

Dossier

Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ?

15-30 ans

Le recours à l'Internet-santé

Santé et précarité

Les pistes d'interventions
d'ATD Quart Monde

Cinésanté

Le Géant égoïste

LA SANTÉ EN ACTION

LA REVUE DE LA PRÉVENTION,
DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ
ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

- actualité et expertise
- pratiques et actions de terrain
- méthodes d'intervention et aide à l'action
- interviews et témoignages

Une revue de référence
et un outil documentaire pour

- les professionnels de la santé,
du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

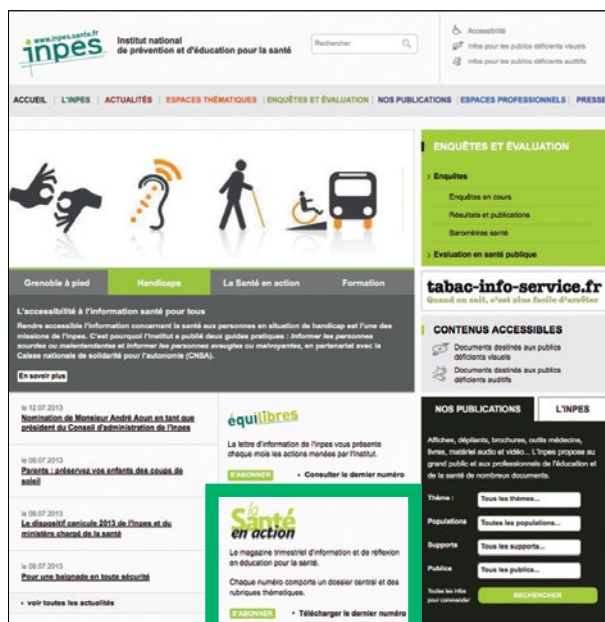
Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux

LA SANTÉ EN ACTION EST DISPONIBLE GRATUITEMENT :

- en format papier sur abonnement pour les
lieux collectifs d'exercice et d'accueil du public
(établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux,
communes et collectivités, bibliothèques, etc.)
- en format Internet pour tous les publics,
professionnels ou non, collectifs ou individuels

Rendez-vous sur www.inpes.sante.fr



la Santé en action

est éditée par :

**l'Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé (Inpes)**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex – France
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directrice de la publication :
Thanh Le Luong

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DE RUBRIQUES

**François Beck, Sandrine Broussouloux, Michel
Condé, Jennifer Davies, Nathalie Houzelle**
Lectures : **Centre de documentation**
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION

Yaelle Amsellem-Mainguy (Injep), **Jean-
Christophe Azorin** (enseignant - formateur),
Judith Benrekassa (InVS), **Dr Michel Berthier**
(mairie de Poitiers), **Dr Zinna Bessa** (direction
générale de la Santé), **Mohamed Boussoûar**
(Ireps Rhône-Alpes), **Alain Douiller** (Codes de
Vaucluse), **Christine Ferron** (Ireps de Bre-
tagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé,
Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur),
Annick Gardies (Inpes), **Dr Luc Ginot** (ARS Île-
de-France), **Emmanuelle Hamel** (Inpes), **Zoë
Héritage** (Réseau français des villes santé de
l'OMS), **Stéphane Idrac** (Mildeca), **Laurence
Kotobi** (université Bordeaux-Segalen), **Marika
Lefebvre** (FNMF), **Éric Le Grand** (sociologue),
Nathalie Lydié (Inpes), **Dr Annie-Claude
Marchand** (ARS Champagne-Ardenne),
Claire Méheust (Inpes), **Mabrouk Nekaa**
(DSDEN Loire), **Jean-Marc Piton** (Inpes),
Jeanne Pommier (EHESP), **Dr Stéphane Tessier**
(Regards).

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **JOUE**
Photographies : **Sophie Chivet, Claudine Doury,
Christophe Goussard, Frédéric Lecloux, Navia,
Fabrice Picard, Juan Manuel Castro Pietro, Michael
Zumstein** - Agence VU - Sophie Pagan.
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Manuela Teixeira (01 49 33 23 52)
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 2^e trimestre 2014
Tirage : 10 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont
de la responsabilité de la rédaction

Enquête

4 _ Le recours à l'Internet-santé parmi les 15-30 ans

François Beck, Jean-Baptiste Richard, Viêt Nguyen-Thanh, Isabelle Parizot, Ilaria Montagni, Émilie Renahy



Photographie de couverture : © Sophie Chivet - Agence Vu

3

Dossier

TERRITOIRES FRAGILISÉS : QUELLES STRATÉGIES POUR LA SANTÉ DES POPULATIONS ?

Coordination :

Pascale Echard-Bezault, Alexandra Auclair, Luc Ginot et Annie-Claude Marchand

Introduction

6 _ Pascale Echard-Bezault, Alexandra Auclair, Luc Ginot, Annie-Claude Marchand

L'évolution des territoires en France : dynamiques spatiales et différenciation sociale

8 _ Francis Aubert

Les relations entre la santé et le territoire en épidémiologie sociale

11 _ Pierre Chauvin

Le contrat local de santé : un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

14 _ Nadine Haschar-Noé, Émilie Salaméro

« On ne peut pas se passer de l'expertise vécue des habitants »

18 _ Entretien avec Alice Tron de Bouchony

À Vitry-le-François, « mobiliser au mieux les ressources existantes »

22 _ Entretien avec Khalid Ida Ali

« Les acteurs étaient prêts pour des actions communes et concertées »

24 _ Entretien avec Thierry Alibert

Centre de santé du Franc-Moisin : « Un mariage entre l'action sociale et la pratique du soin »

25 _ Entretien avec Didier Ménard

En Pays Cœur d'Hérault, l'urgence est à l'accès aux soins

28 _ Guy Lassalvy, Laurent Garcin

En Thiérache, la santé n'a pas de frontière

31 _ Geneviève Houioux, Philippe Lorenzo

À Marseille, des « Ateliers Santé Ville » pour répondre aux besoins des populations

33 _ Didier Febvrel

Centres délocalisés de prévention et de soins : une approche pour les territoires isolés de Guyane

36 _ Muriel Ville, Paul Brousse

Pour en savoir plus

39 _ Laetitia Haroutunian

ERRATUM

Le n° 427 de *La Santé en action* comporte deux erreurs en page 33, dans l'article intitulé « *Qu'ils se sentent mieux au sein du collège afin qu'ils soient davantage disponibles pour l'apprentissage* ». Dans le surtitre, le programme concerné s'intitule « Aller bien pour mieux apprendre » (et non pas « Apprendre à mieux vivre ensemble »). Idem au haut de la deuxième colonne : il s'agit bien du programme « Aller bien pour mieux apprendre » (ABMA).

La rédaction

Témoignages

44 _ Prendre soin de soi et de son enfant lorsqu'on est pauvre : témoignages et pistes d'interventions d'ATD Quart Monde

Huguette Boissonnat-Pelsy

Cinésanté

47 _ Le Géant égoïste

Michel Condé

Lectures

50 _ Céline Deroche, Olivier Delmer, Sandra Kerzanet, Laetitia Haroutunian

Le recours à l'Internet-santé parmi les 15-30 ans

François Beck,

Responsable
du département enquêtes
et analyses statistiques,
Inpes,

Jean-Baptiste Richard,

Chargé d'études
et de recherche,
direction des Affaires
scientifiques, Inpes,

Viêt Nguyen-Thanh,

Chargée de recherche,
direction des Affaires
scientifiques, Inpes,
Isabelle Parizot,
Chargée de recherche,
Équipe de recherche
sur les inégalités sociales,
Centre Maurice Halbwachs
(CNRS, EHESS, ENS),
Ilaria Montagni,
Post-doctorante,
Neuroépidémiologie, Centre
Inserm U897, université
de Bordeaux,

Équipe de recherche en
épidémiologie sociale,
Institut Pierre Louis
d'épidémiologie et de santé
publique (UMR-S 1136,
Inserm & Sorbonne
universités UPMC)

Émilie Renahy,

Post-doctorante,
Centre for Research on
Inner City Health,
Li Ka Shing Knowledge
Institute,
St. Michael's Hospital,
Toronto (Canada).

Face à la difficulté de s'adresser aux jeunes sur des comportements de santé qui ont principalement des conséquences à long terme (tabagisme et cancer du poumon, nutrition, sédentarité, consommation d'alcool et maladies cardio-vasculaires, etc.), les acteurs de la prévention ont investi Internet et ses réseaux sociaux, que les jeunes utilisent massivement. Mais que sait-on de leur usage d'internet sur ces questions et s'intéressent-ils aux sites consacrés à la santé ?

Afin d'investiguer cette thématique, un module spécifique de l'enquête *Baromètre santé 2010* de l'Inpes, composé de questions relatives à l'utilisation d'Internet et à son usage pour des questions liées à la santé, a été proposé à un sous-échantillon de 4 592 personnes de 15 à 75 ans, dont 1 052 âgées de 15 à 30 ans. Les questions portaient sur la fréquence d'utilisation

d'Internet, sur le fait d'avoir cherché des informations sur la santé, sur l'impact de ces recherches sur le recours aux soins, sur la crédibilité de l'information trouvée. Parmi les 15-30 ans, 463 personnes ont cherché des informations sur la santé sur Internet ; une description des thèmes consultés leur était demandée. Un regroupement en 5 catégories a été retenu : maladies,

actualité médicale et traitements, santé de la mère et de l'enfant, comportements de santé, problèmes de santé ponctuels.

Utilisation d'Internet santé chez les jeunes

Cette étude a permis de vérifier que la quasi-totalité (93 %) des 15-30 ans sont des internautes, et surtout que la moitié d'entre eux ont utilisé Internet au cours des 12 derniers mois pour chercher des informations ou des conseils sur la santé. Globalement en 2010, 45 % des 15-30 ans, et surtout les femmes (57 % contre 40 % des hommes), ont ainsi utilisé Internet pour des questions de santé au cours de l'année, contre 35 % pour les 31-75 ans.

La proportion d'internautes recherchant des informations sur la santé augmente avec l'âge dans la catégorie des 15-30 ans, passant de 39 % chez les 15-19 ans à 55 % chez les 26-30 ans. Par ailleurs, parmi les 15-30 ans comme dans l'ensemble de la population, les internautes-santé sont en proportion plus nombreux parmi les femmes, et moins nombreux parmi les employés ou les ouvriers. La littérature scientifique semble s'accorder sur ces associations entre genre, statut socio-économique et recours à Internet pour la santé.

Près de 80 % des jeunes qui y ont eu recours jugent les informations recueillies sur Internet le plus souvent crédibles. Ceux qui n'y ont pas eu recours expliquent en premier lieu qu'ils se sentent suffisamment informés autrement (75 %) et qu'il vaut mieux aller voir un médecin (74 %), mais aussi qu'ils se méfient des informations sur Internet concernant la santé (67 %). Par ailleurs, 15 % des 15-30 ans déclarent « un changement » dans la façon de s'occuper de leur santé du fait de l'usage

d'Internet (la nature de ce changement n'était pas investiguée dans l'enquête) et 5 % un impact sur la fréquence des consultations médicales, proportions supérieures à celles des 31-75 ans (respectivement 8 % et 2 %).

Lien avec une consultation médicale

Les trois quarts des 15-30 ans qui utilisent Internet pour chercher des informations sur la santé déclarent avoir effectué leurs recherches en lien avec une consultation médicale, 45 % l'ayant fait avant ou après la consultation, probablement dans le but de préparer un recours au soin ou de rechercher des compléments d'information.

Les grands thèmes de santé recherchés sur Internet et cités le plus fréquemment par les internautes santé de 15-30 ans ont été en 2010 : les maladies chroniques et la santé en général (45 %), les informations sur la santé de la mère et l'enfant (21 %), les problèmes de santé ponctuels (de type maux de dos, de genoux, etc.) (20 %) et les comportements de santé, par exemple concernant le tabac ou l'arrêt du tabac, la contraception, l'alimentation (19 %). Logiquement, les 15-30 ans se distinguent des plus âgés par un intérêt particulier pour les questions de santé relatives à la parentalité et aux comportements de santé.

Crédibilité de l'information

Les résultats présentés concernant la crédibilité des informations sur la santé trouvées sur Internet montrent que les démarches visant à aider les internautes à identifier les informations les plus valides, comme la certification et la labellisation de sites, sont à poursuivre et à amplifier. À titre d'exemple, l'Inpes initie, depuis 2013, une démarche de labellisation afin de valoriser les sites d'aide à distance qu'il soutient. Le

label ainsi attribué permettra de garantir la qualité et l'exactitude des informations délivrées sur les sites en question.

Au final, il convient de rappeler que le développement d'Internet, en hausse constante depuis deux décennies en France, reste néanmoins relativement bas par rapport aux pays européens au sein desquels Internet a été implanté plus tôt, tels que les Pays-Bas ou les pays nordiques. L'utilisation d'Internet pour la diffusion des informations sur la santé reste une voie très prometteuse pour la promotion de la santé, à condition que l'essor de l'Internet-santé s'accompagne d'une poursuite des démarches de qualité et de labellisation des contenus les plus fiables.

Ce contexte justifie l'investissement croissant, réalisé depuis quelques années, par les acteurs de la prévention comme l'Inpes dans les outils utilisant Internet : soutien du site www.filsantejeunes.com, création de sites dont les contenus sont dédiés à la cible « jeunes », comme www.onsexprime.fr, plateforme sur la sexualité qui contient notamment la web série récemment primée « Puceau(X) », développement de pages Facebook sur différents thèmes, mise en ligne de vidéos-événement comme le manga Attraction (www.attraction-lemanga.fr) qui vise à prévenir l'initiation du tabagisme, ou encore adaptation de sites à leur usage sur téléphone mobile.

De plus, et comme de nombreuses innovations, l'Internet-santé semble susceptible, dans un premier temps, d'accroître les inégalités sociales de santé, bénéficiant surtout aux personnes les plus privilégiées. À terme en revanche, Internet pourrait bien les réduire en permettant en particulier un accès facilité à l'information et à la prévention.

Enfin, des travaux distinguant la nature du recours à Internet (sites Internet d'information, réseaux sociaux, forums de discussion, etc.) pourraient très utilement compléter nos résultats. De même, une comparaison entre différentes sources d'information permettrait de voir si – et en quoi – Internet est spécifique : les internautes recherchant des informations sur la santé sont-ils les mêmes que ceux qui utilisent

L'ESSENTIEL

- **✎ Environ la moitié des 15-30 ans utilise Internet pour s'informer ou recueillir des conseils sur la santé.**
- **✎ Les trois quarts d'entre eux l'ont fait en lien avec une consultation médicale, avant ou après la visite chez le médecin.**

d'autres sources plus traditionnelles (journaux, TV, radio, etc.) d'information en santé; Internet en tant que source d'information santé entraîne-t-il des modifications de comportements plus importantes que d'autres sources ? En d'autres termes, Internet est-il seulement un autre mode de diffusion et de recherche d'information, ou de nouveaux comportements sont-ils apparus ? ■

BIBLIOGRAPHIE

- Beck F., Richard J.-B., Nguyen-Thanh V., Montagni I., Parizot I., Renahy E. Use of the Internet as a health information resource among french young adults: Results from a nationally representative survey. *Journal of Medical Internet Research*, 2014, vol. 16, n° 5 : e128. En ligne : <http://www.jmir.org/2014/5/e128/>
- Beck F., Richard J.-B. dir. *Les comportements de santé des jeunes. Analyse du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 344 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/baro-jeunes.pdf>
- Hart J.T. The inverse care law. *The Lancet*, 1971, vol. 297, n° 7696 : p. 405-412.
- Renahy E. Les inégalités sociales face à l'Internet-santé. Enseignements tirés d'enquêtes internationales. In : Thoër C., Lévy J. L. dir. *Internet et santé. Acteurs, usages et appropriations*. Québec : Presses de l'Université de Québec, coll. Santé et société, 2012 : p. 13-36.



Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ?

Dossier coordonné par Pascale Echard-Bezault,

médecin de santé publique,
chef de département
« Appui aux acteurs
et aux institutions »,
direction de l'animation
des territoires et des réseaux,
Inpes,

Alexandra Auclair,

Chargée de mission en santé
publique,
Agence régionale de santé Alsace,
Strasbourg,

Luc Ginot,

médecin de santé publique,
directeur du pôle Besoins,
réductions des inégalités, territoires,
adjoint au directeur de la santé
publique,

Agence régionale de santé
Île-de-France, Paris,

Annie-Claude Marchand,

médecin de santé publique,
directrice de la stratégie régionale,
Agence régionale de santé
Champagne-Ardenne,
Châlons-en-Champagne.

Depuis une trentaine d'années, les équilibres entre les territoires se sont modifiés, les disparités se sont accentuées, ces processus s'accompagnant de mouvements importants de populations. Quelles en sont les conséquences, en termes de santé, pour les habitants ? Et quelles réponses nouvelles envisager face à ces bouleversements ?

Ce dossier dresse un état des lieux et explore les « nouvelles voies » empruntées par les acteurs de terrain et les décideurs. Car il s'agit bien d'interagir avec le territoire, ses équipements, son urbanisme, son habitat, ses modes de transport, son dispo-

sitif sanitaire. Bref, tout ce qui constitue les « déterminants socio-environnementaux » des conditions de santé et de bien-être. Interagir en tentant de peser sur des caractéristiques qui sont autant de déterminants concrets de la santé, mais interagir aussi en

intégrant leurs spécificités dans la construction des « réponses », c'est-à-dire toutes les interventions ayant un impact sur la santé des populations. Pour mémoire, un tel cadre a été conceptualisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et plus précisément par une commission *ad hoc* pilotée par le britannique Michael Marmot [1].

Réorganiser les dispositifs de santé

Nous avons donc demandé à des élus, porteurs de projets, représentants des politiques publiques et en particulier des Agences régionales de santé (ARS), en d'autres termes acteurs et décideurs, mais aussi à des chercheurs d'analyser ce bouleversement et de présenter les modes d'intervention mis en œuvre sur le terrain.

La première partie décrypte les grandes évolutions sur les plans géographique, démographique, social, économique. Celles-ci ont un impact majeur sur la politique de santé, laquelle tente progressivement de se construire à l'échelle territoriale.

Entre le rural isolé et les quartiers défavorisés des grandes métropoles, la typologie des territoires a considérablement évolué. En témoignent ces communes qui accueillent de nouveaux habitants, issus des classes modestes



et moyennes s'éloignant de la banlieue des grandes villes, Paris en tête, pour trouver entre autres des conditions moins onéreuses de logement. Un afflux de populations qui conduit les communes concernées à s'équiper (transport, garde d'enfants, etc.) sans en avoir toujours les moyens financiers. De même, en régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées où l'arrivée de nouveaux habitants – conjuguée paradoxalement à la désertification d'une partie d'un département et l'absence de professionnels dans ces pays peu peuplés – contraint les autorités et les élus à réorganiser les dispositifs de santé, comme en témoigne l'exemple du Pays Cœur d'Hérault cité dans ce numéro.

Partir des besoins des populations

L'objectif ici n'est pas de fournir des recettes toutes faites : les différentes contributions démontrent tout au contraire la spécificité de chaque territoire. Les auteurs témoignent de concert que la réponse en termes de santé publique ne peut être qu'en partant des besoins des populations. La politique d'un territoire peut être difficilement transplantée telle quelle sur un autre lieu, mais l'expérience acquise ici par les acteurs peut, sans aucun doute, être utile ailleurs.

L'ambition du dossier est donc autre : dresser un état des connaissances et illustrer par des exemples concrets. Où l'on découvre au fil des témoignages que nombre d'acteurs et de décideurs ont « inversé » le paradigme : partir des gens, voir comment ils occupent cet espace, ce dont ils disposent, ce dont ils manquent, recueillir leurs attentes et leurs besoins. Ce diagnostic territorial identifie aussi les atouts du territoire et les manques à combler. Tout ceci pour construire une politique de santé publique adaptée à la population.

Crise économique : un obstacle à la promotion de la santé ?

Et c'est là où, souvent, le bât blesse : partout où nous avons sollicité experts, acteurs et décideurs, à Marseille, Mulhouse, Saint-Denis, Vitry-le-François, en Pays Cœur d'Hérault, en Thiérache tout comme en région Midi-Pyrénées et en Guyane, l'on constate que la crise économique a tendance à escamoter l'Acte Un de la promotion de la santé des populations : établir un diagnostic des besoins des populations... avec les populations. On sait qu'en France, crise ou pas, le grand absent des processus de santé publique demeure souvent cette première étape de consultation/participation des populations. Tout le monde s'en revendique, mais peu parviennent à installer durablement ce processus. La même difficulté est constatée pour s'attaquer concrètement aux inégalités sociales de santé.

Pour autant, tous ces territoires ont mis au point des dispositifs spécifiques pour améliorer la santé et la qualité de vie de leurs habitants. Avec des résultats indéniables, comme en témoigne ce dossier central. Mais aussi avec des difficultés récurrentes : la réduction des crédits, l'empilement des dispositifs, la défense d'intérêts particuliers, et parfois le repli des dispositifs d'accompagnement sociaux, la nécessité de respecter un cadre national ou régional plus ou moins adapté et plus ou moins rigide, de prendre en compte des publics et des problématiques émergentes en partant de dispositifs normés, mis en difficulté notamment par la crise économique.

Une démonstration de ces écueils est apportée par une équipe de cher-

cheurs en région Midi-Pyrénées. Ils ont notamment passé au peigne fin plusieurs Contrats locaux de santé (CLS) et démontrent que la situation est tout en contraste et nuance : selon les territoires, la coopération entre les services déconcentrés de l'État et l'échelon local (élus et acteurs de terrain) a plus ou moins bien fonctionné. Les caractéristiques et les réponses territoriales sont aussi le résultat de jeux d'acteurs et de positionnements institutionnels locaux.

Une certitude : face à l'évolution des territoires et aux migrations de populations, les solutions et stratégies mises en œuvre jusqu'à présent doivent être ajustées, réinventées. Les réussites les plus probantes présentées dans ce dossier ont pour point commun dans un premier temps l'inclusion des populations – et de leurs représentants – dans la prise de décision et la mise en œuvre de l'action. Et dans un second temps, la mobilisation et le partenariat de l'ensemble des acteurs locaux. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Marmot M., Wilkinson R. dir. *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. Copenhague : Organisation mondiale de la santé (OMS), 2004 : 40 p.
En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf

Dossier

Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ?

L'évolution des territoires en France : dynamiques spatiales et différenciation sociale

Francis Aubert,
professeur d'économie
Agrosup Dijon,
UMR Cesaer Agrosup-INRA.

Le rapport des populations au territoire est marqué, dans la France contemporaine, par un phénomène majeur d'accroissement de la mobilité des personnes. Aux figures traditionnelles du mode de vie sédentaire et de l'ancrage local, modulées toutefois par de puissants mouvements d'exode rural, se sont substituées des pratiques courantes de mobilité résidentielle et de déplacements quotidiens. La géographie humaine du pays en est bouleversée et la carte des territoires reconfigurée, en lien notamment avec les dynamiques urbaines.

Une croissance générale de la population, qui ne se répartit pas uniformément sur le territoire national

La population française croît : sur les 30 dernières années, le gain net est supérieur à 9 millions d'habitants, suivant un rythme annuel moyen de 0,5 % ; cela correspond à un accroissement de plus de 300 000 personnes en moyenne annuelle [1]. La question qui se pose est celle de la localisation de cette population additionnelle : 25 régions, 87 départements et près de 27 000 communes ont gagné de la population. Sachant que les 4/5^e de cette croissance proviennent d'abord de l'excédent démographique naturel (fécondité) – une particularité française au sein de l'Union européenne où la proportion n'est qu'à

peine plus d'un tiers –, une partie des évolutions locales et régionales s'explique par la structure de la population et sa fécondité. L'ancien « croissant fertile » du nord et de l'est de la France, ainsi que les grandes villes, bénéficient de cet effet démographique naturel. Ce sont maintenant, de manière de plus en plus marquée, les migrations internes qui redessinent la carte de l'implantation des populations.

C'est la combinaison de deux forces qui explique les migrations : forces d'appel et forces de refoulement. D'un côté, l'appel provient des villes et des zones d'emploi dynamiques (l'accès à l'emploi reste le premier facteur d'attraction [2]), ainsi que des régions disposant d'atouts auxquels sont sensibles les ménages (climat, paysage, etc.). De l'autre, les forces de refoulement s'exercent dans les zones d'industrie ancienne ou d'habitat peu adapté au mode de vie contemporain.

La résultante de ces forces, à l'œuvre depuis plus de 30 ans, favorise les régions du sud de la France suivant un gradient d'héliotropisme – plus récemment, les bandes littorales sont concernées, particulièrement la façade atlantique – et les aires urbaines, au détriment des régions du nord-est et des communes rurales éloignées. La moitié de l'accroissement de population enregistré depuis 30 ans est localisée dans les 14 plus grandes aires urbaines¹ du pays [1].

Au-delà de la taille des agglomérations et de leur histoire, c'est l'attractivité globale des territoires [3], en termes économiques et résidentiels, qui en détermine aujourd'hui la dynamique.

Une inversion des soldes migratoires entre la ville et la campagne

Sur le long terme, c'est par la croissance urbaine que s'opère le remodelage de la géographie du pays. Alimentée par l'exode rural, qui repose sur le solde naturel de la population des campagnes et sur l'amélioration de la productivité du travail agricole, la ville s'est densifiée et étendue, en absorbant une part sans cesse élargie de la population nationale (1 habitant sur 2 en 1930, 8 sur 10 à partir de 1970²). Ce mouvement historique a pris fin au début des années 1970, avec une inversion des soldes migratoires (qui deviennent positifs pour les communes rurales) et naturels (qui deviennent négatifs). Cela ne signifie pas que les flux se tarissent, au contraire, mais les arrivées de nouveaux habitants sont maintenant supérieures aux départs, pour un nombre croissant de communes rurales. Depuis 1982, leur population augmente au même rythme que la moyenne nationale de 0,7 % par an [4], pour se stabiliser à 2 habitants sur 10.

La ville continue de croître, mais sur des espaces sans cesse élargis, par diffusion urbaine. L'arbitrage auquel procèdent les ménages, attirés par les bassins d'emplois, porte sur le rapport entre le coût du logement, décroissant selon l'éloignement des grands centres, et le coût du transport supporté pour l'accès à l'emploi, aux services et aménagements urbains. Une nouvelle organisation spatiale de la ville se dessine ; après les faubourgs et les banlieues, elle s'étend sur les couronnes périurbaines. Les communes les plus accessibles, dans un rayon d'environ 30 kilomètres, offrent le cadre de vie et les conditions matérielles d'accueil d'un

nouvel habitat individuel ; elles forment une couronne périurbaine qui progressivement s'étend et se densifie [5]. Tout se passe comme si la ville accueillait une population croissante de jeunes et d'actifs, locataires dans les quartiers abordables, qui cherchent ensuite l'accession à la propriété dans des communes périphériques. Après une période de stagnation, voire de décroissance démographique des villes-centres, ces dernières reprennent aujourd'hui vigueur.

Cette dynamique démographique a deux conséquences notables pour la construction des territoires : la création de grandes aires urbaines et la persistance de zones rurales à l'écart des dynamiques démographiques. À la première correspondent des aires urbaines très étendues qui rendent solidaires les zones d'emploi et de résidence. Le nouveau zonage en aires urbaines³ (ZAU) de l'Insee, défini en 2010, en donne une image assez nette. Les 241 grandes aires urbaines regroupent 80 % de la population, sur des surfaces croissantes atteignant près de la moitié du territoire. L'emploi y est concentré à 84 % de la valeur nationale (avec 8 emplois sur 10 dans les pôles eux-mêmes). Ces grandes aires urbaines continuent à évoluer sur des surfaces qui s'étendent également, mais à un rythme qui se ralentit au profit d'une densification des zones déjà périurbanisées [5].

La deuxième conséquence des mouvements démographiques actuels concerne les zones rurales reculées. Les territoires peu peuplés, éloignés des grandes agglomérations, continuent à perdre de la population. La « diagonale du vide » s'est resserrée mais elle n'a pas entièrement disparu : les départements des Ardennes, de la Haute-Marne, de la Nièvre et du Cantal en constituent des figures emblématiques. Il y a alors un risque à parler de « renaissance rurale », dans la mesure où ce sont principalement des paramètres extérieurs aux campagnes qui en déterminent les évolutions. Des cas existent de territoires ruraux qui bénéficient de ressorts propres de développement et connaissent une dynamique indépendante des aires urbaines, en contexte touristique (exemple des stations de montagne, de sites remarquables) ou en périmètre d'action

publique volontariste (exemple des Parcs naturels régionaux, de Pays), mais ils ne sont pas suffisamment fréquents pour constituer un pavage territorial significatif. La population française reste très concentrée (les deux tiers de la population sur 10 % du territoire) et très dépendante des dynamiques économiques et sociales des grandes villes. On ne peut pas parler de desserrement généralisé ni de contre-urbanisation, selon ce que H. Le Bras entrevoit comme évolution tendancielle en prenant appui respectivement sur les cas de l'Allemagne, où tout le territoire est concerné, et de l'Angleterre, où la probabilité de croissance démographique est inversement proportionnelle à la distance à la ville [6].

Des flux sélectifs qui produisent une forte différenciation socio-spatiale

En combinant le phénomène de mobilité croissante des Français avec les caractéristiques démographiques des flux qui en résultent, on obtient un mouvement de forte intensité de transformation de la composition sociale des populations sur les différents territoires. Les personnes mobiles sont en effet typées au regard du cycle de vie et de la position sociale. Les jeunes migrent le plus fréquemment, à destination des pôles urbains, pour les études et la primo-insertion sur un marché du travail dynamique. En milieu de cycle de vie, les ménages cherchent un logement en rapport avec leurs préférences et leurs contraintes de budget et de déplacement, à distance raisonnable des centres d'emploi. Au moment de la retraite, la prise de distance avec la ville est plus marquée, même si un rapprochement ultérieur préservera les conditions d'accès aux services [7]. Ces mouvements sont de plus liés au niveau de qualification des personnes : la propension à la mobilité augmente avec le niveau de diplôme et de revenu. Par conséquent, les migrations renforcent les caractéristiques des territoires urbains et ruraux, dans le sens, respectivement, des classes d'âges jeunes *versus* âgées, des groupes sociaux aisés *versus* populaires.

Les mécanismes économiques génèrent ainsi une différenciation sociale prononcée au sein des territoires. Ils sont renforcés par le jeu du marché

L'ESSENTIEL

- **Comment la population occupe-t-elle le territoire ? De profonds bouleversements sont intervenus au cours des 30 dernières années.**
- **Désormais, 241 grandes aires urbaines regroupent 80 % de la population.**
- **Hors grands centres urbains, le fossé se creuse entre des zones semi-urbaines et rurales affichant une forte vitalité, et de grands espaces ruraux en dépeuplement.**
- **Aux changements démographiques sont jointes des différenciations sociales qui concentrent les populations les moins favorisées dans les espaces périphériques, en zone urbaine et rurale.**
- **La carte des territoires vulnérables en a été ainsi profondément remodelée.**

foncier (prix du m² et des logements) et des politiques, publiques et privées, qui tendent à produire des communes et des quartiers socialement homogènes. Dans les situations les plus extrêmes, on note l'existence de processus de ségrégation socio-spatiale, lesquels sont d'autant plus marqués que la taille de l'agglomération est importante [8].

Ces évolutions marquent la composition sociale des quartiers, des communes et des territoires, mais également les pratiques sociales. Les groupes sociaux ont des préférences, des facilités et des contraintes différentes, relatives notamment au budget et à la mobilité. On remarque que la mobilité quotidienne concerne une très grande majorité des français (85 %), qui effectuent trois déplacements par jour (une heure et 25 kilomètres de trajet), avec une différence marquée en faveur des résidents urbains [9].

Conclusion

Les territoires évoluent sous l'influence du processus général d'urbanisation : 95 % de la population française peut être considérée comme vivant sous l'influence des villes [10]. La France ne connaît pas pour autant une répartition homogène de la population, mais une diffusion sur de larges couronnes périurbaines gagnant progressivement la campagne. Ces changements s'inscrivent dans des territoires

aux périmètres sans cesse étendus et aux compositions plus variées. Les conséquences sociales sont importantes, car la population se renouvelle à un rythme soutenu, en termes de classes d'âge et de groupes sociaux. Les migrants sont le plus souvent originaires de la même région, ce qui explique la relative permanence des systèmes anthropologiques régionaux relevés par H. Le Bras et E. Todd [11] ; ceux-ci déterminent les comportements, y compris dans le domaine de la santé. Localement, si des problèmes peuvent se poser du point de vue de la cohésion sociale, c'est surtout par les pratiques de mobilité que s'expriment les différences. L'accès aux pôles de services est le premier critère d'inégalité entre les ménages. Si les services de premier recours sont disséminés sur le territoire, les services supérieurs sont regroupés dans les pôles. Aussi le déplacement des populations dispersées est-il le critère principal à considérer.

La question principale qui émerge de l'ensemble de ces évolutions est celle de l'existence d'éventuelles ruptures territoriales, par lesquelles l'accès des populations les moins favorisées aux services essentiels, notamment en lien avec la santé, peut être mis en cause. S'inscrire dans une perspective territoriale pour aborder ces questions suppose d'identifier les espaces sur lesquels l'implantation des équipements et des professions de santé a du sens, en lien avec les pratiques sociales des populations locales ; cela suppose aussi de rechercher, pour chaque territoire, des modes d'organisation adaptés au contexte local, en alliant solidarité et efficience. ■

1. En taille décroissante : Paris, Lyon, Marseille, Toulouse, Lille, Bordeaux, Nice, Nantes, Strasbourg, Rennes, Grenoble, Rouen, Toulon, Montpellier.

2. La question de la délimitation des zones rurales reste ouverte. À un premier niveau d'analyse, il s'agit des communes n'appartenant pas à une unité urbaine, c'est-à-dire à une agglomération de plus de 2 000 habitants en habitat continu. Le seuil des 2 000 habitants est le plus fréquemment utilisé au niveau international et au cours des différentes périodes historiques depuis 1850.

3. Ce zonage distingue les pôles d'emploi selon leur taille avec des seuils à 10 000 (grands pôles), à 5 000 (moyens pôles) et à 1 500 emplois (petits pôles), et leur associe les communes dont les actifs dépendent des emplois du pôle (à plus de 40 %).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Clanché F. Trente ans de démographie des territoires. Le rôle structurant du bassin parisien et des très grandes aires urbaines. *Insee Première*, 2014, n° 1483 : 4 p. En ligne : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1483/ip1483.pdf>
- [2] Blanc M., Schmitt B. Orientation économique et croissance locale de l'emploi dans les bassins de vie des bourgs et des petites villes. *Économie et Statistique*, 2007, n° 402 : p. 57-74. En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/es402d.pdf
- [3] Alexandre H., Cusin F., Juillard C. *L'attractivité résidentielle des agglomérations françaises*. Paris : université Dauphine, 2010 : 52 p. En ligne : http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/67/26/01/PDF/attractivite_residentielle.pdf
- [4] Laganier J., Vienne D. Recensement de la population de 2006. La croissance retrouvée des espaces ruraux et des grandes villes. *Insee Première*, 2009, n° 1218 : 6 p. En ligne : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1218/ip1218.pdf>
- [5] Floch J.-M., Lévy D. Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010. Poursuite de la périurbanisation et croissance des grandes aires urbaines. *Insee Première*, 2011, n° 1375 : 4 p. En ligne : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1375/ip1375.pdf>
- [6] Le Bras H. *Les quatre mystères de la population française*. Paris : Odile Jacob, 2007 : 304 p.
- [7] Hilal M., Cavailhès J., Détang-Dessendre C., Legras S., Sencébé Y. *Cinquante ans de mobilités résidentielles et quotidiennes : quelles formes territoriales pour un mode de vie durable ?* [Rapport final]. Dijon Cesaer, UMR Inra/Agrosup, ministère de l'Écologie, du Développement durable, et de l'Énergie, Plan Urbanisme Construction Architecture, 2012 : 138 p. En ligne : <http://rp.urbanisme.equipement.gouv.fr/puca/activites/rapport-50-ans-mobilites-residentielles1460.pdf>
- [8] Charlot S., Hilal M., Schmitt B. La périurbanisation renforce-t-elle la ségrégation résidentielle urbaine en France ? *Espace populations sociétés*, 2009, n° 1 : p. 29-44. En ligne : <http://eps.revues.org/pdf/3556>
- [9] Commissariat général au développement durable. La mobilité des Français. Panorama issu de l'enquête nationale transports et déplacements 2008. *La Revue du CGDD, Service de l'observation et des statistiques*, 2010 : 224 p. En ligne : <http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Rev3.pdf>
- [10] Brutel C., Lévy D. Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010. 95 % de la population vit sous l'influence des villes. *Insee Première*, 2011, n° 1374 : 4 p. En ligne : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1374/ip1374.pdf>
- [11] Le Bras H., Todd E. *L'invention de la France. Atlas anthropologique et politique*. Paris : Gallimard, coll. NRF Essais, 2012 : 517 p.

Les relations entre la santé et le territoire en épidémiologie sociale

Pierre Chauvin,
médecin et épidémiologiste,
directeur de recherche à l'Inserm,
Équipe de recherche en épidémiologie
sociale (Éres),
Institut Pierre Louis d'épidémiologie
et de santé publique
(UMR-S 1136, Inserm & Sorbonne
Universités UPMC), Paris.

On assiste en France, depuis quelques années, à une tendance forte à la territorialisation des politiques, des programmes et – en amont ou en aval – des observations et des diagnostics en santé. Les bénéfices espérés en sont, entre autres, une meilleure adéquation des besoins des personnes et des populations aux ressources et services de santé, une meilleure efficacité de l'organisation des soins et une réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Pourquoi observer à l'échelle du territoire ?

Pour la recherche en épidémiologie sociale, qui travaille à estimer l'impact de « facteurs de risque » sociaux sur les états de santé des individus à partir d'enquêtes statistiques populationnelles, la prise en compte du territoire de vie s'est imposée, à cause de deux constats principaux.

Le premier – l'observation d'indicateurs de santé différents d'un territoire à l'autre – n'est pas nouveau. Il remonte au moins aux grandes épidémies de peste en Europe occidentale. On cite souvent la célèbre publication de Villerme en 1830 qui, le premier en France, constate et tente d'expliquer les inégalités sociales infra-urbaines de mor-

talité à Paris [1]. Plus récemment, le regain d'intérêt pour l'analyse des disparités territoriales de santé à une échelle locale est la conséquence de la disponibilité croissante des données et des outils statistiques et informatiques pour les traiter et les analyser.

Le second constat est un peu plus récent dans le champ de l'épidémiologie : c'est la démonstration qu'envisager tous les facteurs de risque comme des attributs individuels – biologiques ou comportementaux – trouvait ses limites dans les champs de l'épidémiologie environnementale et de l'épidémiologie sociale, des champs qui nécessitent de prendre également en compte les environnements sociaux, physiques et géographiques des personnes.

Trois écueils à éviter

Encore faut-il souligner que cette tendance n'apparaît valide en épidémiologie qu'à condition de se prémunir de trois travers réducteurs ou dangereux pour la connaissance ou pour l'efficacité de l'action publique : celui du « spatialisme », qui consiste à ne formuler les problèmes qu'en fonction des lieux où ils se manifestent sans tenir compte de la diversité des personnes qui y résident (ou les traversent) ; celui du risque – extrêmement fréquent – d'erreur écologique (qui consiste à transférer à l'ensemble des individus les conclusions observées à un niveau agrégé, un transfert qui n'est pas toujours vérifié) ; enfin celui de ne pas pouvoir distinguer ce qui relève d'un effet de composition (lié à la concentration d'individus semblables sur un même territoire, par exemple des chômeurs, des personnes âgées, des immigrés, etc.) et ce qui relève d'un effet authentiquement contextuel (lié

L'ESSENTIEL

- La santé d'une population ne dépend qu'en partie des caractéristiques du territoire qu'elle occupe.
- Le territoire n'en reste pas moins un « déterminant » important de l'état de santé de ses habitants.
- Ainsi par exemple, des lieux publics dégradés ont une influence délétère sur la santé mentale. De nombreuses autres corrélations ont été établies par les scientifiques.

à l'exposition collective à un autre facteur, une caractéristique de l'environnement qui est préjudiciable pour tout ou partie des habitants : par exemple une pollution chimique, un environnement dégradé, un désert médical) [2].

Le territoire fait écosystème

L'épidémiologiste se pose enfin une question supplémentaire (que ne se posent peut-être pas, ou pas en ces termes, le géographe ou le sociologue) : comment ce facteur contextuel peut-il, *in fine*, « entrer sous la peau », comme l'écrivent les auteurs anglo-saxons [3] ? Autrement dit, quelle est la chaîne de causalité (souvent indirecte) qui lie cette caractéristique du territoire dans lequel vit un individu à son état de santé ? Quelles hypothèses comportementales ou biologiques doit-on mobiliser au bout de cette chaîne, au plus proche de l'individu ? À qui s'appliquent-elles et à quelles conditions ?

Le lien entre territoire et santé...

Depuis plus d'une quinzaine d'années, de nombreuses études épidémiolo-



logiques se sont accumulées pour mesurer les effets des caractéristiques du quartier de résidence sur différents indicateurs de santé de leurs habitants. Souvent initiées en Amérique du Nord, dans un contexte où les processus de ségrégation socio-spatiale sont sans commune mesure – dans leurs causes et leurs conséquences – avec ceux observés dans d'autres pays développés [4], de telles recherches ont ensuite été conduites en Europe du Nord puis, plus récemment, en France.

Pour schématiser, différents types de relations entre territoire et santé ont pu être mis en évidence [5], qui s'expliquent par des effets différents. Il peut s'agir :

- d'effets de composition, comme nous l'avons cité plus haut : par exemple, certains quartiers urbains particulièrement dotés en logements locatifs anciens et de prix accessible régis par la loi de 1948 peuvent avoir des indicateurs de santé qui ne s'expliquent que par l'âge moyen élevé de leurs habitants et par rien d'autre ;

- d'effets d'expositions physiques : on citera notamment le bruit, la pollution atmosphérique, mais aussi l'habitat indigne, la pollution des sols ou de l'eau, etc. et toute une série de maladies environnementales (dans le sens le plus classique du terme) : saturnisme, troubles du sommeil, asthme, etc. ;

- d'effets d'expositions à des environnements psycho-socio-économiques : en fonction de l'intensité des

conduites de socialisation prévalant sur le territoire, la concentration de populations particulières (riches ou pauvres, nationaux ou immigrés, personnes très éduquées ou habitants au faible capital social, etc.), et l'entre soi qui en découle, peuvent influencer les normes collectives et individuelles en matière de santé, de bien-être et de comportements en lien avec la santé. De tels effets ont été observés pour les habitudes alimentaires, la santé mentale, la consommation de tabac ou d'alcool, ou encore le recours à la prévention médicalisée. On a pu également estimer des liens entre l'insécurité ou la dégradation des lieux publics et la santé mentale ou somatique (maladies cardiovasculaires, apparition de certains cancers), qui s'expliqueraient par l'exposition chronique au stress et/ou le repli sur soi et l'isolement social consécutifs ;

- d'effets d'expositions à des environnements matériels : il peut s'agir de l'environnement construit et de l'urbanisme – notamment le type de logement (par exemple pavillonnaire ou grands ensembles), le mode d'occupation des sols et la densité d'espaces verts, les moyens de communication (plus ou moins favorables aux déplacements en général et à la « mobilité douce » en particulier) – ou de l'offre d'équipements et de services (installations et/ou associations sportives, offre alimentaire, etc.), et en particulier de l'offre de soins de santé (curatifs, préventifs, ambulatoires, hospitaliers,

primaires ou spécialisés, de secteur I ou de secteur II, etc.). De tels effets ont été estimés sur l'activité physique, l'obésité, les accidents de la circulation, etc. ; mais aussi sur toute une série de recours aux soins primaires ou spécialisés, ainsi que sur des indicateurs de mortalité pour certaines maladies.

...Mais le territoire ne fait pas tout

Ces différents effets peuvent s'additionner, se potentialiser ou – au contraire – s'annuler entre eux. Par exemple, on observe fréquemment qu'un même contexte n'a pas le même effet pour tous les habitants. Dans un quartier donné, certains habitants peuvent être particulièrement sensibles aux effets des caractéristiques de leur environnement résidentiel (les moins mobiles ou les plus défavorisés par exemple [6]), tandis que d'autres ne le sont pas du tout, soit parce qu'ils fréquentent au moins autant d'autres lieux que leur quartier de résidence, soit parce que d'autres caractéristiques les protègent de cette influence délétère.

Le territoire : pour observer, pour comprendre ou pour agir ?

Pensé comme un lieu de vie et d'opportunités en matière de liens sociaux, de diffusion de normes ou de mise en œuvre de pratiques différenciées, le territoire ne peut être défini de façon unique, ni d'un individu à

l'autre (chaque habitant se le représente et y vit différemment), ni d'un environnement à l'autre (l'étendue moyenne des espaces d'activité est probablement différente dans les hyper-centres urbains, les zones périurbaines ou les espaces ruraux par exemple). Idéalement, les pratiques spatiales des individus doivent être connues et prises en compte, notamment l'étendue de leur espace d'activité quotidien.

Ainsi par exemple, les déplacements quotidiens sont largement déterminés à la fois par les habitudes de vie (liées aux obligations professionnelles ou familiales, aux ressources économiques, à l'étendue du réseau social et amical, aux habitudes de loisirs, etc.) et par la structure de l'environnement proche (en termes d'opportunités d'emploi, de densité de services, d'agrément du cadre de vie, d'offre de transport par exemple). Or ce sont ces déplacements quotidiens qui déterminent à leur tour l'étendue des espaces géographiques traversés (et plus ou moins investis) et, en leur sein, la diversité des contacts sociaux, des expositions physiques ou la proximité des services auxquels sont « exposés » les individus dans leur vie quotidienne.

L'échelle à laquelle agissent les effets contextuels n'est pas univoque non plus. Si on comprend aisément que, par exemple, l'exposition au bruit ou l'accessibilité à l'offre de soins ne s'étudient pas à la même échelle, celle la plus pertinente pour étudier les effets de la ségrégation socio-spatiale sur la santé est beaucoup moins évidente (et bien entendu pas identique dans tout l'hexagone). Par ailleurs, la répartition spatiale des maladies varie considérablement d'une pathologie à une autre. Il en est de même pour les comportements en lien avec la santé, sans que l'ensemble des déterminants et des mécanismes en soient encore connus. Pour toutes ces raisons, s'il est fréquent et, de fait, souvent plus « fructueux » de choisir une échelle fine, rien ne permet *a priori* de justifier que ce choix soit systématique.

A quelle échelle territoriale agir ?

Enfin, pour l'action publique – et notamment s'il s'agit d'œuvrer pour la réduction des inégalités sociales de santé – il faut bien distinguer le territoire du constat et de l'observation,

celui des processus sociaux en jeu et celui de l'action. En tant qu'épidémiologistes, nous avons parlé jusqu'alors des deux premiers (déjà bien complexes à appréhender), sans préjuger du troisième. En fonction des caractéristiques contextuelles à l'œuvre, de leurs modes de régulation, ou encore des leviers qu'il est possible de mobiliser pour les transformer ou modifier leurs effets, le territoire de l'action peut être plus large ou plus resserré que le territoire de l'analyse des effets. Par exemple, quand bien même ils sont le mieux caractérisés à une échelle fine, les effets d'une source de pollution (sonore ou atmosphérique) pourront être maîtrisés au mieux par des actions structurantes à une échelle départementale ou régionale. À l'inverse, des actions visant à modifier certains comportements de santé ou certaines pratiques de soins seront probablement plus efficacement implémentées à un niveau extrêmement local – dans les quartiers ou les lieux de travail par exemple – même si certains de leur déterminants sont davantage macro sociaux et dépassent le cadre local. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Villermé L.-R. *Les causes de la mortalité dans les divers quartiers de Paris*. Paris : La Fabrique éditions, 2008, 125 p. [1^{ère} éd., BnF, 1830. En ligne : <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k81421x/f1.image>].
- [2] Chauvin P., Parizot I. dir. *Santé et expériences de soins : de l'individu à l'environnement social*. Paris : Inserm/Vuibert, coll. Questions en santé publique, 2005 : 292 p.
- [3] Diez Roux A.V. Integrating social and biologic factors in health research: a systems view. *Annals of Epidemiology*, 2007, vol. 17, n° 7 : p. 569-574.
- [4] Wacquant L. *Parias urbains. Ghetto, banlieues, État*. Paris : La Découverte, coll. La Découverte Poche, 2007 : 336 p.
- [5] Kawachi I., Berkman L.F. dir. *Neighborhoods and health*. New York : Oxford University Press, 2003 : 352 p.
- [6] Chauvin P., Parizot I., Vallée J. Les inégalités sociales et territoriales de santé en milieu urbain : enseignements de la cohorte SIRS. *Actualité et dossier en santé publique*, 2013, n° 82 : p. 29-32.

LA RÉNOVATION URBAINE S'ACCOMPAGNE-T-ELLE D'UNE AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES HABITANTS ?

On sait – depuis certaines expériences américaines d'aide au déménagement en dehors des ghettos urbains les plus défavorisés – que changer radicalement de quartier peut s'accompagner à long terme de gains de santé, notamment pour les maladies de surcharge (NDLR : obésité, diabète, etc.). Les effets de l'amélioration du cadre de vie sur la santé des habitants sont l'objet d'études presque systématiques aux États-Unis, ce qui est malheureusement loin d'être le cas en France. Elles montrent que les gains de santé peuvent être substantiels, mais à certaines conditions. Il s'agit notamment d'obtenir une participation large et réelle des habitants à toutes les étapes et d'accompagner la rénovation d'actions de promotion de la santé s'inscrivant sur le long terme.

En résumé, les actions sur l'environnement construit sont souvent nécessaires et susceptibles d'avoir des effets sur de multiples dimensions de santé (diabète, maladies respiratoires, accidents de la vie courante, violences, santé mentale) mais pas suffisantes à elles seules. Par ailleurs, depuis les travaux initiés à l'université de Chicago dès les années 1940, les sociologues ont bien montré la manière dont un environnement dégradé pouvait avoir des conséquences sur la santé des habitants, par le biais de processus de décomposition des règles et des institutions sociales, du stigmatisme qui s'attache à certains espaces résidentiels (jusqu'à de véritables psychoses de relégation, décrites en psychologie sociale) ou encore des relations subjectives qui lient les habitants à leur quartier. En ce sens, la perception d'une dégradation au cours du temps serait encore plus péjorative que sa situation objective à un moment donné.

P. C.

Le Contrat local de santé : un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

Nadine Haschar-Noé, maître de conférences, laboratoire Prissmh-Soi (EA 4561), Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé-société (Iféris), université de Toulouse, **Émilie Salaméro**, maître de conférences, laboratoire Cerege (EA 1722), université de Poitiers.

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé est un objectif majeur affirmé par toutes les instances sanitaires. Si de nombreux travaux ont mis à jour les déterminants sociaux et territoriaux de ces inégalités [1, 2], les modes d'action permettant leur réduction restent encore en chantier [3, 4]. Comment un territoire peut-il lutter contre les inégalités sociales de santé et quelles conditions faut-il réunir ? À partir d'enquêtes socio-ethnographiques menées

en Midi-Pyrénées sur les Contrats locaux de santé (CLS)¹, nous apportons des éléments de réponse à ces questions.

L'acte de naissance des Contrats locaux de santé

Un Contrat local de santé est un contrat d'action publique réunissant généralement trois caractéristiques :

- un temps de discussion explicite sur les objectifs recherchés et les moyens correspondants ;
- des engagements réciproques sur un calendrier d'action et de réalisation à moyen terme ;
- des clés de contributions (financières ou autres) conjointes à la réalisation des objectifs [5].

Les CLS se situent dans une relative continuité vis-à-vis des Contrats locaux de santé publique annoncés dans le Plan Espoir banlieues en juin 2008 [6], prolongements contractuels des Ateliers santé ville avec lesquels ils cohabitent sur certains territoires (cf. article *Didier Febvrel dans ce même numéro*). La circulaire ministérielle du 20 janvier 2009 annonce la mise en place de CLS visant à soutenir et amplifier les initiatives locales conduites en matière de santé au sein des Contrats urbains de cohésion sociale. Ce que confirme la loi « Hôpital patients santé et territoires – HPST » du 21 juillet 2009, qui prévoit que la mise en œuvre du Projet régional de santé (PRS) peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par « l'agence (régionale de santé), notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social »².

Cependant, la loi n'a pas davantage encadré la définition des CLS, lesquels peuvent recouvrir tout ou partie des compétences des Agences régionales de santé³. Sans pouvoir relater ici les différentes évolutions des dernières années, le caractère « flou » et peu cadré *a priori* par la loi HPST de ce type de contrat laisse une importante marge de manœuvre aux acteurs qui s'y engagent, malgré les préconisations d'une note remise au ministère en 2011 et d'un « kit méthodologique » [7, 8] proposant un cadre de référence pour un pilotage « unifié » plutôt de type « préfectoral » [9].

Focus sur deux Contrats locaux de santé

Dans une perspective de sociologie de l'action publique sanitaire, l'analyse de la construction de cette nouvelle procédure contractuelle négociée entre l'ARS et ses « partenaires » s'appuie ici sur deux études de cas approfondies et anonymées, menées de 2011 à 2014⁴ en Midi-Pyrénées.

L'objectif est de dégager les conditions favorables et les freins qui président à la construction des accords et la signature d'un CLS entre ARS et collectivités territoriales. Analysés comme des instruments d'action publique [10] censés favoriser une « nouvelle » gouvernance sanitaire des territoires et la réduction des inégalités de santé, ces deux CLS ont été choisis pour leur « exemplarité » contrastée. Ce parti pris méthodologique permet de rendre compte des dynamiques spatiales, temporelles, partenariales et politiques très différenciées qui rythment, « chemin faisant », les négociations entre collectivités, Agence régionale de santé et ses délégations territoriales. Pour ces instances sanitaires, le premier cas (A) s'apparente à un « *cauchemar* » et le second (B) à une « *belle réussite* ».

Le cas A., situé en milieu rural, est éloigné de la métropole régionale. Il couvre un périmètre de 56 communes, 3 intercommunalités et 2 cantons rassemblés dans un Pays, pour 26 204 habitants au total (Insee, 2009). La mise en place d'un CLS est justifiée par le double constat d'une situation

épidémiologique relativement défavorable, un taux important de personnes âgées, une restructuration conflictuelle de l'offre hospitalière, et des indicateurs de précarité alarmants suite à une forte déprise industrielle.

Le cas B. correspond à une commune périurbaine, proche de Toulouse et dynamique sur le plan socio-économique. La population de 34 306 habitants (Insee, 2009) est d'un niveau socio-économique relativement élevé, les indicateurs de santé sont pour la plupart meilleurs que ceux du département et de la région et l'offre sanitaire et médico-sociale est jugée satisfaisante. Cependant, de fortes inégalités de santé et des indicateurs de précarisation persistent dans certains quartiers de la commune qui compte 30 % de logements sociaux.

Cas A : pléthore d'acteurs et négociations sous tension pour un CLS « expérimental »

Entre le lancement du CLS et sa signature, il s'écoule 33 mois (octobre 2010/juillet 2013) : une élaboration au long cours ponctuée par des conflits entre ARS, collectivités territoriales et acteurs locaux, des périodes d'arrêt des négociations et d'importants retards dans le calendrier prévu initialement.

La démarche contractuelle débute en 2010 dans un contexte de mise en place de l'ARS et d'élaboration de son Plan stratégique régional de santé

(PSRS). Considéré comme un CLS « expérimental... il en paye un peu les pots cassés »⁵ compte tenu du manque d'expérience et d'habitudes de négociation au sein d'une « jeune agence » peu coutumière d'une démarche de projet « réellement concertée ».

Par exemple, le diagnostic sanitaire du territoire, réalisé par l'Observatoire régional de santé et l'ARS à partir d'indicateurs quantitatifs disponibles, ne convainc pas totalement les élus et professionnels de santé locaux. Lors des premières réunions de travail, il donne lieu à de longs « débats et négociations » sur les aspects qualitatifs devant le compléter et l'affiner, ce qui retarde en partie le choix des axes d'action à privilégier dans le CLS.

Des signataires aux intérêts différents

Du fait du périmètre géographique étendu choisi par l'ARS, la signature nécessite aussi la construction d'accords entre un nombre important de signataires⁶ aux intérêts souvent différents, parfois en concurrence et, de plus, sans habitude de coordination intersectorielle ou interinstitutionnelle. Le tout se double d'une « méfiance réciproque » entre « agence de l'État » et élus locaux.

Au-delà de ces indicateurs factuels, les dynamiques partenariales et de projet s'ancrent dans des modes de « gouvernance » plus ou moins propices à la coordination des acteurs. En amont, l'ARS a dû mobiliser et

convaincre les collectivités de s'engager dans la démarche : leur accord s'est scellé au prix d'un compromis – longuement négocié avec les élus – de ne pas fermer l'activité chirurgie de l'hôpital local.

En charge d'animer « à marche forcée » la fabrication du CLS, les agents de la délégation territoriale de l'ARS ont alors mobilisé les acteurs locaux selon un « engagement tous azimuts... mais c'est parti dans tous les sens... ». La « gouvernance » de la démarche contractuelle s'est révélée très complexe, car organisée autour de trois instances aux prérogatives différenciées :

- un Comité de pilotage « stratégique et politique » composé en majorité d'élus locaux⁷ et chargé de valider les axes et contenus du CLS ;
- un Comité opérationnel « plus technique » pour rédiger les fiches-actions ;
- et un Comité de rédaction restreint aux représentants des principaux signataires (Conseil général, deux communes et ARS).

Animé par la délégation territoriale de l'ARS, le Comité opérationnel est « composé officiellement » de 32 membres mais ce sont 50 à 60 personnes différentes qui participent à ses travaux entre mars et mai 2011⁸.

L'on constate aussi des interrogations sur le sens et l'« intérêt à s'engager dans ce contrat », dans un contexte jugé « incertain et qui bouge en permanence »

DIAGNOSTIC PARTAGÉ : PRENDRE EN COMPTE LA VULNÉRABILITÉ DES TERRITOIRES

La démarche de construction du diagnostic initiant tout Contrat local de santé (CLS) apparaît comme un dispositif à la fois technique, social et politique, susceptible de favoriser, d'une part, son ajustement aux vulnérabilités du territoire et, d'autre part, la mobilisation fédérative des acteurs locaux. La réalisation d'un diagnostic fondé sur les caractéristiques sociodémographiques, économiques et épidémiologiques des populations du territoire, en regard des ratios départe-

mentaux et régionaux (état général et problèmes de santé des populations, comportements « à risques » et conséquences sanitaires, recours aux soins et à la prévention, offre de soins, etc.), constitue une première étape d'objectivation des vulnérabilités spécifiques au territoire d'action, et de justification de l'engagement dans un CLS.

Toutefois, une deuxième étape – plus qualitative – apparaît tout aussi essentielle. Établie sur la base de questionnaires et d'entretiens directs auprès de tous les acteurs locaux agissant en matière de santé, d'instances participatives ouvertes aux habitants et à leurs représentants, elle constitue un levier essentiel de communication et de mobilisation fédérative. Elle permet alors

d'ouvrir un véritable dialogue social territorial entre Agences régionales de santé (ARS) et collectivités, de construire un consensus sur des axes prioritaires, de mobiliser les ressources locales et d'ajuster les réponses du CLS au plus près des spécificités du territoire.

En Midi-Pyrénées, l'étude comparée des 8 CLS signés à ce jour permet d'avancer que, si ce diagnostic partagé n'est pas, à lui seul, une condition suffisante pour construire des accords pérennes, il constitue le soubassement d'une collaboration réussie entre l'ARS et les collectivités et l'amorce d'un mode de gouvernance propice à la coordination des acteurs.

N. H-N. et E. S.

et l'absence d'un PSRS validé... ainsi que des concurrences entre opérateurs publics et privés trouvant dans le CLS une opportunité pour faire reconnaître et financer leurs actions et pérenniser leurs activités. Tout cela a complexifié et ralenti les négociations. Les travaux de ce Comité opérationnel débouchent sur une « inflation » de fiches-actions, 31 au lieu des 12 prévues initialement par l'ARS : 20 seront sélectionnées par le Comité de pilotage en intégrant, malgré un certain nombre de protestations d'acteurs locaux, des fiches « venues d'en haut et imposées » par l'ARS ou le Conseil général.

Cas B : mobiliser des partenaires et ouvrir un dialogue social territorial

Pour le cas B, la même démarche ne prendra « seulement que 15 mois » (octobre 2012/février 2014), selon un rythme de travail tendu, mais continu et sans désaccords majeurs entre partenaires.

À l'inverse du cas A, c'est la commune et non l'ARS qui a initié la démarche : portée par un fort volontarisme politique du maire, elle est consolidée par la mobilisation préalable du directeur général des services, de quatre directions municipales⁹ ainsi que la création, à l'initiative de la municipalité, d'un Comité consultatif d'accès aux soins permettant d'intégrer les professionnels libéraux de santé aux négociations.

L'ESSENTIEL

-
- ▣ Deux équipes de chercheurs français ont passé au peigne fin deux Contrats locaux de santé dans la région Midi-Pyrénées.
- ▣ Ils ont ainsi identifié, très concrètement, les difficultés et les leviers d'action pour ce type de contrat.
- ▣ Si ces contrats peuvent effectivement permettre un ajustement au plus près des besoins, la convergence des différentes parties prenantes (Agence régionale de santé, communes, etc.) est un véritable défi à relever.

Si le diagnostic initial est réalisé de façon identique à celui du cas A, il est complété par un diagnostic « qualitatif et partagé », mené par l'ARS et construit sur la base d'entretiens et de questionnaires auprès des institutions et des professionnels locaux des secteurs médical, social et médicosocial.

Lors de l'unique réunion du Comité de pilotage, ce double diagnostic débouche rapidement sur un large consensus entre élus et ARS, quant aux axes du CLS à privilégier. De ce fait, des directives précises sont données au Comité opérationnel organisé en groupes de travail pour chaque axe. Cette rapidité est aussi facilitée par le fait que la commune est seule signataire

du CLS avec l'ARS et qu'elle a embauché une chargée de mission pour préparer, animer, orienter les débats des groupes de travail, en collaboration avec le directeur du Centre communal d'action sociale et le directeur général adjoint des services.

Ce portage « municipal », accepté par l'ARS, a facilité une rédaction « négociée » du contrat via une démarche de projet inscrite de longue date dans les « habitudes de travail en commun » entre services municipaux et partenaires locaux. Cette gouvernance « rapprochée » a permis de cadrer les négociations lors des groupes de travail, de sélectionner les « bons interlocuteurs » locaux et de rédiger, en moins de deux mois, le CLS et 10 fiches-actions. Cette « équipe-projet volontairement restreinte » a donc joué un rôle central dans la construction et l'acceptation rapide du CLS « en l'état » par l'ARS, appréciant la mise en relation des axes du CLS avec ceux du PSRS et la dynamique locale et partenariale engendrée autour de la réduction des inégalités sociales de santé.

In fine, dans les débats et controverses qui traversent les relations entre ARS et collectivités territoriales se joue une tension centrale entre, d'une part, un CLS conçu parfois *a priori* par l'ARS comme une « simple » déclinaison locale du PSRS (cas A) et, d'autre part, un CLS porteur de solutions ajustées au



plus près des problématiques sanitaires du territoire et de ses populations, encastré dans des politiques transversales et conçu comme un instrument de « démocratie sanitaire » et de coordination entre acteurs locaux (cas B).

La prise en compte du territoire dans toutes ses dimensions

L'ajustement des CLS à la vulnérabilité des territoires est une condition essentielle à leur mise en œuvre. En effet, un Contrat local de santé bien négocié assure l'articulation entre politiques régionales et locales de santé, et lutte ainsi contre les cloisonnements intersectoriels et les inégalités sociales et territoriales de santé [11] (voir encadré p. 15).

Cette politique contractuelle « des petits pas » tient en partie au « flou » de la procédure, à un mode de pilotage ressenti par les élus locaux comme trop centralisé par le niveau régional, et aux incertitudes du financement des actions. Elle tient aussi aux effets propres des territoires, entendus non seulement dans leur dimension géographique, mais aussi sociale, historique, économique et politique [12].

Les conditions à réunir

En termes de recommandations, plusieurs conditions apparaissent favorables à la construction des accords : un portage politique par les élus locaux, la réalisation d'un double diagnostic partagé pour définir des objectifs stratégiques en amont des groupes de travail, un nombre restreint de signataires, mais aussi la mobilisation de ressources et de nombreux partenaires locaux (services publics municipaux, intercommunaux, départementaux, etc.), d'acteurs professionnels et associatifs intervenant dans différents secteurs sur le territoire (santé, social, médicosocial, etc.), la participation des habitants et des représentants d'usagers. Enfin, la maîtrise d'une ingénierie de projet négocié permet de concrétiser les objectifs en programmes d'actions à mettre en œuvre, et d'identifier précisément les contributions conjointes de chacun des partenaires.

En conclusion, soulignons que, pour les élus et les professionnels de santé, du social et du médico-social, le CLS apparaît alternativement comme une

opportunité de faire valoir une légitimité politique, des expertises et des réseaux professionnels, de pérenniser des emplois, et d'améliorer l'attractivité des structures hospitalières locales. Mais ce contrat apparaît aussi comme un risque de mise en concurrence accrue des opérateurs de proximité, au nom des principes d'efficacité, de réduction des coûts et de mutualisation des moyens. Loin d'être unifiées, les réponses des CLS à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé s'apparentent davantage à fabriquer du « sur mesure » répondant aux spécificités des territoires et de leurs populations. ■

1. Ce travail a été effectué grâce aux financements de l'Institut national du cancer (Programme Aapris, dirigé par Pascale Grosclaude, convention de recherche n° 2011-09), de l'Agence nationale de la recherche (Programme Evaliss, dirigé par Thierry Lang, décision d'aide n° ANR 11 INEG 003 01) et de l'Agence régionale de santé de Midi-Pyrénées.
2. Art. L. 1434-17 du Code de la santé publique.
3. Le domaine de compétences de l'Agence Régionale de Santé recouvre l'organisation des soins, la prévention promotion de la santé, la veille et la sécurité sanitaire, dans le secteur sanitaire comme dans le secteur médico-social.
4. Le recueil de données comprend une analyse documentaire, des observations participantes et 28 entretiens menés avec des élus locaux, techniciens territoriaux, directeurs de services, agents de l'Agence régionale de santé et des délégations territoriales, associations et entreprises.
5. Tous les passages « entre guillemets et en italiques » sont des extraits d'entretiens ou du carnet de terrain ethnographique.
6. Neufs signataires : la préfecture du département, le Conseil général, deux communes (bourgs-centre des deux cantons), la caisse d'Allocations familiales, la Mutualité sociale agricole, la caisse primaire d'Assurance Maladie, la Direction des services départementaux de l'Éducation nationale et l'ARS.
7. Le Comité de pilotage est composé de 9 personnes : 5 élus locaux, le délégué territorial de l'ARS, le secrétaire général de la préfecture et 2 représentants de l'Assurance Maladie.
8. Professionnels de santé libéraux ou hospitaliers, associations d'aide sociale et réseaux de soins ou de prévention, entreprises de services, associations de patients, représentants des directions régionales et des caisses d'Assurance Maladie, techniciens territoriaux, etc.
9. Cohésion sociale, Centre communal d'action sociale, Enfance-famille-éducation-sports, restauration collective.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Haut Conseil de la santé publique. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Paris : HCSP, 2009 : 101 p. En ligne : www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf
- [2] Vigneron E. Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français. *Les Tribunes de la santé*, 2013, vol. 1, n° 38 : p. 41-53. En ligne : http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SEVE_038_0041
- [3] Moleux M., Schaetzel F., Scotton C. *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action* [rapport]. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2011 : 124 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580/0000.pdf>
- [4] Potvin L., Moquet M.-J., Jones C.-M. dir. *Réduire les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 380 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
- [5] Gaudin J.-P. *Gouverner par contrat. L'action publique en questions*. Paris : Presses de Sciences Po, 1999 : 233 p.
- [6] *Espoir Banlieues, une dynamique pour la France*. Dossier de présentation. Comité interministériel des villes, juin 2008 : p. 42. En ligne : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/espoir-banlieues-dossier-presentation_cle2e7117.pdf
- [7] Chambaud L. *Note aux ministres en charge de la Santé, de la Cohésion sociale, de l'Aménagement du territoire et de la ville et à la secrétaire générale chargée des Affaires sociales. Mission sur les Contrats locaux de santé. Analyse du dispositif au niveau national et propositions*, 2011.
- [8] Contrats locaux de santé. *Kit méthodologique*. Document de travail, Agence régionale de santé Île-de-France, avril 2011. En ligne : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Le-kit-methodologique.116167.0.html>
- [9] Pierru F. L'administration de la santé en fusion : la difficile naissance des Agences régionales de santé. *Pouvoirs Locaux*, 2011, vol. 3, n° 90 : p. 75-82.
- [10] Lascoumes P., Le Galès P. dir. *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Sciences-Po, coll. Académique, 2005 : 370 p.
- [11] Haschar-Noé N., dir., Basson J.-C., Honta M., Julhe S., Malric L., Merlaud F., et al. *Sociologie d'une politique préventive de santé publique. Le Programme national nutrition santé à l'épreuve de la territorialisation (Aquitaine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais)*, Rapport de recherche pour l'Institut de recherche en santé publique (AO Territoires et santé 2008), juillet 2012.
- [12] Di Méo G. *Géographie sociale et territoires*. Paris : Nathan université, coll. Fac. Géographie, 1998 : 320 p.

« On ne peut pas se passer de l'expertise vécue des habitants »

Entretien avec Alice Tron de Bouchony,
coordinatrice Santé Responsable,
Service communal d'hygiène et de santé,
Ville de Mulhouse.

La Santé en action :
Quel est le contexte socio-économique de la Ville de Mulhouse, ses atouts, ses fragilités ?

Alice Tron de Bouchony : Mulhouse est une ville de contrastes. Avec pour atouts une histoire industrielle riche, une position transfrontalière stratégique, une diversité culturelle (plus de 136 nationalités représentées) et un tissu associatif dense pour cette cité ouvrière, deuxième ville la plus jeune de France.

Toutefois, le déclin industriel des années 1970 et la crise économique l'ont marquée. Les quartiers prioritaires de la politique de la ville y sont nombreux. Les Zones urbaines sensibles (Zus) représentaient, en 2006, 35 % de la population. La part des sans diplôme dans la population de plus de 15 ans non scolarisée est de 43,1 % et le revenu moyen par Unité de consommation était, en 2009, de 13 094 euros contre une moyenne de 18 355 euros en France métropolitaine. Ces indicateurs de fragilité masquent de fortes disparités entre les ménages mulhousiens : ainsi, les 10 % des plus riches ont un revenu 13 fois plus élevé que les 10 % les moins riches.

S. A. : Quelle est la politique mise en œuvre pour la santé des populations ?

A. T. de B. : Mulhouse fait partie du Réseau français des villes santé (RFSV) de l'OMS depuis 1991. Sa politique de promotion de la santé s'articule autour de 3 enjeux complémentaires :

- la réduction des inégalités de santé, par une attention particulière aux personnes et aux territoires fragilisés ;
- le soutien et la coordination des acteurs locaux, des champs sanitaires et sociaux ;

- et surtout, le renforcement de l'appropriation des questions de santé par les habitants et de leur capacité à agir et à décider. Nous nous appuyons sur le concept de promotion de la santé inscrit dans la charte d'Ottawa¹ et sur sa définition globale et positive de la santé, comme étant « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci² ».

S. A. : Comment sont nés les réseaux de santé de quartier ?

A. T. de B. : De l'interpellation d'habitants en direction des travailleurs sociaux des centres socioculturels au cours des années 1990. Ils ont monté ensemble, dans certains quartiers, des actions pour répondre à ces préoccupations. Leurs rencontres sont devenues régulières et ils ont sollicité la ville pour que soit organisée une formation sur l'ingénierie de projet. Cette sollicitation a été concomitante avec la volonté de la Ville de Mulhouse d'agir pour lutter contre les inégalités de santé. Une formation-action sur la démarche de santé communautaire a donc été proposée et les réseaux – formés d'habitants et de professionnels – se sont multipliés. La Coordination santé de la Ville de Mulhouse a dans le même temps été créée, au sein du Service communal d'hygiène et de santé, pour offrir aux acteurs et aux habitants un espace de ressources et de coordination.

S. A. : Quelle est la part des initiatives de terrain ?

A. T. de B. : Le développement de la politique mulhousienne de santé s'inscrit dans une démarche ascendante : elle est née d'initiatives de « terrain », a été portée par les habitants et les travailleurs sociaux principalement.

Les centres socioculturels, acteurs majeurs de l'éducation populaire, en étaient les principaux porteurs et le sont encore aujourd'hui. La Ville de Mulhouse joue un rôle d'animateur, de facilitateur, et parfois d'interface pour permettre à ces démarches de perdurer, à l'heure où les contrats d'objectifs et de moyens ont pris le pas sur les petites initiatives et l'innovation locales.

Les résultats et les effets des réseaux santé de quartier ne se mesurent pas en variation du taux de surpoids dans un quartier, ni en nombre de caries dépistées chez les enfants. Ils se mesurent en la « confiance entre habitants et les professionnels », en la prise de conscience de sa capacité à agir pour soi et pour les autres, en la qualité des relations partenariales, etc. Aujourd'hui, chaque Réseau santé de quartier a sa dynamique, ses partenaires et bénéficie du soutien d'un professionnel de la Ville de Mulhouse. Des rencontres régulières entre tous les acteurs sont organisées, pour partager des expériences et échanger sur les pratiques développées dans chaque réseau. De plus, la Ville de Mulhouse porte elle-même un certain nombre d'actions partenariales de promotion de la santé.

S. A. : En quoi consiste l'approche communautaire ?

A. T. de B. : Elle consiste à ouvrir des espaces de réflexion, de construction et d'élaboration avec les habitants, où les priorités sont discutées et les décisions et les programmes définis collectivement. L'approche communautaire de la santé est proche de l'éducation populaire : favoriser la réappropriation par les habitants des enjeux de santé qui les concernent et les accompagner dans leurs propres choix. La démarche communautaire, c'est la capacité de

choisir, de manière éclairée, ce qui est bon pour soi et pour son projet de vie. C'est aussi se sentir en capacité d'agir, individuellement ou collectivement pour le changement.

S. A. : Comment les habitants ont-ils été impliqués ?

A. T. de B. : Dans le cadre des réflexions d'élaboration du nouveau Contrat unique de la politique de la Ville³, des habitants ont été associés au groupe de travail autour des questions de santé. Les enjeux soulevés étaient transversaux, ils ne cloisonnent pas leurs préoccupations. Nous avons ainsi abordé avec eux les transports, le cadre de vie, l'emploi, etc. Les habitants sont les premiers acteurs de l'approche de la santé par ses déterminants ! Ils nous ont interpellés sur la place qui leur était donnée dans la prise de décision.

Cet enjeu relatif à la participation citoyenne a été inscrit au volet santé du Contrat unique. La question de la fracture numérique et de l'éloignement des institutions a également été sou-

levée. Par exemple, le site Ameli.fr de l'Assurance Maladie est une mine d'information, et permet d'identifier les professionnels qui ne pratiquent pas de dépassement d'honoraire. Mais comment accéder à cette information quand on ne dispose pas d'Internet ou quand on ne sait pas s'en servir ?

S. A. : Comment ces réseaux de santé de quartier se sont-ils synchronisés avec les autres dispositifs ?

A. T. de B. : Mulhouse coordonne un Atelier Santé Ville, qui permet le renforcement de l'action autour de problématiques communes à l'ensemble des quartiers prioritaires : santé des jeunes, souffrance psychique, etc. L'Atelier Santé Ville a été intégré dans le Contrat local de santé (CLS) en 2012. Le CLS a été défini avec les acteurs du territoire, de tous les champs, lors de réunions de concertation.

Ce travail de concertation conduit à l'échelle de la ville a mobilisé plus d'une centaine d'acteurs locaux. Malgré

L'ESSENTIEL

▶ À Mulhouse, des réseaux de santé de quartiers permettent d'associer la population à la politique de santé mise en œuvre.

▶ Les différents dispositifs, dont le Contrat local de santé, reposent sur cette approche communautaire.

▶ Cette politique territoriale associe l'ensemble des acteurs, toute la difficulté étant de trouver sans cesse les moyens humains et financiers pour mettre en place actions et programmes au profit des populations.

la diversité des champs et des actions, il a pu être rapidement opérationnel, grâce à l'implication, dès le départ, des principaux concernés.

Le deuxième axe du CLS porte sur la démarche de santé communautaire. Cet axe devrait être transversal à



© Juan Manuel Castro Prieto - Agence Vu

Dossier

Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ?



l'ensemble du Contrat. Mais le risque des objectifs transversaux est qu'ils n'apparaissent plus nulle part et ne trouvent pas de moyens pour se concrétiser. Nous avons donc fait le choix d'identifier clairement les objectifs à atteindre pour renforcer la démarche de santé communautaire à Mulhouse. Notamment une démarche de recherche-action sur la santé communautaire, accompagnée par l'Association « Action formation recherche évaluation en santé communautaire » (Afresc).

S. A. : Quelles sont les forces de cette politique territoriale de santé ?

A. T. de B. : L'articulation entre le Contrat local de santé et le futur Contrat unique devrait permettre d'agir de manière complémentaire sur les déterminants de santé. Le Contrat local de santé restant l'outil majeur de déclinaison des politiques de droit commun. Le volet santé du Contrat unique interviendra en complémentarité, sur des enjeux très spécifiques et transversaux : accès à une offre alimentaire de qualité, par le développement de potagers partagés et de coopératives d'achat en circuits courts par exemple, renforcement de la place des citoyens, par l'ouverture d'espaces et l'évolution des postures professionnelles, etc. L'approche communautaire permet de replacer l'enjeu de la santé dans sa dimension multifactorielle et citoyenne. L'objectif prioritaire est identifié et construit par les habitants, les élus et les professionnels. On ne peut donc se passer, par simplicité, de l'expertise vécue des habitants. En termes de résul-

tats, à titre d'exemple, ce sont plus de 300 personnes en apprentissage de la langue qui sont invitées, chaque année, à exprimer leurs préoccupations en matière de santé et à pouvoir rencontrer, dans ce cadre, des professionnels pour échanger autour de sujets aussi divers et variés que la vaccination, les gestes qui sauvent, etc. Ce sont plus de 400 jeunes qui se mobilisent pour créer leurs propres messages de prévention, avec leurs outils et leurs mots, en direction de leurs pairs. Ce sont 16 écoles primaires volontaires mobilisées pour travailler avec les enfants et les parents, autour du bien-être et de l'équilibre alimentaire, avec des outils innovants, etc.

S. A. : Et les difficultés ?

A. T. de B. : L'approche communautaire de la santé se heurte à plusieurs écueils :

- les méthodes d'évaluation des actions de promotion de la santé : la démarche de santé communautaire et ses effets ne peuvent pas se mesurer à partir d'indicateurs épidémiologiques et d'état de santé. Il faut développer des méthodes d'évaluation plus adaptées ;

- la restriction des moyens, notamment dans les associations, intervient au détriment du temps consacré à la mobilisation et au travail avec les habitants. C'est en contradiction avec la posture professionnelle permettant de créer des espaces de construction avec les habitants. Ce temps est souvent peu valorisé ;

- les habitants ne cloisonnent pas aux domaines de compétences insti-

tutionnels leurs préoccupations, qui sont transversales, donc difficiles à prendre en compte dans les programmes thématiques. Dans certains cas, chacun « se renvoie la balle » et rien ne se concrétise pendant ce temps. Les commissions de coordination des politiques publiques de prévention prévues par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) gagneraient à être renforcées.

S. A. : Pour l'avenir, quels sont les principaux défis à relever ?

A. T. de B. : La contractualisation opérée ces dernières années (ASV, CLS, Contrat unique) a eu un impact paradoxal : le développement de moyens nouveaux s'est accompagné d'un repli sur des champs de compétences très orientés « santé publique », ce qui a eu pour effet négatif de désengager un peu les énergies et moyens de la santé communautaire. Le travail de co-construction engagé dans le cadre du Contrat unique doit maintenant être étendu au Contrat local de santé.

La ville est un échelon pertinent pour agir avec la population sur les déterminants de santé. Elle possède les leviers d'action et bénéficie de la proximité. Mais elle ne peut pas le faire seule, notamment pour dégager des moyens suffisants. L'implication de l'État et des autres partenaires de santé est nécessaire. L'implication des acteurs sociaux, au plus près des habitants, est également fondamentale pour une prise en compte globale des besoins en santé.

Enfin, pour que la démarche de santé communautaire permette réel-

BIBLIOGRAPHIE

- Loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine. En ligne : <http://i.ville.gouv.fr/index.php/reference/9717>
- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé du 21 novembre 1986. En ligne : <http://www.afresc.org/>

lement d'agir de manière transversale sur les déterminants, il faudra continuer à développer une culture commune de la participation et de la prise en compte de l'impact sur la santé de toutes les politiques conduites. Et surtout, pour exister, la démarche communautaire en santé doit continuer à être dotée de moyens propres : un budget, des lieux ressources et des moyens humains. Pour accompagner, faciliter et évaluer ces initiatives. ■

Propos recueillis par Yves Géry

1. « Donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet

bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. » Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 21 novembre 1986.

2. Organisation Mondiale de la Santé.

3. Nouveau contrat de ville qui succédera au *Contrat urbain de cohésion sociale* (Cucs) à partir de janvier 2015, et pour lequel Mulhouse a été territoire préfigurateur. La politique de la ville est mise en œuvre par des contrats de ville conclus à l'échelle intercommunale. Les futurs contrats uniques couvriront à la fois des enjeux de cohésion sociale et de développement urbain. Le préfet, le président de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) et les maires devront mobiliser tous les acteurs institutionnels et de la société civile, y compris des habitants et veilleront à la mise en synergie de l'ensemble des politiques de droit commun en faveur des quartiers prioritaires de la politique de la ville.

UN « RÉSEAU SANTÉ » AU QUARTIER DES COTEAUX

Le quartier des Coteaux est un quartier prioritaire de Mulhouse, comptant 9 300 habitants. Le Réseau santé du quartier des Coteaux est coordonné par la conseillère en économie sociale et familiale du Centre socioculturel du quartier, l'Afsco. Elle est soutenue par une coordinatrice santé de la ville de Mulhouse. Ce réseau regroupe un habitant du quartier, très investi, des professionnels de la gestion urbaine de proximité, de la prévention de la délinquance, de la psychiatrie, de l'Éducation nationale, de l'animation socioculturelle et un bailleur social.

Le réseau organise, plusieurs fois par an, des « points rencontre » en pieds d'immeuble, pour échanger avec les habitants. La porte d'entrée est celle du « bien-être » dans le quartier. La question de la propreté des communs revenant systématiquement comme une priorité, ces temps de rencontre ont notamment donné lieu à l'organisation d'une journée « embellis et respecte ton quartier ». Cette journée a révélé le besoin de travailler sur le « vivre ensemble », véritable facteur de mal-être. Un habitant a donc décidé de mobiliser habitants et professionnels autour d'un projet de forum. Ensemble, nous sommes allés à la rencontre des autres habitants du quartier, avons recueilli leurs témoignages, leur vécu et leurs attentes, pendant six mois. Le forum, organisé en septembre 2013 et animé par Luc Gaudet, spécialiste québécois

du théâtre participatif, a permis d'identifier trois problématiques, autour desquelles les énergies se mobilisent cette année :

- les relations intergénérationnelles : des pièces de théâtre-forum itinérantes sur le quartier, entre jeunes et anciens, pour aller au-delà des préjugés, briser le mal-être et apprendre à se connaître ;
- se connaître entre voisins : les habitants ayant participé au forum se mobilisent pour initier des fêtes de voisins, à l'échelle des tours ;
- valoriser l'image du quartier et de ses habitants : à travers un projet photo, animé par une professionnelle, et conduit par les habitants du quartier.

Ces projets, portés par les habitants, contribuent à la lutte contre l'isolement, le repli sur soi, le manque de communication, l'irrespect entre habitants, véritables facteurs de mal-être et de souffrance psychique.

Actions de promotion de la santé

En complément, et en lien avec le Réseau santé de quartier, des actions d'éducation pour la santé et de promotion de la santé sont conduites pour agir sur des facteurs de risques déterminés :

- une action autour de la santé bucco-dentaire, associant l'UFSBD, les parents, le Centre socioculturel et les écoles et périscolaires du quartier, le programme de réussite éducative et la Ville de Mulhouse a permis de faire diminuer le nombre de caries constatées chez les enfants du quartier ;
- les écoles se sont mobilisées, suite à une

proposition de la ville, pour intégrer dans le programme scolaire des temps de sensibilisation à l'équilibre alimentaire et à l'activité physique régulière, tout en travaillant avec les parents ;

- des ateliers « bien-être » sont proposés aux adultes, par le centre socioculturel l'Afsco. Au programme : ateliers cuisine, ateliers bien-être et relaxation, sport adapté, sorties, etc.

- des modules d'échanges sur la santé sont proposés dans le cadre des cours de Français langue d'intégration, selon les besoins des participants ;

- des groupes de parole entre parents autour de la santé de l'enfant sont organisés chaque mois. Les thématiques des rencontres sont définies par les parents.

Cet exemple, qui ne représente que l'action conduite dans l'un des quartiers de Mulhouse, montre bien comment le travail avec les habitants et les acteurs aux champs de compétences pluridisciplinaires nous invite à nous positionner dans une approche globale et transversale de la santé, telle que pensée par la Charte d'Ottawa. La démarche descendante d'éducation pour la santé et la focalisation sur la santé publique ne suffisent pas pour agir sur la santé de la population. Il faut, pour chaque action, ouvrir des espaces afin que les habitants puissent orienter les choses. Cela implique une posture professionnelle d'écoute, d'ouverture et d'échange de savoirs. Nos expertises se complètent.

A. T. de B.

Dossier

Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ?

À Vitry-le-François, la municipalité se mobilise pour améliorer les conditions de vie et de santé de ses habitants, en coopérant étroitement avec l'Agence régionale de santé et les autres acteurs publics.

À Vitry-le-François, « mobiliser au mieux les ressources existantes »

**Entretien avec
Khalid Ida Ali,**
chef du service de
développement social
et urbain,
Ville de Vitry-le-François.

*La Santé en action :
Quel dispositif de santé
la commune de Vitry le
Francois a-t-elle mis en
place ?*

Khalid Ida Ali : Vitry-le-François (Marne, région Champagne-Ardenne) est une petite commune, (moins de 15 000 habitants), avec une démographie à la baisse, un contexte de précarisation du fait de la crise économique ressentie ici fortement.

Elle joue le rôle de ville-pôle dans un contexte rural. Elle ne jouxte pas de métropole avec un dynamisme dont elle pourrait bénéficier (université, attractivité, etc.).

La municipalité n'a pas de délégation consacrée exclusivement à la santé. Toutefois, elle a toujours été attachée à investir ce champ pour contribuer à l'amélioration du bien-être des habitants. Elle a mis en œuvre une série d'actions dont en voici ci-après quelques-unes essentielles. Sur le plan de l'aménagement urbain, on peut citer le développement de pistes cyclables, d'espaces verts pour favoriser la marche (par exemple, création d'une coulée verte), la création de jardins familiaux. Sur le plan environnemental, citons la restriction des produits phytosanitaires pour les espaces verts, le tri sélectif et les poubelles semi-enterrées. Sur le plan de l'alimentation des enfants, les menus proposés par la cuisine centrale communautaire répondent aux recommandations du Groupement d'études des marchés de restauration collective

et de nutrition (GEMRCN) et la programmation nutritionnelle est validée par une diététicienne.

S. A. : Et en prévention/promotion de la santé ?

K. I. A. : La commune finance plusieurs associations pour des actions de santé à destination de différents publics, sur les thèmes suivants : bien-être, sport, dépistage, prévention des risques, hygiène alimentaire, mais aussi accompagnement personnalisé à la santé pour les publics les plus fragilisés et éloignés du droit commun. Cela se traduit par des actions de promotion de la santé par des experts dans des ateliers déjà constitués (Secours populaire) mais aussi par un accompagnement individualisé (accompagnement et prise de rendez-vous) des personnes les moins autonomes assuré par une association (Udaf). Par ailleurs, au travers du dispositif de réussite éducative, le Centre communal d'action sociale (CCAS) emploie une psychologue et une orthophoniste. La commune a aussi, en lien avec le Comité départemental d'éducation pour la santé (Codes), créé un espace documentaire ressources en prévention/promotion de la santé, accessible au public en mairie. Dans un autre domaine, pour soutenir les professionnels de santé sur notre territoire, la commune a mis à disposition des internes en médecine générale des logements afin de faciliter leur installation en ville.

La liste n'est pas exhaustive, mais ces exemples montrent que la ville n'a pas attendu le Contrat local de santé (CLS) pour investir cette thématique, fondamentale car centrale et transversale.

L'ESSENTIEL

■ **Au cœur de la région Champagne-Ardenne, le département de la Marne affiche des indicateurs sanitaires défavorables. Ainsi, la mortalité prématurée chez les hommes y est supérieure à la moyenne nationale.**
Avec des moyens financiers et des perspectives d'emploi réduits, Vitry-le-François s'est organisée pour tenter d'améliorer les conditions de vie de ses habitants. Contrat local de santé, projet de territoire, contrat de ville : les différents dispositifs sont activés à cette fin.

S. A. : Venons-en au Contrat local de santé : sur quel diagnostic se fonde-t-il ?

K. I. A. : Depuis 2012, nous travaillons dans le cadre d'un Contrat local de santé, co-piloté par l'Agence régionale de santé (ARS). Plusieurs indicateurs confirmaient le caractère prioritaire du volet santé sur notre territoire. Précarité en matière de revenus, forte prévalence des maladies chroniques, etc. Les principales causes de mortalité en Champagne-Ardenne sont les maladies cardiovasculaires, le diabète et les tumeurs. Avec des facteurs de risques accrus comme la consommation d'alcool et de tabac, la sédentarité et ce qui concerne les conduites alimentaires. Les prises en charges tardives sont souvent liées à une inégalité d'accès à la prévention et aux soins. Ainsi, la région présente des indicateurs défavorables : l'espérance de vie y est inférieure à la moyenne nationale, la mortalité prématurée y est plus forte, et la morta-

CONTRAT LOCAL DE SANTÉ : EXEMPLE D' ACTIONS

Le Contrat local de santé (CLS), signé en décembre 2013, inclut notamment les actions suivantes :

- rapprochement des médecins de ville et de l'hôpital : l'action « gestion des hospitalisations programmées et coordination des services à la sortie » vise un décloisonnement des pratiques de terrain pour une prise en compte globale des personnes âgées.
- Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue (Caarud). Un camping-car se déplace dans la ville, sur les lieux bien identifiés permettant de respecter un certain anonymat, pour accueillir les usagers de drogues et les accompagner.
- engagement de la municipalité en tant que ville active du Programme national nutrition santé (PNNS).
- délocalisation et promotion des bilans de santé du Centre marnais de promotion de la santé (CMPS) jusqu'alors réalisés à Reims : ce bilan de santé gratuit qui privilégie la prévention est modulé en fonction de l'âge, des antécédents familiaux et des modes de vie.
- lancement d'un nouveau service « Ambassadeurs de convivialité » pour rompre l'isolement des personnes seules, souvent âgées, par des visites régulières et conviviales favorisant aussi une démarche de promotion de la santé.
- renforcement de la pédopsychiatrie en ville, notamment par la consolidation d'un Centre médico-psychologique (CMP)/Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) lié à un renforcement de moyens tant en personnel médical qu'infirmier.
- formation des acteurs en matière de lutte contre les addictions assurée par l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) et le Comité départemental d'éducation pour la santé (Codes).

K. I. A.

lité infantile plus élevée. À cela s'ajoute une évolution de l'offre de santé préoccupante (démographie défavorable des professionnels, établissements de santé en déficit). Dans le domaine de la prévention, de nombreux acteurs interviennent dans des champs très variés mais de façon insuffisamment structurée et coordonnée.

Des groupes thématiques, créés dans le cadre du projet de territoire, ont permis de préciser l'état des lieux réalisé par les observatoires régionaux. Un diagnostic partagé approfondi a donc été réalisé, en amont du Contrat local de santé. Nous avons rencontré 76 acteurs concernés par la santé, ce qui témoigne de l'ampleur de la démarche pour une commune de la taille de Vitry-le-François.

S.A. : *Contrat local de santé, projet de territoire, contrat de ville... Comment ici faire cohabiter les nombreux dispositifs existants ?*

K. I. A. : Nous sommes confrontés à un empilement des dispositifs, ici comme ailleurs. L'objet est de les mettre en synergie. Cette convergence est rendue indispensable par de très nombreux facteurs : réforme des collectivités, décentralisation, transfert des compétences, renforcement du rôle du maire, réduction continue des subventions. Dans ce contexte, les municipalités ne peuvent qu'améliorer leur organisation et l'efficacité des moyens locaux. Pour répondre à ces exigences, le service de développement social et urbain (DSU) de la ville de Vitry-le-François a donc développé un « projet de territoire durable, participatif et solidaire ».

S. A. : *Quel est l'objectif de ce projet de territoire ?*

K. I. A. : Structurer les politiques publiques sur le territoire en leur donnant du sens. Nous souhaitons mobiliser au mieux les ressources existantes, développer les dispositifs de droit commun. Le projet a été élaboré en plusieurs étapes : structuration des modes de coproduction, diagnostic local partagé, élaboration puis mise en œuvre des actions, et enfin mise en place d'un observatoire social local permettant de mesurer les évolutions de notre territoire et d'orienter nos décisions.

S. A. : *Comment avez-vous établi ce « diagnostic local partagé » ?*

K. I. A. : Six groupes de travail ont été créés, fondés sur une expertise locale, leur fil d'Ariane est d'améliorer la coordination des acteurs. Ils ont co-rédigé le projet dans les domaines retenus suivants : habitat et vie sociale, santé (accompagnement des publics, accès aux soins, etc.), sécurité et prévention de la délinquance (soutien à la parentalité et aux familles, lutte contre les conduites addictives, réparations et mesures alternatives), projet éducatif local (améliorer la coordination intersectorielle et associer les familles), insertion sociale et professionnelle (améliorer la formation et l'estime de soi, favoriser l'accessibilité et la mobilité), famille et parentalité (placer les parents en capacité, améliorer les dispositifs d'accompagnement, lutter contre les violences conjugales). Ces groupes se réunissent au moins quatre fois par an, assurent le suivi, ajustent, formulent des préconisations. Une séance plénière est prévue pour faire circuler l'information entre ces entités.

S. A. : *Au final quelles sont les forces et faiblesses de ces dispositifs visant à améliorer la santé des habitants ?*

K. I. A. : Les points forts sont la connaissance de l'environnement, l'exigence d'établir un diagnostic constamment mis à jour, la mobilisation permanente des acteurs, le travail commun et le partenariat qui découle des actions mises en œuvre. En contrepoint, nous avons identifié deux points faibles sur lesquels il nous faut travailler en priorité :

- l'implication des habitants : ils sont au cœur du projet et les acteurs parlent en leur nom, mais ils sont encore insuffisamment impliqués dans le processus de décision.

- impossible de passer sous silence les logiques de structures qui perdurent et échappent parfois à la dynamique partagée. Illustration concrète avec les différents appels à projets, toujours pas harmonisés, chacun retournant à ses logiques et priorités. Dans ces conditions c'est le plus souvent la ville qui fait preuve de flexibilité. Par ailleurs, les acteurs peinent parfois à s'investir dans un réel partenariat qui consisterait à faire prévaloir l'intérêt du collectif, allant au-delà de leurs intérêts propres. ■

Propos recueillis par Yves Géry

« Les acteurs étaient prêts pour des actions communes et concertées »

Entretien avec Thierry Alibert, délégué territorial de la Marne, Agence régionale de santé (ARS) Champagne-Ardenne.

La Santé en action : Pourquoi l'Agence régionale de santé a-t-elle décidé d'accompagner la commune de Vitry-le-François ?

Thierry Alibert : Ce cheminement commun avec cette municipalité s'explique par la dynamique repérée sur ce territoire : la ville de Vitry avait déjà expérimenté un « atelier santé ville » et l'Agence régionale de santé (ARS) connaissait le potentiel de la commune, en termes d'opérateurs présents.

Ce qui a été l'élément « déclencheur » est le diagnostic territorial qui a été réalisé, sur les thématiques de santé publique, mais également l'intérêt manifesté par les acteurs pour se lancer dans des actions communes et concertées. Il importe de souligner aussi que le « portage » politique était acquis de par l'engagement fort de l'équipe municipale, ce qui est une condition *sine qua non* du succès de ce type d'opération.

S. A. : Comment l'ARS s'est-elle positionnée pour accompagner ce processus de Contrat local de santé (CLS) à Vitry-le-François ?

T. A. : L'Agence régionale de santé s'est pleinement engagée dans cette dynamique de co-construction du Contrat local de santé (CLS) en mettant à disposition les moyens humains nécessaires : pendant 18 mois, un cadre de la délégation territoriale de la Marne a apporté son expertise, la méthodologie et l'ingénierie en collaborant étroitement avec les groupes de travail et en veillant à ce que la structuration de la gouvernance soit effective et

adaptée (groupes de travail, comité technique de propositions, comité de pilotage, instance de validation).

Le délégué, pour sa part, a joué son rôle « d'ambassadeur » auprès des élus et des responsables institutionnels intéressés par cette démarche innovante. L'Agence régionale de santé a également pris une part importante dans la rédaction des fiches-actions issues des orientations définies sur la base du diagnostic posé.

Enfin, l'ARS participe financièrement à la mise en œuvre de certaines actions et finance une partie du poste dédié à la coordination des actions. L'enjeu pour l'Agence était d'obtenir, selon un « mode projet », une véritable collaboration de toutes les parties prenantes, en veillant à l'effectivité des actions et à leur dimension opérationnelle pour répondre aux besoins de santé définis collectivement comme prioritaires.

Concernant la délégation de la Marne, le Contrat local de santé (CLS) de Vitry a fortement mobilisé les équipes du service « animation territoriale » pour cet accompagnement à la fois méthodologique et d'ingénierie puisqu'il fallait maîtriser le travail partenarial en mode projet, ses techniques ainsi que les concepts de santé publique.

S. A. : Quels enseignements en retirez-vous et quelles sont les conditions de réussite mais aussi les difficultés à surmonter ?

T. A. : L'enseignement majeur est que les délégations sont au cœur de la mise en œuvre des Contrats locaux de santé, outils ajustés au plus près des besoins des populations : en effet, les délégations territoriales ont une connaissance « fine » des enjeux locaux, des acteurs mobilisables et savent identifier si les

conditions politiques et techniques sont réunies pour bâtir collectivement un Contrat local de santé.

L'autre enseignement à tirer est que le Contrat local de santé mobilise fortement dans le temps – tant pour l'élaboration que pour sa mise en place – non seulement la délégation territoriale « en première ligne » mais aussi les autres composantes de l'Agence régionale de santé qui doivent être associées le plus en amont possible du lancement de la démarche « Contrat local de santé ». En effet, il importe de bien avoir présent à l'esprit que la dynamique « Contrat local de santé » va mobiliser à la fois l'offre de soins, le service médico-social, le dispositif et les professionnels dits de « premier recours » tant d'un point de vue des « passerelles » à créer spécifiquement sur un territoire que sur le thème de la mobilisation des crédits. En outre, le temps de co-construction du Contrat local de santé et son suivi régulier impactent fortement les ressources humaines qu'il convient donc d'y affecter.

Enfin, la question de la coordination des acteurs et des actions prévues dans les Contrats locaux de santé est cruciale et il convient de l'intégrer dès la phase initiale du lancement de la dynamique. À souligner aussi que les Contrats locaux de santé ne sont qu'un moyen pour contribuer à une adaptation « fine » et « ajustée », sur un territoire, de la stratégie du Projet régional de santé (PRS), feuille de route des Agences régionales de santé. ■

Propos recueillis par Yves Géry

Au centre de santé du Franc-Moisin, c'est à l'échelle territoriale d'un quartier urbain paupérisé que les dispositifs s'adaptent. Des professionnels de la santé et du social travaillent avec cinq médiatrices pour proposer une prise en charge adaptée à la population.

25

Centre de santé du Franc-Moisin : « Un mariage entre l'action sociale et la pratique du soin »

Entretien avec
Didier Ménard¹,

médecin, président de l'ACSBE,
fondateur du centre de santé
du Franc-Moisin,
désormais dénommé
La Place Santé à Saint-Denis.

La Santé en action : Pourquoi et comment est né le centre de santé du Franc-Moisin à Saint-Denis ?

Didier Ménard : La création, en 1992, de l'Association communautaire santé bien-être (ACSBE) – La Place Santé résulte de la rencontre peu habituelle entre, d'une part, la volonté politique d'une municipalité (Saint-Denis) d'établir un diagnostic de santé dans un quartier populaire, et d'autre part, une recherche-action menée par des chercheurs en santé publique et en sociologie. Cette recherche-action entendait ainsi décrypter une pratique de santé médico-psycho-sociale ayant pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé. À ces deux facteurs s'en est ajouté un troisième : l'acceptation par les professionnels d'analyser leurs pratiques, de s'adapter aux besoins de santé d'un quartier où la précarité, la pauvreté et la vulnérabilité des populations sont très importantes.

C'est donc une démarche conceptuelle, sur ce que doit être l'exercice de la médecine et, au-delà, de la santé en milieu populaire. C'est aussi un « mariage » entre l'action sociale, la pratique du soin, la prise en compte du rapport à la santé et au corps de populations venues de pays aux cultures différentes.

S. A. : **En quoi cette approche représente-t-elle un bouleversement de la relation traditionnelle « soignant/soigné » ?**

D. M. : Le lieu de rencontre entre la population et le système de santé se fait habituellement par une demande de soins auprès d'un soignant. La réponse sera efficace si le projet thérapeutique proposé intègre la complexité de la demande. Cette demande est souvent un mélange de plainte fonctionnelle sur un état somatique précaire dans le cadre d'une situation sociale révélatrice de vulnérabilité. Le fait que le patient soit d'une culture différente brouille l'expression de sa plainte au regard de la connaissance médicale française.

S. A. : **Quels sont les fondements éthiques de votre approche du patient ?**

D. M. : La recherche-action – menée par les scientifiques sur nos interventions – conclut que les pratiques développées par les soignants concrétisent

une volonté de répondre à la complexité des situations. Le soin est délivré selon les bonnes recommandations, mais surtout il s'accompagne d'une empathie, d'une recherche pour décoder la plainte tenant compte de la situation sociale et s'adaptant au contexte culturel. Cela signifie des consultations longues, une recherche de mobilisation des compétences de la personne malade, mais aussi l'acceptation que le projet thérapeutique doit être négocié avec la personne, et que cette négociation n'est pas toujours à l'avantage du soignant.

S. A. : **Et les principales difficultés face à l'ambition de « soigner » ?**

D. M. : Tout d'abord, ce n'est pas l'élaboration du projet thérapeutique qui est difficile, mais sa réalisation. L'une des principales difficultés est d'apporter à la fois une solution sociale et médicale. En effet, comment soigner un diabète et ralentir le développement d'une complication quand les ressources de la personne – en particulier une pension très faible de retraite – ne lui permettent pas d'avoir une diététique adaptée ni de faire de l'exercice pour lutter contre la sédentarité ? Le dispositif social existant dans notre pays n'est pas forcément accessible, en particulier pour ces populations vulnérables. Le parcours pour l'accès aux droits sociaux est compliqué et épuisant. Les personnes en difficulté ne peuvent l'accomplir seuls, car il exige ténacité, endurance, capacité d'analyser des documents souvent abscons, etc. Le constat est sévère : une majorité renonce à faire valoir ses droits. Or sans ces droits, la mise en œuvre du projet thérapeutique individuel est compromise.

L'ESSENTIEL

- Le centre de santé du Franc-Moisin à Saint-Denis, en Seine-Saint-Denis, est le fruit d'une initiative de professionnels militants, soutenus par la commune et les institutions.
- Le patient arrive au centre avec sa culture, son environnement ; l'équipe a intégré des médiatrices en santé et fonctionne avec des interprètes.
- 20 ans après sa création, ce centre de santé reste fragile, en dépit des services qu'il rend et de son action pour réduire les inégalités. Sa pérennité financière n'est toujours pas assurée.

Dossier

Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ?



L'ACSBE a donc cherché un moyen d'accompagner les personnes en difficulté, afin qu'elles puissent accéder à ces droits. En l'absence de professionnels de l'aide sociale, nous avons mis en œuvre un principe simple mais peu courant : la mobilisation des ressources et des savoirs faire de la communauté. Pour les soignants, cela signifie mobiliser la compétence et le savoir d'une personne de la cité pour trouver des solutions : par exemple, un lieu d'accueil pour un enfant malade quand aucun membre de la famille ne peut le garder.

S. A : Comment s'est mise en place cette approche de santé communautaire ?

D. M. : Dans un premier temps, les soignants ont proposé à des personnes-ressources de rejoindre l'association. Elles ont été formées pour associer à ce savoir profane un savoir professionnel autour de l'accompagnement social, puis un savoir sur la santé communautaire. Si l'accompagnement individuel est en effet indispensable pour combler le maillon manquant de la reconquête des droits sociaux, la question du collectif se pose forcément comme moyen de reconquérir aussi le lien social.

La santé communautaire est un moyen efficace pour produire, dans un objectif de promotion de la santé, une action collective, renouant le lien social. Elle a donc une vertu thérapeutique contre le mal-être, si présent dans ces quartiers populaires. C'est ainsi que sont nées les « habitantes-re-

lais » puis ensuite – une fois leur diplôme de « techniciennes en médiation service » obtenu – qu'elles sont devenues médiatrices en santé. L'ACSBE emploie cinq médiatrices, grâce au dispositif de contrat aidé adulte-relais.

S. A : Quelles sont les missions de ces médiatrices et comment coopèrent-elles avec les médecins ?

D. M. : Leurs principales missions sont l'accueil des personnes pour l'accompagnement social et le soutien psychologique, car l'un ne va pas sans l'autre ! Elles animent également les ateliers collectifs, sur des thématiques de promotion de la santé et de citoyenneté. Soit, en 2012, plus de 200 ateliers, toutes thématiques confondues. Si l'on inclut les consultations médicales, environ 10 000 passages à l'association ont été recensés.

Pour les médecins, le travail de collaboration avec les médiatrices est utile et nécessaire. Quand, lors de la consultation et grâce à l'empathie et au savoir-faire du médecin, il est constaté qu'une problématique sociale interfère avec la problématique médicale, la possibilité d'adresser tout de suite la personne à une médiatrice est une aide considérable. La médiatrice intervient aussi comme interprète (20 langues et dialectes étrangers sont parlés à l'association). Par ailleurs, un temps est souvent nécessaire pour expliquer au patient l'ordonnance du médecin. C'est l'originalité de ce lieu de soins d'être, dans les faits, un lieu de délivrance de santé.

S. A : Comment recruter des jeunes professionnels dans ce contexte qui requiert un engagement fort ?

D. M. : Tout d'abord, le centre a déménagé pour s'installer sur la grande place centrale de la cité, raison pour laquelle il s'intitule désormais la « Place Santé ». Il inclut – outre toutes les activités de l'association tel l'accès aux droits, les médiatrices santé, les ateliers – un nouveau lieu de soins, créé par l'ACSBE pour assurer la continuité de l'offre de soins au moment du départ à la retraite d'un nombre important de soignants du quartier. Ces professionnels exerçaient en cabinet collectif libéral, les nouvelles recrues, en particulier les médecins, ont souhaité exercer dans un centre collectif de santé au sein duquel ils sont salariés. Ces cinq jeunes médecins sont en majorité des anciens internes, venus travailler au centre de santé car ils souhaitaient exercer la médecine en milieu populaire. À partir de là, la nature du soin pratiqué est imprégnée de santé communautaire, ces jeunes ont travaillé avec les médiatrices, la question sociale est omniprésente, tout comme les ateliers d'éducation thérapeutique qui font partie intégrante des activités de soins.

S. A : Comment les habitants se sont-ils impliqués ?

D. M. : La participation des habitants du quartier aux ateliers collectifs a provoqué un processus « d'émancipation », avec la volonté de participer à la vie de l'association. Il a été décidé – sur le conseil des médiatrices – qu'il

était préférable, non pas d'intégrer les habitants à l'association, mais de favoriser la création d'un comité autonome. Ce « comité habitants usagers citoyens » (CHUC) a fortement participé à l'évolution du centre de santé. Un diagnostic des besoins de santé a été réalisé, le quartier s'est mobilisé pour dénoncer la misère après le suicide de deux femmes de la cité, une marche de la dignité a été organisée, des documents d'information pour prévenir la solitude ont été publiés etc., toutes ces activités sont conduites par le CHUC avec l'aide des médiatrices.

S. A : En quoi la démarche de ce centre de santé est-elle innovante et à quelles difficultés êtes-vous confrontés ?

DANS CETTE ENCLAVE, LES HABITANTS SE RÉCLAMENT « DU FRANC-MOISIN »

Comment caractériser le quartier du Franc-Moisin à Saint-Denis ? Didier Ménard le résume ainsi : c'est une enclave urbaine, délimitée par autoroutes, canal et voies de chemin de fer, avec à l'est une autre cité, celle des 4 000 (à La Courneuve). Depuis 1900 – et même avant si l'on remonte l'histoire – c'est un quartier d'immigration, notamment bretonne, puis espagnole quand, pendant la Première Guerre (1914-1918), les usines de chimie et métallurgie de cette ceinture de Paris ont fait venir les Ibériques. À la fin de la guerre, d'une certaine manière pour les remercier, l'État français les a autorisés à faire venir leurs familles. Ils s'y sont installés et ont construit des baraquements. Puis sont arrivés des Polonais, des Portugais, des Maghrébins – en particulier des Kabyles venus pour l'industrie automobile et la construction –, des Portugais, etc. Ce territoire fut l'un des plus grands bidonvilles de Paris et a toujours été une terre d'immigration. Ce quartier est ainsi identifié comme le coin des immigrés, c'est la représentation qu'en ont les habitants des autres quartiers alentours. Dans les années 1970-1980, des immeubles ont remplacé l'habitat précaire. Le docteur Didier Ménard y a installé son cabinet médical en 1981. Plus de 30 ans plus tard, le quartier réunit pas moins de

D. M. : Tout ce travail est novateur. Il répond à un besoin exprimé aussi bien par les professionnels de la santé, les habitants, que par les élus et les institutions. Ce soutien institutionnel est fondamental : sans lui, point d'ACSBE. Toutefois, l'engagement de l'État, de la ville, du département, de la région, nécessaire pour exister, est cantonné à des dispositifs expérimentaux.

Certes, les 22 années d'existence du centre peuvent faire croire que la pérennisation est assurée. Or ce n'est pas du tout le cas et notre précarité est constante. Les dispositifs d'aide à l'emploi que nous utilisons – faute d'autres possibilités – sont remis en cause régulièrement, ils ne sont pas adaptés à l'action de santé au Franc-Moisin. De même, la recherche

constante de subventions pour réaliser des actions est un travail de funambule, car le contenu des appels d'offres est rarement en phase avec la réalité du « terrain ».

De plus, la modalité de financement de l'activité médicale (centrée sur la consultation) avec le paiement à l'acte – même si nous bénéficions des nouveaux modes de rémunération pour financer les temps de coordination des médecins, et leur implication dans les activités de santé publique – est un handicap pour promouvoir l'action de santé. Il y a donc une fragilité constante de l'association.

S. A : Face à tous ces obstacles, qu'est-ce qui permet au centre de fonctionner ?

D. M. : Si l'association existe toujours, c'est grâce au dévouement des personnels, à leur acceptation de faibles rémunérations, même si cela est compensé en partie par l'exemplarité du projet. Nous savons que, parce qu'il intervient en dehors du droit commun, notre travail ne durera que du fait de la mobilisation d'une équipe de femmes et d'hommes au service de la communauté. Et pourtant, avec l'accroissement des maladies chroniques et le vieillissement de la population, il y a urgence à développer ces lieux où – au-delà des soins – se développe une offre plus apte à répondre aux besoins de santé.

Cette réalité n'est pourtant pas désespérante. Notre action entre en résonance avec d'autres équipes qui en France – à Toulouse, Lille, Strasbourg, et probablement ailleurs – conduisent des actions similaires. Des collectifs de jeunes soignants s'engagent dans ce modèle d'exercice professionnel ; c'est le cas à Marseille, Grenoble, en réflexion à Lyon, Paris, Rennes, etc. Nous espérons avoir aidé à tracer une route que d'autres vont emprunter. ■

Propos recueillis par Yves Géry

Y. G.

1. Didier Ménard a exercé comme médecin généraliste dans ce quartier pendant des décennies, il a créé le centre de santé il y a 22 ans. S'il n'exerce plus la médecine générale en consultation depuis début 2014, il continue de s'impliquer chaque jour dans l'animation du centre de santé qu'il préside.

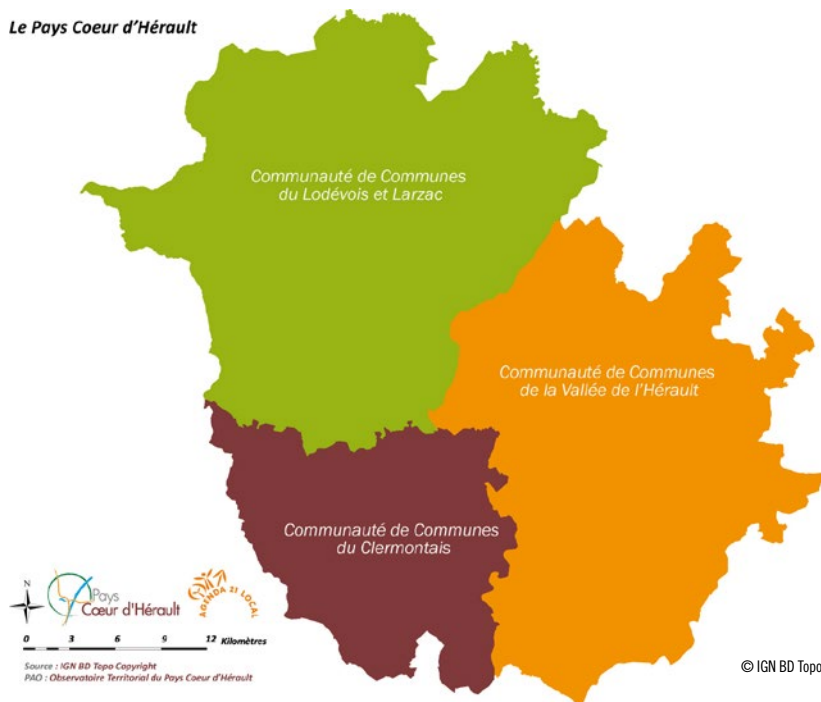
En Pays Cœur d'Hérault, l'urgence est à l'accès aux soins

Guy Lassalvy, président de la Commission Santé du Pays, **Laurent Garcin**, président de l'Association des médecins correspondants Samu de l'Hérault.

Le Pays Cœur d'Hérault est un territoire rural attractif, dont l'offre de santé doit être confortée et développée : connecté aux grandes infrastructures autoroutières (A75/A750), ce territoire, bien qu'à dominante rurale, présente une dynamique démographique particulièrement forte, avec 74 330 habitants en 2011 et un taux de croissance annuel de 2,7 % par an depuis 1999, taux supérieur à celui du département de l'Hérault. Cela entraîne nécessairement une augmentation des besoins en termes de santé. Or l'offre de soins est parfois menacée (fermeture de l'unique clinique généraliste en 2008, âge avancé des médecins en exercice, manque d'attractivité de certaines zones pour les professionnels, etc.), voire inexistante (absence de chirurgie, de maternité, de pédiatrie, etc.). Notons également qu'il s'agit d'un territoire relativement éclaté, ce qui pose des enjeux forts en termes de mobilité et de proximité des services.

Ce Pays a une population fragile, dont les besoins de santé doivent être pris en compte : s'il affiche une jeunesse en progression (1,4 personnes de moins de 30 ans pour une personne de plus de 60 ans), la population vieillissante ne doit pas être négligée, d'autant plus qu'elle présente des besoins de santé spécifiques. Le diagnostic santé, réalisé en 2009, a mis en avant des taux de mortalité plus importants sur le Pays que sur le département (pour les pathologies cardio-vasculaires, vasculaires-cérébrales et respiratoires, pour les cancers, accidents de la circulation, suicides, etc.), ainsi que des séjours hospitaliers plus nombreux. Enfin,

Le Pays Cœur d'Hérault



notons l'existence sur le territoire d'une précarité relativement importante, qui renforce la nécessité de développer des actions et des services de santé accessibles à tous.

Territoire Pays Cœur d'Hérault : les motifs de sa vulnérabilité

Plusieurs types de problématiques, étroitement liées entre elles, participent aux difficultés d'accès aux soins, et plus globalement à la santé, sur le territoire :

- des problématiques d'accès physique aux soins, dues en partie à l'éclatement géographique mais également à des difficultés de mobilité rencontrées par la population vulnérable (personnes âgées, public précaire, etc.) ;
- des problématiques d'accès financier, dues à la précarité relativement importante présente sur le territoire

(niveau de chômage élevé, faible niveau de qualification et de revenus, etc.) ;

- des problématiques d'accès aux droits, dues à de nombreux facteurs (précarité, contraintes administratives, etc.).

Un volet santé intégré dans les politiques territoriales

Le projet local de santé est inscrit au sein de dynamiques partenariales depuis plus de 10 ans. Le Pays a toujours fait en sorte que son projet local de santé s'inscrive dans des dynamiques partenariales, nationales, régionales ou locales. Il a en effet répondu, dès 2003, à l'appel à projet de la Datar intitulé « Santé et territoires ». Il s'est alors focalisé sur le public jeune, en participant à la création de plusieurs actions portées par la Mission locale jeunes du Cœur d'Hérault (Réseau Santé Jeunes, Espace Ecoute et Paroles

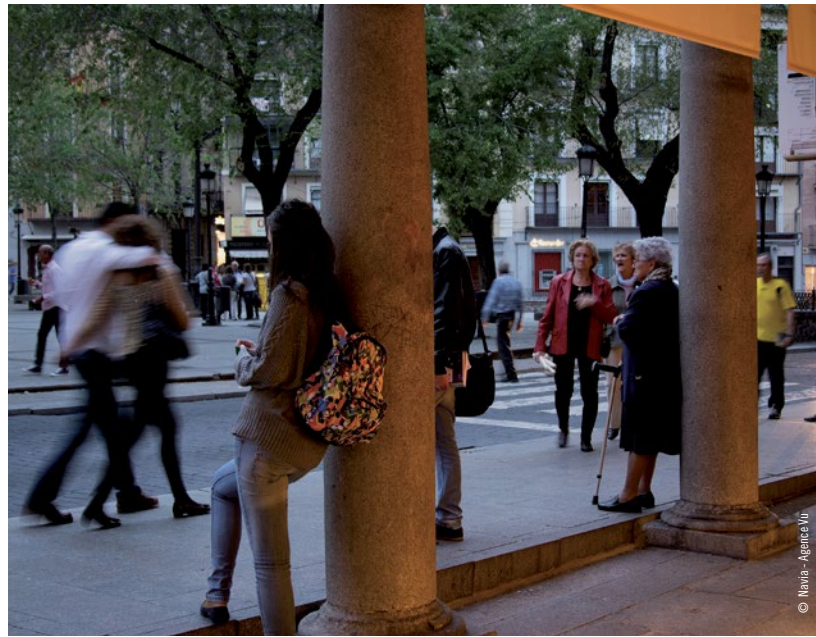
Jeunes, diagnostic sur la sexualité des jeunes, etc. voir encadré p. 30). Ces projets ont permis de fédérer un grand nombre d'acteurs du territoire autour de la thématique santé.

Mais rapidement, il a semblé indispensable d'initier une dynamique plus globale en direction de l'ensemble de la population : c'est pourquoi le Pays a créé, en 2008, une Commission Santé – composée d'élus, de professionnels, d'institutions (Caf, PMI, CHU, etc.) et d'une association d'usagers –, qui a lancé l'élaboration d'un diagnostic santé.

Dans le prolongement de cette démarche, le Pays et l'Agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon (ARS-LR) se sont engagés, en 2011, dans l'élaboration d'un Contrat local de santé (CLS). Celui-ci, signé en 2013 pour trois ans, vise à favoriser la coordination et la cohérence des actions en matière de santé sur le territoire. Il est piloté à la fois par l'ARS-LR et le Pays et est animé par une mission de coordination portée par les deux structures. Il est également suivi par un comité technique composé de l'ensemble des partenaires impliqués dans sa mise en œuvre.

C'est dans ce contexte qu'a été créé sur le territoire du Pays une Unité mobile de l'urgence et de la permanence des soins. Dès 2008 ont été mises en avant :

- des carences dans la prise en charge des urgences, reconnues par l'ensemble des acteurs, notamment du fait de l'absence d'une antenne SMUR (Structure mobile de l'urgence et de la réanimation), du faible nombre de médecins sapeurs-pompiers, et de la grande



difficulté, reconnue par le Samu, à couvrir l'ensemble des interventions nécessaires sur le territoire.

Des carences dans la permanence des soins, en période de fermeture des cabinets médicaux : si le Centre d'accueil et de permanence des soins (CAPS) de Lodève et la Maison médicale de garde (MMG), ouverte en 2011 à Clermont-L'Hérault, ont permis d'assurer des gardes au niveau de points fixes, les médecins volontaires n'assurant pas de visites chez des personnes ne pouvant se déplacer, ni dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Éhpad). Un grand nombre de personnes âgées ont ainsi dû être déplacées, notamment à Montpellier, du fait de l'absence de médecin disponible sur place.

Unité mobile de l'urgence et de la permanence des soins

Il convenait donc de créer, dans le cadre du Contrat local de santé, un dispositif capable d'assurer ces deux missions 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 : l'Aide médicale urgente (accidents de la route, AVC, etc.) et la Permanence des soins en dehors des points fixes (visites à domicile ou dans les Éhpad). Ce dispositif, nommé Unité mobile de l'urgence et de la permanence des soins (UMUPS) du Cœur d'Hérault, composé d'un médecin, d'un sapeur-pompier et disposant d'un véhicule équipé, a démarré son activité le 15 mars 2013.

En un an, l'UMUPS a réalisé près de 1030 interventions, en majorité sur des urgences, avec un délai moyen de

16 minutes. Le projet a pu voir le jour grâce à de nombreux facteurs : l'initiative du docteur Garcin, le caractère innovant du projet, le soutien du docteur Lassalvy et de la Commission Santé, la mobilisation et la coordination de l'ensemble des acteurs concernés par le projet (ARS-LR, Service départemental d'incendie et de secours de l'Hérault, CHU de Montpellier, Pays Cœur d'Hérault et Communautés de communes, centre hospitalier de Clermont l'Hérault, Association des médecins correspondants Samu de l'Hérault (AMCS 34), caisse primaire d'Assurance Maladie), ainsi que l'apport d'un financement important, notamment de l'ARS-LR. Ajoutons le coût relativement faible par rapport à un dispositif plus lourd (antenne de SMUR), l'importance des économies réalisées (diminution du nombre d'hospitalisation à l'extérieur du territoire, etc.), ainsi que la plus value non négligeable pour la qualité de vie de la population.

Il reste encore pourtant certains points à améliorer. Du fait d'un recrutement difficile de nouveaux médecins volontaires pour réaliser des gardes, l'UMUPS n'a, dans un premier temps, pas été en mesure de couvrir l'ensemble des jours de la semaine. Sa mise en place a été progressive : à partir de juin 2014, elle devait intervenir en continu. L'éclatement du territoire constitue également un frein ; en effet, si l'unité réalise une intervention à un point donné et est appelée sur un autre très éloigné, les délais de prise en charge peuvent augmenter

L'ESSENTIEL

► 16 minutes en moyenne, c'est le temps qu'il faut à l'Unité mobile pour intervenir à la demande sur le territoire du Pays Cœur d'Hérault.

► Ce Pays souffre d'une pénurie de professionnels en zone rurale, comme de nombreux territoires dans l'Hexagone. D'où cette équipe mobile, constituée d'un médecin et d'un sapeur-pompier.

► Un premier bilan montre la pertinence de ce dispositif, porté conjointement par les collectivités territoriales, les professionnels et les pouvoirs publics.

considérablement. Enfin, si le nombre important d'interventions réalisées confirme bien l'existence d'un besoin, ceci incite également à s'interroger sur les perspectives d'avenir : le dispositif sera-t-il suffisant au regard des évolutions démographiques évoquées précédemment ?

Les habitants du Cœur d'Hérault semblent satisfaits du dispositif ; ils ont notamment conscience de la diminution des délais d'intervention. La population continue malgré tout à interpeller les pouvoirs publics notamment dans le domaine de la permanence des soins. En effet, si le dispositif médical est à présent bien structuré, les pharmacies de garde ne sont pas toujours facilement accessibles, et certaines personnes peu mobiles sont parfois en difficulté pour accéder aux médicaments après la prescription.

Une expérimentation à pérenniser

Si l'on dresse un premier bilan et au vu des résultats obtenus, il paraît essentiel que le dispositif dépasse le stade de l'expérimentation. Après une évaluation plus fine, basée notamment sur une thèse réalisée par un étudiant en médecine, les acteurs devront prévoir la pérennisation du dispositif à partir de 2015.

D'autres territoires sont d'ores et déjà intéressés par le dispositif. L'AMCS 34 et la Commission Santé sont fréquemment invités à venir présenter l'UMUPS à l'extérieur du territoire. Mais le projet ne peut pas être appliqué partout à l'identique ; il doit s'adapter aux différentes caractéristiques locales (mobilisation des médecins libéraux, estimation du nombre d'interventions nécessaires, etc.) et

pose également la question des moyens à mettre en œuvre (financement, ressources humaines, etc.).

Ce projet d'accès aux soins a également favorisé, par le biais de l'AMCS 34, des réflexions autour d'un projet dans le champ de la promotion santé, qui devrait voir le jour courant 2014. Lors d'événements sportifs, l'AMCS 34 proposera, au-delà de la médicalisation, des actions d'éducation à la santé (gestes de premier secours, etc.) et la diffusion de messages de prévention. Enfin, outre ce dispositif pour l'instant essentiellement consacré à l'accès aux soins, d'autres actions se positionnant plutôt sur la prévention et la promotion de la santé des populations sont mises en œuvre, en particulier dans le cadre du Contrat local de santé (*voir encadré ci-après*).

Un dispositif ancré dans les politiques publiques au niveau local

À souligner en conclusion que la Charte de développement du Pays Cœur d'Hérault 2014-2025 intègre une dimension santé au sein du Défi n° 2 consacré à la thématique « santé-social » et intitulé : « Les jeunes comme priorité et le lien intergénérationnel à développer ». On y trouve ainsi une articulation forte avec des politiques menées en direction des publics prioritaires (car souvent plus vulnérables) que sont les jeunes et les personnes âgées.

La mission santé du Pays fait également le lien avec d'autres politiques publiques – notamment par l'intermédiaire des autres missions portées par le Pays : l'aménagement du territoire (élaboration en cours du Schéma de cohérence territoriale Cœur d'Hérault), l'observation territoriale (création d'un observatoire santé au sein de l'Observatoire du Pays), l'économie (élaboration d'un projet alimentaire de territoire avec un axe santé fort) –, avec l'environnement (lien entre la thématique santé-environnement et le plan climat en cours d'élaboration), avec le logement (travail sur l'habitat insalubre) et avec la qualité de vie (accès aux services, etc.). ■

HABITAT, SANTÉ MENTALE, ADDICTIONS, NUTRITION AU PROGRAMME DU CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

Le Contrat local de santé (CLS) prévoit, pour trois ans, un plan d'actions selon les priorités suivantes :

La Permanence des soins et l'aide médicale urgente :

- maintien des structures existantes (Maison médicale de garde, Centre d'accueil et de permanence des soins) ;
- création de l'Unité mobile de l'urgence et de la permanence des soins (UMUPS) ;

La santé mentale des jeunes (prévention, dépistage et prise en charge des 0-20 ans) :

- création d'un pôle pédopsychiatrique, en lien avec le CHU de Montpellier ;
- soutien à l'Espace Santé Jeunes de la Mission locale jeunes du Cœur d'Hérault pour les 16-25 ans (écoute, accès aux droits et aux soins, vie affective et sexuelle, etc.) ;

La santé publique, avec quatre priorités :

- les addictions (création d'une antenne de Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) ;
- la nutrition (lutte contre l'obésité et le surpoids de l'enfant) ;

- l'accès aux droits et aux soins (renforcement de l'accessibilité de la population au droit commun en santé) ;
- la santé en lien avec l'environnement (lutte contre l'habitat indigne et étude des risques liés aux pesticides).

À souligner que le Contrat local de santé Cœur d'Hérault n'est pas uniquement tourné vers l'offre de soins ; il a également pour vocation de développer des actions de prévention, notamment au sein de l'axe « Santé mentale des jeunes » (formation des professionnels au repérage et à l'orientation, soutien à la parentalité, etc.) et l'axe « Panier de services en santé publique » (prévention du surpoids et de l'obésité infantile, prévention sur les conduites addictives, etc.).

S'il prévoit bien de nouvelles structures de soins (UMUPS, pédopsychiatrie, etc.), il souligne également l'importance de maintenir l'existant (hôpitaux de Clermont l'Hérault et Lodève, clinique du souffle, médecins généralistes et spécialistes, etc.) et la nécessité de développer l'articulation et la coordination entre les différents acteurs. Il doit donc permettre de renforcer, voire de créer des dynamiques de réseau et de mettre en place pour la population de véritables parcours, de la prévention à l'offre de soins.

G. L. et L. G.

En Thiérache, la santé n'a pas de frontière

Geneviève Houioux,
coordinatrice des programmes de
promotion de la santé des seniors,
Observatoire de la santé du Hainaut,
coordinatrice du programme Thiérache
santé prévention,

Philippe Lorenzo,
directeur général,
Instance régionale d'éducation
et de promotion de la santé (Ireps) Picardie,
président de l'Observatoire franco-belge
de la santé.

Aux confins de la France et de la Belgique, la Thiérache est une entité géographique et politique qui remonte au haut Moyen-Âge. Ce territoire regroupe 175 000 habitants sur environ 2 800 km². En grande partie dans le département de l'Aisne (Picardie), il s'étend dans ceux du Nord et des Ardennes, en France, et sur les provinces belges de Hainaut et de Namur. Ce bassin de vie, relativement homogène, est isolé des centres économiques de Charleroi en Wallonie, de Valenciennes et Lille dans le Nord. Son économie est tournée vers l'agriculture, l'exploitation forestière, le tourisme, mais il reste sous-doté en équipements collectifs. Les revenus des habitants sont plus faibles que la moyenne. La densité de population est peu importante ; la mobilité est rendue difficile par manque de voies de circulation rapide et de transports en commun.

Un territoire sous-équipé en santé

Les indicateurs de santé sont mauvais. La mortalité est élevée¹, la densité des professionnels de santé faible, et on observe un déficit en lits hospitaliers, notamment du côté français. Jusqu'en 2000, la présence des frontières induisait un recours obligatoire

aux centres hospitaliers nationaux – éloignés –, alors que des prestations de santé équivalentes étaient disponibles dans le pays limitrophe.

En 1992, un accord de partenariat franco-belge a été signé entre les organismes d'assurance maladie pour améliorer, les conditions de vie des patients frontaliers. S'ouvrant au domaine de la santé, la coopération transfrontalière Interreg² (Union européenne) a permis la signature en 1994 d'une convention entre les centres hospitaliers de Tourcoing et de Mouscron³. En 2000, le projet Transcards voit le jour en Thiérache. Il permet aux patients de recevoir des soins dans les établissements hospitaliers frontaliers, sans autorisation médicale préalable, sans avance de frais et sans situation d'urgence. L'Observatoire franco-belge de la santé, créé en 2002, réunit les services d'assurance maladie, les observatoires de la santé, les centres hospitaliers. Il encourage des modes de régulation spécifiques aux besoins de santé de la population frontalière.

L'expérience de la Thiérache sera étendue le long de frontière, par la création des zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers (Zoast), avant que ne soit signé, en septembre 2005 à Mouscron, l'accord-cadre franco-belge de coopération sanitaire transfrontalière⁴, premier accord européen de ce type. Dans la foulée de sa mise en application, en 2011⁵, une convention est signée en Thiérache pour favoriser la synergie entre les structures de soins frontalières et améliorer l'accès à des soins de qualité et de sécurité équivalents aux standards nationaux. Réunis au sein de *Thiérache santé* (Interreg IV, www.thierache.eu), les centres hospitaliers⁶ développent des collaborations, la mobilité des patients – par une meilleure accessibilité transfrontalière

L'ESSENTIEL

■ **Territoire situé en France et en Belgique, la Thiérache est un des endroits de l'Union européenne où les habitants peuvent se faire soigner dans l'hôpital le plus proche de l'autre côté de la frontière.**

■ **Cette coopération au niveau des soins s'étend désormais à la prévention et à la promotion de la santé.**

■ **Toute la difficulté est de trouver des fonds pour cette coopération transfrontalière, pour l'instant majoritairement financée par l'Union européenne.**

aux soins –, la mobilité des praticiens hospitaliers et la mobilisation des professionnels de première ligne. La création d'un hôpital transfrontalier multi-sites entre les hôpitaux d'Hirson, de Fourmies et de Chimay a été tentée. L'idée semblant prématurée, le projet est en attente. La communauté hospitalière de territoire (CHT) entre les hôpitaux de Fourmies (Nord), Le Nouvion et Hirson (Aisne), qui avait vu le jour en 2010, n'a pas survécu aux problèmes administratifs et humains et s'est arrêtée fin 2013. Elle aurait dû, à terme, englober l'hôpital de Chimay.

Acte deux : prévention et promotion de la santé

Les soins ne sont pas le seul domaine de coopération transfrontalière en santé. Des projets sont menés en prévention et promotion de la santé sur l'espace frontalier francophone. Intitulé *Thiérache santé prévention (2013-2014)*, un projet territorial, adossé au Contrat local de santé (CLS) transfrontalier, aborde la santé des jeunes, des seniors

et de leurs aidants proches, ainsi que la prévention des addictions, en appui aux projets locaux existants, comme le réseau Aidants de Chimay-Couvin-Momignies et la plate-forme intersectorielle « Qualité de vie » du sud de l'Entre-Sambre-et-Meuse. Ce programme mobilise 7 institutions du Hainaut, de Namur, du Nord et de l'Aisne. Elles ont organisé, en novembre 2013, un Forum d'échange et de partage avec les acteurs de terrain sur les différents axes du programme.

Seniors, jeunes, addictions

Pour les seniors, la plate-forme « Bien vieillir en Thiérache » a pour objectifs de favoriser un maintien à domicile de qualité, de préserver la santé des aidants proches et de lancer les bases de dispositifs transfrontaliers d'information et d'accueil de jour des personnes âgées. Des rencontres ont permis de dégager des pistes de réflexion et d'identifier les besoins des partenaires. Après une session de découverte d'outils, une première rencontre de la plate-forme a eu lieu avec les acteurs de terrain qui ont souhaité être formés aux techniques d'animation. Une enquête qualitative est en cours sur les processus d'isolement des aidants proches en milieu rural.

Pour les jeunes, le projet promeut leur santé, la prévention des grossesses adolescentes, de la surcharge pondérale, de la sédentarité et des conduites à risque. Il implante le dispositif École 21 (cf. article n° 427). Une recherche-action sur les grossesses adolescentes en Thiérache axonaise, financée par l'Agence régionale de santé Picardie, a été étendue à l'ensemble de la Thiérache. Les partenaires français et belges ont suivi une formation conjointe et des *focus groups* avec des élèves du secondaire sont en cours. Un référentiel de formation pour les professionnels en sera l'aboutissement.

La création du réseau Prévention des addictions en Thiérache introduira une culture commune de prévention équitable et de qualité. Le réseau belge Réseau assuétudes des Fagnes (Raf) a ouvert ses formations aux professionnels français. Le Raf et le Conseil général du Nord ont également organisé

un café-débat destiné aux acteurs de terrain et au grand public, sur l'accompagnement en milieu festif, la prévention et la réduction des risques.

Affranchis de la frontière

Le programme européen Interreg vise à effacer les frontières et à faciliter les conditions de vie et l'accès aux droits et services. Si les populations s'affranchissent de la frontière – faire ses courses à Hirson ou Fourmies pour les Belges, venir à Chimay pour les Français, font partie du quotidien –, les acteurs institutionnels et associatifs éprouvent plus de difficulté, tant pèsent les systèmes politico-administratifs des deux pays. Les opérateurs de *Thiérache santé prévention* se sont saisis de l'opportunité européenne et entendent faire de la Thiérache un espace socio-sanitaire. Un premier forum, en novembre 2013, a réuni les acteurs et professionnels de la santé, du social, de l'éducatif et les élus locaux, pour dresser des pistes de réflexion, devant aboutir, en octobre 2014, à la rédaction d'un *Livre blanc sur le développement d'un programme de promotion de la santé dans les territoires, notamment transfrontalier*. Un processus participatif est engagé par la mise en consultation d'un premier document (Livre vert), proposant dix recommandations fondées sur la connaissance des acteurs et l'activation des dispositifs, y compris régionaux et nationaux. Un second forum, en octobre 2014, rendra public le Livre blanc, dont les propositions doivent permettre la mise en œuvre en Thiérache d'une expérimentation ambitieuse, notamment via le cinquième programme Interreg.

L'indépendance financière vis-à-vis de l'Europe

La difficulté majeure réside dans le fait que la construction de cet espace socio-sanitaire, dans l'offre de soins ou la promotion de la santé, est intimement liée aux programmes européens de coopération. La disparition – un temps évoquée – de la thématique santé du programme Interreg V aurait très certainement mis fin à la coopération. Le plaidoyer exercé a permis de consacrer la santé, et la promotion de la santé, comme un point d'ancrage fort pour l'aménagement du territoire et la cohésion sociale.

Si un long chemin a déjà été parcouru, le plus difficile reste à venir. La construction de ce territoire n'aura de sens que si les autorités locales – de chaque côté de la frontière – collaborent, indépendamment des programmes européens et de leurs ressources financières. L'une des recommandations du Livre vert est la consécration par les autorités locales, à la fois en droit et dans les faits, du principe de coopération et la mise à disposition des moyens nécessaires pour la concrétiser. ■

1. La mortalité globale est 6 % plus élevée en Thiérache belge qu'en Wallonie. Elle est respectivement de 29 % et 25 % plus élevée en Thiérache du Nord et en Thiérache picarde que la moyenne française. En Thiérache française, les indices comparatifs de mortalité font apparaître une surmortalité par rapport au territoire national, particulièrement chez les moins de 65 ans et chez les hommes.

2. Lancée en 1991, l'initiative communautaire Interreg (1991-2006) vise à renforcer la cohésion économique et sociale au sein de l'Union européenne. Depuis 2007, la coopération territoriale se décline selon les 3 volets de la transfrontalité, de l'inter-régional et du transnational. Cet objectif doit stimuler un développement équilibré, harmonieux et durable du territoire européen dans les 4 dimensions de l'économie, du social, de la culture et de l'écologie. Le programme France-Wallonie-Vlaanderen est l'un des 53 programmes de coopération transfrontalière Interreg IV.

3. Convention Dialyse-Maladies infectieuses, entrée en vigueur en 1998, permettant l'accueil de patients insuffisants rénaux dans le service d'hémodialyse de la clinique Jan Yperman de Ypres.

4. Accord-cadre entre le gouvernement du Royaume de Belgique et le gouvernement de la République française sur la coopération sanitaire transfrontalière, signé à Mouscron le 30 septembre 2005.

5. L'accord-cadre a pour objet, le long de la frontière franco-belge :

- d'assurer un meilleur accès à des soins de qualité pour les populations de la zone frontalière ;
- de garantir une continuité des soins à ces mêmes populations ;
- d'optimiser l'organisation de l'offre de soins en facilitant l'utilisation ou le partage des moyens matériels et humains ;
- de favoriser la mutualisation des connaissances et des pratiques.

6. Felleries-Liessies, Fourmies et Hirson, côté français, et Chimay, côté belge.

À Marseille, des « Ateliers Santé Ville » pour répondre aux besoins des populations

Didier Febvrel,

médecin territorial, responsable du Service de la santé publique et des handicapés, Ville de Marseille.

Depuis 2002 à Marseille, quatre Ateliers Santé Ville (ASV) se sont progressivement implantés sur tous les territoires « prioritaires » – au sens de la politique de la ville –, lesquels regroupent 45 % de la population (sur un total de 412 000 habitants) et couvrent un quart du territoire de la ville. Trois ASV sont « territoriaux », celui de Marseille Centre (créé en 2002), Marseille Nord (en 2003, subdivisé en deux en 2007) et Grand Sud-Huveaune (en 2012). Un quatrième ASV thématique, sur la santé mentale, a été mis en place en 2007, en cohérence avec la stratégie déployée par la Ville pour prendre en compte les problèmes de santé mentale liés à la précarité.

Les ASV ont pour mission la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des Plans locaux de santé publique (PLSP), élaborés sur la base d'un diagnostic partagé, du bilan et de l'évaluation des actions. Le fait que les diagnostics soient publiés a rendu plus lisibles les enjeux de santé. En 2013, un travail important d'évaluation des actions a été mené (en utilisant l'outil de catégorisation des résultats), tout comme une actualisation du diagnostic qui a associé les partenaires de terrain et les habitants, lesquels ont été consultés.

C'est dans ce contexte qu'un nouvel élément de structuration de la santé publique est intervenu : depuis 2010, Marseille s'est dotée de son premier Contrat local de santé (CLS). A son échéance fin 2012, les coordinateurs des Ateliers Santé Ville ont été associés à son actualisation, conduite conjointement par l'Agence régionale de santé, la Ville de Marseille et un représentant du préfet, pour construire un nouveau

L'ESSENTIEL

■ Depuis 2002, plusieurs Ateliers Santé Ville (ASV) ont été créés à Marseille.

■ Leur priorité : soutenir les actions en faveur des populations les moins favorisées, à l'échelon territorial d'un quartier.

■ Au-delà des résultats indéniables obtenus, l'enjeu est de parvenir à faire travailler ensemble les professionnels de la santé, du social et de l'éducation.

CLS. Il reste néanmoins à développer la complémentarité des actions entre les Plans locaux de santé publique et le Contrat local de santé.

Une fonction première d'animation territoriale

Les Ateliers Santé Ville sont animés par des coordinateurs¹. Ils sont, depuis 2007, administrés par le Groupement d'intérêt public (GIP) pour la politique de la Ville à Marseille, ce qui fournit un cadre stabilisant. Cette fonction de coordination est financée par l'État² et la Ville. Dans chaque ASV, un comité technique assure le suivi opérationnel et regroupe toutes les parties prenantes³. Outre leur mission première – l'animation territoriale – les coordinateurs ont en charge la gestion directe des actions ou l'appui aux opérateurs locaux (conseil et soutien méthodologique). Ils assurent une veille territoriale et thématique sur les nouveaux domaines d'intervention, favorisent la circulation des informations vers les décideurs. Ils assurent l'articulation entre les politiques de santé et la politique de la ville, d'une part, et entre les politiques locale/régionale/nationale, d'autre part.

ATELIERS SANTÉ VILLE : UN DISPOSITIF RECONNU, STRUCTURANT, MAIS PERFECTIBLE

En mars 2013, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a publié un avis relatif aux Ateliers Santé Ville (ASV) et à leur place dans la stratégie de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Les ASV constituent des outils reconnus, soutenus et perfectibles de réduction de ces inégalités. Ils produisent des démarches et des cadres innovants et structurants, par leur capacité à faire émer-

ger et consolider des réseaux d'acteurs. Transversalité, intersectorialité et promotion de la santé constituent les clés d'action des ASV sur les déterminants sociaux de la santé au niveau le plus local. Le HCSP recommande leur développement et leur renforcement dans leur capacité de coordination et d'animation territoriales, dans leur positionnement au croisement des politiques de santé et de la politique de la ville, dans leur cohérence et leur harmonisation et dans la mise en œuvre de démarches d'évaluation.

D. F.

En ligne : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=352>

Dossier

Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ?



Les actions générées ou suivies par les Ateliers Santé Ville sont financées par les crédits du contrat de ville et les crédits de droit commun : Ville, État, Agence régionale de santé, collectivités territoriales, caisse primaire d'Assurance Maladie. À souligner en parallèle que les actions inscrites dans les PLSP sont prioritaires dans le schéma de prévention de l'Agence régionale de santé, ils constituent la colonne vertébrale du « volet santé » du contrat de ville. Pour en revenir aux Ateliers Santé Ville, ils assurent une fonction de développement et de structuration territoriale, à la croisée du stratégique et de l'opérationnel. Ainsi à l'échelle des quartiers, ils ne sont pas dans la gestion directe mais initient des actions et soutiennent des opérateurs.

Une démarche de promotion de la santé

La démarche des Ateliers Santé Ville se fonde sur la promotion de la santé, avec une volonté d'agir sur les déterminants sociaux et territoriaux de la santé, et de conforter une démarche d'expression ascendante des besoins des populations. Ils soutiennent des actions locales, de type santé communautaire. À titre d'exemple, le disposi-

tif d'amélioration de l'accès aux droits et aux soins pour les personnes sans-abri, ou encore le programme expérimental de promotion de la santé des enfants et des familles sur les quartiers de Saint-Mauront et Belle de Mai.

Le travail des ASV s'inscrit dans le cadre plus large du bilan de santé publique de la Ville de Marseille, actualisé en 2012. Il en ressort en particulier que l'état de santé des habitants s'est globalement amélioré depuis 2005, mais que les inégalités sociales et territoriales de santé se sont nettement accentuées. Si la Ville bénéficie de nombreux atouts en termes d'offre de services de santé, des obstacles à l'accès aux soins persistent, du fait de la situation financière de certains ménages et d'une offre de qualité et de répartition inégales. Ce constat conforte le positionnement des Ateliers Santé Ville sur la réduction des inégalités de santé. Les Plans locaux de santé publique ont été actualisés en prenant en compte cette préoccupation.

Une action sur les déterminants des inégalités

Le bilan des Ateliers Santé Ville montre que, depuis 12 ans, des actions et interventions structurantes ont été

menées en lien avec les professionnels et en direction de plusieurs publics – enfants, jeunes, adultes. Il s'agit d'influer sur les déterminants pour réduire les inégalités de santé. À titre d'exemple, pour les enfants et adolescents : actions sur le saturnisme, le bucco-dentaire, les compétences psychosociales, le surpoids et l'obésité, les addictions. Avec des impacts positifs sur la santé de la population : accès aux dépistages, aux droits et aux soins, acquisition de connaissances, de comportements favorables à la santé, amélioration de l'estime de soi. À noter un facteur limitant : les actions se déroulant essentiellement sur le temps scolaire, la limitation des interventions dans les temps d'apprentissage, imposée par l'inspection d'académie, menace la cohérence de cet axe.

Pour les jeunes, les impacts positifs relevés sont l'amélioration des indicateurs de santé pour l'accès à l'emploi (dans les parcours d'insertion), le travail sur les pratiques de consommations et de trafics de substances psychoactives. En revanche, des difficultés existent pour structurer une réponse à la souffrance psychique de cette population. Enfin, pour le public des adultes en grande précarité, les Ateliers

Santé Ville ont initié des interventions aux impacts positifs sur l'accès aux droits, grâce à un partenariat avec la caisse primaire d'Assurance Maladie, ou à des initiatives qui ont débouché sur des résultats, cas d'une action de santé communautaire auprès des résidents de Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Les professionnels ont joué un rôle majeur d'intervenants sur le terrain, ainsi que de plaider auprès des institutions. Ils sont au centre du travail des Ateliers Santé Ville, qui formalisent et animent des réseaux d'acteurs locaux pluridisciplinaires, comme les réseaux santé mentale et logement.

Plusieurs défis à relever

En conclusion, les Ateliers Santé Ville produisent des connaissances, rendent visibles des problématiques – comme le saturnisme infantile ou l'accompagnement de migrants âgés – et expérimentent, c'est le cas du Programme de développement affectif et social (Prodas). Ils contribuent également à améliorer la qualité des actions locales de promotion de la santé menées par d'autres acteurs que ceux de la santé. Toutefois, le succès des actions est conditionné au soutien institutionnel, sur le plan des politiques publiques.

Pour l'avenir plusieurs enjeux majeurs sont identifiés :

- formaliser des partenariats opérationnels avec certains acteurs des champs de la santé, du social, de l'éducation ;
- développer l'appui aux professionnels, acteurs clés de la structuration de la santé publique territoriale ;
- renforcer la participation et l'*empowerment* des populations.

Ces conditions sont à réunir pour que les ASV de la Ville de Marseille poursuivent leur mission de coordination et d'animation territoriale. ■



AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS POUR LES PERSONNES SANS-ABRI

Comment améliorer l'accès aux soins pour les personnes sans abri ? En 2009, la Ville de Marseille a lancé une étude-action¹ afin d'identifier le mode d'intervention le plus pertinent. La supervision a été confiée à la coordinatrice de l'Atelier Santé Ville (ASV) Marseille Centre. Les personnes sans-abri elles-mêmes et tous les acteurs concernés ont été mobilisés. Ils ont élaboré un plan d'action intitulé « Accès aux soins pour les personnes sans-abri » (Assab) autour de plusieurs axes concrets :

- accès aux droits ;
- accès aux soins et continuité des soins ;
- création d'espaces de coopération (lieux de rencontre et d'échange, notamment avec les associatifs et les professionnels) ;
- lutte contre la stigmatisation et la discrimination ;
- objectivation des besoins.

Ce plan d'action a été validé fin 2011 par les institutions². Début 2012, la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars) Paca-Corse s'est vue doter de moyens de coordination pour mettre en œuvre ce plan, en appui à l'Atelier Santé Ville. Un dispositif de suivi et d'évaluation a été mis en place.

Le premier bilan³, début 2014, met en exergue des avancées significatives :

- estimation précise du nombre de personnes concernées⁴ ;
- espaces de coopération associatifs et institutionnels en place et fonctionnels ;

- mutualisation de l'offre de soins dans les dispositifs d'accueil de jour et de nuit ;
- conventions entre la caisse primaire d'Assurance Maladie et les structures pour l'accès aux droits effectif et rapide ;
- structuration de la domiciliation ;
- renforcement du lien entre la santé et l'accès au logement ;
- amélioration de la connaissance des publics ;
- formation des intervenants ;
- harmonisation des maraudes et coopération avec le Samu-Centre 15 et les marins-pompiers, etc.⁵

Le plan repose tout particulièrement sur la participation des personnes sans-abri et l'engagement des institutions. La phase de consolidation a démarré, en avril 2014, avec en perspective la création d'un Réseau santé-précarité pour l'accès aux soins des personnes sans-abri à Marseille.

D. F.

1. Menée par des consultants externes. Mannoni C., Observatoire social de Lyon, 2010-2011. *Accompagnement à l'élaboration de réponses aux problèmes d'accès aux soins et de continuité des soins pour les personnes sans-abri à Marseille.*

2. Ville de Marseille, Agence régionale de santé, Direction départementale de la Cohésion sociale, Assistance publique - Hôpitaux de Marseille, CHS Édouard Toulouse, CPAM, CCAS, Laboratoire de santé publique de la faculté de médecine, Conseil régional de Paca, Conseil général des Bouches-du-Rhône, Fnars.

3. Étude de faisabilité de la constitution d'un réseau santé-précarité pour l'accès aux soins des personnes sans-abri à Marseille. Nathalie Merle, 2013-2014.

4. 12 648 personnes se sont retrouvées à un moment donné dans la situation d'être « sans-abri » à Marseille pendant l'année 2011.

5. Notamment l'étude Trajectoires Thérapeutiques des sans-abri à Marseille (Trepas), menée par le Laboratoire de santé publique et UMI 31-89 du CNRS « Environnement, santé, société ».

1. À temps plein, 5 postes, 2 étant affectés à l'ASV Nord.

2. Via l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSé).

3. Représentants de la Ville de Marseille (Service de la santé publique et des handicapés), de la Délégation territoriale des Bouches-du-Rhône de l'Agence régionale de santé (DT ARS), du GIP Politique de la ville, de la caisse primaire d'Assurance Maladie et des délégués du préfet.

Centres délocalisés de prévention et de soins : une approche pour les territoires isolés de Guyane

Muriel Ville,
Paul Brousse,
praticiens hospitaliers,
médecins coordonnateurs
des Centres délocalisés
de prévention et de soins
(CDSP)
Cellule de coordination des
CDPS, Cayenne.

L'existence des Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) prend racine dans l'histoire de l'organisation sanitaire territoriale de la Guyane. En 1944 sont créés des services médico-sociaux responsables de soins, d'hygiène du milieu, d'éducation sanitaire et de surveillance sociale. La réglementation en fera, en 1954, des centres de médecine collective des départements d'outre-mer, perdant leurs missions sociales au seul bénéfice d'actions sanitaires préventives et curatives. Avec la décentralisation en 1983, le Conseil général va en assurer la pérennité. Mais l'impact financier est tel qu'il décide de transférer l'activité curative à l'hôpital de Cayenne – qui la reprendra en 2000 sous l'appellation de Centres délocalisés de prévention et de soins – et de conserver l'activité préventive notamment celle de Protection maternelle et infantile (PMI). Quant à la lutte antituberculeuse, la lèpre, les infections sexuellement transmissibles et la vaccination, elles seront partagées avec la Croix-Rouge française et les hôpitaux.

Territoire pluriethnique vulnérable

La Guyane est une région monodépartementale de 239 450 habitants, grande comme l'Autriche, seul territoire français et européen en Amazonie, dont les voisins sont le Brésil et le Suriname. Les fleuves limitrophes



Oyapock et Maroni ne sont pas considérés comme des frontières par les populations des deux berges. Fruit de son histoire, la Guyane est un territoire pluriethnique mais cloisonné (Créoles, Amérindiens, Noirs-Marrons, Chinois, Hmongs, Haïtiens, Saint-Luciens, Surinamais, Brésiliens, Péruviens, Antillais, Métropolitains, etc.), dont

la démographie doit doubler d'ici 2030, tant pour les villes du littoral que les communes de l'intérieur. Les indicateurs socio-sanitaires sont défavorables par rapport à la métropole, mais bons par rapport à ceux des pays voisins. On peut qualifier ces populations – qu'elles soient résidentes, migrantes, transfrontalières et no-

INDICATEURS

STATISS 2011 Statistiques mondiales 2013/2014	Guyane	France	Brésil	Suriname
Espérance de vie à la naissance	79.5	81.5	73	71.4
Tx de natalité ‰	26.4	12.49	14.72	16.73
Tx de mortalité ‰	3*	9.06	6.54	6.13
Mortalité infantile ‰	10.1	3.3	19.8	27.9
Dépenses de santé par habitant en \$ US	Donnée infranationale indisponible	4690	1056	521
% Prévalence du VIH	1.5	0.4	0.6	2.4
Nombre de médecins ‰ hbts	1.7	3.3	1.8	0.5
% Bénéficiaires du RSA	24.4	6.6	Non applicable	
% Couverture CMU-C	29.4	6.1		
% Titulaires AME	9.3	1.5		

* taux de mortalité extrêmement bas du fait de la très forte natalité et de la jeunesse de la population.

Source : STATISS 2011 : Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social/Drees/Ministère des Affaires sociales et de la Santé.
Et Statistiques mondiales : site Internet statistiques-mondiales.com.

mades, régulières ou non – de précaires, en termes d'accès aux droits et aux soins¹, faisant de la Guyane un territoire vulnérable.

Centres délocalisés : seul acteur permanent sur le terrain

Seul le littoral est doté d'un accès routier et d'hôpitaux : centre hospitalier Andrée Rosemon à Cayenne, centre hospitalier de l'Ouest guyanais à Saint-Laurent, centre médico-chirurgical à Kourou. Le maillage sanitaire de l'intérieur est représenté par les 18 Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS), animés par une cellule de coordination constituant un des pôles de l'hôpital de Cayenne. Leur rôle est majeur dans la gestion de l'offre de soins, qui y sont gratuits, car il s'agit parfois du seul acteur permanent sur le terrain.

Le pôle des Centres délocalisés de prévention et de soins emploie 25 médecins généralistes et spécialistes, 1 pharmacien, 4 sages-femmes, une centaine de personnels autres (cadres, infirmières, aides soignantes, agents de service hospitalier, logisticiens, secrétaires, assistantes sociales, médiateurs, etc.) et repose sur une logistique permettant la fluidité du système : circulation de l'information (télépho-

nie, Internet, télémédecine), circulation des biens (biomédicaux, fret, carburant) et des personnes (professionnels et usagers), que ce soit par voie terrestre, aérienne ou fluviale.

La présence médicale est permanente dans 12 centres, dans les 6 autres seul un infirmier est présent, les tournées médicales étant assurées mensuellement. L'équipe soignante se déplace une fois par semaine ou par quinzaine dans les 5 consultations avancées.

L'activité réalisée en 2013 a porté sur 32 152 patients pour un total de 167 450 consultations (médicales, paramédicales et de sages-femmes), dont 2,6 % se sont poursuivies à part égale par une mise en observation sur place ou une évacuation sanitaire souvent hélicoptérée. Les motifs de recours sont ceux de la médecine générale : vaccination, suivis de grossesses, pathologies respiratoires et infectieuses (paludisme, dengue, leishmanioses, helminthiases, diarrhées, etc.). Le recours aux hospitalisations est dominé par les motifs liés aux grossesses (un tiers), puis par la traumatologie, la pneumologie, les affections digestives et cardio-vasculaires. Les durées moyennes de séjour sont le double de la normale (14 jours) et liées à l'éloignement (venues précoces

des femmes à la 36^{ème} semaine de grossesse, difficultés pour organiser un retour rapide en commune) engendrant un inconfort pour ces patients « déplacés ».

Les missions des CDPS s'inscrivent dans le cadre du Programme régional de santé de Guyane. Quatre registres majeurs préoccupent les équipes.

Rendre accessible le parcours de soins pour qu'il ne se réduise pas à un parcours du combattant passe d'abord par l'accès aux droits

Dans certains CDPS, 60 % des consultants méconnaissent leurs droits ou n'en ont pas. Cette précarité est à l'origine de difficultés, aussi bien dans les communes qu'à l'hôpital, liées aux transports entre les structures (prise en charge des coûts, laissez-passer pour les personnes en situation irrégulière, non priorisation des évacuations sanitaires sur la compagnie aérienne), générant des questions éthiques (doit-on prendre en charge ou refuser les non résidents en Guyane s'il n'y a aucune infrastructure sanitaire accessible de leur côté ?).

Les personnes concernées n'accèdent pas à leurs droits (CMU, CMU-C, ACS, AME) pour de multiples raisons. Pour les étrangers résidant en Guyane irrégulièrement, le recours à la circulaire du 16 mars 2005 relative à la prise en charge de soins urgents ne couvre pas l'ensemble des situations que nous rencontrons. L'amélioration passe par le déploiement en cours des boîtiers de consultation des droits (interrogation *via* Internet de la nature des droits existants à partir du numéro de Sécurité sociale ou du Nom Prénom) et de lecture/mise à jour des cartes vitale et le renforcement de l'offre en intervenants sociaux.

Penser la nature et le dimensionnement de l'offre de soins face aux enjeux sanitaires majeurs

Cela nécessite une offre de proximité plus importante, quantitative et qualitativement. Les projets du pôle des CDPS, présentés à l'Agence régionale de santé en 2013, ont reçu l'agrément et ont été financés. Leur objectif est de permettre la mise en place de 3 consultations délocalisées

le long du Maroni et le recrutement de spécialistes en pédiatrie, infectiologie, odontologie et biologie, venant compléter les équipes des centres (gynécologue, odontologistes déjà présents) et les interventions du personnel hospitalier de Cayenne et de Saint-Laurent.

La mise à niveau de l'offre dans les territoires isolés passe en 2013/2014 par la création de 2 cabinets dentaires, d'1 cabinet d'ophtalmologie, de la biologie délocalisée et le développement de la télémedecine déjà existante avec l'installation de rétinographes et de monitoring de grossesse.

Médiation et spécificités culturelles

Aller au-devant des patients implique, ici plus qu'ailleurs, la qualité de la rencontre soignants/soignés

Plusieurs constats sont faits et requièrent des avancées :

- le *turn-over* des équipes est important, car le recrutement s'effectue souvent hors métropole par carence en ressources locales. Il est mal vécu par les habitants et ne favorise pas la confiance. L'encadrement privilégie donc les contrats à durée prolongée. Toutefois, il convient de prendre en compte le fait que laisser un professionnel en poste isolé trop longtemps peut l'exposer à des prises de risques ;
- la mosaïque de particularismes oblige à une approche différenciée par

bassin de vie. Les réponses en terme de santé publique ne seront pas les mêmes à Maripasoula – où le brassage est important (Amérindiens Wayana, Noirs-marrons Aluku, Brésiliens, Surinamais, Chinois, etc.) et où il n'y a aucune prestation sanitaire sur la rive surinamaïse –, et sur le Moyen Maroni dans le secteur de Grand-Santi, où existent plusieurs centres de santé au Suriname et où la population est très majoritairement Ndjuka. Sur l'Oyapock, des ren-

contres régulières ont lieu avec nos homologues brésiliens. Dans certains cas, des Accords locaux de coopération transfrontalière seront donc possibles, ailleurs les CDPS resteront seuls ;

- l'absence de structure d'hébergement alternative à l'hospitalisation sur Cayenne impacte à la fois la qualité de l'accueil des patients venant des communes isolées, parfois pour de simples avis ou en attente du terme pour les femmes enceintes, et ne requérant pas pour autant une hospitalisation, et l'institution hospitalière en recherche constante de lits disponibles. Plusieurs projets annoncés n'ont pas d'échéance définie et seront destinés à des publics précis (Amérindiens, femmes enceintes) ce qui ne répond pas à la globalité des besoins. C'est dans cette optique que le pôle des CDPS propose la création de Lits halte soins santé dans l'enceinte même de l'hôpital afin de pallier à cette situation ;

- ces actions et notre travail en CDPS sont sous-tendus par une nécessité, celle de la médiation, car les centres occupent une place d'interface.

La médiation linguistique est assurée par les personnels aides soignants ou agents de service hospitalier issus des communautés, ainsi que par les personnels en poste depuis longtemps qui pratiquent la langue concernée. Cette médiation permet de faire le lien entre les représentations culturelles différentes des populations et des professionnels. On touche ici du doigt les problématiques telles que le risque suicidaire des jeunes amérindiens, les conduites addictives et alimentaires, le VIH, les grossesses chez les mineures, etc.

La médiation culturelle est donc une nécessité, elle ne peut se faire qu'ensemble (population et acteurs de la santé). L'une des voies possibles, en sus de la formation, est la construction d'une approche commune, par le partage de l'expérience et l'acceptation des différences. C'est un chantier d'envergure dans tous les champs de la santé, éducatif et promotionnel, préventif, curatif et palliatif.

Les métiers de la médiation regroupent les agents de santé communautaire, les anthropologues, les médiateurs culturels, etc., insuffisamment nombreux sur le terrain.

Poursuivre l'activité de veille sanitaire et de recherche

Les centres travaillent en collaboration avec l'Agence régionale de santé, la Cellule interrégionale d'épidémiologie et de nombreux organismes (Centre d'investigation clinique, Institut Pasteur, Institut de recherche et de développement, Parc amazonien de Guyane, etc.). Ils peuvent devenir, à terme, un terrain de stage pour les formations en médecine et santé tropicale, l'approche en soins primaires ou la santé publique en milieu isolé.

En conclusion, la précarité des populations que nous sommes invités à accompagner, la vulnérabilité des territoires Guyanais isolés que nous arpentons (populations dispersées sur de vastes étendues, milieu tropical propice aux endémo-épidémies, diversités culturelles, éloignement des plateaux techniques, faible couverture sociale, etc.), loin d'être des freins à notre travail, sont pour nous source de motivation à bâtir une coexistence respectueuse. Pour ce faire, nous nous appuyons sur un large partenariat institutionnel, associatif, local (chefs coutumiers) et international (Brésil et Suriname) dont l'objectif est la promotion de la santé dans tous ses aspects, ce dont témoigne concrètement le travail au rapprochement conventionnel des actions préventives et curatives en 2014 du centre hospitalier de Cayenne, mené avec le Conseil général, la Croix-Rouge et le rectorat. ■

L'ESSENTIEL

■ **En Guyane, la population et les équipements sanitaires, à commencer par les hôpitaux, sont concentrés sur le littoral.**

■ **À l'intérieur du territoire, la population est dispersée le long des fleuves, les villages sont coupés du littoral faute d'infrastructures de transport.**

■ **C'est dans ce contexte très spécifique qu'un réseau de « Centres délocalisés de prévention et de soins » (CDPS) a été mis en place.**

1. Patients éloignés des centres, trajets en pirogue onéreux non pris en charge, services sociaux (Conseil général, Sécurité sociale, CCAS, etc.) peu ou pas présents en communes, naissances parfois non déclarées, plateau technique insuffisant dans les centres (pas de biologie ou d'imagerie actuellement), etc.

En complément à ce dossier central dédié aux territoires de santé, nous avons souhaité ici présenter des ressources sur les évolutions récentes d'aménagement du territoire et leur influence sur les inégalités territoriales de santé. Cette sélection de ressources est composée de cinq parties ; la première a pour objectif de fournir les éléments-clés du cadre institutionnel : rapports récents et fondateurs, lois, éléments de réflexion sur les politiques de santé et le territoire. La deuxième est dédiée aux inégalités de santé dans les territoires (littérature généraliste, éléments de réflexion) ; une troisième partie fait le point sur les démarches locales en santé. Une sélection d'outils est ensuite présentée, comprenant des guides pratiques et documents d'information destinés aux acteurs de terrain. Ce document s'achève sur une présentation d'instituts clés.

Ce présent numéro fait écho au n° 409 de *La Santé de l'homme* consacré aux villes santé, accessible en ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-409.pdf>
Les liens indiqués dans cet article ont été consultés le 19 mai 2014.

Laetitia Haroutunian,
documentaliste à l'Inpes.

CADRE INSTITUTIONNEL

CADRE LÉGISLATIF

• **Décret n° 2014-394 du 31 mars 2014 portant création du Commissariat général à l'égalité des territoires.** JORF n°0078, 2 avril 2014, texte n° 6. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028814381&categorieLien=id>

• **Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.** JORF n°0167, 22 juillet 2009 : p. 12184. En ligne : http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244

RAPPORTS

• **Chérèque F., Vanackere S. Évaluation de la 1^{ère} année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.** Paris : Igas, 2014 : 438 p. En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/144000056/0000.pdf

• **Comité interministériel de lutte contre l'exclusion. Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.** Paris : Comité interministériel de lutte contre l'exclusion, janvier 2013 : 54 p. En ligne : <https://www.cnle.gouv.fr/Le-CILE-adopte-le-plan-pluriannuel>

• **Laurent E. Vers l'égalité des territoires - Dynamiques, mesures, politiques.** Paris : La Documentation française, 2013 : 534 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000131/>

• **de Viguerie P. La réduction des inégalités territoriales : quelle politique nationale d'aménagement du territoire ?** Paris : Conseil économique et social, décembre 2013 : 162 p. En ligne : http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/2013/2013_26_inegalites_territoriales.pdf

• **Bruguière M.-T. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation, sur les territoires et la santé.** Paris : Sénat, 2011 : 81 p. En ligne : <http://www.senat.fr/rap/r10-600/r10-6001.pdf>

• **Moleux M., Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action.** Paris : Igas, mai 2011 : 124 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000580/index.shtml>

• **Haut conseil de la santé publique (HCSP). Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité.** Paris : HCSP, 2009 : 101 p. En ligne : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20091112_inegalites.pdf

POLITIQUES SANITAIRES, RÉGIONS ET AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE : ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION

• **Tabuteau D. 1983-2013 : les évolutions de la politique de santé.** *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2013, vol. 31, n° 1 : p. 53-67.

• **Marin P. Politique régionale de santé : d'où venons-nous ? Où en sommes-nous ? Où allons-nous ?** *Revue hospitalière de France*, 2012, n° 546 : p. 64-70.

• **Clavier C. La santé publique, un enjeu politique local ? La politisation des politiques publiques en France et au Danemark.** *Revue internationale de politique comparée*, 2012, vol. 18, n° 4 : p. 13-27.

• **Tabuteau D.** Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain ! *Santé publique*, 2010, vol. 22, n° 1 : p. 78-90.

• **Lacour C., Delamarre A., Thoin M.** *40 ans d'aménagement du territoire*. Paris : La Documentation française, 6^e éd., 2010 : 120 p.

INÉGALITÉS DE SANTÉ ET TERRITOIRES

• **Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS), Commissariat général au développement durable (CGDD), Institut national de l'environnement industriel et des risques (Ineris), Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors).** *Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé. Regards croisés en régions : de l'observation à l'action*. Paris : ministère des Affaires sociales et de la Santé / ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie, janvier 2014 : 72 p. En ligne : http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/140221_Inegalites_territoriales_environnementales_sociales_de_sante.pdf

• **Vigneron E.** Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français. *Les Tribunes de la santé*, 2013, n° 38 : p. 41-53.

• **Réseau français des villes santé de l'Organisation mondiale de la santé.** *Villes, contrats locaux de santé et inégalités sociales de santé*. Actes du colloque du 21 juin 2012 (université de Saint-Quentin-en-Yvelines). Saint-Denis : RFVS, 2012 : 42 p. En ligne : <http://www.villes-sante.com/?wpdmdl=19>

• **Vigneron E.** *Les inégalités de santé dans les territoires français : état des lieux et voies de progrès*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2011 : 194 p.

• **Fleuret S., Hoyez A.-C. dir.** *Santé et géographie : nouveaux regards*. Paris : Economica/Anthropos, 2011 : 302 p.

• **Aïach P.** *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Economica/Anthropos, 2010 : 280 p.

• **Potvin L., Moquet M.-J., Jones C.M.** *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 380 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1333.pdf>

• **Trugeon A., Thomas N., Michelot F., Lémery B.** *Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, coll. Abrégés, 2010 : 192 p.

• **Lang T., coord.** *Les inégalités sociales de santé [dossier]*. *Actualité et dossier en santé publique*, 2010, n° 73 : p. 7-57. Quelques articles en ligne : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=113>

• **Basset B., coord.** *Agences régionales de santé : les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Varia, 2008 : 203 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1251.pdf>

TERRITOIRES DE LA SANTÉ, DÉMARCHES LOCALES EN SANTÉ

• **Les programmes locaux et régionaux de santé : des artisans du changement [dossier]**. *Global Health Promotion*, 2014, vol. 21, suppl. n° 1 : p. 3-76. En ligne : http://ped.sagepub.com/content/21/1_suppl/etoc

• **Febvrel D., coord.** *Collectivités territoriales et santé [dossier]*. *Actualité et dossier en santé publique*, 2013, n° 82 : p. 13-67. Quelques articles en ligne : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=132>

• **Lucas-Gabrielli V., Coldefy M.** *Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011*. *Questions d'économie de la santé*, 2012, n° 175 : 8 p. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes175.pdf>

• **Les villes, au cœur de la santé des habitants [dossier]**. *La Santé de l'homme*, septembre 2010, n° 409 : p. 11-49. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-409.pdf>

• **Terrasse P., Bonnici B., Burdillat M., Mizrahi A.-N., Mizrahi A.-R., Tonnellier F.** *Santé, environnement et territoires : dossier*. *Pouvoirs locaux : les cahiers de la décentralisation*, 2011, n° 90 : p. 43-101.

• **Bréchat P.-H., Magnin-Feysot C., Jeunet O., Attard A., Duhamel G., Tabuteau D.** *Priorités de santé, région, territoires de santé et citoyens : l'exemple Franc-Comtois*. *Santé publique*, 2011, vol. 23, n° 3 : p. 169-182.

• **Benattar F., Moret A., Vieillé R.** *Approches territoriales de la santé, la nouvelle donne*. *Contact Santé*, 2011, hors-série n° 4 : 54 p.

• **Rican S., Salem G., Vaillant Z., Jougla E.** *Dynamiques sanitaires des villes françaises*. Paris : la Documentation française / Datar, coll. Travaux, 2010, n° 12 : 76 p. *Synthèse de l'étude en ligne* : <http://www.datar.gouv.fr/sites/default/files/datar/travaux12-dynamiques-sanitaires-synthese.pdf>

• **Coldefy M., Lucas-Gabrielli V.** *Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification*. *Pratiques et organisation des soins*, 2010, vol. 41, n° 1 : p. 73-80.

• **Richard C., Jakowleff A., Laneyrie J.-M., Chauvin P., Bertolotto F., Pommier J., et al.** *Ateliers santé ville. Une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*. Paris : Délégation interministérielle à la ville, coll. Repères, 2007 : 287 p.



OUTILS

- **Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêts d'une approche locale et transversale [document de plaidoyer destiné aux élus des communes et des groupements de communes].** Saint-Denis : Inpes, 2013 : 12 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/pdf/brochure-elus.pdf>
- **Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors). Guide à destination des opérateurs d'un diagnostic local de santé.** Paris : ministère de la Santé et des Affaires sociales, 2012 : 114 p. En ligne : <http://orsbretagne.createsend1.com/t/r-l-hijthlt-l-y/>
- **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Accès aux soins : quels outils pour les territoires ? Actes du colloque du 16/10/2012.** Paris : Drees, coll. Études et Statistiques, 2012 : 107 p. En ligne : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_acces_soins-16oct2012.pdf
- **Bérard J.-M., Lenoir D., Hubert E., Trugeon A., Rican S., Burdillat M., et al. Dynamiques territoriales de santé : quels enjeux ? Quels outils ? Actes du colloque,**

Arras, 9-10/09/2010. *La Gazette Santé Social*, 2010 : 66 p. En ligne : <http://www.datar.gouv.fr/sites/default/files/datar/201009-actes-colloque-sante-arras.pdf>

• **Institut national d'éducation et de prévention pour la santé (Inpes). Agir avec les collectivités territoriales pour améliorer la qualité de vie des populations. Les Journées de la prévention, Paris, 8/04/2010.** En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/2010/s2.asp>

• **Élus, santé publique & territoires. L'observation locale en santé : du diagnostic au pilotage de la politique de santé publique. Actes du colloque organisé par l'Association nationale des villes pour le développement de la santé publique « Élus, santé publique & territoires », Marseille, octobre 2009.** Saint-Denis : ESPT, 2009 : 155 p. En ligne : <http://www.espt.asso.fr/images/2009obslocale-web.pdf>

INSTITUTS

- **Association nationale des pôles territoriaux et des pays (ANPP)**
L'Association nationale des pôles territoriaux et des pays (ANPP) représente et fédère les Pays, les pôles d'équilibre territoriaux et

Pour en savoir plus
Littérature relative au dossier

ruraux, les territoires de projets et leurs Conseils de développement, dans une démarche globale, stratégique et prospective. Elle a pour mission de mutualiser les expériences entre ces territoires et d'être le support d'un échange permanent d'informations et de bonnes pratiques entre eux, entre leurs représentants et ceux des collectivités locales, de l'État et des acteurs locaux. L'Association accompagne ses adhérents dans leur action et porte leurs contributions auprès des Pouvoirs publics à partir de la remontée des pratiques de terrain. Elle assure ainsi une triple mission :

- fédération (échanges d'expériences et de bonnes pratiques entre les Pays) ;
- accompagnement (soutien technique aux Pays, pôles territoriaux, Territoires de projets et Conseils de développement) ;
- représentation auprès des Pouvoirs publics (l'ANPP favorise l'échange d'information entre les Pays et les institutions : Datar, ministères, conseils régionaux et conseils généraux, etc. [Source : dossier de présentation ANPP, en ligne : http://www.anpp.fr/IMG/pdf/Dossier_pre_sentation_ANPP.pdf]

En ligne : <http://www.anpp.fr/>

• ATD Quart Monde

Le mouvement ATD (*Aide à toute détresse*, devenu Agir tous pour la dignité Quart monde) est une organisation non gouvernementale créée en France, en 1957, par Joseph Wresinski. Il lutte pour les droits de l'homme, avec l'objectif de garantir l'accès des plus pauvres à l'exercice de leurs droits et d'avancer vers l'éradication de l'extrême pauvreté. Il développe des projets sur le terrain avec des personnes qui vivent en situation de pauvreté ; il travaille pour sensibiliser l'opinion des citoyens et obtenir des changements politiques ; il promeut le dialogue et la coopération entre les différents acteurs sociaux.

Dans toutes ses actions, deux principes majeurs sont mis en œuvre :

- penser et agir avec les personnes en situation de grande pauvreté, ce qui permet d'établir ensemble les conditions d'une véritable participation ;
- ne laisser personne de côté.

Actuellement, le mouvement ATD Quart Monde agit dans une trentaine de pays en Afrique, en Amérique du Nord et du Sud, dans l'Océan Indien, en Asie et en Europe. [Source : site web du mouvement international ATD Quart Monde]

En ligne : <http://www.atd-quartmonde.fr/>

• Commissariat général à l'égalité des territoires (Cget)

Le Commissariat général à l'égalité des territoires (Cget) a été créé le 2 avril 2014. Placé sous l'autorité du Premier ministre, il réunit les missions et agents de la Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (Datar), du Secrétariat général du comité interministériel des villes (SGCIV) et de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) [source : site web Datar].

L'Observatoire des territoires, organisation membre du Cget, a pour mission de fournir un ensemble d'indicateurs mis à jour régulièrement. Ceux-ci sont téléchargeables et présentés sous forme de cartographie interactive sur le site web de l'Observatoire. Ils sont en général accompagnés de courtes analyses, issues notamment du rapport de l'Observatoire. En outre, l'Observatoire réalise, tous les trois ans, un rapport sur les dynamiques territoriales à l'attention des parlementaires et de l'ensemble des acteurs territoriaux. Les différents éléments

constituant le rapport (analyses, données des figures et ressources bibliographiques par chapitre) sont mis à disposition sur le site. [Source : site web de l'Observatoire de Territoires]

En ligne : <http://cget.gouv.fr>

En ligne : <http://www.datar.gouv/observatoire-des-territoires/fr/node>

• Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) est une direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux. Sous tutelle du ministère de l'Économie et des Finances et du ministère des Affaires sociales et de la Santé, la Drees est un service public de statistiques ayant pour vocation de fournir aux décideurs publics, aux citoyens, et aux responsables économiques et sociaux des informations fiables et des analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales. [Source : site web Drees].

En ligne : <http://www.drees.sante.gouv.fr/>

• Élus, Santé Publique & Territoires

Élus, Santé Publique & Territoires est une association nationale des villes pour le développement de la santé publique. Créée en 2005 à l'initiative d'élus locaux, l'association regroupe les élus désireux de développer des programmes de santé publique dans leur territoire. Elle est un lieu d'échange autour des problématiques de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités de santé. Le site propose en une veille documentaire et juridique et de nombreuses publications (études, articles) téléchargeables.

En ligne : <http://www.espt.asso.fr/>

• Etd – Le centre de ressources du développement territorial

Etd est une association ayant pour objectif d'être un centre de ressources pour les collectivités au niveau local, régional et national. Etd met à disposition son expertise *via* la diffusion d'études dans le champ du développement territorial, réalisées par différents acteurs : collectivités, mais aussi partenaires spécialisés (ministères, centres de ressources). Le site web d'Etd met à disposition plusieurs types de documents : enquêtes, études, guides, et se veut également le relais d'initiatives locales. Concernant le champ de la santé, une page est dédiée sur le site sous la rubrique « nos thématiques » ; on pourra notamment y consulter des recommandations des résultats d'enquêtes et des témoignages.

En ligne : <http://www.projetdeterritoire.com/index.php>

• Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fneps)

La Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé est une association loi 1901, ayant pour vocation la structuration nationale des Instances régionales d'éducation et de promotion de la Santé (Ireps). Elle a pour objectif de :

- représenter les Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé auprès des pouvoirs publics et des instances nationales et/ou internationales ;
- favoriser par tout moyen adapté le développement et la reconnaissance de l'éducation et de la promotion de la santé ;

- animer le réseau des Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé et aider à son développement [source : statuts de la Fnes disponibles sur le site web].

La Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé met à disposition des acteurs de la santé une base de données en ligne (site web de la Fnes, rubrique : « nos actions en régions »), réunissant les actions développées par l'ensemble des Ireps. La recherche dans la base de données peut s'effectuer *via* une carte interactive (recherche par région) ou par mots-clés : titre, structure, thème, public, localisation, année. À ce jour, plus de 3 000 actions sont recensées ; chaque recensement d'action est accompagné d'une fiche descriptive du projet, avec ses objectifs, sa description détaillée, les partenariats engagés pour l'action, les modalités d'évaluation de l'action, les financeurs.

En ligne : <http://www.fnes.fr/>

Accès à la cartographie des actions en région : http://www.fnes.fr/sia_actions/

• Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors)

La Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) est une association loi 1901 créée en 1988, dont l'objectif est de fédérer *via* une structure unique les 26 Observatoires régionaux de santé (ORS). Le site web de la fédération met à disposition les publications (plus de 2 500 à ce jour) de tous les ORS depuis 1995.

En ligne : <http://www.fnors.org/index.html>

• Institut Renaudot – Centre de ressources en santé communautaire

L'Institut Renaudot est une association qui regroupe des habitants-usagers-citoyens, des professionnels, des élus, des représentants d'associations et d'institutions diverses, qui partagent et défendent les valeurs et les orientations de l'association, inscrites dans sa charte et en référence à la Charte d'Ottawa. Il a pour but la promotion de la santé, par le développement et le renforcement des démarches communautaires en santé.

Il poursuit les objectifs suivants :

- soutenir et susciter le développement des démarches communautaires en santé ;
- faire connaître, valoriser les pratiques existantes, leurs apports et leurs intérêts ;
- contribuer au soutien et au renforcement des compétences des acteurs concernés ;
- favoriser l'interconnaissance et la mise en réseau des acteurs dans leurs diversités ;
- favoriser une meilleure reconnaissance de ces pratiques.

[Source : Institut Renaudot].

En ligne : <http://www.institut-renaudot.fr/>

• Observatoire des inégalités

L'Observatoire des inégalités est une association loi de 1901 reconnue d'intérêt général, fondée à Tours en 2003. Celle-ci se fixe comme objectif de rassembler des données et des éléments d'analyse sur les inégalités en France et dans le monde. À ce titre, l'association met à disposition du public des outils, des données, mais aussi des analyses sur les conditions de vie : revenus, emploi, conditions de vie, etc. selon une thématique prédominante : âge, sexe, catégories sociales, territoires, etc.

En ligne : <http://www.inegalites.fr/>

• Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé

Le réseau français des Villes-Santé (RFVS) est un projet de promotion de la santé initié en 1986 par l'OMS. Ses objectifs sont d'améliorer les conditions de vie, de travail, la qualité de l'environnement, les relations sociales et la culture au sein des villes. En France, le réseau est composé de 70 villes et 2 communautés d'agglomération. Le site du réseau met à disposition une base des données, qui recense l'ensemble des actions menées sous la rubrique « les villes du réseau et leurs actions ».

En ligne : <http://www.villes-sante.com/>

• Union nationale des acteurs et des structures du développement local (Unadel)

L'Unadel est un réseau associatif des acteurs et des structures du développement local. Sa mission est de mettre à disposition l'information pour les adhérents et les particuliers, mais aussi de produire des études et d'être un lieu d'échanges et de débat (organisation de journées d'études, partenariats pour des colloques). À noter, un répertoire régulièrement mis à jour de sites web proposant des ressources sur la thématique.

En ligne : <http://www.unadel.asso.fr/>

• Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES)

L'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale a été créé par la loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (article 153). Il a pour mission de :

- rassembler les données relatives aux situations de pauvreté, de précarité et d'exclusion jusqu'alors dispersées, sous-exploitées et difficilement accessibles au public ;
- contribuer au développement de la connaissance de ces phénomènes, notamment dans des domaines mal couverts par les études et les statistiques existantes ;
- faire réaliser des travaux d'études, de recherche et d'évaluation en lien étroit avec le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE).
- diffuser l'ensemble des informations recueillies sous la forme d'un rapport annuel sur la pauvreté et ses évolutions à destination du Premier ministre, du parlement et de l'ensemble du public.

[source : site web de l'ONPES]

En ligne : <http://www.onpes.gouv.fr/>

• Observatoire national des zones urbaines sensibles (Onzus)

L'Observatoire national des zones urbaines sensibles (Onzus) a été créé par la loi du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine. Il a pour missions l'observation (collecte les informations sur les quartiers en difficulté, mesure l'évolution des inégalités sociales et des écarts de développement entre ces quartiers et leur agglomération) et l'évaluation (rend compte de la mise en œuvre et des effets de la politique menée dans les quartiers de la politique de la ville). Le site web de l'Onzus est un portail d'information régulièrement mis à jour avec les travaux de l'observatoire et des documents produits par d'autres organismes autour de la politique de la ville.

[source : site web de l'Onzus]

En ligne : <http://www.onzus.fr/>

Prendre soin de soi et de son enfant lorsqu'on est pauvre : témoignages et pistes d'interventions d'ATD Quart Monde

Huguette Boissonnat-Pelsy,
médecin, déléguée santé ATD
Quart Monde.

Depuis quinze ans, ATD Quart Monde organise des « groupes de parole », qui sont peu à peu devenus des laboratoires d'idées sur la thématique de la santé. Les participants – en l'occurrence des personnes en situation de précarité – y livrent des témoignages exprimant leur solitude, leur souffrance, leur enfermement, leur perte d'autonomie. Ces groupes sont animés par une sociologue; ils sont constitués par une infirmière qui fait le lien et va vers les personnes.

« La pauvreté, ça démarre dans le ventre, t'es angoissée, tu te fais du souci pour ton logement, pour qu'on te prenne pas tes autres enfants, pour manger, c'est le gosse dans ton ventre qui le ressent, tout... toi, tu souffres et l'enfant souffre »
« A l'époque-là je n'avais personne, je n'avais pas de réseau, pas de famille, j'étais toute seule, avec mes enfants ». En écoutant ces paroles, il devient évident qu'agir contre les inégalités sociales passe par l'action économique, mais aussi et surtout par l'inclusion sociale. Le principal levier pour lutter contre la précarité est de soutenir les plus pauvres dans l'amélioration de leur vie de famille, et de répondre aux attentes des parents pour leurs enfants. Être parent dans ce monde de misère place les individus devant un triple défi, ils doivent : « Être » (avoir une identité sociale) et « Protéger » (apporter la sécurité : logement, nourriture, etc.) alors qu'ils n'en disposent pas eux-mêmes, puis « Éduquer », c'est-à-dire

ouvrir l'horizon géographique, culturel et temporel de l'enfant, alors même que l'une des caractéristiques de la misère est de ne pas pouvoir se projeter. Un défi, que l'on ne peut pas relever sans accéder à une existence sociale reconnue et à des conditions de vie humainement dignes.

Accéder à la santé, à un statut, à une identité

Impossible de restituer ici l'ensemble des paroles et des thématiques traitées. Ce sont les participants eux-mêmes qui ont ciblé certains domaines dans lesquels ils ressentent particulièrement ces inégalités « pour leurs enfants » et « pour l'enfant qu'ils ont été ». Ces domaines sont l'accès à la santé, l'accès au statut de citoyen, à une identité, l'accès à un environnement compatible avec la santé, l'accès à l'alimentation. D'une manière générale, ces personnes sont soucieuses de faire soigner leurs enfants, alors qu'elles renoncent pour elles-mêmes à faire les démarches de soins nécessaires. En termes de parentalité, le sentiment de culpabilité ronge les personnes qui n'ont pu faire face à leurs responsabilités. L'impossibilité de construire un avenir est un facteur essentiel expliquant la démission des parents, parfois il est aussi source de révolte. Dès que leur situation s'améliore, ils emploient toutes leurs forces à « donner un avenir à leurs petits ». « C'est-à-dire que ce qui fait tenir les gens, en permanence, c'est l'avenir de leurs enfants (...) Nous ce que l'on veut, c'est que nos enfants ne passent pas par là où on est passé ! ».

L'ESSENTIEL

■ **Pour comprendre le vécu des personnes en situation de précarité dans le domaine de la santé et faire émerger des propositions opérationnelles, le Mouvement ATD Quart Monde organise, depuis quinze ans, des groupes de paroles réguliers sur ce sujet. Constat et préconisations.**

« Les activités extrascolaires, c'est le béton ! »

Sur le plan des conditions de vie, les participants dressent ce constat essentiel : les éléments de leur « environnement physique » sont « des facteurs qui conditionnent leur santé mais surtout celle de leurs enfants ». Entre autres, la vie dans les quartiers et les logements collectifs est souvent citée comme provoquant des usures de « nerfs » et des « angoisses », ou du « stress » au quotidien. L'absence de sommeil est pointée comme un facteur de troubles de la santé, particulièrement néfaste pour les enfants. L'accès à des activités de plein air, ou sportives, est impossible. C'est un constat douloureux pour ces personnes, qui considèrent ces activités comme des facteurs favorisant la bonne santé des enfants. Une limitation des aspirations dans ces domaines, relatifs au bien-être environnemental et social, est constatée : « Sûr qu'on voudrait qu'ils fassent du sport (...) Mais les activités extrascolaires pour nos enfants, c'est le béton du bas de l'immeuble ! ».

Fournir un accompagnement adapté

Quand les parents n'ont pas de quoi nourrir leurs enfants, c'est une souffrance. « *Quand tu ne peux pas te nourrir et nourrir les tiens, tu as failli à ce qui fait un homme, tu ne peux pas te regarder* ». « *C'est l'essence de l'homme et de la femme de nourrir ses petits et de se nourrir pour survivre, tout simplement* ». Pourtant, nourrir les enfants est impossible avec l'argent disponible une fois les charges obligatoires payées. Le budget alimentaire est la variable que l'on peut comprimer... jusqu'à ne rien manger certains soirs.

Dans ces circonstances, comment épauler les parents, soutenir et développer leurs compétences, redonner les bases de la parentalité à ceux qui ont trop souvent perdu l'estime de soi ? C'est à ces questions que les populations concernées ont voulu répondre. Leur analyse et leurs propositions sont relatées dans cette enquête, fruit de longues années de travail auprès de personnes connaissant, ou ayant connu la grande pauvreté, qui sont reconnues comme expertes de leur expérience de vie. Sans pouvoir ici présenter l'ensemble de ces propositions, soulignons que beaucoup de souffrances décrites sont des conséquences de déterminants ou de facteurs économiques, certes, mais également de facteurs sociaux et environnementaux.

Permettre une résilience

Le fondement des propositions est de tout mettre en œuvre pour permettre une résilience des individus face aux traumatismes répétitifs de la vie en précarité. Les groupes préconisent de retrouver des dynamiques permettant, ensemble, de « faire société ».

En matière de santé, leur première proposition est de ne pas masquer les vrais enjeux de prévention et d'éducation à la santé, en traitant la misère sociale par une réponse médicamenteuse et par une prise en charge sanitaire « qui soulage mais ne résout rien à long terme ». Pour améliorer l'accompagnement et le suivi, les groupes préconisent que les interventions soient conçues de manière à éviter à la personne accompagnée un sentiment de honte ou de culpabilité. Ceci, afin de retrouver un « parcours de vie » plus fluide et d'anticiper les « à coups » dus à la misère. Cet accompagnement évite

la séparation des familles, privilégie l'inclusion dans un environnement favorable et un suivi adapté à la situation, plutôt que d'entraîner une rupture.

« *Comprendre et se comprendre, expliquer et s'expliquer* » disait Gracieuse Souvay, l'une des participantes, car la participation des personnes vulnérables à des actions de promotion de la santé est un acte fort et revendiqué. « *Elles qui vivent dans ces conditions ont l'expérience de la vie en difficulté, elles savent mieux que quiconque les maux dont souffre leur classe sociale et sont en capacité d'avancer des remèdes adaptés à leur situation* ». Cette participation peut se concrétiser au travers de formations conjointes, permettant aux deux mondes – ceux qui connaissent la misère et ceux qui y sont professionnellement confrontés – de mieux œuvrer ensemble,

ou au travers de travaux communs, de « réseaux » coordonnant professionnels, institutionnels et personnes en vie précaire.

Pour contrer les injonctions paradoxales de la société actuelle, de plus en plus normative, les participants plébiscitent des messages positifs, surtout en direction des enfants, « *À cet âge, cela peut les aider jusqu'à la fin de leurs jours* », tout en déplorant que « *les messages d'éducation à la santé se contentent de donner la mesure des écarts, sans nous donner les moyens d'y faire face et de les atténuer* » souligne Marie-France Zimmer, participante aux groupes.

Changer le regard porté sur eux, leur redonner espoir

S'accepter soi-même est une constante de leurs propositions. Pour cela, ils posent trois conditions :



Témoignages

Prendre soin de soi et de son enfant lorsqu'on est pauvre

- comprendre que la pauvreté et son état sont conditionnés non seulement par leurs propres parcours ou accidents de la vie mais aussi par des facteurs sociétaux. Ce constat a pour effet de réduire leur sentiment de culpabilité, permet de s'accepter un peu plus, redonne espoir de « se remettre debout » ;

- avoir droit à un avenir, avoir la possibilité de se projeter, d'ouvrir ses frontières géographiques et culturelles, de se hisser vers un idéal, sont autant d'éléments plébiscités par les participants pour redonner force et confiance en soi ;

- « Tenir compte des différents temps : celui des politiques et celui des populations ». Le temps des politiques demande des résultats à court terme, c'est le temps des programmes qui doivent démontrer leur efficacité. Le temps de la pauvreté est long, les blessures de la misère ne s'estompent pas rapidement. Ce décalage entre les délais de réalisation d'objectifs et les résultats effectifs doit être pris en compte, d'autant qu'il a des conséquences graves sur ceux qui les subissent.

Agir sur les déterminants

Les participants soulignent que les réponses ne peuvent être uniquement sanitaires. Les conditions de vie sociales et environnementales ne permettent à ces populations aucune résilience face aux traumatismes répétitifs de cette vie en précarité. Le fondement de ces propositions est donc d'agir sur ces déterminants.

En d'autres termes, réunir les conditions pour créer une dynamique positive chez l'individu. Or, lorsque l'on sait que c'est essentiellement grâce à la structuration précoce de la personnalité, à l'accès à des expériences constructives lors de l'enfance, à la réflexion, ou à la parole que cette dynamique reconstructive de l'individu est possible, on mesure l'ampleur des changements à initier, que l'on retrouve dans leurs principales propositions : travailler sur l'accès à la santé et sur les conditions de vie, permettre à ceux qui sont toujours « coupables de pauvreté, de mal élever l'enfant » de retrouver leurs statuts d'hommes et de femmes, de parents et de citoyens, épauler ces parents, soutenir et développer leurs compétences, redonner les bases de la parentalité.

En conclusion, les participants affirment avec force que l'enfant a droit à la vie et au bien-être, même s'il vient au monde dans un environnement précaire. Ils rêvent pour lui d'un monde meilleur, et ils peuvent être force de proposition au regard de leur expérience. Pouvoir soigner son enfant et le nourrir dignement, se sentir épaulé dans son rôle de parent, retrouver l'estime de soi, développer les compétences et les qualités humaines qui fondent les bases de la parentalité : voilà les grandes lignes d'un programme que les participants à cette étude nous mettent au défi d'entreprendre, encore et encore, avec eux. Mais cela doit être réalisé en prenant le temps nécessaire pour atteindre « ensemble » l'objectif fixé. ■

Pour en savoir plus

- http://www.atd-quartmonde.fr/+Sante+.html?debut_art_rub=10#pagination_art_rub

TRAVAILLER SUR LA SÉCURITÉ AFFECTIVE

Parmi les propositions recueillies par ATD Quart Monde figure « *se sentir épaulé dans son rôle de parent* ». La sécurité affective doit être travaillée avec les jeunes parents, cela passe par des actions qui favorisent les soutiens et les appuis à l'identité et au sentiment de dignité. « *Vivre dans la société et non plus à la marge* » souligne Micheline Adobati, l'une des participantes au groupe de parole.

Les parcours individuels déroulent souvent le même processus : culpabilité, angoisse (du fait notamment de la rupture entre l'engagement des services sociaux et la réalité), désocialisation. Ces éléments resurgissent particulièrement chez les jeunes parents et aboutissent à un repli extrême. C'est dur pour une mère et parfois un père de dire : « *on est mal avec le petit* », « *on a peur* », « *on ne sait plus comment faire* », « *on est seul* », alors que le poids des représentations sociales, de l'enfant souhaité, de l'enfant roi, objet de consommation, rend pour les parents en grande précarité le sentiment de culpabilité encore plus insupportable. C'est pourquoi la sécurité affective des jeunes parents est essentielle pour la réussite de leur projet de parentalité. C'est une demande forte exprimée par les personnes de notre étude.

H. B.

Dans les poches de pauvreté de l'Angleterre contemporaine, deux adolescents délaissés expérimentent les dangers de la débrouille au quotidien, jusqu'à une issue tragique. Ce film peut permettre aux éducateurs de débattre des « prises de risques » avec les adolescents.

47

Le Géant égoïste

Un film de Clio Barnard
Grande-Bretagne, 2013, 1 h 33

Michel Condé,
docteur ès lettres, animateur,
Centre culturel Les Grignoux, Liège
(Belgique).

En quelques mots

Le Géant égoïste se présente comme une fiction réaliste mettant en scène deux jeunes adolescents, laissés-pour-compte de l'Angleterre contemporaine. Exclues de l'école et étrangers dans leur propre quartier, Arbor et son meilleur ami Swifty rencontrent Kitten, un ferrailleur local qui récupère illégalement les métaux volés aux alentours. À leur tour, les deux adolescents se mettent à déambuler avec une vieille charrette tirée par un cheval, à la recherche de ferraille abandonnée.

Swifty a cependant un don naturel avec les chevaux, ce qui attire l'attention de Kitten, qui organise par ailleurs des courses clandestines. Le ferrailleur envisage bientôt de l'utiliser comme jockey, alors que l'autre adolescent, Arbor, se préoccupe de tous les moyens possibles pour gagner plus d'argent avec des métaux récupérés ou volés. Il est vrai que les familles des deux jeunes gens sont confrontées à de graves difficultés financières. Mais en favorisant Swifty, Kitten provoque la jalousie d'Arbor, et les tensions s'accumulent entre les deux amis jusqu'à conduire à un événement tragique.

Le Géant égoïste se distingue de prime abord par son regard presque documentaire sur la pauvreté en Grande-Bretagne : misère économique, chômage, stigmatisation, violence, exploitation, drogue, assistantat et contrôle social ; tous ces aspects de la vie des laissés-pour-compte sont décrits en quelques images significatives. Mais le film ra-



conte également une histoire d'adolescence, l'histoire d'une amitié entre deux garçons confrontés à un monde d'adultes dont ils deviendront les victimes plus ou moins involontaires.

À quels spectateurs est destiné le film ?

Bien que les personnages principaux soient de jeunes adolescents de 12 ou 13 ans à peine, le film s'adresse sans doute à un public légèrement plus âgé : sa peinture réaliste d'un milieu défavorisé, la violence physique ou verbale qui domine les relations sociales, le pessimisme général qui s'en dégage peuvent en effet désarçonner un jeune public, surtout si la projection de ce film n'est pas suivie d'une phase d'échange et de réflexion avec des spectateurs adultes.

Relations avec la problématique santé

De nombreuses thématiques liées à la santé peuvent être abordées à travers ce film, notamment les inégalités

sociales et culturelles en matière d'accès à la santé, les troubles de l'attention et l'échec scolaire, ou encore la place des adolescents dans la société actuelle... Un thème mérite peut-être plus l'attention, celui de la prise de risque, fréquente à l'adolescence, et ses conséquences possibles sur la santé. C'est ce thème que l'on souhaite plus particulièrement développer ici (en conseillant cependant au lecteur de voir d'abord le film s'il ne veut pas que le sujet soit largement dévoilé par nos commentaires).

Quelques pistes d'animation

Si l'on parle d'une éventuelle prise de risque par les personnages du *Géant égoïste*, les spectateurs se souviendront facilement de la scène la plus dramatique où Swifty voulant aider son ami à récupérer un câble est brutalement électrocuté. Ce simple accident mérite cependant un petit questionnaire : cet événement a-t-il surpris les spectateurs ? Quelle est la cause de cet accident ? Quelle imprudence a commise Swifty ?

Cinésanté
Le Géant égoïste

Certains facteurs ont-ils accru le risque couru ? Quelles précautions faut-il prendre quand on manipule des câbles sous tension ?

On constatera vraisemblablement des différences importantes dans les réponses apportées à ces questions : certains spectateurs sont sans doute bien informés des risques électriques, d'autres le sont certainement moins et peuvent même avoir des conceptions erronées à ce propos. Si tout le monde sait que l'électricité est dangereuse, ce risque reste souvent mal défini comme en témoigne malheureusement l'accident de Swifty. Dans le cas présent, on peut repérer au moins quatre facteurs de risque : Swifty ne porte pas de bottes ni de gants en manipulant le câble volé ; en outre, comme il sort d'un endroit souterrain, il a un contact direct – par les mains, par les genoux, par d'autres parties du corps – avec la terre, ce qui permet le passage du courant ; l'humidité ambiante, qui imbibes ses vêtements, peut également favoriser la conductibilité de son corps ; enfin, il est vraisemblable que le câble était porteur d'un courant à haute tension : dans ce cas, un arc électrique peut se produire même sans contact direct (ce qui explique bien sûr les recommandations de prudence devant les entrées des cabines à haute tension).

Pourtant c'est peut-être la première question qui a le plus d'intérêt : cet accident a-t-il surpris les spectateurs ? Même si les réponses peuvent varier, beaucoup devront admettre qu'ils ont effectivement été surpris par cet événement, la surprise étant évidemment une des caractéristiques essentielles des accidents. Si la réflexion nous fait bien prendre conscience après coup des facteurs de risque, nous avons néanmoins tendance à les négliger jusqu'à ce que survienne un accident. Deux éléments doivent donc être pris en considération dans ce type d'accident : la mauvaise connaissance des risques liés à certains comportements, et la sous-estimation de ces risques.

Le Géant égoïste peut ainsi faire naître une réflexion plus générale sur la prise de risque notamment à l'adolescence, même si – bien sûr – les autres âges de la vie ne sont pas exempts de tels comportements. Demandons donc simplement aux spectateurs s'ils se

souviennent d'autres séquences du film marquées par des risques pour la santé physique ou mentale de l'un ou l'autre protagoniste.

De multiples incidents

Les réponses seront sans doute assez maigres et évasives : rien vraisemblablement ne paraîtra aussi dangereux que l'accident survenu à Swifty, si ce n'est peut-être le geste du ferrailleur Kitten qui menace de plonger la main d'Arbor dans une machine à dénuder les câbles. Comme il s'agit d'un acte volontaire (et criminel), on ne peut sans doute pas parler d'un comportement à risque. Notons néanmoins (au tableau par exemple) les suggestions éventuelles, puis proposons aux spectateurs de revenir sur une série de scènes précises du film : on leur demandera plus précisément d'évaluer les risques inhérents aux comportements mis en scène. Il s'agira entre autres des séquences suivantes :

- la nuit, des voleurs dérobent des câbles le long d'une voie de chemin de fer en les plaçant sur les rails pour que les roues d'un train les sectionnent ;
- Arbor et Swifty circulent à cheval la nuit ;
- Arbor rechigne à prendre ses médicaments (et il s'empporte contre sa mère) ;
- le frère d'Arbor lui vole vraisemblablement ses médicaments pour les revendre ;
- chez Swifty, toute la famille doit se contenter jour après jour de haricots froids en conserve ;
- Arbor est exclu de l'école, et Swifty éloigné temporairement ;
- chez Kitten, le ferrailleur, on remarque de jeunes adolescents armés de marteaux en train de désosser de vieux objets de récupération. (On apercevra plus tard sur un panneau d'affichage l'avertissement : "No hats, no boots, no hi-vis, no job !", « Pas de casque, pas de bottes, pas de vêtements visibles, pas de travail ! ») ;
- Arbor joue sur la barrière devant chez Swifty en l'attendant ; plus tard on verra Arbor et Swifty se rouler, avec un marteau à la main, sur un trampoline – troué – à l'arrière de la maison ;
- Arbor et Swifty font un feu pour brûler et faire fondre la gaine des câbles, dont ils ont volé un rouleau entier à des ouvriers ;

- Arbor et Swifty ramassent une carcasse de voiture rouillée qu'ils transportent avec leur charrette par des rues en pente jusque chez le ferrailleur. Ils se font dépasser sur la route par des automobilistes qui les injurient ;

- Kitten le ferrailleur donne des consignes à Arbor pour voler le câble souterrain : « Mets les bottes, prends les gants ; les zips, tu les enlèveras avant de commencer ».

Des risques de différentes natures

Un peu de réflexion suffit à montrer que toutes ces séquences illustrent des prises de risques plus ou moins importantes, même si, comme spectateurs, nous les remarquons à peine au cours de la projection. Ainsi, le vol de câble le long de la voie ferrée au tout début du film est sans doute aussi dangereux que celui du câble souterrain qui sera fatal à Swifty. Mais, comme ce premier épisode est sans conséquences graves, nous l'oublions rapidement et nous négligeons facilement les risques qu'il comporte.

Les risques mis en scène dans le film sont cependant de natures très différentes, et il peut sembler hasardeux de comparer des activités illégales comme le vol de câbles électriques avec d'autres plus banales comme la circulation en ville. Mais c'est précisément parce qu'elles sont très différentes qu'elles méritent une réflexion au cas par cas ; il est en outre intéressant de chercher d'autres situations dans l'expérience de chacun qui illustrent le même type de risques. La place manque ici pour une analyse complète, et l'on se contentera de quelques exemples, mais une discussion un peu plus approfondie avec les spectateurs devrait permettre de mesurer de façon plus réfléchie les dangers des autres situations citées.

Quatre exemples

Circuler à cheval dans une ville moderne peut sembler inhabituel, même si la cinéaste Clio Barnard explique dans le dossier de presse qu'il s'agit là d'une situation fréquemment rencontrée dans la région paupérisée de Bradford. On voit facilement que les mêmes risques se retrouvent avec la circulation de véhicules de différents gabarits et se déplaçant à des vitesses différentes : vélos, piétons avec ou sans poussettes, mobylettes, etc. Les accidents



de la route, dont sont notamment victimes les piétons et les cyclistes, sont une réalité quotidienne, très généralement sous-évaluée comme en témoigne l'attitude désinvolte d'Arbor et de Swifty. Circuler en pleine nuit avec un véhicule non éclairé est évidemment particulièrement dangereux.

La prise irrégulière des médicaments par Arbor illustre un type de comportement très différent, mais également problématique. Si l'utilisation des médicaments est fréquente dans nos sociétés développées, le respect et la compréhension des posologies restent souvent médiocres. Une simple discussion avec les participants devrait permettre de pointer certaines incompréhensions et d'exposer en quelques mots les grands types de médicaments et de posologies qui leur sont associées (même si cette question mérite certainement une séance propre de réflexion).

L'attitude de Kitten, le ferrailleur, éclaire également des prises de risques très fréquentes qu'on rencontre en particulier dans le contexte du travail. Kitten ne se conduit pas de manière irresponsable, et l'on constate qu'il porte comme ses ouvriers des équipements de sécurité (bottes et veste fluorescente). Il laisse pourtant accéder à son chantier des jeunes adolescents non équipés dans des zones dangereuses, près d'une grue par exemple. Un phénomène cou-

rant, celui de l'accoutumance au danger malgré les panneaux d'avertissement, joue ici certainement un rôle important dans une telle négligence. On remarque aussi que Kitten donne des conseils précis à Arbor pour le vol du câble, mais il n'en explique pas la portée (il faut enlever les zips parce que ce sont des pièces métalliques susceptibles de conduire le courant), et surtout il ne tient pas compte de l'âge de son interlocuteur. Il ne faut pas une grande expérience d'éducateur pour se rendre compte qu'un jeune adolescent ne va pas assimiler de telles consignes, notamment si on ne l'accompagne pas pour lui montrer les risques et les « zones » de risque.

Dans tous les cas, il est difficile de mesurer de façon précise les risques au point que certains peuvent passer inaperçus ou négligeables. Ainsi brûler les gaines de câbles sur un feu de fortune peut sembler pratiquement sans danger. Il faut quelques connaissances scientifiques pour savoir qu'une telle manière de faire libère des substances toxiques comme des dioxines. Les risques d'une telle combustion en plein air sont sans doute très faibles pour les adolescents, qui restent à l'écart des fumées produites, mais l'on sait que ce genre de pratiques (notamment la combustion à basse température d'ordures ménagères) est une vraie source de pollution.

Réduire les risques ?

Il y a bien sûr une très grande différence entre une analyse abstraite des risques, comme celle que l'on vient de faire sommairement, et une modification réelle des comportements, beaucoup plus difficile à provoquer. Il faut d'ailleurs se demander si une réduction des risques est souhaitable et même souhaitée par le public auquel on s'adresse. À titre d'exemple, des jeux aussi innocents que le trampoline comportent évidemment certains dangers, mais qui va réellement renoncer à une telle pratique par peur de l'accident ?

Mesurer les risques est également très difficile à prendre pour la plupart des individus au quotidien : les chevaux peuvent impressionner par leur taille et leur force, mais sont-ils plus dangereux que des animaux plus familiers, comme les chiens ? L'accent mis sur le danger potentiel ne risque-t-il pas dès lors de renfoncer des craintes irrationnelles, comme la peur des voyages en avion chez certaines personnes qui ignorent les risques beaucoup plus importants de la circulation automobile ?

Les réflexions proposées ici visent donc essentiellement à susciter la discussion, un équilibre devant toujours être trouvé entre la prévention et les bénéfices qui en sont éventuellement escomptés. Cela ne peut se faire concrètement que dans des cadres délimités – par exemple des situations professionnelles – où l'on procède à une analyse concrète des différents facteurs de risque et des manières d'y remédier.

Dans cette perspective, on remarquera pour terminer qu'il y a un facteur de risque sans doute prépondérant dans la situation d'Arbor et de Swifty, les deux protagonistes du *Géant égoïste*, à savoir la situation sociale défavorisée des deux adolescents et de leurs familles. Plusieurs éléments – l'exclusion scolaire, la pauvreté, les possibilités d'une économie « souterraine », le faible encadrement des adultes... – s'accumulent et laissent les adolescents livrés à eux-mêmes, prêts à « affronter tous les dangers ». Ici aussi, la dimension psychologique – un éventuel goût du risque propre à l'adolescence – ne doit pas masquer l'importance des facteurs environnementaux et notamment sociaux. ■

Handicap & communication

Sous la direction de Bernard Darras et Dannyelle Valente



Médiation & Information est une revue thématique biannuelle sur les sciences humaines. Ce numéro est consacré au lien entre communication et handicap. Une trentaine de chercheurs en sciences de l'information et de la communication, en design, en psychologie cognitive, en sémiologie et en sociologie du handicap présentent leurs résultats de recherche sur les nouvelles formes de communication et les pratiques inclusive du handicap. La question de l'accessibilité est au cœur de leurs travaux. Ce volume présente un panorama des pratiques et des méthodes de communication pour chaque type de handicap dans des situations de la vie quotidienne : accessibilité des musées pour les enfants sourds, usagers et salariés sourds aux urgences, communication verbale entre adultes aveugles et voyants, éducommunication et handicap mental, etc. Ce dossier est essentiellement destiné aux professionnels du handicap, aux personnes en situation de handicap ainsi qu'à leur entourage ou encore aux professionnels de la communication.

Céline Deroche

Paris : L'Harmattan, 2013, 225 p., 24 €.

Le bon sens à la scandinave. Politiques et inégalités sociales de santé

Marie-France Raynault, Dominique Côté



Cet ouvrage a été rédigé par un médecin et une sociologue du Centre de recherche Léa-Roback à Montréal (Québec), lequel a pour mission de mieux comprendre l'impact du milieu sur la santé physique et mentale, en vue de réduire les inégalités sociales de santé. Au vu des succès remportés par la Suède, la Norvège, le Danemark et la Finlande dans la lutte contre les inégalités sociales, le Centre Léa-Roback a choisi ces pays comme objet d'étude, pour examiner les données probantes disponibles sur les politiques visant à les réduire. Les données recensées sont issues de la littérature scientifique, des sites web gouvernementaux, des publications gouvernementales, ainsi que des grands organismes internationaux et de leurs publications. L'objectif de cette recherche est d'éclairer les décideurs et les concepteurs de politiques en milieu urbain, rencontrés préalablement à la rédaction de l'ouvrage, de manière à cerner leurs centres d'intérêts et à orienter la recherche sur certaines thématiques : politiques familiales, aide au logement, équité entre les sexes, politiques d'éducation, d'inclusion sociale, développement durable.

Olivier Delmer

Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2013, 170 p., 18 €.



L'intervention sociale à l'épreuve des habitants

Jean-Jacques Schaller

L'ouvrage rapporte l'expérience d'une « Recherche Action Qualifiante » (RAQ) réunissant 25 professionnels du travail social issus d'associations (Sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence de l'Ouest de la France) et des enseignants-chercheurs de l'université Paris 13/Nord (Centre de recherche Experice). Engagée en 2008, cette recherche-action a expérimenté différentes modalités d'intervention sociale, sur la base des projets de développement portés par les habitants. L'ouvrage insiste sur l'impératif de passer « de l'expertise individuelle à l'expertise collective ». Affirmant la nécessité d'agir au plus près des personnes sur les territoires, la recherche-action incite à développer une dynamique du vouloir commun, du faire-ensemble, de la participation démocratique. Le recueil retrace ainsi les différents moments de la construction de ce projet commun. Il intègre également des échanges de diverses tables rondes organisées par le Collectif de ce projet.

Sandra Kerzanet

Paris : L'Harmattan, 2014, 205 p., 22 €.



École, sexe & vidéo

Hélène Romano

Hélène Romano, psychologue clinicienne et psychothérapeute, auteure de plusieurs livres sur la psychologie de l'enfance, fait le point sur les liens entre enfance/adolescence, éducation à la sexualité et univers des technologies de la communication. Cet ouvrage, destiné aux professionnels médico-sociaux et aux enseignants confrontés à la problématique d'intervention sur la sexualité en milieu scolaire, présente des bases théoriques et des exemples d'intervention. Les deux premières parties se proposent de fournir des repères, à la fois sur la sexualité de l'enfant et de l'adolescent (stades de la sexualité pendant l'enfance, données épidémiologiques sur la sexualité des jeunes en France, question des grossesses non désirées, de la pornographie et des violences sexuelles), ainsi que des repères juridiques (lois sur la sexualité, les mineurs et les technologies de la communication). La troisième partie retrace la genèse de l'éducation à la sexualité en France ; l'auteure soulève notamment la question de l'héritage de la culture judéo-chrétienne dans la façon d'appréhender la sexualité aujourd'hui. La partie suivante traite de l'importance donnée aux images par les jeunes de la « net-génération » ; les questions d'acculturation médiatique, de l'importance d'éduquer les enfants aux écrans sont ainsi abordées. La cinquième partie s'intéresse à l'éducation à la sexualité en milieu scolaire et présente les éléments du cadre institutionnel et réglementaire français, en incluant une synthèse des textes de référence. Elle fait également le point sur l'organisation de séances d'éducation à la sexualité en milieu scolaire (quels outils ? quelles techniques ?). Enfin, la dernière partie est dédiée à des exemples d'intervention, décrites dans leur ensemble, depuis leurs objectifs jusqu'à leur mise en œuvre.

Laetitia Haroutunian

Paris : Dunod, 2014, 245 p., 19,90 €.

Expliquer les préservatifs aux adolescents

Fantastic capote et Wonder capote, en mission sur onsexprime.fr

La sexualité est sujet important dans la vie d'un adolescent. Le site onsexprime.fr – créé en 2009 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en collaboration avec des professionnels de santé et des membres d'associations – a pour objectif de favoriser une entrée positive des jeunes dans la sexualité.

Ce site dispose, depuis juin 2014, d'un nouvel habillage et depuis le 1^{er} juillet, il investit, sur le ton de l'humour, deux super-héros, Fantastic Capote et Wonder Capote, pour venir à la rescousse des 14-18 ans : protection contre les infections sexuellement transmissibles et prévention des grossesses non prévues. Un clip et deux modes d'emploi interactifs en sept étapes viennent rappeler aux jeunes quand et comment mettre un préservatif masculin et féminin.

Pour visionner le clip et en savoir plus : rendez-vous sur www.onsexprime.fr ou sur la page Facebook [OnSexprime.fr](https://www.facebook.com/OnSexprime.fr) et la chaîne Youtube [OnSexprime.fr](https://www.youtube.com/OnSexprime.fr)



équilibres

www.inpes.sante.fr
inpes

Tous les mois, recevez Équilibres, la newsletter de l'Inpes.

- Chaque numéro offre un tour d'horizon de l'actualité de l'Institut : derniers supports édités et études réalisées, nouvelles campagnes de communication et actions de prévention...
- Un panorama riche en informations et en initiatives.
- Équilibres s'adresse aux professionnels mais aussi à tous ceux qui s'intéressent à la prévention, à la promotion et à l'éducation pour la santé : institutions, collectivités, associations, porteurs de projet...

Nous contacter : equilibres@inpes.sante.fr

Les Ireps vous accompagnent

Vous souhaitez développer un projet de promotion de la santé ? Les Ireps, Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé, mettent à votre disposition leur expertise et savoir-faire.

- Conseil méthodologique
- Évaluation
- Formation
- Documentation et outils
- Contribution aux politiques de santé publique

Retrouvez leurs coordonnées sur le site de leur fédération : www.fnes.fr

fnes
Fédération Nationale
d'Éducation et
de promotion de la Santé



Elle avait envie de changer de contraception mais ne connaissait pas tous les choix qui s'offraient à elle... Jusqu'à ce qu'elle en parle à un pharmacien.

Changer de contraception, ça commence toujours par un dialogue.
Plus d'informations sur choisirsacontraception.fr

