acteurs locaux proposent des projets.

J'ai alors compris qu'il fallait qu'on soit capable de faire des propositions et de répondre à ces sollicitations.

Avant d'être chef de projet politique de la ville, j'avais travaillé avec la Commission locale d'insertion (CLI) du Conseil Général - instance qui instruit les demandes de RMI et suit les bénéficiaires - et j'avais beaucoup travaillé sur les chantiers d'insertion par l'activité économique. Cette expérience m'avait permis d'avoir une bonne vision des problématiques cumulatives que peuvent rencontrer les usagers ou les publics dans la vie : problèmes d'insertion

professionnelle, familiaux, de surendettement, mais aussi de santé... Je me suis alors dit qu'il serait intéressant de développer des passerelles avec la psychiatrie.

J'ai donc rencontré le chef de service du Centre médico-psychologique (CMP) pour qu'il m'explique comment le service s'organisait. Ce médecin a été très ouvert et m'a parlé des missions de son service ainsi que des problématiques qu'il rencontrait.

A ce moment là, en terme de légitimité, j'étais responsable du Contrat de Ville. Lequel contenait un volet « santé » dont la ligne directrice d'intervention reposait sur les problèmes de souffrances psychiques et de précarité.

J'étais en lien avec le Conseil Général, plus particulièrement avec la Commission locale d'insertion qui, elle-même, avait le souci de développer des démarches en matière de prise en charge des souffrances psychiques, notamment pour les publics du RMI.

Au niveau du cadre technique, en plus du PRAPS, il y avait également le SROS et le Contrat d'objectifs et de moyens de l'établissement public de santé mentale, alors en négociation avec l'ARH, qui pouvaient être intéressés par ce projet.

Il y a donc eu un faisceau d'éléments positifs, qui nous a permis de trouver suffisamment de légitimité et de poids pour faire admettre aux décideurs politiques locaux et aux institutions avec lesquelles nous étions censés travailler, que nous avions matière à mobiliser une action, et surtout des fonds publics, sur cette thématique.

Une fois que l'idée a été acceptée, l'ingénierie de projet a été assez rapide : le montage du projet a duré 15 mois.

Pour caricaturer, j'ai pris mon bâton de pèlerin pour aller frapper à la porte du CMP, pour aller expliquer à la fameuse inspectrice du pôle de cohésion sociale de la DASS que nous avions une action à présenter et qu'elle pouvait intéresser le SROS et l'Etat.

Dans un second temps, il a également fallu rencontrer l'Etablissement public de santé mentale (EPSM). En effet la phase de construction proprement dite réclamait la mobilisation d'agents, de personnels compétents pour faire ce travail. Il s'agissait de recruter un psychologue, un infirmier mais également un psychiatre, afin que la psychiatrie ne soit pas en marge du dispositif. Au final, nous sommes parvenus à mobiliser 20% d'un poste de psychiatrie sur la base du temps d'intérêt général qui leur est accordé dans la psychiatrie publique.

Par la suite j'ai directement rencontré le directeur de l'EPSM pour que ce soit lui qui porte les contrats des salariés. Il était hors de question qu'une collectivité comme la nôtre, sans compétences en santé prioritaire, recrute

des psychologues ou des infirmiers. Il était nécessaire de trouver une structure porteuse. Cette nécessité nous a rapidement amené à constituer un tour de table partenarial avec 4 entités identifiées, co-responsables par rapport à la mise en œuvre du projet. Dès le début ce n'est pas une structure seule qui a décidé de développer le projet.

### Une action à double détente

Pour déterminer les objectifs et les missions de l'équipe d'intervention, nous nous sommes appuyés sur une étude menée par une stagiaire en développement social. Cette dernière a fait le tour des partenaires, des acteurs, des associations, des institutionnels pour recueillir leur parole et dresser une synthèse de leurs attentes.

A l'issue de ce travail, nous avons établi un constat qui était double : il y avait d'un côté les difficultés vécues par les « usagers » et de l'autre côté, il y avait les difficultés éprouvées par les travailleurs sociaux et les bénévoles du champ social : comprendre les problématiques des usagers qui se présentaient à eux n'était pas une mince affaire. Les assistantes sociales, par exemple, nous ont clairement dit qu'elles arrivaient parfois aux limites de ce qu'elles se sentaient capables de faire. Elles n'ont ni les compétences, ni la responsabilité de déterminer les causes du problème ; elles se rendent simplement compte qu'il y a une rupture du lien.

Il ne s'agissait donc pas seulement de créer un dispositif pour les usagers mais aussi de développer une action permettant d'étoffer la capacité des intervenants du champ social à traiter ces questions.

Dans un second temps, nous nous sommes appliqués à mettre des mots sur les axes de travail de cette équipe. Nous avons ainsi défini deux missions :

> l'équipe mobile psychosociale aura pour mission principale d'intervenir dans un délai rapide (72h au départ) à la demande des partenaires locaux du secteur social, au bénéfice d'un public en situation de précarité, présentant des difficultés psychologiques afin de permettre une évaluation, de préconiser une orientation adéquate et accompagnée.

La mission première ne consiste donc pas à entrer dans un suivi thérapeutique long. Il s'agit de prendre en charge la personne lorsqu'aucune institution ne semble pas à même d'intervenir rapidement. L'équipe souhaite se positionner aux côtés de la personne, identifier ses problématiques et éventuellement la renvoyer vers des professionnels compétents ; pas forcément vers la psychiatrie mais vers un autre travailleur social qui pourra prendre le relais.

> A partir d'une situation donnée, l'équipe doit également pouvoir contribuer à faciliter la compréhension et le positionnement des intervenants sociaux concernés

- professionnels et bénévoles. En fonction des besoins identifiés, ponctuellement ou planifiés, il s'agit de permettre un transfert de compétences, un travail de mise en perspective et de réflexion.

Cette mission était une commande expresse des responsables du Conseil Général. Leur leitmotiv était clair : ils acceptaient de participer au projet mais en contrepartie, ils attendaient un « retour sur investissement » au niveau de leurs propres services. A terme, ils souhaitent que leurs pôles médico-sociaux, leurs intervenants, soient plus à même de repérer ces difficultés.

### Une équipe tournée vers l'extérieur

Un autre choix important : on s'est dit que l'équipe devrait se projeter à l'extérieur, qu'elle ne devait pas recevoir les publics dans ses murs (parce que des locaux nous ont tout de même été attribués). Il était préférable d'éviter de créer un CMP bis... chose qui était et qui reste encore inconcevable puisque ce n'est ni la vocation, ni les compétences des collectivités de mettre en place des réponses de psychiatrie publiques sur le territoire.

Le fait de projeter l'équipe à l'extérieur, en direction des usagers, avec des visites dans les locaux des partenaires ou même à domicile, était un choix. Cette orientation nous a poussé à ne pas recruter au sein de l'équipe un travailleur social. On préfère travailler avec le référent social du service prescripteur. Par conséquent l'équipe, n'est composée que d'un soignant, de personnes qui sont capables d'intervenir sur la problématique psychique ou psychiatrique des individus, et le travail doit toujours se faire en articulation avec les travailleurs sociaux de secteur. C'est un vrai projet d'équipe multipartenarial.

> Pour aller plus loin :

• Lire l'article « L'équipe mobile psycho-sociale à Annemasse, « panser » le lien social à l'échelle d'un territoire... » / dans *Les cahiers du DSU n°43*

Téléchargeable sur [www.crdsu.org](http://www.crdsu.org)

• Consulter le site de la Communauté d'Agglomération d'Annemasse : [www.annemasse-agglo.fr](http://www.annemasse-agglo.fr)

### QUESTION / Qui sont ces soignants ?

REPONSE / : Une infirmière, une psychiatre et deux psychologues.

### Que font-ils exactement ?

Je vais vous expliquer le mécanisme concret du travail quotidien de cette équipe.

Le cercle des gens qui sont susceptibles de solliciter l'équipe est très vaste et ne se limite pas au champ du soin ou du social. Il peut s'agir d'un chantier d'insertion, des Missions locales, d'antennes ANPE, des services de l'emploi en général,... de tous les services susceptibles de détecter un problème chez une personne ou un usager.

Le seul garde fou qu'on ait installé, consiste au fait qu'on ne souhaite pas que les usagers interpellent directement le dispositif. Il faut que celui-ci passe obligatoirement par un référent social. Une fois qu'il y a eu la sollicitation, l'équipe fait une analyse du cas qui lui est soumis, et c'est elle qui, en fonction des éléments reçus, décide de l'opérateur de la démarche.

Le premier contact est un entretien tripartite. Il faut que la personne accepte de rencontrer les membres de l'équipe. Ce peut-être un binôme « infirmier -psychologue » ou « psychiatre-infirmier » qui va à la rencontre de l'utilisateur, dans la structure qu'il a saisie, au domicile de celui-ci ou même dans la rue.

### Est-ce un moyen de les réinsérer dans la société ?

Notre objectif est de rétablir le lien social. Il s'agit d'un public qui se trouve de plus en plus isolé, qui adopte un fonctionnement qui les coupe du monde. Ils ont une problématique sociale d'ordre général qui peut être doublée d'un problème de pathologie psychiatrique.

Au bout de deux ans, l'équipe a fait le constat que la plupart des publics vus par l'équipe souffraient vraiment d'une problématique de lien social et non d'une pathologie psychiatrique. Ce constat ne répond pas à l'augmentation des files d'attente des CMP, mais par contre, si un travail de fond est réalisé dans le partenariat que nous évoquons - la capacité à travailler en commun et à apprendre des modalités de fonctionnement adaptées - petit à petit, ce genre de dispositif peut aussi aider à mieux évaluer la problématique.

En maillant le territoire, on arrive à être plus pertinent sur le diagnostic et on peut ensuite soit orienter vers la psychiatrie publique, lorsque c'est vraiment nécessaire, soit vers d'autres dispositifs plus ouverts sur la sociali-

sation, l'occupationnel, le loisir, l'écriture, la rencontre, (un espace de paroles et d'écoute) voire vers des dispositifs plus structurés (cures, soins en centres fermés pour un certain temps, prise en charge accompagnée du parcours de la personne, au-delà de ce que l'assistante sociale de secteur est capable de faire, non par faute de compétences mais de charge de travail). Parfois, on voit bien qu'il faut être accompagné pour arriver à faire un travail suffisamment approfondi auprès d'une personne pour que, à terme, elle parvienne à reprendre un parcours de vie qui lui soit propre, et autant que faire ce peut, sans la mouler dans quoique ce soit ! Nous n'avons pas un seul modèle de citoyen !

### Comment êtes-vous financés ?

Le tour de table dont je vous ai parlé au début, nous a permis de rassembler les financements nécessaires au montage du projet, ce qui représente 150 000€ de fonctionnement par an. Un tiers de cette somme provenait du Conseil Général au titre des publics RMI ; un tiers de l'ARH qui avait accepté - dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens propres à l'hôpital de santé mentale - de doter l'hôpital d'une ligne budgétaire dédiée au fonctionnement de l'équipe ; et un tiers de la Communauté d'Agglomération, au titre de la politique de la Ville, avec une volonté de s'engager et de proposer à titre expérimental, une démarche spécifique en matière de réponse de santé mentale sur les publics en difficulté. Pour ce qui est du différentiel, on « bataille » tous les ans, pour aller le chercher, soit sur les fonds de la politique de la Ville Etat (ex FIV ), soit aujourd'hui au titre des Ateliers Santé Ville. Au final on arrive tant bien que mal à boucler le budget de fonctionnement. Et il est plutôt pérenne, essentiellement parce qu'on a établi des conventions pluriannuelles avec ces partenaires.

### Est-ce la même chose partout ?

Une rencontre organisée en 2006 a tenté de rassembler toutes les équipes de ce type ( 52 en France). Nous nous sommes rendus compte que les modalités d'organisation, les compétences rassemblées au sein des dispositifs et les financements étaient très disparates. Un des problèmes majeurs, c'est que ces dispositifs fonctionnent sur des financements annualisés, des appels à projets, des dotations de la Fondation de France par exemple ou de la DATAR ; ce sont des financements non pérennes qui précarisent des professionnels sensés aider des individus à sortir de la précarité.

### Quel type de publics traitez-vous ? Est-ce essentiellement des adultes ? Est-ce que ce sont plutôt des hommes ?

Il y a très peu de jeunes. La classe d'âge principale est celle des « 20-40 ans ». Elle représente 60% du public vu par l'équipe, ce qui représente près de 180 personnes par an et 1500 entretiens.

En pourcentage, sur le dernier exercice, nous avons eu 68% de femmes et 32% d'hommes. En moyenne sur quatre exercices, 60% de femmes et 40% d'hommes.

### Combien de temps suivez-vous les patients ?

L'un des principaux risques pour notre équipe réside dans la tentation pour les psychologues d'entrer dans un suivi prolongé avec la personne. Ils sont dans un processus où ils ont besoin d'échanger des choses avec « le patient » et il est très difficile pour eux de rompre le suivi alors qu'ils savent que personne ne prendra le relais.

Le comité et moi-même, sommes conscients de cette dérive. On ne veut absolument pas reproduire un CMP bis. C'est pour cette raison que nous n'avons pas mobilisé de secrétariat administratif : on ne prend pas de rendez-vous, on ne crée pas de file d'attente. Il faut à tout prix garder cette capacité d'aller vers l'extérieur, de faire la démarche d'aller à la rencontre des publics et d'être réactifs dans des délais courts.

### Comment mobilisez-vous les autres acteurs ?

Activer des relais constitue un travail permanent. Nous avons fait le choix d'institutionnaliser le réseau. De manière pragmatique, nous n'avons pas commencé par créer un réseau institutionnel sur le territoire pour ensuite développer des projets. A contrario, nous avons d'abord créé une action expérimentale, en se disant que si ça ne marchait pas nous arrêterions là ; c'est à partir de ça que le réseau s'est créé et que le cercle s'est agrandi. Nous sommes de plus en plus nombreux. La police vient depuis peu discuter ; d'autres services, d'autres acteurs qui a priori n'étaient pas directement concernés, participent à la réflexion et viennent se former. Il y a aussi les bailleurs sociaux qui demandent à ce que les psychologues de l'équipe interviennent pour donner quelques « bonnes réactions » à adopter vis à vis de locataires de plus en plus vindicatifs. Le réseau se déploie donc à partir du projet !

### Comment se déroulent les entretiens ?

Ce qui est fondamental c'est l'entretien tripartite du début mais il existe également des entretiens familiaux qui sont réalisés lorsque c'est nécessaire. Ils consistent à ne pas rencontrer la personne seule, mais avec ses proches pour évoquer les problèmes qui les concernent collectivement. Aujourd'hui, l'équipe réalise à 95% des entretiens d'accompagnement. Il s'agit de se mettre à côté de la personne et de l'aider pendant un moment dans son parcours. Ce genre d'entretien est notre lot commun.

Les entretiens de soin infirmier restent marginaux. Les entretiens se font à près de 50 % dans les locaux de l'équipe, les visites à domicile représentent 22% des entretiens réalisés et les 30 % restants se font dans les locaux des partenaires. Cette dernière catégorie implique que le partenaire reçoive l'équipe et la personne. Il y a donc une appropriation de la démarche par la structure qui accueille. Cela favorise également la réflexion collective et l'échange dans les travaux de synthèse menés par la suite avec les partenaires.

### Quels sont vos prescripteurs ?

C'est très varié, les pôles médico-sociaux du Conseil Général représentent 46% des prescripteurs, 16% viennent des services publics de l'emploi et de l'insertion par l'activité économique (les chantiers d'insertion, les entreprises d'insertion, les associations intermédiaires...) et 4% viennent des médecins ou des hôpitaux.

### D'où viennent les usagers ?

80% des publics provient de l'agglomération et 20% du bassin de vie, qui est plus étendu mais moins urbanisé.

### Avez-vous des éléments sur les types de problématique et d'orientation ?

En terme de problématiques sur un exercice :

- > problématiques somatiques : 9,5 %
- > problématiques psychiatrique : 6,5 %
- > conduite addictive : 7,2 %
- > état dépressif : 58,8 %
- > trouble du comportement : 7,3 %
- > clinique interculturelle : 6,5 %
- > violence conjugale : 4,2 %

### Qu'entendez-vous par « état dépressif » ?

Un état dépressif est un état de démoralisation, de déprime, d'anxiété, mais fait également référence à des situations d'isolement et de rupture. Il s'agit de la dépression au sens médical.

### Etes-vous en mesure de poser un diagnostic sur les personnes que vous recevez ?

Les psychologues, tout comme les psychiatres, sont aptes à poser un diagnostic psychiatrique. Ils sont donc capables d'identifier l'origine du problème et de réaliser un tri entre ce qui peut être traité par les professionnels du champ sanitaire et social et ce qui nécessite une prise en charge psychiatrique.

Notons que seulement 6,5% des problématiques traitées sont des problématiques psychiatriques. D'où l'importance du lien social. C'est la raison pour laquelle, ce type de dispositif est très utile dans la cité : il est capable d'apporter un plus sur la reconnaissance et la réparation de la rupture du lien social. A ce propos nous avons sous-titré le dispositif : « panser le lien social » !

### Au bout du compte, ce dispositif a permis d'alléger énormément le travail du service psychiatrique public ?

Schématiquement, oui, mais il y a tout un travail à faire avec le CMP pour optimiser ces modalités de travail. Nous avons recruté volontairement des gens qui avaient travaillé dans plusieurs structures localement identifiées (hôpital public, en psychiatrie de liaison, auprès de la psychiatrie,...) pour faciliter les relations. Malgré tout, il y a eu des réticences. Certains médecins psychiatres du CMP regardaient de façon étrange ce dispositif à mi-chemin entre le social et le médical. Je me suis alors servi de ma fonction pour « les provoquer » et au final il y a eu très peu d'opposition.

### Intervention de l'animateur

Cette expérience - originaire d'Annemasse - est sans aucune contestation une réussite. Elle a d'ailleurs été reprise dans de nombreux endroits et elle est aujourd'hui reconnue de façon institutionnelle. Par ailleurs, elle constitue l'une des priorités observationnelles du groupe de travail du professeur PARQUET (groupe qui travaille sur la question de la souffrance psychique et de l'exclusion). Elle est même devenue un dispositif de la psychiatrie publique qui s'intitule : « les équipes mobiles, santé mentale, précarité ». Il y a donc une vraie reconnaissance de l'initiative du terrain, de sa réussite et de son efficacité.

### Savez-vous combien ds structures de ce type existent au jour d'aujourd'hui ?

Il en existe 52 au plan national. Quatre sont en activité en région PACA, toutes dans les Bouches-du-Rhône. Je crois qu'une cinquième est en train de se créer à Toulon dans le Var.

### La tranche d'âge que vous nous avez présenté tout à l'heure représente une spécificité de votre équipe ?

Nous avons délimité notre champ d'action aux publics majeurs. Nous sommes une toute petite équipe et il nous paraît trop compliqué de traiter tous les champs.

### Quelle est concrètement la structure de ce dispositif ?

C'est un OVNI, il n'y a pas un responsable unique. Toutes les décisions sont prises collégalement par un comité de pilotage qui réunit la DDASS (au nom de l'ARH), le Conseil Général, la Communauté d'Agglomération et l'Etablissement public de santé mentale (EPSM). Les salariés font partie des agents de la fonction publique hospitalière ; ils sont mis à disposition du dispositif.

D'un point de vue opérationnel, nous sommes confrontés à des difficultés de gestion administrative. Il nous est difficile de demander à un psychologue de coordonner l'équipe. Ce n'est pas son boulot. Il n'a pas de savoir-faire en matière de gestion administrative. Son rôle c'est d'être présent sur le terrain, aux contacts des partenaires et des publics. Nous sommes donc en train de nous interroger sur le fait de

mobiliser des moyens financiers pour la création d'un poste purement administratif, afin de mieux gérer tout ce qui est logistique. Reste que l'objectif majeur consiste à mobiliser le maximum de moyens financiers sur de la capacité d'action auprès des usagers et non pas sur un secrétariat.

### Mais quel est le statut juridique de votre structure ?

Nous n'avons pas créé une entité juridique propre. Je ne voyais pas l'utilité de le faire. Si chacun s'engage dans la convention partenariale, il légitime l'existence du dispositif. Celui-ci est ainsi sous la co-responsabilité de chacun. Chaque membre peut interpeller les autres pour signaler un problème. A partir de là nous tentons de le résoudre collectivement en évitant de rejeter la faute sur l'autre.

### Qui gère les financements ?

C'est moi qui établis le budget prévisionnel. Je suis un peu l'élément de proximité, celui qui est le plus fréquemment en relation avec les membres de l'équipe. Pour être plus précis sur le montage budgétaire, la collectivité s'est engagée à mettre à disposition un tiers du budget mais sous forme de subventions à l'Etablissement public de santé mentale (EPSM) qui salarie les employés. Toutefois, on déduit de cette subvention annuelle tout ce que fournit la Communauté d'Agglomération : c'est à dire les véhicules, le local, les charges, le loyer, l'électricité, l'eau, la logistique, le secrétariat, la publication des rapports d'activité, les plaquettes de communication...

### À propos des financements existe-t-il un réel avantage à posséder un ASV ?

Dans le cadre du CUCS, on m'a dit qu'il était judicieux d'avoir un Atelier Santé Ville pour pouvoir être éligible aux financements. Nous avons donc monté un ASV. Reste que j'ai insisté auprès des élus pour leur expliquer qu'on ne pouvait pas nous demander de faire un ASV et sortir autant d'actions de notre chapeau ! Cela fait 4 ans que l'on s'active pour faire fonctionner un dispositif et il faut absolument que l'existant soit renforcé.

Pour être très concret, la circulaire de mise en œuvre des équipes mobiles psychosociales date de 2005. Le cahier des charges de la circulaire est très proche de notre cahier des charges. Pourtant depuis 2005, chaque fois que je sollicite une aide financière sur cette ligne là, on me dit que cet appel à projet a pour vocation d'aider au développement de nouvelles équipes et non au renforcement des équipes existantes. C'est un peu dur à entendre, pour moi comme pour les élus !

Vous avez dit qu'il n'y avait pas de secrétariat, mais comment les acteurs de terrain entrent-ils en contact avec l'équipe ?

Il suffit que vous appeliez et c'est l'équipe qui prendra contact avec vous. Une réponse en 48 heures pour une rencontre dans les 72 heures constituait notre ambition - un peu utopique - de départ. Aujourd'hui les 72 heures se sont transformées en 2 semaines ! Mais il n'y a pas de sollicitations qui restent trop longtemps sans réponse.

#### Intervention de l'animateur

Dans certaines équipes, il y a aussi des temps de travail en amont de la crise ou de l'urgence. C'est notamment le cas lorsque les équipes d'un centre d'accueil de jour pour personnes en difficulté reçoit des publics en situation de grande détresse sociale et se pose la question de « la procédure » à suivre avec cette personne ? Certaines « équipes mobiles santé mentale précarité » font un travail de permanence auprès des publics qui sont dans ces centres mais aussi auprès des professionnels. Une fois par semaine on peut avoir un temps d'échanges pour revenir sur les cas de façon individuelle. Ainsi si le besoin se fait jour, le professionnel du champ de la psychiatrie peut avoir un entretien individuel avec la personne en souffrance. On voit bien qu'avec ce dispositif, le travail partenarial est reconnu comme une nécessité par tous et que c'est avant tout une question de méthodes qui favorise sa mise en place.

#### Comment expliquez-vous la prédominance des femmes ?

Les hommes sont moins dans l'écoute de leurs problèmes que les femmes ! Ce qui ressort au niveau des travailleurs sociaux, c'est que ceux qui posent le plus de problèmes ce sont les hommes, isolés, en rupture de famille et qui sont identifiés comme ayant des problèmes mentaux. Alors que les assistantes sociales arrivent à travailler plus facilement avec les femmes.

#### Vous arrive-t-il de faire des permanences dans des centres d'accueil ou autres ?

Nous avons été sollicités pour faire des permanences dans quelques centres d'accueil de jour. Pour l'instant nous avons refusé. Nous pensons que ce ne serait pas gérable compte-tenu de nos capacités de déploiement sur le territoire. Cela prendrait trop de temps. Par ailleurs, il est vrai qu'à l'accueil de jour, il y a une grande majorité d'hommes, dès lors, si nous avions ce type de positionnement nous ferions certainement remonter le pourcentage d'hommes dans la file active. De même nous n'intervenons pas dans les phases de crise. Nous ne sommes pas un SAMU social, ni un SAMU psychiatrique. Nous n'intervenons pas auprès du jeune qui « casse tout » dans la Mission locale, ni auprès des individus complètement alcoolisés et ingérables. Les membres de l'équipe peuvent intervenir sur des problématiques chronicisées mais pas sur les phases de crise.

Ce que les partenaires mettent en avant, c'est cette capacité à aller faire le premier entretien, nouer le premier contact dans un abri bus, sur la place du village. C'est tout de même rare de nos jours. En tout cas, la capacité ambulatoire des CMP est quasi inexistante. Et cette capacité d'aller vers les gens a été très appréciée et elle a permis d'enclencher de nombreux suivis jusqu'alors bloqués par la nécessité de se déplacer.

#### Techniquement est-ce que vous vous déplacez en bus ? L'équipe se déplace en véhicule ou à vélo !

#### Est-ce que vous intervenez aussi dans les milieux ruraux ? Peu, puisque 80% des publics sont issus de milieu urbain

#### Lorsque vous dites avoir un fonctionnement pérenne, faites-vous référence au fait que les conventions sont trisannuelles ?

C'est ça. Vous savez, trois ans c'est pérenne pour des personnes qui fonctionnent en mobilité ! De toute façon, nous sommes conditionnés au principe d'annualité budgétaire. Tous les ans je fais revalider aux élus la subvention et je « bataille » pour boucler le tour de table notamment avec la DIV, avec les services de la Préfecture qui gèrent les crédits « politique de la Ville ». C'est un travail qui prend beaucoup de temps.

#### Vous nous avez dit que le financement des équipes était très disparate, mais c'est également le cas s'agissant des actions. Sur Marseille - il me semble qu'il existe 2 équipes mobiles - elles ont un boulot assez différent du vôtre, dans le sens où elles sont vraiment en lien avec la grande précarité et notamment les SDF. C'est intéressant, que sur un même dispositif on ait des missions aussi différentes.

Ce sont ces compétences diverses, agrégées dans une équipe, et cela ne coule pas de source ! Demander à un infirmier, un psychiatre et des psychologues, de générer un fonctionnement d'équipe n'est pas évident. Leur adaptation dépend beaucoup de l'appréhension de chacun, de son métier, de ses compétences et depuis quatre ans on a eu à gérer des difficultés à travailler ensemble, à partager ; même en interne. C'est pour cela que je vous expliquais qu'il s'agit réellement d'un engagement. Ce n'est pas simplement mettre bout à bout des compétences, c'est aussi essayer de générer un fonctionnement d'équipe.

Ce que je voulais dire, c'est que cette structuration là, elle peut être exportée sur d'autres thématiques. Par exemple sur l'accès aux soins. On voit finalement que ce n'est pas forcément la thématique « santé mentale » qui prévaut, mais plutôt le concept d'une équipe pluridisciplinaire qui va voir le public sur son lieu de vie et qui est en capacité de l'orienter. Il me semble que c'est donc mobilisable sur d'autres thématiques.

Dans notre cas nous développons plusieurs démarches partenariales avec des acteurs de l'hébergement d'urgence, de la précarité, des violences faites aux femmes ; nous avons notamment une unité de mesures d'éviction des conjoints violents...

**C'est peut-être trop tôt mais y a-t-il des éléments d'évaluation ? Avez-vous déjà des éléments de retour ?**

Nous n'avons pas de réponses tangibles. Il y a un retour positif global des équipes de secteur du Conseil Général, qui jugent que l'équipe mobile leur apporte un plus. Elles disent aborder les choses plus sereinement et se réjouissent d'avoir un interlocuteur avec qui en discuter.

Sur l'aspect de la mission de formation, je trouve que nous ne sommes pas allés assez loin encore. Nous nous sommes un peu précipités sur l'action auprès des usagers et nous avons eu tendance à quelque peu délaier des actions capables d'apporter un plus en termes de formation auprès des partenaires de terrain. Nous avons davantage agi sur des sollicitations, ce n'est donc pas encore abouti.

En revanche, une statistique est significative : 38 % des démarches se suffisent à elles-mêmes ; il s'agit des suivis que l'équipe a mis en place et qui ne donnent pas lieu à une réorientation vers un autre service. Cela signifie que toute une partie des problèmes ou des points de blocage peuvent être traités ou solutionnés par une mobilisation adaptée sur un temps donné et contribue à ne pas engorger d'autres services.

**Intervention conclusive d'une participante**

Ce que je trouve particulièrement judicieux dans ce projet, c'est le montage du pilotage et notamment le partenariat. Ce qu'on a pu observer auprès de certaines équipes mobiles, c'est qu'elles ont le souci d'apporter une offre de soin, de faire un repérage et de rapprocher les publics de la structure à laquelle elle est rattachée. Mais au fil des années, il est très fréquent que ces équipes perdent de la légitimité au sein de leur propre structure. Elles doivent alors apprendre à recréer des liens, à renégocier, afin de jouer pleinement cette fonction d'interface et faire en sorte que les publics puissent bénéficier des offres. Ces équipes ont tendance à se détacher quelque peu des structures dont elles sont issues.

Et justement, dans le projet qui vient de nous être présenté, les institutions de départ sont toujours mobilisées. Vous avez pensé l'articulation à plusieurs niveaux : au niveau institutionnel mais aussi dans les collaborations plus directes. C'est vraiment très intéressant et cela demeure une expérience exemplaire à valoriser.

.....

# Plénière de conclusion

.....



# La santé vue par les acteurs institutionnels...

Représentants d'institutions locales ou nationales oeuvrant dans le domaine de la santé publique, les 7 participants de cette table ronde sont revenus sur des questions clefs de cette journée...

## Intervention 1

Catherine RICHARD /

Chargée de mission santé publique, DIV

Il existe aujourd'hui 210 Ateliers Santé Ville au plan national ; 40 % des CUCS en possède un. Même si on devrait atteindre les 300 ASV d'ici la fin de l'année 2008, il faut tout de même dire que la France affiche un certain retard quant à cette approche collective de la santé.

Par rapport aux témoignages de cette journée, je retiendrai plusieurs questionnements de fond : comment faire pour que les équipes ASV se sentent moins isolées ? ; quelle est la place des ASV dans l'appareil municipal ? ; quel type de pilotage ou de copilotage doit-on mettre en place pour mobiliser l'ensemble des partenaires et créer la transversalité ? ; comment améliorer le lien entre les collectivités et l'Etat, notamment pour discuter des articulations nécessaires ? ; comment multiplier les diagnostics territoriaux d'offre de soin qui manquent cruellement ? ; comment la santé peut être interpellée par les projets de Renouvellement Urbain ? ...

Il semble que les ASV créent les conditions favorables au dépassement de ces questions et des problématiques auxquelles elles font référence. Beaucoup de manifestations parlent des actions territoriales de santé ainsi que de la place des ASV. La démarche et les méthodes utilisées sont louées et les interventions à leur sujet sont très positives.

Bien entendu de nombreux efforts restent à faire. C'est notamment le cas en terme de communication. Il est important que les acteurs fassent mieux connaître leurs actions et leur bienfaits. Cela concernent toutes les actions sanitaires, envers tous les acteurs sociaux, y compris vers les élus qu'il faut convaincre de l'intérêt qu'ils ont à travailler sur ce champ-là, en articulation avec d'autres champs : santé-habitat, santé-éducation... C'est la même chose concernant l'information habitante visant à renforcer leur participation et l'expression de leur resenti distancié.

Dans une autre perspective, il est primordial que les acteurs de la santé aient le réflexe de l'évaluation. Celle-ci doit être prévue dès le départ de la mise en oeuvre d'une action. Il faut se poser la question de l'évaluation, du réajustement et encore une fois de la manière dont on la restitue. Peu d'acteurs communiquent sur l'impact de leurs actions ; oubli très dommageable dans un système où la culture du résultat est de plus en plus mise en avant. Il y a une restitution à faire, pour qu'*in fine*, au terme des CUCS, on ne dise pas qu'il s'agit une démarche qui n'a pas été pertinente. Au contraire il faut faire en sorte que le thème de la santé émerge et s'ouvre davantage encore.

## Intervention 2

Jean CHAPPELLET /

Directeur régional DRASS PACA et directeur du GRSP

Nous sommes tous ici convaincus des bienfaits de la territorialisation des politiques de santé. Pourtant le fait de poser ces politiques en terme de territoires est encore une nouveauté pour certains secteurs. Il est certain que par rapport aux projets « médicaux de territoire » qui existent dans les hôpitaux, vous [les acteurs de la politique de la Ville] êtes en avance sur cette approche santé.

Les Projets locaux de santé publique des PRAPS constituent des dispositifs adaptés à la mise en oeuvre des politiques territoriales de santé. Mais, un Plan local de santé ne doit pas se limiter aux actions de prévention. C'est dans le Plan local de santé publique que l'on doit également dire qu'il manque un médecin, qu'on désire une antenne du CMP, que l'on rencontre un problème pour la prise en charge des personnes âgées, ou encore qu'une maison de retraite s'avère nécessaire. Bien évidemment, il faut également poser les conditions d'accès aux soins. Sans accès aux soins, le Plan local de santé publique n'existe pas. Bref, une définition plus ambitieuse des Plans locaux de santé publique est nécessaire.

De la même manière, l'observation de ces dispositifs est primordiale. Son intérêt est de connaître la situation sanitaire d'un territoire donné pour permettre une éva-

luation optimale des résultats, même si cette dernière est difficile à court terme. Toutefois, des évaluations intermédiaires sont possibles : elles permettent de mieux mesurer les moyens mis en œuvre et, le cas échéant, de repositionner les dispositifs.

Autre question : peut-on croiser des logiques thématiques (c'est à dire des thématiques de santé) et des logiques territoriales (c'est à dire une population sur un territoire donné) ? C'est un problème qui nous a beaucoup préoccupé lorsque nous avons mis en place le Plan régional de santé publique (PRSP). Nous avons d'abord défini des territoires de santé - des territoires de proximité articulés avec le soin - puis en réalisant des consultations locales, sur le cadre des territoires de santé du PRSP, ouvertes à tous les acteurs, nous avons pu faire remonter un certain nombre de demandes ; demandes que, malgré nos plans nationaux et nos connaissances épidémiologiques, nous n'aurions pas repérées sans cette consultation locale (par exemple, la souffrance psychique et l'accès à la santé via la parentalité).

Bien évidemment cette approche n'est pas toujours parfaite. Reste que certains territoires s'en accommodent très bien. C'est le cas de plusieurs Ateliers Santé Ville avec lesquels j'ai été en contact : les acteurs choisissent les programmes du PRSP qui les intéressent plus particulièrement et ils axent leurs interventions là-dessus. Ils piochent dans le PRSP en fonction des particularités du territoire en question.

Quoi qu'il en soit un PRSP, comme toute politique de santé, se construit de manière partenariale ; toutes propositions pour améliorer le système sont les bienvenues.

Avant que je ne cède la parole, je voudrais dire deux mots sur les difficultés que rencontrent les associations en terme administratif : lourdeur des dossiers ou difficultés à répondre aux exigences du GRSP. Nous avons procédé à une rationalisation des demandes, non seulement pour des raisons liées à notre dispositif national, mais aussi pour avoir des supports d'évaluation. Car en effet, en terme de santé publique et de prévention, nous ne sommes pas capables de montrer la reproductibilité des actions. De ce fait, certaines associations peuvent effectivement se trouver en difficulté : elles ont l'initiative, l'innovation, mais pas la pratique. Cette évaluation est donc une phase fondamentale dans le travail des porteurs de projets. Mais n'est-ce pas le rôle des CoDES ou des associations tête de réseau ou même encore des coordonnateurs ASV que de fédérer les énergies de façon à faire éclore un professionnalisme dans le domaine de la santé publique et faciliter ainsi la reproductibilité des actions ?

### Intervention 3

Chantal MANNONI /

Médecin de santé publique et médecine sociale,  
consultante

.....

La question de la santé et des territoires (sensibles) n'est pas facile à aborder. Quelle est la bonne échelle pour traiter ces problématiques ? Quel est le meilleur outil pour les analyser et mettre en œuvre des solutions ? A la lumière des expériences recueillies durant cette journée, il semble que le Plan local de santé publique pourrait s'avérer être le dispositif adéquat. Pensé comme un petit Plan régional de santé publique défini à l'échelle locale, il pourrait de la sorte devenir le bras armé de la politique régionale. Or, si la politique de la Ville doit contribuer aux priorités nationales et régionales de santé, elle doit aussi produire de l'innovation. Celle-ci dans une logique de promotion de la santé doit notamment permettre que les élus se sentent concernés par la santé en raison de la prise en compte des déterminants influençant la santé. Pour ce il est impératif de parvenir à se décentrer de l'équation «santé - soins».

Mais la question territoriale est bien plus vaste et plus complexe encore. Ainsi a-t-on parlé de la question des territoires centrés sur des bassins hospitaliers et évoquer leurs avantages et leurs limites. A un autre niveau, la nécessité de décroquer et de reticoter les territoires en fonction des thématiques doit aussi être pensé pour choisir les territoires les plus opportuns afin d'agir dans la cohérence.

La question de la connaissance des territoires se posent également avec force. Nous avons répété à plusieurs reprises que les diagnostics devaient s'appuyer tout autant sur des données quantitatives que sur des données qualitatives alimentées par « du vécu », « du ressenti ». Les diagnostics ne se résument pas à la connaissance, ils représentent aussi des opportunités de mobilisation qui donnent l'occasion de rassembler les acteurs. Ainsi autour de leur élaboration, élus, professionnels et habitants arrivent à dialoguer sur des questions qui les concernent, faisant apparaître des problématiques que l'épidémiologie, seule, n'est pas toujours en mesure de mettre en évidence. C'est notamment de cette manière que les questions de souffrance psychosociale ont émergé. Les approches croisant les données épidémiologiques, les différentes statistiques disponibles – et mises à disposition-, la perception des élus, des professionnels et des habitants s'avèrent pertinentes. L'approche multidisciplinaire dans les diagnostics est une nécessité.

Pour terminer, je souhaiterais revenir sur les questions de l'évaluation et de la recherche. Nous sommes aujourd'hui entrés dans une logique de résultats qui doit absolument être appréhendée de manière plus pédagogique.

Dans le cas contraire elle pourrait créer des résistances de la part des acteurs de terrain. Pourtant chacun conviendra que l'évaluation est un outil de pilotage de projets qui aide à réfléchir et à faire avancer les questions de santé. L'évaluation doit s'intéresser aux données en termes d'amélioration des indicateurs de santé, mais elle doit aussi valoriser les processus qui vont nous permettre de savoir si on peut améliorer telle ou telle façon de faire. Comme nous l'avons vu, il y a un déficit massif en France en termes de recherche sur la prévention et la promotion de la santé. Il faudrait ainsi encourager les synergies entre chercheurs, universitaires, élus et professionnels, habitants.

Enfin il ne faut pas oublier la question de la participation des habitants. Il est probable que certaines actions auraient eu plus de succès si elles avaient été pensées avec les habitants (le dépistage du cancer du sein est un exemple en la matière). Au niveau local, la question du « travailler ensemble » se pose. La participation des habitants est importante car ce sont eux, avec les professionnels, les élus et tous les techniciens, qui vont contribuer à trouver les meilleures réponses sur un territoire donné au regard de questions et d'enjeux souvent compliqués.

**Intervention 4**  
**Antoine GUENIFFEY /**  
**Chargée de mission «territorialisation et projets locaux de santé» - Direction générale de la santé (DGS)**

Le territoire nous amène à penser la santé autrement. Si on regarde la santé au niveau national, à travers des données épidémiologiques, on pointe des questions de maladie. Penser la santé autrement nous renvoie à une articulation de cette question avec les élus et la gestion d'une vie publique locale. Beaucoup d'exemples, les cantines scolaires notamment, montrent que l'on peut contribuer à promouvoir la santé.

Autre chose importante, nous sommes dans une logique de projet et non dans une logique de guichet. Il s'agit bien d'élaborer un projet en matière de santé et celui-ci passe par un questionnement de fond : quel type de projet souhaitons-nous : est-ce un plan de santé publique exhaustif ? Est-ce des projets qui s'appuient sur des marges de manœuvre locales, élaborés en fonction des ressources dont on dispose et pour lesquels il y a un enjeu de décloisonnement important ? Quel type de projet veut-on porter : est-ce un plan de santé publique ou un plan d'actions ?

Poser de telles questions a toute son importance, notamment dans le but de réaliser une évaluation conforme et d'afficher des résultats. D'ailleurs, la lecture de ces derniers pourra être totalement différente selon que l'on soit un acteur de proximité capable d'observer les changements d'attitude des individus, leur nouveau rapport au

système de santé ; ou bien selon que l'on soit un acteur issu de l'administration centrale ayant comme tableau de bord, l'évolution du tabagisme en France, de la morbidité ou de la mortalité... Nous sommes face à une grande complexité des résultats.

De manière plus large, on peut dire qu'aujourd'hui, beaucoup de choses restent à faire : comment mobiliser des secteurs qui ne travaillent pas sur les questions de la santé ? Comment décloisonner les acteurs ? Comment favoriser l'accès de personnes au système de santé, etc. Ce sont des attentes concrètes, qui n'ont pas pour objectifs de projeter sur les acteurs locaux des exigences ou des impératifs de politique publique sectorielle, mais de proposer à ces acteurs locaux de travailler avec les populations de proximité. Il s'agit de répondre à des enjeux d'accès et de toucher les publics en difficulté. Pour ce, il est nécessaire de réinterroger les politiques publiques dans leurs dimensions régionales et nationales.

Pour terminer, à travers la notion de « territoire », nous devons nous rappeler que nous sommes ici mobilisés autour de la logique du Contrat urbain de cohésion sociale. Il s'agit d'un cadre intersectoriel sur lequel la politique de la Ville injecte des moyens d'ingénierie de projet, notamment en matière de santé, qui sont très utiles comme éléments d'intégration.

Cette méthode d'action mobilise des élus qui s'engagent de manière volontaire dans une optique de promotion de santé et de meilleure compréhension des difficultés d'accès. Il faut donc que l'on investisse de plus en plus en terme de développement qualitatif. Grâce aux Ateliers Santé Ville, ce champ peut nous permettre de répondre aux exigences en santé publique mais aussi à celles de la politique d'inclusion ou celles, encore, de développement durable.

**Intervention 5**  
**Elisabeth CASTELLOTTI /**  
**Sous-préfète chargée de mission pour la politique de la Ville, Préfecture du Vaucluse**

La santé est l'une des 5 dominantes thématiques des Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) et on peut dire que les Ateliers Santé Ville sont, quant à eux, emblématiques du fonctionnement de cette nouvelle contractualisation.

Dans une perspective de lutte contre l'exclusion et pour l'égalité des chances, le travail réalisé dans le cadre des ASV doit être polyvalent. En effet, les problèmes de santé génèrent de l'exclusion mais peuvent aussi être la conséquence d'une exclusion. Une personne qui éprouve des difficultés de santé peut en éprouver dans d'autres domaines : sur le plan du logement et de l'emploi par

exemple... On retrouve là une approche clairement populationnelle : on parle de population et pas seulement de territoire.

Le côté emblématique apparaît aussi au niveau du maillage. Pour être efficace, il faut une interaction entre les intervenants de la santé et ceux d'autres domaines. Chacun doit savoir ce que fait l'autre et dans quelles conditions il peut repérer les personnes les plus éloignées de la santé. Celles qui viennent spontanément demander de l'aide ne vont pas si mal que ça. C'est exactement la même chose dans le domaine de l'emploi, où les chômeurs qui côtoient l'ANPE ne sont pas ceux qui ont le plus besoin de formation ou d'aide. Ainsi, l'objectif est bien d'avoir un maillage suffisamment fin pour repérer les personnes qui en ont le plus besoin. Si nous n'arrivons pas atteindre toutes les personnes, nous aurons échoué.

La deuxième problématique qui a été très bien expliquée, est celle de l'évaluation. De nombreux CUCS ont été lancés sans que l'évaluation ne soit réellement prévue. Sans compter que les actions engagées sur l'amélioration des conditions de vie relèvent de sentiments humains particulièrement difficiles à évaluer. Cette difficulté fait référence à une analyse quantitative, qui bien que nécessaire, ne rend pas toujours bien compte de la qualité des actions. L'évaluation est plus que nécessaire - il est normal qu'on soit en mesure de rendre des comptes sur l'utilisation de l'argent public - mais celle-ci doit être la plus fine et la plus pertinente qu'il soit, sans quoi on pourrait passer à côté d'actions de très grande utilité publique.

Enfin, deux remarques concernant les changements incessants qui ont animé la politique de la Ville ces derniers temps. Le fait est que lorsqu'on ne change pas, on reproche à l'état son immobilisme et lorsqu'on change, on lui reproche d'aller trop vite. Il faut trouver un bon équilibre entre les deux. Il y avait les Contrats de Ville, désormais remplacés par les CUCS que nous jugeons mieux adaptés à l'évolution de la situation. Dans l'esprit ce n'est pas fondamentalement différent.

Pour ce qui est de la prise en charge des territoires, c'est le droit commun qui doit prévaloir. Il est bien clair que la politique de la Ville intervient en complémentarité. Ce mode d'intervention implique un partenariat qui demeure fragile : si un maillon lâche, ça ne fonctionne plus. En même temps, c'est la condition de la réussite et de toute manière, il n'y a pas d'opération sans risque.

## Intervention 6 Maire adjointe d'Avignon

.....

En tant qu'ancienne infirmière, la première notion à laquelle je demeure attachée, c'est « l'homme en bonne santé ». Il est donc essentiel d'avoir une culture de la santé non uniquement basée sur le soin.

Par ailleurs, on parle aujourd'hui, durant cette journée, de laisser des traces. Or, les infirmières ont l'habitude de « dire ce qu'elles ont fait », et « d'écrire ce qu'elles ont fait ». C'est primordial dans ces métiers mais aussi dans bien d'autres domaines d'activité, comme l'ingénierie de projet socio-médical.

Autre habitude que j'ai retenue de mon ancien métier, c'est le travail en équipe. Il est essentiel de développer de la transversalité entre acteurs de santé et entre thématiques. En tant qu'élue, je ne me vois pas travailler sur une politique de santé sans y associer tous les autres acteurs locaux. Dans ce cadre là, les associations ont un rôle important à jouer et en tant que déléguée à la vie associative, je suis sûre que l'Atelier Santé Ville va permettre de mobiliser et valoriser toutes les forces associatives du territoire impliquées sur cette question.

Pour le troisième mandat de notre maire, nous avons clairement identifié un délégué à la santé ce qui n'était pas fait jusqu'à présent. Il est crucial que la population se sente écoutée et accompagnée sur ces questions de santé.

## Intervention 7 André CASTELLI / Vice président en charge de l'action sociale - Conseil Général du Vaucluse

.....

La question de la santé publique s'analyse à deux niveaux. Au niveau national d'abord, il y a 60 millions de citoyens qui doivent tous relever d'une politique de santé publique ; c'est à dire la mise en œuvre d'une politique par la Nation contribuant à l'état de bien-être des citoyens. Cette politique est en souffrance et en retrait.

Deuxièmement, la question de la santé publique se pose, à une autre échelle, sur des territoires en plus grande difficulté : les territoires éligibles à la politique de la Ville. Or dans ces cas particuliers, tant que l'on ne s'évertuera pas à admettre que l'on est en échec au regard des objectifs fixés comme des moyens à mettre en œuvre, on restera en difficulté. D'ailleurs, les chiffres montrent que ces politiques d'intervention spécifiques ne concernent plus simplement une petite partie de la population ; au contraire, on

constate aujourd'hui un élargissement des populations concernées, voire un élargissement des territoires. Il y a urgence.

Les politiques de la ville doivent être des politiques d'innovation, c'est à dire des « politiques projet » qui dimensionnent des politiques publiques partagées par le plus grand nombre. Les politiques contractualisées par le biais des Contrats urbains de cohésion sociale sont des politiques de routine, de mécanique perpétuelle qui se renouvellent chaque année. Et malheureusement aujourd'hui, demander à des opérateurs d'innover, c'est les mettre en difficulté. Ils travaillent dans le risque permanent. Nous [les élus] sommes les spectateurs des batailles menées par ces opérateurs. Il faudrait prendre plus de temps pour évaluer cela, car sur certains points, on provoque l'inverse de ce que l'on prétend vouloir régler. L'innovation est nécessaire, mais les opérateurs ont, de changement en changement, du mal à s'y retrouver. Même s'il ne s'agit pas de rester figé.

Même s'il existe des choses très intéressantes (les Ateliers Santé Ville en font partie), cette discrimination territoriale montre que l'on considère certains territoires comme des « territoires d'exclus », où vivent des populations qui ont besoin que l'on s'occupe d'elles. Or, il ne faudrait pas oublier que ces gens sont aussi porteurs d'énormes richesses. J'ai l'impression que les politiques actuelles ne créent pas les conditions d'épanouissement optimales pour ces habitants.

Autre problème : les modes de mise en oeuvre de ces politiques. La contractualisation du CUCS a été initiée entre l'Etat et la ville. Ce n'est qu'a posteriori qu'on nous [le Conseil Général] interroge : « voulez-vous participer ou pas » ? Sur un sujet aussi important, on a besoin de réfléchir.

Une idée récurrente a été émise : on ne s'en sortira pas si on n'agit pas par l'intermédiaire de politiques territorialisées. Le problème, c'est qu'on parle aujourd'hui des territoires car c'est là qu'on trouve l'argent pour financer les programmes. Il y a une urgence à analyser la façon dont se développent les territoires, mais le problème principal reste le financement des opérations ! Et sur ce point, il est clair que les collectivités territoriales ne vont pouvoir assurer seules le poids des investissements.

Par rapport à la souffrance psychosociale à laquelle sont confrontés les acteurs qui mettent en oeuvre les politiques publiques de type « prise en charge des populations », nous devons revisiter des concepts qui étaient basés sur des compétences partagées ( police, associations... )  
Reste que je ne suis pas convaincu qu'il y ait davantage de souffrance psychique dans des territoires de la politique de la Ville par rapport aux beaux quartiers.

Le problème est plus global. La pire des choses consisterait à dire que les populations des quartiers sensibles sont précaires, donc en souffrance psychique, et que l'on s'efforcerait à régler celle-ci sans s'occuper de leur précarité.

Sur la question des associations, le problème est évident : elles mènent de vraies missions de service public, et pourtant elles souffrent au niveau financier. On ne peut pas demander plus longtemps à des associations de se substituer aux pouvoirs publics. Ce qui est à l'ordre du jour, c'est la réappropriation publique de ces politiques.

# Annexes

- # 1 / UN EXEMPLE DE PLAN LOCAL DE SANTE PUBLIQUE : LE PLSP DE LA VILLE D'ARLES
- # 2 / LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (CRS)
- # 3 / LE GROUPEMENT RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (GRSP)
- # 4 / LE PLAN RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (PRSP)

## ILLUSTRATIONS DE TERRAINS

### #1 UN EXEMPLE DE PLAN LOCAL DE SANTE PUBLIQUE : LE PLSP DE LA VILLE D'ARLES

Le Plan Local de Santé Publique (PLSP) d'Arles est la feuille de route opérationnelle d'une stratégie locale de promotion de la santé et de réduction des inégalités de santé.

Le PLSP vise à améliorer l'accès à la prévention et aux soins. La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et de moyens pour l'améliorer (définition OMS, Charte d'Ottawa). Elle prévoit notamment l'intervention sur les déterminants de l'état de santé de la personne : environnement (habitat, travail, conditions socio-économiques), comportement (modes de vie, habitudes alimentaires, déplacements...), offre de soins (diversité et proximité).

Le PLSP a été élaboré collectivement dans le cadre de l'Atelier Santé Ville d'Arles mis en place en avril 2003.

Il résulte d'un diagnostic qui a associé les professionnels sanitaires et sociaux et la population (410 habitants ont répondu à l'enquête). Cela a permis de retenir quatre thèmes prioritaires de santé: nutrition - hygiène de vie, parentalité - maltraitances, mal être - isolement, santé des jeunes.

Des groupes «réflexion-action» de professionnels ont été constitués sur chacun des axes thématiques prioritaires et se sont réunis entre septembre 2005 et janvier 2006 pour émettre des propositions d'actions.

Le PLSP se doit de prendre en compte les orientations figurant dans les plans départementaux et régionaux. Ainsi, le PLSP trouve une articulation avec les programmes régionaux de santé (Plan Régional de Santé Publique, Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins). Il s'inscrit sur le territoire de la ville d'Arles ; ce territoire de santé est repéré dans le nouveau schéma régional d'organisation sanitaire (SROS III).

Il vise à promouvoir des actions de terrain et de proximité adaptées aux attentes des professionnels et de la population concernée.

Il a fait l'objet d'une validation par le Comité de pilotage de l'Atelier Santé Ville.

Le PLSP vise quatre objectifs :

- Promouvoir une bonne hygiène de vie et améliorer l'équilibre alimentaire.
- Réduire les effets sur la santé des situations de difficultés intra-familiales.
- Réduire les situations de mal être et d'isolement.

- Améliorer l'éducation à la santé, la prévention et l'accès aux soins pour les jeunes de 11 à 25 ans.
- L'animation et le suivi du PLSP constitue un axe transversal.

Les actions s'inscrivant dans ces objectifs seront principalement financées dans le cadre de la politique de la ville (Contrat Urbain de Cohésion Sociale) et des différents programmes de santé définis au niveau régional.

> L'intégralité du PLSP de Arles sur : <http://www.ville-arles.fr/portail/index.asp?p=2&site=sante>

### #2 LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (CRS)

La conférence régionale de santé (CRS) a pour missions de contribuer à la définition et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé et de donner un avis sur le plan régional de santé publique (PRSP).

En région PACA, la CRS a été installée le 5 décembre 2005 en Avignon et s'est réunie le 28 mars 2006 pour rendre son avis sur le PRSP.

Elle compte 120 membres, répartis en six collèges :

- > le collège des collectivités territoriales et des organismes d'assurance maladie (24 membres)
- > le collège des malades et usagers du système de santé (15 membres)
- > le collège des professionnels de santé exerçant à titre libéral, des professionnels médicaux et non médicaux y compris sociaux exerçant dans des établissements et services de santé sociaux et médico-sociaux ainsi que des professionnels de médecine préventive et de santé publique (21 membres)
- > le collège des institutions et établissements publics et privés de santé (30 membres)
- > le collège des personnalités qualifiées (15 membres)
- > le collège des acteurs économiques (15 membres)

### #3 LE GROUPEMENT RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (GRSP)

Le groupement régional de santé publique (GRSP) est un groupement d'intérêt public qui a été installé en PACA le 2 juin 2006 en préfecture de région.

Le GRSP dispose d'un conseil d'administration et est composé de membres de droit (Etat, INPES, InVS, ARH, URCAM, CRAM) ainsi que de membres volontaires (une cinquantaine de collectivités territoriales à ce jour, conseils généraux, communes, communautés de communes et communautés d'agglomération).

Il a pour missions :

- > le développement des politiques de prévention, avec la mise en cohérence des politiques et la professionnalisation des acteurs
- > la mise en oeuvre et le suivi des programmes du PRSP, qui portent sur la définition des actions, le financement de certaines d'entre elles et leur suivi ; les financements relevant de la compétence du conseil d'administration
- > la communication, pour renforcer l'impact des actions entreprises
- > l'évaluation, qui s'appuiera sur un système d'information permettant le suivi des objectifs et des financements.

### #4 LE PLAN RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (PRSP)

Le plan régional de santé publique 2005/2009 (PRSP) est un document qui a vocation à servir de cadre de référence pour toutes les institutions de la région PACA impliquées dans le champ de la santé.

Il dépasse le champ de la prévention et poursuit deux objectifs généraux : réduire la mortalité prématurée et évitable, et réduire les inégalités de santé.

En 2006, après avis de la conférence régionale de santé (CRS), le plan quinquennal a été arrêté par le préfet de région. Le groupement régional de santé publique (GRSP) en assure la mise en oeuvre.

Le PRSP souligne les caractéristiques de la région : la population présente un état de santé globalement bon, mais les inégalités de santé sont importantes et la situation sociale apparaît très contrastée. Le critère de la précarité a été retenu comme déterminant pour plusieurs programmes du Plan.

Le PRSP est organisé en 20 programmes qui portent sur cinq grandes thématiques de santé publique :

- > agir sur l'environnement, y compris au travail
- > agir sur des comportements
- > agir sur des pathologies
- > agir sur des populations spécifiques
- > répondre aux situations d'urgence

S'y ajoutent deux outils méthodologiques : le programme « Observer pour connaître, prévoir et évaluer » et le « Schéma régional d'éducation pour la santé ».

Les programmes seront développés au niveau des 25 territoires de proximité que compte la région PACA.

> Source : PRSP PACA 2005-2009



> Ce compte-rendu a été réalisé à partir de l'enregistrement audio des interventions

Directeur de publication : Dominique MICHEL  
Secrétariat de rédaction : Isabelle MARGUERITE  
Conception éditoriale, conception graphique  
& retranscription : échocité (echocite@free.fr)  
Décembre 2008

> Les comptes-rendus des Ateliers Régionaux de la Ville  
sont édités par le Centre de Ressources pour la Politique de la Ville - PACA  
Groupement d'Intérêt Public  
4C, place Sadi Carnot - 13002 Marseille

tél : 04 96 11 50 41 / fax : 04 96 11 50 42  
mail : crpv-paca@wanadoo.fr  
www.crpv-paca.org

> Les partenaires des Ateliers Régionaux de la Ville





Centre de ressources pour la politique de la Ville PACA

Groupement d'Intérêt Public  
4C, place Sadi Carnot - 13002 Marseille  
tél : 04 96 11 50 41 / fax : 04 96 11 50 42  
mail : [crpv-paca@wanadoo.fr](mailto:crpv-paca@wanadoo.fr)  
[www.crvp-paca.org](http://www.crvp-paca.org)