

ANALYSE CRITIQUE DU VOLET SANTE DES
CONTRATS URBAINS DE COHESION SOCIALE

SYNTHESE du RAPPORT FINAL

Mai 2009

**Mission pour le compte du
Ministère du Logement et de la Ville
Secrétariat général des comités interministériels des villes**

Conseil – Etudes - Evaluations – Formations

Fernando BERTOLOTTO

en collaboration avec

Michel JOUBERT - Marie-Ange VINCENT - Chantal MANNONI

ANALYSE CRITIQUE DU VOLET SANTE DES CONTRATS URBAINS DE COHESION SOCIALE SYNTHESE du RAPPORT FINAL Mai 2009

Sommaire

I) La thématique santé dans les CUCS – Place, signataires, acteurs, projets	3
1) Enjeux et problématisation de l'analyse critique du volet santé des CUCS	3
2) Le volet santé des CUCS : le « cinquième élément » de la politique de la ville	3
Principales variations territoriales du volet santé des CUCS	3
Le cadre d'intervention : un lieu de reconfiguration du champ local de la santé	4
Une démarche tridimensionnelle à géométrie variable	4
II) Les outils du volet santé des CUCS	6
Les diagnostics	6
Le pilotage du volet santé – stratégie de légitimation et évaluation	6
Fonctions et place de l'évaluation	7
III) Le degré d'intégration du volet santé à la stratégie générale de la cohésion sociale et du développement social et urbain	7
La coordination : condition de développement d'une politique de santé publique	7
Articulations du Volet Santé avec les autres volets du CUCS	8
Logiques de financement	8
IV) Projets locaux de santé publique et programmes régionaux : une dynamique propre aux CUCS disposant d'ateliers santé ville	9
Publics et thématiques de santé entrant dans les programmations	9
Les plans locaux de santé publique	9
V) La démarche ASV : un cadre de référence structurant reconnu	9
L'ASV : un vecteur et support de structuration du volet santé des CUCS, sensible à la cohérence politique du projet	10
Une approche concertée des processus de vulnérabilisation	10
Un cadre privilégié pour la participation de la population	10
L'intercommunalité	11
VI) Contribution à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé	11
12 préconisations en vue de consolider et développer le volet santé de la politique de la ville	12
Les 60 CUCS sélectionnés pour l'étude approfondie	14

Rappel de la commande

Analyser le contenu des volets santé intégrés dans les CUCS et leur « insertion dans les projets de développement social et urbain local. » L'analyse critique devait (article 2 – objet du marché) :

- caractériser l'interprétation de cette thématique par les signataires et les acteurs associés au CUCS, à travers le type de projets mis en œuvre et le point de vue des différents acteurs associés ou pas associés
- évaluer l'impact du volet santé relevant de la cohésion sociale sur la stratégie présentée par la démarche Atelier Santé Ville d'une part et sur les déterminants de la santé d'autres part.
- mettre en exergue les projets santé des CUCS issus des politiques régionales de santé déclinés territorialement avec et sans ASV et les lier aux caractéristiques des populations des territoires.
- expliciter les résultats attendus par les signataires et les acteurs associés et les moyens mis en œuvre pour y parvenir.

L'analyse devait comprendre plusieurs niveaux d'interrogation (Cahier des Clauses particulières) :

- le degré d'intégration du volet santé à la stratégie générale de la cohésion sociale et du développement social et urbain
- le contenu du volet santé et son adaptation aux problématiques locales;
- les partenaires du pilotage du volet santé et la présentation d'une évaluation ;
- les éléments propres aux contrats ou à leur déclinaison en plan local de santé publique;
- les partenaires financeurs et leur part en % des crédits.

D) La thématique santé dans les CUCS – Place, signataires, acteurs, projets

1) Enjeux et problématisation de l'analyse critique du volet santé des CUCS

L'analyse critique du volet santé des CUCS supposait d'éviter une lecture centrée sur la seule « mécanique » ou la « la conformité » des expériences à un modèle supposé de référence quant à la place de la santé dans la politique de la ville. Aujourd'hui, la réflexion critique sur le volet santé des CUCS passe d'abord par une prise en compte des conditions historiques ayant présidé à l'introduction de cette thématique dans la politique de la ville. Si l'intégration pleine et formelle de la dimension « santé » en tant qu'axe thématique prioritaire de la politique de la ville est récente (CIV du 9 mars 2006), il a fallu un long processus de conquête de légitimité, initié dès le lancement de cette politique sur la scène locale, avec une somme importante d'expériences cumulées. Le développement des ASV et les perspectives de mise en place des Contrats Locaux de Santé, gagnent à être replacés dans ce cadre. La vision de l'absence d'enjeux politiques autour des questions de santé, qui a longtemps prévalu au niveau local, a beaucoup évolué. L'évolution des besoins (attention à la santé, compréhension des effets de la précarisation au niveau local, impact des épidémies), de la demande et de l'offre de services de santé (démographie médicale, demande de services de proximité, gestion des coûts) ont contribué à replacer avec force la santé dans le débat politique local. Les cadres de diagnostic et de concertation mis en place par la politique de la ville ont modifié la géopolitique des stratégies de santé en repositionnant la scène locale dans une position clé sur le plan de l'élaboration des nouvelles politiques publiques. S'il en ressort une légitimité en voie de construction pour la démarche incarnée actuellement par les Ateliers Santé Ville, celle-ci repose essentiellement sur sa capacité à questionner et à renouveler les paradigmes de l'action publique au travers d'une démarche de promotion de la santé au cœur de la communauté des habitants des quartiers subissant d'importantes inégalités. Mais des résistances fortes continuent à s'exprimer dans ce champ, liées à la tentation d'instrumentalisation de cet espace pour exercer un plus grand contrôle social sur les publics « en difficultés » ou « à risques » (encadrement, stigmatisation), liées aussi au retour

cyclique des orientations hygiénistes. L'analyse critique est d'autant plus intéressante et difficile que ce contexte est chargé d'enjeux de définition stratégique.

2) Le volet santé des CUCS : le « cinquième élément » de la politique de la ville

L'analyse engagée a procédé par étapes : en premier lieu une reconstitution des bases de données nécessaires à la construction d'un choix raisonné des terrains sur lesquels nous pourrions engager une investigation approfondie. Nous avons ainsi travaillé sur 497 CUCS, dont 394 disposant des informations de base pour engager un traitement et 342 ayant réellement intégré un « volet santé » ; 262 ASV ont été identifiés, sans que nous ayons été en mesure de vérifier, comme Kynos l'a fait pour l'ACSé, ceux qui avaient disparu ou n'avaient pas véritablement commencé à exister. Sur ces ASV, nous n'avons pu accéder qu'à 151 fiches ou équivalents permettant d'entrer dans l'analyse de leur organisation et de leur activité. A partir de ces bases, nous avons construit un échantillon représentatif de 60 CUCS : 50 ont fait l'objet d'une analyse approfondie à partir des documents envoyés par les équipes et d'entretiens téléphoniques et 10 ont été appréhendés au travers d'enquêtes de terrain et d'entretiens approfondis avec les principaux protagonistes.

77,3% des CUCS considérés intègrent la thématique santé - 43,5% des CUCS ont au moins un ASV

56,2% des CUCS ayant un volet santé ont au moins un ASV

Principales variations territoriales du volet santé des CUCS

- **La lecture de la prise en compte de la santé dans les CUCS fait apparaître quelques différences régionales (conditions variables d'animation de ce volet par les services de l'Etat) :** alors que dans la majorité des régions (58%) plus de la moitié des CUCS ayant un volet santé ont un ASV (notamment en Guyane, Champagne Ardennes ou Pays de la Loire où c'est le cas pour plus de 80% des CUCS), dans certaines régions, la thématique santé reste peu prise en compte (Haute Normandie avec 54% des CUCS sans volet santé), et d'autres où la thématique est essentiellement traitée en dehors du cadre ASV (Martinique, Lorraine et Franche Comté) ;
- **Le volet santé des CUCS s'organise à partir d'un seuil populationnel supérieur à 17000 habitants, et la démarche ASV s'impose comme le cadre organisateur du volet :** 44% des CUCS de moins de 17000 habitants n'ont pas de volet santé, 53,5% des CUCS entre 17000 et moins de 41000 habitants ont un volet santé. La proportion de CUCS avec volet santé et ASV augmente avec la taille de la population concernée (33% pour les CUCS de moins de 17000 habitants, 53% pour ceux ayant entre 17000 et 40000 habitants, 73% pour ceux entre 41000 et 100000 habitants et 78% pour les plus de 100000 habitants).
- **La participation de certains acteurs institutionnels importants reste relativement modeste :**
 - Les **Conseils régionaux**, cosignataires de 20% des CUCS, présents dans 22% des CUCS dotés d'un volet santé. Les plus engagées : Basse Normandie, Limousin, Midi-Pyrénées, Poitou Charente, PACA, Rhône Alpes (absence quasi-totale pour les autres régions) ;

- **Les Départements**, cosignataires de 36% des CUCS informés engagés modérément sur le registre de la santé, bien qu'ils soient concernés par la majorité des questions abordées. Des équipes de terrain participent aux activités inscrites au volet santé des CUCS ; un soutien financier ponctuel est apporté à certains projets ;
- **Les CAF**, cosignataires de 38% des CUCS étudiés et de 41% des CUCS ayant un volet santé. Engagement qui reste relativement modeste : peu présentes dans les dispositifs de pilotage du volet santé (3,7%), leur participation aux politiques de prévention semblent avoir diminué, alors que les besoins directement en relation avec leur public et les difficultés des familles identifiées dans les diagnostics ne font que croître ;
- **Les bailleurs sociaux** : participation très réduite (28% des sites), alors que nombre de problèmes de santé abordés dans les CUCS les concernent (qualité et accès au logement, incidence de la santé mentale et des conduites à risque sur les troubles du voisinage).
- **L'intercommunalité émerge comme une figure particulièrement sensible à la thématique santé, et la politique de la ville comme un cadre facilitateur de leur intégration au champ de la santé publique** : alors que les intercommunalités représentent 41% des CUCS de la base de référence, la part des CUCS en intercommunalité ayant un volet santé est de 43,2%, et celle des CUCS en intercommunalité ayant un ASV de 49%. L'analyse des expériences étudiées (ASV Grand Nancy, ASV de CA du Grand Alès en Cévennes, ASV Lomme, CUCS Lille-Lomme, ASV Chanteloup-les-Vignes / Carrières-sous-Poissy, Volet santé Creutzwald...), met en évidence des processus dans lesquels le volet santé de la politique de la ville, et les ASV en particulier, apparaissent comme le cadre dans lequel s'élabore une nouvelle culture territoriale en santé publique, qui définit un nouveau champ d'intérêt pour ces collectivités.

Le cadre d'intervention : un lieu de reconfiguration du champ local de la santé

Une démarche tridimensionnelle à géométrie variable

Il n'existe pas de configuration type du volet santé des CUCS, mais des figures typiques locales, qui révèlent la principale spécificité de la démarche : son caractère d'« a-dispositif »^[1] qui facilite l'émergence des dynamiques observées, qui peuvent dans un cadre souple, exprimer le potentiel local. L'analyse des différentes configurations a permis de mettre à jour le caractère tridimensionnel du volet santé de la politique de la ville, qui apparaît à chaque fois déterminé par la combinaison de facteurs qui opèrent sur trois plans différents : historique, santé publique et fonctionnel/stratégique.

Le plan historique rend compte des spécificités du contexte et de l'histoire locale de la politique de la ville, ainsi que des conditions dans lesquelles la santé a pu y être intégrée. Trois configurations principales ont été identifiées :

- les **CUCS avec volet santé, mais sans ASV**, souvent dépourvus de comité de pilotage avec des démarches tournées vers la mise en place d'un diagnostic susceptibles de fournir des clés de programme ;
- les **CUCS intégrant des ASV de première génération** (2000-2006), avec des comités de pilotage centrés sur le territoire (commune, CU), et des objectifs tournés sur les diagnostics de besoins au niveau de la population générale ; l'Etat y est

souvent le financeur principal ; on y trouve la proportion la plus significative d'inscription au niveau des communautés urbaines ;

- les **CUCS avec ASV de la seconde génération** (2007-2009), souvent nés de l'impulsion du volet santé inscrit dans les CUCS ; les objectifs sont plus tournés sur la coordination des actions et la mise en place d'une politique de santé publique au niveau local (proportion plus forte de PEB), un comité départemental est plus souvent présent en complément du pilotage local ; la base d'action est plutôt mono-communale.

Le plan de la santé publique, sur lequel se définissent les orientations principales des expériences observées selon le mode de prise en compte de la santé, la manière dont le volet santé a été conçu et intégré dans le CUCS. Le volet santé peut être dominé par l'une ou l'autre de quatre configurations (avec des assemblages de plusieurs composantes[2]) :

- **un pôle santé sociale** : plaçant la précarité au centre des problématiques de santé, on cherchera à agir en priorité sur ces déterminants, en s'inspirant de la promotion de la santé, les actions s'organisent au sein de PLSP différenciés (multiples programmes ciblés sur des objectifs spécifiques). Entre 10% et 15% des CUCS étudiés sont concernés par cette configuration ;
- **un pôle promotion de la santé / santé communautaire** dont les activités sont guidées par cette approche avec un accent particulier porté sur la participation des publics vulnérables. La programmation renvoie à un seul PLSP. Entre 35 et 40% des CUCS étudiés répondent à cette configuration, et entre 15 et 20% d'entre eux apparaissent particulièrement sensibles aux actions communautaires[3]. Cette configuration s'accorde particulièrement avec la démarche ASV.
- **un pôle santé locale** dans lequel les démarches de santé communautaire sont aussi centrales avec une dose particulière de coordination et de santé publique, mais où la politique de santé qui domine reste relativement standardisée, avant tout tournée vers la mise à disposition de la population des ressources de santé de base. Entre 25 et 30% des CUCS étudiés sont concernés ;
- **un pôle santé publique générique / prévention**, où les activités sont tournées sur l'intégration des liens entre différents volets des CUCS (prévention de la délinquance, éducation, formation) : la démarche de santé publique engagée travaille plus sur des problématiques collectives (prévention en direction des jeunes, lutte contre le saturnisme, actions sur des publics vulnérables : précaires, allocataires du RMI, femmes seules avec enfants, problèmes liés à la consommation d'alcool..), en ASV ; souvent des actions séparées ayant émergé sur les financements PRAPS, puis PRSP et enfin ACSé. A défaut d'actions localement plus concertées et/ou communautaires, cette modalité permet de réduire certains risques et de mobiliser les acteurs de la prévention et des soins (entre 10 et 15% des CUCS pour apprécier la « consistance » de la problématique santé du CUCS, les ressources et l'intérêt des acteurs locaux, les opportunités de développer des projets, de cadrer une approche débordant le territoire spécifique du CUCS, de s'assurer des possibilités de pérennisation, etc. ces éléments peuvent constituer une première référence, sans pour autant engager des actions plus conséquentes (coordinateur, groupes de travail thématiques, programmes, etc.) ;

Le plan fonctionnel/stratégique, renvoie aux conditions d'utilisation, par les différentes catégories d'acteurs d'un territoire, du cadre de la politique de la ville, en particulier de la démarche Atelier Santé Ville. Trois formes de fonctionnement et d'usage ont été mises à jour à l'analyse :

- **une fonction de starter** : dans des contextes où les acteurs sont encore faiblement engagés et expérimentés et qui s'interrogent sur la pertinence locale d'ouvrir ce volet, la possibilité (facilitée par la démarche, le financement et la logistique des ASV) d'engager une réflexion et un diagnostic
- **une fonction d'échafaudage**, une fois la construction avancée (idée de processus), la démarche devrait laisser place aux ressources de droit commun. Il s'agit de créer les conditions et le cadre d'un nouvel échelon de la politique de santé au niveau local. Conditions de l'intégration dans le droit commun elle devrait alors avoir vocation à fusionner ou à se convertir dans ces dispositifs.
- **une fonction « switch » (opérateur d'interconnexion)** renvoyant à la qualité du système de santé local et à son développement : les méthodes (participation des habitants, instances de coordination, système de programmation, diagnostics et évaluations) sont considérées comme une composante essentielle au bon fonctionnement global ayant vocation à s'y intégrer. Une fois cet opérateur mis en place, il a vocation à constituer une pièce centrale du système ; lieu de régulation, il permet de gérer les interactions entre les grandes composantes du système médico-social local (services de prévention et de soins, relais sociaux) et les publics vulnérables, il permet de stabiliser des ressources locales dans un cadre politique légitime (réseaux de santé).

La co-existence de ces registres interroge le sens du développement des actions locales en santé publique : s'agit-il de maintenir une logique de démarche (méthodologie) ou d'évoluer vers un dispositif intégré ?

II) Les outils du volet santé des CUCS

Les diagnostics

La grande majorité des CUCS ayant un volet santé (80%) font référence à un ou plusieurs diagnostics.

Deux **approches** se distinguent des expériences étudiées, avec des combinaisons pour les ASV :

- des diagnostics « **participatifs** » (40%) avec une méthodologie de co-construction avec les acteurs concernés : professionnels de première ligne et habitants ;
- des diagnostics partant « **d'indicateurs** » **sanitaires et sociaux** (28%) ; qui s'entendent aux données de base (Insee, Inserm) et à divers indicateurs d'activité (PMI, ASE, service social, vaccinations, santé scolaire, CCAS..) et de prestations (CAF, RMI, CMU) ;

Les diagnostics participatifs, plus fréquents lorsqu'il y a un ASV, réfèrent à l'éducation (liens avec PRE), engagent plus souvent les élus et à une approche de type communautaire. Ils permettent de fédérer un partenariat local sur des objectifs de santé publique. Les protocoles et l'évaluation ne sont pas toujours explicités. Il s'agit de déboucher sur une meilleure utilisation de l'existant au travers d'une réflexion collective et une meilleure articulation des ressources.

La méthodologie et le travail diagnostiques apparaissent comme des opérateurs essentiels dans une politique de santé publique de proximité (cf. rapport pp. 42-63) ; ils ont permis de faire apparaître des composantes négligées de l'action publique rendues invisibles par la sectorisation des interventions pour lesquelles les réponses standardisées ne fonctionnent pas,

en particulier celles de la santé mentale et des conduites à risques (incluant la consommation de psychotropes). Les démarches proposées cherchent à identifier les leviers pour réduire les facteurs de vulnérabilisation des populations en difficulté. Cette méthodologie, engagée au départ par des prestataires extérieurs, a fini par devenir un élément central des démarches ASV. Les diagnostics coûtent entre 15000 et 50000 €, sans que des écarts de qualité soient enregistrés. Tout dépend de l'extension, du temps et de l'importance de l'existant.

Le pilotage du volet santé – stratégie de légitimation et évaluation

La fonction de pilotage est une composante importante pour la mise en place d'une démarche de qualité : il est indispensable à la construction d'un périmètre de réflexion et d'intervention reconnu et partagé localement, au positionnement de la thématique et des articulations des activités, à l'optimisation de l'impact des approches par les déterminants de la santé. **Dans la majorité des cas (55% des CUCS étudiés), un Comité de Pilotage du volet santé a été mis en place. Il peut se trouver à distance des enjeux de la démarche.** Les projets en mal de légitimité politique auront tendance à privilégier le « suivi » gestionnaire des activités, au détriment de la fonction de concertation politique et institutionnelle et de suivi des orientations adoptées. Les comités de pilotage sont le plus généralement dirigés et animés par un élu (en général le maire-adjoint à la santé, quelquefois le maire : 42% des cas) ; viennent ensuite le chef de projet politique de la ville ou CUCS, doublé du coordinateur ASV quand cette fonction a été pourvue (27%) ; puis la DDASS et la Préfecture (10%). Souvent, l'élu n'est pas présent et, dans ce cas là, l'Etat suit. **Des liens explicites avec le pilotage PRU n'ont été identifiés que rarement. Même chose pour les représentants des autres composantes du CUCS** (seule exception le Projet de réussite éducative pour 10% des ASV). L'existence d'un ASV contribue à introduire ce type d'instance^[4]. 87% des CUCS-ASV disposent d'un tel comité et les autres sont en train de le mettre en place. La formule qui prime est le « comité de pilotage local » (38% du total des CUCS, 59% des CUCS-ASV), et dans 15% des CUCS-ASV il est fait référence à un comité de pilotage départemental. **Un comité de pilotage régional est en vigueur sur la région Aquitaine, et des coordinations similaires existent sur les régions Poitou Charente, Centre, Rhône Alpes. La présence de ces instances constitue manifestement un élément facilitateur et fédérateur pour les démarches locales.**

Fonctions et place de l'évaluation

La formulation des objectifs des activités tend à s'accompagner (rôle des compétences en santé publique des coordinateurs), **de critères** (sinon d'indicateurs) **susceptibles d'approcher le processus et les résultats du travail effectué sur le volet santé.** Mais le manque d'expertise ou de disponibilité des acteurs chargés de l'animation contribuent à limiter la mise en application des protocoles ou la documentation des indicateurs. Plus d'un quart des CUCS-ASV n'ont pas encore intégré de dispositif lisible d'évaluation dans leur programmation. Des indicateurs et des tableaux de bord n'ont été mis en place que dans un tiers des CUCS-ASV. Des procédures d'évaluation participative et des techniques d'auto-évaluation sont aussi utilisées (pour 14% et 19% des ASV), ainsi que des évaluations externalisées en général à un bureau d'étude (11% du total des volets). **Si l'évaluation n'est pas encore bien intégrée dans l'ordinaire des ASV, des exceptions indiquent que des évolutions significatives peuvent être obtenues par un travail d'animation et**

d'accompagnement des animateurs d'ASV au niveau départemental (Seine-Saint-Denis) **ou régional** (Aquitaine, Centre, Poitou Charente, Rhône Alpes, La Réunion, Languedoc Roussillon).

III) Le degré d'intégration du volet santé à la stratégie générale de la cohésion sociale et du développement social et urbain

La coordination : condition de développement d'une politique de santé publique

L'étude des expériences confirme l'importance stratégique de la fonction de coordination pour le volet santé. Elle apparaît comme un véritable dynamisateur local du champ de la santé, lorsqu'elle s'avère à la hauteur des enjeux et de la complexité de la tâche. Or, une situation paradoxale apparaît en termes de recrutement : alors qu'on observe une évolution importante en termes de profil et de qualification, **on déplore des difficultés pour recruter et stabiliser les personnes dans le poste**. Deux facteurs contribuent à cette situation : les décalages constatés entre le niveau de qualification et la spécificité du poste (seuls 40% des coordinateurs ASV ont une formation en santé publique) (Kynos, ACSé) et un positionnement inapproprié dans l'agencement de la démarche (isolement dans une fonction transversale, localisation dans des services inappropriés). **Ils gagnent à participer aux diagnostics mais sont souvent recrutés à leur issue. Les initiatives d'animation et d'accompagnement départementales ou régionales, jouent un rôle majeur de stabilisation des personnes et donc du volet santé des CUCS.**

Articulations du Volet Santé avec les autres volets du CUCS

Elles restent peu explicites dans les documents, en dehors du volet « réussite éducative » ; **30% des CUCS disposant d'un PRE intègrent une articulation avec le volet santé**. Peu de liens lisibles avec les volets « Droits, citoyenneté, prévention de la délinquance » (18% des CUCS avec volet), « Logement, habitat » (12,5 %) ; « Emploi, insertion » (11% quand ASV). Un paradoxe propre à l'organisation des CUCS explique en partie cette situation : l'architecture globale n'intègre pas une dialectique et des régulations dans les relations entre volets sur le plan de l'action sur les déterminants des inégalités sociales. Cette difficulté se retrouve à l'intérieur même de certains volets santé. Six CUCS sur dix ont des projets par quartier (Amnyos) dont beaucoup **sont segmentés, indépendants** (fiches de financement et évaluations autonomes). **Peu d'entrecroisement des diagnostics entre volets, peu de croisement des pilotages**. Les articulations avec le PRE abordent principalement des questions de santé mentale et de conduites à risque au travers de programmes de prévention. Quelques projets transversaux intéressants croisent plusieurs volets (jeunesse-adolescence, accès aux droits, qualité de vie et lien social). Mais dans l'ensemble, les **articulations** ne sont pas assez explicites (absence de stratégie en référence aux **déterminants sociaux de la santé**).

Autres articulations : les territoires concernés relevant du Plan Espoir Banlieue sont sur-représentés dans les CUCS avec volet santé (40%, 54% des CUCS-ASV). Les dispositifs d'animation et d'intervention se retrouvent sur des registres comme le travail de proximité,

l'amélioration de la lisibilité des ressources et des possibilités d'accès aux services publics. La nécessité de trouver une articulation avec **le Plan MILDT** apparaît clairement au regard de l'importance prise par la prévention des conduites à risques. Les liens sont explicites pour moins de 20% des ASV. **Lorsqu'ils sont mobilisés, les centres ressources de la politique de la ville jouent un rôle essentiel de sensibilisation et d'animation sur les interfaces à l'échelle des départements** (Profession Banlieue dans le 93, Villes au carré pour Centre et Poitou Charente...)

Logiques de financement^[5]

Le premier contributeur est l'Etat. Il figure en première place pour les 111 fiches ASV informées présentes dans notre base, dans plus de 60% des cas, en couvrant en moyenne plus de 50% du budget. En second contributeur arrivent les collectivités territoriales (plus de 42%), essentiellement les villes ou ECPI, avec des contributions quelquefois significatives du département (Conseil Général) et de la région. Le budget consacré à la santé dans le cadre de ces CUCS^[6] est en moyenne de 64000€, avec des variations importantes d'un site à l'autre (de 5000 à 340000 €^[7]). Dans 41% des cas, le budget ne dépasse pas les 50000 € qui constituent un chiffre emblématique (enveloppe évaluée comme nécessaire à l'engagement d'un diagnostic sur un territoire donné, avec groupes de travail, programmation et constitution du plan de recrutement d'un coordinateur). 40 autres % des CUCS disposent de budgets entre 50000 et 100000 € ; 17% disposent d'un budget supérieur à 100000 €. Une grande partie de ces variations se justifient au regard de la diversité des échelles territoriales (cf. les CUCS regroupant plusieurs ASV et un nombre important de communes). Dans d'autres cas, elle renvoie à l'éclatement de la distribution des quartiers prioritaires sur le territoire. Enfin, le budget peut tendre à intégrer le financement d'actions engagées dans la durée, ce qui fausse évidemment la compréhension de la logistique du volet santé. Sur l'échantillon témoin (n=60), nous avons enregistré, à peu de choses près, la même distribution (40% à 50000 € et moins ; 42% entre 50 et 100000€ ; 15% à plus de 100000€). Les variations de budget santé sont importantes d'un site à l'autre, le volet santé pouvant occuper les 3, 4 ou 5^{ème} place dans la hiérarchie des financements mobilisés sur chacun des volets. L'ordre varie suivant que l'on intègre, ou non, le poste de coordination (pour les ASV) : pour ce qui est d'évaluer les financements qui vont effectivement contribuer à la mise en œuvre d'actions, il est logique de le soustraire.

IV) Projets locaux de santé publique et programmes régionaux : une dynamique propre aux CUCS disposant d'ateliers santé ville

Publics et thématiques de santé entrant dans les programmations

Le tableau (rapport pp.73-74) des publics montre que 37% des activités des CUCS ciblent les **publics les plus défavorisés**, 33,6% des activités ciblent des **groupes structurellement fragiles** du point de vue de la santé et objet des grands programmes nationaux de santé (enfants, adolescents, jeunes et femmes), 16,8% des activités s'adressent à **l'ensemble de la population**, et 12,6% aux **professionnels**. Les CUCS ayant un volet santé, notamment ceux ayant un ASV, travaillent sur les grandes thématiques de santé publique nationales et/ou régionales.

Les problématiques les plus abordées parmi les CUCS disposant d'un volet santé (rapport pp. 75-88) croisent les grandes thématiques nationales et régionales de santé publique avec une perspective dominante de promotion de la santé. Les CUCS assurent une fonction de caisse de résonance des grandes campagnes nationales en les rendant abordables à des publics défavorisés. Les huit premières thématiques sont : l'accès aux soins, la santé mentale, la nutrition, la promotion de la santé, la coordination et mise en réseau des acteurs, la prévention globale, la prévention des conduites à risques et des toxicomanies. Les diagnostics participatifs apparaissent corrélés avec les thématiques « Accès aux soins », « Problèmes de nutrition, alimentation » et « Souffrance psychique ».

Les plans locaux de santé publique

Les acteurs du volet santé ne maîtrisent pas tous la **signification de ce que représente un PLSP**. La **capacité de programmation des équipes** connaît d'importantes variations d'un site à l'autre. L'absence de programmes sur certaines fiches ASV renvoie soit au stade de mise en place (démarrage) soit au choix de se cantonner à un programme « global » regroupant l'ensemble des actions recensées sur la ville. Quelquefois, **les programmes sont assimilés à des actions** : chaque fiche action soumise à financement étant considérée comme un programme.

30% des CUCS avec volet santé n'avaient pas de PLSP, 19,6% un PLSP « global », 12,5% un PLSP par action, et 5,4% étaient engagés dans le programme d'élaboration. L'absence d'ASV est fortement corrélée avec l'absence de PLSP. Les PLSP existants concernent majoritairement les **quartiers prioritaires** d'une même ville (58%) ; 25% sont inscrits dans l'**intercommunalité**, 4% concernent une ville dans sa globalité. La consistance et l'existence même des PLSP vont de pair avec l'effort porté sur la **coordination** (objectif principal à 39%) ; les programmes nutrition et santé mentale y sont plus développés ; des liens plus forts établis avec le volet réussite éducative (presque 70% des CUCS ayant mis en place des PLSP).

V) La démarche ASV : un cadre de référence structurant reconnu

La démarche ASV[8] se trouve aujourd'hui largement adoptée sur le terrain, puisque au moins la moitié des CUCS l'ont mis en place. Quatre grandes phases de développement ont été identifiées : celle de lancement et d'implantation de la démarche ASV entre 2000 et 2001 (6%) celle de la montée en charge qui couvre la période 2002/2005 (26% des ASV), celle de l'expansion qui couvre la période 2006/mars 2009 (68% des ASV), et La phase actuelle marquée par l'incertitude des conditions de leur pérennisation.

L'ASV : un vecteur et support de structuration du volet santé des CUCS, sensible à la cohérence politique du projet

Dans 84% des sites ayant au moins un ASV, la thématique santé est clairement inscrite et prise en compte au sein du CUCS. Dans la grande majorité des cas (41%), l'ASV apparaît comme le **support structurant** de l'axe thématique santé, c'est-à-dire correspond bien à la dynamique escomptée pour une stratégie de santé publique. Le recours à un « **volet cadre** » (après un diagnostic classique) constitue un moyen de différer la mobilisation (22% des ASV). L'ASV fonctionne ici plus comme un support méthodologique permettant aux acteurs

de dégager – à partir des priorités régionales – des orientations locales sur le plan de la santé publique (réduction à un rôle de relais de proximité). Les villes et agglomérations ayant connu des politiques importantes sur le plan de la santé (mise en place de CMS, de réseaux associatifs, de projets dans le cadre des ASV de première génération) sont conduits, de leur côté, à engager un travail de remise en forme (**19% des CUCS**) qui pourra évoluer vers la formule du « support structurant » ou ne constituer qu'un habillage. Enfin, **11%** des CUCS avec ASV se trouvent en phase d'initialisation ; les outils (l'ASV « **catalyseur** » avec son budget de démarrage) au service d'un travail de sensibilisation et de recherche des conditions de possibilité partenariales, financières et politiques. Malgré le développement important des ASV, une **dissociation** semble parfois demeurer **entre le projet institutionnel** d'engager la démarche et le soutien et l'engagement réels sur le terrain qui peuvent tarder à s'exprimer.

Une approche concertée des processus de vulnérabilisation

L'appréhension négociée, dans le cadre d'un ASV, des difficultés et des ressources rencontrées par une même catégorie de population conduit à effectuer des liens entre situation sociale, économique, familiale et difficultés rencontrées sur le plan de la scolarisation, de l'insertion, du travail, de la place dans la cité, etc. Cette approche existe souvent déjà sans être reconnue et valorisée dans plusieurs secteurs (pédopsychiatrie, conduites à risques, personnes vieillissantes, soins palliatifs..) ainsi que dans la plupart des réseaux. Ce support-cadre d'action publique permet d'interagir avec **les politiques de santé publique** en ouvrant des opportunités à l'articulation avec d'autres politiques de droit commun, sur le CUCS lui-même (volets) ainsi qu'en **articulation avec les politiques régionales et nationales**. L'implication des élus locaux est alors nécessaire. Un **double mouvement de déclinaison des priorités des programmes régionaux et de remontée de démarches innovantes** sur des thématiques mal identifiées (question des vulnérabilités, de la santé mentale, des conduites à risques) s'est fait jour ces dix dernières années et trouve, en partie, sa cohérence avec les échanges CUCS-région. Le travail sur les « contextes » est également entrepris^[9] visant à réduire les phénomènes d'amplification des inégalités par exposition à un environnement défavorable et à mobiliser les ressources locales (personnes-relais, prévention par les pairs, travail en réseau, *empowerment* des acteurs et des publics, etc.)

Un cadre privilégié pour la participation de la population

La participation de la population constitue un des vecteurs de base de la méthodologie et de la problématique prônées par les ASV depuis le début de leur mise en place. Mais si la volonté d'associer les publics aux actions menées sur les territoires de la politique de la ville est largement partagée, les capacités et conditions pour le faire sont plus difficiles à rassembler.

Nous avons distingué des modes **d'intégration active d'habitants dans des actions ou des dispositifs de travail relatifs à la santé** (20% du total des CUCS, 23% des CUCS-ASV) ; la « **consultation des habitants** » (16,5% des CUCS, 20% des CUCS-ASV), les **enquêtes** (16% des CUCS et 18% des CUCS ASV) et les **groupes de travail et groupes de parole**.

La participation, pour les problématiques dominantes dans les ASV, peut constituer en elle-même une modalité d'action (sortir de l'isolement, du mal-être, des tensions inter-générationnelles, des prises de risques).

L'intercommunalité

49% des CUCS-ASV s'inscrivent dans un cadre intercommunal. Cela ne signifie pas que nous ayons des ASV intercommunaux, ce qui peut déséquilibrer les conditions de développement des programmes relevant du volet-santé. Or, **la démarche ASV dans son principe est applicable à l'échelle de l'agglomération**. D'autant plus que pour certains axes de travail, le dépassement du cadre communal va permettre d'atteindre une échelle plus appropriée (observation / coordination / prévention / psychotropes / santé mentale). Quand les objectifs et programmes se déclinent au niveau de l'agglomération, la démarche ASV doit pouvoir s'organiser autour de cette échelle (enjeu de cohérence). Ce n'est encore que rarement le cas.

VI) Contribution à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

A la question de savoir si les programmes locaux développés dans le volet santé et avec les ASV contribuent à la construction de stratégies cohérentes de santé publique, la réponse est positive.

L'évolution des problèmes de santé et de leurs modes de manifestation suppose l'engagement d'approches globalisées (intersectorielles) travaillant dans la proximité, avec des moyens articulant le registre territorial local (quartiers, ville, agglomération) avec les synergies régionales. Les démarches de programmation n'ont pas encore été toutes évaluées, mais forment aujourd'hui une « trame conductrice » indispensable au développement de politiques concertées de santé publique mobilisant acteurs et ressources d'une manière lisible et dynamique. Malgré les inégalités de développement des démarches, la « valeur ajoutée » des ASV tient à leur capacité à « porter » l'axe thématique santé de la politique de la ville, en lui offrant un cadre d'expression suffisamment structurée et structurant pour qu'il puisse avoir la « consistance » et la légitimité qui conditionnent l'adhésion croissante d'acteurs relevant de ce champ, jusqu'ici insuffisamment mobilisés par cette politique (élus, services du conseil général, CAF, bailleurs sociaux, acteurs de l'économie sociale, médecine libérale). Les avancées sur le plan de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé vont de pair avec la reconnaissance du rôle que peuvent jouer les CUCS en matière de prévention, ainsi qu'au raccordement **aux politiques et dispositifs territorialisés de santé publique de droit commun** et les moyens donnés aux instances de gouvernance locales (élus, collectivités territoriales, institutions compétentes en matière de santé, action sociale, éducation, sécurité publique) en matière **d'expertise et de décision sur les questions de santé**.

12 préconisations en vue de consolider et développer le volet santé de la politique de la ville

Elles visent trois objectifs stratégiques pour le développement d'un nouveau cycle du volet santé de la politique de la ville :

1. Consolider le cadre d'intervention en améliorant le dispositif opérationnel actuel ;
2. Finaliser la reconfiguration de l'action publique de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, en intégrant les dynamiques locales avancées du volet santé

des CUCS au système de gouvernance et d'action en santé publique de droit commun ;

3. Préparer la prochaine programmation du volet santé de la politique de la ville en développant son intégration régionale, sa visibilité et sa reconnaissance.

1) Consolider le cadre d'intervention en améliorant le dispositif opérationnel actuel

a) Promouvoir la (re)mobilisation des partenaires-clés de toute démarche santé (insuffisamment présents) : assurance maladie, médecine libérale, services déconcentrés de l'Etat, services des départements (ASE, PMI, service social, prévention sanitaire), régions, CAF, bailleurs sociaux, mutuelles, acteurs économiques (responsabilité sociale des entreprises), universités, institutions publiques de recherche et d'études et surtout population (conforter les méthodologies participatives) ; la nouvelle contractualisation pourrait être l'occasion d'engager ce travail ;

b) Diagnostics : systématiser les acquis méthodologiques et améliorer les capacités des coordinateurs à porter une démarche diagnostique participative (dégager des *protocoles* qui ne figent pas les démarches, mais en explicitent la richesse, la diversité et les acquis méthodologiques) ;

c) Pilotage et animation :

- Des démarches locales (ASV/Volet santé) : améliorer la qualité des démarches en promouvant la participation des responsables politiques et institutionnels locaux aux instances de pilotage du volet santé des CUCS : une animation mise en place de CoPil Départementaux et locaux : systématiser la présence des services déconcentrés de l'Etat, des élus locaux, des conseils généraux, des représentants des habitants ; élaborer et inclure un chapitre spécifique à l'intention des responsables dans le cahier de charges des ASV ;
- Des actions départementales : promouvoir la constitution de comités de pilotage départementaux, former les correspondants des services déconcentrés de l'Etat chargés du suivi du volet santé à une meilleure compréhension des enjeux et potentiel de la démarche ; outiller et définir une stratégie d'animation et de soutien aux coordinateurs (cahier de charges de la mission validé par les Préfets, tableaux de bord simplifiés et informatisés, grilles d'appréciation de la qualité et de la pertinence des démarches, répertoire évolutif des experts intervenant sur ce terrain...) ;
- Animation régionale : promouvoir la mise en place de dispositifs d'animation régionaux visant le développement de la qualité des démarches locales et de la cohérence de l'action de l'Etat (en s'inspirant des expériences en cours dans certaines régions ou départements et en privilégiant le recours aux centres de ressources de la politique de la ville ;
- Animation nationale : promouvoir le développement des démarches de qualité en s'appuyant sur un réseau de correspondants régionaux et départementaux ; organiser des journées annuelles de bilan et d'échanges d'expériences ; développer un programme de promotion spécifique du volet santé et des ASV dans les régions les moins engagées dans la démarche ; s'approprier, valoriser et actualiser les bases de données mises à jour à partir des dernières études en utilisant les ressources institutionnelles dédiées (ONZUS, SIG, service des études...) ; créer un site / une page Internet dédiée aux ASV afin de garantir une interface de communication et

d'orientation au service des acteurs de la politique de la ville (lien aux bases existantes) ; lancer un programme interrégional de formation et de diffusion des acquis de l'expérience (bonnes pratiques) et de la science (recherche, références et protocoles éprouvés...) sur des thématiques privilégiées (santé mentale, conduites à risques, prévention...), ou émergentes (dépendance, grand âge, handicap, maladies chroniques...);

d) Évaluation : promouvoir la culture et les savoir-faire en matière d'auto-évaluation en s'inspirant des expériences d'animation et d'accompagnement départemental des animateurs d'ASV ;

e) Coordination : Soutenir la fonction en développant les programmes régionaux d'accompagnement, de formation et de soutien aux coordinateurs ;

f) Programmation : Améliorer les capacités de programmation des animateurs et responsables du suivi des volets-santé des CUCS (ACSé, services municipaux...), aussi bien chez les « experts » (interprétation et mise en œuvre d'actions) que chez les autres. Utiliser/actualiser les Fiches ASV en les utilisant comme support pédagogique unificateur (beaucoup de fiches ASV ne comportent aucun programme), diffuser les manuels et autres référentiels élaborés et validés par la DIV.

2) Finaliser la reconfiguration de l'action publique de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, en intégrant les dynamiques locales avancées du volet santé des CUCS au système de gouvernance et d'action en santé publique de droit commun ;

g) Expérimenter un cadre d'inscription dans le droit commun des expériences avancées, par exemple par le biais des Contrats Locaux de Santé. Revoir à cette occasion l'architecture des CUCS de façon à faciliter les interactions entre volets (programmes transversaux) et le développement des politiques concertées de prévention ;

h) Soutenir et qualifier l'expérience de l'intercommunalité dans leur intégration au champ de la santé, par exemple dans le cadre des CLS ;

i) Développer une stratégie de développement et d'intégration dynamique au droit commun de la démarche ASV : garantir le caractère d'« a-dispositif »^[10], prévenir les risques d'un usage inapproprié (figer la démarche, en rester aux constats, pérenniser un processus d'action précaire, expérimentalisme, institutionnalisation excessive pouvant conduire à rigidifier la démarche) ;

j) Préciser le cadre et les conditions d'évolution du réseau d'ASV, notamment pour ce qui est de leur éventuelle institutionnalisation dans le droit commun, leur articulation éventuelle avec les futurs Contrats Locaux de Santé.

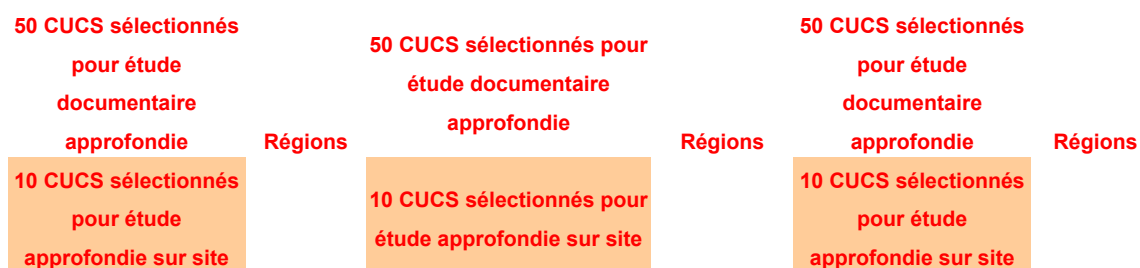
k) Clarifier et simplifier les modes de financement des PLSP en donnant aux démarches territorialisées de santé type ASV (demain CLS ?) un rôle de régulation dans l'attribution et le suivi des ressources publiques mobilisées au titre de la santé : un cadre de base assuré avec un financement pluri-annuel, inscrit dans les programmes régionaux ; des possibilités de développement dans le cadre des coopérations relevant de programmes spécifiques de santé publique ; des modalités d'évaluation et d'ajustement clairement encadrées.

3. Préparer la programmation du volet santé de la politique de la ville (2013/2018) en développant son intégration régionale, sa visibilité et sa reconnaissance

l) Lancer un programme de recherche et d'évaluation (compréhension, qualification, valorisation) de l'impact du volet santé de la politique de la ville en matière de santé publique et de réduction des inégalités sociales de santé, ainsi qu'en matière d'intersectorialité, à l'intention des institutions publiques d'enseignement et recherche. Possibles sujets :

- Articulations internes et externes : améliorer la cohérence et mieux mettre en valeur la valeur de l'approche de problème de santé par les déterminants sociaux, en systématisant les expériences en cours et en diffusant les bonnes pratiques ;
- Efficience et impact des activités des CUCS en matière de santé sur les grands programmes de santé publique : les observations confirment l'intérêt des CUCS en tant que caisse de résonance des grandes campagnes nationales auprès des publics défavorisés, en particulier sur le versant de la prévention, et leur valeur particulière dans la perspective d'évaluation de l'impact de ces dernières (approche prospective à l'égard des besoins qui se profilent pour les personnes âgées, les personnes handicapées, les adolescents et jeunes adultes) ;
- Intégration régionale : disposer d'un cadre national de suivi des processus engagés à l'échelle des régions (PRSP, mise en place des ARS) sur le plan de l'intégration des acquis et compétences développées dans le cadre du volet santé
- Visibilité et reconnaissance : développer la communication sur tous les points précédents

Les 60 CUCS sélectionnés pour l'étude approfondie



Brest Métropole Océane		Argentan		Chanteloup-les-Vignes	
CUCS Lannion		CUCS CU de Cherbourg		CUCS Les Mureaux	
CUCS Rennes Métropole	Bretagne (3)	CUCS Pays de Flers	Basse-Normandie (3)	CUCS Valenton	
CUCS de Vannes		CUCS Agglomération Caennaise		CUCS Pré saint Gervais	Ile-de-France (4)
CUCS agglomération de Chartres		CUCS Dôle		CUCS Paris	
CUCS Agglomération Tourangelle	Centre (2)	CUCS Pontarlier	Franche-Comté (2)	Epinay-sur-Seine	
Blois / Bourges		CUCS Metz		Colmar	Alsace (1)
Grasse		CUCS Creutzwald	Lorraine (2)	CUCS Le Puy-en-Velay	Auvergne (2)
CUCS Martigues		Nancy		CUCS Vichy	
CUCS Carros	PACA (4)	CUCS Agglomération Nantaise	Pays de la Loire (2)	CUCS Agglomération Chalonnaise	Bourgogne (2)
CUCS Marignane		CUCS La Roche-sur-Yon		CUCS Autun	
CUCS Marseille		CUCS CA de Valenciennes Métropole		CUCS Sainte-Ménéhould	Champagne-Ardenne (3)
CUCS Montélimar	Rhône-Alpes (2)	CUCS Communauté Urbaine de Dunkerque	Nord-Pas-de-Calais (3)	CUCS Reims	
CUCS CU de Lyon		Etaples		CUCS Sedan	
CUCS Dieppe	Haute-Normandie (1)	Lille/Lomme		CUCS Ajaccio	Corse (1)
CUCS Ambarès-et-Lagrave	Aquitaine (2)	CUCS CA de Brive	Limousin (1)	CUCS La Possession à la Réunion	Outre-Mer (1)
CUCS Eysines		CUCS CC du Carmausin	Midi-Pyrénées (2)	CUCS Tergnier	
Alès	Languedoc-Roussillon (2)	CUCS Montauban		CUCS Chauny	Picardie (3)
CUCS Carcassonne – Trèbes – Berriac		CUCS Saintes	Poitou-Charentes (2)	CUCS Laon	
CUCS Sète		CUCS Poitiers			

F. BERLOLOTTO, M. JOUBERT, M-A. VINCENT, Ch.MANNONI

ANALYSE CRITIQUE DU VOLET SANTE DES CONTRATS URBAINS DE COHESION SOCIALE – DIV – SYNTHÈSE du RAPPORT FINAL - Mai 2009

[1] Dans le sens d'un modèle d'action pré-formaté qu'il suffirait d'implanter et de déployer sur n'importe quel point du territoire (cf. Giorgio Agamben, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, Éditions Petite Bibliothèque Rivage, mars 2007).

[2] Des analyses factorielles de correspondance ont été effectuées pour saisir la distribution des principales co-variations.

[3] Considéré, non dans une acception « communautarisme », mais dans le sens anglo-saxon ou plus précisément québécois de travail dans et avec la « communauté locale d'appartenance » .

[4] Cf. *Elements pour une labellisation du projet ASV et du suivi de la démarche*, DIV, 2007

[5] Les informations sont ici essentiellement relatives aux CUCS-ASV, les seuls à avoir rempli systématiquement des fiches où ils indiquent les trois principales sources de financements des actions engagées au titre de la santé. Le travail réalisé sur l'échantillon apporte des informations complémentaires pour les CUCS disposant d'un volet santé mais pas d'ASV.

[6] Avec une part d'erreur et d'incertitude liée aux déclarations qui incluent ou non (consigne donnée) le budget propre à la coordination dans le budget global.

[7] Ecart-type de 50000 €.

[8] Du fait notamment de l'absence d'un système actualisé et centralisé d'enregistrement de cette information, des aléas qui déterminent la réalisation, le maintien de ce type de projets, les abandons, ainsi que la possible multiplicité de démarches développées au sein d'un même CUCS (en particulier lorsque ceux-ci sont intercommunaux et concernent des territoires importants et complexes). Cela explique les légères variations de comptage au fil des documents, ainsi que le décalage avec le chiffrage de l'étude effectuée par Kynos.

[9] Caroline Allonier, Thierry Debrand, Véronique Lucas-Gabrielli, Aurélie Pierre, Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage, *Questions d'économie de la santé*, n°139, février 2009

[10] Quand le dispositif est assimilable à un modèle d'action pré-formaté qu'il suffirait d'implanter et de déployer sur n'importe quel point du territoire (cf. Giorgio Agamben, *Qu'est-ce qu'un dispositif?*, Éditions Petite Bibliothèque Rivage, mars 2007).