« Le volet santé du contrat de ville : quels enjeux ? Quelles réponses sur le terrain pour les habitants des quartiers ? »

Suivi de

« Promouvoir la santé dans le contrat de ville : quelle place pour les habitants ? »

Synthèse de rencontre régionale

IREV La ville autrement…

ars Agence Régionale de Santé Hauts-de-France

le cnfpt

ateliers santé ville
PLATEFORME NATIONALE
DE RESSOURCES

Avant-propos

Morgane PETIT, Directrice de l'IREV.

Plus d'un an après la parution de la convention d'objectifs signée par le Ministère de la Santé et le Ministère de la Ville afin de prendre en compte les questions de santé au sein des contrats de ville, on constate que ce volet santé n'est pas toujours développé à la hauteur des enjeux pourtant soulevés par tous les partenaires. En effet, si on sait l'important travail mené pour préparer la contractualisation, dans la mise en œuvre, l'articulation entre la santé et la politique de la Ville n'est pas au cœur des préoccupations et des modes d'organisation locaux.

L'objectif de cette journée organisée avec le soutien de l'ARS Hauts-de-France (pour la matinée) et l'appui de la plateforme nationale des Ateliers Santé Ville (pour l'après-midi) était donc de faire se rencontrer les acteurs de la politique de la Ville et de la Santé, ainsi que donner quelques clefs de lecture et un langage commun qui puissent faciliter, si ce n'est pas encore le cas, le travail en synergie dans les contrats et démarches locales. L'après-midi a permis d'approfondir les questions de mobilisation et de participation des habitants dans les actions locales de santé.

Cette première rencontre de l'IREV à l'échelle Hauts-de-France était également l'occasion de travailler à l'émergence d'une nouvelle communauté d'acteurs, qui s'est notamment traduite par la mobilisation de témoignages issus de départements variés et aux réalités locales diverses.

Cette synthèse met ainsi en exergue les enjeux d'actualité sur le sujet (*partie 1*), le cadrage institutionnel en vigueur (*partie 2*) ainsi que les témoignages locaux et retours d'expériences de la journée (*partie 3*).

Laurence CADO, Directrice de la stratégie et des territoires, ARS Hauts-de-France.

Le volet santé des contrats de ville représente une thématique essentielle pour l'ARS Hauts-de-France, d'une part car la région est fortement concernée par la Politique de la Ville (44 contrats de ville, 199 quartiers prioritaires, 700 000 habitants concernés…) et d'autre part car elle cumule les plus mauvais indicateurs de santé en ce qui concerne les pathologies et les déterminants de santé, ceux-ci étant souvent encore plus négatifs dans les territoires en Politique de la Ville. Dès lors, un constat s'impose sur lequel appuyer nos réflexions : malgré l'engagement de l'État, des élus, des associations, des professionnels, les inégalités de toute nature sont traitées avant la santé. Les inégalités sociales et territoriales de santé persistent voire parfois s'accroissent.

Favoriser l'accès aux soins, à l'éducation à la santé et à la prévention doit être partagé par le droit commun et le volet santé spécifique des contrats de ville. Les défis sont d'autant plus nombreux à relever que la multiplicité des acteurs et la diversité des dispositifs et sources de financement rendent peu lisibles les résultats obtenus par le déploiement de nombreuses actions.

Les contrats de ville fixent donc cette intention de convergence des objectifs des partenaires, dans le cadre d'un volet santé auquel l'ARS contribue (cf. partie 2 sur le cadre institutionnel). L'ARS a également soutenu l'initiative de l'IREV autour de l'organisation de cette journée pour améliorer la lisibilité du volet santé des contrats de ville et tirer des enseignements des différents témoignages.

Bonne Lecture !

I – QUELS ENJEUX DE SANTÉ POUR LES QUARTIERS ?

Afin d'avoir une vision globale des enjeux de santé pour les quartiers, nous avons choisi de croiser les regards en faisant témoigner l'INSEE (pour une approche statistique des quartiers), un habitant (pour une approche ressentie et qualitative sur la santé) et un représentant de l'État.

Sebastien TERRA, Chef-adjoint du service des études et de la diffusion de Lille à la Direction régionale de l'Insee

Dans la perspective de fournir à l'ensemble des participants un socle commun de connaissance, cette intervention a permis de présenter en synthèse les caractéristiques des quartiers prioritaires de la région.

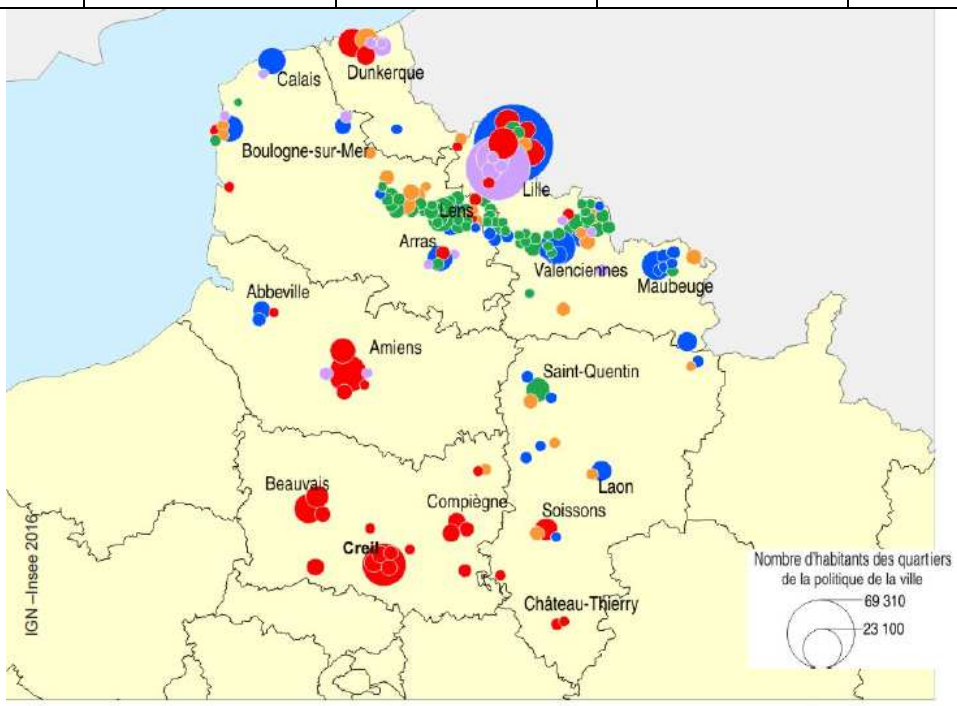
Le premier point à retenir est que la Politique de la Ville est fortement présente en région avec près de 670 000 habitants résidant dans un quartier prioritaire, soit 11,2% de la population régionale contre une représentation de 7,8% en France. À l'échelle du pays, la région représente 13,5 % de la population nationale vivant en quartier de la politique de la Ville alors que son poids démographique total n'est « que » de 9,4 %.

Mais qui habite dans ces quartiers, comment se caractérisent-ils de façon générale ?

- Une population au niveau de vie plus faible (l'un des taux de pauvreté les plus élevés des 13 régions et 45% des habitants des quartiers prioritaires vivant sous le seuil de pauvreté)
- Des difficultés d'insertion sur le marché du travail (27% des ménages perçoivent des allocations chômage, 64 % des femmes n'ont pas d'emploi)
- Une population plus jeune (1/4 a moins de 15 ans)
- Un retard scolaire plus fréquent
- Une part de non-diplômés élevée
- Plus de familles monoparentales
- Un parc social très présent

Si ces quartiers prioritaires ont des points communs, ils ont aussi des caractéristiques propres, mises en avant par cette étude de l'INSEE qui les catégorise en 5 familles, représentées sur la carte ci-dessous par des points de différentes couleurs.

Points verts	Points orange	Points violet	Points rouge	Points bleus
66 quartiers 141 000 habitants (bassin minier). • Une faible mobilité résidentielle • Une population plutôt âgée (17% de 60 ans ou plus) • Moins de ménages monoparentaux • Moins de très bas revenus • 38 % de logements sociaux contre 57 % en moyenne	26 quartiers 57 000 habitants • Des quartiers avec une population diversifiée • Une population plutôt âgée (17 % de 60 ans ou plus) • Une participation au marché du travail plus fréquente	24 quartiers 99 000 habitants (Métropole Lilloise) • Une mobilité résidentielle forte •Surreprésentation des jeunes actifs (42 % de 20-39 ans contre 34 %) • 47 % des habitants sont actifs contre 41 % en moyenne	43 quartiers 164 000 habitants (très représentés dans le versant sud) • 80% de logements sociaux • Une population jeune : 1/3 de mineurs • 14 % d'étrangers	40 quartiers 191 000 habitants • un éloignement durable du marché du travail • des difficultés socioéconomiques marquées • Une population jeune (1/3 de mineurs) • 9 % de ménages monoparentaux • 35 % des actifs sont au chômage



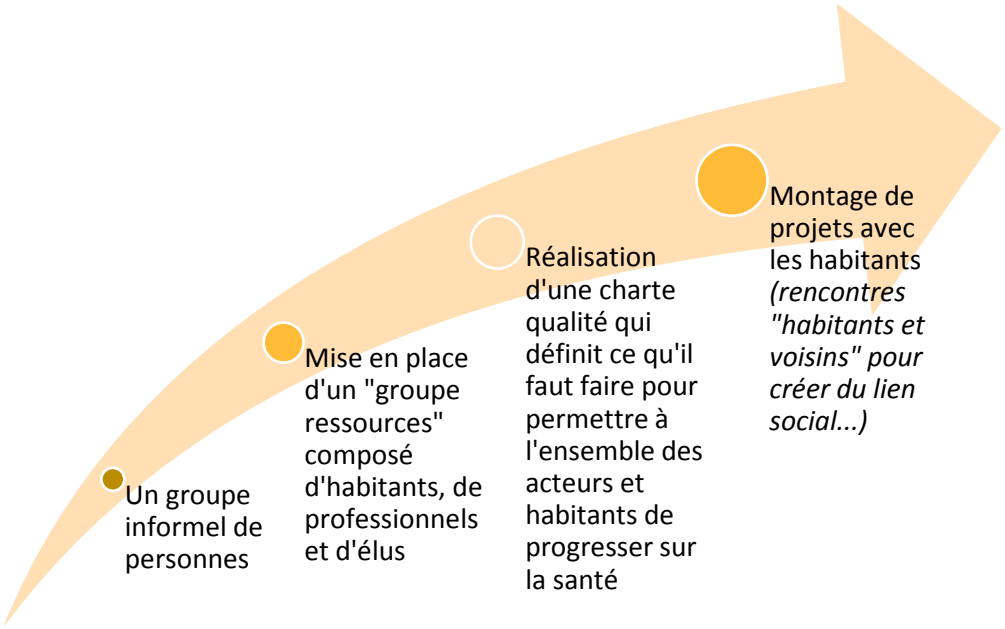
Sources : Insee, DGFIP, ICPV-RFL 2011 et Insee, Recensement de population 2010

Pour aller plus loin : voir l'atlas de la politique de la ville en Hauts de France, INSEE, 2016.

M. TIBERGHIEN, habitant d'Hellemmes.

Une toute autre dimension des enjeux de santé dans les quartiers a été soulignée par M. TIBERGHIEN, habitant d'Hellemmes et Président d'un centre de santé. En effet, dans le cadre d'un diagnostic santé sur les quartiers de l'Epine et Dombrowski, il s'est investi dans une réflexion autour de ce qu'est la santé.
Les échanges ont permis de dépasser la notion de soins/maladies et d'aborder la santé plus globalement, dans ses déterminants directs et indirects : l'environnement, la vie familiale, le travail ou le manque de travail, les incivilités, etc. Exemple : un véhicule mal stationné peut influer sur le bien-être, ou une hausse des maladies respiratoires peut être corrélée à une hausse du trafic automobile autour du quartier.

Le groupe de réflexion s'est structuré progressivement pour aboutir au montage de projet :



La mixité des acteurs entre professionnels, élus et habitants a apporté une réelle plus-value, par exemple :

- Les professionnels apportaient des savoirs que les habitants n'avaient pas,
- Un habitant a fait modifier le titre d'une rencontre de « osez les plaisirs » (il faut savoir être en bonne santé pour pouvoir jouir de l'ensemble des plaisirs) à « osons les plaisirs » pour renvoyer à une dimension plus collective, moins individuelle et permettant donc l'appropriation de la question par tous,
- Un autre habitant a proposé de modifier le statut d' « habitant passeur » à « habitant relais ».

Au-delà de cette plus-value, le triangle citoyens-élus-professionnels permet une coresponsabilité de tous sur l'état de santé général.

> ***Cette journée s'intitule : Quelles réponses sur le terrain pour les habitants des quartiers ?***
> ***Je ne dirai qu'une chose : « avec les habitants ! »***

Arnaud DEHEDIN, Chargé de mission auprès du SGAR, Préfecture de la région Hauts-de-France.

S'il n'y a pas de pathologie particulière dans les quartiers prioritaires, on constate cependant des inégalités sociales de santé qui peuvent aggraver un certain nombre de phénomènes, et les indicateurs n'évoluent pas dans le bon sens. Un certain nombre de constats ont été partagés mais au-delà du constat, l'enjeu est de trouver comment toucher le maximum de personnes de façon équitable sur les territoires.

Plusieurs axes de travail se développent, selon les moyens et le temps disponible, pour améliorer l'accès aux soins, l'idéal étant de combiner ces approches :

- Amplifier l'offre de soin (démographie sanitaire), les structures de prévention et d'écoute au plus près des habitants, en proximité,
- Permettre à chacun d'accéder aux soins en travaillant le dépassement des freins (par la mobilité, la prévention, la connaissance des droits des usagers…),
- Développer l'accès à distance (télémédecine) permettant un partage plus facile du dossier entre plusieurs professionnels qui suivent un patient, dans une logique de parcours.

L'ambition collective, partagée par l'État, est par ailleurs de viser un bien-être global, en faisant converger les politiques sectorielles pour que la santé s'améliore, ce qui inclut non seulement le soin, mais aussi la culture, le sport, l'alimentation, l'hygiène de vie (comme prétextes pour aborder la santé par un biais indirect), la santé mentale, l'urbanisme (ex : études d'impact de santé dans des projets d'aménagement du territoire), l'insertion professionnelle, etc.

La fiche d'expérience « 7 petits déjeuners » produite par l'IREV en 2013 illustre comment une action (ici menée à Tourcoing) peut viser l'accès aux soins tout en abordant la santé dans sa globalité : http://www.irev.fr/article/action-7-petits-d%C3%A9jeuners

Animé par Clémentine MOTARD, chargée de projets et Catherine BERNARD, chargée de développement, Plateforme nationale ressources des ASV.

La participation des habitants a fait l'objet d'un temps particulier d'échanges de pratiques réservé aux coordonnateurs Atelier Santé Ville et chefs de projet Politique de la Ville l'après-midi. Ce moment de débat a permis de dégager quelques conditions de réussite à mettre en place pour que la participation soit réelle et fonctionne.

Le premier élément émanant des échanges est propre au sujet de la santé : de par sa dimension très personnelle, la santé peut être un sujet tabou sur lequel il est difficile de faire s'exprimer le plus grand nombre.

« La participation en matière de santé touche à l'intime, à l'individu : cela n'est pas pareil que de participer sur de l'aménagement »

Pour répondre à cette problématique, il est nécessaire de créer une relation de confiance avec les habitants, de ne pas stigmatiser les individus mais bien d'appréhender le sujet de façon collective et globale. Un autre levier peut être d'aborder la santé par le prisme de « sujets prétextes » moins délicats : l'activité physique, la cuisine ou l'art (exemple : théâtres forums, bandes-dessinées…).

Contrôle par les citoyens
Délégation de pouvoir
Partenariat
Implication
Consultation
Information
Thérapie
Manipulation

Les échanges ont également montré qu'il y avait différents niveaux de participation, et qu'il fallait avoir défini le niveau visé de façon précise pour éviter les frustrations. Cela montre aussi que la communication ou l'information n'est pas de la participation réelle.

L'échelle de la participation d'ARNSTEIN ci-contre, qui a été évoquée, illustre bien ce propos.

Par ailleurs, deux enjeux apparaissent primordiaux dans les démarches de santé participatives : d'une part, le passage de l'individuel au collectif :

« Les gens peuvent venir participer d'un point de vue personnel : le franchissement entre l'individuel et le collectif c'est l'enjeu. »

D'autre part, la nécessaire triangulation élus – citoyens – professionnels semble être une condition de réussite. Dans ce cadre, l'habitant doit être considéré pour ce qu'il a à offrir, c'est-à-dire son expertise d'usage – le but n'est pas d'en faire un professionnel.

« Si c'est former des habitants pour en faire des professionnels, il y a le risque de dévoyer la participation en perdant le regard neuf de l'habitant. Il faut penser co-formation : former les professionnels à accompagner les habitants »

Le professionnel, comme l'élu, doit être formé et adopter la bonne posture, être à l'écoute de l'habitant, prêt à être emmené là où il n'avait pas forcément prévu d'aller, convaincu de l'utilité de la participation comme un levier d'action publique.

LES ENJEUX DE SANTÉ DANS LES QUARTIERS : QUELLES LECTURES POUR ALLER PLUS LOIN ?

► L'IREV a publié des dossiers ressources qui analysent les différentes problématiques de santé dans les quartiers prioritaires (frein financier d'accès aux soins, le report socio-culturel des recours au soin, conditions de vie et déterminants de santé moins favorables…). Retrouvez ces dossiers ressources en téléchargement au lien suivant : http://www.irev.fr/article/dossiers-ressources-in%C3%A9galit%C3%A9s-sociales-sant%C3%A9

► L'étude de l'INSEE Hauts-de-France sur les cinq familles de quartiers prioritaires dans son intégralité : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2019639

► Participation des habitants : l'IREV a publié un ouvrage dans la collection « repères pour agir » sur ce sujet : « Participation des habitants : de l'expression à la coconstruction ». Informations au lien suivant : http://www.irev.fr/article/participation-habitants-lexpression-co-construction

II – CONTEXTE INSTITUTIONNEL.

Cette seconde partie s'attache à poser le cadre institutionnel, plus particulièrement en termes de législation et de dispositifs, dans lequel s'inscrit le volet santé des contrats de ville. Ces nouvelles lois et l'évolution des dispositifs incitent en effet à prendre en compte les enjeux de santé dans les quartiers. Zoom sur les références à connaître.

RÉFÉRENCES JURIDIQUES :

► La loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine de février 2014 réforme la Politique de la Ville :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028636804&categorieLien=id

► La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id

► Convention d'objectif interministérielle 2013-2015, signée entre le Ministère de la Santé et le Ministère de la ville (actualisation 2016-2020 à venir prochainement) :
http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/convention-affaires-sociales-ville.pdf

► Circulaire sur l'enjeu santé du contrat de ville (déc. 2014) :
http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/01/cir_39111.pdf

Laurence CADO, Directrice de la stratégie et des territoires, ARS Hauts-de-France.

Avant même les réformes Ville et Santé, il s'agissait déjà, pour les ARS Nord – Pas-de-Calais et Picardie de prioriser et d'accompagner le développement d'actions pour l'accès aux soins des personnes démunies, notamment dans le cadre des Contrats Locaux de Santé et à travers les Projets Régionaux de Santé (PRS).

Ces deux Projets Régionaux de Santé arrivent à terme fin 2017 et au 1er janvier 2018, c'est un nouveau PRS unique qui sera adopté. La lutte contre les inégalités reste une priorité et devrait être le fil rouge du futur PRS, d'autant plus que la loi santé prévoit un seul programme, le PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) qui vise à garantir l'accès aux soins des publics en situation de fragilité et les plus démunis. Le référent PRAPS travaillera avec les acteurs de cette journée pour l'élaborer.

À noter que dans le cadre de l'élaboration du PRAPS :

- Il faudra faire émerger les axes d'amélioration et valoriser les actions qui ont bien fonctionné pour poursuivre leur déploiement,
- Une meilleure coordination avec autres politiques publiques sera recherchée,
- Le prochain PRS doit s'appuyer sur les Conseils Territoriaux de Santé (cf. tableau ci-après), qui participeront à son diagnostic partagé début 2017.

Nicolas BRULE, Directeur Territorial du Pas-de-Calais, ARS Hauts-de-France.

La déclinaison de l'action de l'ARS et donc des orientations du Projet Régional de Santé sur les territoires prend forme à travers plusieurs dispositifs pilotés ou copilotés par l'ARS. Un découpage territorial à l'échelle des départements (sauf le Nord qui a plusieurs sous-territoires) permet à l'ARS de s'organiser en proximité des territoires.

Dispositifs territorialisés de l'ARS	
Contrat Local de Santé (CLS)	► Décline le PRS localement dans le cadre d'une contractualisation entre la ou les collectivité(s) volontariste(s) et l'ARS. ► Créé par Loi Hôpital Patient Santé Territoire, il est maintenu avec la nouvelle loi santé mais sera actualisé en fonction des orientations du nouveau PRS. ► Levier pour faire reculer les inégalités territoriales et sociales de santé, il constitue souvent le volet santé des Contrats de Ville. ► Les périmètres sont très hétérogènes (d'une commune à plusieurs EPCI) ► Il n'a pas vocation à couvrir toute la région, puisque son existence dépend de la dynamique locale existante ou non. ► D'autres partenaires peuvent y être associés : État, communes, Conseil Départemental, Conseil Régional, CPAM, etc. ► Souvent très axé sur la promotion et la prévention de la santé, ainsi que sur l'accès à l'offre de premier recours.
Contrat Territorial de Santé (CTS)	► Nouvelle instance territoriale, qui sera créée en janvier 2017 ► Remplace les conférences territoriales de santé ► A une échelle géographique plus large que le CLS. *Les précisions sur ce dispositif seront apportées avec le nouveau Projet Régional de Santé.*
Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)	► La gouvernance du CLSM est primordiale : en effet le dispositif réunit les acteurs concernés par la santé mentale, bien au-delà de la psychiatrie (ex : bailleurs sociaux…). Le rôle des élus est essentiel car le portage est notamment politique. Les représentants d'usagers, de patients et d'aidants doivent être associés à la démarche. ► L'instruction du 30 septembre 2016 prévoit la généralisation et la consolidation des CLSM dans les contrats de ville et la loi santé intègre le CLSM comme outil opérationnel et participatif. ► Désormais l'organisation des soins en santé mentale se basera sur un diagnostic piloté par le CLSM et se déclinera dans un projet territorial de santé mentale (puis en actions locales). ► Les CLSM travaillent notamment autour d'actions pour le maintien dans le logement ou de lutte contre la stigmatisation. Voir fiche outil sur le dispositif au lien suivant : http://www.irev.fr/sites/www.irev.fr/files/2_conseil_local_de_sante_mentale_clsm_pdf.pdf ► Le CCOMS (centre collaborateur de l'OMS) peut venir en appui méthodologique auprès des collectivités locales qui souhaitent s'engager dans la construction d'un CLSM (informations sur www.ccomssantementalelillefrance.org)

Atelier Santé Ville (ASV)	► Dispositif axé sur la prévention, la promotion de la santé et l'accès aux soins dans les Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville. ► Une ingénierie dédiée (un coordonnateur ASV) qui travaille en mode projet (diagnostic, orientations, programmation, évaluation) et dont la mission première est d'animer la démarche et de coordonner les acteurs sur le territoire, les fédérant autour du projet. ► Une démarche qui s'appuie sur la participation des habitants des quartiers prioritaires ► L'ASV doit contribuer au volet santé du contrat de ville (voir le représente dans sa totalité), en aidant à définir le diagnostic santé du territoire. ► Les thématiques les plus répandues travaillées par les ASV sont l'accès aux soins et aux droits (sensibilisation, information), les addictions et comportements à risque, le bien-être et la santé mentale, et les habitudes quotidiennes (hygiène de vie). ► Les ressources : un référentiel national (http://i.ville.gouv.fr/reference/7719), une plateforme nationale des ASV (http://www.plateforme-asv.org) et une animation régionale du réseau par l'IREV en Hauts-de-France (http://www.irev.fr/action/r%C3%A9seau-coordinateurs-atelier-sant%C3%A9-ville-pour-%C3%A9changer-sur-pratiques-exp%C3%A9riences).
Adultes Relais Médiateurs Santé (ARMS)	► Le dispositif est monté grâce à un cofinancement de l'État (à 75%) et de l'ARS (à 25%), et implique fortement des collectivités locales et des opérateurs locaux (CCAS, associations…) qui en sont les employeurs. Ce partenariat est également valable pour la formation et l'accompagnement de ces adultes relais, afin de les professionnaliser. ► En effet les médiateurs santé (métier, fonction) sont des adultes relais (statut), il s'agit donc d'un projet d'insertion professionnelle. Issus des quartiers prioritaires, ils doivent avoir plus de 30 ans, être à la recherche d'un emploi ou être dans un dispositif d'insertion. Le contrat est de 3 ans, renouvelable 1 fois. ► Les médiateurs santé ont pour mission de faciliter l'accès aux droits (ex : accès à la CMU), l'accès à la santé, à la prévention (information…) et aux soins des habitants des quartiers prioritaires. Ils développent également des bilans de santé et des partenariats avec les acteurs qui œuvrent dans les quartiers. ► En Hauts-de-France, le dispositif s'est à ce jour développé essentiellement dans le Nord et dans le Pas-de-Calais.

III – LES TÉMOIGNAGES LOCAUX

Cette troisième partie illustre comment les territoires ont pu se saisir des enjeux de santé et du contexte législatif et institutionnel pour organiser un volet santé pour les quartiers prioritaires. Il n'y a pas de modèle unique, chacun s'organisant sur son territoire au gré des opportunités et partenariats locaux afin de partager une « coresponsabilité » de la santé. On retrouve tout de même dans ces exemples des points communs : la volonté d'associer le plus grand nombre d'acteurs possible, et la mise en place d'une coordination entre les acteurs de la santé et de la Politique de la Ville.

LAON

La mise en place d'une plateforme pour faire le lien entre tous les acteurs.

Dans les quartiers prioritaires de Laon, on constate un taux de pauvreté de 57%, un taux de 30% d'habitants n'ayant ni CMU-C ni complémentaire santé, la présence d'un ou deux généralistes seulement, une pharmacie qui a fermé et de longs délais de prise en charge (18 mois au CMPP, 13 mois pour l'orthophoniste) : de nombreuses personnes sont donc en situation de rupture dans leur parcours de santé.

Afin de réinscrire ces personnes dans un parcours de santé, la ville de Laon, l'ARS et la DDCS ont donc profité de la négociation du Contrat Local de Santé (2016) pour décliner à l'échelle du territoire :

- Les objectifs du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté qui a un axe sur l'accès aux soins des personnes en grande difficulté,
- Les orientations de la convention d'objectifs interministérielle.

C'est ainsi qu'a été mise en place une interface (plateforme financée par les crédits politique de la ville, les bailleurs sociaux et la ville de Laon) composée d'une infirmière d'État et d'un psychologue intervenant dans toutes les structures de proximité des quartiers prioritaires (centres sociaux, hébergements d'urgence, etc.).

Cette plateforme fait le lien avec les réseaux de santé existants (cancérologie, diabète…), et le centre hospitalier, notamment à travers la Permanence d'Accès aux Soins de Santé, qui avait un passage toutes les 2 semaines et fonctionne peut être un peu mieux depuis que le CLS a permis fait le lien entre tous les acteurs.

Contact : Charlotte SCHMOUCHKOVITCH, responsable de l'unité Politique de la Ville à la DDCS de l'Aisne.

VALENCIENNES METROPOLE

Un axe santé dans le projet de territoire et le contrat de ville.

La stratégie de cohésion sociale de l'agglomération a été élaborée de façon partenariale, en associant de nombreux acteurs de la Politique de la ville et du droit commun dans le cadre de groupes de travail thématiques.

Cette stratégie de cohésion sociale a été formalisée dans deux documents cadres : le projet territorial de cohésion sociale (PTCS) qui concerne 35 communes et auquel 41 partenaires participent, et le contrat de ville, qui cible 18 communes et représente l'engagement de 40 signataires. La CAVM mène une politique volontariste en matière de santé et a donc intégré un axe dédié à la santé dans ces documents : l'axe 2 « promouvoir la santé et faciliter l'accès aux soins ».

Cet axe comporte trois objectifs : promotion d'une alimentation et d'une hygiène de vie saines, prévention, repérage et réduction des comportements et/ou des consommations à risque et développement de l'accès à la prévention et aux soins de la population. Ceux-ci ont ensuite été déclinés en objectifs opérationnels puis en priorités d'intervention du contrat de ville.

Diaporama de la présentation :
http://www.irev.fr/action/rencontre-r%C3%A9gionale-volet-sant%C3%A9-contrats-ville

Contact : Corinne LEFEBVRE, Chargée de projet « Pôle de Santé Pluridisciplinaire de Condé sur l'Escaut », Valenciennes Métropole.

CHÂTEAU THIERRY

Une synergie politique et technique entre la politique de la Ville et la santé.

Château Thierry, ville de moins de 15 000 habitants, a deux quartiers prioritaires (Blanchard et Vaucrises), dont l'un en PRU.

La municipalité a identifié un manque de cohérence entre certaines actions qui rendait l'action de santé publique diffuse, et a donc saisi l'opportunité de la concordance de calendrier entre la signature du contrat de ville (septembre 2015), et du contrat local de santé (décembre 2015) pour réorganiser les choses.

Le cadre législatif (lois HPST et ville) a servi à écrire la partition interne opérationnelle lorsque deux circulaires sont parues et ont fait converger les deux thématiques. Les diagnostics ont été réalisés en articulation et le contrat de ville a alors défini les actions prioritaires sur l'accès aux soins à partir du CLS tandis que celui-ci stipule qu'il constitue le volet santé du contrat de ville.

Au niveau politique, il est apparu que l'élue en charge de la politique de la ville devait également être en charge de la santé. Cela a favorisé une synergie au niveau technique : création d'un pôle unique « cohésion sociale et solidarité » qui intègre de la transversalité et est au plus près des habitants à travers la mission d'animation de la vie sociale. Le coordonnateur PRE est par ailleurs le coordonnateur CLS. Cette organisation a permis de faire travailler les acteurs de champs divers simultanément, et d'impulser la dimension globalisante que représentent ces politiques.

Cela a notamment permis le montage d'un projet de maison pluridisciplinaire de santé sur un quartier prioritaire pour lutter contre la désertification médicale. La démarche a associé les conseils citoyens et les professionnels de santé.

Diaporama :
http://www.irev.fr/action/rencontre-r%C3%A9gionale-volet-sant%C3%A9-contrats-ville

Contact : Dominique DOUAY, adjointe à la santé et à la politique de la ville et Candie TOUSSIROT, responsable du pôle cohésion sociale et solidarité.

AGGLOMERATION DU BOULONNAIS

Un référent multi-casquettes au cœur des dispositifs.

L'agglomération du Boulonnais comporte 6 quartiers prioritaires répartis sur 4 communes et concernant 16 410 habitants. L'articulation de tous les dispositifs du volet santé s'illustre par les différentes fonctions assurées par un même coordonnateur.

En effet le référent santé du Boulonnais est également co-animateur du Contrat Local de Santé avec l'ARS (signé à l'échelle de plusieurs EPCI) et coordonnateur Atelier Santé Ville, ce qui permet une forte articulation entre les dispositifs.

L'intégration de ce poste dans le service plus large « solidarité emploi » qui gère le contrat de ville et le contrat de territoire vient encore privilégier un travail transversal, liant la santé à la citoyenneté, la jeunesse, la prévention de la délinquance, l'éducatif, etc. Le lien se fait aussi via l'appel à projet du contrat de ville puisque le coordonnateur santé donne un avis technique (avec l'ARS) sur les actions « santé » déposées.

L'ASV et la Communauté d'Agglomération du Boulonnais portent des actions de santé en propre, par exemple des actions de sensibilisation, de prévention, mais aussi de par cette organisation une fonction « ressources » incarnée par le référent santé (parrainage des médiateurs santé, accompagnement des porteurs de projet, mise en réseau, apport d'outils et de documentation aux acteurs locaux).

Le coordonnateur n'étant pas en contact direct avec le public, cela oblige aussi à une forte collaboration avec les acteurs locaux, médiateurs santé en premier lieu, mais également CPAM, associations, communes, Conseil Départemental, PASS de l'hôpital, etc.

Enfin, le statut de fonctionnaire - peu commun pour un ASV - permet ici de proposer en plus de la programmation contrat de ville, une programmation d'actions propre à l'ASV.

Contact : Emmanuel LEBON, coordonnateur ASV et référent santé, Communauté d'Agglomération du Boulonnais.

LILLE

Le métier de médiateur santé : en première ligne sur la santé dans les quartiers.

Ces deux médiateurs santé, basés au CCAS de Lille, travaillent en binômes sur les quartiers de Moulins et Wazemmes, et ont pour mission de faire de la prévention en proximité, et de faciliter l'accès aux droits et aux soins des habitants (taux de renoncement aux soins élevé).

À ce titre, ils sont confrontés quotidiennement au public, au sujet de la santé, qui est lié à l'individu et donc pas des plus faciles à aborder pour les habitants, surtout avec un inconnu. Le métier consiste donc dans un premier temps à se présenter, à créer un lien de confiance et dans un second temps il est envisageable de travailler à la prise en charge de la personne.

Mais avant tout cela, il a fallu établir un partenariat local, pour être informé de ce qu'il se passe, avoir une connaissance des partenaires présents sur le quartier et être identifié et repéré dans le quartier comme médiateur santé.

La création de ces partenariats permet aujourd'hui de repérer les individus nécessitant une prise en charge (les référents RSA orientent leur public vers les médiateurs), de jouer un rôle de « négociateur » sur les délais de prise en charge avec les professionnels de santé (ophtalmologiste par exemple), de rediriger les personnes vers la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (hôpital St Vincent) ou encore d'accélérer l'étude de certains dossiers par la CPAM par exemple avec qui une convention a été signée.

À noter que le métier de médiateur santé passe ici par le statut d'adulte relais et représente donc un projet de réinsertion professionnelle. Les médiateurs, issus d'horizons très divers, ne pouvaient pas être opérationnels dès le premier jour et ont donc bénéficié d'un accompagnement dans la prise de poste ainsi que d'une formation dispensée par l'ARS et l'association la Sauvegarde sur le contenu et les limites de la mission.

Contact : Abdelkader BENTOUIL et Khelifa ZAIRI, médiateurs santé au CCAS de Lille. Eric CORBEAUX, chargé de mission politique de la ville, CLS, référent radicalisation à l'ARS Hauts-de-France.

HAZEBROUCK

Contrat de ville et Atelier Santé Ville : les habitants au centre du processus.

Hazebrouck est une ville entrée en politique de la ville en 2014 avec un quartier prioritaire unique (Pasteur Foch). La municipalité a choisi de faire participer les habitants dès l'élaboration du contrat de ville.

Des moyens humains ont ainsi été mobilisés (l'équipe politique de la ville, des services civiques, un consultant), des outils, mêlant moments formels et informels (tables citoyennes, théâtre forum, exposition de photos). Les habitants ont pu mettre des sujets à l'agenda, qu'ils ont priorisés (système de gommettes) : cadre de vie et logement, circulation et stationnement, occupation des jeunes, santé.

Le contrat de ville s'est construit à l'issue de ces réflexions des tables citoyennes. Dans la programmation du contrat, les porteurs de projet ont dû répondre en s'inscrivant dans les orientations fixées par les habitants. Sur les 90 propositions, une soixantaine a été retenue par l'élu. Il y a eu un travail d'explication et de transparence sur le pourquoi des actions non retenues.

C'est dans cette logique que l'ASV a proposé un questionnaire à 80 habitants du quartier ainsi qu'à une quinzaine de professionnels, via du porte à porte et la mise en place de cafés citoyens.

Ce travail a par exemple permis de constater que les habitants avaient une meilleure perception de leur santé que les professionnels, ou que l'état de santé variait selon le type de logement. Des recommandations ont également été émises sur les sous-thématiques à aborder dans les futures actions : consommations à risques, bien-être et souffrance psychosociale, accès à l'information et aux soins, petite enfance, hygiène de vie.

Contact : Romain DENEVE, chargé de mission politique de la ville et CLSPD, et Marie PATOU, coordinatrice Atelier Santé Ville, ville d'Hazebrouck.

METROPOLE EUROPEENE DE LILLE

Le lancement d'un réseau santé par l'intercommunalité.

Le contrat de ville de la MEL a été signé le 15 juillet 2015 sous la forme d'un contrat cadre et de conventions territoriales car il y a 21 communes concernées comptant 200 000 habitants répartis sur 26 quartiers prioritaires. Il comporte un axe dédié « accès aux soins et aux équipements et prévention ».

Dans ce cadre et étant donné la présence de très nombreux dispositifs santé sur le territoire (Contrats Locaux de Santé, Adultes Relais Médiateurs Santé, Ateliers Santé Ville, Conseils Locaux de Santé Mentale, Maisons de Promotion de la Santé, CPAM), la MEL, en partenariat avec l'ARS, a décidé de mettre en place un réseau santé métropolitain regroupant les référents santé des communes en politique de la ville.

Ce réseau se réunit une fois par trimestre et a vocation à structurer et renforcer le volet santé du contrat de ville, à croiser les démarches santé des villes avec les enjeux du contrat de ville, à construire des projets santé collectifs dans le cadre de la politique de la ville, à faire de l'échange d'information et à favoriser les bonnes pratiques des communes.

Les premiers travaux du réseau sont en cours de lancement sur le thème de l'alimentation et de l'activité physique d'une part et l'accès aux droits et aux soins d'autre part.

Les perspectives à venir du réseau consistent également à renforcer le partenariat avec les signataires du contrat de ville (ARS, Département, Région, CPAM…) et développer des projets intercommunaux, des groupes de travail thématiques, capitaliser les démarches communales existantes sur les thématiques prioritaires et chercher des articulations entre le volet santé du contrat de ville et les autres axes (habitat, emploi, prévention de la délinquance….).

Contact : Déborah FACON, chargée de mission politique de la ville, Métropole Européenne de Lille.

TOURCOING

Le Conseil Local de Santé Mentale : aborder le bien-être avec les habitants.

La santé mentale est une thématique prioritaire de l'Atelier Santé Ville, et un cofinancement de l'ARS a permis de mettre en place une coordination technique autour d'un Conseil Local de Santé Mentale (même coordinatrice que pour l'ASV).

Dans ce CLSM, les habitants étaient représentés à travers les bénévoles de Centres Sociaux ou des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), mais la volonté politique était de développer une participation citoyenne élargie, afin d'associer un public « lambda », qui ne connait pas forcément le milieu de la santé mentale.

Un partenariat a donc été monté avec le CCAS de Tourcoing, autour de l'organisation du forum des solidarités qui était consacré à la santé en 2014. À cette occasion, la santé mentale est à nouveau ressortie comme une priorité d'autant plus que par ailleurs, l'adulte relais médiateur santé et les référents santé des centres sociaux ont permis d'identifier de nouveaux habitants pouvant être associé au CLSM.

De façon informelle, des groupes de parole ont été organisés, nommés « Et si on parlait de… ». Cela a permis d'échanger sur le sujet. Le constat a été que contrairement aux inquiétudes, l'approche n'était pas stigmatisante et des thèmes variés ont pu être abordés spontanément, liés au bien-être au sens large (isolement, deuil, dépression, souffrance à l'école).

D'autres actions « prétextes » ont également été montées, comme une exposition itinérante pour interpeller et dialoguer sur la santé mentale. À l'avenir, les perspectives sont de développer des outils tels qu'un micro trottoir sur la santé mentale et la notion de bien-être par exemple.

Contact : Eglantine CAMUS, coordinatrice ASV et CLSM de Tourcoing.

EN CONCLUSION

Les éléments saillants de la journée :

La diversité des acteurs et dispositifs impose de pouvoir repérer l'ensemble des partenaires. Il est pour cela possible de s'appuyer sur une « carte partenariale ».

La participation des habitants dans le volet santé des contrats de ville est primordiale pour que l'action soit vraiment efficace.

Point de vigilance : il faut travailler sur la santé dans sa globalité, en prenant en compte les déterminants de santé et l'environnement bien au-delà du soin.

La politique de la ville, l'Atelier Santé Ville et la politique de santé doivent être articulés et formalisés sur le territoire.

Pour aller plus loin

- Toute la documentation qui concerne cette rencontre est en téléchargement sur notre site (supports diaporamas, dossier documentaire…) : http://www.irev.fr/action/rencontre-r%C3%A9gionale-volet-sant%C3%A9-contrats-ville
- Nous restons à votre disposition pour tout échange ou précision sur le volet santé du contrat de ville. N'hésitez pas à passer un coup de fil à l'IREV !