

Dynamiques territoriales de santé en Ile-de-France

Corinne Praznocy, Isabelle Grémy

L'Ile-de-France est une région riche, avec de forts contrastes sociaux et territoriaux¹. Le revenu moyen francilien par unité de consommation² est nettement plus élevé que le revenu moyen national (23 871 euros contre 19 248 euros en 2005). Les revenus moyens sont particulièrement élevés à Paris, dans les Hauts-de-Seine et dans les Yvelines, alors que la Seine-Saint-Denis se situe bien en dessous de la moyenne nationale. Ces inégalités ont tendance à se renforcer avec le temps, contribuant à une partition toujours plus marquée du territoire francilien, pouvant se résumer par une situation favorisée dans le sud-ouest et plus difficile dans le nord et l'est de la région, qui accueillent beaucoup de quartiers en zone urbaine sensible. Ce qui n'exclut pas des communes ou des quartiers en difficulté dans le sud-ouest et des secteurs aisés dans le nord et l'est de la région. Ces inégalités territoriales qui résultent de facteurs individuels et sociaux d'organisation des quartiers ne sont pas sans conséquence sur la santé des habitants comme le montrent des indicateurs généraux de santé (espérance de vie, mortalité prématurée³) globalement plus favorables dans les secteurs favorisés économiquement.

*Dans ce contexte, la mise en place de programmes territoriaux de santé publique, basés sur les priorités locales, est un des éléments participant à la réduction des inégalités de santé, en particulier lorsque ces programmes bénéficient d'un soutien (financier ou autre) au niveau régional et/ou national. Les territoires de proximité et la diminution des inégalités ont été une priorité de la politique de santé publique au travers de la loi du 9 août 2004⁴ mais également de la politique de la ville, avec la création des Ateliers Santé ville (ASV). La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) a prévu que la mise en œuvre du projet régional de santé pourra faire l'objet de contrats locaux de santé. Ces contrats seront conclus par les Agences Régionales de santé (ARS), notamment avec les collectivités locales et leurs groupements, et porteront sur les politiques de soins et l'accompagnement médico-social, ainsi que sur la **promotion de la santé** et la **prévention**.*

*Mais quels sont aujourd'hui les dispositifs existants qui permettent d'affirmer une politique locale de santé ? Comment est décliné le Plan régional de santé publique au niveau des territoires ? L'existence d'un dispositif formalisé est-il nécessaire pour qu'il existe une politique locale de santé publique dynamique ? C'est pour répondre à ces questions que l'ORS a mis en place une étude, avec pour objectif de recenser les différents dispositifs existants, les territoires couverts et les thématiques retenues en Ile-de-France, ainsi que leur articulation avec le Plan régional de santé publique. Les dispositifs présentés se basent sur la démarche de programmation en santé publique : **état des lieux et diagnostic partagé, définition des priorités, plan d'actions, mise en œuvre, évaluation**. Ces dispositifs peuvent être à l'initiative de l'état (politique de la ville, ...), de l'Assurance maladie ou des collectivités. Dans tous les cas, une démarche partagée avec les acteurs locaux est à la base des dispositifs.*

Cette publication présente les principaux résultats de l'étude, disponible sur le site internet de l'ORS (<http://www.ors-idf.org>).

Méthodologie de l'étude

- Un questionnaire a été envoyé en mai 2008 à tous les coordinateurs des Ateliers Santé ville d'Ile-de-France afin de connaître les zones géographiques concernées par l'ASV, la population couverte, la structure à laquelle se rattache l'ASV et le portage politique (élu(s) en charge de l'ASV). Des informations sur les diagnostics ainsi que sur les priorités retenues, ont également été recueillies. Seuls trois ASV n'ont pas renvoyé le questionnaire.
- De nombreux entretiens ont été menés avec des responsables locaux des politiques de santé.
- Les études ou les données récentes en relation avec les sujets traités ont été exploitées sur leurs volets franciliens.
- Enfin, les sites internet de référence ont été consultés.

L'ORS Ile-de-France est subventionné par l'Etat
(la Préfecture de région et la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France)
et par le Conseil régional.

Huit dispositifs principaux identifiés en Ile-de-France

Huit dispositifs se basant sur une démarche de programmation en santé publique ont été identifiés dans la région en 2008.

Les Ateliers santé ville

Le principal dispositif présent sur le territoire francilien est l'Atelier Santé Ville (ASV), prévu dans le cadre de la politique de la ville⁵. Il renforce le volet santé des Contrats urbains de cohésion sociale (113 Cucs en Ile-de-France).

Les ASV, dans une démarche partenariale entre l'Etat et les services municipaux, ont pour objectif :

- d'identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en situation de vulnérabilité et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie (logement, emploi, transport, environnement...);
- de faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien à des réseaux médico-sociaux ;
- de diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site ;
- de rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun ;
- de développer la participation active de la population à toutes les phases des programmes et la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes.

L'Ile-de-France compte 53 ASV⁶, qui concernent 64 communes ou arrondissement de Paris (certains ASV sont intercommunaux), et quelques projets, à divers stades d'avancement.

Les projets locaux de santé pilotés par un établissement hospitalier

Les projets locaux de santé (PLS) d'Ile-de-France sont des programmes de santé publique, pilotés par un établissement hospitalier, dans une démarche partenariale avec les acteurs locaux et les usagers. Leur expérimentation était prévue dans le Plan régional de santé publique (PRSP)^{7,8}. Ils ont été soutenus par l'Agence régionale de l'hospitalisation et la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

Pour chaque site expérimentateur, une thématique de santé publique a d'abord été définie, en cohérence avec les priorités du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et du PRSP. Puis un état des lieux et un diagnostic partagé ont été réalisés, avant de définir des objectifs et des actions. Huit PLS rayonnent dans la région, autour de six établissements hospitaliers, avec des logiques de territoires différentes (voir tableau 1).

Le programme Antesyss

Antesyss (Analyse territorialisée du système de santé) est un programme de l'Assurance Maladie, piloté par l'Urcam d'Ile-de-France. Il vise à optimiser le fonctionnement local du système de santé, par une approche transversale, sur un territoire signifiant au plan sanitaire et en associant les partenaires locaux. Ce programme intervient sur l'efficacité des soins, la prévention et l'organisation de l'offre. Il s'appuie sur un diagnostic local partagé, dont sont issues les priorités d'actions⁹.

Quatre zones expérimentales ont été définies, couvrant 82 communes. Elles ont été choisies parce qu'elles présentaient chacune un profil différent, mais aussi parce qu'existait une dynamique potentielle entre les partenaires locaux (Assurance maladie, professionnels de santé, collectivités territoriales,...).

Le réseau Villes-santé OMS

Le projet Villes-Santé est une initiative de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), fondée sur une appréhension positive et globale de la santé (charte d'Ottawa, politique "Santé pour tous" de l'OMS, recommandations de l'Agenda 21)¹⁰. Dans cette approche, chercher à améliorer la santé et réduire les inégalités, c'est s'attaquer aux déterminants qui se conjuguent pour que la santé se gagne ou se perde, et pour lesquels les élus locaux disposent de leviers : conditions de vie (habitat, transport, nourriture), conditions de travail, qualité de l'environnement et des relations sociales...

En Ile-de-France, sept communes et une communauté d'agglomération font parties du réseau français.

Les volets santé des Agendas 21

L'Agenda 21 local est un outil de planification et de promotion du développement durable. Il a été adopté par les pays signataires de la Déclaration de Rio en 1992¹¹. Ses principales fonctions sont la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, la production de services et de biens durables, la protection de l'environnement.

En adoptant la Stratégie nationale de développement durable en 2003¹², dont la réactualisation 2009-2012 est en cours d'élaboration avec les partenaires socio-économiques et environnementaux, la France a décidé de favoriser la mise en place d'Agendas 21 locaux.

Différents volets peuvent être déclinés dans les Agendas 21, dont un volet santé. En 2008, dans la région, 14 agendas 21 locaux sur les 27 recensés par l'observatoire national ont déclaré un volet santé.

Les projets médicaux de territoire

Un projet médical de territoire (PMT) traduit les orientations du SROS, sous la forme d'un plan d'action territorialisé. Il concerne avant tout l'organisation des soins mais peut être étendu à des actions de santé publique en cohérence avec le PRSP¹³. On dénombre huit PMT expérimentaux en Ile-de-France, basés sur les territoires de santé du SROS (un par département). Dans cette phase expérimentale, la prévention n'a pas été intégrée, elle le sera à moyen terme. La généralisation des PMT en Ile-de-France aura lieu en 2009.

Les projets RIR.

L'association RIR (Regroupement Implantation Redéploiement) est une initiative de professionnels de santé libéraux en exercice. Son objectif est de sensibiliser les élus locaux et les professionnels de santé aux problèmes de démographie médicale et de favoriser les projets de regroupement.

Elle propose des diagnostics sur l'offre de soins libérale¹⁴. Fin 2008, elle avait réalisé 51 diagnostics en Ile-de-France, assortis de recommandations. Les préconisations de l'association devraient être mises en place dans deux communes classées déficitaires par la Mission régionale de santé.

Les conseils locaux de santé mentale ou dispositifs apparentés

Les conseils locaux sont des instances de concertation et de coordination sur le thème de la santé mentale, associant spécialistes de la santé et acteurs sociaux en lien étroit avec la collectivité territoriale. D'autres dispositifs peuvent les compléter : cellules de veille, qui visent à limiter le recours à l'hospitalisation d'office, groupe de réflexion "santé mentale", etc...

En Ile-de-France, 28 communes ou arrondissements de Paris ont mis en place un conseil local de santé mentale. Il y a également neuf cellules de veille.

Tableau 1 - Récapitulatif des différents dispositifs recensés en 2008 en Ile-de-France

Les Ateliers Santé ville
53 ateliers santé ville, 57 communes ou arrondissement de Paris, une communauté d'agglomération Financements : ressources propres (communes), politique de la ville (via l'Acse et GRSP), réponse à des appels à projets (GRSP, Mildt, FNPEIS, Fondation de France, ...), financements de la Région.
Les projets locaux de santé pilotés par un établissement hospitalier
8 projets locaux de santé, 6 zones géographiques dont une communauté de communes, une agglomération, 3 territoires de santé Financements : Migac, réponse à des appels à projets (GRSP, Iresp, ...)
Le programme Antessys
4 programmes expérimentaux, 82 communes Financements : Assurance maladie uniquement sur la phase de mise en œuvre de l'expérimentation. Selon les programmes d'action mis en œuvre, la recherche d'autres financements sera envisagée (GRSP, Fiqs, collectivités...)
Le réseau Villes-santé OMS
7 communes et une communauté d'agglomération Financements : ville ou EPCI, autres sources ponctuelles de financements
Les volets santé des Agendas 21
14 volets santé, pour 4 départements, 2 communautés d'agglomération et 8 communes (dont Paris) Financements : Collectivités locales, appel à projet du Conseil Régional d'Ile-de-France
Les projets médicaux de territoire
8 projets médicaux de territoires expérimentaux, un territoire de santé par département Financements : pas de financements spécifiques
Les projets RIR
51 diagnostics sur l'offre de soins libérale réalisés, pour 46 communes ou arrondissement de Paris, 3 communautés d'agglomération, une agglomération, un syndicat intercommunal. 2 projets de cabinets de groupe en cours. Financements : Fiqs, Div, Amif, URML Ile-de-France
Les conseils locaux de santé mentale ou dispositifs apparentés
28 conseils locaux de santé mentale, 9 cellules de veille, 27 communes ou arrondissement de Paris Financements : collectivités locales
Sources : Ddass Ile-de-France, Div, Drassif, Sanesco, Urcam Ile-de-France, Réseau français des villes OMS, Observatoire national des Agendas 21, ARH Ile-de-France, Rir Ile-de-France, CCOMS

La couverture territoriale des dispositifs en Ile-de-France

Une couverture essentiellement urbaine, s'appuyant sur les Ateliers santé ville

L'analyse de la couverture territoriale¹⁵ (carte 1) de ces différents dispositifs montre que le cœur de la région parisienne (Paris et la petite couronne) bénéficie d'au moins un dispositif sur l'ensemble de son territoire (Paris et les trois départements ayant déclaré un volet santé dans leur Agenda 21).

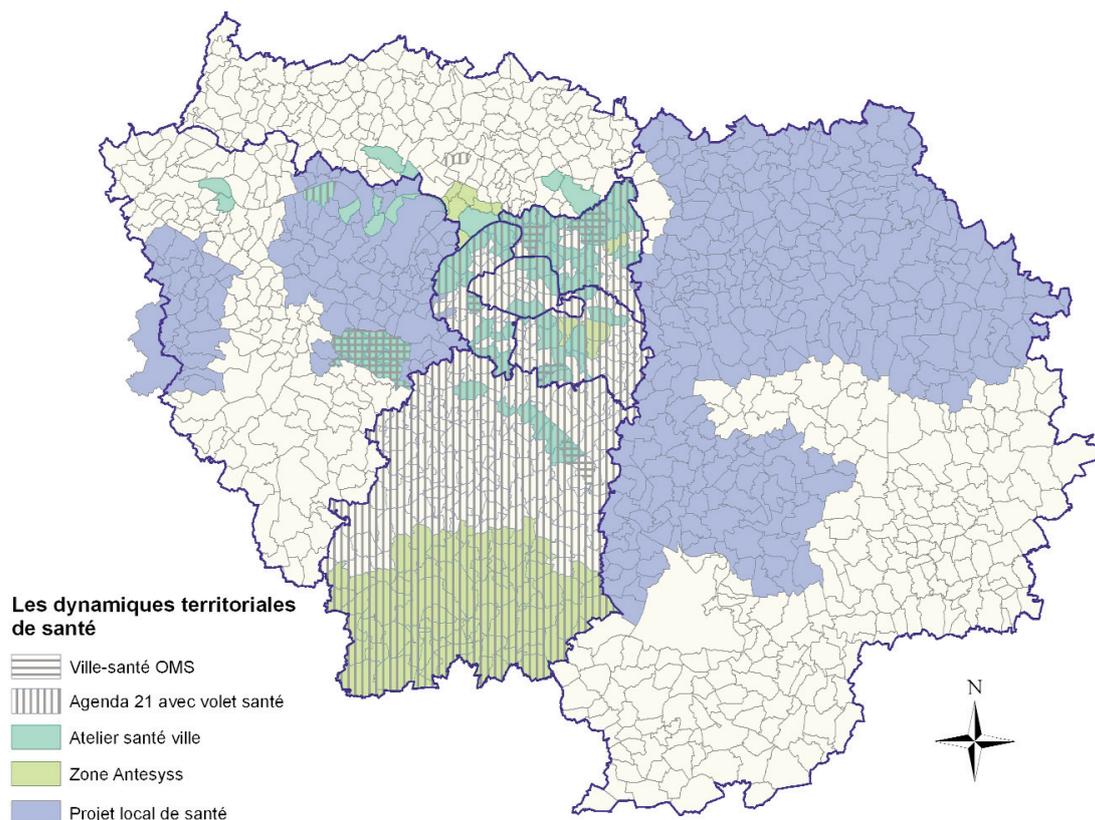
Dans les départements de grande couronne, la situation est diverse : les franges rurales du sud-est et du nord-ouest de l'Ile-de-France ne sont pas couvertes, ni le sud des Yvelines.

En Ile-de-France, les politiques locales de santé, lorsqu'elles s'appuient sur un des dispositifs recensés, sont principalement portées par les Ateliers Santé ville¹⁶, même si d'autres dispositifs peuvent avoir été mis en place en parallèle. Cependant, plus de la moitié des Cucs franciliens ne se sont pas engagés dans cette

démarche (carte 2) et le dispositif n'est donc pas complètement déployé. En particulier, la Seine-et-Marne ne compte aucun ASV sur son territoire.

En zone rurale, on trouve quelques projets locaux de santé pilotés par un établissement hospitalier et une zone expérimentale Antesyss mais la question du périmètre géographique de ces dispositifs peut se poser (nombre de communes concernées élevé, distance à l'établissement). Est-ce que les actions mises en place ou qui seront mises en place rayonneront sur tout le territoire défini ? Il faudrait sans doute inventer un dispositif adapté aux zones rurales. Les futurs contrats locaux de santé, tels que prévus dans la nouvelle loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) pourront-ils être adaptés aux réalités et aux territoires des zones rurales franciliennes, alors qu'ils ont plutôt été prévus pour les territoires en politique de la ville ?

Carte 1 - Couverture des principaux dispositifs en 2008 en Ile-de-France



Sources : Drassif, DIV, Urcam Ile-de-France, OMS, Observatoire national des Agendas 21 locaux – exploitation ORS Ile-de-France

Les dispositifs hachurés sont des dispositifs plutôt transversaux

Les dispositifs avec des aplats de couleurs sont des dispositifs plutôt thématiques

Pour des raisons de représentations cartographiques, lorsque plusieurs dispositifs thématiques se superposent, une seule couleur apparaît, les ASV primant sur les zones Antesyss, qui prennent sur les PLS.

L'ensemble des ASV (effectifs, en projet ou interrompu) sont représentés sur cette carte : en effet, les ASV en projet sont sur des territoires où une dynamique de santé existe déjà, et les territoires où les ASV ont été interrompus semblent avoir conservé une certaine dynamique.

Des dispositifs transversaux à développer

Les dispositifs transversaux comme les villes-santé OMS ou les volets santé des Agendas 21 mériteraient d'être soutenus en Ile-de-France, car leur articulation avec le développement durable est un levier innovant, d'autant plus que de nombreuses collectivités se lancent dans une démarche d'Agenda 21, encouragées par la stratégie nationale de développement durable 2009-2012 en cours d'élaboration. Mais aujourd'hui, les acteurs de la santé et les acteurs du développement durable se connaissent mal et il manque sans doute de professionnels sur le terrain pour inciter les collectivités locales à mettre plus ou "mieux" de santé dans leurs plans locaux.

En effet, moins de la moitié seulement des agendas 21 locaux franciliens ont déclaré un volet santé, et le réseau francilien des Villes-Santé OMS est peu développé. Une prise de conscience de la part des élus locaux commence cependant à émerger sur l'articulation possible et les points communs entre les politiques de santé et de développement durable. Ainsi, la 6^{ème} journée nationale d'étude de l'association

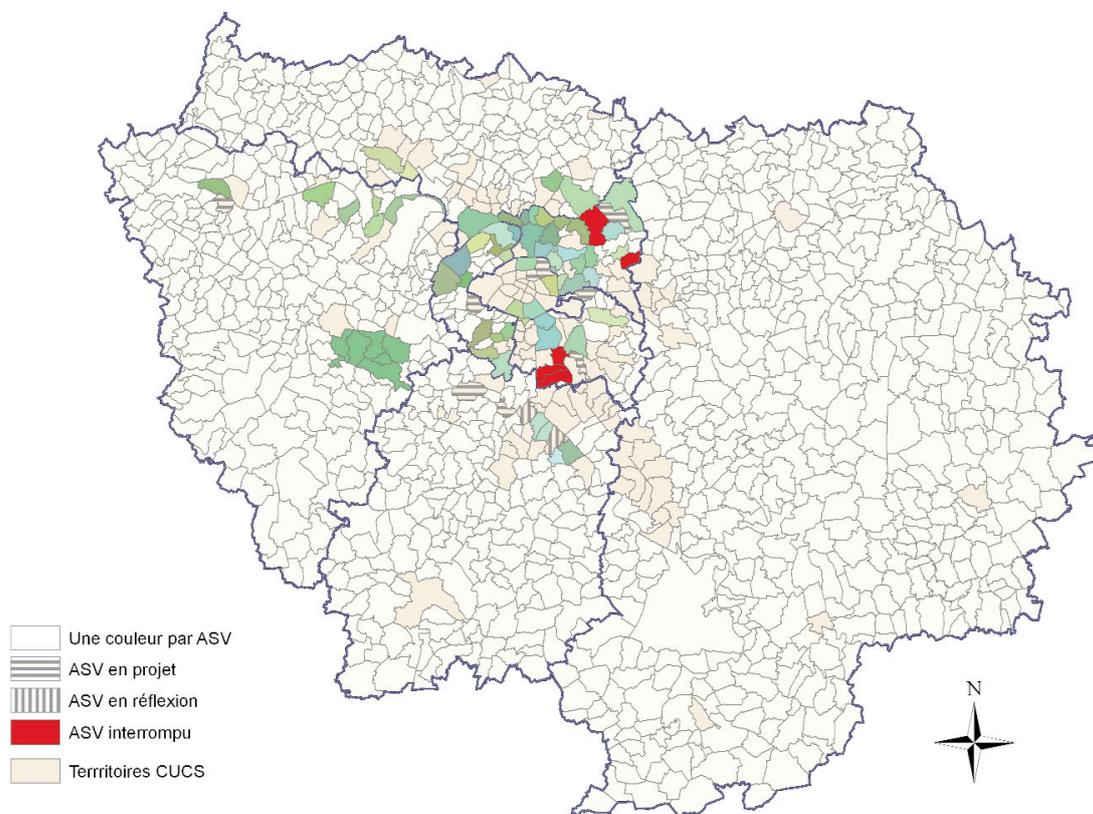
Elus, Santé publique & Territoires qui s'est déroulée le 7 avril 2009 à Lille avait pour sujet : "Politiques de santé et développement durable, comment croiser ces deux impératifs au niveau local ?".

Une concentration des projets financés par le GRSP dans les communes en politique de la ville

Les projets financés en 2008 dans le cadre de l'appel à projet du groupement régional de santé publique (GRSP) ont également été analysés (carte 3). Près de 200 communes ont bénéficié cette année là d'un financement pour au moins une action. La majorité des actions (62%) se déroulent sur une commune en politique de la ville, et parmi elles, les trois-quarts disposent d'un Atelier santé ville.

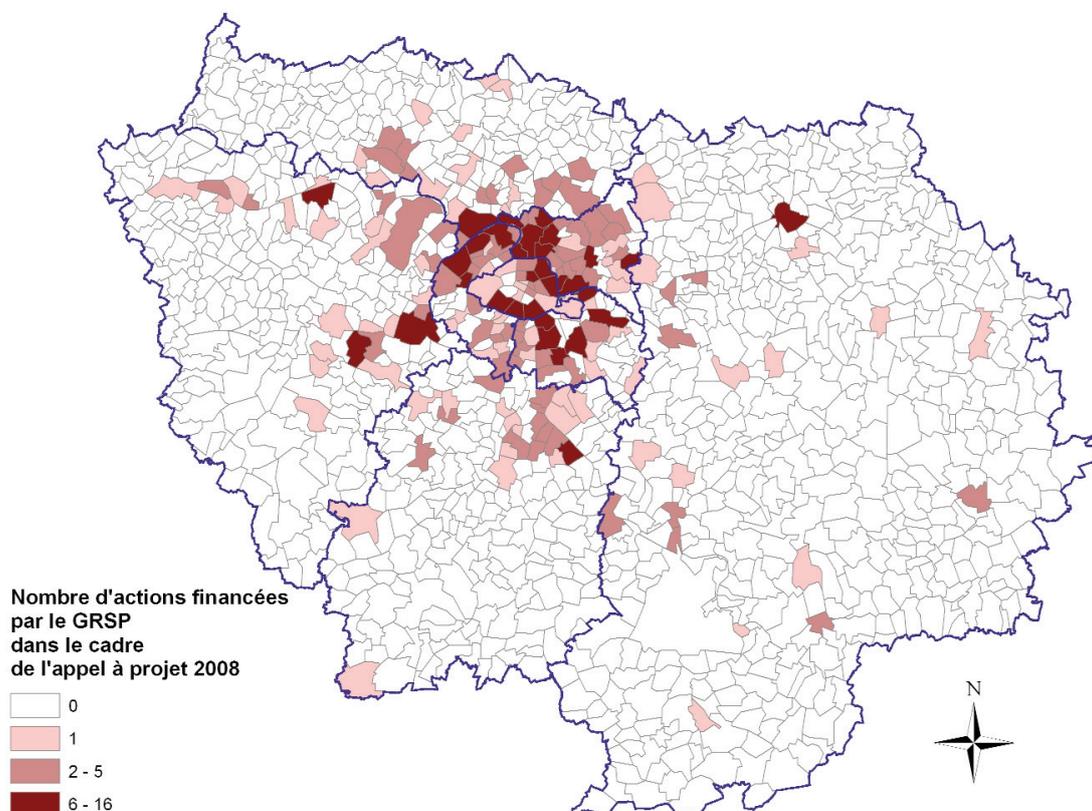
La superposition de la carte de la couverture territoriale de l'Ile-de-France et de celle des dossiers retenus montre que la plupart des actions se déroulent dans les communes où il existe au moins un des cinq dispositifs cartographiés¹⁵, suggérant que l'existence d'une activité structurante de santé publique favorise l'émergence de projets locaux.

Carte 2 - Les ASV en 2008 en Ile-de-France



Sources : Ddass d'Ile-de-France, Div - exploitation ORS Ile-de-France
 Les ASV "en projet" sont assez avancés, en particulier sur leurs dossiers de financement
 Les ASV "en réflexion" ont un degré moindre d'avancement

Carte 3 - Les projets retenus en 2008 par le GRSP en Ile-de-France



Source : GRSP – Appel à projet 2008 - Champ : les 466 actions (sur 806) pour lesquelles la ou les communes d'intervention étaient explicitement renseignées
 © IAU Ile-de-France – Visiaurif Santé

De nombreux diagnostics réalisés, à valoriser au niveau régional ?

Tous les dispositifs recensés reposent sur une démarche préalable de diagnostic. De nombreux éléments quantitatifs et qualitatifs sont ainsi recueillis, validés par l'ensemble des acteurs locaux et utilisés pour faire émerger des priorités locales. Ces diagnostics sont une source d'informations sur les situations locales. Mais la diversité des diagnostics, si elle constitue une richesse, peut parfois poser problème quant à la méthodologie utilisée et la comparabilité des données recueillies.

Des éléments quantitatifs importants, mais inégalement pertinents et mobilisables

Etablir un diagnostic de santé, ou mettre en place une veille sanitaire à un niveau géographique fin à partir d'indicateurs quantitatifs, se heurte à de nombreuses limites. La première limite porte sur l'accès à des données peu souvent disponibles au niveau communal et encore moins au niveau d'un quartier (en particulier les données de santé). La seconde porte sur l'interprétation de ces données, portant parfois sur de faibles effectifs et qui ne sont pas toujours significatives.

Une troisième limite porte sur l'évaluation de certaines actions : quel indicateur sanitaire suivre pour évaluer l'impact des politiques publiques d'aménagement du territoire, de protection de l'environnement, d'amélioration des conditions de logement ? Les données de mortalité, par exemple, sont souvent le reflet des conséquences de situations anciennes (temps de latence des maladies), et les mouvements de population, relativement nombreux en Ile-de-France, sont difficiles à prendre en compte. Cependant, ces indicateurs, même imparfaits, même incomplets, pris dans leur ensemble, construisent un faisceau d'indices pour appréhender la santé, la qualité de vie de la population, pour mettre en exergue les inégalités de santé à l'œuvre au sein du territoire. Ils constituent une aide à la décision. La comparaison avec d'autres niveaux géographiques permet également d'identifier des axes prioritaires. L'évolution spatio-temporelle des indicateurs, qui pourra être observée avec la mise en place d'une veille sanitaire, devrait pouvoir constituer un élément d'évaluation.

De nombreuses données quantitatives sont disponibles, à diverses échelles, en particulier auprès des grands producteurs de données qui mettent en place des systèmes d'observation disponibles sur internet (Insee, Urcam, ARH,...). Mais les personnes en charge des diagnostics ne connaissent pas toujours toute la richesse des données disponibles ou leurs limites méthodologiques.

D'autres données, très intéressantes à un niveau local, demandent de mettre en place des conventions avec les organismes producteurs (Caisse primaire d'assurance maladie, Education nationale, Conseil Général, Caisse d'allocation familiale, Centre communal d'action sociale...). On peut observer des situations très différentes en Ile-de-France, avec des collaborations plus aisées dans certains territoires.

Les éléments qualitatifs et la validation avec les acteurs locaux, étape complémentaire indispensable

Pour compléter les éléments quantitatifs, de nombreux diagnostics sont enrichis avec les acteurs locaux (professionnels de santé, associatifs, habitants), avec différentes méthodes qualitatives (entretiens individuels, focus-groupe¹⁸, questionnaires). Ainsi, certaines priorités, fortement ressenties sur le terrain, et n'émergeant pas forcément des données chiffrées, seront mises en évidence.

D'autres, à contrario, seront confortées par le diagnostic et obtiendront ainsi une légitimité forte.

Ce volet qualitatif rencontre lui aussi de nombreuses difficultés : disponibilité des professionnels de santé (les libéraux en particulier sont très difficilement mobilisables), accès à certaines catégories d'habitants peu habitués à prendre la parole. C'est un processus long et complexe, mais qui est un élément essentiel pour mettre en place une dynamique.

Certains territoires, en avance sur l'observation locale, ont mis en place des outils méthodologiques, reproductibles d'un quartier à l'autre, permettant ainsi de comparer entre elles différentes zones géographiques¹⁹.

De nombreux moyens sont mis en œuvre au niveau local pour faire des diagnostics. Des démarches de mutualisation existent, à différents niveaux géographiques, qui permettent un accès facilité aux données ou un partage de démarche méthodologique²⁰. Une démarche régionale est en train de se mettre en place, avec un premier module de formation consacré à l'observation de la santé organisé en 2009 pour les coordinateurs des Ateliers santé ville et des Projets locaux de santé²¹. Cette démarche pourrait être complétée par la constitution d'un groupe de travail régional sur l'observation locale, afin de réfléchir à l'accès aux données permettant d'alimenter des diagnostics de santé.

Conclusion

Des dispositifs innovants, fragiles et dispersés

Est-ce que la présence d'un dispositif garantit une politique dynamique de santé ? Tous ces dispositifs territoriaux semblent permettre en tout cas de favoriser l'existence d'acteurs locaux, de mieux construire les actions de santé et d'être plus performants dans la recherche de leviers et de financements, en particulier ceux émanant du GRSP. A l'inverse, ces dispositifs n'existeraient sans doute pas sans dynamique préalable autour des diverses structures "historiques" de la santé publique que sont les **services communaux d'hygiène et de santé**, les **centres de santé** ou les **centres de protection maternelle et infantile**, voire d'associations œuvrant pour la santé. Ces structures sont souvent des piliers majeurs pour les politiques locales de santé publiques et mènent de nombreuses actions, qui s'articulent avec les différents dispositifs mentionnés. Un prochain volet de cette étude pourrait porter sur les projets de santé autour de ces structures et autour des grandes collectivités locales que sont le **Conseil Régional** et les **Conseils généraux**.

Cependant, toutes ces dynamiques mises en place ne reposent en général que sur quelques acteurs (élus locaux, directeur du service santé d'une ville, responsable de structure, coordinateurs ASV...) et des financements non pérennes, ce qui les fragilise grandement. Et quelle est la cohérence globale de ces dispositifs, qui ont chacun leurs spécificités et leurs intérêts, mais dont la multiplication génère sans aucun doute un manque de lisibilité, une dispersion des acteurs et un saupoudrage des financements ?

Pour élargir ces dynamiques à l'ensemble du territoire francilien, les collectivités territoriales et les acteurs locaux doivent donc s'approprier les questions de santé publique, les différents dispositifs, mais doivent également avoir toute leur place dans la réorganisation du système de santé .

C'est ainsi que la nécessaire articulation entre la politique nationale de santé publique, les politiques régionales et les politiques territoriales pourra se confirmer.

Références

¹ Atlas de la santé en Ile-de-France, Drass Ile-de-France, IAU Ile-de-France, ORS Ile-de-France

² Unité de consommation (source : Insee) : système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC).

- 1 UC pour le premier adulte du ménage ;

- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ;

- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

³ Mortalité survenant avant 65 ans. Aujourd'hui, plus d'un tiers des personnes qui décèdent en France métropolitaine sont âgées de 85 ans ou plus. Conséquence de cette évolution, les statistiques des décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux grands âges, ce qui limite leur intervention pour évaluer les besoins de prévention. C'est pourquoi les responsables de santé publique, en France comme dans les pays de développement comparable, s'intéressent à la mortalité prématurée.

⁴ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

⁵ La politique de la ville désigne la politique mise en place par les pouvoirs publics afin de revaloriser les zones urbaines en difficulté et de réduire les inégalités entre les territoires. Cette politique a été initiée en France il y a une trentaine d'années, alors que le "problème des banlieues" émergeait. Ses interventions sont ciblées sur les territoires les plus en difficulté repérés grâce à des indicateurs économiques et sociaux et un certain nombre de caractéristiques récurrentes : présence quasi exclusive d'habitat social ou d'habitat dégradé, enclavement physique... La liste des 751 zones urbaines sensibles (Zus) sert encore aujourd'hui de référence et d'autres quartiers prioritaires ont été ajoutés, notamment dans le cadre du programme national de rénovation urbaine et des nouveaux contrats urbains de cohésion sociale (Cucs), qui ont succédé aux contrats de ville. Près de 2 200 quartiers sont concernés, dont les 751 Zus, répartis dans 935 communes. Signés pour une durée de trois ans renouvelable, les Cucs programment des actions dans cinq champs prioritaires : habitat et cadre de vie, emploi et développement économique, éducation (ou réussite éducative), citoyenneté et prévention de la délinquance, **santé**. Le volet santé peut-être décliné ou non au travers d'un ASV.

⁶ Le nombre d'ASV opérationnels recensés dans cette étude diffère de celui de l'enquête effectuée pour le compte de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé), qui liste 57 ASV au 31 décembre 2008. Cette différence s'explique par le décalage entre les deux questionnaires (mai 2008 pour le questionnaire ORS et décembre 2008 pour le questionnaire Acsé).

⁷ La circulaire DHOS du 29 avril 2005 incite très fortement les ARH à "intégrer les objectifs de santé publique définis dans le cadre du plan régional de santé publique afin que l'offre de soins puisse répondre aux besoins exprimés en terme de prévention et d'éducation sanitaire."

⁸ Plan régional santé publique Ile-de-France 2006-2010, Drass, 2006

⁹ <http://www.urcamif.assurance-maladie.fr/ANTESYSS.56721.0.html>

¹⁰ <http://www.villes-sante.com>

¹¹ <http://www.un.org/french/events/rio92/aconf15126vol1f.htm>

¹² <http://www.ecologie.gouv.fr/-La-SNDD-.html>

¹³ Cahier des charges général pour l'élaboration à titre expérimental en Ile-de-France de huit projets médicaux de territoire, ARHIF, juin 2007

¹⁴ <http://www.rir-idf.org>

¹⁵ Ont été exclus de cette exploitation spécifique :

- les PMT, qui dans la phase actuelle n'ont pas intégré la prévention ;

- les projets RIR, qui ne sont pas encore dans une phase opérationnelle ;

- les conseils locaux de santé mentale, dispositif très thématique.

¹⁶ Rappelons qu'une grande partie des politiques locales est menée par les structures "historiques" de la santé publique : les services communaux d'hygiène et de santé, les centres de santé, les centres de protection maternelle et infantile,...

¹⁷ Plan Espoir Banlieue pour la Seine-et-Marne, dossier de présentation, Ministère du Logement et de la Ville, Secrétariat d'Etat à la politique de la ville, Préfecture de Seine-et-Marne, 2009

¹⁸ Technique qualitative qui consiste mener des entretiens collectifs en petit groupe afin de susciter une discussion ouverte et de confronter les points de vue sur un sujet.

¹⁹ Diagnostic-santé Quartier Chemin de l'Ile, mairie de Nanterre, Service municipal de la Santé, pôle Prévention santé, 2009

²⁰ A l'initiative des centres ressources en politique de la ville ou des Ddass, ou d'un groupe de partenaires locaux par exemple

²¹ Convention relative à l'accompagnement des Ateliers santé ville d'Ile-de-France, signée entre la Préfecture de Région et l'ORS Ile-de-France

Liste des acronymes et des sigles

Acsé : Agence nationale de la cohésion sociale et de l'égalité des chances

Div : Délégation interministérielle à la ville

Drass : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

EPCI : établissements publics de coopération intercommunale

Figs : Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des Soins

FNPEIS : Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire

GRSP : Groupement régional de santé publique

Iresp : Institut de Recherche en Santé Publique

Migac : missions d'intérêt général et aide à la contractualisation

Mildt : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMT : Projet médical de territoire

PLS : Projets locaux de santé

PRSP : Plan régional de santé publique

Urcam : Union régionale des caisses d'Assurance maladie