

Observatoire régional de santé d'Ile-de-France

Dynamiques territoriales de santé en Ile-de-France

Octobre 2009

Etude réalisée par
Corinne PRAZNOCZY, chargée d'études à l'ORS d'Ile-de-France,
sous la direction du Dr Isabelle GRÉMY

Remerciements

- Acsé : Damien Durand, chargé de mission ;
- ARH : Sylvia Nguyen-Dang, chef de projet urgences-PDS et gériatrie ;
- Atelier Santé Ville de Bagneux : Angélique Carpaye, coordinatrice ;
- Atelier Santé Ville de Nanterre : Hélène Chapet, coordinatrice ;
- Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale : Pauline Rhenter, chargée de mission ;
- Centre de Ressources Politique de la Ville en Essonne : Evelyne Bouzzine ;
- Conseil général de Seine-et-Marne : Gérard Bernheim, vice-président en charge des solidarités ;
- Conseil général de l'Essonne : Emelyne Bigot, Chef de projet Agenda 21 ;
- Drass Ile-de-France : Pascale Giry ; Christian Laborda ; Dr Danièle Mischlich, Edith Wirbel ;
- Elus, Santé Publique & Territoires : Dr Laurent El Ghozi, président ; Aude Salamon, chargée de mission ;
- IAU Ile-de-France : Brigitte Guigou ; Agnès Parnaix ;
- Institut de Promotion de la Santé de Saint-Quentin-en Yvelines : Barbara Perelman ;
- Observatoire Local de Santé de Nanterre : Perrine Demeaux, coordinatrice ;
- Pôle de ressources Ville et développement social : Jean-Claude Mas, Denis Tricoire ;
- Pôle ressources de la politique de la ville et de l'intégration de la ville de Paris : Mounira Mehiri ;
- Profession Banlieue : Bénédicte Madelin, directrice ; Elsa Micouraud ;
- Réseau Français des Villes-Santé OMS : Zoé Héritage, chargée de mission ;
- Rir Ile-de-France : Dr Bernard Huynh, Président ; Nathalie Noël ;
- Sanesco : Dr Jean-Noël Collin ;
- Université Paris Ouest : Zoé Vaillant, laboratoire Espace, santé et territoires ;
- Urcam Ile-de-France : Julien Galli, chargé de mission ; Pierre Ouahnnon, Adjoint au Directeur ;

Merci également à tous les coordinateurs des Ateliers Santé Ville d'Ile-de-France, et à leurs référents dans les Ddass de la région, à Florence De Maria et Adrien Saunal, chargés d'études à l'ORS Ile-de-France

Et merci plus particulièrement pour leur relecture attentive au Dr Luc Ginot (responsable du service communal d'hygiène et de santé d'Aubervilliers), au Dr Pascale Gayrard (consultante en santé publique), à Philippe Pépin et au Dr Catherine Vincelet (chargés d'études à l'ORS Ile-de-France).

| |
|---|
| <p>L'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France est subventionné par l'Etat (Préfecture de région et Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France) et par le Conseil régional d'Ile-de-France.</p> |
|---|

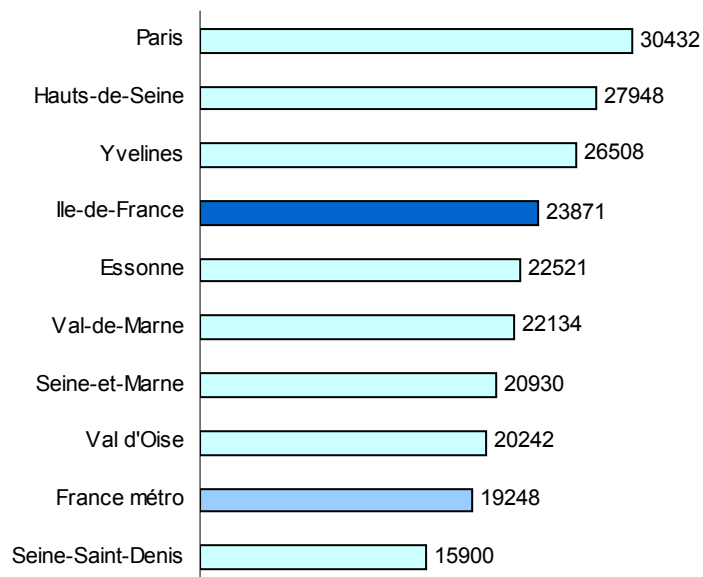
Sommaire

| | |
|--|------|
| 1 - Introduction | p 5 |
| 2 - Les différents dispositifs « Santé et territoires » | p 13 |
| <i>Les Ateliers Santé Ville</i> | p 14 |
| <i>Les projets locaux de santé pilotés par un établissement hospitalier</i> | p 36 |
| <i>Le programme ANTESYSS</i> | p 42 |
| <i>Le réseau Villes-Santé de l’OMS</i> | p 46 |
| <i>Les Agendas 21 locaux</i> | p 50 |
| <i>Les projets médicaux de territoire</i> | p 56 |
| <i>Les projets RIR</i> | p 60 |
| <i>Les conseils locaux de santé mentale ou dispositifs apparentés</i> | p 64 |
| <i>La couverture de l’Ile-de-France par les principaux dispositifs</i> | p 68 |
| 3 - Les projets retenus en 2008 par le GRSP et les différents dispositifs | p 71 |
| <i>L’appel à projet du GRSP</i> | p 72 |
| <i>Les actions financées à Paris</i> | p 78 |
| <i>Les actions financées en Seine-et-Marne</i> | p 80 |
| <i>Les actions financées dans les Yvelines</i> | p 82 |
| <i>Les actions financées en Essonne</i> | p 84 |
| <i>Les actions financées dans les Hauts-de-Seine</i> | p 86 |
| <i>Les actions financées en Seine-Saint-Denis</i> | p 88 |
| <i>Les actions financées dans le Val-de-Marne</i> | p 90 |
| <i>Les actions financées dans le Val d’Oise</i> | p 92 |

| | |
|---|-------|
| 4 - Quelques initiatives complémentaires | p 95 |
| <i>Les observatoires locaux de santé</i> | p 97 |
| <i>L'association Elus, Santé Publique & Territoires</i> | p 99 |
| <i>Le développement de la géographie de la santé dans les villes</i> | p 100 |
| <i>Les projets locaux dans le cadre de projets territoriaux de développement</i> | p 102 |
| <i>Les communautés d'agglomération, la politique de la ville et la santé (extrait d'une étude de l'IAU Ile-de-France)</i> | p 103 |
| <i>Les intercommunalités : santé et leviers d'actions</i> | p 107 |
| <i>Le plan départemental pour la démographie médicale en Seine-et-Marne</i> | p 111 |
| <i>Les piliers majeurs</i> | p 112 |
| 5 - Zooms sur des expériences locales | p 115 |
| <i>La ville de Saint-Denis</i> | p 116 |
| <i>La communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en Yvelines</i> | p 120 |
| 6 - Conclusion | p 125 |
| Bibliographique | p 133 |
| Liste des acronymes et des sigles | p 137 |
| Annexe | p 141 |

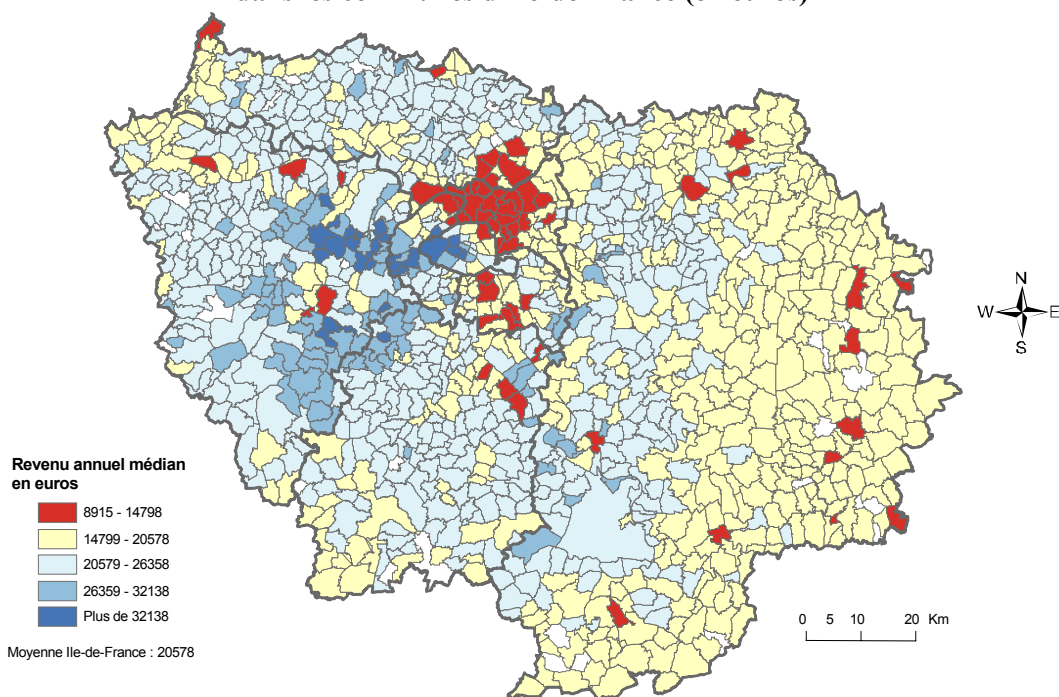
1 - Introduction

Graphique 1 - Les revenus moyens par unité de consommation en 2005 (en euros)



Source : Insee-DGI - Revenus Fiscaux des Ménages 2005

Carte 1 - Les revenus médians* par unité de consommation en 2005 dans les communes d'Ile-de-France (en euros)



Source : Insee-DGI - Revenus Fiscaux des Ménages 2005

* Le revenu médian est le revenu qui partage exactement en deux la population : La moitié de la population dispose d'un revenu plus élevé que le revenu médian, l'autre moitié d'un revenu moins élevé.

La région Ile-de-France est une région riche, avec de forts contrastes sociaux et territoriaux¹ : elle représente 19% de la population métropolitaine mais accueille 36% des cadres, 41% des étrangers vivant en France², 20% des Rmistes³ et 30% des résidents de zones urbaines sensibles⁴. Le revenu moyen francilien par unité de consommation⁵ est nettement plus élevé que le revenu moyen national (23 871 euros contre 19 248 euros en France métropolitaine en 2005⁶). Les revenus moyens par unité de consommation 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 (graphique 1). 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 économiquement favorisés dans le nord et l'est de la région (carte 1). Ainsi, entre 1984 et 2004, l'évolution du revenu moyen après impôt des foyers fiscaux en euros constants⁷ a été de +21% sur l'ensemble de l'Ile-de-France, mais de +41% à Paris et de -3,5% en Seine-Saint-Denis. Le différentiel entre Paris et la Seine-Saint-Denis se creuse ainsi en vingt ans, passant de +16% en 1984 à +69% en 2004 : les espaces aisés renforcent leur statut, Paris compte de plus en plus de cadres au détriment des employés et des ouvriers, et les secteurs les plus populaires accueillent des populations de plus en plus modestes. L'amplitude de ces inégalités peut également se mesurer en rapportant le 9^{ème} décile (revenu au-dessus duquel se situent 10% des revenus les plus élevés) au 1^{er} décile (revenu en dessous duquel se situent 10% des revenus les plus faibles). Ce rapport entre déciles extrêmes est d'autant plus élevé que les écarts entre les plus riches et les plus pauvres sont marqués dans une population.

¹ Atlas de la santé en Ile-de-France, Drass Ile-de-France, IAU Ile-de-France, ORS Ile-de-France, 2005

² Source : Insee Recensement de la population 2006

³ Sources : CAF et MSA

⁴ Source : Insee Recensement de la population 2006 - Limites communales au 1er janvier 2008

⁵ 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).

Pour comparer le niveau de vie des ménages, on ne peut s'en tenir à la consommation par personne. En effet, les besoins d'un ménage ne s'accroissent pas en stricte proportion de sa taille. Lorsque plusieurs personnes vivent ensemble, il n'est pas nécessaire de multiplier tous les biens de consommation (en particulier, les biens de consommation durables) par le nombre de personnes pour garder le même niveau de vie.

Aussi, pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente, on utilise une mesure du revenu corrigé par unité de consommation à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante :

- 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.

⁶ Source : Insee-DGI - Revenus Fiscaux des Ménages 2005

⁷ Source : Insee-DGI - Revenus Fiscaux des Ménages

Tableau 1 - Les rapports inter-déciles en 2005

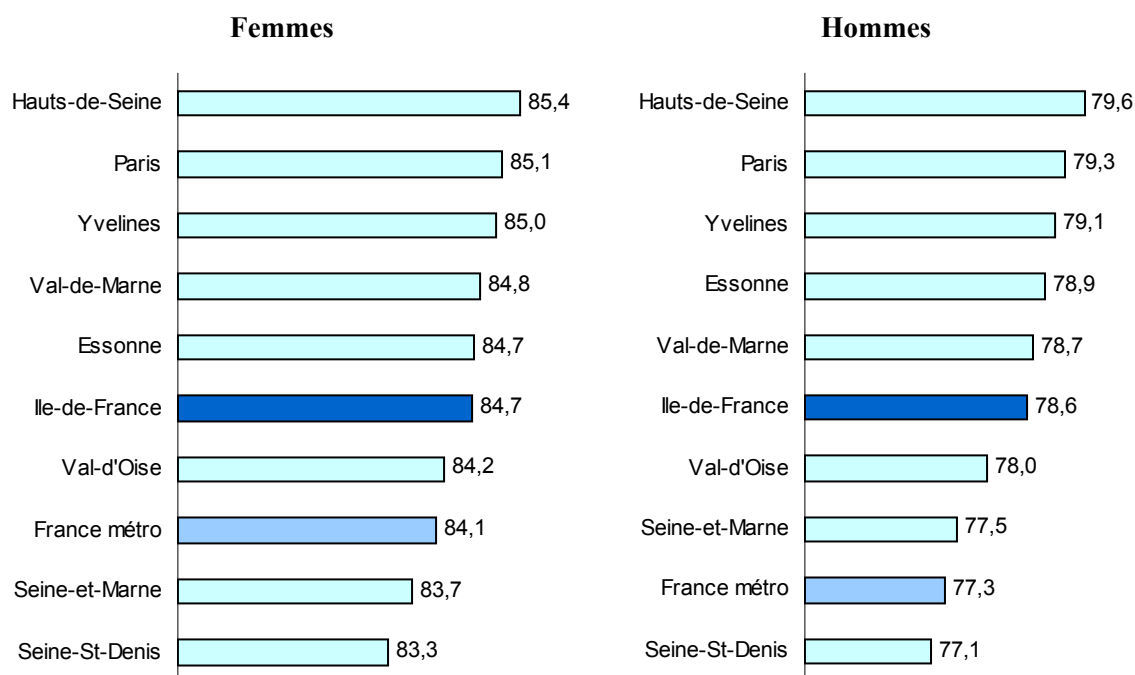
| | 1 ^{er} décile | 9 ^{ème} décile | Rapport inter-décile |
|------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|
| Paris | 5 129 | 57 218 | 11,2 |
| Seine-et-Marne | 7 471 | 34 786 | 4,7 |
| Yvelines | 8 639 | 45 784 | 5,3 |
| Essonne | 7 317 | 38 428 | 5,3 |
| Hauts-de-Seine | 6 772 | 51 090 | 7,5 |
| Seine-Saint-Denis | 3 788 | 29 724 | 7,8 |
| Val-de-Marne | 6 089 | 39 580 | 6,5 |
| Val d'Oise | 6 023 | 35 145 | 5,8 |
| Ile-de-France | 5 954 | 42 758 | 7,2 |
| France métropolitaine | 6 121 | 33 204 | 5,4 |

1^{er} décile : revenu en dessous duquel se situent les 10% des revenus les plus faibles

9^{ème} décile : revenu au-dessus duquel se situent les 10% des revenus les plus élevés

Source : Insee-DGI - Revenus Fiscaux des Ménages 2005

Graphique 2- Espérance de vie à la naissance en 2005 (en années)



Source : Insee 2006

En Ile-de-France, ce rapport atteint 7,2 alors qu'il n'est « que » de 5,5 en France (tableau 1). Ce rapport est particulièrement élevé à Paris (proche de 11) qui conjugue 9^{ème} décile très élevé et 1^{er} décile particulièrement bas. Dans la région, seuls les départements de la Seine-et-Marne, de l'Essonne et des Yvelines ont un rapport inter-décile inférieur à celui de la France grâce à une valeur élevée de leur 1^{er} décile⁸.

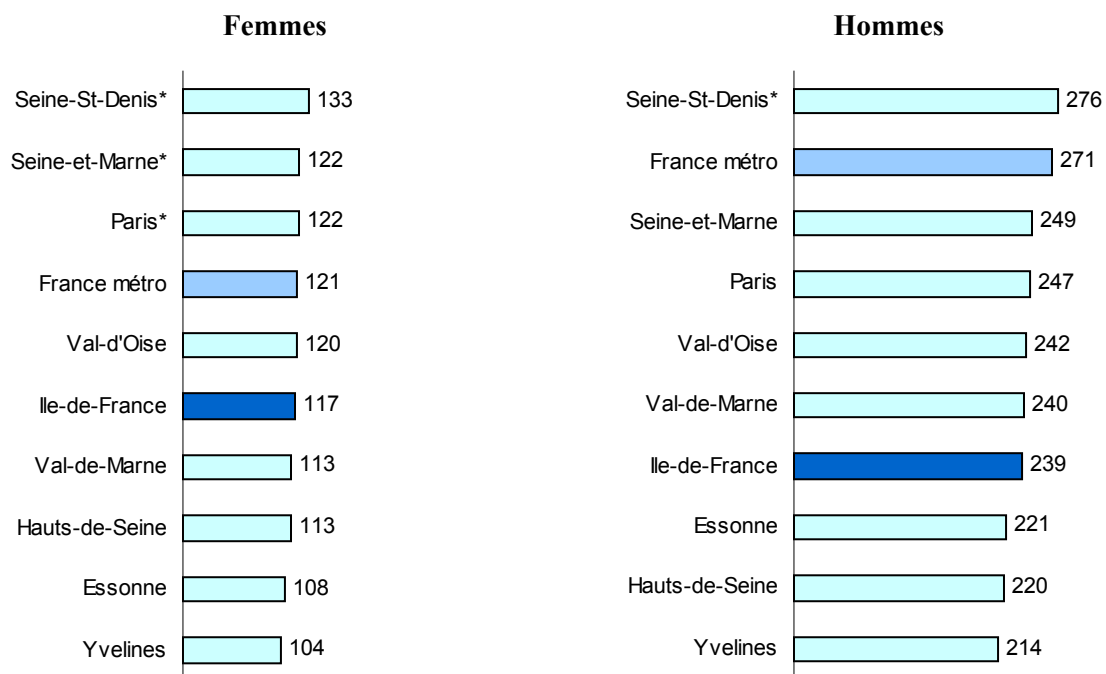
Ces inégalités territoriales qui résultent de facteurs individuels et de facteurs sociaux d'organisation des quartiers ne sont pas sans conséquence sur la santé des habitants comme le montrent des indicateurs généraux de santé (espérance de vie, mortalité prématurée⁹) globalement plus favorables dans les secteurs favorisés économiquement. Ainsi l'Ile-de-France fait partie des régions où l'on vit le plus longtemps : 84,7 années pour les femmes en 2006 (84,1 en France métropolitaine) et 78,6 années pour les hommes (77,3 en France métropolitaine). Mais on peut observer de fortes disparités entre les départements : les alto-séquanaises ont une espérance de vie supérieure de 2,1 années par rapport aux séquano-dyonisiennes. On observe un différentiel légèrement supérieur chez les hommes de ces deux départements (2,5 années). Les Hauts-de-Seine, Paris, les Yvelines, l'Essonne et le Val-de-Marne se situent au-dessus de la moyenne francilienne pour les deux sexes. Les autres départements de la région se situent en dessous. Chez les femmes, les départements de la Seine-Saint-Denis et de la Seine-et-Marne se situent même au-dessous de la moyenne métropolitaine (graphique 2). On retrouve également des disparités au sein des départements. Ces disparités sont sans doute fortement liées aux catégories sociales. Au niveau national, l'Insee a observé que les ouvriers vivent le moins longtemps et que les cadres et les professions intellectuelles supérieures ont l'espérance de vie la plus longue. Ces différences de mortalité sont beaucoup plus modérées chez les femmes que chez les hommes : l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres dépasse de 3 ans celle des ouvrières, contre un écart de 7 ans entre les hommes cadres et les ouvriers¹⁰.

⁸ Le plan régional de santé publique 2006-2010 en Ile-de-France, situation en 2006, GRSP Ile-de-France, ORS Ile-de-France, mars 2008

⁹ 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 et leur pertinence 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.

¹⁰ MONTEIL C., ROBERT-BOBEE I., Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes, Insee Première n° 1025, Juin 2005

**Graphique 3 - Taux comparatif de mortalité prématurée en 2003-2005
(pour 100 000 personnes du même sexe)**



Source : Inserm CépiDC, Insee – exploitation FNORS

On observe également de fortes disparités des niveaux de mortalité prématurée dans la région. Chez les femmes, le taux comparatif varie de 104 pour 100 000 femmes dans les Yvelines à 133 en Seine-Saint-Denis, et chez les hommes de 214 pour 100 000 dans les Yvelines à 276 en Seine-Saint-Denis.

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 2004¹¹ mais également de la politique de la ville, avec la création des Ateliers Santé ville (ASV). La lettre-circulaire du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale¹², qui s'appuie sur la priorité réaffirmée par le comité interministériel des villes du 20 juin 2008 de faire de la santé une des cinq priorités de la politique de la ville, a prévu dans la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST), que la mise en œuvre du projet régional de santé pourra faire l'objet de contrats locaux de santé. Ces contrats locaux de santé 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. D'autre part, les ARS seront associées à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'actions dans le domaine de la santé, prévus dans la loi du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine¹³.

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 ? ...

¹¹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

¹² Lettre-circulaire interministérielle DGS/Div/DP1 n° 2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé

¹³ Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires adopté le 24 juin 2009 par le sénat

C'est pour répondre à ces questions que l'ORS a mis en place cette étude, qui a pour objectif de recenser les différents dispositifs existants, les territoires couverts par ces dispositifs 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'Etat (politique de la ville, ...), de l'Assurance maladie ou des collectivités et se déclinent de plusieurs façons : sur des thématiques bien précises ou à partir d'une vision plus globale de la santé. Dans tous les cas, une démarche partagée avec les acteurs locaux est à la base des dispositifs.

Le panorama présenté est bien évidemment parcellaire : toutes les dynamiques présentées ici n'existeraient sans doute pas s'il n'y avait pas déjà des dynamiques existantes, tout particulièrement autour des centres de santé, des services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), des centres de protection maternelle et infantile (PMI), mais aussi autour des politiques du Conseil Régional et des huit départements, qu'il faudrait recenser également pour avoir une vision plus complète du paysage francilien. Ce recensement pourra faire l'objet d'un second volet de cette étude¹⁴.

Méthodologie de l'étude

- Un questionnaire a été envoyé en mai 2008 (voir en annexe) à tous les coordinateurs des Ateliers Santé ville (ASV) 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 diagnostics¹⁵ (diagnostics réalisés, état d'avancement des diagnostics en cours) ainsi que sur les priorités retenues, ont également été recueillies. Seuls trois ASV n'ont pas renvoyé le questionnaire. Les derniers questionnaires sont arrivés fin 2008 (des ASV en cours de diagnostic en mai 2008 ont en effet attendu d'avoir quelques résultats pour faire parvenir leur 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.

¹⁴ Plus de détails dans le paragraphe « D'autres initiatives » du chapitre 5

¹⁵ Le diagnostic santé du territoire constitue le préalable à la mise en œuvre d'un ASV

2 - Les différents dispositifs « Santé et territoires »

Les Ateliers Santé Ville

Les projets locaux de santé pilotés par un établissement hospitalier

Le programme Antesyss

Le réseau Villes-Santé de l'OMS

Les Agendas 21 locaux

Les projets médicaux de territoire

Les projets RIR

Les conseils locaux de santé mentale ou dispositifs apparentés

La couverture de l'Ile-de-France par les principaux dispositifs

La politique de la ville¹⁶

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 (PNRU) 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.

Agir sur tous les leviers

Pour répondre au cumul de difficultés qui touche ces territoires, cette politique recouvre une grande diversité d'interventions qui complète les autres politiques publiques (éducation, logement, action sociale...). Ses principales orientations se décident au sein du Comité interministériel des villes (CIV). Présidée par le Premier ministre, cette instance gouvernementale arrête les programmes et en répartit les moyens. L'action interministérielle est destinée à favoriser la prise en compte, par chacun des ministères concernés, de la spécificité des quartiers sensibles, dans leurs politiques et leurs moyens budgétaires.

Sur la base de contrats avec les collectivités

La politique de la ville est mise en œuvre par les collectivités territoriales. Les préfets passent des contrats avec les maires ou les présidents d'EPCI (établissement public de coopération intercommunale) qui définissent un projet de développement pour chaque quartier.

Signés pour une durée de trois ans renouvelable, ces contrats - baptisés « *contrats urbains de cohésion sociale* » (Cucs) - programment des actions précises dans cinq champs prioritaires :

- habitat et cadre de vie ;
- emploi et développement économique ;
- éducation (ou réussite éducative) ;
- citoyenneté et prévention de la délinquance ;
- **santé**.

Mais la politique de la ville repose aussi plus largement sur la mobilisation des organismes publics, bailleurs sociaux, caisses d'allocations familiales, associations, monde économique... et sur la participation des habitants de ces quartiers.

En Ile-de-France, 113 contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) ont été signés.

¹⁶ Extrait du site de la Délégation interministérielle à la ville (Div), chapitre « L'essentiel » : http://www.ville.gouv.fr/article.php3?id_article=5

Les Ateliers santé ville

Les Ateliers santé ville (ASV) ont été créés par le Comité interministériel des villes en décembre 1999, dans le cadre de la politique de la ville, afin de renforcer le volet santé des contrats de ville¹⁷. Ils doivent mettre en cohérence les actions destinées aux populations prioritaires, qu'elles soient menées par les institutions, le monde associatif ou les acteurs de santé du service public ou privé.

La loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1^{er} août 2003 a réaffirmé les Ateliers santé ville, avec comme objectif le développement de la prévention et de l'accès aux soins, au travers de la déclinaison en particulier du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) défini dans le Plan régional de santé publique (PRSP).

Enfin, le comité interministériel des villes de mars 2006 a prévu de développer et conforter les ASV, au sein des contrats urbains de cohésion sociale (Cucs)¹⁷ afin de mettre en œuvre des projets locaux de santé publique en cohérence avec la politique nationale et régionale de santé publique. Il était prévu de couvrir, fin 2008, l'ensemble des territoires en politique de la ville¹⁸. L'Ile-de-France compte 113 Cucs.

Les Ateliers santé ville, dans une démarche partenariale entre les services de l'Etat et les services municipaux, ont pour objectif :

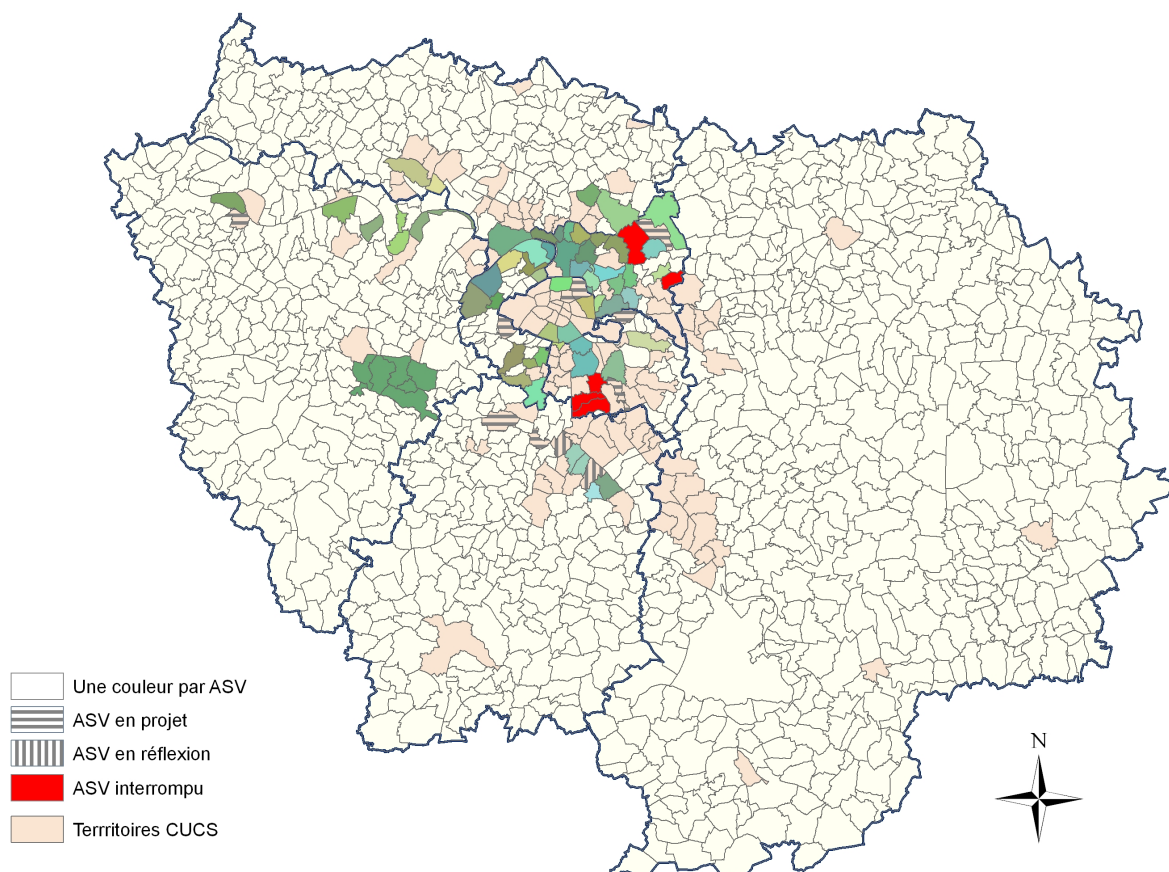
- d'identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en situation de vulnérabilité et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie (logement, emploi, transport, environnement...);
- de faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création 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 ;
- et de développer d'une part, la participation active de la population à toutes les phases des programmes (diagnostic, définition de priorités, programmation, mise en œuvre et évaluation) et d'autre part, la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes¹⁹.

¹⁷ Le contrat de ville a été créé par la loi du 10 juillet 1989 dans le cadre de la politique de la ville. La circulaire du 31 décembre 1998 précisait la définition des contrats de ville et leurs modalités d'organisation pour la période 2000-2006 : « Le contrat de ville constitue le cadre par lequel l'État, les collectivités locales et leurs partenaires s'engagent à mettre en œuvre, de façon concertée, des politiques territorialisées de développement solidaire et de renouvellement urbain, visant à lutter contre le processus de dévalorisation de certains territoires de nos villes ». Ce dispositif a été remplacé par le contrat urbain de cohésion sociale (Cucs) pour la période 2007-2012. Le volet santé peut-être décliné ou non au travers d'un Atelier santé ville.

¹⁸ Ateliers Santé Ville, une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, collection repères, les éditions de la Div, septembre 2007

¹⁹ Circulaire n° DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire

Carte 2 - Les ASV et les Cucs 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

Champ géographique des ASV : Zus, territoires prioritaires définis dans le cadre de la politique de la ville

En Ile-de-France, en 2008, on dénombre 53 ASV, qui concernent 64 communes ou arrondissements de Paris (certains ASV sont intercommunaux), et quelques projets, bien avancés (7 communes et deux projets à Paris) ou encore au stade de la réflexion (2 communes). Trois ASV (concernant 5 communes) ont été interrompus (manque de personnel, changement d'équipe municipale, ...). Ces ASV sont répartis de la manière suivante :

| |
|---|
| Paris |
| 13 ^{ème} arrondissement, 14 ^{ème} arrondissement, 18 ^{ème} arrondissement, 20 ^{ème} arrondissement <i>Projets en cours</i> : 10 ^{ème} arrondissement, 19 ^{ème} arrondissement |
| Seine-et-Marne |
| Pas d'ASV |
| Yvelines |
| Achères/Vernouillet (ASV intercommunal), Carrières-sous-Poissy/Chanteloup-les-Vignes (ASV intercommunal), Les Mureaux, Mantes-la-Jolie, St-Quentin-en-Yvelines (ASV intercommunal) <i>Projet en cours</i> : Mantes-la-Ville |
| Essonne |
| Courcouronnes, Evry, Grigny / Viry-Châtillon (ASV intercommunal) <i>Projets en cours</i> : Palaiseau, Longjumeau <i>Projets en réflexion</i> : Ris-Orangis, Savigny-sur-Orge |
| Hauts-de-Seine |
| Antony, Asnières, Bagneux, Chatenay-Malabry, Clamart, Clichy, Colombes, Fontenay-aux-Roses, Gennevilliers, Nanterre, Rueil-Malmaison, Suresnes, Villeneuve-la-Garenne <i>Projet en cours</i> : Boulogne-Billancourt |
| Seine-Saint-Denis |
| Aubervilliers, Bagnolet, Le Blanc-Mesnil / Dugny (ASV intercommunal), Bobigny, Bondy, Clichy-sous-Bois, La Courneuve, Epinay-sur-Seine, Montreuil, Noisy-le-Sec, Pantin, Le Pré-Saint-Gervais, Pierrefitte-sur-Seine, Rosny-sous-Bois, Saint-Denis, Sevran, Stains, Tremblay-en-France, Villetaneuse <i>Projet en cours</i> : Villepinte <i>ASV Interrompus</i> : Aulnay-sous-Bois, Montfermeil |
| Val-de-Marne |
| Champigny-sur-Marne, Créteil, Gentilly, Ivry-sur-Seine / Vitry-sur-Seine (ASV intercommunal) <i>Projet en cours</i> : Fontenay-sous-Bois, Valenton <i>ASV Interrompu</i> : Orly / Choisy / Villeneuve-le-Roi (ASV intercommunal) |
| Val-d'Oise |
| Argenteuil, Eragny-sur-Oise, Cergy-Pontoise, Gonesse, Villiers-le-Bel |

Sources : Ddass d'Ile-de-France, Div

Les ASV « en projet » sont assez avancés, en particulier sur leurs dossiers de financement

Les ASV « en réflexion » ont un degré moindre d'avancement

Le nombre d'Ateliers Santé ville 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 2008²⁰. Cette différence s'explique par le décalage entre les deux questionnaires (mai 2008 pour le questionnaire ORS et décembre 2008 pour le questionnaire Acsé) : certains ASV à l'état de projet en mai sont considérés comme opérationnels en décembre. D'autre part, l'ASV intercommunal du Blanc-Mesnil / Dugny est compté comme deux ASV par l'Acsé, car chaque commune a son coordinateur.

Les paragraphes suivants présentent les principaux enseignements issus de l'exploitation des questionnaires envoyés par l'ORS Ile-de-France à tous les coordinateurs des Ateliers Santé ville de la région.

Une configuration des ASV à géométrie variable

En Ile-de-France, les ASV sont généralement communaux, même pour des communes dont le Cucs est intercommunal.

Quelques exceptions, avec des configurations variables :

- ASV d'Achères / Vernouillet : les 2 communes ne font pas partie du même Cucs. L'ASV est porté par un Syndicat Intercommunal à Vocation Unique (SIPAICOV Achères-Vernouillet).
- ASV Carrières-sous-Poissy / Chanteloup-les-Vignes : les 2 communes ne font pas partie du même Cucs. L'ASV est porté par les deux communes.
- ASV St-Quentin-en-Yvelines : le Cucs porte sur 5 communes, alors que l'ASV couvre la totalité de l'agglomération (7 communes). L'ASV est porté par la communauté d'agglomération (CA).
- ASV Grigny / Viry-Châtillon : les 2 communes font partie du même Cucs. L'ASV est porté par un groupement d'intérêt public (GIP).
- ASV Le Blanc-Mesnil / Dugny : les 2 communes ne font pas partie du même Cucs. L'ASV est porté par les deux communes.
- Même cas de figure pour l'ASV Ivry-sur-Seine / Vitry-sur-Seine : les 2 communes font partie du même Cucs. L'ASV est porté par les deux communes.

Le cas de Paris est particulier, avec un Cucs sur l'ensemble de la ville et 4 ASV sur son territoire.

²⁰ Résultats de l'enquête sur les Ateliers santé ville, Acsé, avril 2009

Des structures porteuses différentes d'un ASV à l'autre

Les ASV sont généralement rattachés à un service de la ville : direction santé et/ou politique de la ville, centre communal d'action sociale (CCAS), Service Communal d'Hygiène et Santé (SCHS), ou centre municipal de santé. Ils peuvent également être rattachés à une structure associative créée pour gérer les actions de santé et/ou de politique de la ville.

Dans trois cas particuliers, l'ASV est rattaché à une structure intercommunale (syndicat, communauté d'agglomération ou GIP).

Le portage politique est essentiel dans le dispositif ASV. Dans la moitié des cas, deux élus sont en charge de l'ASV, l'un par la délégation « santé », l'autre par la délégation « politique de la ville ». Trois ASV dépendent de trois élus. Les délégations citées débordent largement les thématiques « santé » et « politique de la ville » : l'action sociale, la solidarité, le handicap, les personnes âgées, la petite enfance, la prévention – qui sont autant de champs d'intervention des ASV – sont très souvent mentionnés²¹.

Beaucoup de diagnostics de santé territoriaux déjà réalisés

L'analyse des questionnaires reçus montre que près des deux tiers des ASV ont déjà réalisé leur(s) diagnostic(s) au moment du questionnaire. Les autres diagnostics sont en cours, avec une restitution prévue fin 2008 ou en 2009.

Six ASV, parmi ceux ayant déjà un diagnostic sur le territoire sont en cours de réactualisation ou d'enrichissement de leur diagnostic. Huit ASV disposent d'au moins deux diagnostics.

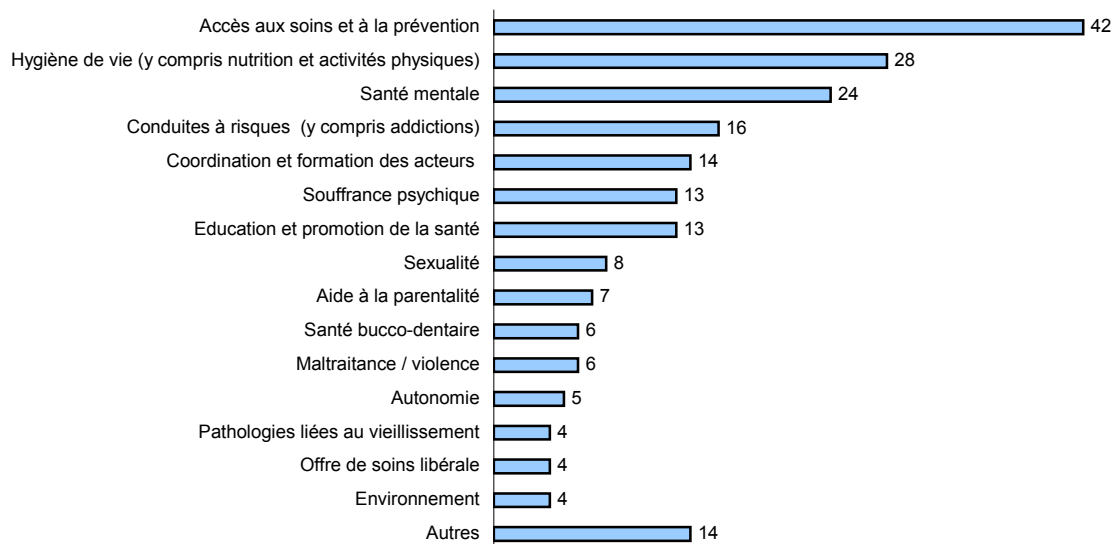
Les diagnostics sont réalisés par des bureaux d'études ou en interne, avec un appui méthodologique externe ou non. Sur les 54 diagnostics décrits par les coordinateurs ASV, 24 ont été réalisés par un bureau d'études, autant en interne, et les autres diagnostics sont le résultat d'une collaboration étroite entre un bureau d'études et l'ASV.

Pour les 21 diagnostics en cours, 7 sont réalisés par un bureau d'études, 8 en interne et 6 sont co-réalisés.

Près de 20 bureaux d'études interviennent sur ces diagnostics, en majorité pour un ou deux diagnostics. Seuls 3 bureaux d'études interviennent très régulièrement (entre 7 et 9 diagnostics) : le cabinet AC/DC, Grès Médiation Santé et l'Institut Renaudot.

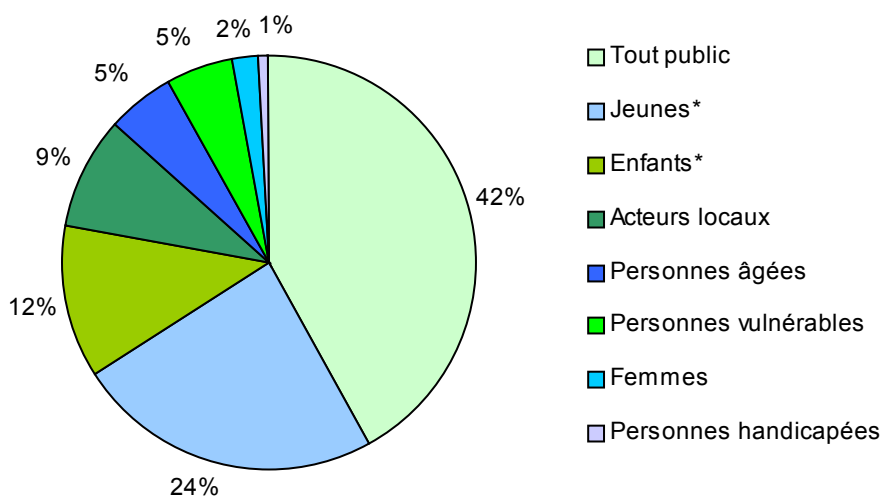
²¹ Une même appellation de délégation peut couvrir des réalités différentes selon les collectivités.

Graphique 4 - Répartition des priorités retenues par les ASV franciliens au 31 décembre 2008 (en nombre de citations)



Source : Questionnaire aux ASV 2008 – ORS Ile-de-France

Graphique 5 - Répartition des priorités retenues selon le public visé au 31 décembre 2008 (en nombre de citations)



Source : Questionnaire aux ASV 2008 – ORS Ile-de-France

* La notion jeunes / enfants est différente selon les ASV...

Près des trois-quarts des diagnostics portent sur la santé en général, l'accès aux soins et le recensement des différentes structures œuvrant sur le territoire. Les autres diagnostics sont thématiques ou multithématiques (santé mentale, nutrition,...) ou ne concernent qu'une partie de la population (les jeunes le plus souvent). La zone géographique concernée est l'ensemble de la commune, plus rarement le ou les quartiers en politique de la ville. Cela tient à la fois au manque de données disponibles à un échelon infra-communal, mais aussi à un état d'esprit plus général : les ASV, bien que définis géographiquement, sont élargis le plus souvent à l'ensemble du territoire (communal ou intercommunal), ce qui n'empêche pas bien sûr des actions ciblées sur les quartiers en politique de la ville.

Les éléments que l'on trouve dans ces diagnostics sont les suivants, déclinés entièrement ou pour partie selon les ASV (et selon les moyens ou la volonté politique) :

- le contexte géographique et historique du territoire,
- des données de cadrage quantitatives,
- le recensement des structures et des professionnels de santé,
- une enquête ou des entretiens auprès des acteurs de santé,
- une enquête ou des entretiens auprès des habitants,
- une synthèse des problématiques du territoire et des priorités,
- des pistes d'actions.

De nombreuses priorités retenues par les ASV

A partir des éléments quantitatifs et qualitatifs recueillis lors du diagnostic, et

Les priorités retenues à l'issue des diagnostics couvrent de nombreuses thématiques (graphique 4). Elles peuvent s'adresser à l'ensemble de la population ou à une partie seulement (graphique 5). Les 54 diagnostics ont donné lieu à 208 priorités citées. Les citations sont très hétérogènes et ne couvrent pas forcément des champs similaires : par exemple un ASV va citer « la santé des jeunes » comme une priorité globale, alors qu'un autre ASV va citer chacune des priorités retenues chez les jeunes (nutrition, santé bucco-dentaire,...).

L'analyse des priorités citées fait ressortir trois thématiques principales, qui regroupent 45% des citations : l'accès aux soins et à la prévention, y compris l'accès aux droits (20% des citations), l'hygiène de vie, y compris nutrition et activités physiques (13%) et la santé mentale (12%).

Viennent ensuite les conduites à risques, y compris les addictions (8% des citations), la coordination et la formation des acteurs (7%), l'éducation et la promotion de la santé, ainsi que la souffrance psychique (6% chacun), la sexualité (4%), l'aide à la parentalité, les questions de maltraitance et de violence, la santé bucco-dentaire (3%), les questions d'autonomie, l'environnement et l'offre de soins libérale (2%). Enfin, des thématiques sont citées pour moins de 2% des cas : les troubles du langage et de la perception, les vaccinations, les cancers, les problèmes respiratoires, l'échec scolaire, la santé de la femme, le saturnisme et le suivi périnatal.

La majorité des priorités retenues s'adresse à toute la population du territoire (42%). Les publics visés ensuite sont les jeunes (24%), les enfants (12%), les acteurs locaux (professionnels de santé, habitants...) sur des questions de coordination ou de formation, les personnes âgées et les personnes vulnérables. Les femmes et les personnes en situation de handicap sont très peu visées par des priorités spécifiques.

Les priorités retenues sont bien sûr différentes selon les publics :

- pour l'ensemble de la population, l'accès aux soins et à la prévention (28% des priorités cités pour ce public), la santé mentale (22%) et l'hygiène de vie, y compris la nutrition et les activités physiques (16%) sont les principales priorités retenues ;
- pour les jeunes, les conduites à risques chez les jeunes, y compris les addictions (20% des priorités cités pour ce public), l'hygiène de vie, y compris la nutrition et les activités physiques (14%), l'éducation et la promotion de la santé (14%) et la sexualité (12%) sont les principales priorités retenues ;
- pour les enfants, l'hygiène de vie, y compris la nutrition et les activités physiques (28% des priorités cités pour ce public), l'aide à la parentalité (28%) et la santé bucco-dentaire (12%) sont les principales priorités retenues ;
- pour les acteurs (y compris les habitants), la coordination et la formation sont les principales priorités retenues ;
- pour les personnes âgées, les pathologies liées au vieillissement et l'isolement sont les principales priorités retenues ;
- pour les personnes vulnérables, l'accès aux soins est la principale priorité retenue ;
- pour les femmes, la violence est la principale priorité retenue ;
- pour les personnes handicapées, l'autonomie est la principale priorité retenue.

Des priorités retenues dans le cadre des ASV majoritairement en rapport avec les priorités du Plan régional de santé publique (PRSP)

Plus d'une priorité locale sur cinq relève des logiques transversales du PRSP : réduction des inégalités de santé, accès aux soins et à la prévention, promotion et éducation à la santé. Les autres priorités sont plus ciblées et peuvent de fait concorder avec un des objectifs du PRSP²² francilien (61% des priorités).

Tableau 2 - Répartition des priorités retenues selon les objectifs du PRSP au 31 décembre 2008

| |
|---|
| <p>Axe 1 : Lutter contre le cancer (objectifs 1 à 6)</p> <p>Seulement deux priorités citées (près de 1%) dans cet axe.</p> |
| <p>Axe 2 : Accompagner les phases de fragilisation au cours du parcours de vie ou à la suite d'évènements de santé fragilisants (objectifs 7 à 17)</p> <p>59 priorités citées (plus de 28%) se retrouvent dans cet axe. C'est majoritairement l'objectif 12 (Mieux prendre en compte la souffrance psychique) qui est concerné, suivi par l'objectif 11 (Renforcer les actions d'éducation à la sexualité)</p> |
| <p>Axe 3 : Promouvoir les comportements favorables à la santé (objectifs 18 à 25)</p> <p>48 priorités citées (21%) se retrouvent dans cet axe. C'est majoritairement l'objectif 24 (Lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie en associant une alimentation équilibrée et diversifiée) qui est concerné, suivi par l'objectif 18 (Développer le repérage et la prise en charge précoce des usages à risques dans le domaine des addictions)</p> |
| <p>Axe 4 : Promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale (objectifs 26 à 28)</p> <p>17 priorités citées (8%) se retrouvent dans cet axe, dont 6 priorités plus ciblées sont du ressort de l'objectif 24.4 et 24.5 (Développer une promotion adaptée de la santé bucco-dentaire auprès de publics cibles et favoriser l'éducation à la santé bucco-dentaire des jeunes enfants, des parents et des futurs parents).</p> |
| <p>Axe 5 : Réduire les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux (objectifs 29 à 30)</p> <p>5 priorités citées (plus de 2%) se retrouvent dans cet axe.</p> |

Source : Questionnaire aux ASV 2008 – ORS Ile-de-France

Enfin, 17% des priorités citées ne relèvent pas directement du PRSP : il s'agit surtout de priorités ciblées sur les acteurs locaux (meilleure connaissance des acteurs entre eux, coordination, formation, sensibilisation), de l'aide à la parentalité et des questions de maltraitances et de violences.

²² En Ile-de-France, trente objectifs ont été retenus, répartis dans cinq axes prioritaires

Des actions financées par le Groupement régional de santé publique (GRSP) qui se recoupent avec les priorités citées par les ASV

La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) Ile-de-France dispose d'une base de données des actions financées dans le cadre de l'appel à projet du GRSP²³. Mais la mention « projet ASV » n'est pas forcément inscrite dans les informations qui sont indispensables à l'éligibilité et au suivi des actions financées. Cependant, quelques projets, financés en 2008, ont pu être repérés comme étant portés par des ASV (liste non exhaustive). Une rapide analyse de cette liste montre que pour deux tiers de ces ASV repérés, plusieurs actions sont financées par ASV.

L'analyse des actions financées dans ce cadre là par axe du PRSP montre une certaine tendance à l'adéquation avec les priorités citées dans le questionnaire par les ASV :

- des axes 1 et 5 moins présents dans les priorités citées et dans les actions financées,
- des axes 2 et 3 bien représentés.

La différence se situe au niveau de l'axe 4, plus souvent représenté dans les actions financées que dans les priorités citées.

Cette différence peut s'expliquer notamment par la non-exhaustivité de la liste de ces actions financées, qui biaise l'analyse.

Plus probablement, c'est la formulation des priorités citées par les ASV qui joue un facteur important. Les ASV ont le plus souvent retenu comme une de leurs priorités « l'accès aux soins et à la prévention » de façon globale, sans citer explicitement les personnes en situation de vulnérabilité sociale comme population cible. Mais pour accéder aux financements du GRSP, les actions relevant de cette priorité doivent s'adresser spécifiquement à ce public et relèvent alors de l'axe 4.

²³ Une exploitation de cette base est présentée au chapitre 3. D'autres actions des ASV peuvent également être financées par le dispositif structurel du GRSP, qui vise à soutenir la permanence, la professionnalisation et le maillage territorial des programmes prioritaires de la région. Ces financements sont principalement mobilisés sur les thématiques suivantes : cancer, santé mentale, addictions, VIH/sida/IST, santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale.

Des démarches d'évaluation diverses

Peu d'Ateliers santé ville disent ne pas avoir mis en place de procédure d'évaluation. Les démarches citées sont les suivantes : évaluation des actions mises en œuvre, renouvellement de diagnostic, actualisation d'indicateurs, mise en place d'un observatoire local de santé. Plusieurs ASV citent dans leur démarche d'évaluation « le tableau de bord des ASV », outil initié en Seine-Saint-Denis en collaboration avec la Délégation interministérielle à la ville (Div), la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) du 93, les coordinateurs et Profession Banlieue, centre de ressources Politique de la ville en Seine-Saint-Denis²⁴.

Le tableau de bord des ASV

Ce tableau de bord est un outil de pilotage et de suivi de l'activité d'un Atelier santé ville. Il permet de faire remonter des informations à partir d'une série d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs renseignés au niveau local et donc de renforcer la visibilité des Ateliers santé ville. Le tableau de bord soutient les évaluations mais ne les remplace pas.

Il balaie 9 champs stratégiques, chacun se déclinant en objectifs opérationnels, assortis d'indicateurs (38 au total) :

- 1 - Améliorer la connaissance de la situation du territoire en matière de santé
- 2 - Favoriser les partenariats et le travail en réseau
- 3 - Favoriser l'accès à la santé : soins, prévention et déterminants de santé
- 4 - Agir pour la continuité de l'offre de soins
- 5 - Développer la participation active des habitants dans la réalisation d'actions de santé
- 6 - Renforcer les compétences des acteurs locaux et l'information en matière sociale ou de santé publique
- 7 - Favoriser l'insertion sociale et professionnelle des populations du territoire
- 8 - Favoriser les pratiques d'évaluation des actions conduites et des outils mis en place
- 9 - Identifier les contraintes de gestion de l'ASV

Il est utilisé largement par les coordinateurs de Seine-Saint-Denis, et se diffuse maintenant dans les autres départements d'Ile-de-France. Une synthèse des premiers résultats récoltés via ce tableau de bord a été publiée en 2008²⁵.

²⁴ <http://www.professionbanlieue.org/> (site du pôle ressource Politique de la ville de Seine-Saint-Denis)

²⁵ - MANNONI C., Synthèse des données de la consolidation départementale des tableaux de bord des ASV de la Seine-Saint-Denis, années 2005-2006, Profession Banlieue, mai 2008

Les centres de ressources pour la politique de la ville²⁶

En accompagnement des politiques de développement social urbain développées depuis 1982, des centres de ressources pour la politique de la ville se sont créés. Les premiers sont nés en 1993 (CR-DSU, centre de ressources de la Div et Profession Banlieue), d'autres plus récemment. Certains sont nés de la volonté des professionnels ou des élus, appuyés par les institutions, d'autres ont été créés par les institutions elles-mêmes et leurs statuts sont divers (associatif, GIP...). Mais les missions des centres de ressources sont communes et s'appuient sur des principes d'actions partagés. Ce sont des lieux pour échanger, réfléchir, produire de la connaissance et élaborer des réponses aux enjeux posés par les territoires de la politique de la ville.

Les missions des centres de ressources

Les centres de ressources ont une mission centrale autour de l'accompagnement et de la qualification des acteurs du développement social et urbain – et plus particulièrement les professionnels de la politique de la ville – en relation avec les décideurs institutionnels et politiques : hiérarchies et élus. Cette mission se décline de plusieurs façons :

- Qualification des acteurs, mise en réseaux : mise en place de groupes de travail, cycle de qualification, journées d'étude, accompagnement sur site....
- Capitalisation, diffusion des connaissances : production de connaissances à partir de d'échanges d'expériences, coopérations avec des chercheurs et des experts, services documentation, sites internet, mise en relation, publications...
- Production de connaissances territorialisées : interaction praticiens-chercheurs, notamment pour ce qui concerne l'analyse des phénomènes sociaux et leur traitement, mutualisées dans le cadre du réseau national des centres de ressources
- Publications : lettres d'information, publications de comptes-rendus ou d'actes en ligne ou sur support papier, annuaires des professionnels ou des responsables institutionnels.

²⁶ Cet encadré a été rédigé à partir d'éléments disponibles sur <http://www.professionbanlieue.org/> et avec l'aide des quatre centres de ressources franciliens.

Quatre centres de ressources en Ile-de-France

Le pôle ressources de la politique de la ville et de l'intégration de la ville de Paris

Il a été créé en 2004 après une longue réflexion engagée en partenariat avec l'Etat. L'État ayant alors réorienté ses priorités budgétaires, le projet de groupement d'intérêt public (GIP) envisagé a dû être écarté fin 2003 faute de financement adéquat. La Ville de Paris a néanmoins créé un pôle ressources au sein de la délégation à la politique de la ville et à l'intégration de la mairie de Paris (DPVI) qui a initié un cycle de rencontres et de formations, dont une formation en juin et juillet 2004 sur la santé dans les quartiers politique de la ville à Paris, en partenariat avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), la Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé (Dases) et l'Observatoire régional de la santé. La DPVI a progressivement créé en complément du pôle ressources cinq missions thématiques chargées d'accompagner les acteurs de terrain.

Appui aux Ateliers santé ville :

La mission santé et développement social de la DPVI a ainsi accompagné la création et le développement des quatre Ateliers santé ville parisiens depuis 2007 (en coordination avec la Dases). Elle propose et/ou facilite la participation à des formations pour les associations impliquées dans ce dispositif, ainsi que pour les référents santé des équipes de développement local de la capitale. Elle a également participé au cycle de formation mené en commun par les centres de ressources d'Ile-de-France sur les ateliers santé ville en 2008.

Le Centre de Ressources Politique de la Ville en Essonne

Association créée en 2001, il est né d'une volonté commune du Conseil Général, de l'Etat et des réseaux de professionnels, avec le concours de la Caisse des Dépôts et Consignations, de l'ACSE et, sur projets, du Conseil Régional d'Île-de-France, de se doter d'un espace d'échange, de confrontation d'expériences et de pratiques, dans le but de produire une culture professionnelle commune de la politique de la Ville et du développement social urbain. Il a pour objectifs prioritaires d'organiser des échanges, d'animer des réseaux, de contribuer à la qualification des professionnels, d'informer et de mettre à disposition de la documentation, de publier et de capitaliser des expériences innovantes ou exemplaires. Le CRPVE a ouvert ses portes au public en mars 2003.

Appui aux Ateliers santé ville :

Un comité de pilotage se réunit régulièrement au Centre de Ressources afin de mener une réflexion sur la santé en tant que problématique transversale dans les quartiers d'habitat social.

Un groupe de travail est en cours d'élaboration pour 2010. Il rassemblera des professionnels de la politique de la Ville, trois Ateliers Santé Ville, des associations.

Le Centre de Ressources Politique de la Ville en Seine-Saint-Denis : Profession Banlieue

Profession Banlieue a été créé en novembre 1993 suite aux travaux préparatoires à l'élaboration des contrats de ville de Seine-Saint-Denis du XI^e plan (1994-1999). Ces études mettaient en évidence le besoin d'un lieu d'échange, de mise en réseau, de qualification et de professionnalisation des acteurs de la politique de la ville en Seine-Saint-Denis. Profession Banlieue est une association loi 1901, dont le conseil d'administration est composé de 29 personnes, élues à titre personnel. Ce sont majoritairement des professionnels de la politique de la ville en Seine-Saint-Denis. Enfin, un comité scientifique accompagne les travaux du centre de ressources.

Appui aux Ateliers santé ville :

Profession Banlieue accompagne les ASV depuis 2000 et leur mise en place dans le département :

- organisation d'ateliers départementaux pour la restitution à l'ensemble des ASV de Seine-Saint-Denis de la mission d'accompagnement sur 5 ASV par le bureau d'études Resscom²⁷,
- organisation d'un 1^{er} groupe de travail avec Chantal Mannoni, consultante en santé publique²⁸,
- poursuite du travail avec Chantal Mannoni et organisation d'une « Rencontre autour des ASV », en partenariat avec la Div²⁹,
- nouveau groupe de travail des coordonnateurs ASV et de leurs partenaires avec Chantal Mannoni et l'intervention de différents spécialistes (géographie de la santé, communication en santé...)³⁰,
- cycles de qualification sur la question de la santé dans la politique de la ville^{31,32},
- organisation en 2008/2009, avec le Pôle de ressources départemental Ville et développement social du Val d'Oise et la délégation à la politique de la ville et à l'intégration de la mairie de Paris des visites sur site autour des ASV qui donneront prochainement lieu à une publication.

²⁷ JOUBERT M. MANNONI C., Les ateliers santé ville : expérimentations en Seine-Saint-Denis, Profession Banlieue, mars 2003

²⁸ MANNONI C., Politique de la ville, territoire et santé - Réflexions autour des ateliers santé ville et de leurs enjeux en Seine-Saint-Denis, Profession Banlieue, février 2004

²⁹ MANNONI C. (sous la direction de), L'atelier santé ville, une démarche territoriale de santé publique, Profession Banlieue, décembre 2003

³⁰ MANNONI C. (sous la direction de), La démarche Atelier Santé Ville, des jalons pour agir, Profession Banlieue, janvier 2008

³¹ BOURCART J.-J., GINOT L., GOYAU C., LAZARUS A., MARTIN J.-P., SCHNALL D., Santé, précarité, dépendance, Profession Banlieue, septembre 1999

³² CHAOUITE A., GALLOU R., GINOT L., RICHARD C., VAILLANT Z., Questions de santé : des outils au plan local, Profession Banlieue, juin 2007

Le Pôle de ressources départemental Ville et développement social du Val d'Oise

Association loi 1901, le Pôle de ressources Ville et développement social intervient en appui, dans le Val d'Oise, aux acteurs de la Politique de la ville et du développement social. Ses thèmes de travail relèvent de toutes les problématiques qui concernent la ville et ses habitants. Ses modes d'intervention sont pluriels : cycles de qualification, ateliers thématiques, groupes de travail, journées départementales, présentations de travaux de recherche, études, interventions ponctuelles, publications, Service Info-doc...

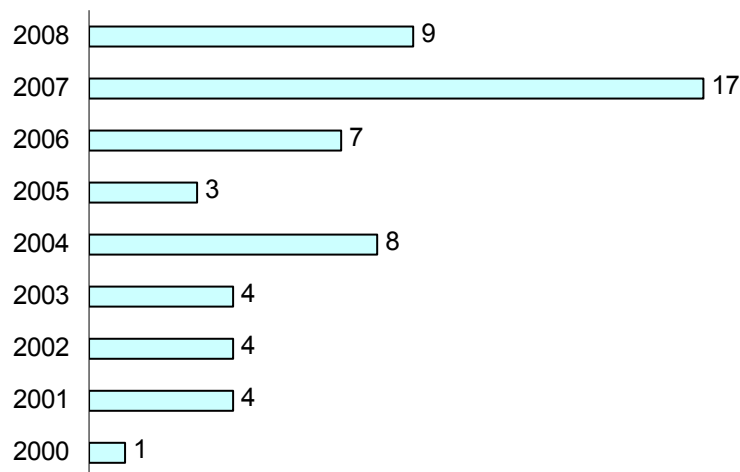
Ses principes d'action reposent sur la rencontre entre acteurs issus de structures, sites d'intervention et métiers différents, ainsi que la production de connaissances à partir de l'échange des pratiques locales existantes et l'apport d'expertises.

Appui aux Ateliers santé ville

Dans un département où le nombre d'Ateliers santé ville formalisés reste faible (5), le Pôle de ressources Ville et développement social développe une action sous différentes formes :

- des démarches visant une plus grande appropriation locale de la thématique santé, par une meilleure connaissance des problématiques et le développement de dynamiques collectives et partenariales : apports de chercheurs (santé et ville ; santé, ville et lutte contre l'exclusion), cycle de qualification et séminaire (compréhension des enjeux de santé dans le Val d'Oise, intérêt de l'implication du local, ressources disponibles, intégration de la santé dans les démarches de développement durable...),
- un accompagnement des coordinateurs des ASV et autres professionnels engagés sur la thématique (atelier, groupe de travail en cours de constitution) concernant plus particulièrement la question de l'observation territoriale en matière de santé (enjeux, méthodes).

Nombre d'ASV créés chaque année en Ile-de-France



Source : Enquête sur les Ateliers santé ville, Acisé, décembre 2008

Les Cucs en Ile-de-France

Pour rappel, il y a 113 Cucs en Ile-de-France. Plus de la moitié des Cucs a donc choisi de ne pas rentrer dans la démarche ASV (en particulier, il n'y a pas d'ASV en Seine-et-Marne, bien que le département compte 11 Cucs). L'étude menée en 2009 sur les volets santé des Cucs³³ a identifié au moins 34 Cucs franciliens avec un volet santé mais sans ASV. Il reste donc des Cucs dans la région qui n'ont pas mis en œuvre de volet santé.

Quelle que soit la configuration (Cucs sans volet santé, Cucs avec volet santé mais sans ASV, Cucs avec ASV), la plupart des Cucs³⁴ mènent des actions de santé, en lien ou non avec les autres volets d'intervention :

- actions auprès des résidents hébergés en FTM (foyers pour Travailleurs Migrants) ou dans des résidences sociales, développées depuis 2003 dans le cadre de l'appel à projet du PRSP. Elles peuvent dans certains territoire constituer un élément « phare » du volet santé des Cucs ;
- actions dans le champ de la toxicomanie dans le volet « citoyenneté et prévention de la délinquance »
- actions sur la nutrition ou sur la santé bucco-dentaire dans le volet « réussite éducative »...

³³ BERTOLOTTI F., JOUBERT M., VINCENT M.-A., MANNONI C., Analyse critique du volet santé des contrats urbains de cohésion sociale, Mission pour le compte du Ministère du logement et de la ville, Secrétariat général des comités interministériels des villes.

³⁴ Le questionnaire a seulement été envoyé aux ASV. Cet encadré résulte de nombreux entretiens avec des chefs de projets Cucs, des référents santé des Cucs, des coordinateurs ASV et des professionnels de terrain.

Quelques résultats de l'enquête sur les Ateliers santé ville de l'Agence nationale de la cohésion sociale et de l'égalité des chances (Acsé)³⁵

En 2008, la société Kynos a effectué une enquête nationale auprès des Ateliers santé ville pour le compte de l'Acsé. Cette enquête a permis la réalisation d'un répertoire national des Ateliers Santé Ville (ASV) arrêté au 31 décembre 2008 et d'une base de données regroupant des informations relatives à l'ensemble des ASV et à leur activité en 2008. Cette base de données déclaratives a été constituée à partir d'un questionnaire envoyé aux coordinateurs ASV. Le taux de réponse à ce questionnaire s'élève à 97%. La compilation des informations recueillies a fait l'objet d'un rapport³⁶, dont voici quelques résultats³⁷.

L'Ile-de-France, une région pionnière... mais contrastée

Au plan national, on dénombre 237 ASV au 31 décembre 2008, très inégalement répartis selon les régions : trois d'entre elles concentrent près de la moitié des ASV :

- Ile de France : 57 ASV³⁸, soit 24 % du total national ;
- Rhône Alpes : 33 ASV, soit 14 % du total national ;
- Provence Alpes Côte d'Azur : 24 ASV, soit 10 % du total national.

Quatre départements peuvent être considérés comme précurseurs : la Seine-Saint-Denis, le Rhône, les Hauts-de-Seine et les Bouches du Rhône. Dans chacun de ces départements fonctionnent déjà plus de 10 ASV.

En Ile-de-France, 31 ASV ont été créés avant 2007. La carte des ASV de la région, qui compte pourtant un nombre élevé d'ASV (dont certains existent depuis la création du dispositif), reste cependant à compléter : deux départements concentrent une majorité des ASV, un département n'en compte aucun sur son territoire, et la moitié des Cucs a fait le choix de ne pas rentrer dans la démarche. C'est aussi le cas des régions Rhône Alpes et Provence Alpes Côte d'Azur.

³⁵ Ce chapitre a été écrit avec l'aide de Damien Durand, chargé de mission à l'Acsé, Direction régionale Ile-de-France (<http://www.lacse.fr>)

³⁶ Résultats de l'enquête sur les Ateliers santé ville, Acsé, avril 2009

³⁷ Certains résultats publiés dans ce chapitre sont calculés à partir de résultats consolidés et peuvent varier par rapport à ceux de la publication sus-citée (notamment dans la partie dédiée aux financements). Rappelons que l'étude a été réalisée à partir d'éléments déclaratifs de la part des coordinateurs ASV en poste au second semestre 2008.

³⁸ Le nombre d'ASV opérationnels recensés dans cette enquête diffère de celui de l'enquête de l'ORS Ile-de-France, qui liste 53 ASV opérationnels en 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) : certains ASV à l'état de projet en mai sont opérationnels en décembre. D'autre part, l'ASV intercommunal du Blanc-Mesnil/Dugny est compté comme deux ASV par l'Acsé, car chaque commune a son coordinateur.

Financements des ASV en 2008

| | Ile-de-France | France |
|---|---------------|--------------|
| Financements reçus en moyenne en 2008 | 72 218 euros | 61 950 euros |
| Acsé | 29 511 euros | 27 603 euros |
| % Acsé | 40,9 % | 44,5 % |
| Villes et intercommunalités | 26 409 euros | 21 536 euros |
| % Villes et intercommunalités | 36,6 % | 34,8 % |
| GRSP | 8 754 euros | 6 313 euros |
| % GRSP | 12,1 % | 10,2 % |
| Autres | 7 543 euros | 6 498 euros |
| % Autres | 10,4 % | 10,5 % |
| % d'ASV pour lesquels la subvention de l'Acsé représente plus de 50% du budget | 42 % | 56 % |

Source : Enquête sur les Ateliers santé ville, Acsé, décembre 2008

Les partenaires majeurs cités par les ASV

| | Ile-de-France | Hors Ile-de-France |
|---------------------------------------|---------------|----------------------|
| Ville - Intercommunalité - Mous - Gip | 64% | 58% |
| Ddass - Drass | 62% | 63% |
| Conseil général | 50% | 41% |
| Etat (Préfecture - Acsé - Div) | 50% | 39% |
| Associations | 48% | 36% |
| Cpam - Cram | 42% | 24% |
| Education Nationale | 34% | 26% |
| CCAS | 24% | 28% |
| GRSP | 24% | 15% |
| Etablissements Hospitaliers | 22% | 25% |
| Professionnels de santé | 16% | 8% |
| Centres de Santé | 12% | 6% |
| Centre de Ressources Politique Ville | 10% | 0% |
| Codess - Cres | 8% | 21% |
| Caf | 2% | 8% |
| Total / répondants | 50 | 155 (sur 180) |

Source : Enquête sur les Ateliers santé ville, Acsé, décembre 2008

Un financement variable d'un ASV à l'autre

Au niveau national, le total des financements reçus par un ASV en 2008 s'élève en moyenne à 62 000 euros.

Ce montant est variable selon les ASV, pouvant aller de moins de 10 000 euros à plus de 100 000 euros. Trois financeurs contribuent à hauteur de 90 % au financement des ASV. L'Acsé apparaît comme le premier financeur (44,5 % du total), suivi par les villes et intercommunalités (34,8 %), puis par les GRSP (10,2 %) ³⁹.

La subvention moyenne de l'Acsé par ASV s'est établie en 2008 à près de 28 000 euros et représente une part très différente du budget selon les ASV (entre moins d'un quart et plus des trois quarts des budgets).

En Ile-de-France, le financement moyen des ASV est plus élevé qu'au niveau national et s'élève à 72 200 euros. Les mêmes trois financeurs contribuent également à hauteur de 90 % des financements. L'Acsé est le premier financeur (40,9 % du total), suivi par les villes et intercommunalités (36,6 %), puis par le GRSP (12,1 %). La subvention moyenne de l'Acsé aux ASV franciliens est de 29 500 euros et pèse plutôt moins qu'au niveau national dans le budget des ASV (elle représente plus de 50% du budget pour seulement 42% des ASV franciliens contre 56% pour l'ensemble des ASV).

Une structure des partenariats majeurs spécifique à la région

Il a été demandé aux coordinateurs de citer leurs cinq partenaires majeurs (partenaires piliers ayant un effet structurant, financier, opérationnel, institutionnels, associatifs, etc...). Les partenariats les plus souvent cités sont les mêmes en Ile-de-France et hors Ile-de-France (communes ou leurs groupements, Ddass-Drass, conseils généraux, Etat et associations), mais de façon plus marquée dans la région (sauf Ddass-Drass au même niveau). Les partenariats majeurs avec l'Assurance maladie, l'Education nationale, le GRSP, les professionnels de santé ou les centres de santé sont également plus souvent cités. A l'inverse, les partenariats avec les Codes-Cres ou avec la Caf sont moins souvent mentionnés comme étant majeurs. La collaboration avec les centres ressources en politique de la ville est également une des caractéristiques franciliennes. En Ile-de-France, les centres ressources ont la particularité d'être départementaux (quatre départements en sont pourvus : Paris, Essonne, Seine-Saint-Denis, Val d'Oise), ce qui peut expliquer un partenariat plus étroit. Et Profession Banlieue, le centre ressource de Seine-Saint-Denis, a été fortement impliqué sur l'expérimentation des ASV. Enfin, dans la région comme au niveau national, les habitants et les élus, tout comme le conseil régional sont très peu cités comme étant des partenaires majeurs.

³⁹ Les financements de l'Acsé (financement des ASV et crédits Cucs Etat) ou des villes et intercommunalités sont plutôt des financements de fonctionnement (locaux, poste de coordinateur,...). Les autres sources de financement portent sur les projets mis en place.

Articulation avec les autres dispositifs
(% d'ASV ayant déclaré une articulation)

| | Ile-de-France | Hors Ile-de-France |
|---|----------------------|---------------------------|
| Articulation avec le projet Réussite éducative (PRE) lorsqu'il existe | 81 % | 73% |
| Volet Education du Cucs (hors PRE) | 52 % | 61% |
| Volet Citoyenneté et prévention de la délinquance | 60 % | 71% |
| Volet Habitat et cadre de vie | 45% | 45% |
| Volet Emploi | 40 % | 40% |
| Equipe mobile de psychiatrie | 21 % | 37% |
| Permanence d'accès aux soins (PASS) | 21 % | 45% |

Source : Enquête sur les Ateliers santé ville, Acsé, décembre 2008

Une articulation des ASV franciliens avec le projet de réussite éducative plus souvent citée...

En Ile-de-France, l'articulation avec le projet de réussite éducative (qui est mis en place dans 42 des 51 ASV ayant répondu à cette question) est plus fréquente que pour dans les autres régions (81% contre 73%). Par contre, l'articulation avec les volets « Education » et « Citoyenneté et prévention de la délinquance » des Cucs, et particulièrement avec les équipes mobiles de psychiatrie ou avec les PASS est moins présente dans la région. L'articulation avec les volets « Habitat et cadre de vie » et « Emploi » des Cucs est au même niveau que pour le reste du territoire.

... alors que certaines questions semblent totalement oubliées ou très marginales

En région Ile-de-France, comme sur le reste du territoire, les réponses apportées par les coordonnateurs ASV au questionnaire Kynos tendent à démontrer que certains sujets restent à « défricher » car à ce stade hors de leurs interventions. C'est notamment le cas des programmes sur le thème de la santé des populations âgées (hors problématique du vieillissement au sein des foyers pour Travailleurs Migrants ou des résidences sociales), ou encore en matière d'action et de réflexion contre les discriminations dans l'accès aux soins et à la santé.

48 coordinateurs en équivalent temps plein en poste au 31 décembre 2008

Pour les 52 Ateliers santé ville ayant répondu aux questions consacrées aux coordinateurs, les postes représentent 48 équivalent temps plein, soit 0,9 ETP par ASV (0,8 en moyenne nationale). La situation est très variable selon les ASV, allant d'aucun coordinateur en poste fin 2008 à 3,5 ETP. Sur les quatre ASV dépourvus de coordinateurs, deux étaient en période de recrutement au moment du questionnaire. Une moitié seulement des personnes occupent la fonction de coordinateur depuis la création de leur ASV. Un tiers des ASV a connu deux coordinateurs. Les ASV restant en ont connu trois. Les coordinateurs franciliens ont plutôt une formation en santé publique, agrémentée parfois d'un diplôme dans un autre domaine. Ce sont ensuite des formations en ingénierie sociale puis en politique de la ville que l'on retrouve le plus fréquemment. Cinq postes de coordinateurs sont occupés par des médecins, le plus souvent à temps partiel. Le niveau de diplôme est élevé, avec une majorité de Bac+5, et 9 coordinateurs qui ont un niveau encore supérieur. Près de 80% des coordinateurs ont bénéficié de formation en ingénierie de projet (62% au niveau national) et les trois-quarts de formation en santé.

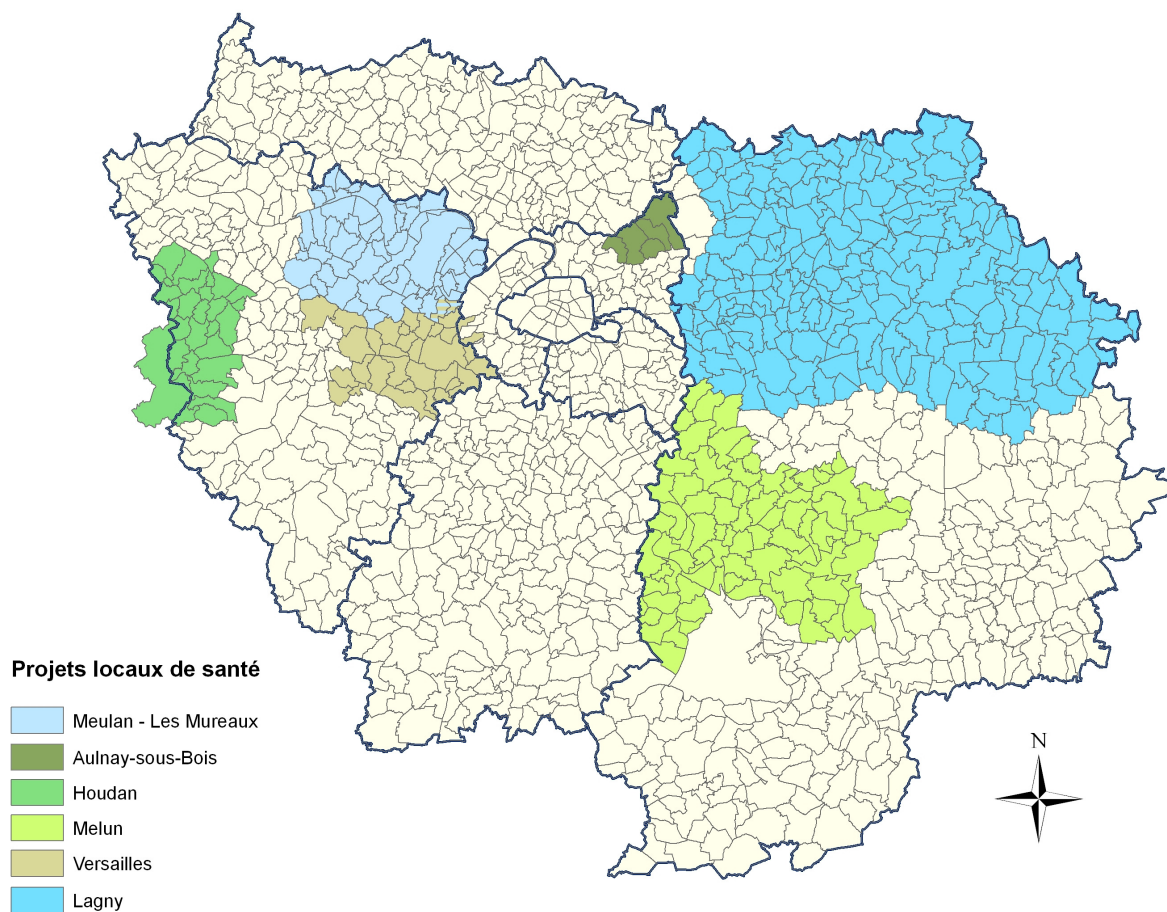
Financements des ASV : ressources propres (communes), politique de la ville (via l'Acse et GRSP), réponse à des appels à projets (GRSP, Mildt, FNPEIS, Fondation de France, ...), financements de la Région.

L'Etat consacre 13 millions d'euros par an au financement des ASV⁴⁰ au titre de la politique de la ville. Ce financement spécifique est complété par des crédits de droit commun⁴¹ de l'Etat.

⁴⁰ Source : site du secrétariat général au comité interministériel des villes (<http://www.ville.gouv.fr>)

⁴¹ L'un des acquis des ASV est qu'il n'y a pas de désengagement des financements de droit commun malgré des crédits politiques de la ville, comme ce peut être le cas pour d'autres volets (par exemple, dans le volet réussite éducative, où l'Education nationale a eu tendance à supprimer des postes d'infirmières scolaires car la politique de la ville permettait d'en créer).

Carte 3 - Les PLS en 2008 en Ile-de-France



Sources : Drass Ile-de-France, Sanesco – exploitation ORS Ile-de-France

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 PRSP^{42,43}. Ils ont été soutenus par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et la Drass.

Pour chaque site expérimentateur, une thématique de santé publique a d'abord été définie, en cohérence avec les priorités du SROS (schéma régional d'organisation sanitaire) et du PRSP. Puis un état des lieux et un diagnostic partagé ont été réalisés, avant de définir des objectifs et des actions.

Extrait du PRSP

Expérimentation des projets locaux de santé

A l'initiative de l'ARH et de la Drass, et à titre expérimental, il est proposé de poursuivre les objectifs suivants :

• Objectif général

Mettre en place des points d'appui locaux pour la mise en oeuvre du PRSP : « il s'agit de mieux articuler au niveau territorial les démarches de santé publique, les axes prioritaires du PRSP et le SROS 3 en développant le rôle des établissements de santé comme acteurs et promoteurs de santé, chacun sur leur territoire respectif »

• Objectifs spécifiques d'un projet local de santé

- Décliner concrètement les priorités de la politique régionale de santé sur des territoires déterminés.
- Articuler sur un territoire déterminé, les priorités régionales de santé publique du PRSP avec celles du schéma régional d'organisation sanitaire et sociale à partir d'un établissement chef de file.
- Identifier et valoriser les expériences pilotes de promotion de la santé déjà mises en oeuvre par quelques établissements de santé
- Faire évoluer le rôle des établissements de santé afin qu'ils interviennent davantage en matière de promotion, de prévention et d'éducation thérapeutique du patient.

⁴² 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. »

⁴³ Plan régional santé publique Ile-de-France 2006-2010, Drass, 2006

Champ géographique des PLS : centrés sur les établissements hospitaliers et donc souvent sur le territoire d'attractivité de l'hôpital.

En Ile-de-France, on dénombre en 2008 huit projets locaux de santé expérimentaux, centrés sur six établissements hospitaliers, répartis de la manière suivante :

| |
|---|
| Hôpital de Lagny (Seine-et-Marne) |
| Prévention, accès au soin et coordination des suivis adolescents/ Jeunes adultes |
| Hôpital de Melun (Seine-et-Marne) |
| 2 PLS : |
| - Dépistage et prise en charge de la BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) |
| - Prévention et prise en charge de l'asthme chez l'enfant et l'adolescent |
| Hôpital de Houdan (Yvelines) |
| Promotion et éducation pour la santé auprès des jeunes |
| Hôpital de Meulan-les-Mureaux (Yvelines) |
| Promotion de la santé et accompagnement vers le soin des personnes en précarité |
| Hôpital de Versailles (Yvelines) |
| 2 PLS : |
| - Prévention tabac |
| - Vie affective et sexualité des jeunes |
| Hôpital d'Aulnay-Sous-Bois (Seine-Saint-Denis) |
| - Promotion de la santé au sein d'une maison de patients sur 3 axes : asthme, alcool, diabète |

Sources : Drass d'Ile-de-France, Sanesco

L'hôpital de Saint-Denis, qui s'était engagé dans la démarche d'expérimentation, l'a ensuite abandonnée.

Du diagnostic thématique au plan d'action

Un groupe de travail, constitué des représentants de l'hôpital, des acteurs de santé et des usagers du territoire, a été mis en place pour chaque PLS, afin d'élaborer le diagnostic et le plan d'action. Seul le groupe de travail de Houdan comprend des élus du territoire (deux maires et le président de la Communauté de communes du Pays Houdanais⁴⁴).

Les territoires concernés sont différents suivant les PLS :

- le PLS de Houdan : c'est la Communauté de communes du Pays Houdanais qui a été choisie. Ce territoire déborde sur le département de l'Eure et Loir, situé dans la région Centre.
- les PLS de Meulan-les-Mureaux, Aulnay-Sous-Bois et Lagny : ils portent sur le territoire de santé constituant le bassin principal de recrutement de l'hôpital (pour les 3 hôpitaux concernés, les patients sont recrutés à plus de 80% dans le territoire de santé associé, selon les données du PMSI 2007).
- les deux PLS de Versailles : ils portent sur Versailles et 34 communes environnantes, 32 dans les Yvelines et 2 dans les Hauts-de-Seine. Deux communes sont couvertes également par le PLS de Meulan-les-Mureaux.
- les deux PLS de Melun : ils portent sur Melun et son agglomération.

Tous les diagnostics ont été réalisés de façon partagée avec les acteurs locaux, dont les usagers. Ceux de Versailles, Melun, Houdan sont assez homogènes : un contexte général sur la thématique du PLS, des éléments épidémiologiques, des données sur le territoire (population, données hospitalières, autres données quantitatives), un recensement des acteurs du territoire et de leurs actions ainsi que leurs observations sur la problématique et les difficultés rencontrées sur le territoire.

Un plan d'actions est ensuite défini, à partir des problèmes identifiés dans le diagnostic. Chaque action est détaillée, avec sa justification, son objectif, son déroulement précis, son calendrier, le pilote de l'action, les partenaires, les ressources nécessaires, les modalités de suivi et d'évaluation et les indicateurs de résultats.

⁴⁴ Cette communauté de communes est très impliquée dans le domaine de la santé. Son engagement est détaillé au chapitre 11, dans le paragraphe consacré aux intercommunalités et à la santé.

Une démarche d'auto-évaluation en cours

A la suite de la mise en œuvre des ces huit projets locaux de santé, un guide méthodologique destiné aux futurs promoteurs hospitaliers des PLS a été rédigé par le bureau d'études Sanesco, qui a accompagné la démarche PLS⁴⁵. Ce guide présente les différentes étapes de la démarche de programmation :

- préalables : choix du thème, réflexion sur le territoire et constitution du groupe territorial ;
- diagnostic territorial partagé : les problèmes de santé à résoudre sur le territoire ;
- définition des objectifs ;
- construction du plan d'actions ;
- conseils pour l'évaluation.

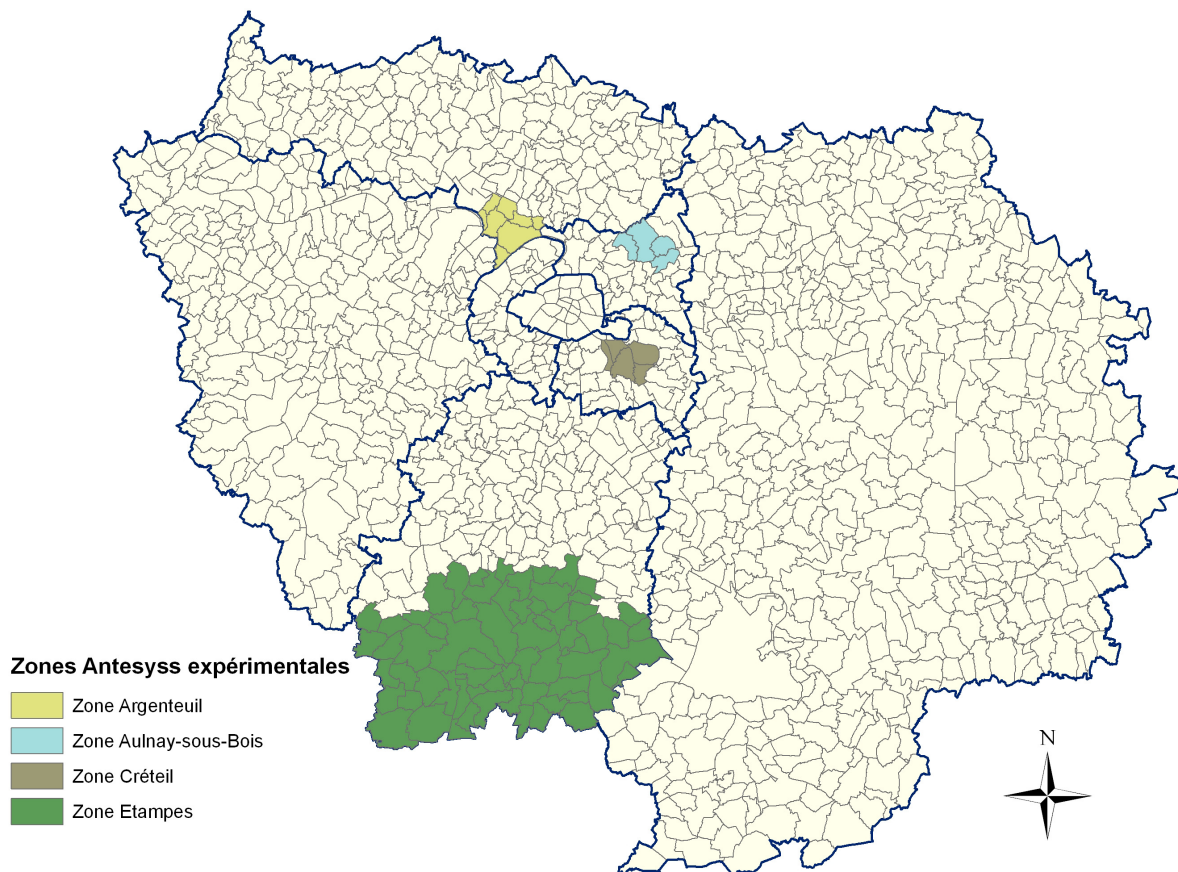
Une auto-évaluation par les coordinateurs de ces PLS expérimentaux a été programmée⁴⁶ courant 2009, construite à la fois sur l'évaluation du processus (déroulement du plan d'actions, description de la dynamique territoriale autour du PLS et territoire d'action réel du PLS) et de l'évaluation du résultat (indicateurs de résultats, retombées du PLS, intérêt du PLS pour l'hôpital).

Financements des PLS : MIGAC (missions d'intérêt général et aide à la contractualisation), réponse à des appels à projets (GRSP, IRESP, ...)

⁴⁵ Projets locaux de santé – guide méthodologique, ARH Ile-de-France, Drass Ile-de-France, Sanesco, juin 2007

⁴⁶ Accompagnée par le bureau d'études Sanesco

Carte 4 - Les zones expérimentales Antesyss en 2008 en Ile-de-France



Source : Urcam Ile-de-France – exploitation ORS Ile-de-France

Le programme Antesyss

Antesyss (Analyse territorialisée du système de santé) est un programme de l'Assurance Maladie, piloté par l'Urcam Ile-de-France (Union régionale des caisses d'Assurance maladie). 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'actions.⁴⁷

Champ géographique des zones Antesyss : zones centrées sur un établissement hospitalier, mais prenant en compte les recours aux soins de ville ainsi qu'à d'autres services. Des zones homogènes sur le plan sanitaire mais aussi socio-économique, d'une taille jugée pertinente pour l'action, ont ainsi été constituées. Les obstacles naturels géographiques ont également été pris en compte. Les zones sont toujours incluses dans les territoires de santé du SROS.

En Ile-de-France, on dénombre en 2008 quatre zones expérimentales Antesyss, réparties de la manière suivante :

| |
|---|
| Essonne |
| Zone Antesyss d'Etampes comprenant de nombreuses communes (65) autour d'Etampes |
| Seine-Saint-Denis |
| Zone Antesyss d'Aulnay-sous-Bois (Aulnay-sous-Bois, le Blanc-Mesnil, Sevran, Livry-Gargan) |
| Val-de-Marne |
| Zone Antesyss de Créteil (Créteil, Alfortville, Maisons-Alfort, Saint-Maur, Bonneuil-sur-Marne) |
| Val-d'Oise |
| Zone Antesyss d'Argenteuil (Argenteuil, la Frette-sur-seine, Montigny, Cormeilles-en-Parisis, Franconville, Sannois, Saint-Gratien, Bezons) |

Source : Urcam Ile-de-France – exploitation ORS Ile-de-France

⁴⁷ <http://www.urcamif.assurance-maladie.fr/ANTESYSS.56721.0.html>

Ces quatre zones expérimentales ont été choisies, en particulier parce qu'elles présentaient chacune un profil différent, mais aussi parce qu'il existait une dynamique locale potentielle entre les partenaires (Assurance maladie, professionnels de santé, collectivités territoriales, etc.).

D'autre part, les zones sont totalement incluses dans les territoires de quatre des Projets Médicaux de territoire (PMT) expérimentaux, ce qui permettra une articulation entre les deux projets.

Des diagnostics très complets

Les diagnostics quantitatifs ont été réalisés. Pour chaque thème abordé, on trouve un contexte francilien, des données sur les quatre zones et sur l'ensemble de la région, ainsi qu'une analyse des disparités à l'intérieur de chaque zone. Les principaux thèmes abordés sont les suivants :

- population ;
- mortalité générale ;
- affections de longue durée ;
- médecins libéraux, infirmiers libéraux, masseurs kinésithérapeutes libéraux ;
- offre hospitalière ;
- urgences et permanence des soins ;
- zones déficitaires en médecine générale ;
- centres de santé, centres de PMI ;
- maîtrise médicalisée : médicaments, indemnités journalières, ALD et transports de malades ;
- prévention.

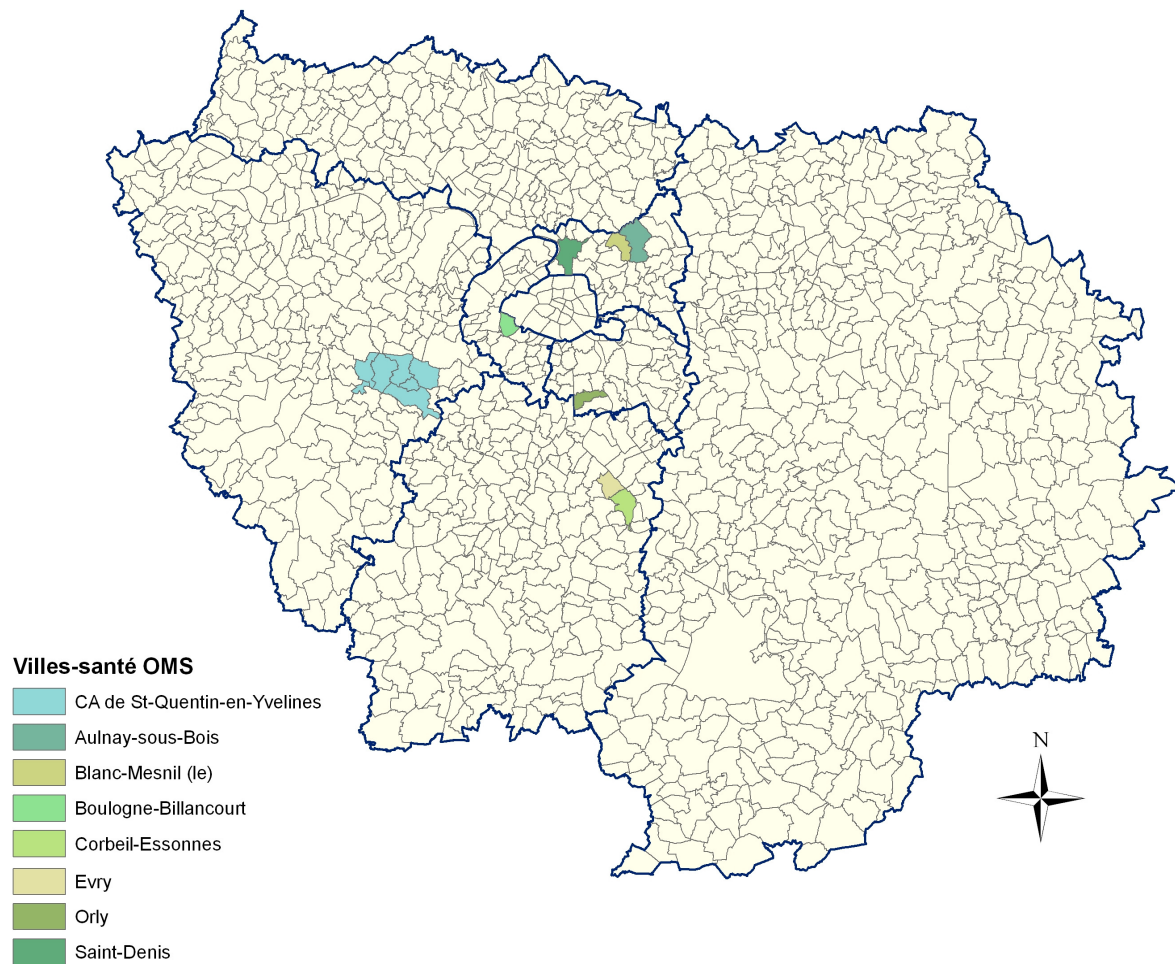
D'autre part, deux thèmes ont été choisis et analysés de façon très détaillée : le dépistage du cancer du sein et la prise en charge de l'HTA (hypertension artérielle) et plus largement du risque cardiovasculaire.

Afin de compléter les éléments quantitatifs issus des systèmes d'information, un recueil d'informations plus qualitatives a également été réalisé dans chaque zone par l'intermédiaire d'entretiens (et/ou de questionnaires) avec des acteurs locaux.

En 2009, le programme Antesyss se situe dans la phase de rédaction du diagnostic final dans chaque zone et d'élaboration des programmes d'intervention.

Financements du programme Antesyss : Assurance maladie uniquement sur la phase de mise en œuvre de l'expérimentation. Selon les programmes d'action mis en œuvre, la sollicitation d'autres financements sera envisagée (GRSP, FIQCS, collectivités...)

Carte 5 - Le réseau Villes-Santé OMS en 2008 en Ile-de-France



Source : Réseau français des Villes-Santé OMS – exploitation ORS Ile-de-France

Le réseau Villes-Santé de l'OMS

Le projet Villes-Santé⁴⁸ de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se fonde sur une appréhension positive et très large de la santé (charte d'Ottawa, politique « Santé pour tous » de l'OMS, recommandations de l'Agenda 21) qui la situe bien au-delà de l'absence de maladie⁴⁹. Dans cette conception dynamique et globale, chercher à améliorer la santé pour tous et réduire les inégalités, c'est s'attaquer aux facteurs qui se conjuguent pour que la santé se gagne ou se perde. Il faut donc s'intéresser aux déterminants de santé - conditions de vie (habitat, transport, nourriture), conditions de travail, qualité de l'environnement et des relations sociales, culture - pour développer cette approche qui peut être considérée comme une socio-écologie de la santé.

La ville est un lieu privilégié pour expérimenter et diffuser la politique de la « Santé pour Tous » : les élus locaux disposent en effet de leviers pour développer la santé urbaine⁵⁰.

Dans une démarche d'élaboration d'un plan local de promotion de la santé sur le territoire de la ville, un diagnostic santé partagé peut être élaboré⁵¹.

Le document de l'OMS « Santé 21 - La santé pour tous au 21ème siècle », décrit les projets qui devraient être réalisés dans le domaine de la santé en Europe, autour de 5 grands thèmes (amélioration de l'état de santé général de tous, réduction des inégalités devant la santé, modes de vies favorables à la santé, qualité de l'environnement, offre de soins adaptés et accessibles), déclinés en 21 buts⁵².

⁴⁸ Le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS compte 67 villes et 2 communauté d'agglomération. Le Réseau européen rassemble actuellement 89 villes, dont la ville de Rennes, la Communauté Urbaine du Grand Nancy et la ville de Dunkerque. Celles-ci, dites «villes du projet» de l'OMS, travaillent en lien étroit avec le Bureau Europe de l'OMS.

⁴⁹ <http://www.villes-sante.com/>

⁵⁰ LEVY-JURIN V., santé et précarité : quelle action pour les Villes-Santé de l'OMS ?, ADSP n° 57, décembre 2006

⁵¹ Vers un profil santé de ville, Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS, 2005

⁵² Terminologie OMS

Champ géographique des Villes-Santé OMS : communes, EPCI

En Ile-de-France, en 2008, 7 communes et une communauté d'agglomération comprenant 7 communes font partie du réseau français, réparties de la manière suivante :

| |
|---|
| Yvelines |
| Communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines |
| Essonne |
| Corbeil-Essonne, Evry |
| Hauts-de-Seine |
| Boulogne-Billancourt |
| Seine-Saint-Denis |
| Saint-Denis, Aulnay-sous-Bois, Le Blanc-Mesnil |
| Val-de-Marne |
| Orly |

Source : Réseau français des Villes-Santé OMS

La ville de Conflans-Sainte-Honorine dans les Yvelines est en cours d'adhésion.

Un réseau francilien qui pourrait s'étoffer

L'Ile-de-France n'est pas représentée dans le réseau français des Villes-Santé OMS à la hauteur de son poids démographique et de son statut de région capitale. En particulier, dans la plupart des régions qui comptent au moins une Ville-santé, les capitales régionales font partie du réseau. La volonté actuelle du réseau français est de travailler sur la qualité des actions de promotion de la santé. Par exemple le réseau agit pour promouvoir plus d'activités physiques au quotidien par les plans de déplacements⁵³, des pédibus⁵⁴, et la mise en place des politiques de transports durables. La réduction des inégalités de santé est un autre axe de travail important. Un guide sur la santé des gens de voyage sera ainsi publié en octobre 2009.

⁵³ Un plan de déplacements est une démarche globale, qui vise à rationaliser les déplacements au sein d'une collectivité locale, d'un établissement scolaire, d'une entreprise, afin de diminuer l'utilisation de la voiture et de favoriser l'activité physique.

⁵⁴ Le pédibus est un système de ramassage scolaire à pied, organisé par des parents d'élèves bénévoles, et suivant un itinéraire précis. C'est une alternative à la dépose en voitures des enfants à l'école. On parle de « vélobus » lorsque ce ramassage est effectué à bicyclette.

Les buts OMS les plus souvent cités dans le cadre des actions de santé portées par le réseau francilien des Villes-Santé⁵⁵ sont les suivants :

- adopter des modes de vie plus sains (alimentation, activité physique, transport) ;
- améliorer la santé des jeunes ;
- vieillir en bonne santé ;
- faire reculer les maladies non transmissibles

Les Villes-Santé s'engagent à adopter une démarche globale autour de la santé et à utiliser les leviers disponibles pour mettre en œuvre les principes de la charte d'Ottawa et de « La santé pour tous ». Ainsi, toutes les villes franciliennes du réseau OMS et la communauté d'agglomération de Saint-Quentin ont un dispositif ASV (en cours pour Boulogne-Billancourt et interrompu pour Orly), sauf Corbeil-Essonnes. Cette ville n'a pas mis en œuvre le volet santé de son Cucs avec un ASV mais la ville dispose d'un Centre Municipal de Santé « qui permet à toute la population d'accéder à des soins de qualité et de proximité ». Cet établissement, en partenariat avec d'autres institutions, dit mettre en œuvre une politique active curative et préventive⁵⁶.

Autre exemple de levier : une convention a été signée entre l'association du réseau français et l'Etat, pour la mise en œuvre locale de la politique nationale de santé publique : déclinaison locale du Plan National Nutrition Santé (PNNS) et du Plan Cancer. Boulogne-Billancourt et Orly font ainsi partie du réseau des « villes actives PNNS »⁵⁷, qui se développe depuis la fin 2004, avec notamment l'implication de réseaux d'élus comme le réseau des villes santé de l'OMS et le réseau des Ecomaires⁵⁸. Les communes en faisant partie mettent en place un très grand nombre d'actions dans le domaine nutrition, en accord avec le PNNS⁵⁹.

Financements des Villes-Santé OMS : ville ou EPCI, autres sources ponctuelles de financements

⁵⁵ <http://www.villes-sante.com/datas/som01.htm>

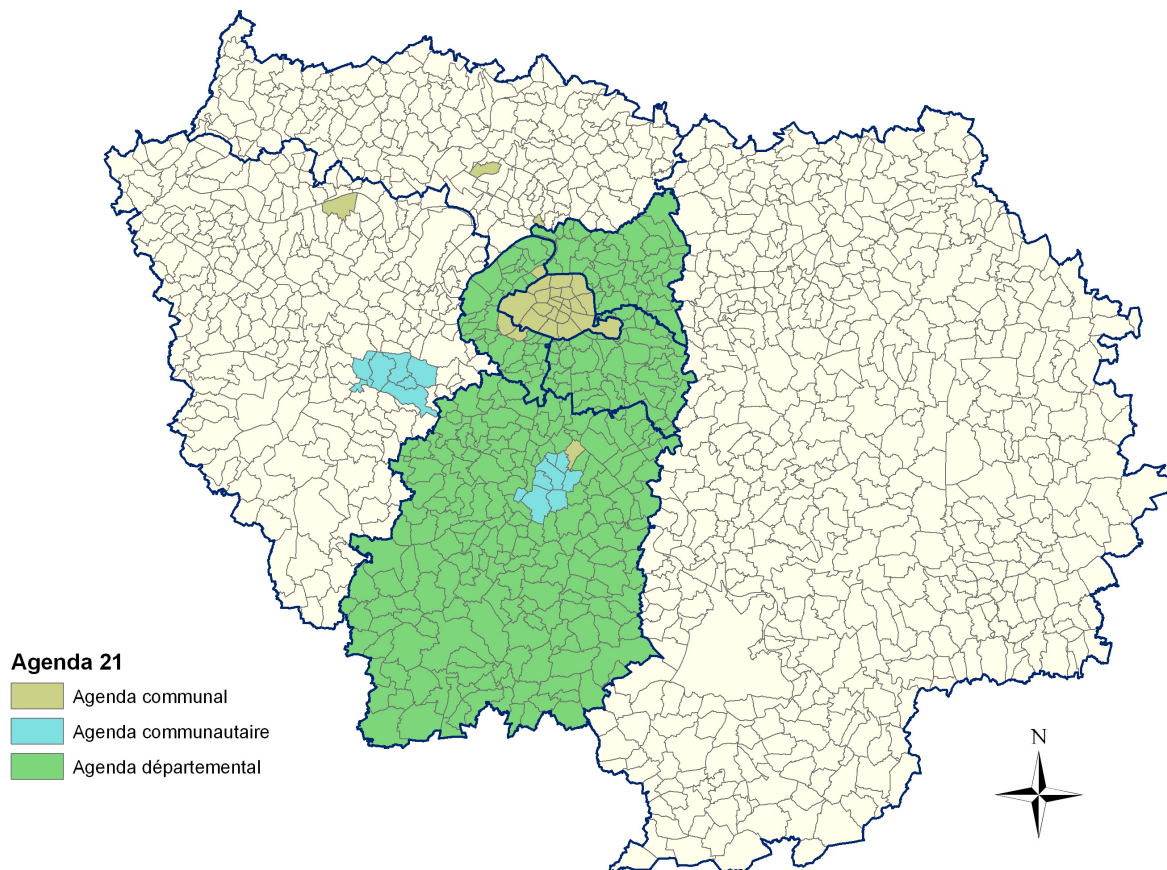
⁵⁶ <http://www.corbeil-essonnes.com/spip.php?article2386>

⁵⁷ <http://www.villeactivepnns.fr> : le réseau compte 166 villes et 9 communautés de communes en France, soit plus de huit millions d'habitants. La moitié des villes OMS sont des villes actives PNNS

⁵⁸ <http://www.ecomaires.com>

⁵⁹ Extrait de la Convention Triennale 2007-2008-2009 signée le 11 décembre 2007, entre le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et l'association Défi Santé Nutrition

Carte 6 - Les volets santé des Agendas 21 locaux en 2008 en Ile-de-France



Source : Observatoire national des Agendas 21 locaux⁶⁰ – exploitation ORS Ile-de-France

Le développement durable

La première définition du développement durable (ou développement soutenable) a été donnée par le **rapport Brundtland**, en 1987 : " *un développement qui s'efforce de répondre aux besoins des générations présentes, à commencer par les plus démunis, sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs* ".

Les trois **pilliers du développement durable** sont : un développement à la fois performant sur le plan **économique**, responsable sur le plan **social** et respectueux de notre **environnement**. À ces trois piliers s'ajoute un enjeu transversal, indispensable à la définition et à la mise en œuvre de politiques et d'actions relatives au développement durable : la gouvernance, qui consiste en la participation de tous les acteurs (citoyens, entreprises, associations, élus...) au processus de décision.

⁶⁰ <http://observatoire-territoires-durables.org>

Les Agendas 21 locaux

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 de Janeiro en juin 1992⁶¹. Ses principales fonctions sont la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, la production de biens et de services durables, la protection de l'environnement. En adoptant la Stratégie nationale de développement durable⁶² en 2003, la France a décidé de favoriser la mise en place de 500 Agendas 21 locaux en 5 ans, notamment sur les territoires bénéficiant d'une aide publique comme les grands projets urbains, les parcs naturels régionaux, les groupements de communes, ainsi que les pays ou agglomérations dans le cadre de contrats territoriaux. La stratégie 2009-2012⁶³ est en cours d'élaboration avec les partenaires socio-économiques et environnementaux.

L'Agenda 21 est une démarche partagée⁶⁴, avec les acteurs locaux et les habitants, qui doit répondre à cinq finalités :

- la lutte contre le changement climatique ;
- la préservation de la biodiversité, des milieux et des ressources ;
- la cohésion sociale et la solidarité entre les territoires et les générations ;
- l'épanouissement de tous les êtres humains ;
- une dynamique de développement suivant des modes de production et de consommation responsables.

Les cinq éléments déterminants de la démarche sont :

- la participation de la population et des acteurs ;
- l'organisation du pilotage ;
- la transversalité de la démarche ;
- l'évaluation ;
- une stratégie d'amélioration continue.

Différents volets peuvent être déclinés dans les Agendas 21, dont un volet santé.

⁶¹ <http://www.un.org/french/events/rio92/aconf15126vol1f.htm> (déclaration de Rio)

⁶² <http://www.ecologie.gouv.fr/-La-SNDD-.html>

⁶³ http://www.developpement-durable.gouv.fr/article.php3?id_article=4229

⁶⁴ Projets territoriaux de développement durable et Agendas 21 locaux - Cadre de référence, Ministère de l'écologie et du développement durable, février 2007

Champ géographique des Agendas 21 : communes, EPCI, départements, régions, pays, parcs naturels, etc...

En Ile-de-France, en 2008, 14 Agendas 21 locaux ont déclaré avoir décliné des priorités santé, sur un total de 29 :

Quatre départements

L'Essonne, les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis (en cours d'élaboration), le Val de Marne

Deux communautés d'agglomération

La CA de Saint-Quentin en Yvelines (Yvelines) et la CA du Val d'Orge (Essonne)

Huit communes

Paris, Les Mureaux dans les Yvelines, Viry-Châtillon en Essonne (en cours d'élaboration), Boulogne-Billancourt, Clichy-la-Garenne et Issy-les-Moulineaux dans les Hauts-de-Seine, Enghien-les-Bains et Bessancourt dans le Val d'Oise.

Source : Observatoire national des Agendas 21 locaux – exploitation ORS Ile-de-France

Le cadre de référence des Agendas 21 donne la marche à suivre pour ce type de projets. Sur la santé, il indique : « Indissociable du bien-être, la santé est également un enjeu intégrateur pour les territoires. Mener une politique de santé durable sur un territoire passe en premier lieu par la réduction des facteurs qui sont à l'origine d'inégalités sanitaires : inégalités d'accès aux soins, de conditions de vie et de travail. Il faut pour cela mieux connaître les conditions de vie et de travail de tous les habitants, et les besoins relatifs à la santé de chacun, connaissance qui suppose une participation de tous les acteurs : professionnels de santé et habitants, entreprises, bailleurs, fournisseurs de services doivent ensemble élaborer un plan d'action cohérent, dont chacun sera partie prenante. Il faut également former et informer les habitants et les acteurs sur l'ensemble des composantes qui contribuent à la santé. Enfin, offrir un cadre de vie agréable et sain complète bien sûr ces actions en faveur de la bonne santé des habitants. Les modes d'action en ce sens sont multiples : décisions d'urbanisme, amélioration de la qualité des milieux (eau, air, sols), réduction des nuisances, aménagements sportifs, aménagement des temps de vie et de travail. »

L'Agenda 21 local s'appuie sur un diagnostic du territoire, qui doit dresser un état des lieux des différentes problématiques et enjeux que l'on ambitionne de traiter à travers le projet de territoire. Il est élaboré sur le mode de la concertation avec les acteurs locaux. Ce diagnostic doit également aider à identifier les leviers d'actions mobilisables pour engager le territoire dans un projet d'amélioration.

Les diagnostics élaborés pour la mise en œuvre d'un Agenda 21 doivent permettre de repérer les richesses et les faiblesses du territoire sur de nombreuses thématiques : cohésion sociale, paysages, ressources environnementales, nuisances, ressources humaines, potentiels économiques, démographiques, etc. Peu de données locales sur la santé sont présentées, mais le lien entre la santé et les différentes thématiques environnementales est très souvent abordé, en terme d'impact sur la santé des habitants. On peut également trouver dans ces diagnostics un état des lieux des ressources « santé » disponibles sur le territoire, les enjeux d'accès aux soins et de démographie médicale, ainsi que les thématiques de prévention repérées. L'articulation avec la politique de la ville, si elle existe sur le territoire, est également abordée (la similitude des objectifs est forte, aussi bien au niveau des thématiques de prédilection que de la méthode utilisée : approche stratégique et transversale, participation des habitants...). Les deux démarches apportent des propositions de réponses aux limites du développement urbain : précarisation, exclusion de certaines catégories de population...

Le développement durable complète l'approche de la politique de la ville notamment parce que ses objectifs incluent la préservation des ressources naturelles et du climat, mais également la modification des modes de consommation et de production. Le développement durable s'inscrit ainsi dans des problématiques diverses : mobilité, santé-environnement, nutrition, logement, accès aux ressources naturelles, pollution des milieux, modes de vie et comportements de consommation, vulnérabilité énergétique... S'il s'agit des domaines de compétence des collectivités, ils sont rarement articulés avec la politique de la ville alors que ces problématiques se posent souvent avec une acuité particulière dans les quartiers prioritaires. Comment installer un dialogue fructueux entre Agenda 21 et politique de la ville ? Il s'agit, d'une part, d'ouvrir la politique de la ville à la multiplicité des enjeux du développement durable. De même il est indispensable que l'Agenda 21 ne se cantonne pas à l'entrée environnementale, mais que l'entrée sociale et sanitaire soit également présente⁶⁵.

Enfin, la santé commence à être perçue comme un enjeu de développement durable : un sondage Ipsos de janvier 2009 montre que les Français sont 40% à associer développement durable et santé. Les élus locaux prennent également la mesure de l'enjeu : le thème de la 6^{ème} journée d'études de l'association « Elus, Santé Publique & Territoires »⁶⁶, qui a eu lieu en avril 2009, avait pour thème « Politiques de santé et développement durable : comment croiser ces deux impératifs au niveau local ? ».

⁶⁵ Actes du colloque « Intégrer le développement durable dans les politiques territoriales - Quel apport de l'Agenda 21 local aux autres démarches et outils ? », synthèse de l'atelier 4 « Agenda 21 local et politique de la ville, quelles synergies ? : <http://www.observatoire-territoires-durables.org/spip.php?article832>

⁶⁶ Cette association est évoquée plus loin dans cette étude (voir chapitre 4).

L'Agenda 21 du Conseil Général de l'Essonne et son volet santé⁶⁷

Le Conseil général, fort de son expérience et de la légitimité acquise à travers la mise en œuvre depuis 2003 d'une politique ambitieuse de développement durable et solidaire, a choisi dans la 2^{ème} étape de son Agenda 21 non seulement de poursuivre son engagement dans ses domaines de compétence, mais également de jouer un rôle d'animateur et de fédérateur de la dynamique. C'est pourquoi le choix a été fait d'une élaboration partenariale de la 2^{ème} étape de l'Agenda 21 : celui-ci n'est plus seulement pensé comme le plan d'action de la collectivité, mais comme un programme d'actions pour le développement durable, commun à tous les acteurs du territoire (institutionnels, société civile, monde de l'entreprise, monde associatif...)

Depuis 2007, près de 400 acteurs essonniers - entreprises, villes, intercommunalités, associations, institutions...- se sont impliqués dans ce projet.

Ils ont défini ensemble un « manifeste pour un développement durable et solidaire en Essonne » et ont fixé 18 objectifs à atteindre au cours des prochaines années permettant à chacun d'agir en cohérence.

Cela se traduit par un programme de plus de 200 actions, à caractère expérimental, innovant, d'envergure départementale ou simplement locale.

Les partenaires et le Conseil général s'engagent à les mettre en œuvre sur 2009-2010. Un label « millésimé » a été créé pour l'occasion permettant aux acteurs de communiquer sur leurs actions retenues dans le programme Agenda 21.

Sur la santé particulièrement, quelques actions innovantes ont été proposées sur la promotion et l'éducation à la santé (comme la création d'un observatoire pour la prévention du cancer ou la création d'un équipement Haute Qualité Environnementale (HQE) pour la promotion de la santé et du respect de l'environnement), ou sur le renforcement de l'accessibilité à la santé notamment en direction des populations qui en sont le plus éloignées (approche communautaire, Atelier santé ville...). D'autres actions ont été proposées sur l'alimentation pour favoriser l'agriculture biologique, ou sur l'éco mobilité...

La démarche va se poursuivre autour d'ateliers d'échanges d'expériences et de pratiques. Tous les acteurs souhaitant participer à l'Agenda 21 peuvent rejoindre cette dynamique et proposer de nouvelles actions pour enrichir le programme.

⁶⁷ Ce paragraphe a été rédigé par Emelyne Bigot, chef de projet Agenda 21, Délégation Développement Durable et Solidaire Conseil général de l'Essonne

Analyse du programme santé des Agendas 21

Le programme santé des Agendas 21 se décline en 4 grandes orientations :

- Mieux connaître, faire connaître et former sur les déterminants de la santé ;
- Favoriser la participation active des différents acteurs et décideurs ainsi que celle de la population ;
- Réduire les inégalités concernant les conditions de vie, de travail, l'accès à des soins et à l'information ;
- Offrir un cadre de vie agréable et sain.

La première orientation est citée légèrement plus que les autres dans les volets santé franciliens⁶⁸. Les programmes d'actions se déclinent en journées d'information, points d'accueil et d'écoute, études spécifiques de santé publique, plan santé-environnement, etc... Les Ateliers santé ville sont également cités.

Pour la deuxième orientation, sont cités : des forums, des espaces de rencontre et de dialogue, des actions de promotion de la santé... Les Ateliers santé ville sont cités aussi dans cette orientation.

Dans la troisième orientation se retrouvent des actions sur l'accès aux soins, en faveur des personnes âgées et des jeunes enfants handicapés, des actions de prévention, un plan santé-environnement.

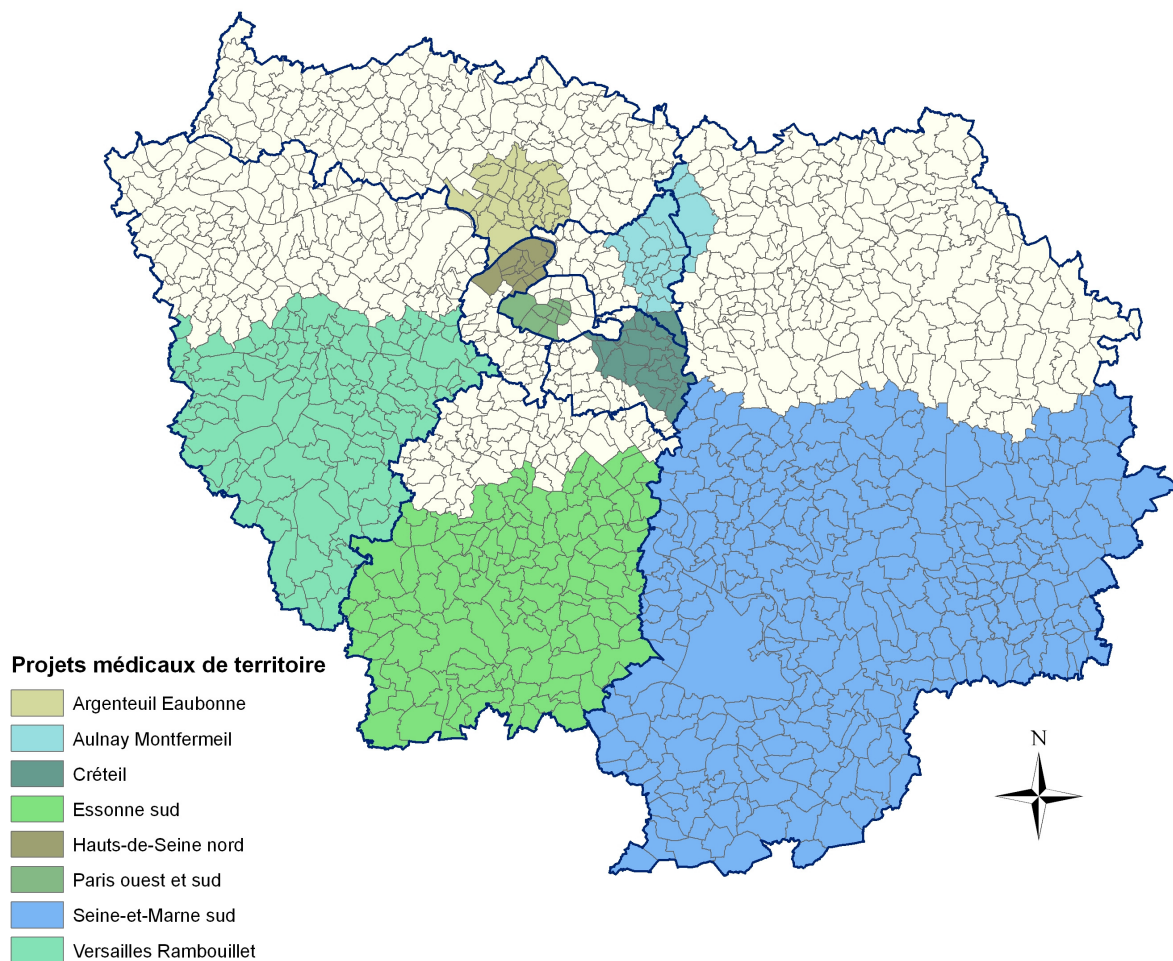
Enfin, dans la quatrième orientation, on trouve beaucoup de mesures liées à l'environnement : démarche HQE (démarche de management de la qualité environnementale des opérations de construction ou de réhabilitation de bâtiments), déplacements doux, actions sur les nuisances et pollution (air, bruit,...). Encore une fois, les Ateliers santé ville sont cités dans cette orientation.

Le plus souvent, ces actions ne sont pas des actions spécifiques à l'Agenda 21, mais des dispositifs qui existaient auparavant. Cependant, leur intégration dans une **démarche globale de territoire** est un premier pas pour la prise en compte de la santé dans ses spécificités transversales. Néanmoins, l'Agenda 21 peut être l'occasion d'une approche nouvelle (plan santé-environnement dans le département des Hauts-de-Seine par exemple, avec des actions sur l'air intérieur dans les lieux recevant du public ou les actions en santé-environnement en cours d'élaboration en Seine-Saint-Denis). Un thème de santé peut aussi intervenir fortement sur un programme d'Agenda 21. Ainsi, le Val-de-Marne, investi depuis longtemps sur le thème de la nutrition, engage un nouveau programme de développement durable, où la restauration collective va être un élément fort, avec une réflexion sur « comment mieux nourrir ? », en tenant compte des effets sur l'environnement (s'approvisionner le plus localement possible, agriculture biologique ou raisonnée, ...).

Financements des Agendas 21 : Collectivités locales, appel à projet du Conseil Régional d'Ile-de-France

⁶⁸ Cette analyse a été réalisée à partir des fiches collectivités de l'observatoire des Agendas 21 locaux

Carte 7 - Les PMT en 2008 en Ile-de-France



Source : ARH Ile-de-France – exploitation ORS Ile-de-France

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 PRSP si les acteurs concernés le souhaitent⁶⁹.

Il est basé sur un diagnostic partagé sur les besoins de santé de la population avec, entre autres, la participation des professionnels de santé, des élus locaux et des usagers.

Champ géographique : les 22 territoires de santé du SROS

En Ile-de-France, on dénombre huit PMT expérimentaux en 2008, répartis de la manière suivante :

| Département | Nom du territoire SROS |
|-------------------|-------------------------------|
| Paris | Paris ouest et sud |
| Seine et Marne | Sud Seine et Marne |
| Yvelines | Versailles -Rambouillet |
| Essonne | Evry - Etampes |
| Hauts-de-Seine | Nord Hauts-de-Seine |
| Seine-Saint-Denis | Aulnay - Montfermeil - Clichy |
| Val-de-Marne | Créteil |
| Val-d'Oise | Argenteuil |

Source : ARH Ile-de-France – exploitation ORS Ile-de-France

⁶⁹ <http://www.parhage.sante.fr/re7/idf/site.nsf>

Chaque territoire de santé du SROS avait fait l'objet d'un diagnostic partagé, qui a été actualisé et enrichi pour les PMT par l'ARH, avec en particulier un recensement des acteurs, des partenariats existants et une analyse des points forts et des points faibles. Des actions prioritaires et des coopérations à mener ont été définies⁷⁰.

L'élaboration de chaque PMT s'est faite avec :

- des comités thématiques locaux de concertation, associant l'ensemble des acteurs concernés par chacune des thématiques au sein du territoire, qui préparent les cahiers des charges et les partenariats ;
- un comité de pilotage, composé de représentants des établissements, du secteur libéral, du secteur médico-social et de l'ARH, qui, sur la base des propositions des comités thématiques, rédige le contenu du PMT ;
- la conférence sanitaire de territoire, présidée par un élu local, et composée de représentants des établissements, du secteur libéral, des centres de santé, des usagers et d'élus (maire, président des communautés, conseiller général, conseiller régional), émet un avis sur les propositions formulées par le comité de pilotage.

La phase d'élaboration des huit PMT expérimentaux est maintenant achevée, pour les trois thématiques prioritaires qui avaient été retenues de part leur caractère structurant :

- les urgences et la permanence des soins,
- les filières de soins gériatriques,
- les opérations de complémentarité et de recomposition hospitalière.

A Paris, les addictions ont été également retenues comme thématique prioritaire.

Dans cette phase expérimentale, la prévention n'a pas vraiment été intégrée, elle le sera sans doute à moyen terme. La généralisation des PMT en Ile-de-France aura lieu en 2009.

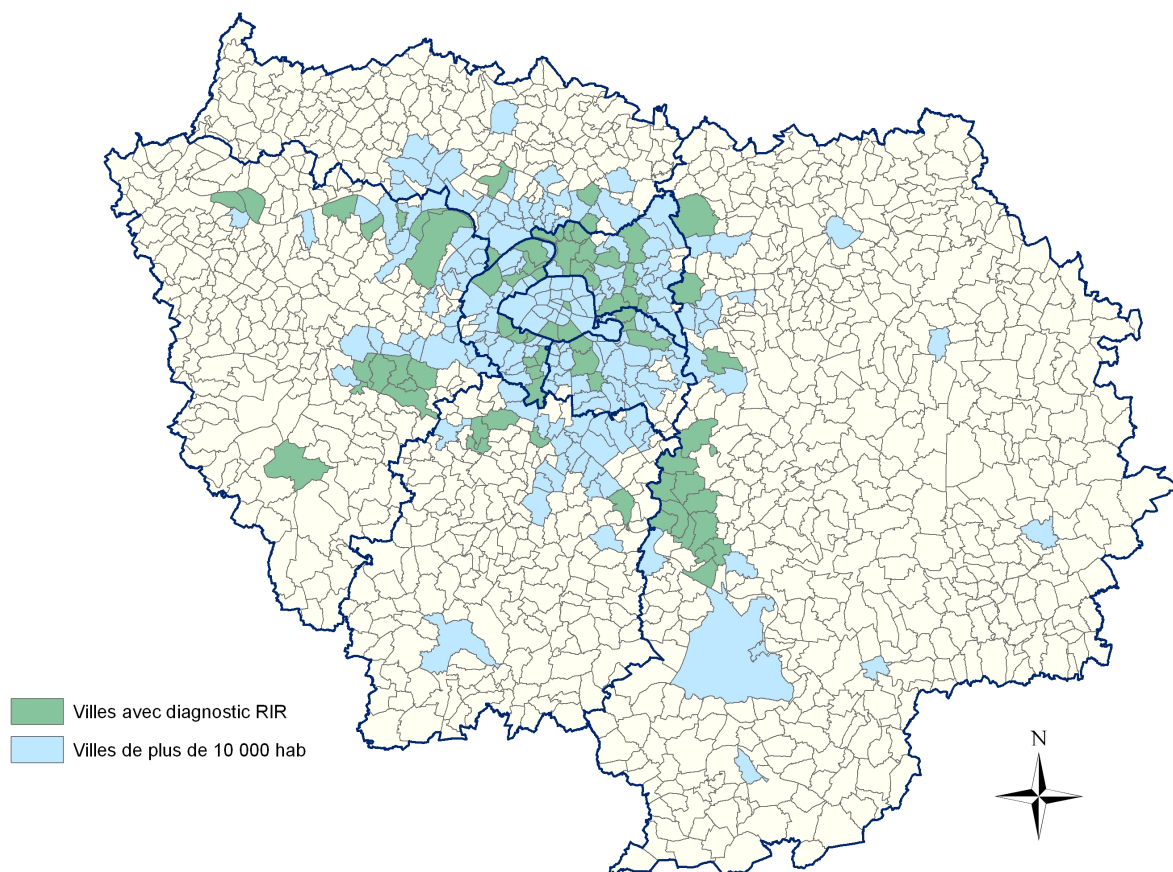
Un premier bilan des PMT fait apparaître ce dispositif comme un complément très utile au SROS. Leur élaboration a mobilisé plus de 400 participants, et les résultats, malgré le caractère expérimental de la démarche qui a pu poser quelques difficultés, sont satisfaisants. Outre la mobilisation, la rencontre de professionnels d'origines différentes a été unanimement appréciée par tous les acteurs⁷¹.

⁷⁰ Cahier des charges général pour l'élaboration à titre expérimental en Ile-de-France de huit projets médicaux de territoire, ARHIF, juin 2007

⁷¹ Projets médicaux de territoire : Premier bilan des huit projets, la revue de l'ARHIF n°9, octobre 2008

Financements : pas de financements spécifiques, mobilisation de personnels (ARH, Drass-Ddass, Assurance maladie)

Carte 8 - Les diagnostics RIR en 2008 en Ile-de-France



Source : RIR Ile-de-France – exploitation ORS Ile-de-France

Les projets RIR

L'association RIR Ile-de-France (Regroupement Implantation Redéploiement) a été créée à l'initiative de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de la région afin de favoriser le regroupement de professionnels de santé. Son objectif est de sensibiliser les élus locaux et les professionnels de santé aux problèmes de démographie médicale et d'organisation des soins⁷². Elle propose aux élus des villes de plus de 10 000 habitants ou aux syndicats intercommunaux des diagnostics sur l'offre de soins (état des lieux et perspectives en 2015).

Des diagnostics qui permettent aux communes de se situer en matière d'offre de soins

Les diagnostics proposent des données quantitatives sur le contexte socio-démographique de la commune, l'état de santé (mortalité et consommation de soins), l'offre de soins libérale et parfois hospitalière, les réseaux de santé, la permanence des soins, et des comparaisons avec les données départementales et régionales. Des entretiens qualitatifs peuvent être menés avec quelques professionnels de santé, afin d'affiner et enrichir le diagnostic.

A l'issue de ce diagnostic, des recommandations sont faites aux maires et un modèle de regroupement qui doit être adapté à la situation locale est proposé, devant répondre aux objectifs suivants :

- développer une offre de soins de premiers recours ;
- développer des actions de santé publique ;
- s'inscrire dans un projet de territoire de santé et développer des relations avec les autres acteurs de santé ;
- intégrer de jeunes médecins.

Au 31 décembre 2008, cinq communes avaient bénéficié d'une étude de faisabilité complète et la mise en œuvre des préconisations de l'association devrait être effective dans deux communes classées déficitaires par la MRS (mission régionale de santé)⁷³ : Villiers-le-Bel⁷⁴ et Grigny.

⁷² <http://www.rir-idf.org>

⁷³ <http://www.urcamif.assurance-maladie.fr/La-Mission-Regionale-de-Sante.mission-regionale-sante.0.html>

⁷⁴ Avec pour Villiers-le-Bel, un montage difficile... Et pour l'instant, pas de vrai projet de santé publique.

Champ géographique : communes, syndicats intercommunaux.

En Ile-de-France, 51 diagnostics RIR ont été réalisés au 31 décembre 2008, répartis de la manière suivante :

| |
|---|
| Paris |
| 4 ^{ème} arrondissement, 13 ^{ème} arrondissement, 14 ^{ème} arrondissement |
| Seine et Marne |
| Communauté d'agglomération de Melun Val de Seine (Dammarie-les-Lys, Le Mée-sur-Seine, Melun), Agglomération de Sénart (Cesson, Combs-la-Ville, Lieusaint, Nandy, Réau, Moissy-Cramayel, Savigny-le-Temple, Vert-Saint-Denis), Brie-Comte-Robert, Chelles, Mitry-Mory, Roissy-en-Brie |
| Yvelines |
| Communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines (Trappes, Elancourt, La Verrière, Montigny-le-Bretonneux, Guyancourt, Voisins-le-Bretonneux, Magny les Hameaux), Syndicat intercommunal SIPAICOV (Achères, Chanteloup-les-Vignes, Vernouillet), Limay, Mantes-la-Jolie, Les Mureaux, Rambouillet, Saint-Germain |
| Essonne |
| Corbeil-Essonnes, Longjumeau, Orsay, Palaiseau, Les Ulis |
| Hauts-de-Seine |
| Antony, Asnières, Bagneux, Boulogne-Billancourt, Clichy-la-Garenne, Courbevoie, Fontenay aux Roses, Gennevilliers, Issy-les-Moulineaux, Nanterre, Sceaux, Vanves |
| Seine-Saint-Denis |
| Communauté d'agglomération de Plaine Commune (Aubervilliers, La Courneuve, Epinay-sur-Seine, L'Ile-Saint-Denis, Pierrefitte-sur-Seine, Saint-Denis, Stains, Villetaneuse), Aulnay sous Bois, Bondy, Drancy, Montreuil, Neuilly Plaisance, Pantin, Rosny-sous-Bois |
| Val-de-Marne |
| Champigny-sur-Marne, Choisy-le-Roi, Fontenay-sous-Bois, Ivry sur Seine, Nogent sur Marne, Vitry sur Seine |
| Val-d'Oise |
| Bezons, Garges-lès-Gonesse, Taverny, Villiers-le-Bel |

Source : RIR Ile-de-France – exploitation ORS Ile-de-France

D'autres diagnostics sont en projet, avec une restitution prévue en 2009.

Financements des diagnostics RIR : les diagnostics sont gratuits pour les communes, mais le RIR reçoit le soutien financier du FIQCS (Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des Soins), de la Délégation Interministérielle à la Ville, de l'Amif (Association des Maires d'Ile-de-France) et de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France.

Le projet de création d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) à Grigny⁷⁵

Grigny est la ville la plus sous dotée de l'Essonne en matière d'offre libérale. Entre 2002 et 2007, 20 professionnels libéraux de santé ont quitté le territoire pour seulement 2 implantations. La densité de spécialistes est faible : 2,3 pour 10 000 hab. pour une moyenne départementale de 8,4.

Une dynamique partenariale pour le montage d'une **Maison de santé Pluridisciplinaire** à Grigny est en cours. Les programmes de rénovation urbaine constituent aujourd'hui un levier important, avec une opportunité immobilière sur le périmètre d'une des ZUS de la ville.

La ville de Grigny, le GIP de Grigny-Viry-Chatillon (Etat et ses services, collectivités, bailleurs) et l'association RIR Ile de France ont passé une convention en novembre 2008 afin d'accompagner la ville dans la mise œuvre de ce projet.

L'originalité du modèle de Maison de santé Pluridisciplinaire conçu à Grigny se caractérise par un fonctionnement auto équilibré de la structure. Le besoin d'investissement est estimé à 500 000 euros pour une capacité d'accueil de 17 professionnels (médecins généralistes et spécialistes, dentistes, kinésithérapeutes et infirmières).

La faisabilité de ce projet novateur repose sur l'implication des professionnels de santé du territoire autour d'un projet partagé, le portage juridique de l'établissement, et la mobilisation de subventions publiques jouant un effet de levier.

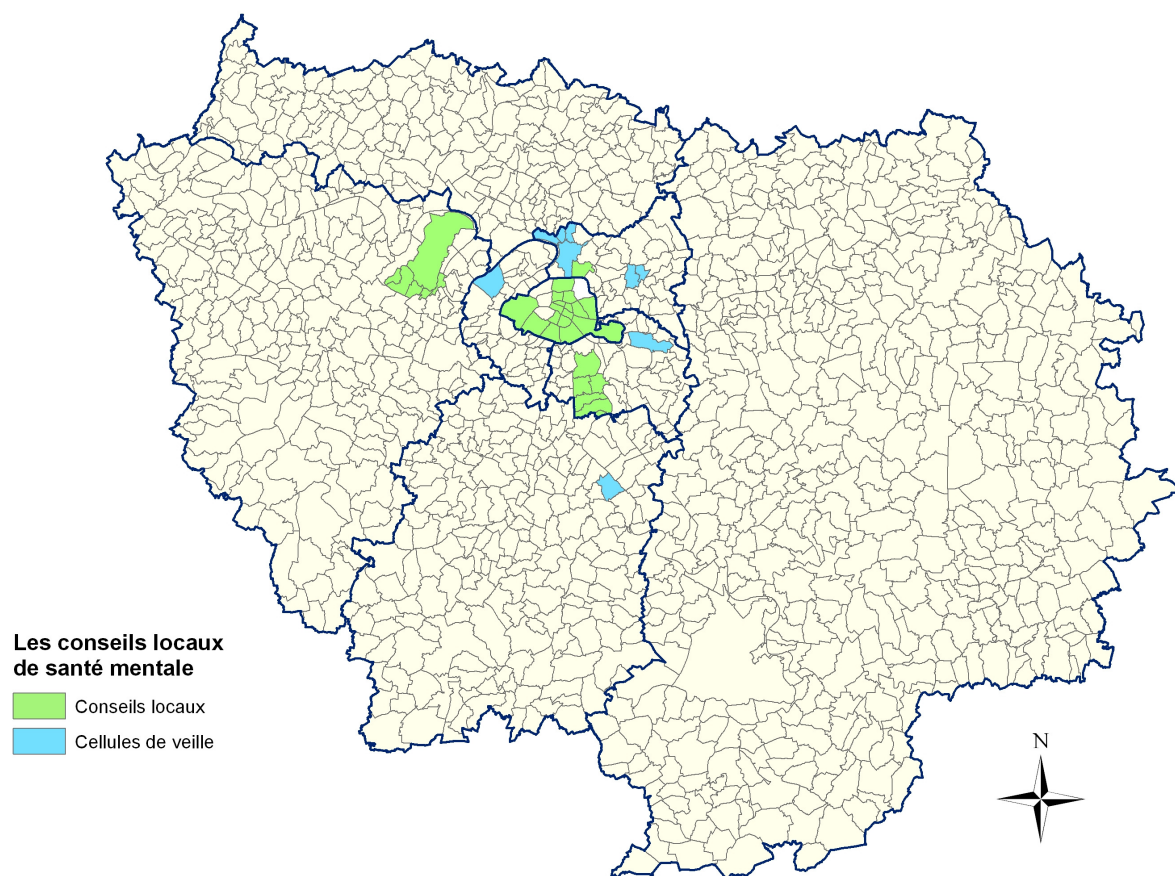
A ce stade, 7 professionnels de santé de la ville se sont portés candidats au regroupement. Il reste donc à rechercher 10 professionnels. L'Association RIR Ile de France a prévu un plan de communication dans cet objectif.

La SA d'HLM qui construit le projet immobilier accepté d'aménager un local pour la MSP et de le louer. Le projet n'est viable qu'à la condition de mobiliser dans des délais contraints 500 000 euros de subventions. 300 000 euros restent aujourd'hui à mobiliser pour concrétiser ce projet, en complément des subventions qui existent aujourd'hui (Fiqcs et Conseil régional). L'Etat se mobilise pour trouver des financements. Les collectivités locales ont également été sollicitées.

Les collectivités locales seront attentives pour que la MSP conserve dans la durée sa mission en matière de Santé Publique, en particulier en articulation avec l'ASV.

⁷⁵ Ce chapitre a été écrit avec l'aide de Xavier Roy, chargé de mission au GIP de Grigny-Viry-Chatillon

Carte 9 - Les Conseils locaux de santé mentale ou dispositifs apparentés en 2008 en Ile-de-France



Source : CCOMS – exploitation ORS Ile-de-France

Les conseils locaux de santé mentale ou dispositifs apparentés

La création de conseils locaux de santé mentale est préconisée depuis le début des années 1970. Le plan santé mentale 2005-2008⁷⁶ incite à les développer au niveau communal, intercommunal ou d'une agglomération. Les maires disposent en effet, en dehors de Paris, d'un pouvoir d'hospitalisation psychiatrique provisoire en cas de « danger imminent pour la sûreté des personnes » (Article L. 3213-2 du Code de la santé publique). C'est par ce biais notamment que les élus locaux ont été sensibilisés à la nécessité de créer les conditions d'une prévention globale concourant à éviter les situations de crise.

Les conseils locaux sont des instances de concertation et de coordination communautaire sur le thème de la santé mentale, associant spécialistes de la santé et acteurs sociaux en lien étroit avec la collectivité territoriale. Ce ne sont pas que des réseaux de professionnels et l'implication d'une municipalité consiste justement à décentrer le regard sur le champ de la santé mentale (qui ne se réduit pas à la psychiatrie) et d'en faire une affaire publique, collective, où les usagers des services et les habitants puissent être représentés (via les associations et les élus locaux justement). D'autres dispositifs sont possibles : cellules de veille, d'alerte et de coordination, qui visent à limiter le recours à l'hospitalisation d'office ou à maintenir les patients à domicile, groupe de réflexion « santé mentale », etc... Les formes les plus complètes de partenariat intègrent ces trois dispositifs.

Un diagnostic partagé sur les besoins et l'état de l'offre est élaboré, ainsi que sur les évolutions souhaitables, sur le plan sanitaire mais également social, médico-social, éducatif, judiciaire. Il permet en particulier aux élus d'appréhender les actions nécessaires à la reconnaissance et à l'exercice de la citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques.

⁷⁶ http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

Champ géographique des conseils locaux de santé mentale : communes, intercommunalités

En Ile-de-France, on dénombre fin 2008 27 communes ou arrondissements de Paris ayant mis en place un conseil local de santé mentale, et 9 cellules de veille :

Conseils locaux de santé mentale

| |
|---|
| Paris |
| 1 ^{er} arrondissement, 2 ^{ème} arrondissement, 3 ^{ème} arrondissement, 4 ^{ème} arrondissement, 5 ^{ème} arrondissement, 6 ^{ème} arrondissement, 11 ^{ème} arrondissement, 12 ^{ème} arrondissement, 13 ^{ème} arrondissement, 14 ^{ème} arrondissement, 15 ^{ème} arrondissement, 16 ^{ème} arrondissement, 18 ^{ème} arrondissement, 20 ^{ème} arrondissement |
| Yvelines |
| Saint-Germain-en-Laye, Aigremont, Chambourcy, Fourqueux, Le Pecq, Mareil-Marly |
| Seine-Saint-Denis |
| Aubervilliers |
| Val-de-Marne |
| Ablon-sur-Seine, Choisy-le-Roy, Orly, Thiais, Villeneuve-le-Roi, Vitry-sur-Seine |

Source : CCOMS – exploitation ORS Ile-de-France

Cellules de veille

| |
|--|
| Essonne |
| Evry |
| Hauts-de-Seine |
| Nanterre |
| Seine-Saint-Denis |
| Bondy, Epinay-sur-Seine, Pavillons-sous-Bois, Pierrefitte-sur-Seine, Saint-Denis, Villetaneuse |
| Val-de-Marne |
| Champigny-sur-Marne |

Source : CCOMS – exploitation ORS Ile-de-France

Le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale⁷⁷, soutenu par la Délégation Interministérielle à la Ville, a lancé un programme d'appui au développement et au renforcement des conseils locaux de santé mentale (ou dispositifs apparentés) pour la période 2008-2010.

⁷⁷ <http://217.19.202.24/epsm/default.html>

Ce programme contribue à l'un des objectifs généraux du CCOMS : créer un Réseau de Collaboration en Santé Mentale autour de « bonnes pratiques de santé mentale intégrées dans la Cité »⁷⁸.

Actuellement, un état des lieux des formes de partenariat qui unissent les municipalités et les équipes de psychiatrie ainsi qu'un guide des expériences locales sont en cours de réalisation par le CCOMS. La réalisation de cette mission implique d'apprécier les besoins des habitants et collectivités dans les territoires à partir des réseaux et ressources déjà actifs : Ateliers Santé Ville⁷⁹, réseaux issus de l'enquête du CCOMS sur les représentations sur la santé mentale en population générale⁸⁰, association « Elus, Santé Publique & Territoires »⁸¹, réseau des Villes Santé de l'OMS...

Un appui théorique et technique est également fourni par le CCOMS aux collectivités désireuses de s'engager dans la construction d'un conseil local de santé mentale ou de pérenniser un dispositif existant (recherche de financement, formalisation juridique, échanges d'expériences sous forme de rencontres inter-régionales, formations...).

Financements des conseils locaux de santé mentale : collectivités locales

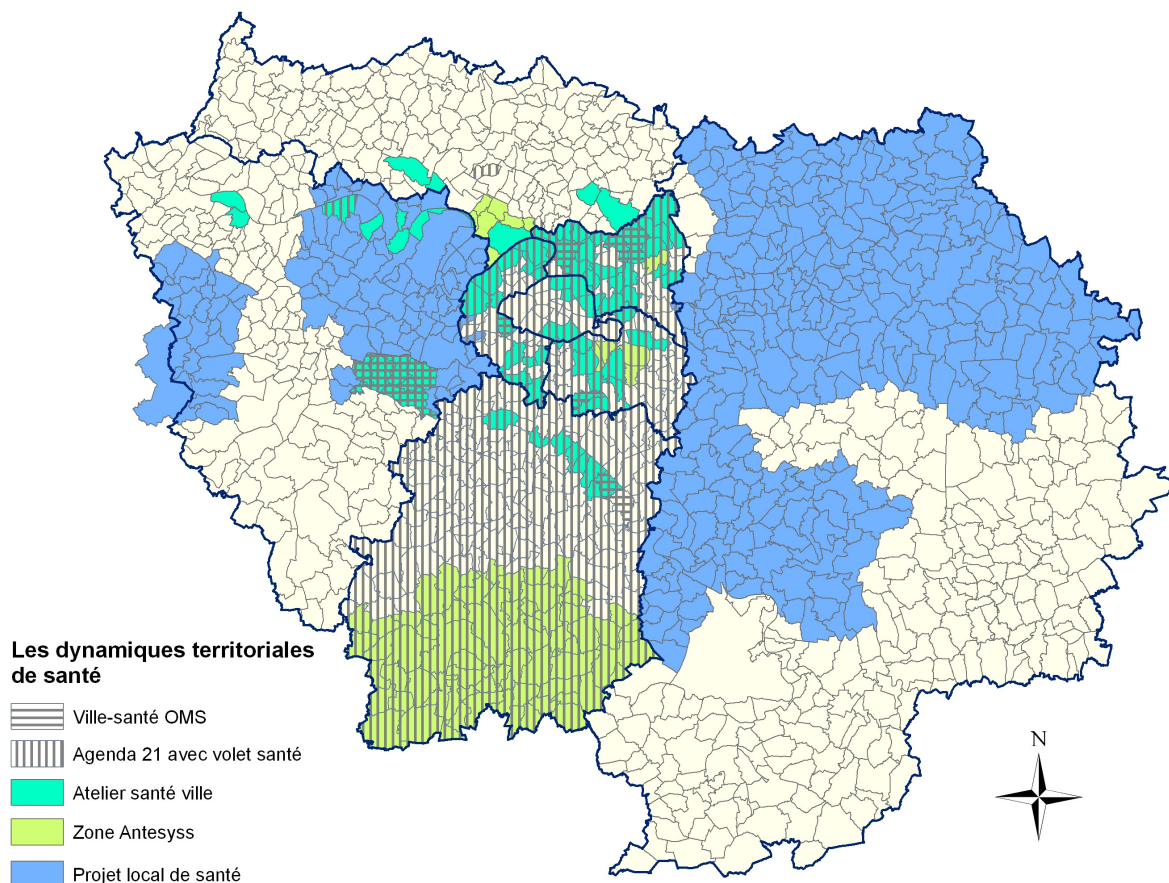
⁷⁸ Ces bonnes pratiques contribuent à la reconnaissance du rôle, de l'expérience et de l'expertise des usagers et de leur entourage dans la planification et le développement des services, la création de services de psychiatrie intégrés dans la Cité, cohérents et en mesure de développer une stratégie qui réponde aux besoins en santé mentale d'une population donnée en accord avec la Politique de Ville et les acteurs de la vie de la Cité, la lutte contre l'exclusion, la discrimination et la stigmatisation des citoyens ayant des troubles psychiques.

⁷⁹ Les Ateliers santé ville ont notamment fait émerger des problématiques de santé mentale chez les habitants et pointé la nécessité d'une coordination renforcée des acteurs professionnels impliqués, avec et au-delà des professionnels de la psychiatrie.

⁸⁰ L'enquête « La santé mentale en population générale : images et réalités » est une recherche-action internationale multicentrique menée par l'Association septentrionale d'Epidémiologie psychiatrique (ASEP) et le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé, en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Ses objectifs principaux sont, d'une part, de décrire les représentations liées à la « maladie mentale », la « folie », la « dépression » et aux différents modes d'aide et de soins, et, d'autre part, d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux, dans la population générale âgée de 18 ans ou plus. Il s'agit aussi de sensibiliser les partenaires sanitaires, sociaux, associatifs et politiques à l'importance des problèmes de santé mentale et de promouvoir l'instauration d'une psychiatrie intégrée dans la Cité.

⁸¹ Cette association, évoquée déjà dans cette étude (et de façon plus détaillée au chapitre 4) a organisé des journées d'études sur le thème de la santé mentale et des élus locaux, dont les actes sont téléchargeables sur le site <http://www.espt.asso.fr>.

Carte 10 - 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 priment 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.

La couverture de l'Ile-de-France par les principaux dispositifs

Quelle est la couverture territoriale de tous ces dispositifs ? Est-ce que l'ensemble de l'Ile-de-France bénéficie d'une dynamique sur son territoire ? Quels sont les zones où une politique locale de santé publique n'a pas été affirmée ?

Pour répondre à ces questions, une mise à plat cartographique a été réalisée. Les dispositifs décrits dans les précédents chapitres ne sont pas tous de même nature. 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.

La couverture territoriale est donc estimée à partir : des Ateliers Santé Ville, des projets locaux de santé, du projet Antesyss, des villes santé OMS et des Agendas 21 ayant déclaré un volet santé.

Les ASV en projet et les ASV interrompus ont également été pris en compte : 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.

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). Les Ateliers santé ville sont très présents en Seine-Saint-Denis et dans les Hauts-de-Seine, moins dans le Val-de-Marne, où il y a pourtant de nombreux Cucs⁸². Il y a également un PLS en Seine-Saint-Denis et un PLS des Yvelines qui déborde très légèrement dans les Hauts-de-Seine, ainsi que deux zones Antesyss. Enfin, 5 des 7 communes Villes-Santé OMS sont dans ce périmètre. Certaines communes peuvent ainsi cumuler les cinq dispositifs, comme Aulnay-sous-Bois (dont l'ASV a cependant été interrompu) ou le Blanc-Mesnil. Sevran cumule quatre dispositifs, Tremblay, Villepinte (ASV en cours), Saint-Denis, Créteil, Boulogne-Billancourt et Orly (dont l'ASV a été interrompu) en cumulent trois. Plus de 37% des communes de ce périmètre ont deux dispositifs. Enfin, 56% des communes, tout en bénéficiant d'une politique globale à l'initiative des départements ou de la ville de Paris (volet santé des Agendas 21), n'ont pas de politique locale spécifique de santé sur leur territoire reposant sur les dispositifs décrits.

⁸² Certains Cucs peuvent avoir un volet santé sans vouloir rentrer dans une démarche ASV, pour des raisons diverses.

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 par ces dispositifs, ainsi que le sud des Yvelines.

Le Val d'Oise a une zone Antesyss et quelques Ateliers santé ville (mais la majorité des Cucs ne sont pas entrés dans ce dispositif), pour un total de 14 communes couvertes (soit 7,5% de l'ensemble des communes du département).

Dans les Yvelines se trouvent trois territoires (dont un qui déborde très légèrement sur les Hauts-de-Seine et l'autre sur le département de l'Eure-et-Loir) avec un ou deux PLS, quelques ASV (pour environ la moitié des Cucs), une commune et une communauté d'agglomération qui se sont dotées d'un Agenda 21 avec un volet santé. La même communauté d'agglomération fait également partie du réseau Villes-Santé OMS. Le nombre de communes couvertes s'élève à 120 (46% de l'ensemble des communes du département).

En Essonne, le département bénéficie d'un Agenda 21 avec un volet santé récemment élaboré⁸³. Un tiers des Cucs a un ASV. On trouve aussi une zone Antesyss dans le département, une communauté d'agglomération et une ville avec un Agenda 21 pourvu d'un volet santé et deux Villes-Santé OMS. Le département compte ainsi 82 communes couvertes par un dispositif (42% des communes du territoire), hors Agenda 21 départemental.

Enfin, en Seine-et-Marne, les seuls dispositifs présents sont des PLS (deux territoires pour trois PLS). Aucun Cucs dans le département n'a entamé de démarche ASV. Les territoires avec un PLS couvrent environ la moitié du département.

⁸³ Voir page 50

3 - Les projets retenus en 2008 par le GRSP et les dynamiques territoriales

L'appel à projet du GRSP

Les actions financées à Paris

Les actions financées en Seine-et-Marne

Les actions financées dans les Yvelines

Les actions financées en Essonne

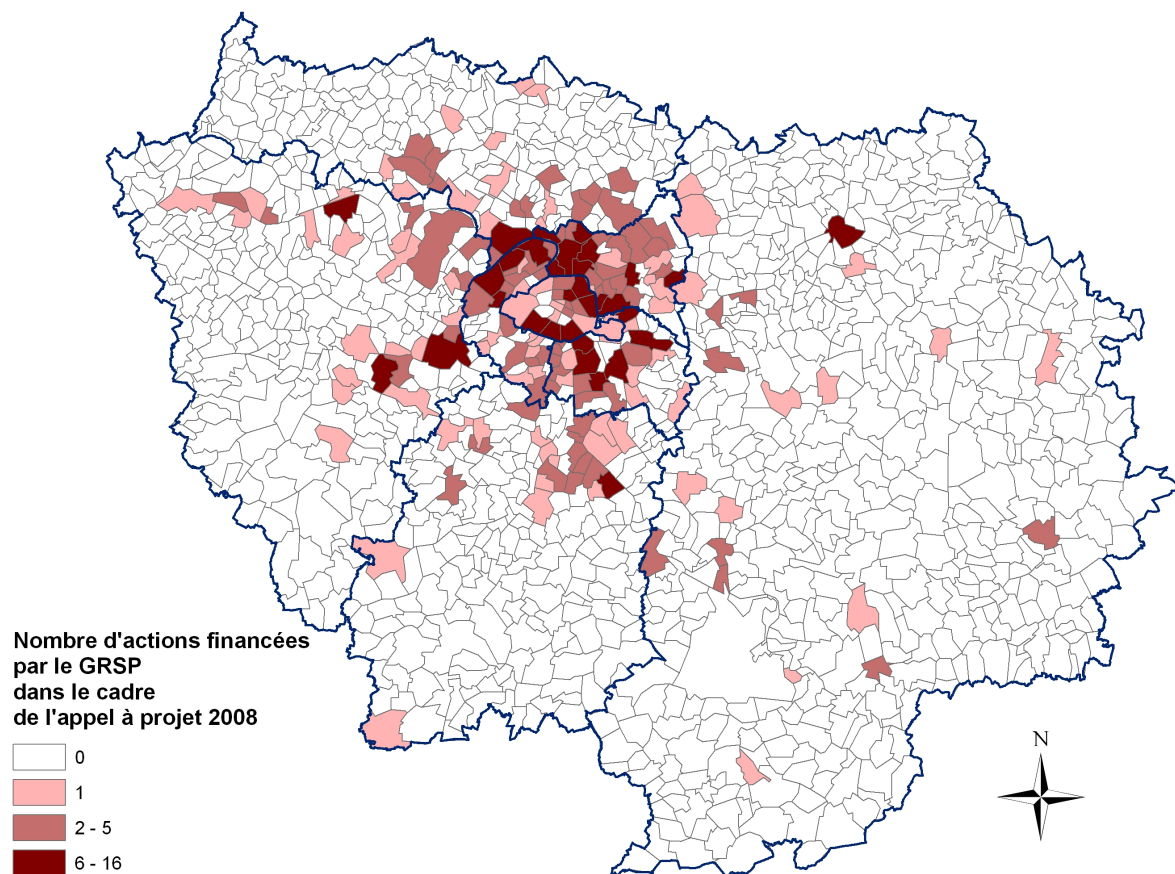
Les actions financées dans les Hauts-de-Seine

Les actions financées en Seine-Saint-Denis

Les actions financées dans le Val-de-Marne

Les actions financées dans le Val d'Oise

Carte 12 - Les projets retenus en 2008 par le GRSP en Ile-de-France
(par commune)



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

L'appel à projet du GRSP

La politique régionale de santé publique est basée sur le Plan Régional de santé publique (PRSP), qui couvre la période 2006-2010. Il a fixé 5 axes prioritaires⁷⁰, déclinés en 30 objectifs, qui déterminent le sens des actions à développer.

Sa mise en œuvre repose sur le Groupement régional de santé publique (GRSP)⁷¹. Celui-ci réunit principalement l'Etat, l'assurance maladie et des collectivités territoriales (le Conseil régional, les Conseils généraux des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis et du Val-d'Oise, et les communes d'Argenteuil, d'Aubervilliers, d'Evry et de Nanterre), afin d'harmoniser leur action et étudier de manière concertée leurs choix de financement⁷².

Le GRSP met en œuvre le PRSP selon deux types d'intervention et de financements :

- les crédits structurels, qui visent à soutenir le fonctionnement de structures médico-sociales de type associatif, des actions de prévention mais aussi des structures d'hébergement ;
- la procédure d'appels à projets, qui complète ces dispositifs existants pour susciter des actions nouvelles ou innovantes. Elle a lieu chaque année.

L'appel à projet du GRSP : 1 501 projets déposés, 806 projets retenus

L'instruction des dossiers de l'appel à projet se fait par axe du PRSP, d'abord au niveau départemental, avec des référents territoriaux, dont l'avis est l'outil principal de priorisation des dossiers. L'instruction territoriale se fait à partir de 5 critères de sélection :

- cohérence des objectifs (cohérence entre les objectifs du projet et ceux de l'appel à projet, pertinence au regard des besoins et attentes du GRSP, liens et cohérence entre le projet et d'autres programmes financés en région) ;
- justification de l'action (population visée, territoire visé, description de la problématique, prise en compte de l'existant, originalité) ;
- capacité du promoteur dans la mise en œuvre de l'action (expériences antérieures, références à des outils méthodologiques ou à des référentiels de pratique, moyens adaptés, ressources humaines et activités adaptées à la population visée, participation des bénéficiaires, adhésion à la charte du SREPS⁷³) ;

⁷⁰ Les 5 axes sont détaillés dans le chapitre 1 sur les Ateliers santé ville

⁷¹ <http://www.grsp-idf.fr/>

⁷² Appel à projet 2009, Guide du promoteur, GRSP Ile-de-France

⁷³ Un schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS) a été mis en place. Celui-ci a pour objectif « favoriser un développement cohérent et optimal de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire ». En Ile-de-France, trois objectifs prioritaires ont été définis :

- créer, promouvoir et faire vivre une culture commune de l'Education pour la Santé en Ile de France ;

- évaluation de l'action (modalités cohérentes et réalistes avec les objectifs, méthode d'évaluation et indicateurs prévus, faisabilité) ;
- partenariat et gestion (qualité de la gestion du projet, cohérence du budget, qualité et diversité du partenariat).

Vient ensuite l'instruction régionale, où se fait la vérification de la cohérence globale, la synthèse des avis départementaux et surtout la priorisation entre les actions, notamment entre les territoires. Ces avis sont transmis enfin au Comité des programmes. La décision finale appartient au Conseil d'administration du GRSP.

En 2008, 1 501 dossiers ont été déposés en réponse à l'appel à projets⁷⁴. Le nombre de dossiers est très élevé pour les départements de Seine-Saint-Denis, des Hauts-de-Seine, du Val-de-Marne et des Yvelines, et nettement plus faible dans les autres départements. Une forte progression des demandes entre 2006 et 2008 est cependant à noter pour deux départements : la Seine-et-Marne (+71%) et l'Essonne (+60%).

Le GRSP a retenu 806 projets, soit 54% des dossiers déposés. Les projets retenus sont majoritairement portés par des associations (69%), puis par des collectivités territoriales (23%), les établissements publics (6%) et les organismes divers (2%).

Plus de la moitié des actions retenues (58%) se déroulent sur un territoire en politique de la ville et 78% s'adressent à un public en situation de vulnérabilité sociale.

Enfin, pour 58% des actions seulement, soit 466 actions, la ou les communes d'intervention étaient explicitement renseignées. En effet, un certain nombre d'actions ont un rayonnement départemental, voire régional. Pour d'autres actions, la ou les communes d'intervention ne sont pas connues lors de l'appel à projet, car c'est l'action en elle-même qui va concrétiser des partenariats sur le terrain et donc décider du lieu d'intervention. Enfin, la donnée sur le champ géographique d'intervention peut être tout simplement non renseignée.

C'est sur ces 466 actions localisées à la commune que s'appuient les éléments cartographiques et statistiques maintenant présentés dans ce chapitre. Ces 466 actions financées peuvent intervenir sur une ou plusieurs communes. Dans la suite de l'étude, une action est donc comptée autant de fois que le nombre de communes sur laquelle elle se déroule. Ce qui donne un total de 592 actions.

Rappelons que cette analyse porte sur les projets retenus, et donc passés par la sélection du GRSP.

-
- valoriser, développer et renforcer les pratiques en Education pour la Santé ;
 - optimiser l'organisation des services et la répartition de l'offre afin de répondre aux besoins des populations et des intervenants.

La Charte francilienne des intervenants en Education pour la Santé charte est le fruit de la réflexion des acteurs impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes ou d'actions en Education Pour la Santé.

⁷⁴ Bilan de l'appel à projet 2008, GRSP Ile-de-France

En 2008, 194 communes en Ile-de-France bénéficient d'une action financée dans le cadre de l'appel à projet du GRSP

L'analyse des 466 dossiers montre que 15% des communes d'Ile-de-France bénéficient sur leur territoire d'une action financée dans le cadre de l'appel à projet du GRSP, soit 194 communes et plus de 7,5 millions d'habitants (65% de la population totale). Le nombre d'actions financées varie d'une commune à l'autre, allant d'une seule action (84 communes, soit 43%) à seize actions maximum (pour une commune). 78 communes, soit 40%, bénéficient de 2 à 5 actions. Enfin, 32 communes, principalement situées à Paris et en petite couronne, bénéficient de 6 à 16 actions.

Des actions plus souvent situées sur des territoires en Cucs...

La majorité des actions (62%) se déroule sur une commune en politique de la ville, et parmi elles, les trois-quarts disposent d'un Atelier santé ville.

... et plus souvent à l'intérieur des périmètres où ont été repérés des dispositifs

La superposition de la carte de la couverture territoriale de l'Ile-de-France et de celle des dossiers retenus dans le cadre de l'appel à projet 2008 montre que la plupart des actions se déroulent dans les communes où il existe au moins un des cinq dispositifs.

La santé des personnes vulnérables, premier domaine financé par l'appel à projet 2008⁷⁵

Les 5 axes prioritaires du PRSP se subdivisent en thématiques majeures : cancer (objectifs 1 à 6), périnatalité (objectifs 7 et 8, mais non opérationnels pour l'instant), jeunesse (objectifs 9 à 11), santé mentale (objectifs 12 et 13), maladies chroniques et personnes âgées (objectifs 14 à 17), addictions (objectifs 18 à 20), VIH/Sida (objectifs 21 et 22), alimentation et nutrition (objectifs 23 à 25), santé des personnes vulnérables (objectifs 26 à 28a), santé bucco-dentaire (objectif 28b) et environnement (objectifs 29 et 30).

Les actions financées sont plus souvent du domaine de la « santé des personnes vulnérables » (19% des actions). Viennent ensuite les actions financées dans le cadre des thématiques « alimentation et nutrition » (17%), puis « santé mentale » et « addictions » (15% des actions chacune) et « maladies chroniques et personnes âgées » (12%). Les autres thématiques représentent entre 3 et 6% des actions⁷⁶.

⁷⁵ Premier domaine en nombre d'actions. Le montant des financements n'est pas analysé dans cette étude. Cependant, si on prend l'ensemble des actions, c'est également la thématique la plus subventionnée (source : Bilan de l'appel à projet 2008, GRSP Ile-de-France)

⁷⁶ Il faut noter aussi que les promoteurs soumettent leurs projets dans une seule thématique. Une même action peut ainsi dépendre à la fois de la thématique « santé des personnes vulnérables » ou « santé mentale », mais être proposée dans la thématique aux yeux du promoteur la plus favorable au financement.

Tableau 3 - Les projets retenus en 2008 selon les grandes thématiques

| | Ile-de-France | Paris | Seine-et-Marne | Yvelines | Essonne | Hauts-de-Seine | Seine-St-Denis | Val-de-Marne | Val-d'Oise |
|--|---------------|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|----------------|--------------|--------------|
| Nombre total d'actions financées⁷⁷ | | | | | | | | | |
| Cancer | 22 | 1 | 4 | 0 | 0 | 4 | 9 | 3 | 1 |
| Jeunesse | 31 | 3 | 2 | 5 | 3 | 3 | 4 | 7 | 4 |
| Santé mentale | 91 | 13 | 6 | 10 | 12 | 19 | 15 | 8 | 8 |
| Mal. chron. et pers. âgées | 68 | 6 | 7 | 2 | 6 | 5 | 20 | 17 | 5 |
| Addictions | 90 | 11 | 10 | 19 | 5 | 10 | 15 | 6 | 14 |
| VIH/Sida | 37 | 12 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 | 4 | 1 |
| Alimentation et nutrition | 103 | 6 | 10 | 14 | 11 | 17 | 26 | 10 | 9 |
| Personnes vulnérables | 114 | 13 | 5 | 15 | 6 | 14 | 33 | 21 | 7 |
| Bucco-dentaire | 16 | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 |
| Environnement | 20 | 3 | 1 | 0 | 0 | 6 | 7 | 3 | 0 |
| Total | 592 | 68 | 50 | 68 | 50 | 85 | 137 | 82 | 52 |
| Répartition des actions par thématiques (%) | | | | | | | | | |
| Cancer | 3,7 | 1,5 | 8,0 | 0,0 | 0,0 | 4,7 | 6,6 | 3,7 | 1,9 |
| Jeunesse | 5,2 | 4,4 | 4,0 | 7,4 | 6,0 | 3,5 | 2,9 | 8,5 | 7,7 |
| Santé mentale | 15,4 | 19,1 | 12,0 | 14,7 | 24,0 | 22,4 | 10,9 | 9,8 | 15,4 |
| Mal. chron. et pers. âgées | 11,5 | 8,8 | 14,0 | 2,9 | 12,0 | 5,9 | 14,6 | 20,7 | 9,6 |
| Addictions | 15,2 | 16,2 | 20,0 | 27,9 | 10,0 | 11,8 | 10,9 | 7,3 | 26,9 |
| VIH/Sida | 6,3 | 17,6 | 10,0 | 4,4 | 8,0 | 3,5 | 3,6 | 4,9 | 1,9 |
| Alimentation et nutrition | 17,4 | 8,8 | 20,0 | 20,6 | 22,0 | 20,0 | 19,0 | 12,2 | 17,3 |
| Personnes vulnérables | 19,3 | 19,1 | 10,0 | 22,1 | 12,0 | 16,5 | 24,1 | 25,6 | 13,5 |
| Bucco-dentaire | 2,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 6,0 | 4,7 | 2,2 | 3,7 | 5,8 |
| Environnement | 3,4 | 4,4 | 2,0 | 0,0 | 0,0 | 7,1 | 5,1 | 3,7 | 0,0 |
| Total | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |

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

⁷⁷ Les 466 actions financées peuvent intervenir sur une ou plusieurs communes. Une action est donc comptée autant de fois que le nombre de communes sur laquelle elle se déroule. Ce qui donne un total de 592 actions.

Cette répartition diffère selon les départements, qui ont tous leurs particularités, à la fois en termes de spécificités socio-sanitaires, mais aussi et surtout de la présence ou non d'acteurs locaux, susceptibles de porter des actions (collectivités locales, structures associatives ou autres). Le type de mobilisation territoriale est important également. Certaines structures spécifiques sont plus porteuses de projets sur un territoire plutôt que sur un autre. D'autre part, il arrive qu'une thématique bien installée sur un territoire bénéficie d'actions avec des financements qui ne transitent pas par le GRSP.

Avec respectivement 33 et 21 actions, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne regroupent près de la moitié des actions financées sur la thématique « santé des personnes vulnérables ». En Seine-Saint-Denis, les actions sont plutôt portées par les collectivités locales, alors que dans le Val-de-Marne, ce sont plutôt des associations qui oeuvrent. Ces deux départements, surtout la Seine-Saint-Denis, sont concernés largement par les inégalités sociales de santé.

Un quart des actions de la thématique « alimentation et nutrition » se déroule en Seine-Saint-Denis.

Les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis bénéficient du tiers des actions en « santé mentale ». A Paris et en Essonne, les actions sont presque exclusivement associatives.

Les Yvelines, la Seine-Saint-Denis et le Val d'Oise comptent entre 19 et 15 actions sur la thématique « addictions », avec dans le Val d'Oise des actions portées par un collège ou un lycée.

La Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne sont les départements qui comptent le plus grand nombre d'actions dans la thématique « maladies chroniques et personnes âgées ». Le Val-de-Marne est le seul département francilien où des Centres locaux d'information et de coordination (Clic) portent quelques projets. C'est un des départements ayant la plus forte proportion de plus de 60 ans en Ile-de-France.

Un tiers des actions sur la thématique « VIH/sida » se déroule à Paris, où se concentre une partie de la problématique.

Le Val-de-Marne se distingue, avec 7 actions en faveur de la jeunesse.

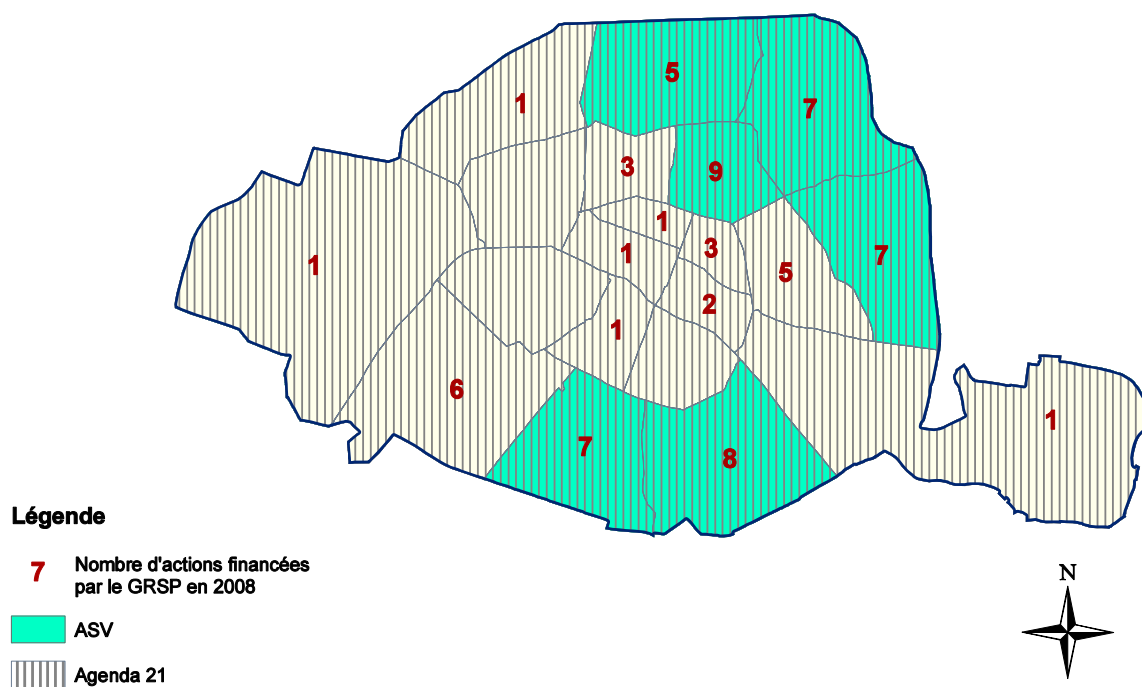
La thématique cancer est plus présente en Seine-Saint-Denis que dans les autres départements.

La thématique environnement est surtout présente en Seine-Saint-Denis et dans les Hauts-de-Seine, deux départements très concernés par l'habitat insalubre et le saturnisme infantile. Sur les 20 actions que compte l'Ile-de-France, 11 sont portées par une municipalité.

Enfin, la santé bucco-dentaire, dont les actions sont presque exclusivement portées par les municipalités (15 sur 16), se retrouve en nombre d'actions à part égale dans les départements, sauf à Paris, en Seine-et-Marne et dans les Yvelines, qui n'ont aucune action sur ce thème financée dans le cadre du GRSP⁷⁸.

⁷⁸ Voir le paragraphe suivant sur Paris et ses actions de dépistage bucco-dentaire

Carte 13 -Actions financées par le GRSP en 2008 à Paris



Sources : Drassif, Div, Urcam Ile-de-France, OMS, Observatoire national des Agendas 21 locaux, 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

Les dispositifs hachurés sont des dispositifs plutôt transversaux.

Les dispositifs avec des couleurs à plat sont des dispositifs plutôt thématiques.

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.

Pour des raisons de représentations cartographiques, les différents départements d'Ile-de-France ne sont pas tous à la même échelle.

Les actions financées à Paris

La majorité des arrondissements parisiens bénéficient d'une action financée par le GRSP

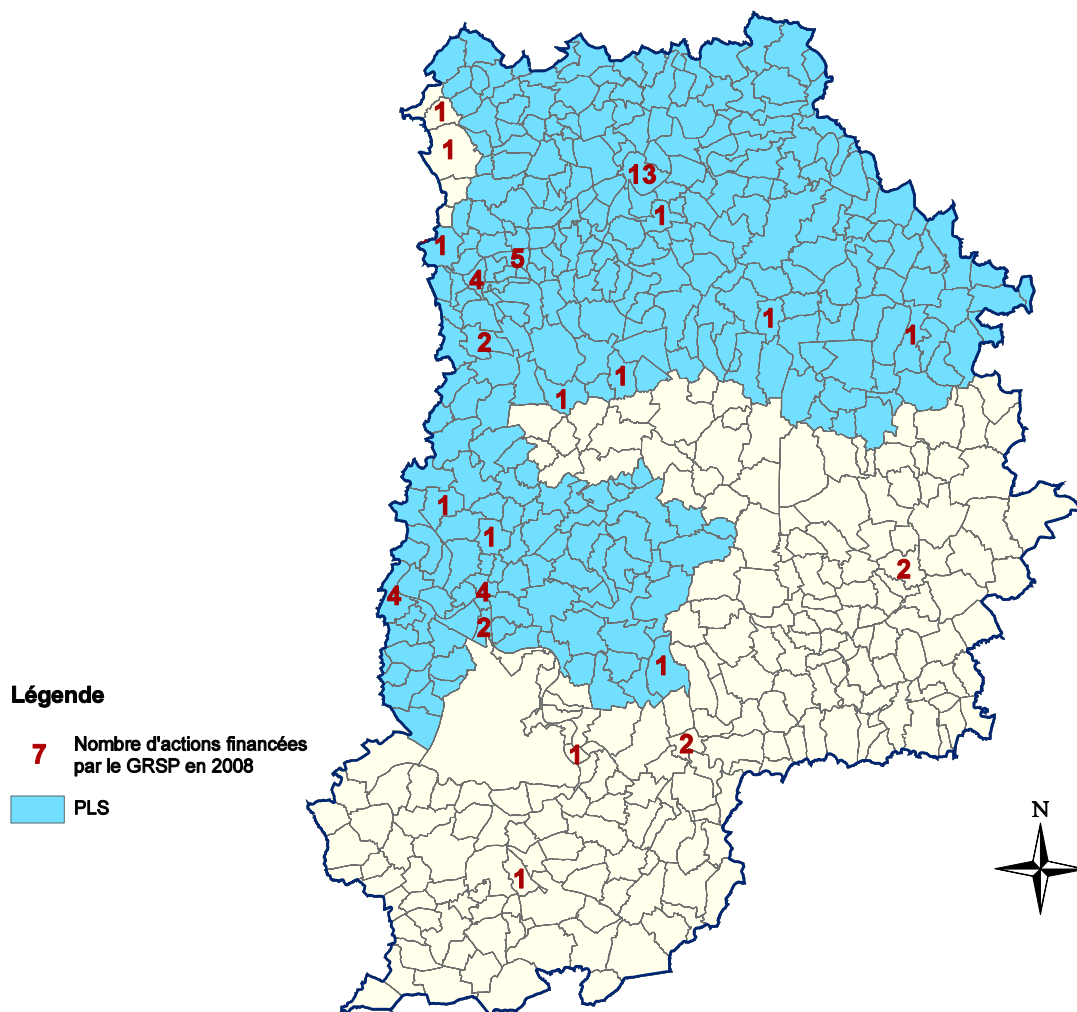
Avec 68 actions qui se déroulent dans la capitale (12% du total des actions), tous les arrondissements, sauf le 5^{ème}, le 7^{ème} et le 8^{ème}, bénéficient d'un financement dans le cadre de l'appel à projet 2008 du GRSP. Ce sont les six arrondissements concernés par un ASV (opérationnel dans le 13^{ème}, le 14^{ème}, le 18^{ème} et le 20^{ème}, en cours d'élaboration dans le 10^{ème} et le 19^{ème}) qui comptent le plus grand nombre d'actions, avec le 11^{ème} et le 15^{ème} arrondissement⁷⁹.

La répartition des actions financées selon les thématiques diffère de la répartition régionale. La santé des personnes vulnérables ressort bien comme la première thématique concernée, mais à égalité avec la santé mentale (19% des actions financées chacune), qui est au 3^{ème} rang des actions régionales. Suivent ensuite de très près, avec 18% des actions, la thématique du VIH/Sida (largement moins présente au niveau régional avec 6% seulement des actions) et celle des addictions (15% des actions régionales). Les thématiques « Maladies chroniques et personnes âgées » et « alimentation et nutrition » représentent chacune 9% des actions, proportions qui étaient plus élevées pour l'ensemble de l'Ile-de-France. Mais les autres thématiques, « cancer », « jeunesse » et « environnement », comme au niveau régional, sont des thématiques où peu d'actions sont financées. La thématique « santé bucco-dentaire » n'est pas du tout financée dans le cadre de l'appel à projet. Cependant, Paris mène depuis longtemps des actions de dépistage bucco-dentaire, en co-financement avec la Caisse primaire d'Assurance Maladie. C'est une thématique de santé bien installée sur le territoire et dont le financement ne transite pas par le GRSP.

La ville de Paris ne porte aucune des actions financées sur son territoire, et les promoteurs sont essentiellement des associations.

⁷⁹ Un Cucs a été signé pour l'ensemble du territoire parisien.

Carte 14 - Actions financées par le GRSP en 2008 en Seine-et-Marne



Sources : Drassif, Div, Urcam Ile-de-France, OMS, Observatoire national des Agendas 21 locaux, 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

Les dispositifs hachurés sont des dispositifs plutôt transversaux.

Les dispositifs avec des couleurs à plat sont des dispositifs plutôt thématiques.

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.

Pour des raisons de représentations cartographiques, les différents départements d'Ile-de-France ne sont pas tous à la même échelle.

Les actions financées en Seine-et-Marne

La plupart des actions en Seine-et-Marne se situent dans un territoire en Cucs

En Seine-et-Marne, on compte 50 actions financées par le GRSP (8% du total de l'Ile-de-France), qui se déroulent dans 22 communes (sur 514), presque toutes au sein du périmètre où se situent les trois projets locaux de santé du département, portés par les hôpitaux de Lagny et de Melun. (six communes sont en dehors). Parmi les communes concernées par ces actions, neuf ont un Cucs et concentrent 60% des actions⁸⁰. Les deux villes qui bénéficient du plus grand nombre d'actions sur leur territoire sont Meaux (13 actions, un Cucs, 12 promoteurs différents) et Lagny (5 actions, dont 3 sont portées par le réseau Ville Hôpital de Lagny). Viennent ensuite, avec 4 actions, les villes de Melun (un Cucs, quatre promoteurs), de Saint-Fargeau-Ponthierry (les quatre actions ont le centre municipal de santé comme promoteur), et de Torcy (un Cucs, 2 actions portées par la mission locale pour l'emploi, 1 action par le réseau Ville Hôpital de Lagny).

Deux thématiques représentent chacune 20% des actions financées dans le département : « alimentation et nutrition » et « addictions ». La santé des personnes vulnérables (12%) n'intervient qu'au quatrième rang, après les maladies chroniques et les personnes âgées (14%), et dans les mêmes proportions que la santé mentale. Les thématiques « santé bucco-dentaire » et « environnement » ne bénéficient d'aucune action financée par le GRSP. Ces thématiques sont plus souvent portées par les municipalités, peu représentées en tant que promoteurs dans le département.

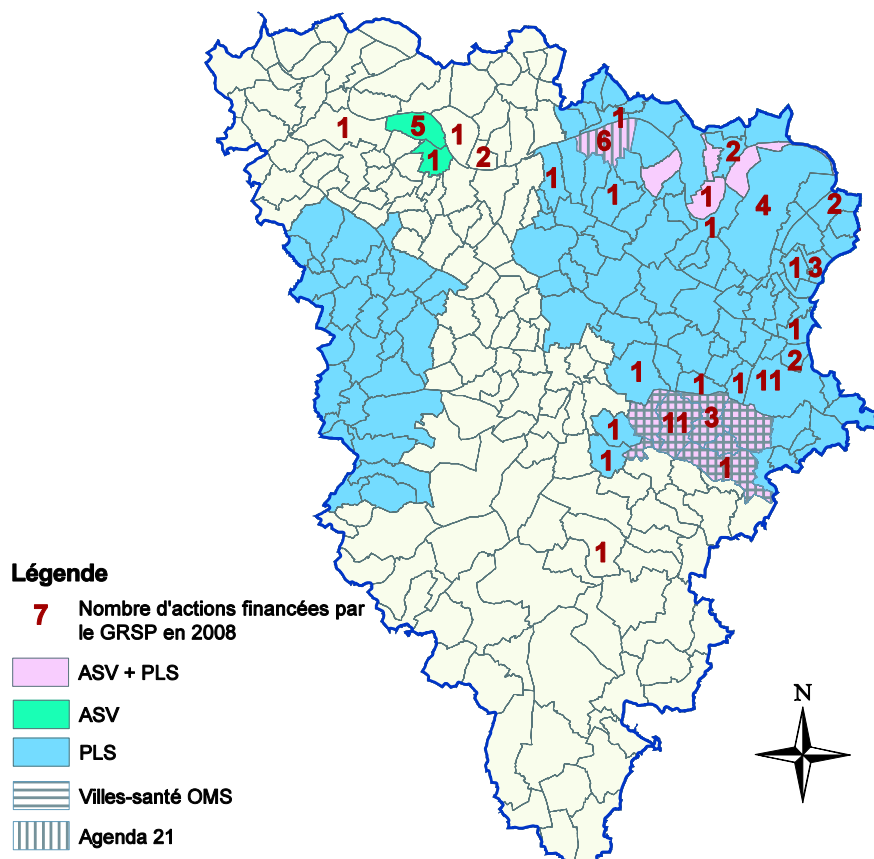
Il est à noter que le sud-est du département, où très peu d'actions se déroulent, comprend pourtant des communes dont la situation sanitaire n'est pas particulièrement favorable, comme en témoigne un niveau de mortalité prématurée⁸¹ significativement supérieur à la moyenne régionale.

Par ailleurs, on peut constater que six des communes bénéficiaires d'actions et qui ne sont pas en territoire Cucs, ont un mauvais indicateur de mortalité prématurée.

⁸⁰ La Seine-et-Marne compte 11 Cucs sur son territoire, pour 22 communes. Aucun ASV dans le département.

⁸¹ La mortalité prématurée (avant 65 ans) est un indicateur considéré comme un bon marqueur des inégalités de santé

Carte 15 - Actions financées par le GRSP en 2008 dans les Yvelines



Sources : Drassif, Div, Urcam Ile-de-France, OMS, Observatoire national des Agendas 21 locaux, 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

Les dispositifs hachurés sont des dispositifs plutôt transversaux.

Les dispositifs avec des couleurs à plat sont des dispositifs plutôt thématiques.

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.

Pour des raisons de représentations cartographiques, les différents départements d'Ile-de-France ne sont pas tous à la même échelle.

Les actions financées dans les Yvelines

Plus du quart des actions financées dans les Yvelines portent sur les addictions

Dans les Yvelines, on dénombre 68 actions financées par le GRSP (12% du total d'Ile-de-France), qui se déroulent dans 28 communes (sur 262), presque toutes au sein d'un dispositif (ASV, PLS⁸² ou les deux). Seules quatre communes sont en dehors, dont une en territoire Cucs⁸³. Les communes ayant un Atelier santé ville bénéficient de 41% des actions financées sur le département.

Deux villes comptent 11 actions sur leur territoire : Versailles (2 actions portées par le Comité départemental d'éducation pour la santé des Yvelines, 10 promoteurs différents) et Trappes (2 actions portées par la Communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines⁸⁴, 2 par le Réseau Santé Sud Yvelines). Viennent ensuite la ville des Mureaux avec 6 actions (dont 3 portées par le Centre Communal d'Action Sociale), Mantes-la-Jolie avec 5 actions (l'association IPT, à laquelle est adossé l'ASV de la ville, est le promoteur des 5 actions) et Saint-Germain-en-Laye avec 4 actions (dont 2 portées par l'association Ville Hôpital 78).

La particularité du département est de compter une proportion élevée d'actions dans le domaine des addictions (28% contre 15% en moyenne régionale). Viennent ensuite les thématiques « santé des personnes vulnérables » (22%), « alimentation et nutrition » (21%) et « santé mentale » (15%). Les thématiques « cancer », « santé bucco-dentaire » et « environnement » ne bénéficient d'aucune action financée par le GRSP.

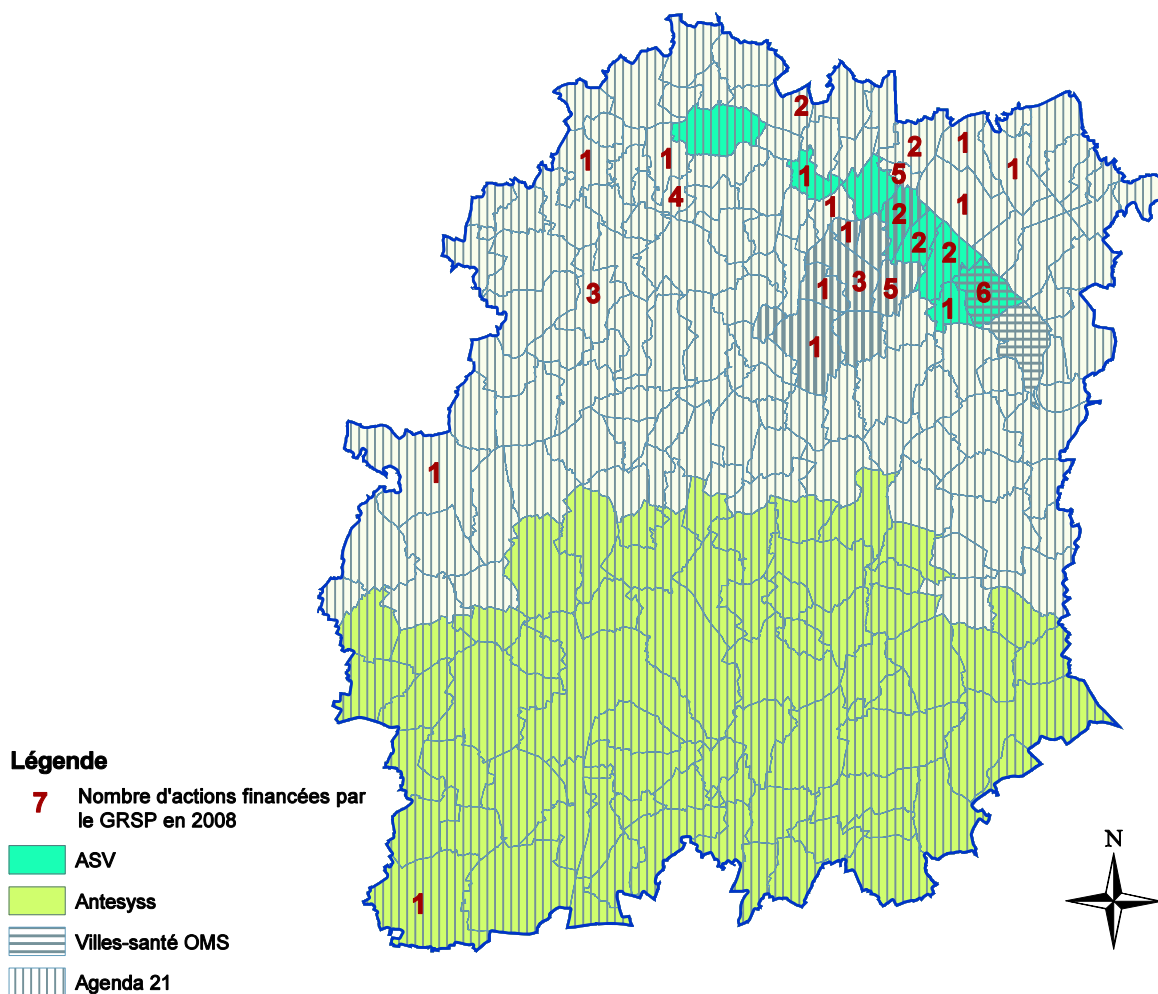
Deux éléments sont à noter dans ce département : là où plusieurs dispositifs se superposent, on constate un nombre plus élevé d'actions. D'autre part, les collectivités locales portant directement des actions (Les Mureaux, CA de Saint-Quentin-en-Yvelines, Trappes) sont celles engagées dans un dispositif transversal (Agenda 21 ou Ville-santé OMS).

⁸² Trois PLS dans les Yvelines, deux portés par l'hôpital de Versailles, le troisième par l'hôpital de Meulan-Les Mureaux

⁸³ Le département des Yvelines compte 15 Cucs sur son territoire, pour 22 communes. Treize villes disposent d'un ASV. Une ville a un ASV en cours.

⁸⁴ La communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines n'est pas une collectivité territoriale au sens stricte mais un groupement de commune. Cette CA est très impliquée dans le domaine de la santé. Son engagement est détaillé au chapitre 11, dans le paragraphe « Communautés d'agglomération, politique de la ville et santé ». Un zoom sur son expérience locale lui est également consacré dans le chapitre 12.

Carte 16 - Actions financées par le GRSP en 2008 en Essonne



Sources : Drassif, Div, Urcam Ile-de-France, OMS, Observatoire national des Agendas 21 locaux, 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

Les dispositifs hachurés sont des dispositifs plutôt transversaux.

Les dispositifs avec des couleurs à plat sont des dispositifs plutôt thématiques.

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.

Pour des raisons de représentations cartographiques, les différents départements d'Ile-de-France ne sont pas tous à la même échelle.

Les actions financées en Essonne

La plupart des communes bénéficiant des actions en Essonne sont en Cucs

En Essonne, 24 communes sur 196 bénéficient d'une ou de plusieurs des 49 actions financées par le GRSP sur le département en 2008 (8% de l'ensemble des actions régionales). Parmi les communes concernées par ces actions, la moitié n'entre pas dans le périmètre d'un des dispositifs existants sur le département (ASV, Antesyss, Villes-Santé OMS ou Agenda 21). Mais elles ont presque toutes un Cucs⁸⁵ (sauf 6 communes).

Contrairement aux autres départements de grande couronne, aucune ville de l'Essonne ne compte un grand nombre d'actions sur son territoire. Evry⁸⁶ bénéficie de 6 actions (un ASV, deux des actions sont portées par la ville), Juvisy-sur-Orge de 5 actions (un Cucs, deux actions portées par l'Association pour le Logement des Jeunes Travailleurs et une par la CA des Portes de l'Essonne⁸⁷), tout comme Fleury-Mérogis, qui a la particularité d'avoir une prison sur son territoire et dont toutes les actions se situent en milieu carcéral. Enfin, 4 actions se déroulent aux Ulis (un Cucs, trois actions portées par la ville).

Dans le département, c'est la thématique « santé mentale » qui émerge, avec 24% des actions financées (15% au niveau régional), suivie de très près par « alimentation et nutrition » (22%). « Santé des personnes vulnérables » et « maladies chroniques et personnes âgées » représentent chacune 12% des actions, et les addictions 10%. Les thématiques « cancer », et « environnement » ne bénéficient d'aucune action financée par le GRSP.

Parmi les collectivités locales portant directement des actions en Essonne (Evry, Gif-sur-Yvette, CA des Portes de l'Essonne⁸⁸, Sainte-Geneviève-des-Bois, et Les Ulis), seules les deux premières se sont engagées dans un dispositif transversal (Ville-santé OMS ou Agenda 21 avec un volet santé).

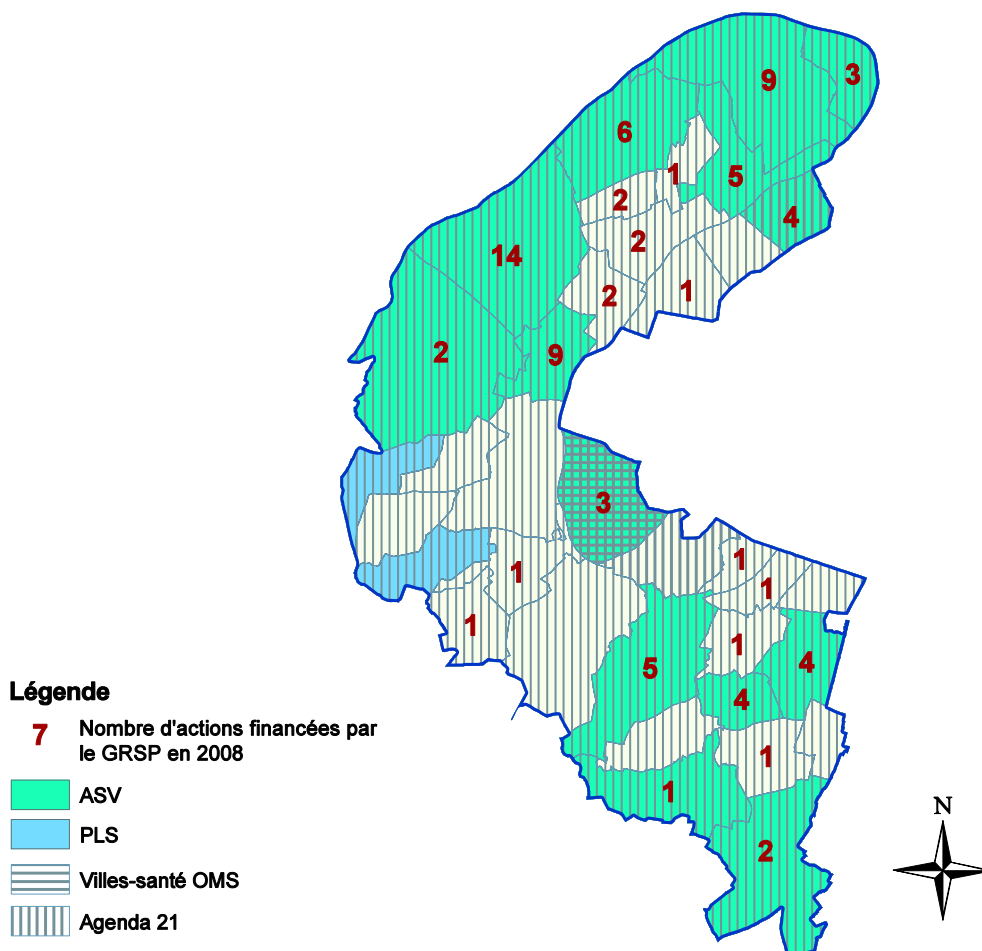
⁸⁵ L'Essonne compte 13 Cucs sur son territoire, pour 29 communes. Quatre villes disposent d'un ASV. Quatre villes ont un ASV en cours.

⁸⁶ Ville membre du GRSP

⁸⁷ La communauté de communes des Portes de l'Essonne, devenu depuis Communauté d'agglomération, a marqué un intérêt particulier pour la santé (plus de détails dans le paragraphe sur l'intercommunalité et la santé du chapitre 4)

⁸⁸ La CA des Portes de l'Essonne n'est pas une collectivité territoriale au sens strict mais un groupement de commune

Carte 17 - Actions financées par le GRSP en 2008 dans les Hauts-de-Seine



Sources : Drassif, Div, Urcam Ile-de-France, OMS, Observatoire national des Agendas 21 locaux, 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

Les dispositifs hachurés sont des dispositifs plutôt transversaux.

Les dispositifs avec des couleurs à plat sont des dispositifs plutôt thématiques.

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.

Pour des raisons de représentations cartographiques, les différents départements d'Ile-de-France ne sont pas tous à la même échelle.

Les actions financées dans les Hauts-de-Seine

Beaucoup de communes bénéficiaires dans les Hauts-de-Seine et plus particulièrement celles disposant d'un ASV

Dans les Hauts-de-Seine, on dénombre 85 actions financées par le GRSP (14% du total régional), qui se déroulent sur une large partie du département (25 communes sur 36). Les communes bénéficiaires sont majoritairement pourvues d'un ASV (14 au total). Parmi les autres communes bénéficiaires, une est en Cucs⁸⁹ mais sans ASV et les dix autres communes ne sont pas en politique de la ville.

Les trois villes qui bénéficient du plus grand nombre d'actions sur leur territoire sont Nanterre⁹⁰ (14 actions, dont 3 portées par la ville, qui profite d'une volonté politique forte en matière de santé), Suresnes (9 actions, dont 4 portées par la ville et son centre médical de santé et 3 par le Réseau Ville Hôpital Val de Seine) et Gennevilliers (7 actions portées par la municipalité). Viennent ensuite Colombes, avec 6 actions (5 promoteurs différents), Asnières-sur-Seine et Clamart avec 5 actions (ces communes portent chacune deux actions, un promoteur unique assurant les trois autres actions sur leur territoire). Enfin, bénéficient de quatre actions les villes de Clichy (qui porte deux actions), de Bagneux (la ville, au travers de son centre municipal de santé auquel est adossé l'ASV, est le promoteur des quatre actions) et Fontenay-aux-Roses (deux actions portées par la ville et son centre municipal de santé). Toutes ces villes ont un ASV. A noter que les municipalités qui ne sont pas en politique de la ville comptent 1 à 2 actions sur leur territoire, voire aucune.

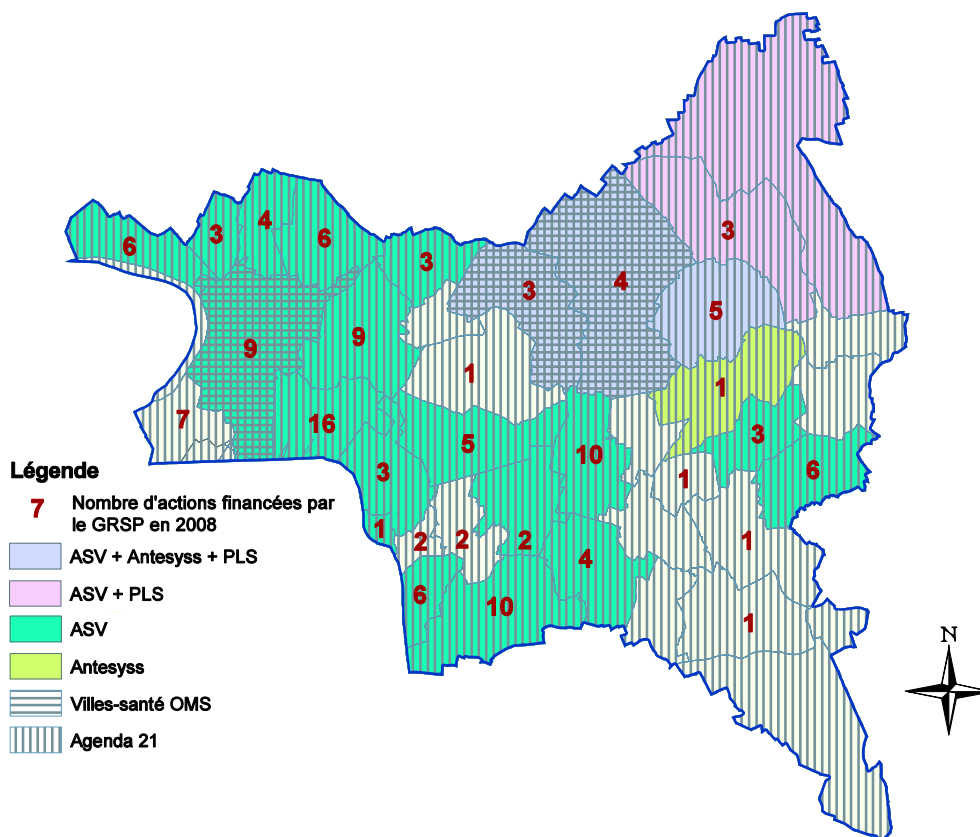
Dans les Hauts-de-Seine, comme en Essonne, c'est la thématique « santé mentale » qui émerge, avec 22% des actions financées (15% au niveau régional), suivie de très près par « alimentation et nutrition » (20%). La « Santé des personnes vulnérables » représente 17% des actions et les addictions 12%. La thématique « environnement », avec 7%, est au 5^{ème} rang (5 des 6 actions du département sont portées par une municipalité). Les autres thématiques bénéficient toutes d'au moins trois actions financées par le GRSP.

Dans ce département, plus de 30% des actions sont portées par les municipalités, leurs centres municipaux de santé, leurs SCHS ou leurs ateliers santé ville.

⁸⁹ Le département des Hauts-de-Seine compte 13 Cucs sur son territoire, pour 16 communes. Treize villes disposent d'un ASV. Une ville a un ASV en cours.

⁹⁰ Ville membre du GRSP

Carte 18 - Actions financées par le GRSP en 2008 en Seine-Saint-Denis



Sources : Drassif, Div, Urcam Ile-de-France, OMS, Observatoire national des Agendas 21 locaux, 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

Les dispositifs hachurés sont des dispositifs plutôt transversaux.

Les dispositifs avec des couleurs à plat sont des dispositifs plutôt thématiques.

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.

Pour des raisons de représentations cartographiques, les différents départements d'Ile-de-France ne sont pas tous à la même échelle.

Les actions financées en Seine-Saint-Denis

Un nombre élevé d'action en Seine-Saint-Denis

La Seine-Saint-Denis est le département qui bénéficie le plus d'actions financées par le GRSP, 137 au total (soit 23% des actions). Ces actions se déroulent dans 30 communes sur les 40 que compte le département. Ces communes sont 22 à disposer d'un ASV. Sur les huit autres communes, 5 ont un territoire en Cucs⁹¹ et seulement trois ne sont pas en politique de la ville.

Cinq villes bénéficient d'un nombre d'actions important : Aubervilliers⁹², avec 16 actions sur son territoire (la ville porte 14 de ces actions, montrant là une politique volontariste en matière de santé), Montreuil (10 actions, dont 7 portées par la ville), Bondy (10 actions, dont 5 portées par la ville et une par le conseil général), Saint-Denis (9 actions, 1 seule portée par la ville, huit autres promoteurs) et la Courneuve (9 actions, 6 portées par la ville). Les autres villes disposant d'un Atelier santé ville ont entre 3 et 6 actions, sauf Tremblay-en-France, qui ne bénéficie d'aucune action.

Parmi les villes en Cucs mais sans ASV, Saint-Ouen se distingue, avec 7 actions sur son territoire, dont 4 portées par la ville. Les autres communes dans la même configuration bénéficient de zéro à 2 actions, tout comme les municipalités qui ne sont pas en politique de la ville.

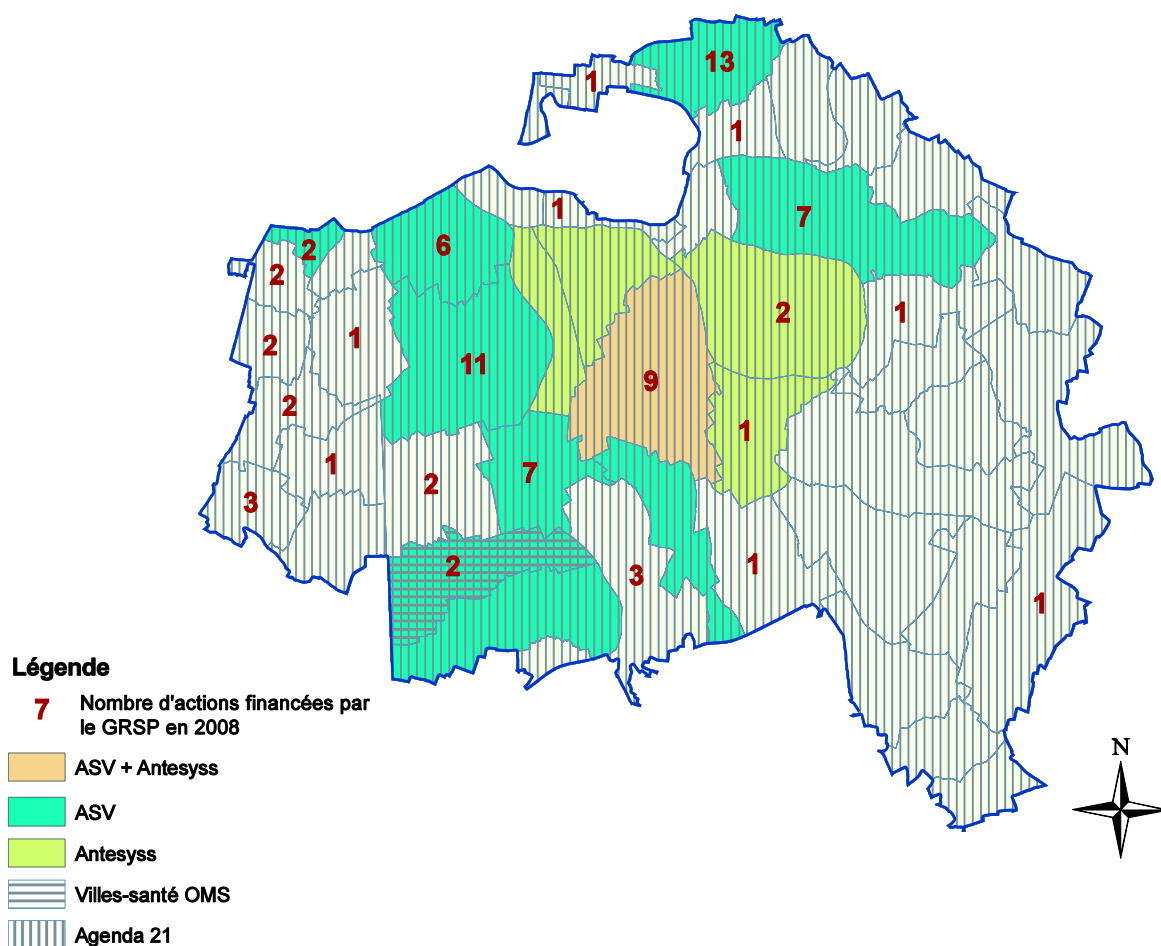
Comme au niveau régional, c'est la « Santé des personnes vulnérables », qui bénéficie du plus grand nombre d'actions (33) mais dans une proportion un peu plus élevée en Seine-Saint-Denis (24% contre 19%). L'« alimentation et nutrition », avec 19%, est la deuxième thématique du département et « maladies chroniques et personnes âgées », la troisième (15%). Viennent ensuite à parts égales la santé mentale et les addictions (11%). A noter que l'ensemble des thématiques bénéficie d'actions financées par le GRSP sur ce département.

Comme dans les Hauts-de-Seine, mais dans des proportions encore plus élevées, de nombreuses actions sont portées par les municipalités, leurs centres municipaux de santé, leurs SCHS ou leurs ateliers santé ville.

⁹¹ La Seine-Saint-Denis compte 33 Cucs, tous communaux. Vingt villes disposent d'un ASV. Deux villes ont eu un ASV. Une ville a un ASV en cours.

⁹² Ville membre du GRSP

Carte 19 - Actions financées par le GRSP en 2008 dans le Val-de-Marne



Sources : Drassif, Div, Urcam Ile-de-France, OMS, Observatoire national des Agendas 21 locaux, 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

Les dispositifs hachurés sont des dispositifs plutôt transversaux.

Les dispositifs avec des couleurs à plat sont des dispositifs plutôt thématiques.

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.

Pour des raisons de représentations cartographiques, les différents départements d'Ile-de-France ne sont pas tous à la même échelle.

Les actions financées dans le Val-de-Marne

La moitié des communes du département bénéficiaires d'au moins une action

Dans le Val-de-Marne, on dénombre 82 actions financées par le GRSP (14% des actions régionales), qui se déroulent dans la moitié des villes (24 communes sur 47), presque toutes situées à l'ouest du département. Presque toutes les villes bénéficiaires sont en politique de la ville, à l'exception de cinq. Les deux tiers des communes en politique de la ville⁹³ bénéficient ainsi d'au moins une action sur leur territoire.

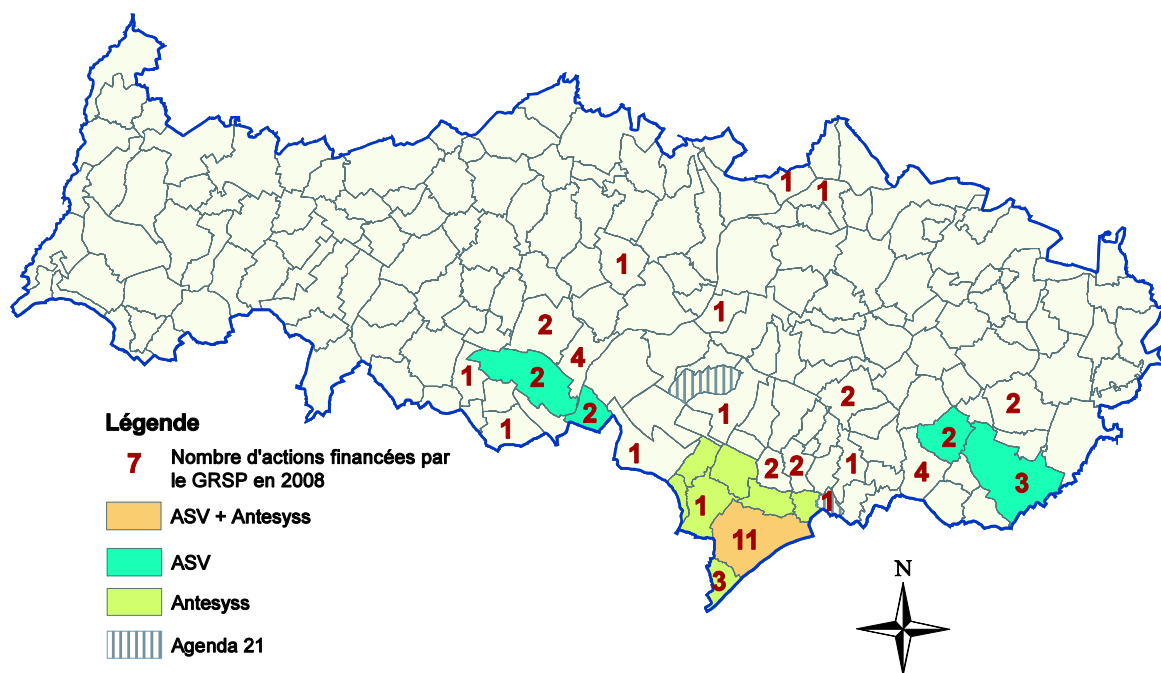
Les villes qui comptent le plus grand nombre d'actions sur leur territoire disposent toutes d'un ASV. En premier lieu, la ville de Fontenay-sous-Bois porte 12 des 13 actions financées sur la commune. Vitry-sur-Seine, avec 11 actions arrive au 2^{ème} rang (5 actions portées par la ville, 4 par la même association). Viennent ensuite Créteil (9 actions, dont 2 portées par la ville et son CCAS), Champigny-sur-Marne et Choisy-le-Roi (7 actions chacune, dont 3 portées par les villes) et Ivry-sur-Seine (6 actions, dont 2 portées par la ville et son centre de santé). Les autres villes bénéficiaires comptent entre 1 et 3 actions.

Comme au niveau régional, c'est la « Santé des personnes vulnérables », qui bénéficie du plus grand nombre d'actions mais dans une proportion un peu plus élevée dans le Val-de-Marne (26% contre 19%). Avec 21% des actions financées, c'est la thématique « maladies chroniques et personnes âgées » qui se place au 2^{ème} rang (avec beaucoup d'actions portées par les Centres Locaux d'Information et de Coordination). Viennent ensuite l'« alimentation et nutrition » (12%)⁹⁴, la santé mentale (10%) et la jeunesse (9%). Les autres thématiques bénéficient toutes d'actions financées par le GRSP.

⁹³ Le Val-de-Marne compte 16 Cucs sur son territoire, pour 28 communes. Cinq villes disposent d'un ASV. Trois villes ont eu un ASV. Une ville a un ASV en cours.

⁹⁴ Le Val-de-Marne, dont le Conseil général est impliqué depuis longtemps dans une politique en faveur de la nutrition, bénéficie cependant d'autres actions sur cette thématique, en dehors du cadre des financements du GRSP.

Carte 20 - Actions financées par le GRSP en 2008 dans le Val d'Oise



Sources : Drassif, Div, Urcam Ile-de-France, OMS, Observatoire national des Agendas 21 locaux, 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

Les dispositifs hachurés sont des dispositifs plutôt transversaux.

Les dispositifs avec des couleurs à plat sont des dispositifs plutôt thématiques.

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. Pour des raisons de représentations cartographiques, les différents départements d'Ile-de-France ne sont pas tous à la même échelle.

Les actions financées dans le Val d'Oise

Beaucoup d'actions dans le domaine des addictions

Dans le Val-d'Oise, on compte 52 actions financées par le GRSP (9% de l'ensemble des actions), qui se déroulent dans 24 communes (sur 185), aux deux tiers en Cucs⁹⁵ et toutes situées plutôt à l'est du département.

Une seule ville bénéficie d'un nombre élevé d'actions, Argenteuil, qui porte 3 des 11 actions se déroulant sur son territoire (une même association en portant 3 également). Les autres villes bénéficiaires comptent entre 1 et 4 actions.

Comme les Yvelines, le Val-d'Oise compte une proportion élevée d'actions dans le domaine des addictions (27% contre 15% en moyenne régionale), avec la particularité que certaines des actions sont portées par un collège ou un lycée. Viennent ensuite les thématiques « alimentation et nutrition » (17%), « santé mentale » (15%) et « santé des personnes vulnérables » (14%). La thématique « environnement » ne bénéficie d'aucune action financée par le GRSP.

⁹⁵ Le Val-d'Oise compte 11 Cucs sur son territoire, pour 27 communes. Cinq villes disposent d'un ASV.

4 - Quelques initiatives complémentaires

Les observatoires locaux de santé

L'association Elus, Santé Publique & Territoires

Le développement de la géographie de la santé dans les villes

*Les projets locaux dans le cadre de projets territoriaux de
développement*

*Les communautés d'agglomération, la politique de la ville et la
santé (extrait d'une étude de l'IAU Ile-de-France)*

Les intercommunalités : santé et leviers d'actions

Le plan départemental pour la démographie médicale en Seine-et-Marne

Les piliers majeurs

Les observatoires locaux de santé

En Ile-de-France, quatre observatoires locaux ont été mis en place, à Nanterre, à la CA de Saint-Quentin-en-Yvelines, à Bagneux et à Fontenay-aux-Roses. Ce sont des dispositifs pérennes de diagnostic et de suivi des actions. Les trois communes et la CA disposent toutes d'un Atelier santé ville, avec lequel s'articule l'observatoire. Ces observatoires n'ont cependant pas forcément les mêmes objectifs, ni les mêmes moyens.

L'observatoire de Nanterre

Nanterre a identifié trois enjeux pour son observatoire :

- Améliorer la connaissance des besoins de santé et de l'offre de santé locale ;
- Mieux adapter les moyens, les réponses, les actions et les projets de santé aux besoins réels constatés ;
- Disposer d'un outil d'aide à la décision et à l'action pour plus d'efficacité

Pour cela, l'observatoire a pour mission d'identifier les producteurs de données et recueillir les indicateurs disponibles, de mettre en place des outils de connaissance pour compléter l'existant (Tableaux de bord, indicateurs, enquêtes) et de traiter et analyser les données.

Mais l'observatoire intervient également en appui méthodologique et technique pour la réalisation d'enquêtes ponctuelles, à la demande de services internes (service santé, PMI ou Espace santé jeunes qui à Nanterre sont des services municipaux). Il contribue ou pilote des études thématiques et territorialisées et participe à l'évaluation des Plans locaux de Santé Publique du service (construction et suivi des indicateurs...).

L'observatoire de Saint-Quentin-en-Yvelines

A Saint-Quentin-en-Yvelines, l'observation de la santé s'inscrit dans un dispositif plus large d'observation. En effet, la Communauté d'Agglomération a mis en place un Observatoire de la ville, qui a pour mission de connaître l'ensemble des problématiques de l'agglomération (population, habitat, emploi, équipements, santé publique...) et d'informer les décideurs, les différents services de la CA, les partenaires et les habitants. L'objectif de la veille en santé publique est de mettre en place un tableau de bord d'indicateurs, à partir de différentes sources de données et de réaliser des enquêtes ponctuelles pour approfondir des thématiques.

L'observatoire de Bagneux

L'objectif de l'observatoire de la santé de Bagneux est de disposer d'un état des lieux de la santé de la ville en temps réel, en suivant quelques indicateurs sur l'offre de soins et la santé, afin de guider les stratégies d'action et de définir les axes prioritaires sur le territoire.

Deux outils sont développés :

- un tableau de bord d'indicateurs choisis envisagé comme un outil de suivi et de concertation entre les professionnels, les habitants, les élus et les services de l'Etat.
- des cartographies pour présenter certains indicateurs dans une approche territoriale comme la répartition géographique de l'offre de santé⁹⁶.

D'autres communes, sans avoir à proprement parler d'observatoire, font ou participent à des études de santé publique sur leur territoire (Saint-Denis, Aubervilliers, Montreuil,...).

Financements : Collectivités locales

⁹⁶ VERSTRAETEN J., Observatoire local de la santé à Bagneux : premier bilan février-août 2009, août 2009

L'association Elus, Santé Publique & Territoires

Cette association a été créée sur l'initiative d'élus locaux en charge de la santé, désireux d'œuvrer avec les pouvoirs publics pour que la santé devienne l'un des champs des politiques municipales. Elle regroupe des élus de communes et de leurs groupements désireux de développer des programmes de santé publique ancrés dans leurs territoires et conduits dans un cadre concerté et contractuel avec l'Etat⁹⁷.

L'association s'est donnée pour objectif de fédérer les élus locaux pour :

- promouvoir toute politique visant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, favorisant l'accès aux droits, aux soins, à la prévention, à la santé égale pour tous, contribuant à l'éducation et à la promotion de la santé et intégrant les déterminants de la santé, en particulier environnementaux ;
- affirmer, faire reconnaître et légitimer le rôle des communes et de leurs groupements dans la mise en œuvre de politiques territoriales de santé publique, en particulier dans le cadre d'une coproduction avec l'Etat ;
- développer et consolider toute forme de programme de santé publique contractualisé entre les collectivités territoriales et l'Etat, dans la logique et sur le modèle des « Ateliers Santé Ville », développés dans le cadre de la Politique de la ville.

Pour la réussite de ces objectifs, ESPT organise des Journées d'étude et un séminaire de formation permanent, destinés aux élus locaux et à leurs partenaires.

En Ile-de-France, 20 communes adhèrent à l'association :

- Paris ;
- Essonne : Evry;
- Hauts-de-Seine : Clichy la Garenne, Colombes, Fontenay aux Roses, Gennevilliers, Malakoff, Nanterre, Neuilly-sur-Seine, Sceaux ;
- Seine-Saint-Denis : Aubervilliers, Bobigny, Clichy-sous-Bois, Pantin, Pierrefitte-sur-Seine, Saint-Denis ;
- Val-de-Marne : Champigny-sur-Marne, Fontenay-sous-bois, Gentilly ;
- Val-d'Oise : Eragny

Financements : Direction Générale de la Santé, Délégation Interministérielle à la Ville, Villes adhérentes.

⁹⁷ <http://www.espt.asso.fr/>

Le développement de la Géographie de la Santé dans les Villes

La géographie de la santé contribue à une meilleure connaissance des liens entre dynamiques territoriales et dynamiques sanitaires. Que ses approches portent sur les populations, sur le système de soins ou sur les jeux d'acteurs localisés, ou qu'elles combinent ces trois volets, qu'elles soient quantitatives et/ou qualitatives, la démarche consiste à analyser comment le fait de vivre ici ou là peut contribuer à promouvoir et/ou dégrader la santé et inversement comment les états de santé en un lieu peuvent contribuer à façonner le territoire. Sortant de la vision biomédicale, la démarche se veut compréhensive en cherchant à mettre en perspective des niveaux de santé avec de multiples dimensions de l'environnement pouvant concourir à les expliquer.

Pour développer l'observation locale de la santé et promouvoir plus largement la santé publique à l'échelle locale, une convention a été signée entre l'association ESPT, la Div et l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense (Paris X). Cette convention cadre la coopération entre des étudiants en master de géographie de la santé⁹⁸ et des villes (adhérentes ou non à ESPT mais bénéficiant d'un Contrat Urbain de Cohésion Sociale) qui les accueillent en stage (en général dans le cadre d'Ateliers Santé Ville), pour la réalisation d'un diagnostic territorial de santé sur un thème choisi en commun. La subvention de la Div permet à ESPT d'indemniser les étudiants en stage pour faire valoir, auprès des élus locaux des villes membres de l'association, l'intérêt de cette observation locale pour la mise en place de politiques locales.

En Ile-de-France, les communes ayant bénéficié de ce dispositif pour l'année universitaire 2007-2008 (année de lancement du dispositif) sont Gennevilliers dans les Hauts de Seine, Aubervilliers et Sevran en Seine-Saint-Denis. Deux études ont porté sur les disparités spatiales du surpoids et de l'obésité des enfants, un projet sur les disparités spatiales d'offre de soins et de pratique du système de soins.

⁹⁸ Le master de géographie de la santé « Environnement Santé et Territoires (ENVSANTER) » est cohabilité Paris X-Paris XII:

http://www.u-paris10.fr/79527931/0/fiche_pagelibre/&RH=depgeo_enseigne#presentation

http://lettres-sh.univ-paris12.fr/01349722/0/fiche_formation/

Labo Espace, Santé et Territoires :

http://www.u-paris10.fr/77551108/0/fiche_pagelibre/&RH=1235579623536&RF=1235575125560

En 2008-09, les communes franciliennes accueillant un étudiant sont Paris 19^{ème}, Evry et Grigny en Essonne, Clichy la Garenne, Bagneux, Nanterre et Colombes dans les Hauts-de-Seine. Les sujets d'étude portent sur la santé sexuelle des jeunes femmes, le recours aux soins, l'offre de soins, la sédentarité et l'activité physique chez les jeunes, la santé périnatale, l'accès au dépistage du cancer du sein et la toxicomanie.

Financement : subvention de la Div

L'université Paris XII-Paris Est⁹⁹ signe également des conventions de stage pour cadrer les collaborations entre les étudiants du master géographie de la santé et les structures qui les accueillent.

Ainsi, en Ile-de-France, des étudiants de Paris XII interviennent pour les années universitaires 2007-2008 et 2008-2009 :

- pour la Communauté d'Agglomération Plaine Commune : étude sur le maintien et l'implantation des professionnels de santé libéraux dans les villes de la CA ;
- pour des services municipaux de santé, comme par exemple celui de la ville de Blanc-Mesnil en Seine-Saint-Denis : étude « Nutrition et obésité, les lieux d'activités physiques et leurs fréquentations » ;
- pour les services de PMI de Seine-Saint-Denis : étude de l'attraction des PMI à Clichy-sous-Bois ;
- pour la DASES (Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé à Paris) : études du « vieillir en ville » portant sur les 75 ans et plus, à Paris 14^{ème}, et Paris 12^{ème} ;
- pour le réseau de santé SINDEFI-SEP (Sclérose en plaques et maladies inflammatoires du système nerveux) : étude géographique d'un réseau appliquée à l'Ile-de-France ;
- pour les services Universitaires de Santé (Académie de Créteil) : étude sur les constructions territoriales et l'état de santé des étudiants, appliquée aux étudiants de Lettres et Sciences Humaines de l'Université Paris XII ;
- pour la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) : étude sur les structures médico-sociales pour adultes handicapés en Ile-de-France.

⁹⁹ Laboratoire CRETEIL (Centre de Recherche sur l'Espace, les Transports, l'Environnement et les Institutions locales) : http://urbanisme.univ-paris12.fr/41711382/0/fiche_pagelibre/

Les projets locaux de santé dans le cadre de projets territoriaux de développement

Partant de la nécessité d'inscrire les politiques de santé dans le développement territorial, le gouvernement a décidé lors du Comité interministériel pour l'aménagement et le développement du territoire du 13 décembre 2002 de soutenir des projets territoriaux de développement sanitaire et social dans les pays, communautés de communes et d'agglomération, en lançant un appel à projets en 2004. L'ambition de cet appel était double. Il s'agissait de valoriser les synergies entre le développement local et les projets de santé et d'insertion sociale tout en donnant un point d'appui local aux politiques sanitaires et sociales, nationales, régionales et départementales.

Au travers cette démarche c'est la lutte contre les inégalités et l'amélioration de la prévention qui était recherchées. Une démarche ambitieuse qui nécessite de coordonner et mobiliser tous les acteurs et toutes les politiques publiques concernées autour de l'amélioration de l'état de santé de la population¹⁰⁰.

En Ile-de-France, seule la Communauté d'agglomération Val et Forêt dans le Val d'Oise a été retenue, avec un projet de veille préventive pour les personnes âgées.

Financements : Datar¹⁰¹ (FNADT), des collectivités territoriales, de l'assurance maladie et des crédits déconcentrés gérés par les Drass ou les Ddass

¹⁰⁰ http://www.diact.gouv.fr/fr_1/amenagement_du_territoire_44/sante_780/projets_locaux_sante_1937.html

¹⁰¹ La Datar est devenu Diact en 2006

Les communautés d'agglomérations, la politique de la ville et la santé ¹⁰²

La politique de la ville est une compétence obligatoire des communautés d'agglomération (CA)¹⁰³. Au-delà de la dimension juridique, quelle est l'implication des intercommunalités franciliennes dans les dispositifs de politique de la ville ? Pour en savoir plus, l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Ile-de-France (IAU Ile-de-France) a mené une étude sur la façon dont ces intercommunalités définissent, en lien avec les communes, leurs rôles et leurs interventions en matière de politique de la ville, et s'organisent pour prendre en charge les dispositifs des contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) et des conventions de rénovation urbaine. La santé est une des cinq thématiques développées dans les Cucs, au travers ou non d'un Atelier santé ville. Il était donc particulièrement intéressant de reproduire le chapitre de cette étude portant sur le volet santé et accès aux soins dans les Cucs.

L'étude de l'IAU s'appuie sur plusieurs sources, qui reflètent uniquement les intentions et prévisions des acteurs (mais ne disent rien de la mise en œuvre concrète) : l'analyse des contrats, conventions, avenants, et des extraits de la base de données intercommunalités de l'IAU. Au 31 décembre 2008, 24 communautés d'agglomération étaient concernées par des dispositifs relevant de la politique de la ville et ont donc été intégrées dans l'étude¹⁰⁴.

¹⁰² Extrait d'une étude à paraître en octobre 2009 : GUIGOU B., PARNAIX A., « Intercommunalités et politique de la ville en Ile-de-France », IAU Ile-de-France

¹⁰³ En vertu de la loi, les groupements de communes (communautés d'agglomération et communautés de communes) exercent de plein droit certaines compétences. Des compétences obligatoires (aménagement de l'espace, actions de développement économique, politique de la ville et équilibre social de l'habitat pour les CA, aménagement de l'espace, actions de développement économique pour les CC), des compétences optionnelles (trois au moins à choisir parmi les suivantes pour les CA : voirie et parcs de stationnement, assainissement, eau, protection et mise en valeur de l'environnement et du cadre de vie, équipements culturels et sportifs, action sociale et au moins une pour les CC parmi les six domaines suivants : environnement, logement, voirie, équipements culturels, sportifs et de l'enseignement préélémentaire et élémentaire, action sociale, assainissement) mais également de compétences facultatives, librement déterminées. Au sein de ces différents domaines de compétences, communes et groupements se répartissent les rôles à travers la notion d'« intérêt communautaire ».

¹⁰⁴ Liste des CA étudiées :

- Seine-et-Marne : CAPM (CA du Pays de Meaux), CAMVS (CA Melun Val de Seine)
- Yvelines : CAMY (CA de Mantes en Yvelines), CASQY (CA de Saint-Quentin en Yvelines)
- Essonne : CAEE (CA Europ'Essonne), CAECE (CA Evry Centre Essonne), CALE (CA des Lacs de l'Essonne), CAPS (CA du Plateau de Saclay), CASE (CA de Seine Essonne), CASVS (CA Sénart Val de Seine), CAVO (CA du Val d'Orge), CAVY (CA du Val d'Yerres)
- Hauts-de-Seine : CAHB (CA des Hauts de Bièvre), CASS (CA du Sud de Seine), CAVS (CA du Val de Seine)
- Seine-Saint-Denis : CACM (CA Clichy-sous-Bois/Montfermeil), CAPC (CA de Plaine Commune)
- Val-de-Marne : CAPCVM (CA Plaine Centrale du Val de Marne), CAVB (CA du Val de Bièvre)
- Val-d'Oise : CAAB (CA d'Argenteuil-Bezons), CACP (CA de Cergy-Pontoise), CAVF (CA Val de France), CAVF (CA Val et Forêt), CAVAM (CA Vallée de Montmorency)

« Sur le volet santé et accès aux soins, un peu plus d'un quart des CA semble impliqué : la CA de Saint-Quentin-en-Yvelines dans les Yvelines, les CA du Plateau de Saclay, de Sénart Val de Seine, du Val d'Orge, et du Val d'Yerres dans l'Essonne, la CA de Plaine Centrale dans le Val-de-Marne et la CA de Cergy-Pontoise dans le Val d'Oise. Il est difficile, au vu des informations disponibles, d'expliquer les raisons qui conduisent ces intercommunalités à s'investir dans ce volet du Cucs. Cet investissement récent relève manifestement d'un choix politique mais ne se traduit pas nécessairement dans la définition de l'intérêt communautaire. Deux CA sur sept seulement font explicitement référence à la thématique santé dans leur définition de l'intérêt communautaire concernant la politique de la ville : la CA de Saint-Quentin en Yvelines au travers du soutien d'actions de santé publique et la CA du Val d'Orge au travers de la réalisation d'études et de la mise en œuvre d'actions au service de l'accès à la santé.¹⁰⁵

Le niveau d'implication et les actions menées sont diverses. Pour les CA de Saint-Quentin-en-Yvelines et de Cergy-Pontoise, l'implication est antérieure au Cucs et s'est déjà concrétisée par des réalisations. Dans ces deux « ex-villes nouvelles », l'ancienneté du partenariat entre échelon communal et supra-communal et une connaissance objectivée des dynamiques et des modes de vie de populations ont sans doute contribué et facilité l'implication.

La CA de Saint-Quentin-en-Yvelines est une des communautés d'agglomération les plus fortement et anciennement impliquées dans ce volet. La démarche en faveur de la santé publique, mise en place à l'échelle de l'agglomération, est largement portée par cette dernière. Les actions du Cucs, qui prolongent celles du contrat de ville 2000/2006, sont conduites à l'initiative ou en partenariat avec l'Institut de Promotion de la Santé (IPS) et en collaboration avec les partenaires locaux. Trois axes prioritaires sont identifiés dans le Cucs : la santé des jeunes, la santé-précarité-insertion, la gérontologie-handicap (incluant transversalement la question de la santé mentale). Un observatoire de la santé publique doit être développé par l'IPS. L'Atelier Santé Ville (ASV) mis en place en novembre 2006 couvre la totalité de l'agglomération (7 communes) et est porté par la communauté d'agglomération. Il cible les questions de la santé des jeunes.¹⁰⁶

¹⁰⁵ Il est à noter que l'appropriation par les CA de la thématique santé dépend aussi de l'existence ou non d'une politique préexistante en matière de santé. Ainsi, la CA de Plaine Commune en Seine-Saint-Denis est composée de communes « viscéralement » attachées à leur politique de santé et est donc jusqu'à présent peu intervenu dans ce champ. Par contre, la CA affirme des objectifs forts en matière d'accès aux soins au travers de son SCOT (schéma de cohérence territoriale)

¹⁰⁶ Voir la partie consacrée spécifiquement à la CASQUY dans le chapitre suivant

D'après le Cucs de Cergy-Pontoise, la CA est impliquée, en partenariat avec des associations, dans différents projets santé : prévention des toxicomanies en direction des jeunes, formation-prévention des acteurs de terrain sur la toxicomanie, formation à la gestion des conflits, soutien au fonctionnement du Mouvement français pour le planning familial. La participation financière de la CACP¹⁰⁷ s'élève à environ 1,8% du montant estimatif global des projets concernant le volet santé du Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance (évalué à 1,13M€ en 2006).

Les cinq autres intercommunalités sont plutôt dans une phase d'élaboration de projets en matière de santé, certaines ont déjà engagé un diagnostic.

Le Cucs de la commune de Palaiseau, signé par la CA du Plateau de Saclay dont fait partie la commune, affirme le souhait de la ville et des acteurs de développer les réseaux d'accès aux soins auprès des personnes précarisées et de mettre en œuvre une coordination. Dans cet objectif, la ville et l'agglomération prévoient de se doter d'outils (Atelier santé ville, coordination santé, observatoire social à l'échelle intercommunale) pour conduire les orientations et actions en matière de santé. Les élus de la commune de Palaiseau ont acté l'idée de créer un ASV sur le territoire du Cucs. A ce jour, une demande de financement est à l'étude au sein des services de la Préfecture de l'Essonne et devrait être honorée au titre de l'année 2009.

Suite à un diagnostic santé réalisé par la CA Sénart-Val de Seine en 2006, le Cucs mentionne le portage par la CASVS¹⁰⁸ d'actions fortes et structurantes de prévention-sensibilisation pour les habitants des quartiers en politique de la ville dans les domaines d'intervention repérés comme prioritaires : mal-être/dépression, maltraitance/violence, hygiène, équilibre alimentaire, alcoolisme/toxicomanie, MST... Différentes pistes sont envisagées, par exemple : brochure d'information couvrant les trois communes de l'intercommunalité, guide pratique santé, forums santé, intervention de spécialistes dans les écoles et structures de quartiers, conférences-débats avec des spécialistes... Le Cucs préconise aussi la mise en place et la coordination par la Communauté d'agglomération, en partenariat avec les communes et les acteurs concernés, de l'Atelier santé ville. Ce projet n'est pas très avancé.

¹⁰⁷ CA de Cergy-Pontoise

¹⁰⁸ CA Sénart Val de Seine

Le Cucs du Val d'Orge souligne que la santé étant une compétence d'Etat, la CA n'intervient qu'à la marge (participation à la formation des acteurs, contribution au fonctionnement en réseau avec les services locaux, informations...). Un diagnostic santé a été mené à l'échelle intercommunale et l'Atelier santé ville devrait être porté par une Maîtrise d'Œuvre Urbaine et Sociale (MOUS) intercommunale. Mais les nouveaux élus de la CA souhaitent réfléchir avant de s'engager ou de se raccrocher à un ASV ou tout autre dispositif.

D'après le Cucs du Val d'Yerres la santé a vocation à devenir un nouvel axe fort de la politique de cohésion sociale et urbaine du territoire et ce, sans que la création d'un Atelier santé ville ne soit une priorité. La CAVY y participe à hauteur d'environ 23% des financements sur une assiette globale de 4,3M€ (2007/2009). Les deux principaux investissements de l'intercommunalité concernent la mise en place d'un bus itinérant (cofinancement de l'action d'un montant total de 180 000€ entre Etat : 25%, Conseil Général : 25% et CAVY : 50%) et d'un dispositif de lutte contre les drogues illicites et le tabac (cofinancement de l'action d'un montant total de 51 000€ entre l'Etat : 26%, Conseil Général : 26% et CAVY : 47%). On peut citer aussi une participation au développement d'actions prévention/santé à destination des jeunes en difficultés.

Le Cucs de Plaine centrale précise seulement que l'Etat, la CA et les communes conviennent de promouvoir, chacun en fonction des compétences qui lui sont dévolues et de ses dispositifs propres, les actions favorisant la santé publique et l'accès aux soins des habitants. En 2008, l'animation d'un pôle prévention pour les publics jeunes et leurs parents a été programmée.

Globalement l'investissement des intercommunalités dans le volet santé reste donc limité : en dehors des cas cités, les ateliers santé ville sont généralement communaux, même pour des communes dont le Cucs est intercommunal¹⁰⁹. Les autres actions listées dans le volet santé du Cucs sont généralement mises en place à l'échelle communale dans le cadre d'un partenariat multiple et complexe. Ces actions sont nombreuses et très diverses : observatoire local de la santé (Bagneux), Forum Santé alternant journées et ateliers thématiques (Clichy-sous-Bois), actions de proximité menées par les villes via leurs services et les Centres municipaux de santé ou en partenariat avec les écoles (Brétigny-sur-Orge), passeport Santé Jeune (Villejuif) ... Beaucoup d'autres exemples pourraient être cités... »⁶⁴

Financements : Les communautés d'agglomération

¹⁰⁹ Voir le chapitre sur les ASV

Les intercommunalités, la santé et les leviers d'actions¹¹⁰

En dehors de la politique de la ville, les intercommunalités, au travers des compétences dont elles se dotent, peuvent agir sur la santé et ses principaux déterminants (facteurs sociaux, habitat, environnement et cadre de vie, transports, équipements,...). En 2009, 50 % des Franciliens et 70 % des communes d'Ile-de-France font partie des 106 groupements à fiscalité propre¹¹¹ de la région (33 communautés d'agglomération, 4 syndicats d'agglomération, 69 communautés de communes).

La santé, une compétence facultative qui dénote une vraie orientation politique

La santé ne fait pas partie des compétences obligatoires, voire même optionnelles des intercommunalités¹¹². C'est une compétence librement déterminée par le groupement et qui passe donc par un vrai projet et des actions concrètes.

En Ile-de-France, seules une communauté de communes et une communauté d'agglomération ont déclaré une compétence santé à part entière.

La communauté de communes (CC) du Pays Houdanais, dans les Yvelines, comprenait dès sa création une compétence facultative relative à la santé. La CC subventionne le Centre de Santé situé à l'Hôpital Local de Houdan auquel elle a confié sa gestion. Depuis septembre 2007, le Centre de Santé s'est enrichi d'un Espace Info Santé « Oxyjeunes » destiné aux jeunes de 11 à 25 ans. Des permanences du Centre de planification et d'éducation familiale, animées par un médecin et une conseillère en économie sociale et familiale, ont débuté en janvier 2008. Ces deux actions ont été menées dans le cadre du projet local de santé (PLS), évoqué au chapitre deux.

¹¹⁰ Source : Base de données intercommunalités de l'IAU Ile-de-France 2009

Compétences statutaires et délibérations d'intérêt communautaire : janvier 2009 pour les communautés d'agglomération, janvier 2007 pour les communautés de communes. Les compétences et les intérêts communautaires ne sont que des déclarations d'intention.

Actions intercommunales : 2008 pour les communautés d'agglomération (le plus souvent sur la base des rapports d'activités jusqu'en 2006); 2006, pour les communautés de communes

¹¹¹ Un groupement de communes à fiscalité propre est une structure intercommunale ayant la possibilité de lever l'impôt (taxe d'habitation, taxe sur le foncier bâti et le foncier non bâti, taxe professionnelle)

¹¹² En vertu de la loi, les groupements de communes (communautés d'agglomération et communautés de communes) exercent de plein droit certaines compétences. Des compétences obligatoires (aménagement de l'espace, actions de développement économique, politique de la ville et équilibre social de l'habitat pour les CA, aménagement de l'espace, actions de développement économique pour les CC), des compétences optionnelles (trois au moins à choisir parmi les suivantes pour les CA : voirie et parcs de stationnement, assainissement, eau, protection et mise en valeur de l'environnement et du cadre de vie, équipements culturels et sportifs, action sociale et au moins une pour les CC parmi les six domaines suivants : environnement, logement, voirie, équipements culturels, sportifs et de l'enseignement préélémentaire et élémentaire, action sociale, assainissement) mais également de compétences facultatives, librement déterminées. Au sein de ces différents domaines de compétences, communes et groupements se répartissent les rôles à travers la notion d'« intérêt communautaire ».

La CA de Saint-Quentin-en-Yvelines a déclaré également dans ses compétences facultatives des actions dans le domaine des affaires sanitaires et sociales. On retrouve dans ce chapitre la plupart des actions programmées dans le cadre du Cucs¹¹³, mais aussi d'autres actions comme la signature d'une convention avec le Réseau de Promotion pour la Santé Mentale Yvelines Sud et des actions dans le domaine du social¹¹⁴.

L'action sociale, une compétence souvent déclarée, qui permet de mener des actions en faveur des personnes âgées et handicapées

L'action sociale est une compétence optionnelle des intercommunalités. Mais l'action sociale concernant les services à la personne est plutôt déclarée au titre d'une compétence facultative. Les intercommunalités, surtout les communautés de communes, exercent très souvent la compétence action sociale (46 CC sur les 69 que compte l'Ile-de-France, 7 CA sur 33), avec parfois la création de centres intercommunaux d'action sociale, prévue dans le cadre de la loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005¹¹⁵.

Quelques exemples

La Communauté de communes de Moret Seine et Loing, en Seine-et-Marne, a déclaré une compétence facultative dans le social, avec en particulier la Gestion d'un service d'actions de prévention auprès des jeunes.

La communauté de communes du Pays de Bière, en Seine-et-Marne, a inscrit également un volet actions sociales dans ses compétences facultatives avec plusieurs axes ou projets dont :

- études et actions permettant de favoriser le maintien des personnes âgées et/ou handicapées à domicile, de revaloriser les réseaux de solidarité et lutter contre l'isolement ;
- coordination et développement des actions en faveur des handicapés ;
- réunions d'information sur le cancer, la drogue, la sexualité, la violence...

Dans les Yvelines, la Communauté d'agglomération des Deux Rives de la Seine, qui fait suite, au 1^{er} janvier 2009 à la communauté de communes du même nom, a déclaré d'intérêt communautaire un volet action sociale en faveur des personnes âgées (analyse des besoins en matière d'hébergement des personnes âgées, coordination des projets d'implantation des établissements d'hébergement des personnes âgées, analyse des besoins et études liées à la création ou au développement de services en faveur du maintien à domicile).

¹¹³ Voir la partie consacrée spécifiquement à la CASQUY dans le sous-chapitre précédent consacré aux communautés d'agglomérations, à la politique de la ville et à la santé

¹¹⁴ Voir également la partie consacrée spécifiquement à la CASQUY dans le chapitre suivant

¹¹⁵ PARNAIX A., Démarche exploratoire pour une hiérarchisation des équipements en Ile-de-France, pp.137-156, IAU Ile-de-France 2008

Dans les Yvelines également, la communauté de communes des Étangs et celle des Plaines et Forêts d'Yvelines ont déclaré des actions d'intérêt communautaire dans le domaine de la petite enfance, de la jeunesse, des personnes âgées et des personnes handicapées ou dépendantes.

Dans l'Essonne, la Communauté d'agglomération des Portes de l'Essonne, qui fait suite, au 1^{er} janvier 2009 à la communauté de communes du même nom, a déclaré d'intérêt communautaire un volet action sociale avec deux axes :

- la communauté, dans le cadre du centre local d'information et de coordination gérontologique (Clic) engage des actions visant à coordonner les activités du Clic, animer le réseau sanitaire et médico-social des intervenants locaux et départementaux travaillant sur la thématique des retraités et des personnes âgées, former les professionnels locaux intervenant auprès des personnes âgées pour améliorer les pratiques professionnelles, organiser des actions régulières et des temps forts annuels d'information du public, mettre en œuvre un service d'assistance aux personnes âgées ou à mobilité réduite en matière d'ergonomie de leur habitat, coordonner les actions menées sur le territoire communautaire en matière de handicap ;
- la communauté coordonne les actions et apporte son soutien à des associations qui oeuvrent dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie et à des associations qui agissent dans le domaine de la santé, de la prévention de la délinquance ou de la défense des droits en faveur de certains publics en difficulté.

L'environnement, une compétence très investie, qui pourrait être un levier d'action plus important pour des actions de santé

L'environnement et le cadre de vie font partie des compétences optionnelles des groupements de communes et sont très souvent investis. Au-delà de l'assainissement de l'eau, des déchets et des risques naturels, dont la bonne gestion est essentielle pour la salubrité publique et la protection de la population, l'appropriation des thématiques comme la lutte contre la pollution de l'air et contre les nuisances sonores permet de mener des actions pouvant améliorer l'environnement auquel sont soumis les habitants. Les actions dans ce champ sont très peu détaillées dans les documents disponibles, elles portent souvent sur l'élaboration de cartes stratégiques du bruit ou sur l'installation de protections phoniques. Les groupements situés à proximité des aéroports mentionnent la protection de la population contre les nuisances aériennes et s'intéressent aux plans d'exposition au bruit (avec lesquels ils sont souvent en désaccord) ou aux campagnes de mesure de la qualité de l'air au voisinage des plateformes aéroportuaires. La CA de la Vallée de Montmorency finance même une étude épidémiologique sur les nuisances aériennes.

Au titre de la compétence habitat, de nombreuses actions en faveur de la résorption de l'habitat indigne

La majorité des intercommunalités a l'habitat comme compétence, de façon obligatoire pour les CA et optionnelle pour les CC. Les axes que déclarent les groupements sont de plusieurs ordres : actions en faveur des personnes défavorisées, actions en faveur du logement social et interventions sur le parc immobilier, avec en particulier des opérations de réhabilitation de logements publics et privés à vocation sociale. Ils peuvent également œuvrer au titre de cette compétence à l'adaptation des logements des personnes de plus de 75 ans, des handicapés et des personnes à mobilité réduite. Enfin, en lien plus direct avec la santé des habitants, 12 communautés d'agglomération et 3 communautés de communes ont déclaré des actions en faveur de l'habitat indigne ou dégradé¹¹⁶.

Des actions qui peuvent permettre de développer l'activité physique, avec la mise en place de liaisons douces

Les déplacements à vélo ou à pied pour de petits trajets peuvent être une bonne alternative à certains déplacements motorisés. L'intérêt de pratiquer régulièrement une activité physique modérée a été démontrée pour la prévention et la prise en charge de certaines maladies chroniques. La mise en place de liaisons douces favorise la pratique de ces modes de déplacements actifs. En Ile-de-France, 21 communautés de communes et 10 communautés d'agglomération ont déclaré des actions en faveur des liaisons douces, au travers de la compétence aménagement de l'espace, obligatoire pour les CC comme pour les CA et la compétence voirie, optionnelle pour les deux types de groupement.

D'autres actions, au travers d'autres compétences des intercommunalités auraient pu être ciblées dans cette analyse, comme les politiques de transports en commun et d'accessibilité aux équipements et aux services, ou la gestion des espaces verts. Mais pour l'instant, ces politiques sont très peu souvent pensées de façon transversale et l'interaction avec la santé n'est jamais une dimension évoquée dans les documents consultés.

Financements : Les intercommunalités, en partenariat ou non avec d'autres acteurs

¹¹⁶ Terminologie différente selon les documents.

Le plan départemental pour la démographie médicale en Seine-et-Marne

Face au manque de médecins en Seine-et-Marne, le Conseil général a lancé une démarche innovante à travers l'élaboration d'un plan d'action pour la démographie médicale.

La Seine-et-Marne souffre en effet d'un déficit important de médecins sur son territoire. Ces inégalités se doublent, à l'intérieur du département, d'inégalités plus fortes entre secteurs urbains et secteurs ruraux.

Face à ce constat, et bien que la santé ne soit pas une compétence obligatoire du département, le Conseil général a mobilisé les partenaires concernés par le problème : Union des maires du département, la préfecture de Seine-et-Marne, le Conseil régional, l'ARH, la Caisse Primaire d'assurance maladie, l'Union régionale des médecins libéraux, les réseaux de santé...¹¹⁷

Elaboré avec l'ensemble de ces partenaires, à partir d'un diagnostic partagé, ce plan comporte huit actions à mettre en place sur cinq ans :

- 1 – Renforcer l'attractivité du territoire pour favoriser l'accueil en Seine-et-Marne de stagiaires et d'internes dans le cadre de leur formation ;
- 2 – Favoriser le regroupement des médecins au sein de maisons médicales pluridisciplinaires ;
- 3 – Développer et promouvoir les réseaux professionnels ;
- 4 – Mettre en place des bourses pour les étudiants de 3ème cycle en échange d'un engagement à exercer pendant un certain nombre d'années prioritairement dans les secteurs déficitaires du département ;
- 5 – Instaurer des lieux d'aide pour accompagner et informer les professionnels de santé avant et lors de leur installation ;
- 6 – Permettre aux médecins confirmés d'effectuer des permanences dans des cabinets secondaires situés en zones déficitaires, tout en étant remplacés sur leur cabinet principal par un médecin salarié ou un étudiant ;
- 7 – Proposer une offre de « coaching » à l'installation qui facilite la recherche d'un logement, d'un mode de garde ponctuel ou régulier, d'une aide ménagère, d'un emploi pour le conjoint, etc. ;
- 8 – Développer l'information sur les atouts du département auprès des candidats à l'installation.

Financements : Conseil général, Fiqs

¹¹⁷ <http://www.seine-et-marne.fr/>

Les piliers majeurs

Les structures « historiques » de la santé publique que sont les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS)¹¹⁸, les centres de santé¹¹⁹ et les centres de protection maternelle et infantile (PMI)¹²⁰ sont des piliers majeurs pour les politiques locales de santé publiques et mènent de nombreuses actions, qui s'articulent très souvent avec les différents dispositifs mentionnés (avec les ASV en particulier), mais pas toujours. Les communes peuvent ainsi s'appuyer sur ces structures pour conduire leurs actions, mais aussi sur les CCAS, sur les structures de préventions sises sur leur territoire, sur les établissements scolaires... Rappelons que les communes n'ont pas de compétence réglementaire en santé, en dehors de l'hygiène publique¹²¹ et de la présence d'élus dans le conseil d'administration de l'hôpital, s'il en existe un sur le territoire communal. Quand une commune agit dans le domaine de la santé, c'est donc de manière « facultative » et « volontariste », éventuellement en agissant sur les différents déterminants de la santé sur lesquels ses compétences sont plus définies (action sociale, urbanisme, transports,...). La commune est un niveau territorial pertinent pour mener des actions de santé et est perçu comme la première instance d'administration publique, celle vers laquelle les habitants se tournent en premier recours.¹²²

¹¹⁸ Missions des SCHS (obligatoires pour les communes de plus de 20 000 habitants) :

- prévention des maladies transmissibles ;
- préservation de la salubrité des habitations et de tous les milieux de vie des hommes ;
- surveillance de l'alimentation en eau destinée à la consommation humaine ;
- suivi des activités non soumises à la législation sur les installations classées ;
- suivi de l'évacuation et du traitement des eaux usées et des déchets ;
- lutte contre le bruit de voisinage et la pollution atmosphérique d'origine domestique ;
- suivi de la préparation, distribution, transport et conservation des denrées alimentaires.

¹¹⁹ Les centres de santé sont des organismes à but non lucratif et peuvent être gérés par des associations, des mutuelles, des organismes d'assurance maladie, des congrégations ou encore des communes.

Cinq axes pour les centres de santé :

- activités curatives (avec soins à domicile) ;
- activités sociales autour de l'accès aux droits (permanence d'assistantes sociales) ;
- activités de formation ;
- activités de prévention et de promotion de la santé ;
- activités de santé communautaire.

¹²⁰ Les centres de PMI sont des services décentralisés des conseils généraux ou des municipalités (selon les conventions). Ils dispensent aux futures mères et aux enfants de moins de 6 ans des soins médicaux de prévention. Ils offrent aussi un accompagnement psychosocial qui tient compte du contexte familial aide à la parentalité).

¹²¹ Depuis la loi du 13 août 2004, les communes, qui en font la demande dans l'année qui suit l'entrée en vigueur de la loi, peuvent exercer la responsabilité de la politique de résorption de l'insalubrité dans l'habitat, à titre expérimental pour quatre ans. Elles peuvent également, tout comme les autres collectivités territoriales, dans le cadre d'une convention conclue avec l'État exercer des activités en matière de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre, le sida et les infections sexuellement transmissibles.

¹²² GONTCHAROFF G., L'Odyssée municipale. Tome 5 : la politique de la ville, les déplacements, la sécurité, l'environnement, la santé, 2001

Les grandes collectivités locales comme le Conseil Régional ou les Conseils Généraux investissent également le domaine de la santé, souvent dans leurs champs de compétences réglementaires¹²³.

Ainsi, le Conseil régional d'Ile-de-France finance des dispositifs et actions de prévention dans des domaines divers comme le VIH (depuis 1989), la réduction des risques liés aux addictions (1998), les comportements à risque des jeunes, le dépistage des cancers (2002), l'impact des épisodes climatiques exceptionnels sur la santé des personnes fragiles, l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées (2003), l'obésité (2007), le saturnisme... Le Conseil régional a adhéré fin 2006 au Groupement régional de santé publique et participe au financement d'actions dans le champ de la prévention, à hauteur de 704 400 euros en 2007 et un million d'euros en 2008.

Les actions des Conseils généraux s'exercent principalement dans le cadre de la protection sanitaire de l'enfance et de la famille, et de l'action sociale envers des publics vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées). Cinq des huit Conseils généraux franciliens ont des activités en matière de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre, le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles, qui sont de la compétence de l'état et qu'ils exercent par délégation. Et six Conseils généraux ont conservé la compétence en matière de dépistage des cancers.

Les départements des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis et du Val d'Oise ont adhéré au Groupement régional de santé publique¹²⁴. Rappelons également que trois et bientôt quatre des départements ont inclus un volet santé dans leur Agenda 21.

¹²³ Extrait du site : <http://www.vie-publique.fr/>

Compétences régionales en santé : ce domaine d'intervention, peu développé auparavant, a été enrichi par la loi du 13 août 2004 notamment avec :

- la possibilité pour les régions, tout comme pour les communes et les départements, et dans le cadre d'une convention conclue avec l'État, d'exercer des activités en matière de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre, le sida et les infections sexuellement transmissibles ;
- la possibilité, à titre expérimental, pour les régions qui en font la demande dans un délai d'un an après l'entrée en vigueur de la loi et pour une durée de quatre ans, de participer au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires.

Compétences départementales en santé : le département apparaît comme le principal bénéficiaire des transferts de compétences effectués depuis 1982. Une de ses principales responsabilités est l'action sociale : depuis la loi du 22 juillet 1983, il a la charge de l'ensemble des prestations d'aide sociale, à l'exception de quelques-unes restant à la charge de l'État. La loi du 13 août 2004 a prévu que " Le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale ", en tenant compte des compétences confiées à l'État et aux autres collectivités, et qu'il coordonne les actions menées sur son territoire.

Les actions sociales sont diverses : l'aide sociale à l'enfance, l'aide aux personnes handicapées, l'aide aux personnes âgées, l'insertion sociale et professionnelle, l'aide au logement et la protection judiciaire de la jeunesse.

Par ailleurs, le département n'est plus responsable de l'aide médicale depuis la loi du 27 juillet 1999 créant la couverture maladie universelle (CMU).

Dans le domaine sanitaire, le département est notamment responsable de la protection sanitaire de la famille. Depuis la loi du 13 août 2004, les départements peuvent également, tout comme les communes et les régions, et dans le cadre d'une convention conclue avec l'État, exercer des activités en matière de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre, le sida et les infections sexuellement transmissibles.

¹²⁴ DE MARIA F., GREMY I., Apports des collectivités territoriales à la politique de santé publique - Bilan depuis la loi du 9 août 2004, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2008

Un prochain volet de cette étude pourrait donc porter sur les projets de santé autour des Services Communaux d'Hygiène et de Santé, des centres de santé et des centres de PMI, et détailler les actions menées par le Conseil régional et les Conseils généraux, ce qui permettrait d'avoir une vision plus exhaustive du paysage francilien des politiques locales de santé publique.

5 - Zooms sur des expériences locales

La ville de Saint-Denis

La communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en Yvelines

Certaines communes ou intercommunalités d'Ile-de-France ont un engagement très fort dans le domaine de la santé, engagement qui se traduit par des démarches multiples, dans des dispositifs complémentaires. Ainsi, la ville de Saint-Denis fait partie du réseau Villes-Santé OMS et bénéficie d'un ASV sur son territoire. De même, la communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines a mis en place un ASV en direction des jeunes sur son territoire. C'est la première intercommunalité adhérente du réseau français des Villes-Santé OMS. Une démarche Agenda 21, avec un volet santé, y a également été engagée.

Carte 21 - La ville de Saint-Denis en Seine-Saint-Denis



Source : IGN – exploitation ORS Ile-de-France

La ville de Saint-Denis¹²⁵

La ville de Saint-Denis se situe en Seine-Saint-Denis, département fortement marqué par des inégalités sociales de santé : une mortalité prématurée supérieure à la moyenne régionale, un accès aux professionnels de santé libéraux plus difficile, une forte prévalence du sida, de la tuberculose, du saturnisme...

Cette ville, qui compte près de 99 000 habitants au dernier recensement¹²⁶ est assez représentative des difficultés rencontrées au sein du département. Plusieurs quartiers sont en politique de la ville. Consciente des enjeux, Saint-Denis s'est investie depuis longtemps dans une politique active de santé publique et de promotion de la santé.

Un riche et ancien terreau de santé sur la ville de Saint-Denis

Les premiers documents attestant de l'existence de l'hôtel Dieu, ancêtre du centre hospitalier de Saint-Denis, datent du XIII^{ème} siècle. Certains de ses médecins ont marqué l'histoire : le Dr Sée, pédiatre, et le Dr Duhamel, chirurgien infantile (maladie de Hirschprung).

Fin XIX^{ème} siècle, la ville se voit dotée d'un des premiers bureaux d'hygiène en France.

Dès les années 30 puis dans les années 50, elle ouvre plusieurs dispensaires (qui deviendront par la suite officiellement des centres de santé en 1991), en réponse à la fois à un manque d'offre et à une difficulté d'accessibilité aux soins.

Enfin, dans le cadre de la loi sur la protection maternelle et infantile de 1945, elle ouvre une structure de distribution de lait « La goutte de lait » et met en place un suivi des enfants à partir, notamment, d'un service de puéricultrices à domicile.

Des engagements municipaux en santé régulièrement confirmés

Aujourd'hui, la ville gère en propre :

- quatre centres de santé municipaux ;
- une circonscription municipale de PMI avec 6 centres de protection infantile, 4 centres de planification, des consultations prénatales (l'ensemble par convention avec le Conseil Général),
- un centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA);

¹²⁵ Ce chapitre a été écrit avec l'aide du Dr Marc Shoene (directeur de la santé à Saint-Denis) et du Dr Isabelle Chapin-Gibert (médecin de santé publique)

¹²⁶ Source : Insee, recensement de la population 2006

- un service communal d'hygiène et de santé (ex-bureau municipal d'hygiène devenu SCHS depuis les lois de décentralisation de 1983) intervenant sur les problématiques d'habitat insalubre, de lutte contre le saturnisme, d'hygiène générale (commerces alimentaires, animaux nuisibles, bruit...);
- une Unité Ville et Santé, pôle d'action et d'appui méthodologique en éducation à la santé, en approche communautaire des questions de la santé sur les quartiers et en actions de santé publique dans la ville.

D'autre part, la commune fait l'objet de nombreuses études, contribuant à améliorer la connaissance de la situation sanitaire locale.

Des opportunités multiples saisies comme leviers d'évolution des pratiques

Au début des années 80, un travail de rénovation globale (urbanisme, social, santé...) dans le quartier du Franc-Moisin permet de faire émerger un vaste projet de santé communautaire (devenant aussi lieu de colloques de portée internationale).

En 1987, Saint-Denis s'engage dans le projet OMS « Villes-Santé » affirmant sa démarche de promotion de la santé, d'intersectorialité, de partenariat, d'ouverture sur la rencontre et la mutualisation avec d'autres villes de France et de l'étranger.

Fin des années 90, face aux thématiques du sida et de la toxicomanie, fortement marquées dans le territoire, des politiques spécifiques « de réduction des risques » sont mises en place. Dans le même temps, est créé un dispositif de bilans santé jeunes (en lien avec l'insertion professionnelle des jeunes de 16 à 25 ans). Par ailleurs, la Ville s'engage fortement, avec des associations, pour la reconnaissance et l'action en faveur des personnes handicapées.

A partir de 1998, suite à la création des conférences régionales et nationale de santé par les ordonnances dites Juppé de 1996 la Ville initie une démarche de conférence locale de santé à Saint-Denis, avec trois enjeux :

- développer la démocratie sanitaire en donnant une place plus grande au citoyen/patient/habitant ;
- faire remonter la richesse et les spécificités du terrain ;
- développer une culture opérationnelle commune entre les acteurs de santé de la ville.

Quatre conférences locales se sont tenues à ce jour.

A un autre niveau, dès 1997, le bureau municipal se soucie de l'amélioration de la prise en compte des problématiques de santé mentale. Un groupe de travail partenarial sur les situations dites « limites » est ensuite mis en place.

Dans les années 2000, le dispositif « emploi jeunes » permet de financer la création de deux postes supplémentaires d'animatrices en éducation à la santé, auprès des enfants des établissements scolaires et centres de loisirs.

La même année voit l'émergence d'un projet de Maison de la santé issue des travaux de la première conférence locale de santé. La vocation de cette structure associative, élaboré collégialement par les divers acteurs locaux de santé et les associations, est d'aider et de dynamiser le travail partenarial sur les questions de la santé¹²⁷.

C'est à ce niveau que sera positionné au moment de sa création en 2002 l'Atelier Santé Ville devenant de fait un ASV de statut associatif.

La Ville s'appuie encore sur la Politique de la Ville, pour le financement d'un programme de « référents santé jeunes » devenant par la suite –sur fonds propres- un programme de « référent santé quartiers à orientation jeunesse » intervenant depuis 2000 en développement social et santé communautaire dans les divers quartiers de Saint-Denis.

Par ailleurs entre 2006-2008, une Maison Médicale de Garde est construite et mise en œuvre en lien avec les professionnels libéraux et le centre hospitalier dans le cadre d'une réflexion plus générale sur l'offre de soins et le recours aux soins.

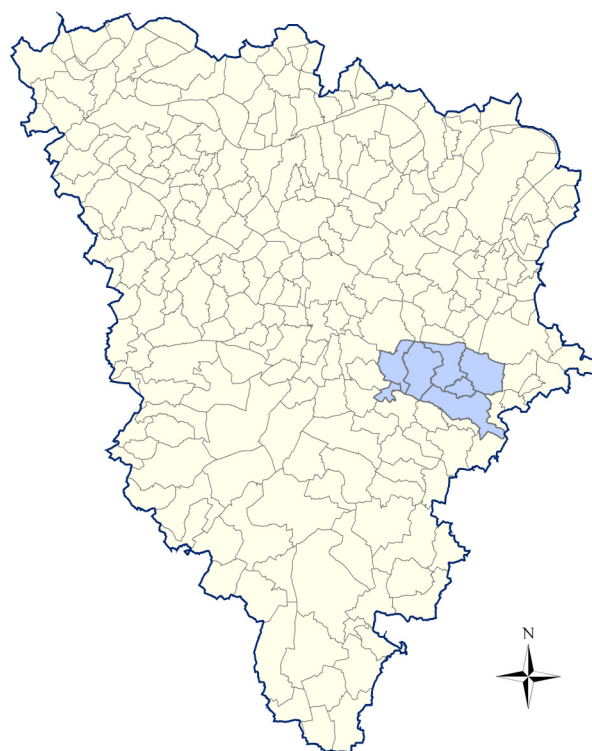
Un travail commun est également élaboré entre les CPEF (Centres de Planification et d'Education Familiale), les médecins et infirmières scolaires (dans des conditions chaque année plus difficile en raison de l'extinction progressive de ce service pourtant essentiel portant sur la question de l'éducation à la sexualité auprès des jeunes), se traduisant par la tenue d'une « journée professionnelle annuelle », impliquant progressivement les différents acteurs locaux intervenant auprès des jeunes.

Le GRSP, dans le cadre d'appels à projet pour la mise en œuvre du PRSP, constitue une opportunité de financement d'actions de santé publique articulant les objectifs du PRSP et les besoins locaux. Ainsi, en 2008, au moins 9 actions de santé¹²⁸ ont été financées (source : Drassif juillet 2008, GRSP - appel à projet 2008 - Champ : les 466 actions, sur les 806 financées en 2008, pour lesquelles la ou les communes d'intervention étaient explicitement renseignées). Parmi ces 9 actions, 3 concernent la thématique « maladies chroniques et personnes âgées », 3 également « la santé des personnes vulnérables », (dont une action portée par la ville), 2 la thématique « VIH/Sida » et enfin une action concerne la thématique « alimentation et nutrition ».

¹²⁷ <http://www.maisondelasante.fr/>

¹²⁸ D'autres actions ont pu être financées par le GRSP sur Saint-Denis, sans être forcément « localisables » et ne font donc pas parties de l'analyse 2008 projets retenus (voir chapitre 10)

**Carte 22 -La communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines
dans les Yvelines**



Source : IGN – exploitation ORS Ile-de-France

La communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en Yvelines

La ville nouvelle de Saint-Quentin-en-Yvelines, qui se situe dans le département des Yvelines, a été officiellement créée en août 1972. Depuis le 1er janvier 2004, le SAN (Syndicat d'agglomération nouvelle) de Saint-Quentin-en-Yvelines s'est transformé en une communauté d'agglomération. Cette communauté d'agglomération regroupe sept communes, pour près de 150 000 habitants (source : Insee, recensement de la population 2006) : Élancourt, Guyancourt, La Verrière, Magny-les-Hameaux, Montigny-le-Bretonneux, Trappes et Voisins-le-Bretonneux. Désormais, les élus de la communauté d'agglomération assurent donc, en liaison étroite avec les communes, la pleine responsabilité de l'aménagement de Saint-Quentin-en-Yvelines.

Les profils sociaux et économiques des communes de l'agglomération sont variés, voire contrastés, avec une commune, Trappes, qui concentre une majeure partie des difficultés sociales. Cinq communes ont des quartiers en politique de la ville.

Soucieux d'apporter des réponses de proximité aux problèmes de santé de ses habitants, les élus ont choisi, depuis 1994, de soutenir des actions de promotion de la santé.

Première porte d'entrée : la politique de la ville

La politique de la ville est une compétence obligatoire pour les communautés d'agglomération. Un premier contrat de ville est signé en 1994, où un volet santé est déjà identifié. En 1997, un diagnostic de santé est mené, permettant l'élaboration d'une politique de santé publique. Le contrat de ville de 2000-2006, comporte quatre orientations :

- santé et exclusion – précarité ;
- santé mentale ;
- santé des jeunes ;
- gérontologie.

Afin de développer des réponses pertinentes, la communauté d'agglomération choisit de s'impliquer dans une politique de santé publique intercommunale qui vise à promouvoir :

- l'observation sanitaire et sociale, l'analyse des besoins et la définition de priorités ;
- la mise en synergie des professionnels de la prévention et du soin sur son territoire ;
- les échanges d'information, les rencontres entre les professionnels et le partenariat entre les acteurs associatifs et institutionnels des champs sanitaire, social et médico-social.

Pour atteindre cet objectif, l'Institut de promotion de la santé (IPS) est créé en 2001¹²⁹. Son action s'articule autour de 3 volets :

- l'IPS héberge des partenaires associatifs ou institutionnels intervenant dans le domaine de la promotion de la santé à Saint-Quentin-en-Yvelines ;
- c'est un centre de ressources et d'information pour les professionnels des champs sanitaire et social, un lieu d'échange et de réflexion des élus de l'agglomération ;
- c'est également un centre de ressources et d'information pour le public (organisation d'ateliers, expositions...).

Une ambition plus large

En 2002, le contrat de développement de Saint-Quentin-en-Yvelines confirme la volonté de favoriser le développement de l'offre de soins, le développement d'une politique de santé publique intercommunale et la promotion de la prise en charge de la dépendance physique et/ou psychique, notamment à domicile.

En 2004, le projet Gérondicap démarre (il s'agit améliorer le soutien à domicile des personnes en perte et/ou en manque d'autonomie quelle que soit la déficience ou l'âge, et mettre en cohérence les actions des partenaires du champ sanitaire et médico-social).

En 2005, la communauté d'agglomération s'engage dans un agenda 21, dans lequel elle inscrit les actions de santé qu'elle mène sur son territoire. En 2006, l'adhésion au Réseau Villes-Santé OMS est une nouvelle étape dans la prise en compte globale des déterminants de santé. 2006 est également l'année de naissance de l'ASV, qui porte sur la santé des jeunes.

Enfin, en 2008, un nouveau mandat électif créant une délégation santé à l'intercommunalité confirme une volonté politique forte.

La Veille de Santé publique voit également le jour en 2008, en lien avec l'Observatoire de la ville, réseau transversal de la communauté d'agglomération. La Veille de Santé a pour objectif d'élaborer des outils de connaissances, d'informations et d'évaluation en matière de santé sur le territoire, pour les élus, mais aussi pour les acteurs des champs sanitaire et social et les habitants. Pour cela, la Veille effectue un diagnostic territorial de santé et met en place un tableau de bord dont les indicateurs concernent aussi bien l'état de santé des habitants que l'offre et la consommation de soins¹³⁰.

¹²⁹ <http://www.saint-quentin-en-yvelines.fr/>

¹³⁰ voir le chapitre 10 sur les observatoires locaux

Le territoire bénéficie également de l'apport financier du GRSP, puisqu'en 2008, au moins 15 actions de santé ont été financées dans ce cadre (source : Drassif juillet 2008, GRSP - appel à projet 2008 - Champ : les 466 actions, sur les 806 financées en 2008, pour lesquelles la ou les communes d'intervention étaient explicitement renseignées).

Parmi ces 15 actions, 11 se déroulent à Trappes (dont deux portées par la CA et une par la ville) et une à Magny-les-Hameaux. Les trois actions se déroulant à Voisins-le-Bretonneux sont des actions communes avec Trappes.

Les thématiques concernées par ces actions sont : « jeunesse », « santé mentale », « addictions », « alimentation et nutrition » et « santé des personnes vulnérables ».

6 - Conclusion

Tableau 4 - Récapitulatif des différents dispositifs recensés en 2008 dans cette étude

| |
|--|
| <p>Les Ateliers Santé ville</p> <p>53 ateliers santé ville, 57 communes ou arrondissement de Paris, une communauté d'agglomération</p> <p>Financements : ressources propres (communes), politique de la ville (via l'Acsé et GRSP), réponse à des appels à projets (GRSP, Mildt, FNPEIS, Fondation de France, ...), financements de la Région.</p> |
| <p>Les projets locaux de santé pilotés par un établissement hospitalier</p> <p>8 projets locaux de santé, 6 zones géographiques dont une communauté de communes, une agglomération, 3 territoires de santé</p> <p>Financements : Migac, réponse à des appels à projets (GRSP, Iresp, ...)</p> |
| <p>Le programme Antesyss</p> <p>4 programmes expérimentaux, 82 communes</p> <p>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, Fiqcs, collectivités...)</p> |
| <p>Les villes-santé OMS</p> <p>7 communes et une communauté d'agglomération</p> <p>Financements : ville ou EPCI, autres sources ponctuelles de financements</p> |
| <p>Les volets santé des Agendas 21</p> <p>14 volets santé, pour 4 départements, 2 communautés d'agglomération et 8 communes (dont Paris)</p> <p>Financements : Collectivités locales, appel à projet du Conseil Régional d'Ile-de-France</p> |
| <p>Les projets médicaux de territoire</p> <p>8 projets médicaux de territoires expérimentaux, un territoire de santé par département</p> <p>Financements : pas de financements spécifiques</p> |
| <p>Les projets RIR</p> <p>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.</p> <p>2 projets de cabinets de groupe en cours.</p> <p>Financements : Fiqcs, Div, Amif, URML Ile-de-France</p> |
| <p>Les conseils locaux de santé mentale ou dispositifs apparentés</p> <p>28 conseils locaux de santé mentale, 9 cellules de veille, 27 communes ou arrondissement de Paris</p> <p>Financements : collectivités locales</p> |

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

Pour cette étude, le choix a été fait de recenser les dispositifs « Santé et territoire » se basant sur une démarche de programmation en santé publique : état des lieux et diagnostic partagé, définition des priorités, plan d'actions, mise en œuvre, évaluation.

Les huit dispositifs identifiés en Ile-de-France

- Le principal dispositif présent sur le territoire francilien est l'**Atelier Santé Ville (ASV)**, prévu dans le cadre de la politique de la ville. On dénombre 53 ASV, qui concernent 64 communes ou arrondissement de Paris (certains ASV sont intercommunaux), et quelques projets, à divers stades d'avancement. Pour rappel, il y a 113 Cucs en Ile-de-France. Plus de la moitié des Cucs ont donc choisi de ne pas rentrer dans la démarche ASV.
- L'expérimentation des **projets locaux de santé pilotés par un établissement hospitalier (PLS)** était prévue dans le Plan régional de santé publique francilien¹³¹. Huit PLS rayonnent dans la région, sur six zones géographiques, avec des logiques de territoires différentes selon les PLS.
- **Antesyss** (Analyse territorialisée du système de santé) est un programme de l'Assurance Maladie, piloté par l'Urcam Ile-de-France (Union régionale des caisses d'Assurance maladie)¹³², qui intervient sur l'efficacité des soins, la prévention et l'organisation de l'offre. Quatre zones expérimentales ont été définies, couvrant 82 communes.
- Le projet **Villes-Santé**¹³³ 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 », recommandations de l'Agenda 21) qui la situe bien au-delà de l'absence de maladie. En Ile-de-France, sept communes et une communauté d'agglomération font parties du réseau français.
- 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 de Janeiro en juin 1992¹³⁴. Différents volets peuvent être déclinés dans les Agendas 21, dont un volet santé. En Ile-de-France, 14 agendas 21 locaux sur les 27 recensés par l'observatoire national¹³⁵ ont déclaré un volet santé.
- Les **projets médicaux de territoire (PMT)** traduisent les orientations du SROS. On dénombre huit PMT expérimentaux en Ile-de-France, basés sur les territoires de santé du SROS (un par département)¹³⁶. Dans cette phase expérimentale, la prévention n'a pas été intégrée, elle le sera à moyen terme.

¹³¹ Plan régional santé publique Ile-de-France 2006-2010, Drass, 2006

¹³² <http://www.urcamif.assurance-maladie.fr/ANTESYSS.56721.0.html>

¹³³ <http://www.villes-sante.com/>

¹³⁴ <http://www.un.org/french/events/rio92/aconf15126vol1f.htm> (déclaration de Rio)

¹³⁵ <http://observatoire-territoires-durables.org>

¹³⁶ <http://www.parhtage.sante.fr/re7/idf/site.nsf>

- L'**association RIR** (Regroupement Implantation Redéploiement) est une initiative de professionnels de santé libéraux en exercice¹³⁷. 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. Fin 2008, elle avait réalisé 51 diagnostics sur l'offre de soins libérale, assortis de recommandations. Les préconisations de l'association devraient être effectives dans deux communes classées déficitaires par la MRS (mission régionale de santé)¹³⁸.
- Enfin, les **conseils locaux de santé mentale** ou dispositifs apparentés sont incités dans le plan santé mentale 2005-2008¹³⁹. Ce 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. En Ile-de-France, 28 communes ou arrondissements de Paris ont mis en place un conseil local de santé mentale. Il y a également 9 cellules de veille (qui visent à limiter le recours à l'hospitalisation d'office).

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 territoriale¹⁴⁰ 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 ville¹⁴¹, 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 démarche¹⁴² et le dispositif n'est donc pas complètement déployé. En particulier, la Seine-et-Marne ne compte aucun ASV sur son territoire.

¹³⁷ <http://www.rir-idf.org>

¹³⁸ <http://www.urcamif.assurance-maladie.fr/La-Mission-Regionale-de-Sante.mission-regionale-sante.0.html>

¹³⁹ http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

¹⁴⁰ 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.

¹⁴¹ 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,...

¹⁴² Ce qui ne les empêche pas de mener des actions de santé sur leur territoire

En zone rurale, on trouve quelques projets locaux de santé pilotés par un établissement hospitalier (PLS de Houdan, une partie des PLS de Lagny ou de Melun), une zone expérimentale Antesyss (celle d'Etampes) mais la question 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, tel 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 ville¹⁴³ ? En Seine-et-Marne, leur expérimentation est bien prévue, dans le cadre du Plan Espoir Banlieue pour le département¹⁴⁴, qui propose de mettre en œuvre les contrats locaux de santé publique sur le département. Cette expérimentation pourrait être mise en place en 2010, dans le cadre d'une démarche partenariale avec le Conseil général, une commune, l'Agence régionale de santé et les établissements de santé. La commune pressentie est Montereau-Fault-Yonne.

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 2009-2012¹⁴⁵ qui est en cours d'élaboration avec les partenaires socio-économiques et environnementaux. 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 ? ».

¹⁴³ Lettre-circulaire interministérielle DGS/Div/DPI n° 2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé. Mais la loi HPST, postérieure à cette lettre-circulaire ne donne pas de périmètre défini aux contrats locaux.

¹⁴⁴ 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

¹⁴⁵ http://www.developpement-durable.gouv.fr/article.php3?id_article=4229

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. 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, suggérant que l'existence d'une activité structurante de santé publique favorise l'émergence de projets locaux.

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 (SCHS), les centres de santé ou les centres de protection maternelle et infantile (PMI), 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 mentionnés¹⁴⁶.

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 saupoudrage¹⁴⁷ 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 santé¹⁴⁸.

¹⁴⁶ 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.

¹⁴⁷ On peut cependant constater une concentration des financements du GRSP sur les communes en politique de la ville (voir paragraphe précédent).

¹⁴⁸ Place qui semble remise en cause dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoire », notamment concernant la présence décisionnelle d'élus représentants des trois niveaux de collectivités territoriales au sein des Agences

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

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 mine d'information 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.

régionales de santé. (ESPT, Les élus locaux demandent une réelle prise en compte des démarches locales de santé publique. Six exigences pour améliorer la loi. Communiqué du 10 février 2009)

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-groupe¹⁴⁹, questionnaires, ...).

Ainsi, certaines priorités, fortement ressenties sur le terrain, n'émergeant pas forcément des données chiffrées (toutes les thématiques n'étant pas abordées, souvent par manque de données), 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 géographiques¹⁵⁰.

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 méthodologique¹⁵¹. 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 santé¹⁵². Cette démarche pourrait être accompagnée par la constitution d'un groupe de travail régional sur l'observation locale pour réfléchir à l'accès aux données permettant d'alimenter des diagnostics de santé.

¹⁴⁹ 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.

¹⁵⁰ Diagnostic-santé Quartier Chemin de l'Ile, mairie de Nanterre, Service municipal de la Santé, pôle Prévention santé, 2009

¹⁵¹ A l'initiative des centres de ressources pour la politique de la ville ou des Ddass, ou d'un groupe de partenaires locaux

¹⁵² 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, qui vise à assurer l'animation régionale des dispositifs locaux, en partenariat avec la Div, la Drassif, le Secrétariat régional aux affaires régionales (mission égalité des chances), l'Acsé, les centres de ressources pour la politique de la ville, les universités Paris Ouest et Paris VIII. Cette convention a permis en 2009 d'organiser un cycle de formation pour les coordinateurs (4 modules) et un séminaire de deux jours sur le thème « Villes et santé »

Bibliographie

Les autres repères bibliographiques

- Les Ateliers Santé Ville, territoires, santé publique et politiques de santé au niveau local, collection Etudes et recherche, les éditions de la Div, 2003
- Développement durable et politique de la ville : regards et fertilisation croisés, Dossier thématique, Pôle de ressources départemental Ville et développement social du Val d'Oise, 2009
- Développement viable et santé : concepts, principes et cadres d'action pour les villes européennes, Collection « Développement viable et santé en Europe », n°1, OMS Bureau régional de l'Europe, 1997
- Les dynamiques des Agendas 21 en Essonne : développement durable intégré et renouveau de la démarche participative ?, Centre de Ressources Politique de la Ville en Essonne, 2009
- Les élus locaux face à la souffrance psycho-sociale : de la sollicitude au politique, séminaire Div/ONSMP-ORSPERE, les éditions de la Div, novembre 2005
- Envies de villes, Collection « Les Cahiers », n°149, IAU Ile-de-France, décembre 2008
- Politique de la ville et développement durable : des interactions à construire, rencontre du 22 novembre 2007, Profession Banlieue, Pôle ressource Ville et développement social du Val d'Oise, Pôle ressource de la délégation à la politique de la ville et à l'intégration de Paris, Centre de ressource politique de la ville en Essonne, septembre 2008
- Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, Compte-rendu de la rencontre du 6 au 8 octobre 2008 à Bordeaux, séminaire Div, les éditions de la Div, 2009
- Politiques et pratiques de santé publique et de promotion de la santé, du local au national : quels acteurs ? Quelles relations ?, Institut Théophraste Renaudot, rapport d'études à la DGS, avril 2005
- Santé en banlieue, enquête en 2008 auprès des villes du réseau de Ville et Banlieue, association des maires Ville et Banlieue de France
- Les solidarités territoriales, Collection « Les Cahiers », n°148, IAU Ile-de-France, septembre 2008
- Villes, santé et développement durable, Institut des villes, Collection « Villes et société », La Documentation Française, 2007
- ACKER D., Rapport sur les centres de santé. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Direction de l'hospitalisation et des soins, juin 2007
- BAILLY A. (sous la direction de), Les concepts de la géographie humaine, cinquième édition, Armand Colin, 2005
- BARTON H., TSOUROU C., Urbanisme et santé, un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants, OMS Europe, 2004

- BERTOLOTTO F., MANNONI C, STEFANELLI M.-L., RICHARD C., Etude auprès de 27 Ateliers santé ville, mars 2004
- BOURDILLON F. sous la direction de, Traité de prévention, Médecine-Sciences Flammarion, 2009
- GOLDBERG D., Compétences des communes et place du local dans la prise en charge des besoins de santé, Intervention à la journée de formation des élus municipaux, février 2003
- HINCELIN L., L' élu local, un promoteur de santé, Collection « Rubrique Repères pour agir », n°7, février 2009
- HINCELIN L., Diagnostic local de santé et dynamique de territoire : des liens évidents, Collection « Rubrique Repères pour agir », n°2, mars 2008
- LAURAND G, ROUSSET Y, VERNEREY M., Evaluation des actions confiées par l'Etat aux services communaux d'hygiène et de santé. Rapport de synthèse. Inspection générale des affaires sociales, octobre 2004
- LEURQUIN B., Le projet partagé de santé, d'action sociale et médico-sociale des territoires de développement, Collection « Services et Territoires », APFP, 2007

Les autres sites internet à consulter

http://www.paris.fr/portail/Solidarites/Portal.lut?page_id=6144 (site sur la Politique de la ville à Paris)

<http://www.pourmaville78.com/> (le blog de la politique de la ville dans les Yvelines)

<http://www.crpve91.fr/> (site du centre ressource Politique de la ville de l'Essonne)

<http://www.poleressources95.org/> (site du pôle de ressource Ville et développement social du Val d'Oise)

<http://www.ville.gouv.fr/> (site du comité interministériel des villes)

<http://i.ville.gouv.fr/> (site de documentation sur la Politique de la ville)

<http://sig.ville.gouv.fr/> (système d'information géographique de la Div)

<http://www.eukn.org/france/> (site du réseau européen de connaissance sur les politiques urbaines)

Liste des acronymes et des sigles

- Acsé : Agence nationale de la cohésion sociale et de l'égalité des chances
- Antessys : Analyse territoriale du système de santé
- ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
- ARS : Agences Régionales de santé
- ASV : Atelier santé ville
- CA : Communauté d'agglomération
- CCAS : Centre communal d'action sociale
- CMS : centre municipal de santé
- Cucs : Contrats Urbains de Cohésion Sociale
- Datar : Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale, devenu Diact (Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires) en 2006
- DGI : Direction générale des impôts
- Div : Délégation interministérielle à la ville
- Ddass : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- Drass : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
- EPCI : établissements publics de coopération intercommunale
- Fiqcs : Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des Soins
- FNADT : Fonds national d'aménagement et de développement du territoire
- Fnors : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
- FNPEIS : Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire
- Gip : Groupement d'intérêt public
- GRSP : Groupement régional de santé publique
- HTA : hypertension artérielle
- IAU : Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Ile-de-France
- 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
- Mous : Maîtrise d'Œuvre Urbaine et Sociale
- ORS : Observatoire régional de santé
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- PMT : Projet médical de territoire
- PNNS : Plan National Nutrition Santé
- PLS : Projets locaux de santé
- Praps : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
- PRSP : Plan régional de santé publique
- Rir Regroupement Implantation Redéploiement

- SCHS : Service Communal d'Hygiène et Santé
- Sros : schéma régional d'organisation sanitaire
- Urcam : Union régionale des caisses d'Assurance maladie
- Zus : Zone urbaine sensible

Annexe

Questionnaire envoyé aux coordinateurs des Ateliers Santé Ville



Observatoire régional de santé d'Ile-de-France

Nom de la personne qui répond à ce questionnaire :

QUESTIONNAIRE SUR L'ETAT D'AVANCEMENT DES DIAGNOSTICS ATELIERS SANTE VILLE - Mai 2008


| | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| Nom de l'Atelier Santé Ville : | | | | | |
| Date de mise en place de l'ASV : | | | | | |
| Zone(s) géographique(s) concernée(s) par l'ASV et nombre d'habitants | Zone 1 | Zone 2 | Zone 3 | Zone 4 | Zone 5 |
| Nom de la zone géographique | | | | | |
| Nombre d'habitants | | | | | |


| | |
|---|--|
| Nom du coordinateur ou du référent de l'ASV : | |
| Adresse e-mail du coordinateur ou du référent : | |
| Coordonnées téléphoniques : | |
| Coordonnées postales : | |

| | | | |
|---|-------|-------|-------|
| Service de rattachement du coordinateur ASV | | | |
| Nom du responsable du service de rattachement | | | |
| Elu(es) en charge de l'ASV et/ou de la politique de la ville* | Elu 1 | Elu 2 | Elu 3 |
| Nom de l'élue | | | |
| Délégation | | | |

Si des diagnostics ont été réalisés dans le cadre de l'ASV : voir feuille 2 du questionnaire

Si des diagnostics sont en cours dans le cadre de l'ASV : voir feuille 3 du questionnaire

| | |
|---|--|
|  <p>Observatoire régional de santé d'Ile-de-France</p> | <p>Diagnostics réalisés (merci de remplir une feuille excel pour chaque diagnostic réalisé)</p> |
| <p>Zone géographique concernée</p> | |
| <p>Thématique(s) abordée(s)</p> | |
| <p>Qui a réalisé le diagnostic (en interne, bureau d'études, association...)?</p> | |
| <p>En quelle année ?</p> | |
| <p>Priorités retenues :</p> | |
| <p>Une procédure d'évaluation a-t-elle été mise en place ?</p> | |
| <p>Sous quelle forme ? (renouvellement du diagnostic, autre suivi...)</p> | |

| | |
|---|---|
|  <p>Observatoire régional de santé d'Ile-de-France</p> | <p>Diagnostics en cours (merci de remplir une feuille excel pour chaque diagnostic en cours)</p> |
| <p>Zone géographique concernée</p> | |
| <p>Thématique(s) abordée(s)</p> | |
| <p>Qui réalise le diagnostic ? (en interne, bureau d'études, association...)</p> | |
| <p>Quand le diagnostic doit-il être terminé ?</p> | |