

Capitalisation des démarches Ateliers santé ville

Des savoirs issus des pratiques professionnelles
pour la promotion de la santé

ateliers santé ville
PLATEFORME NATIONALE
DE RESSOURCES

Capitalisation des démarches Ateliers santé ville

**Des savoirs issus des pratiques professionnelles
pour la promotion de la santé**

Réalisé avec le soutien financier de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Publication : avril 2016

Texte établi par : Clémentine Motard

Comité de rédaction : Catherine Bernard, Frédérique Bourgeois, Anne Guilberteaud, Bénédicte Madelin, Elsa Micouraud, Olivier Rovère, Stéphane Tessier

Comité de pilotage : Christine César (Inpes), Nadia El Alouani (CGET), Stéphane Ludot (CGET)

« Les Ateliers santé ville sont un des moyens dont se sont dotées les politiques publiques pour soutenir le développement de programmes de santé publique à l'échelon local, dans le cadre d'une coopération entre l'État et l'échelon communal ou intercommunal ; ce qui constitue un exemple unique dans le champ des politiques sanitaires. »

Haut conseil de la santé publique, 2013

SOMMAIRE

PRÉFACE/ Par François Bourdillon , Directeur général par intérim, Santé publique France/Inpes..	5
PRÉAMBULE/ Par la Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville	7
PARTIE I. NOTE D'ANALYSE	8
INTRODUCTION	9
Chapitre 1/ Cadrage théorique	10
1.1/ La politique de la ville	10
1.2/ La promotion de la santé	13
1.3/ Les Ateliers santé ville : la promotion de la santé dans la politique de la ville	14
1.4/ L'articulation entre les outils pour construire des dynamiques territoriales de santé	16
1.5/ La capitalisation des démarches Ateliers santé ville et la recherche d'expériences prometteuses	18
Chapitre 2/ Cadrage méthodologique	21
2.1/ Les termes de référence du projet.....	21
2.2/ La méthodologie du recueil d'expériences	23
▪ <i>La construction des outils de recueil</i>	24
▪ <i>Une phase exploratoire : l'appui des animations régionales</i>	25
▪ <i>L'appel à expériences, par questionnaire et entretiens semi-directifs</i>	25
2.3/ Les formats de restitution de l'analyse.....	27
▪ <i>Un modèle logique : schéma de synthèse des critères et plus-values de la démarche ASV</i>	27
▪ <i>Un rapport d'analyse illustré</i>	28
▪ <i>Des récits d'expériences : fiches-projet détaillées</i>	28

Chapitre 3/ Analyse et illustrations des savoirs et expériences des Ateliers santé ville	30
3.1/ Les plus-values pour les habitants	31
▪ <i>La participation des habitants et la co-construction des programmes.....</i>	<i>31</i>
▪ <i>Les professionnels de proximité comme porte d'entrée</i>	<i>33</i>
3.2/ Les plus-values pour les professionnels	37
▪ <i>La sensibilisation des acteurs locaux aux déterminants de la santé.....</i>	<i>37</i>
▪ <i>Le renforcement des compétences des acteurs de proximité</i>	<i>38</i>
3.3/ Les plus-values sur les politiques publiques et institutions	42
▪ <i>Le rôle de veille et de lanceur d'alerte</i>	<i>42</i>
▪ <i>L'interpellation et la mobilisation du droit commun</i>	<i>42</i>
▪ <i>L'inscription dans une dynamique de programmation</i>	<i>43</i>
 CONCLUSION/ La démarche ASV, un vivier de bonnes pratiques pour développer la promotion de la santé dans les quartiers de la politique de la ville.....	 46

PARTIE II. FICHES « RÉCIT D'EXPÉRIENCE » **47**

Chapitre 1/ Des expériences aux plus-values pour les habitants **48**

Atelier santé ville d'Aubervilliers : « Un programme évalué de promotion du bien-être psychique du jeune enfant (0-3 ans) ».....	49
Atelier santé ville de Nanterre : « Renforcement du pouvoir d'agir par un accompagnement soutenu autour de la nutrition »	55
Atelier santé ville des vallées du Gier, Ondaine et de la ville d'Andrézieux-Bouthéon (Saint-Étienne métropole) : « Améliorer l'accès au droit commun (CMU/CMU-C) par la formation des acteurs de terrain et une communication originale auprès des habitants »	63
Atelier santé ville de Saint-Nazaire : « Des Forums Santé Bien-être itinérants pour favoriser l'accès aux droits et aux soins ».....	69

Chapitre 2/ Des expériences aux plus-values pour les professionnels **74**

Atelier santé ville d'Éragny-sur-Oise : « <i>Mieux vivre ensemble</i> : une formation à la communication non-violente des intervenants en milieu scolaire »	75
Atelier santé ville de Martigues-Port de Bouc : « Formation-action des étudiants infirmiers (IFSI) en santé publique »	80
Atelier santé ville de Strasbourg : « Favoriser l'appropriation de la thématique de la santé mentale par les professionnels et les habitants et participer à l'ouverture de l'hôpital sur la ville »	84

Chapitre 3/ Des expériences aux plus-values sur les politiques publiques et institutions **88**

Atelier santé ville de Clichy-sous-Bois : « D'une programmation d'actions pour amener les jeunes vers l'activité physique à l'intégration de la promotion de la santé dans les projets urbains »	89
Atelier santé ville de Lyon : « Mobilisation des institutions de droit commun pour améliorer l'accès aux droits en matière de santé ».....	95
Atelier santé ville de Valbonne Sophia Antipolis : « La mise en place et la modélisation d'un continuum préventif sur les conduites addictives des jeunes »	101

POSTFACE/ Par Linda Cambon, professeure titulaire de la Chaire de Recherche en prévention des cancers INCa/IReSP/EHESP108

SÉLECTION DE RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES111

ANNEXES113

- *Annexe 1/ Liste des personnes auditionnées114*
- *Annexe 2/ Liste des fiches « Récit d'expérience » réalisées116*
- *Annexe 3/ Appel à expériences par questionnaire en ligne diffusé auprès des coordonnateurs ASV de mars à juin 2015118*
- *Annexe 4/ Grille d'entretien semi-directif à destination des coordonnateurs ASV ..125*
- *Annexe 5/ Aperçu général de l'outil de catégorisation des résultats (zoom sur les colonnes B et C déterminantes pour les résultats127*

PRÉFACE/ Par François Bourdillon, Directeur général par intérim, Santé publique France/Inpes

La Politique de la Ville prend ses marques dans les années 1980. Elle a permis de façon tout à fait novatrice de déployer sur certains territoires des cadres de fonctionnement (qui deviendront les contrats de ville) favorisant la mobilisation inter-sectorielle aux profits de populations qui accumulent des situations socio-économiques défavorables. Ces environnements de vie ont des conséquences sur la santé et c'est pourquoi, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la Santé (Inpes), sous l'impulsion du Ministère de la Santé a souhaité entamer un travail d'échanges avec l'ex-Secrétariat Général du Comité Interministériel des Villes qui se poursuit maintenant avec le Commissariat Général à l'Egalité des Territoires. Parmi les démarches phares qui incarnent cette politique de la ville dans les quartiers, l'Atelier santé ville offrait un sujet évident de convergence. C'est dans cette dynamique partenariale que l'Inpes a ainsi participé aux travaux de préfiguration d'une structure, qui devait quelques années plus tard, advenir sous la forme d'une association loi 1901 : la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville. Le travail présenté ici est le résultat des encouragements conjoints du Commissariat Général à l'Egalité des Territoires et de l'Inpes, ainsi que d'une politique de subvention favorable à l'identification des actions qui sur les terrains aident à promouvoir la santé des populations.

La Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) partagent les mêmes valeurs de la promotion de la santé. Notamment en reconnaissant et en utilisant les cinq stratégies d'intervention axées sur la modification de l'environnement social et politique, le renforcement des capacités d'action individuelle et collective pour agir sur les déterminants de la santé, ainsi que sur la réorientation des systèmes de santé en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé. Ce socle de la Charte d'Ottawa (1986) irrigue les pratiques professionnelles développées par les coordonnateurs des Ateliers santé ville.

Il faut effectivement rappeler que la démarche des Ateliers santé ville s'est emparée du champ stratégique de la réduction des inégalités de santé bien avant que cette problématique ne fasse l'objet d'un axe des plans nationaux de santé.

En soutenant le travail présenté ici, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a souhaité faire connaître et partager la richesse de l'expérience construite par ce dispositif unique de la politique de la ville au service des quartiers, de ses populations et qui cible la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Car si la vocation de l'Inpes est nationale, il est indéniable que les thématiques de prévention santé et de promotion de la santé ont d'autant plus de sens qu'elles sont déclinées au plus près des destinataires, les habitants, acteurs des territoires. L'Atelier santé ville est de ce point de vue un dispositif territorialisé, qui a fait ses preuves et qui est largement plébiscité par les élus.

Plus précisément, avec ce document, la Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville permet de documenter, par des cas concrets de projets, la position de l'Atelier santé ville à l'interface

entre des politiques ascendantes (diagnostic local, santé communautaire, participation des acteurs) et des politiques ressortant des priorités des Agences Régionales de Santé et des plans nationaux.

Le panorama de la santé publique en France évolue. La loi de Santé promulguée en 2016 a inscrit dans un de ses articles, la création d'une nouvelle agence qui donnera à la France un centre de référence et d'excellence fondé sur une expertise scientifique. L'Inpes, l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires (Eprus) s'unissent pour créer cette nouvelle agence nationale qui s'appellera Santé Publique France. Elle permettra de doter notre pays d'une véritable institution de santé publique à l'instar de celles que possèdent de nombreux États. Elle rassemblera les missions de prévention et de promotion de la santé, d'alertes et de surveillance, d'interventions et de réponses.

Comme agence d'État, la mission de Santé Publique France reprendra les missions de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) qui sont de soutenir les logiques d'amélioration de la qualité, d'aider les réseaux à s'emparer des bonnes pratiques. Leur diffusion doit permettre l'amélioration de la santé de tous, en renforçant encore, là où il doit l'être, l'accès au droit commun.

PRÉAMBULE/ Par la Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville

Depuis quinze ans, la démarche Atelier santé ville s'est développée au sein des quartiers prioritaires de la politique de la ville s'attachant à réduire les inégalités sociales de santé.

Quinze années durant lesquelles des professionnels de santé publique ont eu à cœur de remplir leur mission, en lien avec les élus, les institutions et les partenaires des territoires, de coordination, d'impulsion, de développement d'action de prévention et d'accès aux soins pour les populations les plus fragiles.

La richesse de la démarche Atelier santé ville et ses plus-values, sur les territoires et pour les populations qui y vivent, appelle aujourd'hui à une meilleure connaissance des pratiques professionnelles qui y sont développées.

À cet effet, la Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville a souhaité entreprendre un travail de capitalisation, financé par l'Inpes, sur ces savoirs acquis et construits non seulement dans la mise en œuvre même de la démarche ASV mais également dans les résultats qu'elle a produit.

Les expériences présentées et leur analyse à travers le prisme de la promotion de la santé visent notamment à conforter ou à donner des perspectives de développement aux ASV existants ou à venir.

PARTIE I. NOTE D'ANALYSE

INTRODUCTION

La Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville (PnrASV) a notamment pour mission de contribuer à la réflexion sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé¹. À cet effet, elle mène un travail de capitalisation des dynamiques territoriales, des outils, des méthodes et des actions développées par les Ateliers santé ville (ASV). Ce travail est financé par l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) dans le cadre de son programme « Prévention et sécurité sanitaire ».

Les Ateliers santé ville se sont développés à partir des années 2000². Quinze ans après leur mise en œuvre, la PnrASV a souhaité réaliser un recueil d'expériences, afin de dégager et de capitaliser les bonnes pratiques acquises. Les ASV présentent des configurations diverses au regard des contextes locaux dans lesquels ils se déploient. Ce travail de capitalisation vise, notamment, à rendre compte de cette démarche et à donner à voir les méthodes de travail développées.

Ce travail de capitalisation ne s'inscrit pas dans une perspective d'évaluation des ASV : il s'agit d'une photographie où le focus se porte sur les processus de définition et de mise en œuvre des projets. La capitalisation vise à comprendre et expliciter les processus mis en œuvre par la démarche ASV.

Les objectifs ainsi visés sont de :

- Rendre visibles les plus-values de la démarche ASV et illustrer ses contours par des exemples ;
- Identifier des bonnes pratiques issues des expériences des ASV et leur transférabilité ;
- Valoriser les programmations locales en santé déclinées par les ASV.

Ce rapport présente les principaux enseignements de la capitalisation telle qu'elle a été menée en 2014-2015. Il illustre les démarches ASV et identifie les articulations de processus entre les démarches et leurs plus-values sur un territoire.

Cette note s'accompagne de fiches « Récit d'expérience »³, en annexe, dont le répertoire s'étoffera à l'avenir. Ces différents documents sont pensés comme des supports propices aux échanges avec l'ensemble des acteurs intéressés par les ASV (élus, coordonnateurs et coordonnatrices ASV, Agences régionales de santé, financeurs, ...).

¹ La PnrASV est financée par l'Inpes et le CGET.

² Circulaire de la Direction générale de la santé (DGS) et la Délégation interministérielle à la ville (DIV) du 13 juin 2000

³ 10 fiches « Récit d'expérience » sont présentées en annexe. Les exemples développés ci-dessous ont fait ou feront l'objet d'une fiche-expérience. La programmation des fiches a été établie en concertation avec le comité de pilotage, pour privilégier une diversité d'illustrations des démarches ASV (forme, thématique abordée, projet).

CHAPITRE 1/ CADRAGE THÉORIQUE

1.1/ La politique de la ville

Si les inégalités sociales, économiques ou environnementales progressent globalement, certains territoires cumulent les difficultés : chômage, habitat dégradé, enclavement, ... Des révoltes urbaines dans les années 1970 (en particulier à Vaulx-en-Velin en 1979 et à Vénissieux et Rillieux-la-Pape en 1981) ont fait la lumière sur ce que l'on nommera par la suite les « quartiers sensibles ». Dès la fin des années 1970, l'État met en place des procédures pour comprendre et enrayer les difficultés croissantes de certains quartiers et de leurs habitants (Habitat et vie sociale, 1977). Cette politique se structurera à partir de 1982, avec la signature de contrats pluriannuels entre l'État et les collectivités (conventions pour le développement social des quartiers, puis contrats de ville) par lesquels ils s'engagent à mettre en place des mesures spécifiques pour réduire les inégalités – urbaines, sociales, économiques – de ces quartiers jugés prioritaires.

La politique de la ville se déploie face à un double constat :

- L'accumulation de difficultés sociales, économiques et environnementales persistantes sur des territoires infra-communaux urbains qui interroge les politiques de cohésion sociale ;
- Aucun acteur public ou parapublic ne peut agir seul efficacement sur ces territoires.

La politique de la ville repose donc nécessairement sur une articulation et une intersectorialité entre une multiplicité de partenaires (Etat, collectivités locales, protection sociale, secteur associatif, partenaires privés). En résumé, « *la politique de la ville peut être considérée comme une politique de lutte contre l'exclusion, conduite dans un cadre territorial, en faveur de zones urbaines où la précarité sociale est forte, menée par l'Etat en partenariat contractuel avec les collectivités locales* »⁴.

La dimension interministérielle de la politique de la ville est importante : c'est pourquoi ses orientations sont définies par un Comité interministériel à la ville (CIV), créé en 1988, avec le soutien d'une Délégation interministérielle à la ville (DIV). Un Ministère de la Ville est institué en 1990, chargé de préparer et mettre en œuvre la politique de la ville, en animant et coordonnant l'action du gouvernement.

La politique de la ville s'est formalisée dans des dispositifs spécifiques, par exemple pour l'éducation (création des zones d'éducation prioritaire – ZEP – en 1983) ou pour l'emploi (création des zones franches urbaines – ZFU – en 1996). Elle repose également sur la mobilisation du droit commun qui devrait attacher une attention toute particulière aux territoires les plus en difficulté. La notion de droit commun reste floue et est essentiellement utilisée par les professionnels de la politique de la ville. « *Mais de quel droit commun parle-t-on ? Les acteurs font en fait référence à trois catégories de moyens : les dépenses de base des administrations, universelles ou ciblées sur des catégories de publics, mais non dépourvues d'effets spatiaux ; les moyens de droit commun spatialement ciblés, dans une logique de*

⁴ La Documentation française, *Dossier : La politique de la ville à l'épreuve des violences urbaines de 2005*, [consultable en ligne](#), mis à jour le 30.10.2010

discrimination positive territoriale qui ne croise pas nécessairement la géographie de la politique de la ville ; le cofinancement des projets relevant de la programmation de la politique de la ville par des crédits de droit commun »⁵.

L'enjeu réaffirmé de mobilisation du droit commun est « *une des contradictions de la politique de la ville : placer les quartiers sous le régime du formalisme républicain perpétue les inégalités quand les moyens ne sont pas en proportion de l'ampleur des besoins. Une action spécifique est donc nécessaire, mais le risque est alors d'exonérer les politiques dites de droit commun de leurs responsabilités* »⁶.

La loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1^{er} août 2003 (dite loi Borloo) marque un tournant et mise sur l'urbain, en lançant un important programme de rénovation urbaine. Ces opérations de démolition-reconstruction sont suivies et co-financées par la nouvelle Agence nationale de rénovation urbaine (ANRU). La dimension sociale de la politique de la ville a semblé quelque peu oubliée. Le Plan de cohésion sociale, pendant de la loi de rénovation urbaine de 2003, ne sera voté qu'en janvier 2005. Mais les révoltes sociales d'octobre et novembre 2005, qui vont ébranler toute la France pendant trois semaines, ont remis véritablement la question des quartiers prioritaires à l'agenda politique.

Afin de conforter le volet social, la loi pour l'égalité des chances du 31 mars 2006 a créé l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé), chargée de mettre en œuvre les programmes de développement social conduits en faveur des habitants des quartiers de la politique de la ville, et plus largement de toutes les personnes rencontrant des difficultés d'insertion sociale ou professionnelle.

La politique de la ville étant une politique territorialisée, une géographie prioritaire a été définie afin de cibler les actions sur des territoires infra-communaux cumulant les difficultés : le périmètre de ces territoires a évolué au fil des réformes de la politique de la ville.

Avec pour objectif de la rendre plus lisible, cohérente et efficace, la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014 (dite loi Lamy) a cherché à réformer la politique en ville en inscrivant le principe de co-construction avec les habitants (qui était pourtant une injonction historique de la politique de la ville), en redéfinissant la géographie prioritaire à partir d'une critère unique de « concentration urbaine de pauvreté » et en instaurant un contrat urbain global à l'échelle intercommunale.

Aujourd'hui, 1.500 quartiers sont intégrés à la nouvelle géographie (ils sont nommés quartiers prioritaires de la politique de la ville – QPV)⁷ et la politique de la ville est mise en œuvre localement dans le cadre de contrats de ville (qui étaient appelés contrats urbains de cohésion sociale – CUCS – depuis 2007), co-signés a minima par l'intercommunalité et le préfet et définissant les interventions à mener en faveur de la cohésion sociale, du cadre de vie et du renouvellement urbain, du développement économique et de l'emploi.

La mobilisation des moyens de droit commun au bénéfice des quartiers prioritaires est un complément essentiel aux instruments propres de la politique de la ville. Pour créer les conditions d'une mobilisation effective, des conventions interministérielles d'objectifs en faveur des quartiers populaires ont été passées entre le ministère de la Ville et les principaux ministères pour la période 2013-2015, afin de favoriser la prise en compte, dans chaque département ministériel, des enjeux spécifiques attachés aux quartiers prioritaires. La convention signée avec le ministère des Affaires

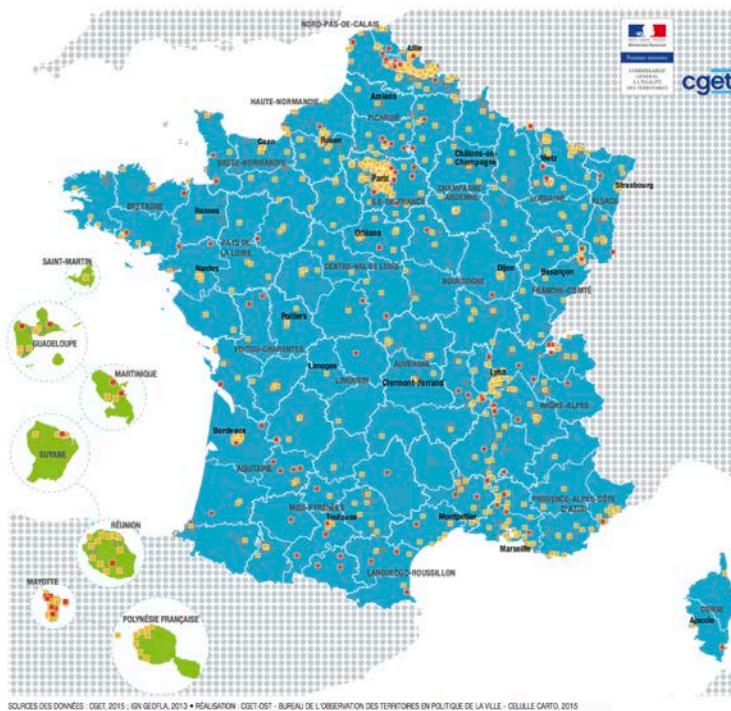
⁵ CR-DSU, *Retour sur le séminaire régional « La mobilisation du droit commun : relever le défi pour les quartiers »*, 2015, [consultable en ligne](#)

⁶ Thomas Kirszbaum, « La politique de la ville ou les infortunes de l'égalité républicaine », in Thomas Kirszbaum (dir.), *En finir avec les banlieues ? Le désenchantement de la politique de la ville*, éd. L'Aube, p.23

⁷ Voir la cartographie ci-dessous des quartiers prioritaires de la politique de la ville

sociales et de la Santé aborde trois enjeux majeurs : l'accès aux droits, qui apparaît comme une priorité, la santé et le médico-social et la cohésion sociale⁸. Cependant, un premier bilan national a relevé des difficultés persistantes à déployer les dispositifs et crédits de droit commun à une échelle infra-communale⁹. De nouvelles conventions en cours de négociation pour la période 2016-2020 devront surmonter ces freins.

Au niveau national, la politique de la ville est aujourd'hui mise en œuvre et suivi par le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET). Créé par décret du 31 mars 2014, le CGET est issu du regroupement de la Délégation à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (Datar), du Secrétariat général du comité interministériel des villes (SG-CIV) et de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé). Rattaché aux services du Premier Ministre, il conseille et appuie le gouvernement dans la conception et la mise en œuvre des politiques de lutte contre les inégalités sociales et territoriales, dont la politique de la ville.



LA NOUVELLE GÉOGRAPHIE PRIORITAIRE DE LA POLITIQUE DE LA VILLE EN 2015



Source : Commissariat général à l'égalité des territoires (mise à jour au 1.01.15)

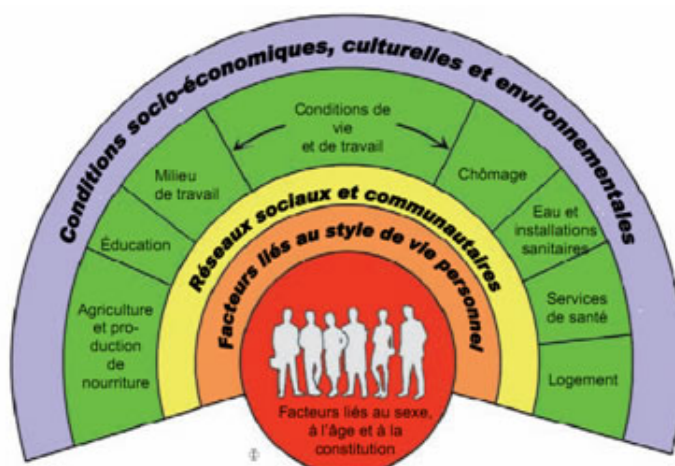
⁸ Convention triennale d'objectifs 2013-2015 entre le Ministère de la ville et le Ministère des affaires sociales et de la santé du 19 avril 2013 ([consultable en ligne](#))

⁹ Circulaire du 12 janvier 2016 relative à la place de la politique dans l'élaboration des conventions interministérielles d'objectifs 2016-2020 ([consultable en ligne](#))

1.2/ La promotion de la santé

La promotion de la santé, telle que définie par la Charte d'Ottawa de 1986¹⁰, est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette approche globale vise le changement des modes de vie et comportements individuels, mais aussi le développement d'environnements favorables à la santé. Elle cherche également à apporter aux individus et aux communautés la capacité d'accroître leur contrôle sur les déterminants de santé (*empowerment*). Les déterminants de santé sont les facteurs qui influent sur l'état de santé. Le modèle de Dahlgren et Whitehead ci-contre (en arc-en-ciel) présente les déterminants de la santé en 4 niveaux¹¹.

La promotion de la santé « offre un concept positif et complet de la santé comme déterminant de la qualité de vie, qui recouvre également le bien-être mental et spirituel », comme énoncé dans la Charte de Bangkok de 2005¹² qui complète les valeurs, principes et stratégies d'action établis dans la Charte d'Ottawa.



Source : Whitehead, M., Dahlgren G., « What can we do about inequalities in health », *The Lancet*, 1991

La promotion de la santé relève d'un concept définissant la « santé » non plus dans une approche biomédicale, mais comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques¹³. La promotion de la santé engage alors les décideurs publics et les professionnels à agir sur les politiques publiques, les conditions de vie, les facteurs socioéconomiques et environnementaux qui peuvent favoriser ou au contraire porter atteinte à la santé.

La question de l'évaluation des effets d'actions de prévention et d'éducation visant à promouvoir la santé sur l'état de santé des populations est récurrente. Différents travaux de recherche¹⁴ montrent que la promotion de la santé agit sur les déterminants de santé qui eux-mêmes influent sur la santé.

¹⁰ Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada), 17-21 novembre 1986

¹¹ Whitehead, M., Dahlgren G., « What can we do about inequalities in health », *The Lancet*, 1991, n° 338, pp.1059-1063

¹² Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, Bangkok (Thaïlande), août 2005

¹³ Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada), 17-21 novembre 1986

¹⁴ Notamment Don Nutbeam, « Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century », in *Health Promotion International* 15, 2000, pp.259-267 ([consultable en ligne](#))

« Les modifications mesurables et durables de la santé de la population ne peuvent en général pas être attribuées directement à certains projets spécifiques de promotion de la santé. Les modifications sont en général le résultat d'un grand nombre de facteurs qui influencent la santé, c'est-à-dire aussi bien des facteurs concernant le comportement individuel que les conditions de vie, d'apprentissage, de travail. Grâce à de nombreuses études, nous savons aujourd'hui quels sont les facteurs qui exercent visiblement une influence positive ou négative sur la santé de la population. C'est ce que l'on nomme les déterminants de santé »¹⁵.

1.3/ Les Ateliers santé ville : la promotion de la santé dans la politique de la ville

À partir de la fin des années 1990, progressivement, la question de la santé, qui était essentiellement une question sanitaire et individuelle, devient aussi une question sociale. La politique de la ville s'en est saisie à travers le développement des démarches ASV.

Les ASV ont été créés par le Comité interministériel des villes du 14 décembre 1999 qui, souhaitant inscrire la santé comme une priorité forte, introduit ce thème dans les Contrats de ville 2000-2006 en encourageant des expérimentations en matière de santé sur les territoires prioritaires de la politique de la ville. Les contrats de ville doivent ainsi développer des actions favorisant, notamment, l'égalité d'accès aux services publics dont la santé. Dans le cadre des diagnostics réalisés, les collectivités locales doivent donc faire émerger les manques et les dysfonctionnements d'accès aux droits et les difficultés de recours des populations aux structures et aux professionnels de soins et de prévention.

De plus, les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), créés par la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, visent à ouvrir le dispositif de prévention et de soins aux populations en situation précaire et améliorer la qualité de leur prise en charge aussi bien sanitaire que sociale.

C'est dans ce contexte qu'une circulaire signée conjointement par la Direction générale de la santé (DGS) et la Délégation interministérielle à la ville (DIV), le 13 juin 2000, fixe le cadre des Ateliers santé ville. Les ASV doivent faire converger les trois politiques, santé, affaires sociales et ville, sur le volet santé des Contrats de ville et s'inscrivent dans les priorités régionales des PRAPS. Définissant un cadre volontairement souple mais structurant visant à favoriser la promotion et le suivi de ces démarches, la circulaire DGS/SP 2 n°2000-324 du 13 juin 2000 pose ensuite dans son annexe 4 le cadre méthodologique de référence des ASV, en précisant leurs missions, les modalités de mise en œuvre et leur articulation avec les PRAPS. Ce document de cadrage précise des éléments importants sur l'esprit des démarches ASV :

- Il s'agit d'engager une démarche répondant à un souci de pragmatisme ;
- L'ASV est un outil privilégié dans l'initiation et le développement de démarches associant les populations concernées ;
- L'ASV constitue un espace de développement social durable en s'appuyant sur des projets de nature à « promouvoir la santé », en investissant prioritairement l'accès à la prévention et à l'éducation pour la santé et des actions sur les déterminants de santé, cela à partir de repères spécifiques à la santé communautaire, c'est-à-dire en associant véritablement les populations concernées ;
- L'ASV ne doit pas constituer un dispositif spécialisé « à la marge » ou « à côté » de la démarche de développement social : il doit pouvoir permettre, dans une démarche projet, d'établir des

¹⁵ Promotion Santé Suisse, *Guide pour la catégorisation des résultats. Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention*, 2^e version revue et corrigée – adaptée pour la France par l'Inpes, janvier 2010, p.23

liens entre les actions menées dans le champ de la santé et celles menées dans le champ de l'insertion sociale et économique, en mettant au centre de ses préoccupations la question des « déterminants » et de la « qualité de vie » des habitants.

Les Ateliers santé ville ont été « pensés » comme une démarche, et non pas comme un dispositif, reposant sur une fonction importante de coordination, de mise en cohérence des acteurs dont l'action sur un territoire pouvait avoir des incidences sur les questions de santé, que ce soit l'urbanisme, l'action sociale, la prévention ou l'éducation... : « *l'ASV constitue une démarche d'ingénierie de projet, de coordination d'acteurs et de programmation d'actions de santé au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, elle s'applique dans un cadre partenarial au profit des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville* »¹⁶.

Leur mise en œuvre repose sur des coordinateurs qui ont plus précisément comme objectifs :

- « *d'identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie ;*
- *de faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien à des réseaux médico-sociaux ;*
- *de diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site ;*
- *de rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun ;*
- *de développer, 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 concernées par ces programmes* »¹⁷.

Les ASV sont co-financés par l'État (aujourd'hui à travers le CGET) et les collectivités locales. Ces financements concernent principalement l'ingénierie de projet, et donc la fonction de coordination et de mobilisation des partenaires du territoire.

Suite aux contrats de ville 2000-2006, les Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) comptaient cinq champs prioritaires : l'accès à l'emploi et le développement économique, l'amélioration du cadre de vie, la réussite éducative, la citoyenneté et la prévention de la délinquance, et enfin la santé. Cette reconnaissance de la place de la santé dans la politique de la ville a été importante et a favorisé une multiplication des ASV en 2007.

Les nouveaux Contrats de ville, signés en 2015, reposent sur trois piliers : le développement de l'activité économique et de l'emploi, la cohésion sociale, le cadre de vie et le renouvellement urbain. La santé n'est plus un pilier à part entière : elle s'insère dans le pilier « cohésion sociale » qui comprend un volet éducation, un volet santé, un volet culture et le soutien aux associations et projets portés par les habitants. Le volet santé des contrats de ville « *doit permettre de construire une stratégie locale de promotion de la santé dont l'objectif est de réduire les inégalités sociales et environnementales de santé* »¹⁸. Il faut noter que la politique de la ville s'est fixée comme priorité pour 2016 l'amélioration de l'offre sanitaire¹⁹. La place des Ateliers santé ville est régulièrement rappelée dans l'animation du volet santé des contrats de ville : « *Les Ateliers santé ville constituent un outil d'émergence, d'animation et d'évaluation des actions menées prioritairement et majoritairement dans les QPV, et doivent donc se concentrer sur les publics QPV et dans le même temps être pleinement intégrés aux démarches de*

¹⁶ Référentiel national des Ateliers santé ville, 2012

¹⁷ Annexe technique 1 « Cahier des charges ASV » de la circulaire n°DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire

¹⁸ Circulaire n°SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville ([consultable en ligne](#))

¹⁹ Circulaire du 21 janvier 2016 portant sur les orientations de la politique de la ville pour 2016 ([consultable en ligne](#))

contractualisation : contrats locaux de santé, contrats territoriaux de santé et contrats de ville. Ils ne doivent en aucun cas constituer un dispositif juxtaposé. »²⁰

Par définition, l'ASV s'inscrit dans un environnement institutionnel vaste : ainsi, le coordonnateur interagit avec des acteurs de champs thématiques divers et intervenant à des échelles variées (de l'infra-local au régional). Que l'ASV soit porté par une municipalité et intégré au service santé ou au service politique de la ville, ou par une association, ses interlocuteurs sont toujours aussi variés²¹.

La pertinence et l'intérêt de cette démarche ont été reconnus dans un avis rendu par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) en 2013. La première Rencontre nationale des Ateliers santé ville, organisée par la PnrASV les 11 et 12 avril 2013, avait été l'occasion d'échanger, notamment avec des chercheurs, sur les apports des démarches ASV à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Pierre Chauvin, directeur de recherche en épidémiologie sociale à l'Inserm, avait souligné qu'« *un des leviers d'action les plus précieux pour les ASV [...], c'est de lutter contre une forme de 'loi inverse'. Comme il existe une loi inverse de l'information (selon laquelle un nouveau média ne fait jamais qu'informer encore mieux les gens déjà bien informés), comme il existe une loi inverse des soins²² (le système de soins propose ses innovations et ses améliorations d'abord aux personnes déjà les mieux soignées), il y a sans doute une loi inverse des territoires : ce sont ceux déjà les mieux dotés qui bénéficient spontanément des progrès et des améliorations. C'est contre ça que doivent agir, politiquement, les ASV : en proposant des réponses et des stratégies (même modestes) qui luttent contre cette tendance spontanée, en apportant enfin – et pour une fois en matière de santé – aux territoires qui en ont le plus besoin des vrais outils* »²³.

1.4/ L'articulation entre les outils pour construire des dynamiques territoriales de santé

Les ASV ne sont pas les seules démarches territorialisées cherchant à promouvoir la santé des populations. En effet, des politiques de santé publique se déclinent sur l'ensemble du territoire national, en particulier à travers les Contrats locaux de santé (CLS).

La loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a créé les Agences régionales de santé (ARS)²⁴. Les ARS ont un périmètre de compétence très large puisqu'il inclut l'ensemble des soins hospitaliers et de ville, la prévention et le médico-social.

La loi offre la possibilité aux ARS de conclure des contrats locaux de santé (CLS) : « *la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social* »²⁵. Les CLS sont, a minima, conclus entre l'ARS, la collectivité et la Préfecture ; d'autres signataires peuvent s'engager : le Conseil départemental, le Conseil régional, la Caisse primaire d'assurance maladie, l'Éducation nationale, les centres hospitaliers, ... Cette pluralité d'institutions et domaines représentés doit permettre de développer des projets visant les déterminants de santé.

²⁰ Circulaire du 21 janvier 2016 portant sur les orientations de la politique de la ville en 2016 ([consultable en ligne](#))

²¹ Les exemples de projets développés en Chapitre 3 montrent la diversité des interlocuteurs des ASV.

²² Julian Tudor Hart, « The inverse care law », *The Lancet*, vol.297, n°7696, pp.405-412

²³ Pierre Chauvin, « Les inégalités socio-territoriales de recours aux soins : l'exemple du dépistage du cancer du col utérin dans l'agglomération parisienne », in *Les Actes de la rencontre nationale des Ateliers santé ville*, 2013, p. 34

²⁴ Les Agences régionales de santé (ARS) remplacent les Agences régionales d'hospitalisation et reprennent tout ou partie des attributions de six autres institutions (dont les services déconcentrés du ministère chargé de la Santé : directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales – DRASS et DDASS ; les groupements régionaux de santé publique ; ou les unions et caisses régionales des caisses d'assurance maladie – URCAM et CRAM).

²⁵ Article L.1434-17 du Code de la santé publique (version créée par la loi du 21 juillet 2009, abrogée au 28 janvier 2016)

Les CLS apparaissent comme un outil participant à la construction des dynamiques territoriales de santé : « les CLS permettent la rencontre du projet porté par l'ARS et des aspirations des collectivités territoriales pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations »²⁶.

En s'appuyant sur une politique contractuelle, les CLS ont des points communs avec les ASV (ils s'appuient et se sont construits en grande partie sur la méthodologie ASV) et les complètent : « Pour les ARS, le dispositif permet de prendre en compte plusieurs enjeux : mettre en cohérence le projet stratégique de l'agence avec les politiques de santé menées par les collectivités ; mutualiser les moyens pour répondre à un besoin local de santé ; consolider par contrat les partenariats locaux et inscrire la démarche dans la durée »^{27, 28}.

La politique de la ville a veillé à son articulation avec les CLS, puisque « le CLS pourra constituer le volet santé du contrat de ville lorsque les territoires d'actions coïncident. A défaut, les priorités d'actions définies par le CLS qui apparaissent pertinentes au regard du diagnostic local alimenteront le volet santé »²⁹. Il est également souligné que le contrat de ville fait partie intégrante de la stratégie territoriale de santé. De ce fait, les ARS sont parmi les signataires obligatoires des contrats de ville.

Toutes les régions ne se sont pas engagées avec la même force dans la signature du CLS. Certaines ARS sont plus volontaristes que d'autres. L'ARS d'Île-de-France a conçu en 2015 un référentiel CLS dans lequel elle précise que les enjeux des CLS en territoire francilien sont de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de reconstruire des parcours de santé plus cohérents à l'échelle locale³⁰.

Outre les CLS, des dispositifs comme les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) permettent de construire une politique territorialisée de santé publique centrée sur une thématique. Un état des lieux des CLSM établi en 2015 par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) a montré que le développement des CLSM a été favorisé par la présence d'ASV sur le territoire : « les ASV ont été les précurseurs des CLSM. Ce sont les premières plateformes de concertation en santé qui ont inclus l'avis des habitants. Leur création au début des années 2000 a permis aux collectivités locales de se saisir de la thématique santé à travers les déterminants sociaux et territoriaux. En 2013, la santé mentale était un des trois thèmes les plus traités au sein des ASV. Près de 70% des CLSM ont un ASV sur le territoire. Notons que les deux démarches s'articulent par une participation du coordinateur ASV au CLSM (55%) ou encore par une coordination commune pour 15% des répondants »³¹.

Le schéma ci-après, issu du référentiel des CLS d'Île-de-France, montre les rôles et complémentarités des dispositifs construisant des dynamiques territorialisées en santé (ASV, CLS et CLSM).

²⁶ Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, *Contrats locaux de santé : Agir ensemble pour la santé des citoyens au cœur des territoires*, octobre 2012

²⁷ Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, *Contrats locaux de santé : Agir ensemble pour la santé des citoyens au cœur des territoires*, octobre 2012

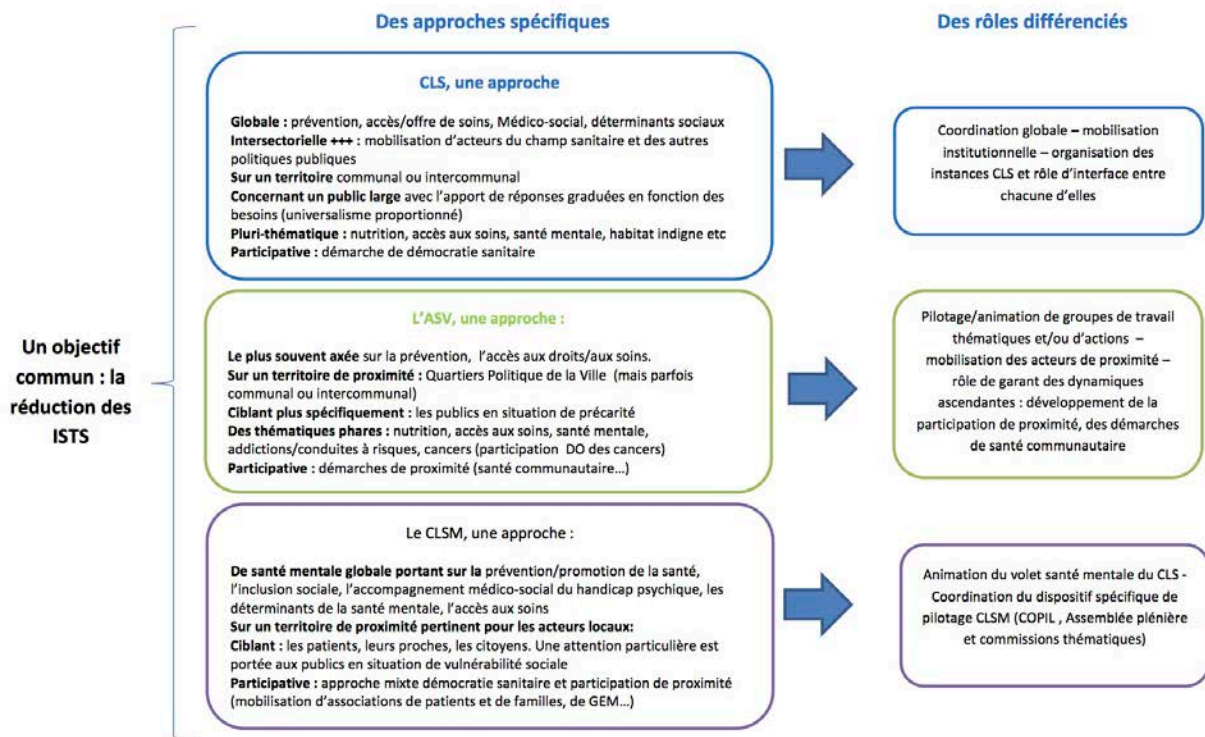
²⁸ La [loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé](#) prévoit que le projet régional de santé, défini par les Agences régionales de santé, sera mis en œuvre dans le cadre de contrats territoriaux de santé. Des décrets ultérieurs préciseront leur mise en place et leur articulation avec les contrats locaux de santé actuels.

²⁹ Circulaire n°SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville ([consultable en ligne](#))

³⁰ [Consulter le référentiel des CLS d'Île-de-France](#)

³¹ Pauline Guézennec, Jean-Luc Roelandt, « Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015 », in *L'information psychiatrique* 7/2015 (volume 91), pp.549-556

Rôle des coordinateurs en configuration CLS/ASV/CLSM.



Source : ARS Île-de-France, référentiel CLS, 2015

1.5/ La capitalisation des démarches Ateliers santé ville et la recherche d'expériences prometteuses

Capitaliser, c'est construire des connaissances à partir d'expériences vécues. Pierre de Zutter définit la capitalisation comme « *le passage de l'expérience à la connaissance partageable* »³². Il faut la distinguer de l'évaluation qui porte son regard sur le résultat, davantage que sur le processus. Il s'agit de « *tirer les leçons du passé* ». La capitalisation ne se résume pas à l'addition de fiches dans une base de données. C'est surtout une démarche de production de connaissances à partir de l'échange, de l'expérience, puis d'accumulation sélective et de diffusion³³.

La capitalisation engagée par la PnrASV a pour objectif de dévoiler les processus mis en œuvre et diffuser les connaissances qui en sont issues, sans prétendre élaborer des recommandations. Cet exercice soulève des questions particulières face à la diversité des fonctionnements et des projets des

³² Pierre de Zutter, *Des histoires, des savoirs, des hommes : l'expérience est un capital*, éd. La Fondation pour le Progrès de l'Homme, 1994

³³ Contribution du réseau national des centres de ressources pour les Assises de la ville, 2005

ASV : « comment produire un savoir général et transmissible à partir d'histoires qui naissent et se déroulent dans un contexte spécifique, non reproductible »³⁴ ?

La capitalisation et l'enjeu de partage des savoirs s'intègre dans un mouvement en cours valorisant les décisions en santé publique fondée sur des données probantes. Si ce mouvement trouve ses origines dans les évolutions de la médecine³⁵, c'est d'abord au Canada que la santé publique s'est emparée du concept de « données probantes » pour l'appliquer à l'aide à la décision en prévention et promotion de la santé. En effet, inspiré de la médecine fondée sur les données probantes (evidence-based medicine, EBM), le Centre de collaboration nationale des méthodes et outils du Canada a développé un modèle de décision en santé publique fondée sur les preuves : l'enjeu est d'éclairer et améliorer la pratique et les politiques de santé publique, grâce à un « processus de distillation et dissémination des meilleures données possibles provenant de la recherche, du contexte et de la pratique »³⁶. Le développement de la notion de « données probantes » en santé publique suggère que d'autres types de preuves que celles issues d'essais contrôlés randomisés sont acceptables et être utiles à la prise de décision. Ce courant de recherche émerge en France³⁷, et travaille aujourd'hui à rapprocher les chercheurs des acteurs de terrain et des décideurs, au travers notamment de projets de recherche interventionnelle.

En l'absence de définition précise comme de travaux de recherche en capacité d'établir le caractère probant des expériences ASV, hormis de rares exceptions, on emploiera ici le terme « expérience prometteuse »³⁸. Face à la difficulté d'utiliser des méthodes d'évaluation issues de la recherche clinique pour établir le caractère probant d'une intervention sociale ou d'une action en promotion de la santé, des réflexions en cours s'attachent à mieux définir les notions de données probantes ou d'expériences prometteuses appliquées à la promotion de la santé³⁹.

Au-delà de la définition du caractère prometteur d'une expérience, se pose la question de la transférabilité des actions. Alors que la duplication d'une action clés en main n'est ni efficace ni possible puisque les facteurs humains, sociaux, environnementaux qui ont permis l'action ne sont jamais reproductibles, comment repérer et distinguer dans un projet ce qui relève de son contexte ou de ses caractéristiques fondamentales qui, reproduites, permettront un même résultat ?

Aujourd'hui, des outils, très développés au Canada⁴⁰ et émergents en France⁴¹, proposent des méthodes pour décrire une intervention et la transférer dans un autre contexte. Ce travail de capitalisation et la mise en récit des expériences des ASV s'inspirent de ces méthodes.

³⁴ Pierre Calame, *Capitaliser : la capitalisation d'expériences pour améliorer les méthodes et mieux faire ensemble*, 2001 ([consultable en ligne](#))

³⁵ La médecine fondée sur les données probantes (ou « evidence-based medicine », EBM) est un paradigme développé depuis les années 1980, d'abord au Canada, pour désigner une nouvelle pratique des cliniciens. Elle se définit comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures et récentes connaissances scientifiques lors de la prise de décision concernant les soins d'un patient » (David Sackett et al., « Evidence based medicine : what it is and what it isn't », in *BMJ*, vol.312, n°7032, janvier 1996).

³⁶ Consulter les travaux du [Centre de collaboration nationale des méthodes et outils](#) sur le renforcement des capacités en santé publique fondée sur des données probantes

³⁷ Voir notamment les travaux de Linda Cambon et François Alla, ou les synthèses de littérature de l'Inpes

³⁸ Cécile Marie Dupin et al., « Pistes de réflexion pour l'évaluation et le financement des interventions complexes en santé publique », *Santé Publique*, Vol 27 N°5, sept-oct 2015, 653-657

³⁹ La PnrASV participe à ces travaux en cours, notamment dans un groupe de travail animé par la SFSP.

⁴⁰ Voir par exemple les rubriques dédiées des sites de [l'Institut national de santé publique du Québec \(INSPQ\) ou du Centre de collaboration national sur les politiques publiques et la santé \(CCNPPS\) du Canada](#)

⁴¹ Voir par exemple la [grille ASTAIRE](#) (Analyse de la transférabilité et accompagnement à l'adaptation des interventions en promotion de la santé)

L'identification de « *bonnes pratiques* » permettra d'apporter des éléments de réponse à cet enjeu de transfert des connaissances et des expériences prometteuses. Ces bonnes pratiques se dégagent des expériences particulières recueillies : « *il n'est de 'bonne pratique' que parce qu'elle a trouvé, à un moment donné, sa concrétisation dans un écosystème local et un jeu d'acteur singuliers* »⁴².

Ce travail de capitalisation repose sur l'hypothèse que les ASV détiennent des savoirs issus de leur expérience de plus d'une dizaine d'années, qui sont autant de connaissances et de bonnes pratiques utiles dans d'autres contextes. La capitalisation des démarches ASV vise à repérer les expériences prometteuses, dégager les savoirs acquis par les coordonnateurs, les valoriser et les diffuser.

⁴² CR-DSU, *Retour sur le séminaire régional « La mobilisation du droit commun : relever le défi pour les quartiers »*, 2015, [consultable en ligne](#)

CHAPITRE 2/ CADRAGE MÉTHODOLOGIQUE

2.1/ Les termes de référence du projet

L'enjeu de la capitalisation est de valoriser et partager les savoirs et expériences des ASV, et ainsi mieux comprendre leur méthode et ses effets. Le cadrage du projet a été concerté avec les deux instances de gouvernance du projet : un Comité de pilotage, réunissant l'Inpes et le CGET, et un Comité d'orientation, réunissant des chercheurs, des référents d'animations régionales de coordonnateurs ASV, des associations partenaires et des membres du Conseil d'administration. Alors que le Comité de pilotage a assuré un suivi régulier du projet et proposé des orientations stratégiques⁴³, le Comité d'orientation s'est réuni à deux reprises, au lancement et à la finalisation du projet⁴⁴.

Pour qui : la capitalisation s'adresse d'une part aux coordonnateurs ASV, d'autre part à l'ensemble des partenaires locaux et nationaux des politiques territorialisées de santé.

Pour quoi : les objectifs visés sont de rendre visibles les plus-values de la démarche ASV et les illustrer, identifier des bonnes pratiques, et enfin valoriser les programmations locales en santé déclinées par les ASV.

Quoi : l'angle de recueil et d'analyse n'est pas thématique, mais il a été choisi d'observer ce que font les ASV à travers les conditions de leur réalisation. Ce choix s'explique pour deux raisons : d'une part, du fait de l'hétérogénéité des formes et des actions des ASV, ce qui les caractérise et les relie est leur ingénierie de projet (poste de coordonnateur et méthodologie de travail) ; d'autre part, cela permet d'observer les expériences de terrain sans *a priori* et sans chercher des actions thématiques classiques.

Où : les démarches ASV se déploient sur l'ensemble du territoire national (métropole et départements d'outre-mer). Le recueil d'expériences s'est réalisé sur ce périmètre.

Quand : les premiers résultats de la capitalisation étaient attendus au 2nd semestre 2015, d'une part, pour entrer en résonance avec l'entrée en vigueur des nouveaux contrats de ville ; d'autre part, pour répondre à la convention de financement signée avec l'Inpes pour deux ans, à compter de décembre 2013.

Comment : suite à la définition du cadre de référence du projet, une revue de la littérature a été réalisée : ces lectures ont portées sur les démarches ASV, les leviers de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et sur des méthodes de capitalisation diverses⁴⁵. Ce travail a permis d'inspirer la méthodologie de recueil d'expériences et les formats de restitution de l'analyse.

⁴³ Cinq Comités de pilotage se sont réunis entre juillet 2014 et février 2016.

⁴⁴ Le Comité d'orientation s'est réuni en octobre 2014 afin de définir le cadre de référence du projet, puis en octobre 2015 afin de prendre connaissance du recueil d'expériences, de suivre l'analyse en cours et d'envisager ses perspectives de valorisation. Il est composé de Frédérique Bourgeois (CR-DSU), Linda Cambon (EHESP), Pierre Chauvin (Inserm), Laurent El Ghazi (ESPT), Didier Febvrel (HCSP), Anne Guilberteaud (Collectif Santé Ville IdF), Michel Joubert (CNRS), Pierre Lombrail (SFSP), Bénédicte Madelin (PnrASV), Elsa Micouraud (Profession Banlieue), Catherine Richard (PnrASV), Olivier Rovere (ARS Nord-Pas-de-Calais), Isabelle Vazeilles (Inpes), Sarah Vernier (CRES PACA), Arnaud Wiehn (IREPS Aquitaine).

⁴⁵ Des [ressources bibliographiques](#) en fin de document présentent une sélection de littérature sur les thèmes traités.

Afin de préparer l'analyse, la démarche ASV a été définie en fonction de ses caractéristiques structurantes, en prenant essentiellement appui sur le référentiel national ASV publié en 2012 : une méthodologie de projet propre à définir les besoins locaux et à y répondre dans une approche globale de la santé ; la mise en réseau des acteurs locaux reflétant l'intersectorialité et la transversalité inhérentes à la santé et l'articulation avec les autres politiques territorialisées de santé ; la participation des habitants, témoignant d'une approche populationnelle et de la proximité intrinsèque à la démarche. Ces éléments forment la grille d'analyse des expériences ASV recueillies.

Une analyse critique des volets Santé des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) menée en 2009 par Fernando Bertolotto a montré que *« les cadres de diagnostic et de concertation mis en place par la politique de la ville ont modifié la géopolitique des stratégies de santé en repositionnant la scène locale dans une position clé sur le plan de l'élaboration des nouvelles politiques publiques. S'il en ressort une légitimité en voie de construction pour la démarche incarnée actuellement par les Ateliers santé ville, celle-ci repose essentiellement sur sa capacité à questionner et renouveler les paradigmes de l'action publique au travers d'une démarche de promotion de la santé au cœur de la communauté des habitants des quartiers subissant d'importantes inégalités »*⁴⁶.

Se concentrant sur l'identification des plus-values des démarches ASV sur les territoires, les hypothèses suivantes ont été formulées en février 2015 :

- L'ASV assure une proximité avec les habitants, permettant une analyse fine des besoins et la participation ;
- L'ASV permet de créer des partenariats entre des acteurs multiples qui n'interagiraient pas ensemble sans son intermédiaire. L'animation du réseau d'acteurs locaux induit des effets, au-delà de l'action spécifique pour laquelle les acteurs se réunissent ;
- L'ASV est un outil efficace d'aide à la décision pour les élus, notamment par l'observation locale (qui offre des arguments justifiant l'action locale en matière de santé publique) et produit un effet d'accélérateur ou déclencheur ;
- Le rôle de coordonnateur de l'ASV est primordial et assure la réussite de la démarche.

Des impacts plus précis ont été posés en hypothèse à l'issue de la revue de la littérature et de la consultation de fiches-expériences existantes (en particulier celles réalisées par les Centres de ressources de la politique de la ville). Force est de constater que le domaine de la promotion de la santé a considérablement enrichi les réflexions et s'est doté d'outils particulièrement pertinents pour analyser les dynamiques locales. Ainsi, l'outil de catégorisation des résultats⁴⁷ de projets de promotion de la santé et de prévention, créé par Promotion Santé Suisse et adaptée pour la France par l'Inpes⁴⁸, a été une source d'inspirations pour établir ces hypothèses et les structurer. Cet outil d'analyse, validé scientifiquement, participe d'une démarche qualité et peut servir à faire l'analyse d'une situation, à planifier une intervention ou à évaluer un projet : *« ce modèle est basé sur l'hypothèse que la santé, en tant que but de la prévention et de la promotion, ne peut être atteinte qu'en passant par des stades intermédiaires. Dans cet ordre d'idée, la promotion de la santé est comprise comme un processus d'apprentissage aux niveaux de l'individu, de groupes et d'organisations »*⁴⁹.

Enfin, la question de l'inscription de la démarche ASV dans les axes stratégiques d'une politique de promotion de la santé, au sens de la Charte d'Ottawa, a été posée. La Charte d'Ottawa, adoptée en 1986 à l'occasion de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, a établi cinq axes stratégiques pour promouvoir la santé : développer des politiques publiques favorables à la santé,

⁴⁶ Fernando Bertolotto, Michel Joubert, Marie-Ange Vincent, Chantal Mannoni, *Analyse critique du volet santé des contrats urbains de cohésion sociale – Synthèse du rapport final*, mai 2009

⁴⁷ Voir l'aperçu général de l'outil de catégorisation des résultats en annexe 5

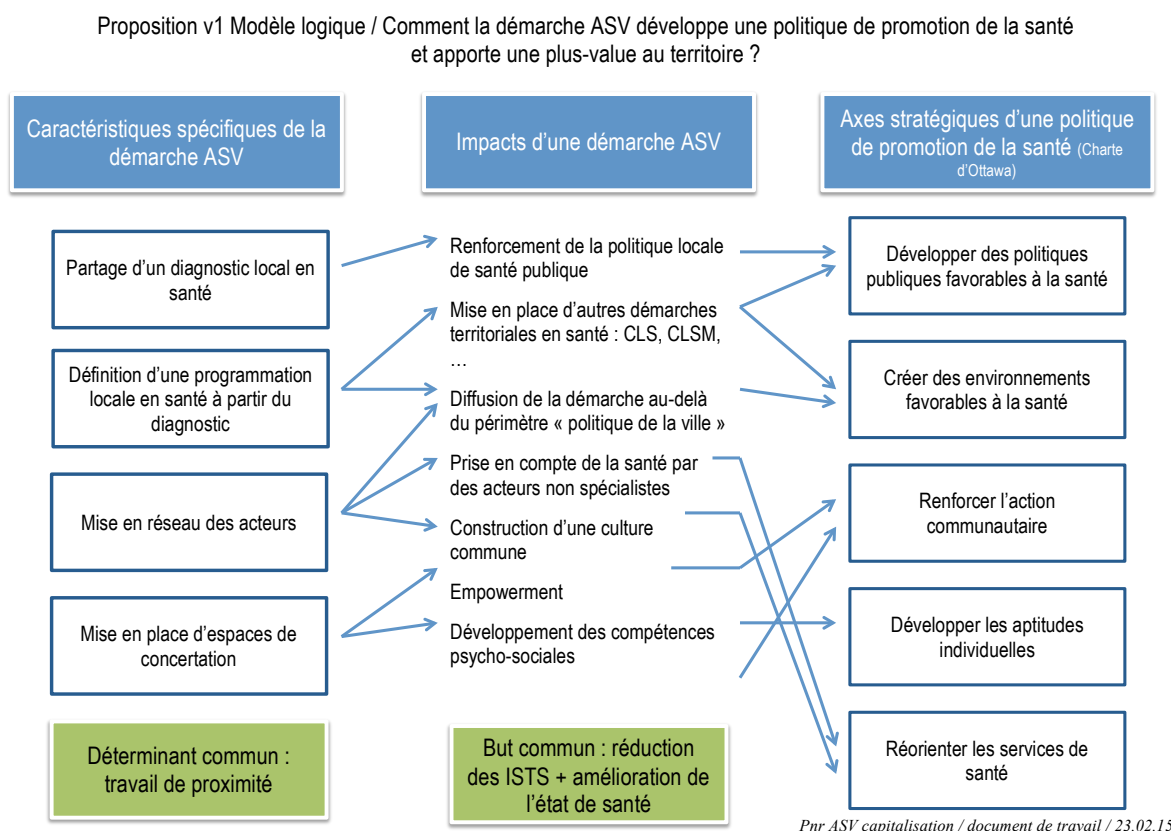
⁴⁸ Consulter la version publiée par l'Inpes en 2010 de [l'outil de catégorisation des résultats](#)

⁴⁹ Promotion Santé Suisse, *Guide pour la catégorisation des résultats. Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention*, 2^e version revue et corrigée – adaptée pour la France par l'Inpes, janvier 2010, p.3

créer des environnements favorables à la santé, renforcer l'action communautaire, développer les aptitudes individuelles et réorienter les services de santé⁵⁰.

L'ensemble de cette analyse préalable a été formalisé dans un schéma, inspiré dans sa forme des modèles logiques issus de l'évaluation des impacts sur la santé (EIS) de projets de transport de Plaine Commune réalisée par l'Observatoire régional de santé (ORS) et l'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France⁵¹. Sa première version est présentée ci-dessous.

Notre modèle logique a été soumis à l'avis du Conseil d'administration, du Comité de pilotage et de membres du Comité d'orientation. Il a évolué au fil de l'avancement du projet, notamment en fonction des retours des coordonnateurs interrogés dans le cadre de l'enquête de terrain (précisions, restructurations, ajustements).



Modèle logique version 1 - février 2015 (réalisation : PnrASV)

2.2/ La méthodologie du recueil d'expériences

La méthodologie de recueil des expériences ASV s'est construite en parallèle de l'élaboration du modèle logique présenté ci-dessus, qui comprend une définition des axes structurants de la démarche ASV et des hypothèses sur leurs plus-values locales et leur inscription dans le cadre de la Charte

⁵⁰ Consulter la [Charte d'Ottawa](#)

⁵¹ Consulter l'[EIS de projets transport de Plaine Commune](#). Les modèles logiques sont en annexe 6, p.311.

d'Ottawa. Ces hypothèses n'ont pas orienté le recueil et le choix des expériences, mais ont été une grille de lecture et d'analyse des expériences recueillies *a posteriori*.

Eu égard à l'approche globale proposée par les ASV et leur adaptation aux besoins locaux des populations, l'entrée par thématique de santé n'a pas été privilégiée. De plus, la capitalisation ne s'inscrivant pas dans une perspective d'exhaustivité des actions portées ou soutenues par les ASV, le choix d'une approche qualitative a été privilégiée.

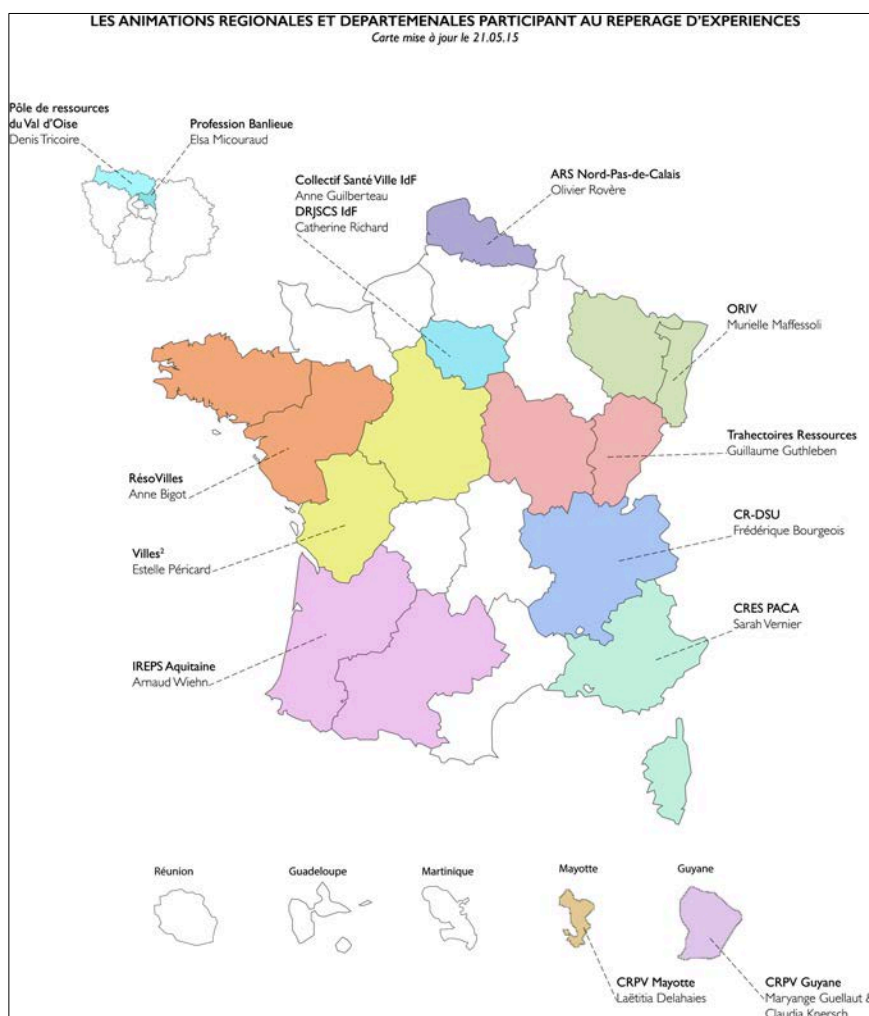
▪ La construction des outils de recueil

Afin de recueillir les expériences des ASV et recueillir la parole des coordonnateurs, un questionnaire en ligne et un guide d'entretien ont été construits, destinés à récolter des informations générales sur l'ASV et le contexte territorial dans lequel il s'insère, puis la description d'un projet représentatif du travail mené (objectifs, partenaires, méthodes de mobilisation, évaluation, effets, facteurs de réussite et freins)⁵².

Le questionnaire, composé d'une trentaine de questions, dont 13 ouvertes, a été réalisé avec l'éditeur Google Forms et envoyé par mail aux coordonnateurs ASV le 10 mars 2015. Cet appel à expériences a également été annoncé dans la newsletter mensuelle de la PnrASV d'avril 2015. Le questionnaire a été clôturé le 30 avril 2015.

Un guide d'entretien semi-directif⁵³ a été construit afin de mener des entretiens individuels avec des coordonnateurs ASV. Sa structure est similaire à celle du questionnaire en ligne. Différent de l'entretien dirigé ou de l'entretien libre, le choix de cette technique permet d'engager une conversation cadrée⁵⁴.

Afin d'engager une réflexion sur la démarche ASV, il a été demandé aux coordonnateurs, dans le questionnaire et lors des entretiens, de présenter un de leurs projets particulièrement représentatif de leur travail. Le choix des projets présentés par les coordonnateurs a été laissé à leur entière discrétion. Cette perception par les coordonnateurs nous semble la plus pertinente pour identifier les plus-values des démarches



⁵² Voir le questionnaire en annexe 3

⁵³ Voir la grille d'entretien en annexe 4

⁵⁴ Voir, par exemple, Geneviève Imbert, « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et l'anthropologie », in *Recherche en soins infirmiers* 3/2010, n°102, pp.22-34

ASV : les coordonnateurs sont en effet en capacité de repérer et de définir si leurs expériences sont prometteuses. Le parti pris est qu'ainsi ce seraient les expériences les plus démonstratives et illustrant le mieux la démarche qui remonteraient.

▪ Une phase exploratoire : l'appui des animations régionales

Préalablement au lancement de l'appel à expériences, les structures régionales ou départementales qui animent une coordination des ASV de leur territoire, ou à défaut ont mené des travaux avec les coordonnateurs, ont été sollicités. Ces entretiens exploratoires ont permis de prendre connaissance des éventuelles particularités régionales et de repérer des ASV ou des expériences « représentatifs et prometteurs », mais aussi de préciser les coordonnateurs disponibles et en capacité de répondre. Il faut noter que les animations régionales sont hétérogènes et plus ou moins structurées.

Quinze acteurs dits « ressources » ont été interrogés dans cette phase exploratoire⁵⁵.

▪ L'appel à expériences, par questionnaire et entretiens semi-directifs

Le questionnaire en ligne a recueilli 30 contributions.

Des entretiens ont été réalisés avec 28 coordonnateurs ASV (dont 7 avaient répondu au questionnaire préalablement). Le choix des coordonnateurs interrogés a été orienté par les contributions au questionnaire et le repérage réalisé par les animations régionales. 16 entretiens ont été réalisés en présentiel (principalement en Île-de-France) et 12 par téléphone. Les entretiens en face-à-face ont été enregistrés avec l'accord de l'interviewé ; ce qui n'a pas pu être le cas pour les entretiens par téléphone. Le mode téléphonique a permis d'interroger des coordonnateurs de l'ensemble du territoire national, départements d'outre-mer compris ; mais le fait de se déplacer a pu aider à mieux appréhender le territoire et l'organisation de l'ASV au sein de sa structure porteuse.

Enfin, la PnrASV a participé à trois journées d'échanges régionales (à Lyon, Bordeaux et Marseille) : à ces occasions, plus de 30 autres coordonnateurs ont été informés sur le projet de capitalisation et interrogés collectivement sur leurs expériences.

Au total, 51 ASV ont participé au recueil d'expériences⁵⁶.

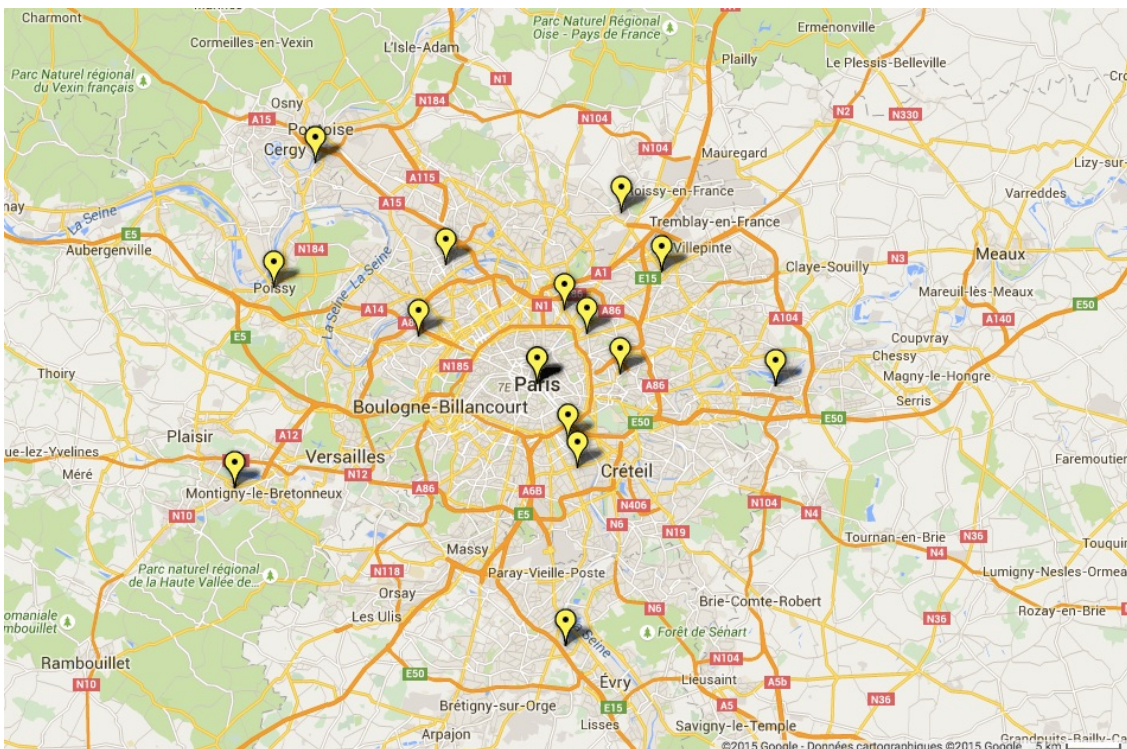
⁵⁵ Frédérique Bourgeois (CR-DSU), Sarah Vernier (CRES PACA), Elsa Micouraud (Profession Banlieue), Arnaud Wiehn (IREPS Aquitaine), Anne Bigot (RésoVilles), Denis Tricoire (Centre de ressources du Val d'Oise), Murielle Maffessoli (ORIV), Claudia Knersch et Maryange Guellaut (Centre de ressources de Guyane), Estelle Péricard (Villes au carré), Anne Guilberteaud (Collectif Santé Ville Ile-de-France), Guillaume Guthleben (Trajectoires Ressources), Laëtitia Delahaies (Centre de ressources de Mayotte), Olivier Rovère (ARS Nord-Pas-de-Calais) et Catherine Richard (DRJSCS IdF)

⁵⁶ Toutes les expériences recueillies ne figurent pas dans ce rapport.

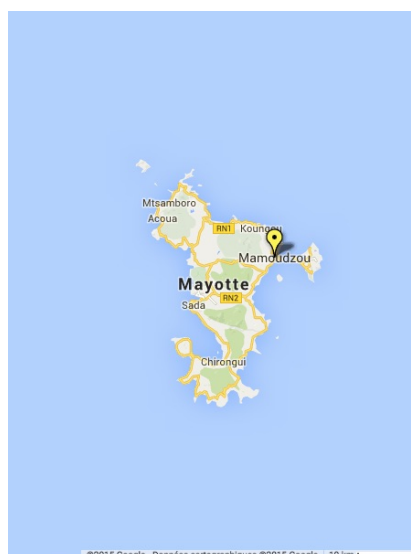
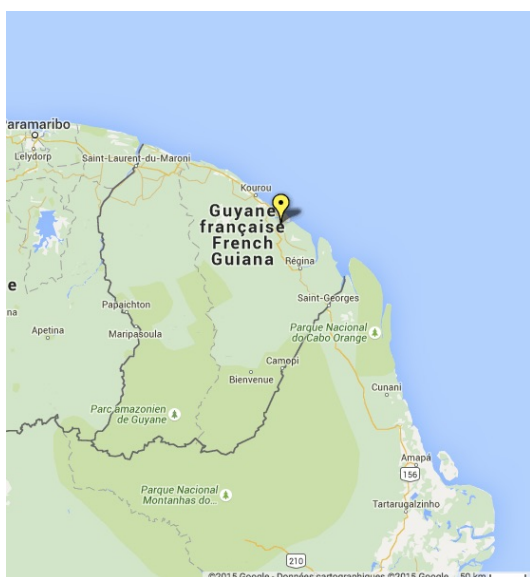
Localisation des expériences ASV recueillies : France métropolitaine



Localisation des expériences ASV recueillies : Île-de-France



Localisation des expériences ASV recueillies : Départements d'Outre Mer



Il faut souligner ici que les coordonnateurs participants ont le plus souvent plusieurs années d'ancienneté à leur poste. L'absence de coordonnateurs plus récents peut s'expliquer par le fait que le turn-over affaiblit la mémoire des projets et rend difficile la transmission des savoirs d'un coordonnateur à l'autre.

Comme précisé plus haut, ce sont les coordonnateurs ASV qui ont choisi le projet qu'ils souhaitaient valoriser. Leurs critères de choix n'ont pas été explicités au cours de l'entretien. Des hypothèses peuvent être formulées, suite à un travail de décodage des critères de choix d'une expérience parmi d'autres amorcé lors d'une rencontre régionale consacrée à la capitalisation en Provence-Alpes Côte d'Azur en juin 2015 : les coordonnateurs ont mis en avant et souhaité valoriser des projets structurés, pérennes, ayant mobilisé une pluralité d'acteurs et dont des effets sont observables et aisément communicables.

2.3/ Les formats de restitution de l'analyse

A partir des matériaux fournis par le terrain, une analyse des effets des projets au prisme des caractéristiques structurantes de la démarche ASV a conduit à identifier les plus-values de la démarche et des bonnes pratiques associées. La restitution de cette analyse prend trois formes : un modèle logique, un rapport illustré, des récits d'expériences.

- **Un modèle logique : schéma de synthèse des critères et plus-values de la démarche ASV**

La démarche ASV et ses plus-values ont été formalisées dans un schéma dit « modèle logique », dont la première version est présentée ci-dessus (2.1). Il a évolué au fur et à mesure du recueil et de l'analyse : il est venu formaliser et schématiser les résultats de l'analyse.

Le modèle logique permet de définir les critères d'une démarche ASV et de visualiser la diversité des formes de ses interventions et leurs différentes échelles de plus-values. Les expériences recueillies auprès des ASV illustrent les liens présentés dans ce modèle logique. Elles donnent à voir la diversité des projets, leur démarche commune et leur rapport étroit à leur contexte local.

Des parallèles peuvent être fait avec la grille d'analyse construite par Anne Guichard et Valéry Ridde pour l'Inpes qui a « *pour objectif de permettre aux acteurs de terrain, selon une démarche d'analyse réflexive, de porter un regard nouveau sur leurs interventions afin de comprendre dans quelles mesures elles disposent du potentiel pour réduire les inégalités sociales de santé* »⁵⁷. En effet, des éléments d'évaluation de cette grille sont cohérents avec la démarche ASV et les plus-values relevées dans les expériences recueillies.

▪ Un rapport d'analyse illustré

En s'appuyant sur le modèle logique, le rapport d'analyse ici présenté s'est attaché à expliciter le schéma et l'illustrer grâce aux différentes expériences recueillies auprès des ASV. Ces illustrations sont des formes de « preuve par l'exemple ». Pour chaque échelle de plus-value, des bonnes pratiques ont été identifiées avec l'aide du coordonnateur porteur de l'expérience recueillie.

▪ Des récits d'expériences : fiches-projet détaillées

Au-delà des exemples d'expériences développés succinctement à des fins d'illustrations de la démarche, des fiches ont été conçues sous la forme de « récit » afin de détailler et approfondir les processus à l'œuvre et l'histoire d'un projet. 10 expériences recueillies font l'objet d'une fiche de ce type, à la date de publication du rapport, et constitue sa Partie 2.

Les fiches contiennent les rubriques suivantes :

- Objet du projet ;
- Présentation de l'ASV (structure porteuse, ressources humaines, contexte territorial) ;
- Éléments-cadre du projet présenté (échelle d'intervention, partenaires, publics cibles, co-financements) ;
- Histoire du projet ;
- Résultats ;
- Perspectives du projet ;
- Bonnes pratiques identifiées ;
- Ressources bibliographiques et méthodologiques
- Contact ressource.

L'histoire du projet est le cœur de la fiche : en effet, le projet est raconté « comme une histoire », sous forme de récit. Cette forme est apparue comme la plus adéquate pour préserver la richesse du projet et donner à voir ses différentes étapes qui ne sont pas nécessairement linéaires et les interactions entre une pluralité d'acteurs.

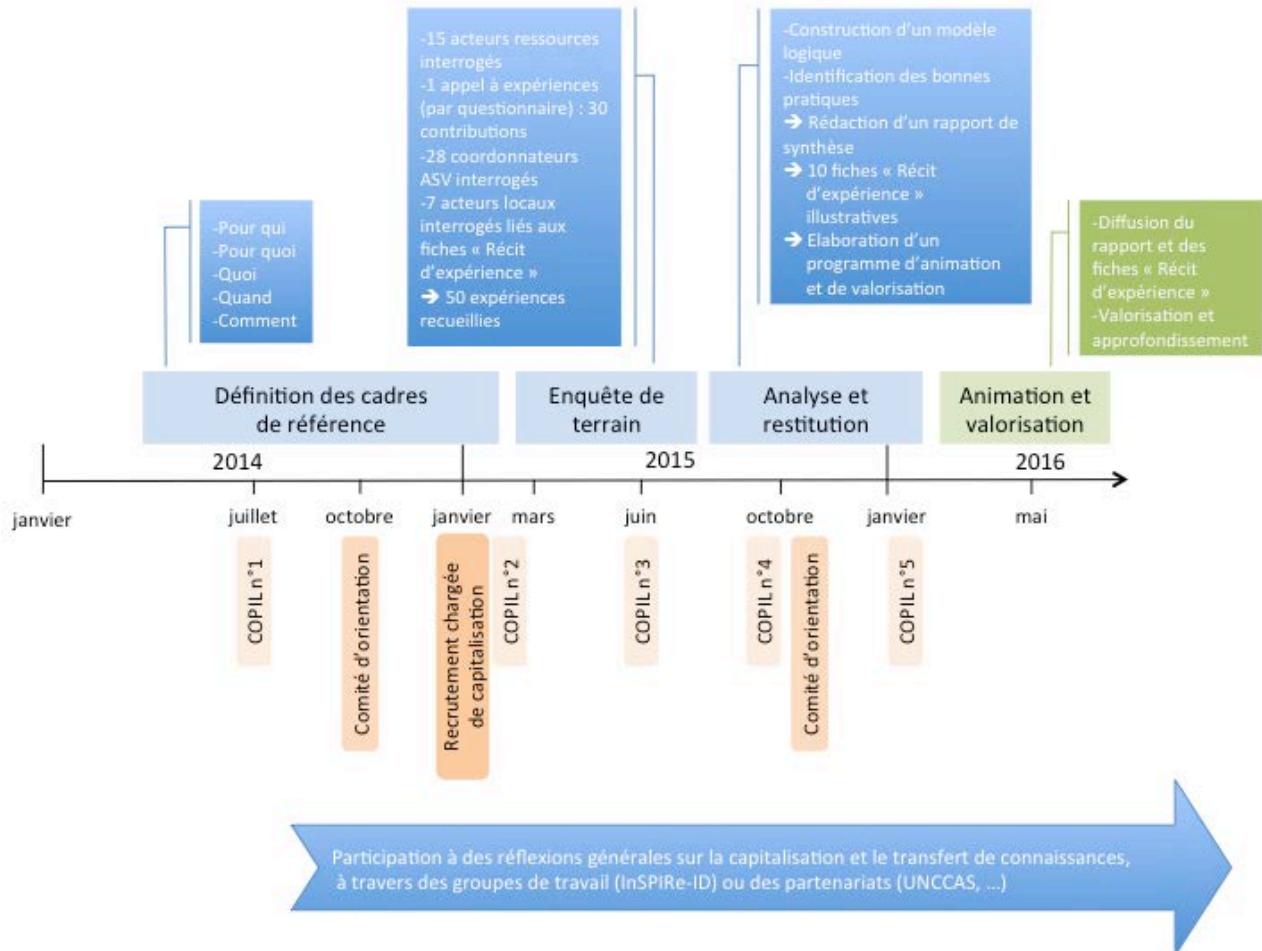
Les expériences faisant l'objet d'une fiche « Récit d'expérience » ont été choisies en fonction de la richesse de la matière récoltée lors des entretiens, puis sélectionnées en Comité de pilotage afin de diversifier les thématiques abordées.

⁵⁷ Anne Guichard, Valéry Ridde, « Une grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé », in Louise Potvin, Marie-José Moquet, Catherine M. Jones (sous la dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, éd. Inpes, pp.297-312

La réalisation des fiches a imposé au moins un entretien complémentaire avec le coordonnateur concerné pour récolter des informations manquantes ou préciser des éléments. Chaque fiche a été relue, amendée et validée par le coordonnateur ASV, parfois par son service ou le cabinet du maire.

Afin d'apporter un regard croisé, il a été tenté d'interroger un acteur extérieur à l'ASV partenaire du projet présenté. Cela a été réalisé pour trois récits (sept acteurs locaux interrogés).

Calendrier 2014-2015 du projet de capitalisation



CHAPITRE 3/ ANALYSE ET ILLUSTRATIONS DES SAVOIRS ET DES EXPÉRIENCES DES ATELIERS SANTÉ VILLE

Les coordonnateurs des Ateliers santé ville ont acquis une expérience sur le montage d'interventions en promotion de la santé dans les quartiers prioritaires et la construction de partenariats. Les expériences qu'ils ont remontées pour ce rapport démontrent que les démarches de coordination de proximité ont eu des impacts à plusieurs échelles : pour les habitants, pour les professionnels et sur les politiques publiques.



3.1/ Les plus-values pour les habitants

La démarche ASV vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et à promouvoir la santé et le bien-être des populations et des territoires qui en ont le plus besoin. C'est pourquoi elle cherche à être au plus proche des habitants : pour ce faire, elle s'approprie les principes de la santé communautaire et sensibilise et coordonne les acteurs de terrain qui sont les premiers interlocuteurs des habitants.

▪ La participation des habitants et la co-construction des programmes

La démarche ASV repose sur une approche communautaire de la santé et la volonté de « rendre les habitants acteurs de leur santé » :

« La santé relève d'un ensemble de facteurs et pas uniquement des individus. La santé communautaire, qui constitue une stratégie au sein des démarches de promotion de la santé, s'appuie notamment sur le fait que des changements individuels peuvent être produits par le biais de l'implication dans une action collective. Ainsi, le groupe entier transforme ses normes, et une dynamique de changement peut se mettre en place. »⁵⁸

Les ASV recherchent « la participation active de la population à toutes les phases des programmes »⁵⁹.

○ L'intégration aux groupes de travail de l'ASV

Tous les projets qui s'affichent comme « concertation » ne recouvrent pas les mêmes dimensions. Ainsi, Sherry Arnstein a établi, dès 1968, une échelle selon le degré de participation des citoyens aux décisions⁶⁰. Il faut distinguer ces niveaux de participation selon les modalités effectives de la démarche et son influence sur la décision. L'échelle de Sherry Arnstein distingue huit degrés de participation : la manipulation, la thérapie, l'information, la consultation, la réassurance, le partenariat, la délégation de pouvoir, et enfin le contrôle citoyen ; regroupés sous trois catégories : la non-participation, la coopération symbolique et le pouvoir effectif des citoyens. Ainsi, au travers des expériences remontées, entre information, consultation et co-construction, la participation des habitants recouvre des réalités diverses.

À Soyaux, des habitants intégrés dans tous les groupes de travail, au même titre que les professionnels et les élus

La ville de Soyaux, proche d'Angoulême, a mandaté, en 2012, l'Association sojaldicienne de promotion de la santé (ASProS) présente sur le territoire depuis 25 ans, pour coordonner l'Atelier santé ville et le Contrat local de santé. La mission de l'ASProS est de « rendre les gens acteurs de leur bien-être. Les habitants ne sont pas 'mis au cœur des préoccupations' mais assis à côté » explique son directeur : la participation des habitants n'est pas un affichage, puisqu'ils sont présents dans les groupes de travail et y sont aussi nombreux que les professionnels. Dans ce cadre, plusieurs groupes de travail réunissent

⁵⁸ Acsé, *La participation des habitants en santé* ([consultable en ligne](#))

⁵⁹ Annexe technique 1 « Cahier des charges ASV » de la circulaire n°DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire

⁶⁰ Sherry Arnstein, *Une échelle de participation citoyenne*, ANRU Comité d'évaluation et de suivi, mars 2006. Voir en ligne : <http://bit.do/F2T>

des habitants, des élus et des professionnels. Par exemple, le groupe Environnement/Cadre de vie (10 à 15 membres) traite de thématiques variées (éco-citoyenneté, qualité de l'air intérieur, bruit...) et co-construit des projets comme la construction d'un hôtel à insectes ; le groupe Sport/Loisirs et culture (6 membres) s'est mobilisé en 2015 sur la promotion de la marche, à travers la réalisation d'une cartographie et le montage d'un projet de pédibus.

○ La co-construction d'un projet

Plus que la participation des habitants aux processus décisionnels, l'appropriation de la notion de santé communautaire par les ASV réside dans le fait que l'individu est considéré en tant que sujet, et non comme objet de l'action. Ainsi, le projet est défini en commun avec des habitants qui participent au diagnostic et peuvent co-construire des interventions qui sont alors ajustées en fonction de leurs retours et besoins. Leur implication régulière et leur participation effective dans des actions de promotion de la santé peuvent les aider à devenir collectivement autonomes et à prendre eux-mêmes en charge l'action de promotion de la santé.

À Nanterre, un renforcement du pouvoir d'agir de femmes accompagnées dans le cadre d'un projet sur la nutrition

En partenariat avec le Centre social d'un quartier prioritaire, l'Atelier santé ville de Nanterre a construit un programme autour du bien-être des femmes. Répondant aux demandes et besoins des femmes, le programme s'est concentré sur une problématique de perte de poids. À travers des ateliers cuisine, des apports de connaissance sur la diététique, des séances d'activité physique, un groupe d'une dizaine de femmes a été suivi et accompagné, par une diététicienne de l'ASV, tous les mois pendant plus de 6 ans. La régularité des rencontres, la bienveillance et le lien de confiance créé ont favorisé une prise d'autonomie des femmes : elles se sont appropriées l'action. Ainsi, de ce groupe auto-support de régime soudé est née une association proposant des activités sportives à l'ensemble des femmes (habitantes et professionnelles) du quartier.

Pour en savoir plus, voir le récit d'expérience « Renforcement du pouvoir d'agir par un accompagnement soutenu autour de la nutrition »

○ La participation des habitants dans un projet

La participation intervient idéalement à toutes les étapes du projet, du diagnostic à son évaluation. Si cela reste difficile à engager pour un certain nombre de territoires, faute de volonté politique et d'outils, la participation des habitants dans le déroulé du projet s'observe dans une dizaine d'expériences récoltées. Dans ce cas, l'habitant est sujet du projet et sa parole valorisée.

À Aubervilliers, un programme de promotion de la santé des jeunes enfants s'appuyant fortement sur les parents

Afin de promouvoir les conditions psychosociales favorisant le développement psychologique, affectif, cognitif et social des jeunes enfants (0-3 ans), l'ASV a monté un projet global fondé sur une démarche communautaire et mobilisant ses partenaires (service social municipal, Protection maternelle et infantile, école maternelle, centre de loisirs, centre municipal de santé...). Développant une logique d'universalisme proportionné⁶¹, le programme repose en particulier sur des visites à domicile qui

⁶¹Le concept d'universalisme proportionné a été défini par Michael Marmot dans un rapport publié en 2010 : « Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons l'universalisme proportionné » (*Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*)

permettent d'accompagner les parents et repérer leurs difficultés, et sur des ateliers sociolinguistiques qui ont réduit l'isolement social des mères. Son évaluation a démontré l'efficacité du programme, notamment sa capacité à adapter les interventions aux problématiques familiales et proposer une approche globale, et l'amélioration du bien-être des familles visitées.

Pour en savoir plus, voir le récit d'expérience « Un programme évalué de promotion du bien-être psychique du jeune enfant (0-3 ans) »

▪ Les professionnels de proximité comme porte d'entrée

Le coordonnateur ASV, par sa position à l'interface entre territoire et politiques publiques, entre habitants, professionnels, institutions et élus, n'est pas le premier contact des populations. En revanche, il relève de sa compétence d'identifier les acteurs qui sur le terrain peuvent apporter des réponses aux habitants (par exemple, sur l'accès aux droits) et les sensibiliser à la promotion de la santé. Par ce biais, la démarche ASV agit directement sur les habitants.

○ La coordination des professionnels du soin

Les ASV jouent un rôle important dans la coordination des professionnels et leur sensibilisation à l'impact des déterminants de santé. Ces partenariats et le renforcement des compétences des professionnels de première ligne se répercutent sur le service proposé par la suite à la population. Une meilleure coordination participe à une amélioration du service proposé aux populations.

À Matoury, une amélioration du suivi périnatal grâce à la coordination de professionnels de santé

L'Atelier santé ville de Matoury a mis en place une prise en charge globale et précoce des femmes enceintes et des jeunes mères de Balata, quartier prioritaire de Matoury, par l'organisation de consultations individuelles délocalisées avec des professionnels de santé (sage femme, diététicien et ostéopathe) et l'organisation d'ateliers collectifs.

La PMI et l'hôpital se situant à Cayenne, les femmes de Balata souffrent d'un éloignement avec les principales structures de soins. Suite au constat du comité technique thématique « accès aux soins » d'abandons du suivi de grossesse de ces femmes, l'ASV, accompagné des professionnels de la PMI, a relevé la nécessité de promouvoir l'entretien prénatal précoce et, plus généralement, le bien-être de la femme enceinte en rupture de droits et des nouveaux nés. Le projet vise donc à « *déplacer les professionnels au plus près des femmes* » : l'ASV a développé un réseau d'acteurs spécifiques sur la périnatalité, en associant des professionnels (sage-femme, diététicien, ostéopathe, etc.), en fonction des problèmes et besoins identifiés.

L'ensemble du projet s'est déployé en trois ans et a occupé des locaux municipaux (mis à disposition et partagés avec la permanence d'accès aux soins de santé, PASS, de l'hôpital) situés dans le quartier : mise en place d'une consultation bimensuelle, puis hebdomadaire avec une sage-femme, mise en place de consultations mensuelles avec un diététicien, de séances mensuelles d'ostéopathie et d'ateliers collectifs.

Les femmes de Balata ont participé à la mise en place du projet : par des entretiens pour identifier les obstacles au suivi, une expérimentation des nouveaux services, en particulier l'ostéopathie méconnue par la communauté, enfin par des questionnaires de satisfaction interrogeant notamment sur l'évolution des douleurs.

Grâce à la disponibilité de l'équipe de l'antenne PMI et la satisfaction des femmes, les acteurs ont constaté un meilleur suivi des femmes, plus précoce et régulier. Le succès du projet a entraîné une augmentation de l'effectif de l'antenne PMI et nécessité l'arrivée d'un médecin supplémentaire.

○ Le principe d'« aller vers » les publics les plus vulnérables

Pour être au plus proche des habitants des quartiers prioritaires, les projets portés, soutenus ou impulsés par les ASV adoptent une stratégie d'« aller vers » : ainsi, les actions qui s'adressent directement à un public sont réalisées en dehors de lieux institutionnels et mobilisent des ressources qui ne sont pas fléchées santé/soins.

À Saint-Nazaire, des forums santé bien-être itinérants pour favoriser l'accès aux droits et aux soins

Face au non-recours aux droits et aux soins des publics précarisés, constaté par le Comité technique de l'Atelier santé ville de Saint-Nazaire, celui-ci a programmé sur 2 ans dans le CUCS des « Forums santé bien-être itinérants », en partenariat avec la CPAM (Caisse primaire d'Assurance maladie), la CARSAT (Caisse d'Assurance retraite et de la santé au travail), le Centre d'examen de santé de Loire-Atlantique (installé à Saint-Nazaire) et les Maisons de quartier. Les actions ont été organisées sur des sites non institutionnels dans l'objectif de capter ce public « invisible » pour les structures de droit commun. Le premier Forum a pris place sur le site de distribution alimentaire du Secours populaire et proposait un espace d'information et de prises de contact avec les institutions (CPAM, CARSAT, CCAS, Centre d'examen de santé). Il faut noter que plus de 70 % des 209 personnes ayant demandé des informations aux professionnels présents vivent dans les quartiers politique de la ville. Les deux autres Forums ont eu lieu dans les quartiers prioritaires et s'appuyaient sur des ateliers divers, certains animés par un club jeunes.

À l'occasion du bilan des actions, les partenaires ont jugé que le projet reposait sur une démarche d'« aller vers », dans des lieux fréquentés par les publics visés, ce qui avait été efficace pour diffuser une information sur l'accès aux droits et aux soins.

Pour en savoir plus, voir le récit d'expérience « Des Forums santé bien-être itinérants pour favoriser l'accès aux droits et aux soins »

À Garges-lès-Gonesse, des ateliers d'éducation nutritionnelle organisés dans le cadre des ateliers sociolinguistiques

La population de la ville de Garges-lès-Gonesse rencontre de fortes difficultés économiques et sociales confirmée par l'indicateur de développement humain 2 (IDH2) qui est le plus faible du département du Val-d'Oise. Un diagnostic a notamment relevé des problèmes de surpoids. L'Atelier santé ville, créé en 2012, concomitamment à la signature d'un Contrat local de santé, développe des ateliers d'éducation nutritionnelle, en partenariat avec la Maison des langues. Prenant place dans le cadre des ateliers sociolinguistiques (ASL), ces ateliers s'adressent à un public maîtrisant peu, voire très peu, la langue française, donc ayant des difficultés d'accès à l'information. Animées par une diététicienne, 4 séances sont proposées aux groupes des ASL autour de l'équilibre alimentaire et de l'activité physique (avec un éducateur sportif de la ville) ; lors de la dernière séance, les participants préparent un repas, à partir de recettes qu'ils ont eux-mêmes proposées et pourront être reproduites, le repas est ensuite partagé avec les élus et chefs de service. Les séances se déroulent dans un Centre social, ce qui permet de présenter ces activités aux participants. Depuis 2 ans, 160 personnes ont ainsi pu bénéficier de ces séances d'éducation à la nutrition. Le projet prévoit de s'étendre auprès des publics seniors et enfants.

La stratégie d'« aller vers » s'incarne non seulement dans le fait de réaliser les actions dans des lieux fréquentés par les publics ciblés, mais aussi dans le renforcement des compétences des acteurs de terrain qui sont au contact au quotidien avec les habitants.

À Saint-Étienne métropole, des formations d'acteurs de terrain et la création d'une campagne de communication pour améliorer l'information sur les droits de santé

Face au taux national de non-recours aux dispositifs CMU et CMU-C et suite aux demandes des professionnels de structures de proximité pour une meilleure connaissance de ces dispositifs, l'ASV de l'agglomération de Saint-Étienne métropole s'est saisie de la problématique. L'ASV a co-construit avec l'IREPS (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé) et la CPAM un projet décliné à

deux niveaux : d'abord former les structures de proximité pour faciliter l'accompagnement et l'activation des droits, puis s'adresser directement aux publics éligibles par une communication originale. Le travail de conception d'outils de communication et de promotion des dispositifs CMU/ a été mené en collaboration avec un designer recruté par la Cité du design, acteur fort sur le territoire de Saint-Étienne mais peu sollicité sur les questions de santé. Ces outils doivent se déployer sur l'ensemble du territoire de l'agglomération, en lien avec l'ASV de la ville-centre Saint-Étienne et les intervenants sociaux (centres sociaux, épiceries sociales et solidaires...), afin de susciter le dialogue autour de la couverture sociale.

Pour en savoir plus, voir le récit d'expérience « Améliorer l'accès au droit commun (CMU/CMU-C) par la formation des acteurs de terrain et une communication originale auprès des habitants »

Ce type de projet peut aller jusqu'à l'ouverture d'un lieu physique qui serait à l'image de la coordination entre professionnels. Un tel lieu aide également à identifier et incarner l'ASV et assure une proximité avec les habitants.

À Aubervilliers, l'installation d'une Maison des pratiques de bien-être et de santé pour construire une démarche de santé communautaire

L'Atelier santé ville d'Aubervilliers a développé une démarche de santé communautaire facilitée par l'ouverture en 2003 d'une Maison des pratiques de bien-être et de santé sur un quartier de la politique de la ville. Ce nouvel équipement municipal a pour mission de répondre aux besoins des habitants du quartier et d'être un lieu d'information, d'écoute et d'accompagnement. La structure accueille différents types de professionnels et permet ainsi la rencontre entre institutions, associations et habitants : sont présents trois assistantes sociales, des ateliers sociolinguistiques animés par une association, un écrivain public, une permanence de la CRAMIF, des séances de soutien scolaire et un jardin partagé. Les habitants participent à la vie de la structure à travers plusieurs temps d'échanges dans l'année où sont relevées les attentes, sont évaluées les actions passées, sont construits de nouveaux projets. Néanmoins, il apparaît que les habitants présents n'osent pas toujours construire un regard critique sur ce que leur propose ce qu'ils appellent la « Maison du bonheur ».

À retenir sur la plus-value de l'ASV pour les habitants : quelles bonnes pratiques ?

- Des actions axées sur la promotion de la santé et le bien-être, et non uniquement sur le dépistage, la prévention des troubles et le traitement de pathologies (par exemple, le programme auprès des jeunes enfants d'Aubervilliers) ;
- Une stratégie d'« aller vers » (par exemple, apporter des informations sur l'accès aux soins dans le cadre de la distribution d'aide alimentaire ou des ateliers socio-linguistiques) : sortir des lieux institutionnels dédiés et mobiliser des acteurs et dispositifs au plus proche des populations et des besoins ;
- Une approche globale des difficultés rencontrées par les familles (par exemple, à Aubervilliers, le programme sur la parentalité a aussi abordé des problèmes de logement) ;
- Une approche bienveillante : prise en compte des cultures et valorisation de chacun ;
- Le ciblage d'un territoire géographique, et non individuel : cela favorise le travail inter-partenarial, diminue le risque de stigmatisation, facilite la mise en place d'actions visant à renforcer le soutien social et l'empowerment collectif ;
- Une participation active des personnes (par exemple, des parents dans les visites à domicile à Aubervilliers, des femmes à Nanterre ou des habitants à Grenoble) : cela permet une adaptation continue et rapide du programme aux besoins exprimés (sorte de boucle de rétroaction) ;
- Un accompagnement soutenu et fréquent des habitants (par exemple, à Nanterre, les habitantes du groupe Surpoids rencontrent la diététicienne mensuellement depuis plusieurs années) ;
- Une complémentarité entre formations des structures de proximité et communication directe à destination du public visé par le projet, afin de pérenniser une action au-delà d'un événement (comme à Saint-Nazaire ou dans l'agglomération de Saint-Étienne) ;
- Une formation des acteurs sociaux les plus proches des publics les plus vulnérables (par exemple, les bénévoles de la distribution d'aide alimentaire, des épiceries sociales et solidaires, ...) ;
- Une prise en compte de la configuration territoriale pour l'implantation d'un événement de type forum : un lieu « névralgique » et facilement accessible permet une meilleure mobilisation ;
- Un portage politique fort de la ville (par exemple, à Soyaux, les élus soutiennent depuis le choix de l'association mandataire une approche communautaire de la santé).

3.2/ Les plus-values pour les professionnels

La démarche ASV est avant tout un cadre d'animation et de coordination des acteurs locaux. Elle vise à constituer un réseau de partenaires en capacité de promouvoir la santé dans les quartiers prioritaires auprès des publics les plus vulnérables. À cette fin, la démarche ASV mobilise des professionnels de champs variés (social, éducatif, médico-social, etc.) et de secteur différents (éducation, habitat, etc.) dans la perspective d'agir sur les déterminants de santé. Une fois mobilisés, ils participent à des projets et/ou des réseaux d'acteurs, animés par le coordonnateur ASV. Cette approche intersectorielle et pluri-professionnelle favorise le décloisonnement des professionnels et des acteurs locaux.

▪ La sensibilisation des acteurs locaux aux déterminants de la santé

En promouvant une approche globale, les ASV sollicitent non seulement des acteurs du soin, mais aussi des travailleurs sociaux, des personnels éducatifs, des bailleurs sociaux, voire des commerçants. Des acteurs, à première vue éloignés de la santé, ont une influence sur des déterminants de santé : à ce titre, ils ont toute leur place dans les réseaux organisés par les ASV.

La mise en réseau des acteurs permet qu'ils connaissent mieux les missions des uns et des autres, les possibilités et les contraintes de chacun. Ainsi quand un problème apparaît sur le territoire, il est plus facile de mobiliser des acteurs qui se connaissent déjà et qui ont amorcé des habitudes de travail.

À Éragny-sur-Oise, une mobilisation rapide des professionnels sur la nutrition

Les animateurs d'ateliers à destination des jeunes d'une Maison de quartier ont constaté des problèmes liés à de mauvaises habitudes alimentaires des jeunes, notamment une consommation accrue de nouilles chinoises crues. La connaissance préalable des acteurs entre eux, grâce au lien fait par l'ASV depuis une dizaine d'années, a permis l'organisation rapide d'animations autour de la nutrition sur une semaine des vacances de février.

Cela a permis par ailleurs de concrétiser un partenariat avec la Maison du diabète qui intervenait principalement auprès des seniors. La coordonnatrice ASV a permis ainsi de créer les conditions favorables pour que la Maison du diabète s'ouvre vers d'autres publics.

Les acteurs projettent d'engager un dialogue avec les commerçants afin de les sensibiliser à la nutrition des jeunes et de les impliquer dans de futurs projets. Cette action a également été l'occasion d'enrichir le diagnostic local et de recueillir la parole des jeunes.

Cette sensibilisation à une approche communautaire de la santé et à l'adaptation des actions au plus près des besoins des populations s'adresse même aux futurs professionnels, notamment du soin. La participation des ASV aux formations initiales de futurs professionnels prend alors tout son sens pour partager et diffuser une culture de la promotion de la santé. Les ASV sont aussi vécus comme ressources pour accéder aux habitants et aux méthodes de travail en santé communautaire permettant d'améliorer la formation des futurs acteurs de santé.

À Martigues Port-de-Bouc, des formations à l'approche communautaire et à la promotion de la santé des étudiants infirmiers

Depuis 2010, en partenariat avec l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI), l'ASV Martigues Port-de-Bouc propose aux étudiants infirmiers de 2^{ème} année, dans le cadre de leur module en santé publique, de réaliser une enquête de terrain et une action d'éducation pour la santé auprès des publics des structures locales partenaires. Le projet s'organise en deux temps : les étudiants approfondissent et analysent les connaissances, les représentations, voire les comportements de santé d'un type de

public (seniors et retraités, adultes en voie d'insertion, enfants, jeunes et lycéens, etc.) et recueillent l'expression de leurs besoins de santé ; puis ils construisent des propositions d'actions d'information, de formation et de prévention dans une démarche participative. L'ensemble est validé dans le cadre de l'unité d'enseignement de la formation. Le réseau local des acteurs de santé (notamment Maisons de quartier, établissements scolaires, centre intercommunal d'action sociale CIAS, associations caritatives, etc.) est mobilisé dans ce cadre pour apporter des éléments de connaissance aux étudiants, soutenir l'enquête de terrain et contribuer aux actions de prévention élaborées par les étudiants. Depuis 5 ans, ce sont 450 étudiants infirmiers qui ont été formés et 120 à 200 habitants qui ont été touchés par les actions mises en place tous les ans.

Pour en savoir plus, voir le récit d'expérience « Formation-action des étudiants infirmiers (IFSI) en santé publique »

▪ **Le renforcement des compétences des acteurs de proximité**

○ **La structuration des échanges au sein de groupes de professionnels**

L'ASV apporte aux professionnels qu'il réunit une ouverture, vers d'autres champs, d'autres méthodes... Le travail en réseau permet de constituer un groupe d'acteurs, de les faire se connaître et être sensibilisés aux enjeux d'une coordination locale en santé. L'ASV assure la structuration des échanges entre professionnels, que ces échanges portent sur une population cible ou sur une thématique transversale.

À Vitry-sur-Seine, des rencontres régulières d'échanges entre professionnels

Sous le nom des « Mardis de Vitry », l'ASV a développé un projet visant à faire se rencontrer, à intervalles réguliers (tous les 3 mois), les acteurs de santé du territoire de trois secteurs : seniors, jeunes et personnes vulnérables.

Suite au constat de difficultés d'accès aux soins des jeunes en raison de l'absence de spécialistes dans le Centre municipal de santé, un premier groupe d'acteurs s'est réuni, à partir de 2009, pour se rencontrer et échanger sur la santé des jeunes. Ce groupe est né d'un groupe de pilotage inter-partenaires autour de la grippe H1N1 début 2009. L'Atelier santé ville a profité de la dynamique créée pour réunir les mêmes acteurs sur un autre sujet.

Sur le même format, s'est créé un deuxième groupe orienté sur la santé des seniors, en 2010, suite à la municipalisation de la gestion de 4 foyers logement et la mise en lien avec les services d'infirmiers à domicile, ce qui a permis de créer une dynamique. De plus, les acteurs ont trouvé un premier intérêt à se réunir : résoudre un problème récurrent, à savoir les sorties d'hôpital les vendredis soirs.

Depuis 2014, un 3^{ème} groupe s'est formé autour des problématiques des personnes vulnérables. Ce groupe préfigure le projet de conseil local en santé mentale (CLSM) couvrant le secteur psychiatrie adultes, sur sollicitation de l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam).

Les échanges sont principalement destinés à créer un lien entre les professionnels de terrain, en vue d'acquérir une meilleure connaissance du travail des uns et des autres. Ainsi, ces rencontres ont fait naître des projets entre certains acteurs (par exemple, la réalisation d'un film sur la thématique « vie affective et sexuelle » par des lycéens et un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) accueillant un public porteur de handicap mental).

L'interconnaissance et l'apprentissage poussent les professionnels à interroger leur métier et leurs manières de faire. Le travail en réseau, les partenariats tissés, et de manière plus générale, le travail collaboratif sont des modes de faire qui exigent de redéfinir la place de chacun et les relations aux autres. De plus, ces professionnels ne sont pas tous rompus à l'accompagnement des publics précaires : la rencontre avec des professionnels dont c'est le quotidien leur permet de repenser leur pratique, de l'adapter et de prendre du recul sur leur posture professionnelle.

À Épinay-sur-Seine, la mise en place d'un réseau de professionnels autour de l'estime de soi (RE-SOI)

Depuis 2011, dans le cadre d'un groupe de travail sur les addictions, l'ASV et la Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques ont choisi de faire de l'estime de soi le thème pivot de ce groupe. Les rencontres sont mensuelles : la matinée est structurée avec des interventions thématiques ou des approches méthodologiques en lien avec les préoccupations des acteurs de terrain ; l'après-midi est consacrée aux échanges de pratiques et à l'analyse croisée des postures professionnelles. La santé communautaire demande des compétences particulières et peut remettre en cause des habitudes de travail des professionnels. Dans ce cadre, les échanges autour de cette approche sont bénéfiques afin que chacun ajuste ses manières de faire.

Les réseaux d'échanges entre professionnels, au-delà du renforcement des compétences et de l'ouverture apportée, permettent de construire et partager un langage et une culture communs. Cet apprentissage est nécessaire à la bonne mise en œuvre de prochains partenariats.

À Paris 20^e, la construction d'une culture partagée entre bailleurs, services sociaux et psychiatrie

Pour répondre à la problématique de l'accès et du maintien dans le logement des personnes en souffrance psychique, l'ASV a monté un projet en partenariat avec les services sociaux, les bailleurs et 3 secteurs de psychiatrie (des acteurs qui n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble). Alors que les bailleurs sont demandeurs de partenariats en ce sens, il a fallu convaincre et coordonner les trois secteurs de psychiatrie. Le projet s'est organisé sur 3 ans : dans un 1^{er} temps, des échanges thématiques avec des études de cas pratiques sur les notions de tutelle, le syndrome de Diogène, les dispositifs d'accès aux logements, etc. Dix sessions ont ainsi été organisées autour d'un noyau dur de 30 à 40 participants. Cela a permis aux acteurs d'apprendre à se connaître et à commencer à travailler ensemble. Un guide capitalisant ces sessions est en cours de rédaction. Parmi les perspectives, se profilent la mise en place de réunions d'évaluation de situations d'adultes en difficulté (RESAD) et une sensibilisation des gardiens d'immeuble.

○ La co-organisation des formations destinées aux professionnels et bénévoles associatifs

Une des formes privilégiées par les ASV pour mobiliser des acteurs en vue de constituer un réseau de personnes référentes est l'organisation de formations. D'une part, cela permet de renforcer les compétences de ces professionnels ; d'autre part, de favoriser les échanges et donc une meilleure connaissance des acteurs entre eux dans un contexte cadré et mobilisateur. Les temps de formations sont des espaces de rencontre des professionnels qui peuvent permettre d'initier des dynamiques communes.

À Cherbourg, une formation des professionnels de terrain au repérage de la précarité par l'observation de l'hygiène

Le diagnostic local réalisé par l'ASV (existant depuis 2004) a fait émerger la problématique de l'hygiène comme importante, mais néanmoins taboue : comment parler d'hygiène aux publics les plus précaires ? La coordonnatrice ASV (en poste depuis 11 ans) a sollicité l'association belge Infirmiers de rue qui a élaboré un outil de repérage des personnes précaires.

L'ASV a invité deux infirmières membres de l'association à former les acteurs de l'agglomération de Cherbourg (deux groupes de 25 personnes) à l'utilisation de cet outil. Le public de cette formation était très varié : travailleurs sociaux, CCAS, infirmiers, accompagnateurs d'un groupe d'entraide mutuelle (GEM), assistants sociaux, Croix Rouge, conseillers en insertion, animateurs jeunesse, etc.

Suite à cette première formation, et au regard de sa pertinence, la Croix Rouge s'est saisie de cette grille d'observation pour la développer. Pour présenter ce nouvel outil, des formations, auprès d'un public varié, sont organisées depuis deux ans. La logistique est assurée par l'Atelier santé ville, le

contenu préparé par la Croix Rouge et l'animation assurée par un infirmier de psychiatrie. Ces formations accueillent de nombreux travailleurs sociaux et ont été ouvertes aux bénévoles d'associations du type Secours populaire, Maraude, etc.

Les formations sont des espaces de rencontre entre acteurs : par exemple, les membres d'un groupe d'entraide mutuelle (GEM) et des animateurs de Maisons de quartiers se sont rencontrés et ont réfléchi aux difficultés rencontrées par chacun et aux solutions adéquates à mettre en œuvre (des personnes malades stationnaient à l'accueil des Maisons de quartiers, ce qui pouvait inquiéter les autres publics présents).

Ces formations sont également l'occasion de créer des partenariats, forme plus solide de relation que le travail en réseau : l'ASV assure alors un rôle de soutien pour ses partenaires afin qu'ils soient en capacité de porter des actions de prévention et promotion de la santé.

À Strasbourg, une appropriation par les professionnels et les habitants de la thématique de la santé mentale en lien avec l'hôpital psychiatrique

À partir de 2006, l'hôpital projette de construire un établissement psychiatrique de 140 lits dans un quartier prioritaire de la ville. La présentation de ce projet a suscité des inquiétudes chez ses riverains, relayées auprès des élus et des travailleurs sociaux. Le coordonnateur ASV a saisi cette opportunité pour engager un travail autour de la santé mentale. Dans un premier temps, le coordonnateur a mené un travail de sensibilisation auprès de l'hôpital sur l'impact de son projet et son intérêt à se rapprocher des acteurs du territoire. Dans un deuxième temps, l'ASV a co-organisé avec le Centre médico-psychologique (CMP, rattaché à l'hôpital) et la Préfecture du Bas-Rhin une formation à l'intention des professionnels sociaux, médico-sociaux et socio-éducatifs du quartier, afin de leur apporter des connaissances en santé mentale, un soutien et amorcer la mise en réseau. Dans un 3^{ème} temps, l'ensemble de ces acteurs se sont réunis pour organiser des événements lors de la Semaine d'information sur la santé mentale (SISM), afin de toucher directement les habitants. L'année suivante, les actions durant la SISM ont couvert 8 quartiers politique de la ville (soit l'échelle du secteur psychiatrique). La dynamique de mobilisation des acteurs se maintient et les craintes des habitants se sont apaisées.

Pour en savoir plus, voir le récit d'expérience « Favoriser l'appropriation de la thématique de la santé mentale par les professionnels et les habitants et participer à l'ouverture de l'hôpital sur la ville »

Des professionnels sensibilisés aux inégalités sociales de santé, formés à l'approche communautaire de la santé ou à l'accompagnement des publics les plus précaires sont plus à même de proposer un accueil adéquat et bienveillant.

À Éragny sur Oise, la formation des personnels des établissements scolaires à la communication non-violente

Face aux constats par des infirmières scolaires d'un mal-être et de harcèlement auprès des élèves, l'ASV a développé un projet de formation à la communication non-violente⁶² à destination des enseignants et des professionnels intervenant auprès des enfants scolarisés dans les écoles élémentaires et les collèges situés en quartier prioritaire. Ces formations ont été possibles grâce à un partenariat avec l'Éducation nationale et différents services municipaux. La coordonnatrice ASV a joué un rôle important pour présenter et défendre le projet afin que du temps soit libéré pour les personnels formés. La formation des enseignants et autres personnels travaillant auprès des enfants devrait leur permettre d'adopter une approche plus bienveillante qui pourra résoudre des climats de tension ou des conflits.

⁶² Voir en ligne : <http://nvc-europe.org/SPIP/La-CNV-qu-est-ce-que-c-est>

Pour en savoir plus, voir le récit d'expérience « 'Mieux vivre ensemble' : une formation à la communication non-violente des intervenants en milieu scolaire »

La mise en place de réseaux d'acteurs et le renforcement de leurs compétences, notamment par le biais de formations, sont autant de leviers dont dispose la démarche ASV pour soutenir ces acteurs afin qu'ils apportent une meilleure réponse aux publics ciblés. La réponse sera meilleure parce que les acteurs seront habitués à travailler ensemble, coordonnés, réactifs et formés à un accompagnement particulier.

À retenir sur la plus-value de l'ASV pour les professionnels : quelles bonnes pratiques ?

- Une bonne connaissance des acteurs sanitaires, sociaux, éducatifs, etc., et une disponibilité du coordonnateur ASV pour échanger et fixer un objectif commun ;
- Une sensibilisation à la promotion de la santé de l'ensemble des acteurs (y compris l'hôpital) ;
- La définition d'une culture commune entre structures de santé et acteurs sociaux (par exemple, à Strasbourg sur la santé mentale) ;
- Des formations proposées adaptées aux besoins des professionnels comme outil de mobilisation et d'implication des acteurs (par exemple, sur la communication non-violente à Éragny-sur-Oise).

3.3/ Les plus-values sur les politiques publiques et institutions

La démarche ASV a pour mission, dans l'idéal, de mettre les politiques publiques au service de la santé de tous les habitants, particulièrement les plus vulnérables. L'ASV est une démarche qui s'inscrit dans la politique de la ville et dans la politique locale de santé : elle s'articule avec les dispositifs qui en relèvent, parmi lesquels les Programmes de réussite éducative, les Contrats locaux de santé, les Conseils locaux de santé mentale, etc. Les liens sont plus ou moins forts selon les contextes et les histoires des villes. Ces articulations peuvent favoriser une synergie des différents dispositifs et un développement d'autant plus fort des projets. Il joue aussi un rôle de coordination des politiques publiques et contribue à la prise en compte de la problématique de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

▪ Le rôle de veille et de lanceur d'alerte

En menant un diagnostic local partagé et en s'inscrivant dans le territoire de proximité, l'ASV a une capacité d'observation et de veille des problématiques santé des quartiers prioritaires. Il peut alors assurer une mission d'alerte, grâce à son positionnement à l'intersection entre les professionnels de terrain et les institutions locales.

Dans l'agglomération de Bordeaux, une mise à l'agenda des difficultés d'accès à l'offre de soins grâce aux ASV

L'agglomération bordelaise se caractérise par une implantation quasi absente des services publics de santé sur sa rive droite, ainsi que par une sur-représentation des spécialistes de secteur 2, sur un territoire qui comprend pourtant de nombreux quartiers prioritaires. Dès leur création en 2007, les ASV des villes de Lormont et Floirac ont permis de soulever les difficultés d'accès aux soins sur un territoire considéré jusqu'alors par les pouvoirs publics comme sur-doté en matière de premier recours. Dans la lignée des diagnostics partagés, une étude menée en 2014 par l'IREPS Aquitaine a permis d'éclairer cette situation paradoxale et d'envisager la création d'un pôle de santé adossé à un Centre de santé polyvalent. Ce projet en cours de montage s'appuie sur le tissu local d'acteurs afin de compléter l'offre de premier recours et d'offrir un point de ré-ancrage des missions de service public en santé. La veille et l'alerte des ASV ont permis de construire un projet qui remédiera aux failles de l'organisation de soins locales.

▪ L'interpellation et la mobilisation du droit commun

En tant que démarche de coordination, le rôle de l'ASV n'est pas de « faire à la place de... », mais d'accompagner les acteurs à faire. Il a ainsi une fonction de mobilisation, voire d'interpellation, des professionnels et de leurs institutions. L'ASV doit mobiliser le droit commun et peut, dans le cadre du diagnostic qu'il mène ou des réseaux qu'ils constituent, interpellier les institutions de droit commun sur leurs missions et les réponses à apporter dans les quartiers prioritaires. L'ASV joue un rôle d'alerte auprès des ARS, des CPAM, des centres hospitaliers, etc.

Des professionnels sensibilisés aux inégalités, intégrés dans des groupes de travail, formés à une approche communautaire de la santé ou à l'accompagnement des publics les plus précaires sont plus à même de proposer un accueil adéquat et bienveillant et peuvent être relais sur les enjeux de la promotion de la santé auprès de leur structure (institution ou association). Les professionnels membres du réseau peuvent alors devenir référent sur les questions de santé et de prévention dans leur structure. En outre, selon leur position dans la hiérarchie et/ou leur capacité à mobiliser, ils

peuvent constituer un soutien pour l'ASV facilitant ainsi l'engagement de leur structure dans la mise en œuvre d'actions.

À Lyon, l'interpellation des institutions de droit commun sur l'accès aux droits

Sous l'égide de l'ASV, trois groupes de travail sur 3 des 6 quartiers intégrés au périmètre d'action de l'ASV se sont réunis de 2009 à 2012 (108 professionnels de 55 structures : services médicaux, services sociaux, associations, hôpitaux, centres de soins, médecins libéraux), pour mener un diagnostic sur les freins à l'accès aux droits et aux soins. L'ARS, la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) du Rhône et la ville de Lyon ont demandé une compilation de ces 3 états des lieux. Cela a abouti en 2013 à une note de synthèse, rédigée par un sous-groupe. En 2014, une journée « Améliorer l'accès aux soins : quelles actions pour lever les blocages ? » a réuni 140 participants : 25 axes de travail ont été définis et 76 propositions d'actions ou d'outils ont été conçues (ex : renforcer la collaboration interprofessionnelle avec des conventions pour faciliter l'ouverture des droits, améliorer les conditions d'accueil du public, etc.). Ce travail a été présenté à la Commission de coordination des politiques publiques de l'ARS Rhône-Alpes en 2015 et des temps de travail avec les directeurs/responsables des services concernés pour mettre en œuvre les propositions d'actions sont prévus.

Pour en savoir plus, voir le récit d'expérience « Mobilisation des institutions de droit commun pour améliorer l'accès aux droits en matière de santé »

En interpellant différentes institutions et différents dispositifs, la démarche ASV favorise une mise en synergie des politiques permettant de renforcer la politique locale de santé. Ainsi, de nombreux ASV ont été préfigurateurs de contrats locaux de santé (CLS) ou de conseils locaux en santé mentale (CLSM) : leur expertise du territoire et leur connaissance des acteurs ont permis de lancer rapidement les dispositifs cités. Les habitudes de travail au sein de l'ASV et entre les acteurs impliqués ont constitué des bases solides. Ainsi, par l'action de l'ASV, des CLS se sont orientés vers l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, comme à Narbonne, Montreuil, Saint-Nazaire... Cela assure une complémentarité entre le travail au long cours de l'ASV et la programmation du CLS qui engage, *a minima*, la collectivité signataire et l'Agence régionale de santé.

▪ L'inscription dans une dynamique de programmation

Sans volonté politique des élus locaux, l'ASV ne voit pas le jour. Non seulement, le portage politique est essentiel à la création de l'ASV, mais il doit s'inscrire dans la durée afin de faciliter la mise en œuvre de la démarche, la mobilisation des acteurs, l'orientation et le soutien des projets, et plus largement d'inscrire la santé comme politique transversale et intersectorielle.

La démarche ASV s'intègre ou impulse des dynamiques de projet. Inscrite dans le territoire de proximité, l'ASV part d'un micro-problème local pour mobiliser des acteurs et développer un projet plus large et global. C'est pourquoi les projets les plus partenariaux et qui parviennent à mobiliser le droit commun se construisent sur le long terme.

À Valbonne-Sophia Antipolis, la construction pas à pas d'un « continuum préventif » autour des conduites addictives des jeunes

Avec un quart de la population ayant moins de 18 ans et un campus universitaire, les élus ont mobilisé le service jeunesse à partir de 2006 pour réaliser un diagnostic sur les conduites addictives des jeunes, avec le soutien d'une sociologue. L'ASV, créé fin 2007, s'est saisi de ce diagnostic et a rapidement mobilisé des acteurs (intervenants sociaux, parents d'élèves, enseignants, etc.) pour construire des actions de prévention, de l'école au monde du travail. L'expertise thématique d'une part (la Mutualité française), territoriale d'autre part (l'ASV) a constitué le socle du projet.

L'évaluation menée en 2014 a montré que le portage politique soutenu et la coordination de l'ASV en tant que démarche de proximité figuraient parmi les conditions de réussite du projet.

Parmi les actions menées pour créer un « continuum préventif », l'ASV a mis en place une « consultation jeunes de diagnostic et d'orientation », avec des permanences dans les établissements scolaires et dans les locaux d'un Point écoute santé communal. Après 3 ans de mise en œuvre, l'ASV a rencontré le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) du Centre hospitalier d'Antibes, dont la prévention est l'une des missions. Ce dernier, grâce à un financement de l'ARS, a pu alors intégrer dans ses activités cette consultation devenue « Consultation jeunes consommateurs ».

Pour en savoir plus, voir le récit d'expérience « La mise en place et la modélisation d'un continuum préventif sur les conduites addictives des jeunes »

Les projets des ASV se construisent dans le temps et évoluent en fonction des partenaires, des opportunités, des évolutions du contexte local, etc. Ils s'inscrivent ainsi dans une dynamique dont ils sont parfois à l'origine. Ce n'est pas une action isolée qui importe, mais l'ensemble du projet qui compte (de la mobilisation des acteurs aux ajustements et à la pérennisation des actions).

À Clichy-sous-Bois, un long travail pour promouvoir l'activité physique des jeunes

Dès 2001, l'ASV a mené un travail sur la promotion de l'activité physique auprès des jeunes. Ce projet est parti du constat, pour certains d'entre eux, d'une impossibilité à payer la visite médicale nécessaire à leur inscription dans un club sportif. L'ASV a organisé et pris en charge en partie les consultations avec des médecins du sport (accès au certificat médical d'aptitude à la pratique sportive).

Dix ans plus tard, poursuivant la dynamique autour de l'activité physique, l'ASV a monté, en partenariat avec le Comité départemental olympique et sportif de Seine-Saint-Denis et la Mutualité française d'Île-de-France, un projet global de promotion de l'activité physique des jeunes de 6 à 16 ans. S'appuyant sur une approche socio-écologique et la méthodologie ICAPS (Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité) soutenue par l'Inpes, le projet a permis de montrer une augmentation de l'activité physique chez les jeunes. Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre d'une action d'apprentissage du vélo portée par un centre social, le coordonnateur ASV, constatant un manque de sécurité de la route dans la forêt de Bondy, a interpellé le service Urbanisme de la ville. Cela a été l'occasion de le sensibiliser à la promotion de la santé, par le biais de la question des déplacements actifs. Aujourd'hui, le coordonnateur est régulièrement sollicité par ce service pour donner son avis sur les projets urbains, notamment dans le cadre du Plan de rénovation urbaine, pour que ces derniers tiennent compte de la mobilité active.

Pour en savoir plus, voir le récit d'expérience « D'une programmation d'actions pour amener les jeunes vers l'activité physique à l'intégration de la promotion de la santé dans les projets urbains »

À retenir sur la plus-value de l'ASV sur les institutions : quelles bonnes pratiques ?

- Un portage politique affirmé de la ville (par exemple, à Clichy-sous-Bois, inscription de la promotion de l'activité physique dans les priorités de la ville) ;
- Une structure de coordination identifiée sur le territoire de proximité (par exemple, à Valbonne, l'ASV a apporté son expertise territoriale et sa capacité de mobilisation d'acteurs divers) ;
- Une connaissance fine du territoire et de ses acteurs afin d'assurer un maillage fort et une implication de tous les champs professionnels ;
- Une mobilisation globale des acteurs locaux autour d'un objectif général partagé entre les associations sociales, les associations sportives et les services municipaux et institutionnels ;
- Un soutien financier ou technique des institutions (ARS, DRJSCS, DDCS, Conseil départemental, CPAM, Éducation nationale, etc.) ;
- Un pilotage intersectoriel (par exemple, à Clichy-sous-Bois, constitution d'un comité de pilotage ad hoc représentant les institutions impliquées) ;
- Un investissement des partenaires dans les groupes de travail (par exemple, à Lyon, l'engagement des partenaires dans les rencontres régulières des groupes de travail a permis d'interpeller leurs institutions de droit commun).

CONCLUSION/ La démarche ASV, un vivier de bonnes pratiques pour développer la promotion de la santé dans les quartiers de la politique de la ville

L'intérêt des démarches de proximité en santé

Si l'ASV apporte des éléments de réponses à un diagnostic de santé partagé, son impact va bien au-delà : la coordination permet de réunir une pluralité d'acteurs et de décloisonner des champs professionnels. L'intersectorialité devient alors une réalité. Les démarches de coordination de proximité sont des catalyseurs et mettent en synergie les acteurs, habitants compris : ainsi, l'intervention de l'ASV assure une émulation et une envergure plus importante aux projets développés.

Le positionnement de l'ASV, à l'interface des habitants, des professionnels des champs sanitaire, social, culturel, éducatif, etc., et des institutions, est essentiel et lui offre une approche globale. La démarche part avant tout des besoins de la population et ne cherche pas à plaquer des programmes nationaux : elle joue sur la complémentarité des ressources, des politiques, des acteurs.

L'intérêt de la coordination

Les projets présentés ici sont ceux que les coordonnateurs ASV ont jugé « prometteurs ». Ils ont défini les facteurs de réussite et freins de leur projet : à partir de ces réponses, des remarques communes se dégagent. Les conditions de réalisation et de réussite des projets apparaissent comme les suivantes :

- Du temps et un accompagnement des partenaires et des habitants impliqués
- Une bonne connaissance des partenaires et une bonne entente
- Une mise en œuvre rapide d'actions concrètes
- Une réponse à un besoin identifié par les habitants et/ou les professionnels

Les projets développés dans le cadre des Ateliers santé ville répondent à un problème micro-local défini comme tel par les acteurs partenaires et les habitants. Ils y répondent en proposant des actions multiples (en séquence ou en parallèle) et en s'appuyant sur plusieurs focales. Le problème est abordé dans sa globalité, dans la complexité de ses dimensions.

Ce travail se poursuivra par une définition collective, avec les coordonnateurs et coordonnatrices ASV et leurs partenaires, des conditions favorables à la bonne marche de l'ASV, notamment au cours d'ateliers d'échanges et de définition des bonnes pratiques. La poursuite de la capitalisation vise une qualification des professionnels développant des démarches territoriales de proximité en santé.

PARTIE II. FICHES
« RÉCIT D'EXPÉRIENCE »

Chapitre 1/ Des expériences aux plus-values pour les habitants

Atelier santé ville d'Aubervilliers : Un programme évalué de promotion du bien-être psychique du jeune enfant (0-3 ans)	49
Atelier santé ville de Nanterre : Renforcement du pouvoir d'agir par un accompagnement soutenu autour de la nutrition.....	55
Atelier santé ville des vallées du Gier, Ondaine et de la ville d'Andrézieux-Bouthéon (Saint-Étienne métropole) : Améliorer l'accès au droit commun (CMU/CMU-C) par la formation des acteurs de terrain et une communication originale auprès des habitants	63
Atelier santé ville de Saint-Nazaire : Des Forums Santé Bien-être itinérants pour favoriser l'accès aux droits et aux soins	69

Atelier santé ville d'AUBERVILLIERS

« Un programme évalué de promotion du bien-être psychique du jeune enfant (0-3 ans) »

Objet du projet

L'Atelier santé ville d'Aubervilliers a construit un programme global de promotion du bien-être psychique du jeune enfant (0-3 ans) sur deux quartiers prioritaires. Développant une logique d'universalisme proportionné, le programme repose en particulier sur des visites à domicile. Son évaluation a démontré l'efficacité du dispositif.

➔ **PROBLÉMATIQUE : quelle offre proposer sur un territoire présentant de forts indicateurs de vulnérabilité économique et sociale et disposant de peu de structures de petite enfance ?**

[Mots-clés : diagnostic partagé ; évaluation qualité ; Ile-de-France ; parent & enfant ; partenariat & réseau ; participation des habitants ; périnatalité]

[Axe stratégique de la Charte d'Ottawa visé : Renforcer l'action communautaire]

Présentation de l'ASV

Structure porteuse de l'ASV : Commune d'Aubervilliers (Service communal d'hygiène et de santé, puis Direction de la santé publique depuis 2013)

Co-financements de l'ASV : DDCS, Ville, ARS

Ressources humaines : 1 ETP

Coordonnatrice ASV en poste à la création du projet : Pilar Giraux

Historique et contexte : Aubervilliers compte 77 000 habitants ; 90% vit dans les quartiers dits prioritaires. La ville est marquée par une très forte précarité (un des IDH-2 les plus faibles de France, 41% de la population est sans diplôme, ...).

La commune a historiquement développé une politique en faveur de la promotion de la santé et de la santé communautaire (mise en place d'un Centre municipal de santé dès les années 1960, travail important sur le saturnisme, ...). Aubervilliers a été l'un des premiers sites pilotes pour la mise en place des ASV, en 2001. L'ASV est alors apparu comme un outil complémentaire permettant de travailler sur des sujets choisis par les habitants eux-mêmes : il s'est centré pendant ses premières années sur les problématiques de santé mentale. L'ASV s'appuie sur le Pôle Promotion de la Santé (dont la chef de service est également coordonnatrice de l'ASV), intégré à la Direction de la Santé publique depuis 2013. L'ensemble de l'équipe du Pôle, soit 8 personnes, travaille sous l'égide de l'ASV, du fait du contexte territorial particulier.

Il faut noter que sur les questions de santé le tissu associatif est très peu développé, ce qui explique que l'ASV soit majoritairement porteur des actions qu'il développe.

Intégration dans la politique de la ville : le nouveau contrat de ville 2015-2020 de la communauté d'agglomération Plaine Commune développe un volet consacré à la santé, dans lequel les ASV du territoire sont les pilotes des objectifs opérationnels.

Autres dispositifs locaux en santé publique : Aubervilliers a signé un CLS de préfiguration en 2012, puis un [CLS renforcé](#) en 2015 (le comité de pilotage du CLS est mutualisé avec celui de l'ASV). L'ASV intègre le CLS, centré sur deux axes la participation citoyenne et les populations les plus vulnérables. Aubervilliers coordonne également un CLSM (ces deux dispositifs sont respectivement pris en charge par 0,5 ETP). De plus, un Observatoire local de santé est opérationnel depuis 2015.

Éléments-cadre du projet présenté

Échelle d'intervention du projet : le quartier Paul Bert et un secteur voisin du quartier Quatre chemins classé zone urbaine sensible (plus de 10 000 habitants)

Partenaires du projet : service social municipal, service municipal Petite enfance, Protection maternelle et infantile (PMI), un centre de loisirs maternel, une école maternelle, Centre municipal de santé, Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), association Solidarité Emploi Aubervilliers, CAF, Sessad (Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile)

Public cible : femmes enceintes, parents et leurs enfants jusqu'à 3 ans

Durée du projet : programme lancé en 2005, évalué en 2012

Co-financements du projet : Acsé (Projet réussite éducative), Groupement régional de santé publique (GRSP) Île-de-France, Conseil départemental (anciennement Conseil général), commune, Caisse des écoles

Ressources humaines dédiées au projet : 1 ETP puéricultrice, 0,5 ETP psychologue, 0,3 ETP médecin coordinateur (médecin de santé publique-psychiatre)

Histoire du projet

La construction partenariale d'un programme global pour le bien-être des jeunes enfants

Coordonné, à sa création, par un médecin de santé publique psychiatre, l'ASV s'est axé sur la thématique de la santé mentale. Il est ressorti d'un groupe de travail Santé mentale les difficultés rencontrées par le secteur social de prise en charge de symptômes de santé mentale qui ne relèvent pas nécessairement du champ de la psychiatrie. De plus, des travaux de recherche ont établi un lien entre la précarité sociale des parents, l'environnement et l'état de santé des enfants. En parallèle, le ministère de la Santé souhaitait développer une expérimentation sur la prévention précoce : le territoire d'Aubervilliers et la dynamique impulsée par l'ASV sont apparus comme une opportunité.

Le but du projet est de promouvoir les conditions psychosociales favorisant le développement psychologique, affectif, cognitif et social des jeunes enfants (0-3 ans) exposés aux inégalités sociales et à la précarité. Le projet repose sur la mobilisation des principaux partenaires concernés et sur une approche communautaire.

Pour l'ASV d'Aubervilliers, l'enjeu a été de « *définir un programme adapté au territoire, et non greffer une méthode* ». À partir de 2002, les partenaires de l'ASV ont réalisé un diagnostic partagé « en marchant » (inventaire des ressources locales et mise en place d'un réseau des partenaires) et une revue de littérature internationale, avec le soutien technique de la Fondation de la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) pour la santé publique. Suite à ce temps d'analyse préliminaire, la construction du programme s'est appuyée sur des programmes évalués et validés scientifiquement (*Prenatal and early childhood nurse home visitation program* aux États-Unis et *Starting well* à Glasgow) pour conforter les bases éthiques, conceptuelles, méthodologiques et opérationnelles du projet, et sur l'expérience des acteurs locaux (PMI, CMPP, service social).

Quatre approches théoriques ont été choisies pour cadrer le projet :

- Empowerment et participation communautaire : reconnaître l'expérience subjective des personnes comme expertes de leur propre vie ;
- Modèle d'auto-efficacité : la perception des individus sur leur propre efficacité influence leurs choix face aux difficultés ;
- Approche socio-environnementale : prise en compte de l'ensemble des facteurs pouvant influencer la santé de l'enfant : ressources disponibles sur le quartier et problèmes rencontrés par les habitants, notamment liés au logement ;
- Théorie de l'attachement : les compétences parentales d'une personne influent sur la forme d'attachement et le sentiment de sécurité qu'acquerra son enfant.

Le portage du projet est assuré par le Service Hygiène et santé, un « service aguerri » comme le relève le rapport d'évaluation de 2012, ce qui a permis de s'appuyer sur une expertise locale.

Le Comité de pilotage (COPIL), coordonné par l'ASV, compte des représentants de la Protection maternelle et infantile (PMI), du Service municipal petite enfance, des Centres de loisirs maternels, du Centre médico-psychopédagogique (CMPP), du Service municipal Vie des quartiers, de la Caisse d'allocations familiales (CAF), du Service social municipal, de la Direction enfance, jeunesse, sports, de l'École maternelle Anne Sylvestre et du Programme de réussite éducative (PRE). Il est en charge du suivi du programme et décide des ajustements, selon les besoins formulés des parents et des professionnels.

Par exemple, des objectifs sont apparus au cours de la mise en œuvre du programme : les visites à domicile ont permis de repérer des problématiques liées au logement (exiguïté, insalubrité, habitat indigne, ...) ; face à ces constats, un travail a été mené avec les cellules d'hygiène et de lutte contre le saturnisme de la ville et le service social municipal.

Trois axes d'intervention ont été retenus suite au diagnostic local et à la revue de littérature :

- Des visites à domicile proposées systématiquement aux parents du territoire cible à partir du dernier trimestre de grossesse ;
- Des accueils parents-enfants et d'autres activités collectives ;
- Des activités de formation et d'échange inter-partenarial pour les professionnels du quartier.

Le projet articule un ensemble d'actions axées sur une approche de santé communautaire : il mise sur la mobilisation de partenaires et la participation active des familles concernées. Ces familles sont ciblées selon leur adresse : le ciblage territorial a été préféré à un ciblage individuel pour faciliter des actions sur le soutien social et réduire le risque de stigmatisation.

Le périmètre du programme est une zone prioritaire ayant le nombre de naissances le plus élevé de la ville, marquée par une mixité de la population quant aux pays d'origine, une proportion importante de jeunes parents en conditions de pauvreté, une moindre mobilité de la population et une quasi-absence d'équipements petite enfance (quartier Paul Bert et un secteur du quartier Quatre Chemins-Villette). Cette échelle est fonction des moyens alloués au projet.

Dans ce périmètre, le public cible est les femmes enceintes, couples et familles incluant si nécessaire la fratrie. Les femmes enceintes sont contactées au cours du 2^e trimestre de grossesse et peuvent bénéficier de l'accompagnement jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

1/ Les visites à domicile, pierre angulaire du programme

Les visites à domicile sont mises en place à partir de 2005 et menées par une infirmière et/ou une psychologue. La participation des familles au programme est volontaire.

Le but de ces visites à domicile est de faciliter et/ou renforcer les comportements positifs pour la santé durant la grossesse et les premières années de l'enfant en insistant sur quatre éléments : les

soins adaptés à l'enfant (nutrition, prévention des accidents domestiques, ...), le développement personnel de la mère (planification familiale, retour aux études ou au travail, ...), des liens familiaux solides et des appuis au niveau social, le lien avec les ressources locales (PMI, services de santé, organismes sociaux).

Un travail sur l'attitude professionnelle à adopter lors des visites a été mené en amont par des puéricultrices de PMI ayant une expérience importante de ce type d'intervention, des médecins de PMI et du Centre municipal de santé. Cela a abouti à un protocole des visites insistant sur les aspects éthiques de ces visites (présentation globale du programme, secret professionnel, relecture des dossiers de visites avec les parents).

Les visites à domicile permettent d'apporter aux parents des informations pour mieux comprendre l'influence de certains comportements sur leur propre santé et sur la santé et le développement de leur bébé. Lors des visites, les professionnels aident les parents à se donner des objectifs réalistes autour de petits changements réalisables qui, une fois accomplis, augmentent le réservoir des parents en expériences réussies. Ces succès vont, par la suite, renforcer la confiance des jeunes parents et les aider à se fixer de plus grands défis (selon la théorie de l'auto-efficacité).

La réussite des interventions à domicile repose sur la qualité du lien et de la confiance établie entre les visiteuses et les familles : la construction d'une relation empathique et d'un rapport compréhensif plutôt que didactique.

2/ Les actions collectives

Accueil parents-enfants (à partir de 2007) : en partenariat avec le centre de loisirs de l'école maternelle du quartier, il s'agit d'un lieu d'accueil gratuit pour les jeunes enfants et leurs parents ou adultes qui les accompagnent (une après-midi par semaine).

Ateliers sociolinguistiques (à partir de 2008) : en partenariat avec l'Association Solidarité Emploi d'Aubervilliers (ASEA), ces ateliers sont destinés aux jeunes parents primo-arrivants. Les ateliers ne sont pas un strict cours d'alphabétisation, mais doivent permettre de favoriser une meilleure compréhension et lisibilité des codes socioculturels français, des dispositifs de prévention et de soins et des fonctionnements administratifs et sociaux. Il s'agit de renforcer l'autonomie des parents et favoriser leur insertion sociale en tant que parents et citoyens. Les sujets abordés sont choisis en coordination avec les visiteuses du programme et la PMI.

Le service municipal Petite enfance assure un accueil pour les jeunes enfants pendant le temps de l'atelier.

Ateliers de socialisation : en complément, sont organisés avec les familles participantes au programme des sorties culturelles, des pique-niques, des groupes de discussion informels... dans le but de les aider dans la construction et la consolidation d'un réseau social de qualité.

3/ Le renforcement du réseau professionnel sur le quartier

Dès 2003, des journées de formation ont permis de constituer le réseau de partenaires et d'amorcer la co-construction du programme : elles ont reposé sur une mutualisation d'expériences entre professionnels et des apports de connaissances sur l'approche communautaire et la promotion de la santé.

Pendant la mise en œuvre du programme, une réflexion collective se poursuit autour des problématiques liées aux conditions de vie des familles. Tous les mois, les professionnels intervenant sur le quartier auprès des familles se réunissent et sont accompagnés par un psychologue-psychanalyste.

Une évaluation fine du programme

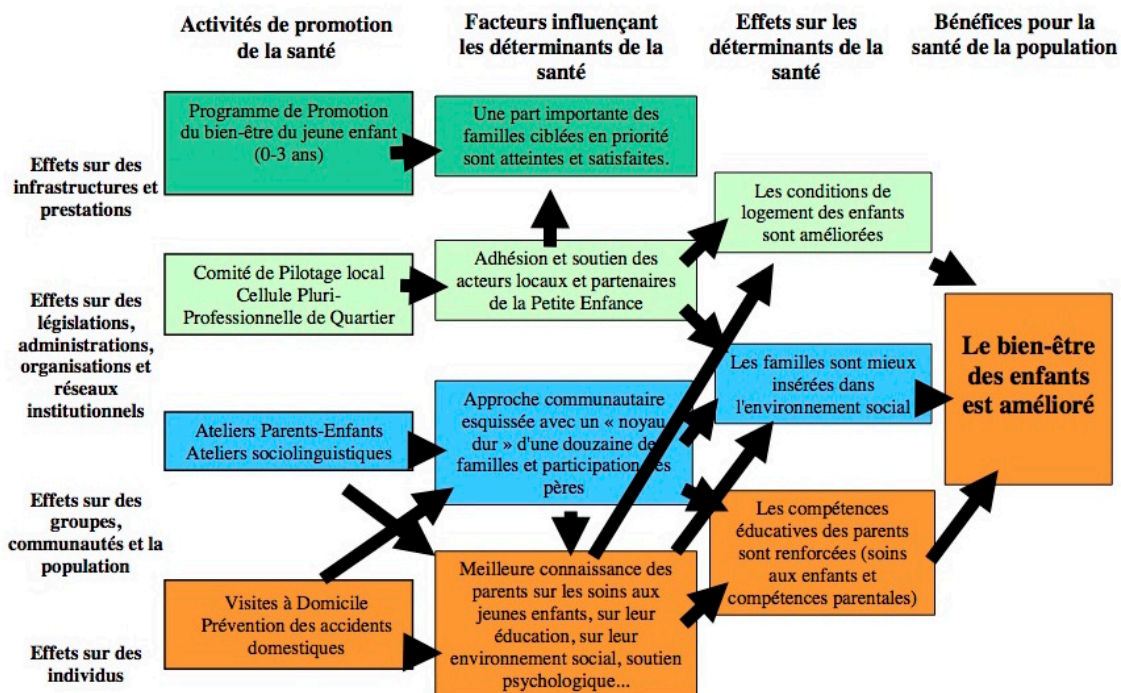
Une évaluation *ex post* a été menée, entre 2010 et 2012, par des consultants extérieurs et soutenue par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes) et un Comité technique d'évaluation. Ses objectifs étaient d'évaluer l'impact sur le système local et sur les familles et les enfants et de proposer des esquisses de modélisation. L'évaluation du programme a été envisagée dès sa conception, puisque l'expérimentation interrogeait sa généralisation.

L'évaluation qualitative, menée sur un échantillon de 40 familles, a relevé une « *grande satisfaction des familles visitées* », la capacité du programme à adapter les interventions aux problématiques familiales et proposer une approche globale, une amélioration du bien-être des familles qui favorise l'amélioration du bien-être psychique des jeunes enfants.

Résultats (issus du rapport d'évaluation)

- Sur 712 familles contactées, 506 ont bénéficié d'au moins une première visite à domicile (soit 71,1%), 237 familles ont été suivies.
- L'accompagnement des familles a été respectueux des identités et des rôles parentaux, grâce à la place accordée aux parents (expression de leurs besoins et de leurs façons de voir et de faire).
- L'isolement social des mères, en particulier les migrantes, s'est réduit.
- Le bien-être des familles qui favorise le bien-être psychique des jeunes enfants s'est amélioré.
- Le programme constitue une réponse concrète pour la mise en œuvre du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et apporte des pistes d'actions sur la problématique de la souffrance psycho-sociale.

Synthèse des résultats et Interactions



Source : Synthèse du rapport d'évaluation du programme de promotion du bien-être psychique du jeune enfant (0-3 ans) à Aubervilliers

Perspectives

- Depuis l'évaluation de 2012, le projet a évolué vers un Programme Petite Enfance et se poursuit sur les deux secteurs prioritaires ciblés. Il ne se généralise pas faute de moyens structurels. Les instances de pilotage sont maintenues. Les actions se sont renforcées ou ajustées : des médiatrices chinoise et tamoule participent aux visites à domicile, des liens ont été créés avec de nouvelles structures, dont la maternité privée et le centre municipal de santé (présentation et information sur le Programme).
- En 2015, 61 familles ont été suivies dans le cadre des visites à domicile (renforcement du nombre de visites à domicile par famille).

Bonnes pratiques

- Un programme axé sur la promotion de la santé et le bien-être, et non sur le dépistage et le traitement de pathologies (promotion du bien-être plutôt que prévention des troubles).
- Un travail sur le lien entre les conditions d'exercice de la parentalité et les problématiques de précarité : par exemple, aides apportées sur des problèmes de logement.
- Un ciblage d'un territoire géographique, et non individuel : cela favorise le travail inter-partenarial, diminue le risque de stigmatisation, facilite la mise en place d'actions visant à renforcer le soutien social et l'empowerment collectif.
- Une participation active des parents privilégiée, en particulier dans les visites à domicile. Cela permet une adaptation rapide du programme aux besoins exprimés, d'une part par les parents, d'autre part par les professionnels.
- Un rôle central de l'atelier sociolinguistique comme espace de socialisation et d'apprentissage.
- Un portage politique fort par la ville.

Ressources bibliographiques

- « [Promouvoir la santé dès la petite enfance. Accompagner la parentalité](#) » (Inpes)

Pour plus de précisions sur l'histoire du programme, voir le [rapport d'évaluation](#) et sa [synthèse](#).

Contacts

Marianne MAILLOUX, responsable du Pôle Promotion santé, marianne.mailloux@mairie-aubervilliers.fr, 01.48.39.50.35

Colette PEJOUX, responsable du Programme Petite Enfance, colette.pejoux@mairie-aubervilliers.fr, 01.48.39.53.82

Atelier santé ville de NANTERRE

« Renforcement du pouvoir d’agir par un accompagnement soutenu autour de la nutrition »

Objet du projet

En partenariat avec le centre social d’un quartier prioritaire, l’Atelier santé ville de Nanterre a construit un programme autour du bien-être des femmes. Répondant aux demandes et besoins de celles-ci, le programme s’est concentré sur une problématique de perte de poids. Les différentes actions menées dans ce cadre et l’accompagnement qui a été mis en place ont renforcé le pouvoir d’agir des femmes suivies.

➔ **PROBLÉMATIQUE : comment sensibiliser des femmes en situation précaire à l’intérêt de la promotion de leur santé ?**

[Mots-clés : alimentation & activité physique ; femme ; Ile-de-France ; participation des habitants ; programmation locale]

[Axe stratégique de la Charte d’Ottawa visé : Développer les aptitudes individuelles]

Présentation de l’ASV

Structure porteuse de l’ASV : ville de Nanterre (Direction de la santé publique)

Co-financements de l’ASV : DDCS, ville

Ressources humaines : 1 ETP (réfèrent CLS depuis 2013)

Coordonnatrice ASV actuelle en poste depuis : 2012

Historique et contexte : Préfecture des Hauts-de-Seine et ville universitaire, Nanterre compte plus de 90 000 habitants, dont 50% vit dans les quartiers prioritaires. Elle dispose de 3 centres municipaux de santé et d’un hôpital spécialisé dans la prise en charge des sans-abris (le Centre d’accueil et de soins hospitaliers). Elle porte une politique de santé publique et de prévention, notamment par la création, dans les années 1960, d’un service municipal de médecine dentaire. Dès 2001, la ville a lancé un Atelier santé ville, qui s’appuie sur l’observatoire local de santé.

La Direction de la santé publique est parvenue à sensibiliser les autres services municipaux sur la santé : ainsi, la ville a expérimenté une évaluation d’impact sur la santé d’un projet urbain et a intégré les questions de santé dans la dernière révision du plan local d’urbanisme.

Intégration dans la politique de la ville : l’ASV constitue le volet santé du contrat de ville de Nanterre 2015-2020 et le coordonnateur ASV est intégré à l’ingénierie chargée de déployer le contrat de ville.

Autres dispositifs locaux en santé publique : un CLS a été signé en 2012 pour six ans, dont le portage est assuré par le coordonnateur ASV.

Éléments-cadre du projet présenté

Échelle d'intervention du projet : un quartier prioritaire (Université)

Partenaires du projet : un centre social et culturel, comité féminin 92 (comité pour la prévention et le dépistage des cancers), CPAM, un art-thérapeute, ADK92 (association pour les dépistages des cancers), CRAMIF

Public cible : femmes en situation de précarité

Durée du projet : continu depuis 2006

Co-financements du projet : appel à projet CUCS (actions portées par le centre social et culturel)

Histoire du projet

2006 : un travail régulier auprès des femmes d'un centre social amorçant une programmation d'actions

Différentes structures présentes sur le territoire de Nanterre, tels que les centres sociaux, sollicitent régulièrement le service municipal de la santé pour intervenir sur des problématiques de santé récurrentes auprès de leur public, majoritairement féminin.

En 2006, l'ASV a mis en place un programme relatif à la santé des femmes en situation de précarité, fondé sur des indicateurs sanitaires et sociaux globaux préoccupants pour cette population. Ce programme était destiné aux femmes accueillies dans les associations et les centres sociaux et culturels des territoires classés en politique de la ville (4 zones urbaines sensibles). Conformément aux objectifs du plan régional de santé publique, ce programme a été axé autour de la sensibilisation aux dépistages des cancers féminins.

Suite à un diagnostic partagé de santé organisé, mené en 2005 sur le quartier Université, l'ASV a poursuivi l'année suivante la dynamique amorcée, en s'engageant dans une démarche partenariale avec le nouveau centre social et culturel La Traverse.

Géré par l'association Unis Vers Cités, le centre social et culturel La Traverse réunit une fois par semaine un groupe de femmes du quartier, autour de différents projets sur la naissance, cuisine du monde, ... À partir de 2007, le centre social a proposé à ce groupe de travailler sur un projet « bien-être », autour de plusieurs axes, tels que la santé, l'hygiène de vie, les soins, la détente... C'est dans ce cadre que le programme santé des femmes de l'ASV s'est inscrit, s'appuyant ainsi sur la dynamique du groupe et sur les compétences des professionnels du centre social.

Les femmes ciblées par ce programme sont majoritairement en situation de précarité, elles sont principalement issues de l'immigration, et maîtrisent plus ou moins bien la langue française. Comme l'explique la coordonnatrice ASV, « *les campagnes nationales de prévention n'ont qu'un impact limité sur ces femmes, soit à cause de la barrière de la langue, soit parce qu'en situation de précarité la santé ne constitue pas une priorité, ou encore par peur du dépistage* ».

Avant de lancer une action de prévention sur le cancer, et afin de créer un climat de confiance entre l'équipe et les participantes, l'ASV et le centre social ont organisé des ateliers interactifs sur des thèmes plus « neutres » tels que la nutrition. Les sujets des ateliers ont été adaptés aux demandes des femmes afin d'être au plus proche de leurs besoins.

Outre l'objectif sanitaire, cette méthodologie participative a eu pour visée de « *valoriser ce public qui n'ose pas proposer ses idées* » d'après la coordonnatrice ASV.

Objectifs stratégiques :

- Sensibiliser les femmes en situation précaire à l'intérêt de préserver leur santé ;
- Sensibiliser les femmes à l'intérêt du dépistage organisé des cancers.

Objectifs opérationnels :

- Réaliser un diagnostic :
 - évaluation et repérage du public potentiel ;
 - état des lieux des représentations de la santé ;
 - identification des freins à la prévention et aux dépistages ;
 - évaluation des taux de dépistages des cancers à Nanterre ;
 - recensement des lieux de dépistages (pour les faire connaître aux femmes) ;
- Organiser des activités ayant vocation à valoriser l'image et le corps ;
- Mettre en place des ateliers santé sur des thématiques variées telles que l'alimentation, la contraception, l'estime de soi... afin de rendre les femmes actrices de leur santé ;
- Mettre en place un groupe de travail avec les femmes qui le souhaitent pour relayer l'information sur les dépistages des cancers féminins ;
- Organiser la diffusion de l'information par les femmes auprès d'autres structures.

2007-2008 : Des actions collectives autour du bien-être des femmes

Pour décliner le programme santé des femmes au sein du centre social, l'ASV a mis en place diverses actions, en fonction des demandes des participantes.

Sur l'équilibre alimentaire, dans le cadre de la fête du quartier Berthelot en mai 2008, les femmes du groupe ont proposé d'organiser le stand du centre social autour du thème « fruits et légumes » : des ateliers de préparation (deux heures) ont été mis en place afin de tester les recettes mais surtout en vue d'acquiescer les messages « santé » que les femmes transmettront aux autres.

- Information générale sur l'équilibre alimentaire (22 janvier)
- Les régimes (25 mars)
- Jeu de l'oie sur les fruits et légumes- introduction au projet (1^{er} avril)
- Atelier sculpture sur fruits et légumes (15 avril)
- Séance d'information sur les fruits et légumes (20 mai)
- Atelier de cuisine pour tester quelques recettes (23 mai)
- Séance de préparation du stand de la fête de quartier (27 mai)
- Atelier de cuisine (30 mai)
- Préparation du stand fête de quartier (31 mai)
- Enfin, une dernière séance a été consacrée à réfléchir à la mise en place d'un groupe « surpoids » pour 2009.

Sur la prévention, des ateliers, animés par les professionnels du pôle prévention santé et des centres de santé municipaux (médecins, diététiciennes, infirmières), ont été proposés sur le diabète, le sommeil et la gestion de l'armoire à pharmacie familiale.

Sur l'accès aux droits, l'association IPC (dont les centres réalisent les examens périodiques de santé) a présenté lors d'un atelier de deux heures le bilan de santé gratuit de l'Assurance maladie.

Enfin, huit ateliers d'art-thérapie ont été organisés, sur la prise de conscience et la valorisation de l'image de soi, avec des outils comme des collages ou des sculptures sur argile.

En parallèle, le centre social et culturel La Traverse a proposé des ateliers « piscine », « apprentissage du vélo » et des cours de gym 2 soirs par semaine animés par l'Union nationale des centres sportifs de plein air (UCPA).

Une quinzaine de femmes participent régulièrement aux ateliers. Elles sont accompagnées par la coordinatrice famille du centre social. Leurs demandes concernent souvent la nutrition. Les ateliers d'art-thérapie plaisent beaucoup, l'outil « improvisation théâtrale et jeux de rôle » est apprécié et un projet « théâtre » est en émergence.

Suite à ces divers ateliers, des groupes de travail plus restreints, destinés à construire des programmes spécifiques, ont été organisés autour de 2 thématiques : les cancers féminins et le surpoids.

2009-2015 : La consolidation du groupe « surpoids »

Alors que des ateliers d'information (« Qu'est ce que le Diabète, comment le prévenir ? » ; « Cholestérol : bonnes et mauvaises graisses », « Alimentation et beauté », « Ménopause et Contraception ») se poursuivent, des femmes motivées pour perdre du poids et déçues par des tentatives individuelles constituent, début 2009, un groupe de travail « surpoids ». Ce groupe est limité à 10 participantes, animé par une diététicienne de la direction de la santé publique de Nanterre et se réunit tous les mois.

Objectifs du groupe de travail « surpoids » :

- Organiser un groupe de travail avec des femmes sur les régimes ;
- Permettre aux femmes d'acquérir des connaissances en nutrition afin d'équilibrer elles-mêmes leur alimentation dans un objectif de perte de poids ;
- Partager les savoirs et savoir-faire de chacune lors des ateliers de cuisine ;
- Adapter les recettes de cuisine familiales à une alimentation équilibrée.

Les femmes s'engagent à venir régulièrement aux séances au cours desquelles elles apprennent à composer des menus équilibrés, à déjouer les pièges, à lire les étiquettes... Différents outils sont utilisés (livre de recettes équilibrées, brochures...). Une pesée est proposée au début de chaque séance.

Le rôle du groupe est important pour se motiver et s'encourager, sans jugement, dans un climat de bienveillance. Une complicité et une confiance se créent au sein des groupes et les femmes peuvent s'exprimer librement.

Des ateliers de cuisine conviviaux sont proposés pour mettre en pratique les nouvelles connaissances et partager des recettes (adaptation des recettes traditionnelles). Les nouvelles habitudes alimentaires des femmes leur permettent aussi de mieux équilibrer les repas des enfants.

Les femmes peuvent bénéficier également, de séances de sport et de relaxation, complémentaires à la diététique, dispensées dans les centres sociaux et culturels. Pour certaines, c'est la première fois qu'elles font du sport depuis des années. Peu à peu, avec une intervenante de l'UCPA qui s'adapte et les

motive, elles y prennent goût et suivent les cours « avec assiduité et plaisir. C'est aussi un moment pour elles, loin des soucis quotidiens », comme le note la diététicienne.

Fin 2009, 8 femmes ont participé assidument au projet. Certaines ont perdu du poids, d'autres se sont stabilisées. Elles ont apprécié l'effet de groupe qui les (re)motivait à chaque séance. 3 d'entre elles ont même décidé de courir ensemble 2 matins par semaine à 6h.

La dernière séance a pris la forme d'un théâtre-forum où elles devaient mimer un rendez-vous chez la diététicienne. Cette animation a permis de faire le point sur leurs connaissances et de constater que les messages ont été compris et intégrés (groupe d'aliments, conception de menus, apports nutritionnels des aliments...).

En 2011, un projet théâtre est mis en place avec l'art-thérapeute qui vient animer des ateliers une fois par mois. Les femmes ont souhaité monter une pièce de théâtre avec des scénettes qu'elles ont écrit sur les sujets qui les préoccupent : « la mammographie », « la peur du regard des autres », « le rôle de la femme au foyer », « l'amitié », etc... Une représentation a été faite, en petit comité, réservée aux femmes fréquentant le centre social. Ce travail a soudé les deux groupes.

En dehors des ateliers, les femmes continuent de se fréquenter et notamment de pratiquer la marche rapide ensemble.

Leurs connaissances et pratiques en nutrition se sont améliorées, d'où le projet de transformer les séances mensuelles en ateliers de cuisine. Il s'agit d'un moment convivial qui comprend aussi des temps d'échanges et de conseils et un suivi individuel. Quelques femmes ont quitté le groupe parce qu'elles ont retrouvé un emploi à temps plein.

Elles bénéficient aussi de séances de socio-esthétique (apprendre à faire un soin du visage, choisir ses vêtements), animées par une socio-esthéticienne diplômée, afin de s'approprier et accepter la nouvelle image de leur corps (et de leur visage) modifiée par la perte de poids.

Soudé et motivé, le groupe a intégré d'autres actions de l'ASV, notamment la réalisation d'outils de communications (pompons, décorations, posters, ...) pour Octobre Rose.



Fin 2012, un nouveau groupe de 6 femmes est créé à la demande des usagers du centre social. Ce groupe ne prendra pas le même chemin que le premier car les femmes n'ont pas réussi à amorcer la perte de poids pour des raisons variées (problèmes personnels, manque de motivation, de temps, d'assiduité, etc...). Il a manqué un effet de groupe positif : elles étaient plus dans l'attente d'un suivi de

régime classique que dans une dynamique de groupe. La mise en place d'ateliers de relaxation et de socio-esthétique n'a pas permis le déclic de « prendre soin de soi ».

Début 2013, 3 femmes du premier groupe choisissent de se mettre à la course à pied pour augmenter leur activité sportive. Elles se retrouvent 2 fois par semaine à 5h30 du matin afin de pouvoir être disponible quand leur famille se lève.

En juin 2014, le second groupe s'arrête. En revanche, le premier groupe continue de se rencontrer tous les mois autour d'ateliers de cuisine ou de sorties marches.

Les femmes forment le projet de créer une association proposant des cours de gym et de zumba sur leur quartier, afin que leurs voisines découvrent « *elles-aussi les bienfaits de l'activité physique, que ce soit sur leur silhouette ou dans leur tête* » comme elles l'expliquent.

En février 2015, l'association « Feel Good & Move It » est créée et propose 2 cours de zumba/fitness par semaine dans une salle municipale. Au bout de trois mois, une vingtaine de femmes sont déjà inscrites. Afin de présenter leur projet, elles ont animé un stand sur la santé des femmes et les bienfaits de l'activité sportive, lors d'une fête de quartier. Elles ont aussi produit une brochure avec leurs conseils pour manger équilibré et pratiquer une activité sportive régulière.

En 2015, les ateliers de cuisine se poursuivent, les femmes fréquentent assidument les cours de sport de leur association ainsi que ceux du centre social.

Pour s'ouvrir aux autres, elles souhaitent aussi proposer en 2015 un atelier de cuisine le mercredi après-midi réunissant des mères et leurs enfants afin de leur apprendre à faire des goûters équilibrés.

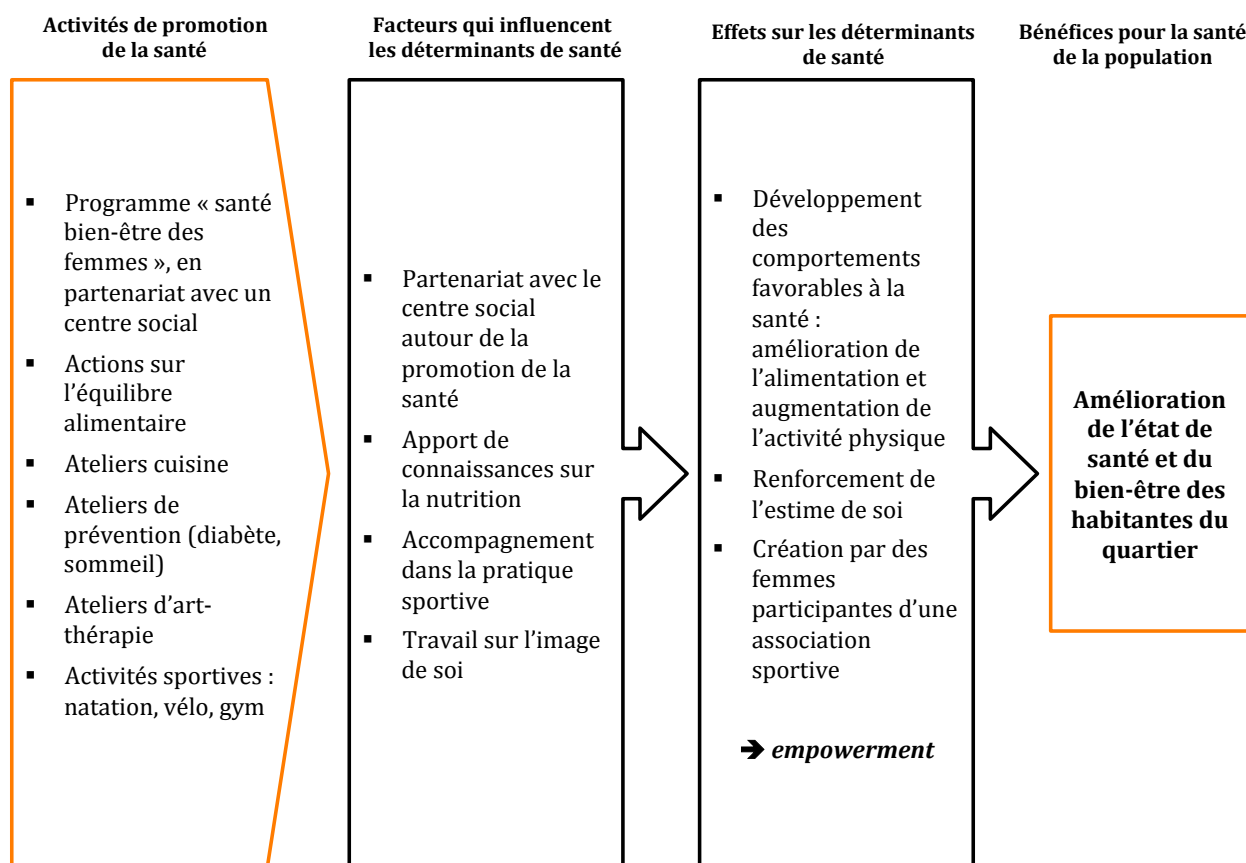
Le principal atout de ce projet est le lien créé entre les participantes, grâce à des rendez-vous réguliers, qu'ils soient sportifs, diététiques ou culinaires. Non seulement des effets sur leur état de santé physique ont été constatés, mais le lien créé a aussi augmenté leur assurance et leur confiance en elles.

Résultats

- Globalement, l'objectif de perte de poids de chacune est atteint sauf pour 2 participantes (grossesse pour l'une, problèmes de santé pour l'autre).
- Parmi les 7 femmes présentes en 2015, 5 étaient obèses et 2 en surpoids au début du projet (2009-2010) :
 - à ce jour, 4 sont en surpoids et 3 ont un IMC « normal » ;
 - diminution de leur taux de masse grasse et augmentation de leur masse musculaire ;
 - pour 3 d'entre elles, les bilans lipidiques sont redevenus normaux ;
 - pratique sportive devenue quotidienne (en septembre 2014, 2 femmes participent avec une équipe de la mairie de Nanterre à la course « La Parisienne », soit 6 à 7 km, récoltant des fonds pour la prévention du cancer du sein).
- De bonnes connaissances en nutrition : la passation d'un quizz a permis de faire un bilan en septembre 2012 (en moyenne 14 réponses justes sur 20) et un théâtre-forum a également mis en lumière l'acquisition de ces nouvelles compétences.

- Renforcement du pouvoir d’agir des femmes participantes :
 - Elles sont devenues force de proposition en demandant des thèmes précis lors des séances d’information ; puis, elles ont ensuite demandé la création du projet spécifique relatif à leur problème de poids ;
 - Certaines ont intégré le conseil d’administration de leur centre social et culturel et d’autres sont devenues bénévoles ;
 - Elles ont peu à peu pris de la distance avec l’aide apportée par la coordinatrice famille de la structure pour gérer de façon autonome leur groupe en devenant « référentes » du projet bien-être ;
 - Elles ont proposé et élaboré des tables d’hôtes pour 100 personnes pour financer ce projet, animé des stands sur les fêtes de quartier ;
 - Elles ont créé leur propre association pour partager avec d’autres femmes leur projet bien-être.

Synthèse des résultats, à partir de l’outil de catégorisation des résultats (réalisation : PnrASV)



Bonnes pratiques

- Un accompagnement soutenu et fréquent (rencontres très régulières - 1 fois par mois).
- Un soutien bienveillant de l'animatrice diététicienne.
- Pas de discours normatif : une prise en compte des cultures et habitudes alimentaires de chacune.
- Une évolution des ateliers en fonction des demandes des participantes.
- Un effet d'entraînement du groupe dans la motivation des participantes : absence de jugement, entraide, soutien.
- Mobilisation des femmes dans les instances des centres sociaux.
- Un soutien de l'équipe ASV à la création de l'association (notamment pour les demandes de subvention).

Paroles d'acteurs

« *C'est le meilleur exemple sur Nanterre d'une démarche progressive et participative de promotion de la santé.* » Émilie Jouanneau, coordonnatrice ASV

Contact

Delphine DESPINOY, diététicienne public adulte, service Prévention santé de la ville de Nanterre, delphine.despinoy@mairie-nanterre.fr, 01.55.69.14.31

Atelier santé ville des vallées du GIER, ONDAINE et de la ville d'ANDRÉZIEUX-BOUTHÉON (Saint-Étienne métropole)

« Améliorer l'accès au droit commun (CMU/CMU-C) par la formation des acteurs de terrain et une communication originale auprès des habitants »

Objet du projet

Cherchant à améliorer le taux de recours aux dispositifs CMU et CMU-C, l'Atelier santé ville du Gier-Ondaine-Andrézieux-Bouthéon porté par la communauté d'agglomération Saint-Étienne Métropole est intervenu à deux niveaux :

- la création de supports de communication originale s'adressant directement aux publics éligibles en s'appuyant sur l'expertise d'un designer de l'information ;
- la formation des structures de proximité aux dispositifs CMU-CMU-C et à la notion de précarité pour faciliter l'activation des droits.

➔ **PROBLÉMATIQUE : comment améliorer les taux d'accès à la CMU et CMUC dans des territoires périurbains et ruraux ?**

[Mots-clés : accès aux droits et aux soins ; partenariat et réseau ; participation des habitants ; public précaire ; Rhône-Alpes]

[Axe stratégique de la Charte d'Ottawa visé : Renforcer l'action communautaire]

Présentation de l'ASV

Structure porteuse de l'ASV : Communauté d'agglomération Saint-Étienne Métropole (direction de l'aménagement du territoire / service Solidarités)

Co-financements de l'ASV : DDCS, communauté d'agglomération

Ressources humaines : 0,4 ETP

Coordonnatrice actuelle ASV en poste depuis : 2014 (cheffe de projet politique de la ville sur le même territoire depuis 2007)

Historique et contexte : Géographiquement, la communauté d'agglomération Saint-Étienne Métropole est composée de trois entités : la ville centre de Saint-Étienne, la vallée de Gier et la vallée de l'Ondaine. Le territoire fait face au déclin de son économie historiquement industrielle.

La ville centre ayant créé son ASV dès 2004, la communauté d'agglomération a souhaité, dans le cadre de sa compétence Politique de la Ville, en développer un sur ses territoires non couverts, en 2009, afin d'assurer « une certaine équité ». C'est pourquoi, l'ORS Rhône-Alpes et la communauté d'agglomération ont réalisé un diagnostic santé en 2009 assorti de priorités et suivi d'un premier

programme d'actions en 2011. La coordination de l'Atelier santé ville est assurée par la cheffe de projet politique de la ville, à hauteur de 40% de son temps de travail.

Depuis 2013, le pilotage de l'ASV ne s'appuie plus sur une instance dédiée mais sur le comité de Pilotage du contrat de ville (anciennement CUCS) afin de maintenir la mobilisation des acteurs d'ores et déjà très sollicités et développer la santé comme un axe transversal à l'ensemble des thématiques de la politique de la ville.

Intégration dans la politique de la ville : l'ASV constitue une « cheville ouvrière » du volet santé de la politique de la ville dans le contrat de ville de l'agglomération 2015-2020.

Autres dispositifs locaux en santé publique : la ville de Saint-Etienne dispose d'un CLS, mais il n'y a pas de CLS à l'échelle de la communauté d'agglomération.

Éléments-cadre du projet présenté

Échelle d'intervention du projet : les vallées du Gier et de l'Ondaine et la ville d'Andrézieux-Bouthéon (étendue à la ville de Saint-Étienne pour la diffusion des supports de communication créés)

Pilote du projet : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Rhône-Alpes, en partenariat avec l'ASV

Partenaires du projet : services de l'État (DDCS et délégué du préfet), ARS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes, Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), un Centre communal d'action sociale (CCAS), un Centre social, Cité du design

Public cible : d'une part, les structures de proximité (centres sociaux, épiceries sociales et solidaires, Maisons des jeunes et de la culture, ...); d'autre part, les personnes éligibles à la CMU/CMU-C n'activant pas leurs droits

Durée du projet : formations en septembre 2014 ; conception des supports de communication de décembre 2014 à septembre 2015 ; déploiement en cours

Co-financements du projet : DDCS, ARS, communauté d'agglomération

Ressources humaines dédiées au projet (hors coordination ASV) : 0,15 ETP de l'IREPS Rhône-Alpes + une mission de design confié à l'Atelier Barbichette, encadrée par la Cité du design

Histoire du projet

Améliorer l'accès aux droits par la pédagogie et l'information

En 2013, lors des « États généraux de l'aide alimentaire » (financés par l'ARS Rhône-Alpes), des structures de proximité accueillant des publics vulnérables ont exprimé un manque de connaissance fine des dispositifs de protection sociale de droit commun, leur complexité les empêchant d'accompagner les publics en difficulté. L'ASV s'est saisi de cette demande et a co-construit un projet porté par l'IREPS en lien avec la CPAM.

Des données locales sur l'accès aux droits et le recours aux soins n'étant pas disponibles, les partenaires (ASV, IREPS, CPAM, préfecture, ARS) ont choisi de reprendre à leur compte les statistiques nationales (20% du public éligible à la CMU et CMU-C n'ouvriraient pas leurs droits), estimant que le territoire de Saint-Étienne Métropole ne faisait pas exception.

L'ASV s'est alors donné comme objectif stratégique d'améliorer l'accès aux soins des publics en situation de précarité, via l'amélioration du recours aux dispositifs de droit commun (CMU, CMU-C, ACS⁶³), décliné en objectifs opérationnels :

⁶³ Couverture maladie universelle, Couverture maladie universelle complémentaire, Aide au paiement d'une complémentaire santé

- Permettre aux acteurs concernés par les publics en situation de précarité d'accompagner vers les dispositifs CMU-CMU-C : clarifier la notion de précarité et mieux identifier les conditions d'intervention auprès des publics concernés ;
- Répondre, par le design, à la question de l'accompagnement des personnes en difficulté vers un accès aux différents dispositifs de soin ou de prévention telle que la CMU : créer des supports simples et clairs qui pourront permettre de faciliter l'accès à la CMU et la prise en charge des populations, non plus seulement dans une phase de soin, mais aussi dans une phase de prévention.

Volet 1 : Des formations aux dispositifs CMU et CMU-C des acteurs en lien avec les publics en situation de précarité

Sur un format d'une journée, trois sessions de formation ont eu lieu (deux sur le territoire de l'Ondaine, une sur le Gier), à destination des acteurs locaux qui sont en lien avec les publics précaires (centres sociaux, épiceries sociales et solidaires, ...). Animées par l'IREPS et la CPAM, elles portaient sur les représentations de la pauvreté et les explications des conditions d'accès aux dispositifs CMU (couverture maladie universelle), ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) et AME (aide médicale de l'État), illustrées par des cas concrets.

Pour mobiliser les acteurs, un travail de relance téléphonique et par mail a été réalisé par l'ASV, la déléguée du préfet et la DDCS. Le nombre de participants a été moindre que prévu : cela peut s'expliquer par le fait que ce sont des petites structures de proximité ayant peu de ressources humaines et de temps. Cela dit, les participants présents étaient très motivés et deux d'entre eux ont intégré le groupe de travail dédié au deuxième volet du projet.

Volet 2 : Des supports de communication auprès des habitants

La réalisation de supports de communication répond au besoin de proposer une communication adaptée à un public souvent peu réceptif aux messages écrits traditionnels. Ainsi, les supports doivent répondre aux objectifs suivants :

- Permettre aux publics de se familiariser et mieux comprendre l'univers de la protection sociale, en évitant toute caricature et toute stigmatisation ;
- Permettre aux publics de repérer les ressources et relais pour l'accès à la CMU et CMU-C.

Le design comme méthode de conception d'outils adaptés

En partenariat avec la [Cité du design](#), implantée à Saint-Étienne depuis 2009, un groupe de travail a construit une campagne de communication originale visant à faciliter l'accès aux droits. Ce groupe réunit, au côté de la coordinatrice ASV, le pilote de l'IREPS, le pilote de la Cité du design, des représentants de la CPAM, de l'ARS, de la préfecture (Direction départementale de la cohésion sociale), ainsi que la responsable du secteur adultes d'un centre social et la directrice adjointe d'un CCAS. Pour mener à bien ce projet, une designer chargée de mission a été recrutée et supervisée par la Cité du design et l'IREPS (pour une mission estimée à 30 jours sur le premier semestre 2015). L'offre décrit la mission comme suit :

« Le designer aura pour mission de répondre, par le design, à la question de l'accompagnement des personnes en difficulté vers un accès aux différents dispositifs de soin ou de prévention tels que la couverture maladie universelle (CMU). L'enjeu majeur est de créer des supports simples et clairs qui pourront permettre de faciliter l'accès à la CMU, et de fait, permettre aussi la prise en charge des populations non plus seulement dans une phase de soin, mais aussi dans une phase de prévention de la maladie. Les éléments qui seront imaginés devront pouvoir être compris par tous, quelles que soient les difficultés de chacun (difficulté de lecture, d'écriture, personnes socialement démunies, ...). »

La méthode de conception, classique chez les designers, n'est pas nécessairement portée vers la seule production d'objet et s'est déclinée en 4 temps : **comprendre** (aller à la rencontre des acteurs du

terrain et des usagers), **concevoir** (imaginer les supports graphiques et leurs scénarios d'usages), **produire** (matérialiser les supports imaginés), **expérimenter** (tester les supports auprès des acteurs de terrain et des usagers, imaginés dans les lieux qu'ils fréquentent tels que épicerie sociale, PASS, missions locales, CCAS, ...). Une phase courte d'observation et de prise de connaissance du terrain, avec la rencontre de professionnels et d'usagers, a été organisée en amont de la phase de conception.

Trois supports de communication ont été conçus en 2015, pour trois types de public :

- Pour toucher une cible élargie, seront distribués auprès de boulangers partenaires et de supermarchés discount (contacts en cours) des supports d'emballage présentant des pictogrammes liés à la santé et le message « Bon sang, prends soin de toi ! ». Le but est de susciter la curiosité et la discussion ;
- Auprès des jeunes et des étudiants, des sacs en toile (avec le message « Ramène la couverture à toi ») informeront que « la CMU est un droit pour tous ». Ces sacs seront distribués par les missions locales et l'université à la rentrée 2016. ;
- Auprès des publics à faibles revenus, des cartes à gratter dévoilant le message « La CMU est un droit pour tous », accompagné d'un contact relais, seront distribuées. Cela nécessite un travail en amont pour mobiliser les acteurs de terrain en lien avec les publics précaires qui pourront distribuer ces cartes, informer et orienter efficacement les personnes. À cette fin, deux réunions ont été organisées avant le lancement de l'outil, auprès des chefs de projet politique de la ville, des centres sociaux, des MJC, des référents du PLIE, des CCAS, des épicerie sociale et solidaires, d'associations de prévention...

Illustrations des outils

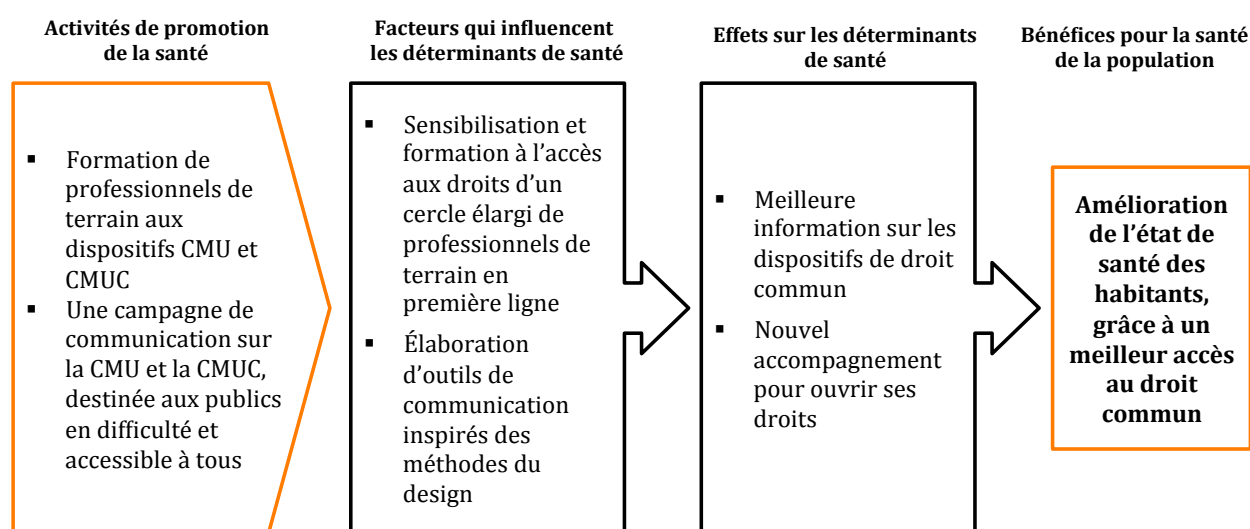


Ces différents outils seront déployés à partir de 2016 sur des sites expérimentaux : une ville sur chacune des vallées Gier et Ondaine et le centre-ville de Saint-Étienne. Ces choix territoriaux ont été motivés par l'implication forte des deux personnes de terrain « expertes » associées à la démarche (la responsable du secteur adultes d'un centre social et la directrice adjointe d'un CCAS) ; le déploiement sur la ville de Saint-Étienne s'opérera en partenariat avec l'ASV de la ville.

Résultats

- Accueil très favorable des participants aux formations IREPS/CPAM : forte sensibilisation et formation des professionnels de proximité à l'accès aux droits.
- Moins de participants que prévu aux formations IREPS/CPAM.
- Mise en réseau d'acteurs institutionnels et de terrain.
- Des supports de communication conçus, en cours de déploiement auprès d'habitants.

Synthèse des résultats, à partir de l'outil de catégorisation des résultats (réalisation : PnrASV)



Perspectives pour ce projet

- Un déploiement des trois outils de communication sur trois sites de l'agglomération, dont la ville-centre (partenariat avec l'ASV de Saint-Étienne).
- Une observation réalisée par une sociologue (accompagnée par la Cité du design) pour définir quels sont les impacts des supports de communication imaginés et suivre les usagers qui franchiront le pas d'accéder aux droits type CMU.
- Un recrutement de médiateurs santé (1,5 ETP), pilotés par la mutualité de la Loire, coordonnés par la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) du CHU de Saint-Étienne, pour accompagner l'accès au droit et notamment le déploiement des supports de communication. Ces postes expérimentaux sont financièrement soutenus par l'ARS, la DDCS, la communauté d'agglomération et la ville centre.
- Appui sur les futurs conseils citoyens comme espace de discussion à partir des supports de communication.

Perspectives sur la thématique de l'accès aux droits

- Inscription de l'amélioration de l'accès aux droits et aux soins parmi les objectifs stratégiques du contrat de ville 2015-2020 : « Créer des synergies et outils innovants pour faciliter l'accès aux droits et l'accompagnement vers le soin en lien avec les populations ».
- Appui sur l'agence d'urbanisme pour produire tous les 2-3 ans, une note santé à partir de quelques indicateurs.
- Expérimentations de la CPAM pour favoriser l'accès aux droits, dans le cadre du Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions, des ruptures (PLANIR).

Bonnes pratiques

- Complémentarité entre formations des structures de proximité et communication directe à destination du public visé par le projet.
- Connaissance des ressources des acteurs du territoire.
- Méthode collaborative et expérimentale du design thinking.
- Partenariat original avec un acteur fort du territoire : la Cité du design.

Paroles d'acteurs

« Il faut espérer que ces outils et cette démarche puissent être essaimés par la suite sur d'autres territoires en vue de favoriser l'accès au droit à partir de messages moins stigmatisants. » Anne Fouvet, coordonnatrice ASV

Ressources bibliographiques

- [Bibliographie sur le non-recours aux droits](#)

Outils créés

- [Présentation du projet issu du partenariat avec la Cité du design](#)

Contacts

Anne FOUVET, Cheffe de projet politique de la ville et coordonnatrice ASV, a.fouvet@agglo-st-etienne.fr, 04.69.66.08.19

Encadrants du projet :

Mohamed BOUSSOUAR, Directeur des programmes IREPS Rhône-Alpes, mohamed.boussouar@education-sante-ra.org

Blandine FAVIER, chargée de projets Cité du design, blandise.favier@citedudesign.com

Atelier santé ville de SAINT-NAZAIRE

« Des Forums Santé Bien-être itinérants pour favoriser l'accès aux droits et aux soins »

Objet du projet

Face au non-recours aux droits et aux soins des publics précarisés, l'Atelier santé ville de Saint-Nazaire a développé des partenariats et une programmation d'actions pour toucher largement les habitants. Trois Forums Santé Bien-être ont eu lieu sur trois sites différents, avec des animations adaptées à chacun des territoires.

➔ **PROBLÉMATIQUE : comment informer les populations les plus vulnérables sur leurs droits de santé et améliorer le taux de recours à la CMU ?**

[Mots-clés : accès aux droits et aux soins ; diagnostic partagé ; partenariat et réseau ; Pays de la Loire ; public précaire]

[Axe stratégique de la Charte d'Ottawa visé : Développer les aptitudes individuelles]

Présentation de l'ASV

Structure porteuse de l'ASV : Commune de Saint-Nazaire (Direction de l'action sociale et des personnes âgées)

Co-financements de l'ASV : DDSCS, ville

Ressources humaines : 1,5 ETP

Coordonnatrice ASV actuelle en poste depuis : 2011

Historique et contexte : Comptant 67 000 habitants, Saint-Nazaire est une ville portuaire, marquée par les stigmates de la Seconde Guerre mondiale. C'est l'une des villes françaises où les écarts de richesse sont les moins importants. La ville comptait 9 quartiers prioritaires, soit environ 25 000 habitants, avant 2014 (elle en compte 3, avec 8 000 habitants suite à la réforme de la géographie prioritaire).

L'Atelier santé ville, créé en 2007, a été rattaché au sein du service Prévention de la délinquance de la ville. Depuis 2011, il est intégré au CCAS, dans la Direction de l'action sociale et des personnes âgées, et est coordonné par une chargée de mission et un poste à mi-temps de secrétariat. Il veille à agir en priorité sur les quartiers de la politique de la ville, mais élargit si nécessaire ses actions à l'échelle de la ville suite aux constats de poches de précarité hors des périmètres administratifs.

Intégration dans la politique de la ville : Le contrat de ville de l'agglomération nazairienne 2015-2020 reconnaît le rôle de l'ASV de Saint-Nazaire comme pilote du volet santé de la politique de la ville, en cohérence avec les axes prioritaires du CLS.

Autres dispositifs locaux en santé publique : Un Contrat local de santé a été signé en octobre 2015. Il s'organise autour de trois axes : améliorer l'accès aux droits et à la santé, développer la prévention et promouvoir une santé durable, renforcer les ressources des acteurs du territoire. L'ASV est en charge de sa coordination.

Éléments-cadre du projet présenté

Échelle d'intervention du projet : ville

Partenaires du projet : CPAM Loire Atlantique, CARSAT Pays de la Loire, Conseil départemental de Loire Atlantique, centre d'examen de santé de Loire Atlantique, Secours Populaire français, Restaurants du Cœur, maisons de quartier, centre information jeunesse (CIJ), associations locales

Public cible : habitants des quartiers prioritaires, dont personnes précarisées n'ayant pas recours aux soins ou y renonçant

Durée du projet : programmation sur 2 ans (2012-2013)

Co-financements du projet : CUCS (appel à projets 2012)

Histoire du projet

Une interpellation des professionnels sur le non-recours et le renoncement aux soins

En 2011, le comité technique de l'ASV, réunissant une vingtaine de partenaires (dont le centre hospitalier, le Conseil général, l'Éducation nationale, des associations, le CCAS, le service social de la CARSAT, ...), a fait le constat d'un taux important de non-recours aux soins ou de renoncement aux soins. Ces partenaires ont établi un lien entre le non-recours aux soins et l'accès aux droits : dans leur pratique, ils ont pu constater des problèmes de santé sur un public qui ne consulte pas des professionnels de santé, parce que les frais sont trop importants et/ou parce que leurs droits ne sont pas ouverts. Par exemple, alors que le centre d'examen de santé de la CPAM de Loire Atlantique est situé à Saint-Nazaire, celui-ci accueille proportionnellement plus de personnes extérieures à la ville. Le centre d'examen de santé, à partir de données sur la provenance et le profil des patients demandant un bilan de santé (grâce aux questionnaires EPICES), a montré que plus les personnes étaient dans des situations de vulnérabilité, plus la démarche pour accéder aux soins était difficile.

Ces constats ont été affinés en 2012 au sein d'un groupe de travail composé d'acteurs institutionnels. De ce groupe, a émergé le projet de programmer des « forums santé bien-être itinérants ».

En 2013, l'Observatoire régional de la santé (ORS) de Loire-Atlantique a réalisé un diagnostic sur la base d'indicateurs quantitatifs sur l'état de santé des Nazairiens, qui a conforté le retour d'expérience des professionnels sur les difficultés d'accès aux droits et aux soins.

Des Forums santé bien-être itinérants pour favoriser l'accès aux droits et aux soins

Les publics visés sont invisibles pour un certain nombre de structures (droits non-ouverts, non-recours aux soins). Cela a orienté le choix de proposer des forums sur des sites non institutionnels (d'autant que des acteurs comme la CPAM ou la CARSAT constataient qu'une partie du public précaire « *a du mal à franchir les portes de la Sécurité sociale au départ. Le premier pas est difficile* », comme le souligne une assistante sociale au service social de la CARSAT des Pays-de-la-Loire).

Objectifs généraux du projet :

- Favoriser l'accès aux droits et aux soins, notamment sur le volet de l'aide à la complémentaire, à la nécessité d'une mutuelle, au bilan de santé, aux dépistages et à la possibilité de consulter ;

- Mieux connaître ses droits et le circuit pour se soigner ;
- Accompagner vers une démarche de prévention primaire et secondaire ;
- Sensibiliser à l'éducation nutritionnelle, à la pratique d'une activité physique et/ou sportive.

Objectifs opérationnels du projet :

- Identifier ses droits par l'information et les conseils transmis par la présence d'acteurs ressources et de supports d'informations adaptés ;
- Mieux connaître l'intérêt et la nécessité d'un bilan de santé et en faciliter l'accès ;
- Proposer une prise de rendez-vous facilitée pour un bilan de santé au centre d'examen santé ;
- Créer une ambiance conviviale avec des temps de rencontres (festif, ludique...) et des collations qui s'adaptent aux caractéristiques du site investi ;
- Envisager un accompagnement dans la reprise d'une démarche de droit commun si besoin.

Le 1^{er} forum santé a eu lieu en octobre 2012, sur une journée. Il était localisé dans les locaux de distribution alimentaire du Secours populaire. Ce site, hors d'un quartier prioritaire, a été choisi car une permanence sociale du CCAS était implantée de façon expérimentale et faisait le retour d'une grande précarité et de besoins en matière d'accès aux droits. Il a permis de capter un public très précarisé. Le forum était un espace d'information sur les droits CMU, mutuelle... et de prise de contact avec les institutions. 71% des 162 personnes ayant demandé des informations sur les stands vivaient dans les quartiers prioritaires. En amont du forum, une douzaine de bénévoles volontaires des associations caritatives, dont le Secours populaire, ont été formés par la CPAM et la CARSAT sur l'accès aux droits et aux soins, afin qu'ils soient en capacité d'informer et d'orienter au mieux les publics venant à la distribution alimentaire. Quelques mois voire quelques années plus tard, le service social de la CARSAT reçoit toujours des personnes orientées par le Secours Populaire.

Un 2^e forum a eu lieu dans les quartiers Ouest, en mai 2013. Sur une place nouvellement inaugurée, des animations ont été proposées : atelier culinaire, bar à tisanes (animé par un club jeunes), jeux d'animation comme la roue de la santé. Un animateur de la maison de quartier, préalablement formé à cette méthode, a fait office de « porteur de parole » et ainsi recueilli les paroles des habitants à la question « pour vous, c'est quoi la santé ? ». À partir de cette animation, une compagnie de théâtre a improvisé des saynètes.

Enfin, un 3^e forum a eu lieu dans les quartiers Nord, en octobre 2013. La porte d'entrée a été le sport et le bien-être, avec des ateliers d'initiation au chi gong et au basket. Étaient également proposés une tente « beauté mobile », un stand de promotion des fruits et légumes animés par des jeunes du quartier ainsi qu'un atelier arts du cirque.

Des enseignements sur les liens entre impacts du forum et configuration territoriale

Les 3 forums ont eu lieu sur des sites relativement différents afin d'expérimenter plusieurs possibilités (les sites avaient été choisis et priorisés par le groupe de travail). Un bilan a été réalisé avec l'ensemble des partenaires fin 2013.

Le site de distribution alimentaire s'est révélé pertinent par rapport au CUCS (appel à projets) au regard de la provenance géographique du public (71% des personnes ayant fréquenté les stands d'information vivait dans un quartier de la politique de la ville). Cet espace a permis de toucher des personnes en grande fragilité et les animations sont parvenues à capter le public (près de 90% des personnes présentes pour la distribution alimentaire ont demandé des informations sur l'accès aux droits et à la santé).

Les 2 autres forums étaient installés dans les quartiers prioritaires. Du fait d'une configuration en îlots éclatés et peu liés, le forum des quartiers Nord a capté les habitants vivant à proximité du site, en

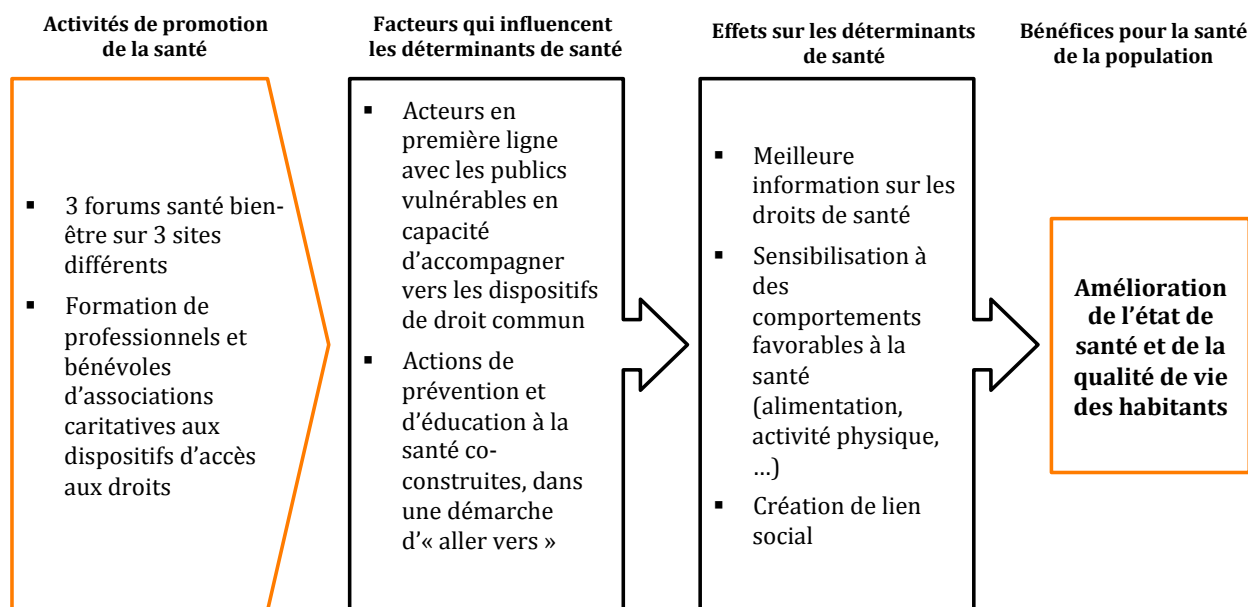
particulier des enfants ; alors que celui des quartiers Ouest a attiré des habitants des différents îlots, grâce à une ligne de bus rapide et un intérêt suite à la récente inauguration de la place. Il a été noté que la diversité des stands a facilité l'émergence de questions concrètes et plus diverses que l'ouverture des droits, et ainsi permis de recueillir les besoins des habitants.

Le groupe de travail a jugé que les objectifs initiaux ont été remplis par la programmation et que la démarche d'« aller vers » les habitants était efficace pour diffuser une information sur l'accès aux droits et aux soins. Par exemple, la CARSAT, dont l'une des missions est d'aller vers les publics les plus vulnérables, a pu rencontrer des acteurs nouveaux (maisons de quartier, associations, office municipal de la jeunesse) et développer des relations et des projets communs.

Résultats

- 46 acteurs mobilisés sur les forums, dont 11 bénévoles et 10 intervenants.
- Formation d'une douzaine de bénévoles des associations caritatives sur l'accès aux droits et aux soins, animée par la CPAM et la CARSAT sur une demi-journée.
- Fréquentation du public : 249 personnes (forum 1 : 162 dont 71% des quartiers CUCS / forum 2 : 60 / forum 3 : 57).
- Public ayant demandé des informations sur l'accès aux droits : 209 personnes (soit 84% du public).
- Un accompagnement vers le droit commun qui se met en place difficilement, par de petites actions.
- Des données sur le profil des patients collectées par le centre d'examen de santé qui ne sont pas partagées avec l'ASV.

Synthèse des résultats, à partir de l'outil de catégorisation des résultats (réalisation : PnrASV)



Perspectives

- De nouvelles actions montées par les partenaires ayant participé aux forums (réunions d'informations au CCAS, formations de professionnels par la CPAM), l'ASV assurant une cohérence et veillant à la poursuite d'un travail collectif.
- Le projet de renouveler la formation auprès des bénévoles des associations caritatives sur l'accès aux droits.
- Une dynamique partenariale fragilisée par des réorganisations de missions, de postes, ou de non-remplacement dans certaines structures.
- Un projet en attente faute de financement : création d'un collectif bien-être porté par des associations (objectif d'un travail micro-local en bas des immeubles : repérage d'habitants relais et ressources sur les questions de santé).

Bonnes pratiques

- Une stratégie d'« aller vers » pour apporter des informations sur l'accès aux soins : public captif du site de distribution alimentaire ou lors d'événements conviviaux (l'information n'est pas apportée dans un lieu institutionnel, ce qui permet de « démystifier » la dimension administrative de la sécurité sociale).
- Une formation des acteurs sociaux les plus proches des publics les plus vulnérables (par exemple, les bénévoles de la distribution alimentaire).
- Une prise en compte de la configuration territoriale pour l'implantation d'un événement de type forum : un lieu « névralgique » et facilement accessible permet une meilleure mobilisation.

Paroles d'acteurs

« L'Atelier santé ville est une démarche permettant des expérimentations qui peuvent apporter une plus-value sur le territoire par sa capacité de fédérer les partenariats et en mobilisant les ressources pour apporter des réponses en matière de réduction des inégalités sociales en matière de santé. Les forums santé en sont un bon exemple. » Pascale Clément, élue adjointe à la prévention et promotion de la santé à la ville de Saint-Nazaire

« Le rôle de la coordonnatrice ASV est primordial dans ce type de projet, pour réunir tous les acteurs partenaires, organiser et coordonner l'ensemble. Cette expérience a été très enrichissante. La formation des bénévoles sur l'accès aux droits a été très importante : ces personnes deviennent nos relais et une ressource pour aider notre institution à aller vers les publics les plus vulnérables. » Catherine Deshayes et Lydie Bidan, assistantes sociales au service social de la CARSAT des Pays-de-la-Loire

Ressources méthodologiques

- Technique d'animation mobilisée lors d'un forum : la méthodologie du porteur de paroles (pour en savoir plus, voir par exemple un [guide publié par la SCOP Le Pavé](#))

Contact

Catherine MARCHAND, chargée de mission santé ville, CCAS de Saint-Nazaire, marchandc@mairie-saintnazaire.fr, 02.40.17.19.88

Chapitre 2/ Des expériences aux plus-values pour les professionnels

Atelier santé ville d'Éragny-sur-Oise : "<i>Mieux vivre ensemble</i>": une formation à la communication non-violente des intervenants en milieu scolaire.....	75
Atelier santé ville de Martigues Port-de-Bouc : Formation-action des étudiants infirmiers (IFSI) en santé publique	79
Atelier santé ville de Strasbourg : Favoriser l'appropriation de la thématique de la santé mentale par les professionnels et les habitants et participer à l'ouverture de l'hôpital sur la ville	84

Atelier santé ville d'ÉRAGNY-SUR-OISE

« *Mieux vivre ensemble* : une formation à la communication non-violente des intervenants en milieu scolaire »

Objet du projet

Face aux constats de mal-être d'élèves par les infirmières scolaires et de situations d'harcèlements, l'ASV a développé un projet de formation à la communication non-violente adressé aux enseignants et autres professionnels intervenants auprès des enfants, dans les écoles élémentaires et les collèges situés en quartier prioritaire. Ces formations ont été possibles grâce à un partenariat avec l'Éducation nationale et différents services municipaux.

➔ **PROBLÉMATIQUE : comment répondre aux problématiques de santé rencontrées en milieu scolaire, notamment les cas de harcèlements ?**

[Mots-clés : Ile-de-France ; partenariat & Réseau ; professionnel ; santé mentale]

[Axe stratégique de la Charte d'Ottawa visé : Créer des environnements favorables à la santé]

Présentation de l'ASV

Structure porteuse de l'ASV : Commune d'Éragny-sur-Oise (Direction des solidarités)

Co-financements de l'ASV : DDCS, Commune

Ressources humaines : 1 ETP pour la coordination de l'ASV et l'animation du CLS

Coordonnatrice ASV actuelle en poste depuis : 2010

Historique et contexte : La ville d'Éragny-sur-Oise promeut, depuis le début des années 2000, des actions de prévention et de promotion de la santé. Pour renforcer la lecture des besoins de la population en santé, un Atelier santé ville est créé en 2007. L'ASV est intégré à la Direction des Solidarités qui comprend aujourd'hui plusieurs pôles : programme de réussite éducative, politique de la ville, CCAS, logement, personnes âgées et handicapées, emploi, centres sociaux et sports. Cette pluridisciplinarité interne à la direction apporte une culture du travail collectif et facilite l'interpellation des différents pôles par l'ASV. En particulier, la réunion hebdomadaire de la direction offre une occasion d'échanges : d'après la coordonnatrice ASV, « *on ne cesse de créer de la cohérence, de la pertinence et de l'articulation. Cela incite à être dans des logiques qui, de fait, sont transversales* ».

La ville compte 12 médecins généralistes dont un cabinet médical pluridisciplinaire et 6 pharmacies, dont certaines très intéressées par la promotion de la santé. Mais 85% des médecins généralistes ont plus de 60 ans, d'où une prévision à moyen terme d'une réduction de l'offre de soins.

Intégration dans la politique de la ville : Le contrat de ville de la communauté d'agglomération de Cergy-Pontoise 2015-2020 développe un volet santé autour de trois axes stratégiques : améliorer la connaissance sur la santé à l'échelle intercommunale notamment sur la santé mentale, renforcer les

initiatives de prévention avec une attention particulière envers les jeunes et les femmes, et adapter le partenariat local en santé en cohérence avec les CLS par des animations dédiées (ASV).

Autres dispositifs locaux en santé publique : Un CLS a été signé avec l'ARS en 2011, dont la finalité est la réduction des inégalités. Une grande part des actions menées par l'ASV a été intégrée au CLS.

Éléments-cadre du projet présenté

Échelle d'intervention du projet : ville

Partenaires du projet : Éducation nationale, collèges, école élémentaire

Public cible : tout professionnel intervenant en milieu scolaire (enseignants, conseillers principaux d'éducation, infirmières scolaires, assistantes sociales scolaires, animateurs périscolaires, agents de restauration, ATSEM) ; indirectement, les élèves

Durée du projet : en développement continu depuis 2010

Co-financements du projet : pour une année, ARS (7 500€) + ville (17 717€) [ce budget comprend la valorisation des temps de travail des agents de la ville formés]

Histoire du projet

Le projet « Mieux vivre ensemble », né en 2010, a vocation à devenir pérenne et a évolué au fil des années, pour gagner en pertinence, en cohérence et en impact.

L'ASV a recueilli le diagnostic partagé d'infirmières de deux collèges dont un situé en quartier prioritaire (également présentes en écoles élémentaires) : elles constataient des carences sur l'hygiène de vie, de l'absentéisme en première heure, des passages à l'infirmerie peu justifiés, des harcèlements, des violences physiques et verbales (entre collégiens, entre adulte et collégien ou entre adultes), des jeux dangereux, ...

La coordonnatrice a fait une rencontre déterminante dans la construction d'un projet répondant aux enjeux de ce diagnostic : une personne formée et qualifiée sur la communication non-violente (CNV) et ancienne infirmière scolaire. Cette rencontre s'est faite par l'intermédiaire de la coordonnatrice du programme de réussite éducative (PRE) qui avait constitué un groupe de jeunes filles auprès desquelles cette professionnelle intervenait. Le projet Mieux vivre ensemble ayant été travaillé avec le PRE, une rencontre entre la coordonnatrice ASV et la professionnelle a permis de confirmer que l'outil CNV était adapté pour répondre aux besoins identifiés. En effet, elle connaissait bien le contexte scolaire pour y avoir travaillé pendant plusieurs années et développait une méthode permettant de développer et/ou renforcer les compétences psychosociales des jeunes.

Selon la définition de l'association pour une Communication non violente-France, cette forme de communication permet de « repérer ce qui, dans notre manière de penser et de communiquer, bloque et génère la violence ou, au contraire facilite la communication et désamorçe les conflits ; développer nos capacités à clarifier ce que nous vivons et à exprimer des demandes claires ; apprendre à 'décoder' l'agressivité de manière à rétablir ou instaurer un dialogue où chacun se sent reconnu »⁶⁴. Le processus de la communication non violente consiste à exprimer un besoin à partir de l'analyse de ses sentiments dans une situation donnée : il s'agit de « cultiver l'écoute empathique », d'après la formatrice.

⁶⁴ [Voir en ligne](#)

Séquence 1 : La première année, la formatrice à la communication non violente est intervenue, sur deux sessions, auprès des collégiens de 6^e et de leurs enseignants des deux collèges de la ville. L'évaluation qui avait été réalisée en présence des représentants des collèges a été partagée dans le cadre du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté de l'un des collèges : les retours des enseignants formés ont été positifs.

Les infirmières scolaires, ainsi que certains parents et professionnels éducatifs (animateurs de la ville), ont souligné que des phénomènes du même type pouvaient être constatés dans les écoles élémentaires. L'ASV a alors fait le choix de « *repositionner l'action plus en amont, pour être davantage dans une approche de prévention* ».

Séquence 2 : Afin de développer le projet dans les écoles élémentaires, l'ASV a travaillé avec l'Éducation nationale : après une présentation à la conseillère pédagogique (connue par l'ASV dans le cadre de la promotion de l'activité physique en milieu scolaire) en présence du PRE, l'inspectrice de l'Éducation nationale (auprès du rectorat de l'Académie de Versailles) a donné son aval pour mener le projet dans une école élémentaire à la rentrée suivante.

Pour mener à bien le projet, il a fallu un temps de préparation avec les équipes enseignantes, puisque la formation vient interroger leur posture professionnelle et leur demande un engagement personnel. C'est pourquoi la coordonnatrice ASV a été présente sur l'ensemble des sites, afin de présenter l'action aux équipes et faire le lien avec la formatrice.

Les formations n'ont plus visé que les enseignants, chargés ensuite de mettre en pratique auprès de leurs classes. Les enseignants ont été formés sur 3 demi-journées (temps libéré par l'Éducation nationale).

Séquence 3 : Pour plus de cohérence, l'ASV a souhaité étendre la formation aux agents municipaux travaillant au sein des écoles ciblées : en effet, vis-à-vis des enfants, pour un meilleur impact de l'action, il est important que l'ensemble des personnels qu'ils côtoient dans le cadre scolaire et extra-scolaire soit sensibilisé à la communication non violente. Ainsi, ont été formés les animateurs périscolaires, les agents de restauration et les ATSEM (agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles). Ces professionnels sont employés par la mairie qui a libéré du temps pour leur permettre d'être formés, sur une demi-journée par mois pendant 11 mois par petit groupe. Les ATSEM et les agents de restauration ayant dû être formés pendant les congés scolaires ont bénéficié de 2 journées de formation.

En 2015, ont été associés aux formations les encadrants des personnels concernés à l'instar de la conseillère pédagogique de l'Éducation nationale qui avait participé à toutes les formations en 2012 et 2013 : elle rapporte que « *cette participation a été très enrichissante et la formation a été un lieu de rencontre professionnelle pour mieux être en lien avec les équipes et leurs difficultés* ». De plus, sa participation lui a permis de connaître les actions menées par le département Sport sur le temps de la ville et de s'y associer.

Enfin, dans un souci de complémentarité de l'offre par rapport aux enfants et aux jeunes, les animateurs des Maisons de quartier ont été formés. Pour la coordonnatrice ASV, « *cela amplifie la résonance de l'action : l'enfant va aller à la garderie avec une personne formée, aller en classe avec une personne formée, aller déjeuner avec une personne formée, puis retrouver une personne formée le soir pendant le temps périscolaire* ».

La formation des parents a été envisagée avec l'association de groupes de parents, mais cela reste difficile à mettre en œuvre, notamment en termes de moyens. Actuellement, les parents sont informés sur l'action. Pour aller au-delà, une piste envisagée est de mobiliser le réseau École et famille⁶⁵ et constituer des groupes de parents-relais.

⁶⁵ En savoir plus sur le réseau École et famille : <http://www.ecoleetfamille.fr/content/tag/parents-relais/>

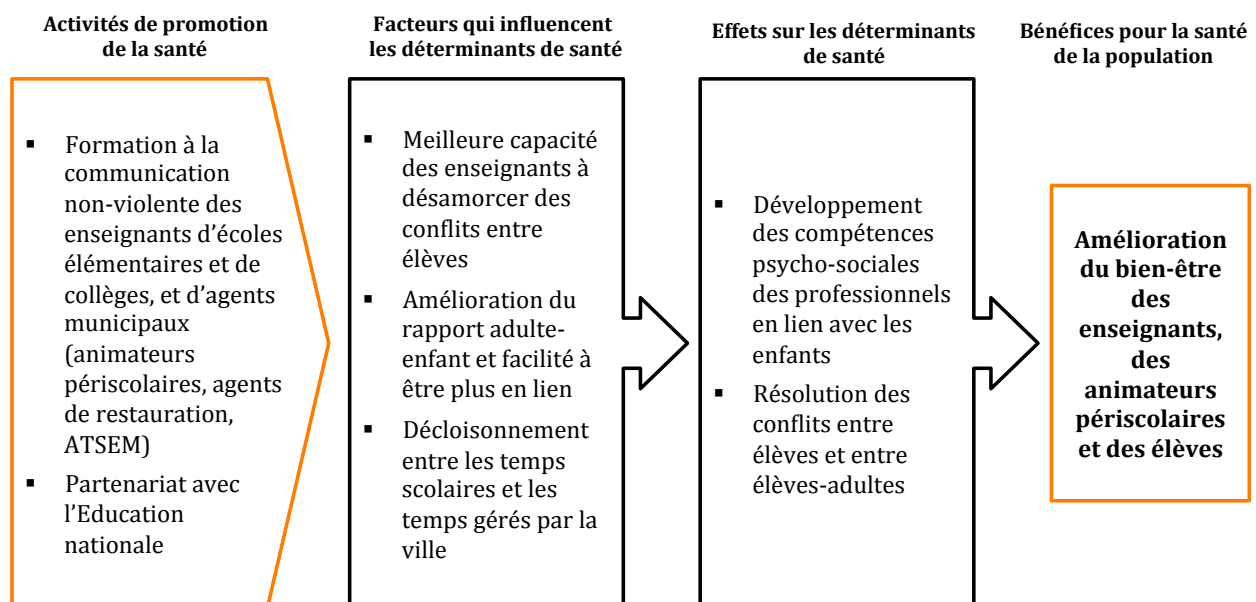
Suite à chaque « séquence » du projet, des évaluations ont été menées avec la formatrice, les encadrants et la responsable des ressources humaines de la ville : ces réunions étaient pensées comme un lieu de bilan et de perspectives.

Le défi à venir est de « rassembler tous les acteurs et définir ensemble des critères objectifs d'évaluation », comme l'explique la coordonnatrice ASV. Afin d'évaluer l'impact de la formation des personnels à la communication non violente sur les élèves, il s'agira de construire une grille d'observation et de lecture.

Résultats

- En 2014, 28 personnes formées à la communication non-violente.
- Retour des enseignants formés : une meilleure capacité à désamorcer des conflits, une facilité à être plus en lien avec les élèves, des enfants plus détendus.
- Retour des animateurs formés : une nouvelle approche des situations grâce à une observation d'eux-mêmes et de leur rapport à l'enfant.
- Retour des infirmières scolaires du collège : pas encore d'effet ressenti, puisque les publics bénéficiaires à l'école élémentaire n'ont pas encore intégré le collège.
- Une meilleure compréhension par les responsables académiques de l'Éducation nationale des difficultés rencontrées par les enseignants.
- Un décloisonnement entre les temps scolaires et les temps gérés par la ville : partenariat entre l'Éducation nationale et la Mairie.

Synthèse des résultats, à partir de l'outil de catégorisation des résultats (réalisation : PnrASV)



Perspectives

- Réunion de l'ensemble des catégories de professionnels formés pour définir une grille d'évaluation commune.
- Relais avec « [Prêt pour la vie](#) »: action menée en partenariat avec le Lions Club. Les agents éducatifs de la ville seront formés à des outils d'animation de groupes d'enfants, qui prennent appui sur la communication bienveillante.

Bonnes pratiques

- Un rôle d'interface de la coordonnatrice ASV entre la formatrice et les professionnels formés
- Un séquençage et un agrandissement du champ d'action : rôle moteur de l'ASV
- Un travail de veille pour adapter la formation aux besoins des professionnels

Paroles d'acteurs

« Je ne suis pas l'expert. Je suis un carrefour : mon rôle est de repérer où et comment mener l'action, et de mettre les prises les unes en face des autres. » Stéphanie Savill, coordonnatrice ASV/CLS

Transfert

Ce type de projet a également été mené à Blois : le diocèse a formé l'ensemble de ses agents à la communication non-violente (8 écoles primaires et 2 collèges) et l'intègre dans la formation initiale des maîtres. Pour en savoir plus, voir en ligne <http://ec41.org/tag/cnv/> et <http://fredemimatal.canalblog.com/archives/2010/10/06/19256917.html>

Voir aussi la [fiche-expérience](#) publiée par le Pôle de ressources Ville et développement social en 2011
« Dépasser les frontières des dispositifs : une démarche croisée entre PRE et ASV »

Contact

Stéphanie SAVILL, coordonnatrice ASV & CLS, ssavill@eragny.fr, 01.34.33.50.36

Atelier santé ville de MARTIGUES PORT DE BOUC

« Formation-action des étudiants infirmiers (IFSI) en santé publique »

Objet du projet

Depuis 2010, en partenariat avec l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), l'ASV Martigues Port-de-Bouc propose aux étudiants infirmiers de 2^e année, dans le cadre de leur module en santé publique, de réaliser une enquête de terrain et une action d'éducation à la santé auprès des publics des structures locales partenaires.

➔ **PROBLÉMATIQUE : comment diffuser les valeurs et méthodes de la prévention et promotion de la santé auprès des professionnels du soin ?**

[Mots-clés : Partenariat & réseau ; Professionnel ; Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Santé globale]

[Axe stratégique de la Charte d'Ottawa visé : Réorienter les services de santé]

Présentation de l'ASV

Structure porteuse de l'ASV : Communauté d'agglomération du Pays de Martigues

Co-financements de l'ASV : DDCS, Communauté d'agglomération

Ressources humaines : 2 ETP

Coordonnateur ASV actuel en poste depuis : 2009

Historique et contexte : Dès 2002, les villes de Martigues et de Port-de-Bouc se sont dotées d'un ASV, avec une déclinaison territoriale pour la mise en œuvre. Les 2 ASV se sont regroupés en 2013, tout en conservant les deux postes de coordination, au sein de la Communauté d'agglomération du Pays de Martigues, à laquelle ont été transférées les compétences « santé » et « politique de la ville ».

Concernant le contexte territorial, la réforme de la géographie prioritaire de 2014 a réduit le nombre de quartiers politique de la ville de 7 à 5 (3 QPV à Martigues, 2 à Port-de-Bouc dont l'un fait l'objet d'un nouveau programme ANRU). Ces QPV représentent 12 022 habitants. Le profil de la population « appelle une intervention en matière d'égalité et d'accès aux droits ».

Intégration dans la politique de la ville : Le volet santé du Contrat de ville de la communauté d'agglomération du Pays de Martigues 2015-2020 est le CLS 2014-2016.

Autres dispositifs locaux en santé publique : Un Plan local de santé publique (PLSP), actualisé en 2010, fixe les objectifs opérationnels de l'ASV et s'articule avec les orientations du Schéma régional de prévention 2012-2016 ainsi que du Plan régional santé environnement 2015-2019. De plus, un CLS complète la politique locale : il est considéré par les signataires comme « la suite logique de la démarche ASV ».

Éléments-cadre du projet présenté

Échelle d'intervention du projet : agglomération

Partenaires du projet : Institut de formation en soins infirmiers (IFSI), acteurs locaux associatifs et institutionnels de différents champs des politiques publiques (social, sanitaire, éducatif, insertion, ...)

Public cible : futurs infirmiers, structures partenaires de l'ASV et, in fine, leurs publics (ex : Maisons de quartier, établissements scolaires, CCAS, PMI, ...)

Durée du projet : sur l'année scolaire, depuis 2010

Co-financements du projet : dépenses de fonctionnement pris en charge par l'IFSI

Histoire du projet

Une opportunité pour renforcer la formation en santé publique des futurs infirmiers

Une réforme du diplôme infirmier⁶⁶, pour l'adapter aux standards de l'Union européenne, a renforcé la dimension santé publique. L'ASV a saisi cette occasion pour construire avec l'Institution de formation en soins infirmiers (IFSI) du Centre hospitalier de Martigues un module de formation proposant aux étudiants en 2^e année de mener par groupe une enquête de terrain et une action d'éducation pour la santé auprès du public d'une structure partenaire de l'ASV.

Le réseau local des acteurs de santé (notamment maisons de quartier, établissements scolaires, centre intercommunal d'action sociale, associations caritatives, ...) est mobilisé dans ce cadre pour apporter des éléments de connaissance aux étudiants, soutenir l'enquête de terrain par la diffusion d'un questionnaire et contribuer aux actions de prévention élaborées par les étudiants.

Des objectifs et des résultats complémentaires pour chaque partenaire

L'objectif d'intervention dans la formation en santé publique des étudiants infirmiers répond tant aux besoins de l'ASV que de l'IFSI. Le projet permet, d'une part pour l'ASV, de former de futurs professionnels de santé, les sensibiliser à la santé publique et à une approche populationnelle et alimenter en continu le diagnostic via le recueil des besoins des habitants ; d'autre part pour l'IFSI, de répondre aux exigences de validation européenne du diplôme infirmier.

Pour ce faire, le projet s'organise en deux temps. Les étudiants étudient et analysent les connaissances, les représentations, voire les comportements de santé d'un type de public (seniors et retraités, adultes en voie d'insertion, enfants, jeunes et lycéens, ...) et recueillent l'expression de leurs besoins de santé. Puis ils construisent des propositions d'actions d'information, de formation et de prévention dans une démarche participative. L'ensemble est validé dans le cadre de l'unité d'enseignement de la formation.

Une formation des futurs professionnels de santé appuyée par le soutien des acteurs locaux

L'ASV choisit une thématique chaque année, en fonction des priorités du Plan local de santé publique (2011/2012 : éducation à la sexualité, à la contraception et prévention des grossesses non-désirées ; 2012/2013 : prévention VIH/IST ; 2013/2014 : habitat et santé). Les étudiants mènent, avec l'appui du réseau local des partenaires de l'ASV, des enquêtes de terrains, par le biais de questionnaires, outils interactifs, ou grilles d'observations afin de recenser les besoins et attentes des publics visés. Puis, suite à l'analyse de ces besoins, ils construisent et animent une action d'éducation pour la santé (par exemple, sur la prévention des accidents domestiques auprès des parents d'enfants de moins de 6 ans), en adoptant une démarche participative (ateliers, jeux, théâtre, ...). Ce travail est encadré par l'équipe pédagogique de l'IFSI, l'ASV et les référents des structures partenaires.

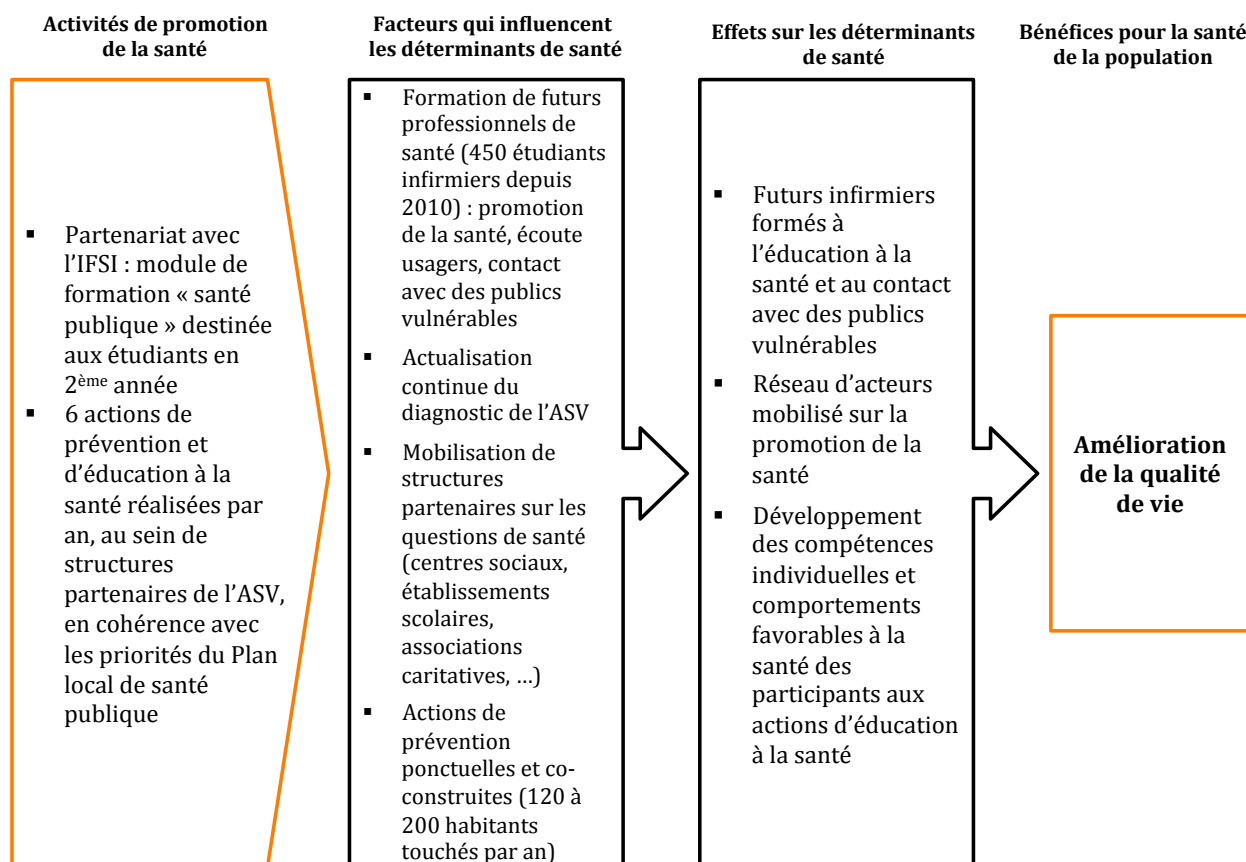
⁶⁶ [Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier](#)

Le projet reconduit chaque année, depuis 2010, suit les étapes suivantes : mobilisation des partenaires locaux par l'ASV et rencontre de préfiguration entre les partenaires (juin N), rencontre des référents de structures avec les étudiants (septembre N), élaboration des questionnaires par les étudiants et transmission à l'ASV et aux partenaires (novembre N), passation des questionnaires auprès des publics (janvier N+1), « action blanche » (présentation par les étudiants des actions de prévention envisagées auprès des enseignants, de l'équipe de l'ASV et des référents des structures) (avril N+1), réalisation des actions – réajustées si besoin – dans les structures (mai N+1), bilan et perspectives (juin N+1).

Résultats

- 120 à 200 habitants touchés par an par les projets des élèves infirmiers.
- 450 étudiants formés depuis 2010.
- Tous les ans, 6 structures sont partenaires de l'action.
- Chaque année, alimentation en continu du diagnostic local de l'ASV grâce aux enquêtes de terrain.
- Projet renouvelé depuis 6 années.
- Dynamique de réseau et appui sur les acteurs locaux.

Synthèse des résultats, à partir de l'outil de catégorisation des résultats (réalisation : PnrASV)



Bonnes pratiques

- Une connaissance des réformes qui changent le contexte institutionnel dans lequel évoluent les partenaires de l'ASV (ici, veille sur la réforme du diplôme infirmier et propositions d'une action pour répondre aux nouveaux besoins de l'IFSI)
- Un apport d'éléments de diagnostic en continu alimentant le PLSP et le CLS
- Une implication de structures de domaines différents (social, sanitaire, éducatif, insertion, ...) sur l'ensemble du périmètre d'intervention de l'ASV
- Une co-construction des actions de prévention, par un encadrement et un suivi partenarial

Paroles d'acteurs

« Chaque structure se positionne selon la thématique. Le partenariat a été rendu possible grâce à une dynamique locale de collaboration historique entre les acteurs du territoire. Le projet ne se fait que par l'adhésion des structures. », Omar Kpodar, animateur du plan local de santé publique de Martigues, chargé de la coordination de l'ASV

Contact

Omar KPODAR, animateur du PLSP sur Martigues, omar.kpodar@paysdemartigues.fr, 04.42.06.90.75

Atelier santé ville de STRASBOURG

« Favoriser l'appropriation de la thématique de la santé mentale par les professionnels et les habitants et participer à l'ouverture de l'hôpital sur la ville »

Objet du projet

Proche des acteurs et créant une dynamique propre à chaque quartier, l'Atelier santé ville a développé des actions visant à déstigmatiser la santé mentale.

À partir d'un projet d'installation d'un établissement psychiatrique, l'ASV a amorcé dialogue et interconnaissance des acteurs sociaux, médicaux et éducatifs.

➔ **PROBLÉMATIQUE : face à un projet urbain mal accepté, comment déstigmatiser la santé mentale ?**

[Mots-clés : Alsace ; partenariat et réseau ; professionnel ; programmation locale ; santé mentale]

[Axe stratégique de la Charte d'Ottawa visé : développer les aptitudes individuelles]

Présentation de l'ASV

Structure porteuse de l'ASV : ville de Strasbourg (service Promotion de la santé de la personne)

Co-financements de l'ASV : DDCS, ville

Ressources humaines : 1,5 ETP

Coordonnateur ASV actuel en poste depuis : 2010

Historique et contexte : L'Atelier santé ville de Strasbourg a été créé en 2004, sur impulsion de l'État, dans un premier quartier. Il s'est doté d'une coordination dédiée en 2010 et s'est étendu progressivement à six quartiers politique de la ville (anciennement les zones urbaines sensibles, ZUS, de priorité 1). Il s'est fixé comme objectif principal de « favoriser les liens, l'échange d'expériences et la construction de projets communs entre les acteurs ». C'est pourquoi son principal levier d'action relève de la coordination entre acteurs de quartier et de l'appui aux structures associatives. La démarche se déploie quartier par quartier.

Intégration dans la politique de la ville : Le contrat de ville de l'Eurométropole de Strasbourg 2015-2020 s'appuie sur le CLS de l'agglomération. Ils partagent tous deux l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Autres dispositifs locaux en santé publique : La ville de Strasbourg et la communauté d'agglomération ont chacun signé un CLS, qui s'appuie sur l'animation territoriale développée par l'ASV.

Éléments-cadre du projet présenté

Échelle d'intervention du projet : d'un à plusieurs quartiers de la politique de la ville

Partenaires du projet : établissement public de santé Alsace Nord (dont le centre médico-psychologique), préfecture, professionnels de santé, associations locales, centre socioculturel

Public cible : professionnels et habitants

Durée du projet : en continu depuis 2011

Co-financements du projet : budget ingénierie et actions de l'ASV

Histoire du projet

Un projet de construction d'un établissement psychiatrique dans un quartier

À partir de 2006, l'établissement public de santé Alsace Nord (EPSAN) lance un projet d'implantation d'un établissement public de santé mentale (EPSM) d'une capacité de 140 lits de psychiatrie générale, à Cronembourg, quartier prioritaire de Strasbourg. À l'occasion de concertations sur le projet de rénovation urbaine du quartier, les habitants font part de leurs craintes aux professionnels intervenant sur le quartier, associations locales ou élus.

Ces inquiétudes ont été relevées dans un diagnostic local de santé mené par l'ASV en 2009. Afin d'agir sur la thématique de la santé et de répondre plus précisément au contexte d'implantation d'un nouvel établissement psychiatrique, l'ASV a pensé un projet en deux temps : l'objectif était de sensibiliser et former les acteurs du quartier et les aider à s'approprier la thématique de la santé mentale (en particulier, intervenants sociaux), puis de sensibiliser et informer la population générale.

Un premier temps de sensibilisation de l'hôpital à l'impact de son implantation dans un quartier

Le premier travail du coordinateur a été de créer des liens avec l'EPSAN. Il a ainsi rencontré différents professionnels de santé (médecin psychiatre chef de service, cadre supérieur de santé...), leur a expliqué la démarche de l'ASV et échangé sur les besoins et ressources de chacun. La prise de contact a été favorisée par une ouverture du médecin psychiatre chef de service à l'idée d'une coordination de proximité dans le quartier, d'autant plus que la psychiatrie avait un intérêt à se rapprocher des acteurs locaux pour faciliter l'acceptation de leur implantation.

Un deuxième temps d'appropriation de la question de la santé mentale par les professionnels

Un an après les premiers contacts, l'ASV a co-organisé avec le centre médico-psychologique (CMP, rattaché à l'EPSAN) et la préfecture du Bas-Rhin une formation à l'intention des travailleurs sociaux, médico-sociaux et intervenants socio-éducatifs du quartier de Cronembourg. Celle-ci visait à apporter un soutien aux professionnels de quartier et amorcer un travail en réseau. Sur trois jours, la formation proposait des apports théoriques sur la santé mentale, puis des échanges entre participants et professionnels de la psychiatrie sur des situations précises. Ces rencontres ont été l'amorce d'un rapprochement entre les professionnels sociaux et psychiatriques.

Un troisième temps d'appropriation de la question de la santé mentale par les habitants

Lors d'une réunion de bilan/perspective sur les formations, le coordinateur, du fait d'une expérience antérieure en la matière, a proposé d'organiser une semaine d'information sur la santé mentale (SISM). Elle avait pour objectifs de sensibiliser les habitants à la thématique de la santé mentale et de maintenir la mobilisation des partenaires.

Une première édition a été organisée, en 2014, dans le quartier de Cronenbourg. En 2015, la programmation d'actions a été étendue aux 8 quartiers politique de la ville constituant le périmètre d'un secteur de psychiatrie.

Un exemple d'action : l'établissement psychiatrique en cours de construction (ouverture prévue fin 2016) s'implantera face à une école primaire. Suite aux inquiétudes exprimées par des parents, deux actions ont été organisées lors de la SISM : une intervention du CMP au sein de l'école lors d'un « café-parents » pour échanger avec les parents, et une formation des enseignant.e.s par une structure d'éducation populaire visant à leur donner des outils supplémentaires pour animer des temps de discussion et de réflexion avec les élèves (sur la différence, la norme, ...).

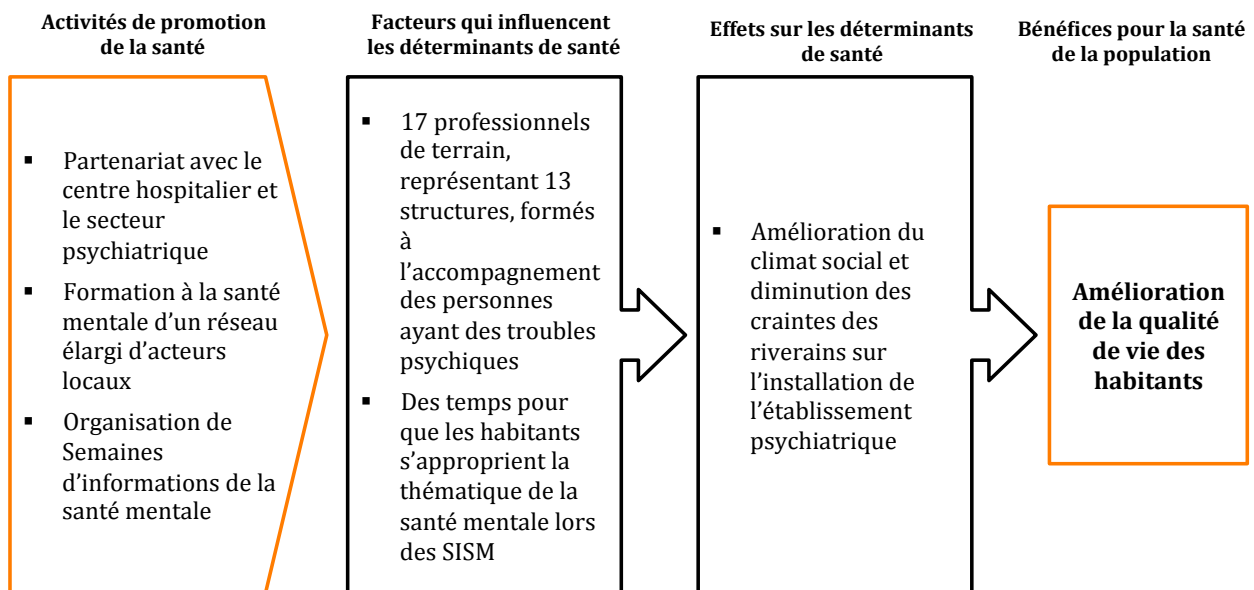
Le coordinateur de l'ASV tire un bilan globalement positif de ce projet en deux temps visant à favoriser une appropriation de la thématique de la santé mentale. L'objectif de développer le travail partenarial est rempli et la dynamique de mobilisation se maintient.

Les inquiétudes des riverains sur le projet d'implantation d'un établissement psychiatrique se sont apaisées (d'après les retours des acteurs du quartier). Cela sera-t-il toujours le cas à l'ouverture de l'hôpital ?

Résultats

- 17 participants professionnels à la formation « Accompagner des personnes présentant des troubles psychiques » (13 structures représentées).
- Édition 2014 de la SISM : sur un quartier prioritaire, 7 actions.
- Édition 2015 de la SISM : sur 8 quartiers prioritaires, 35 actions (dont 9 à destination des collégiens/adolescents).
- Partenaires associés à la SISM : professionnels de santé, EPSAN, centre socio-culturel, collège.
- Participation des habitants variable selon les actions.
- Baisse des plaintes des habitants contre l'implantation d'un établissement psychiatrique.

Synthèse des résultats, à partir de l'outil de catégorisation des résultats (réalisation : PnrASV)



Perspectives

Un passage de relais progressif aux acteurs mobilisés : le CLSM (conseil local de santé mentale), mis en place en 2013 dans le cadre du contrat local de santé à l'échelle de la communauté urbaine de Strasbourg (Eurométropole), a vocation à assurer l'animation de la SISM (probablement dès l'édition 2016, avec l'ambition d'étendre la SISM à l'échelle de la ville). L'ASV continuerait de coordonner les acteurs sur les quartiers politique de la ville, d'accompagner le montage des actions et de soutenir les structures pour qu'elles poursuivent leur engagement sur la santé mentale au-delà de la SISM.

Bonnes pratiques

- Une présence sur le quartier ayant permis de repérer les craintes liées au projet d'installation d'un établissement psychiatrique.
- Une bonne connaissance des acteurs (sanitaires, sociaux et éducatifs) et une disponibilité pour échanger et fixer un objectif commun.
- Une sensibilisation de l'ensemble des acteurs (hôpital compris).
- Un partage entre structures de santé et acteurs sociaux sur leurs représentations de la santé mentale.

Ressources bibliographiques

- Actes des rencontres nationales des Conseils locaux de santé mentale : [Citoyenneté & santé mentale](#) (Paris, 2012), [Ville & santé mentale](#) (Lyon, 2013), [Démocratie & santé mentale](#) (Nantes, 2014)

Contact

Mathieu HILD, coordinateur des Ateliers santé ville, mathieu.hild@strasbourg.eu, 03.68.98.64.41

Chapitre 3/ Des expériences aux plus-values sur les politiques publiques et institutions

Atelier santé ville de Clichy-sous-Bois : D'une programmation d'actions pour amener les jeunes vers l'activité physique à l'intégration de la promotion de la santé dans les projets urbains 89

Atelier santé ville de Lyon : Mobilisation des institutions de droit commun pour améliorer l'accès aux droits en matière de santé..... 95

Atelier santé ville de Valbonne Sophia Antipolis : La mise en place et la modélisation d'un continuum préventif sur les conduites addictives des jeunes..101

Atelier santé ville de CLICHY-SOUS-BOIS

« D'une programmation d'actions pour amener les jeunes vers l'activité physique à l'intégration de la promotion de la santé dans les projets urbains »

Objet du projet

L'Atelier santé ville de Clichy-sous-Bois a monté, en partenariat avec le Comité départemental olympique et sportif de Seine-Saint-Denis et la Mutualité française d'Ile-de-France, un projet global de promotion de l'activité physique des jeunes de 6 à 16 ans. S'appuyant sur une approche socio-écologique, le projet est parvenu à augmenter l'activité physique des jeunes et à sensibiliser le service Urbanisme aux déplacements actifs.

➔ **PROBLÉMATIQUE : comment réduire et prévenir le taux d'obésité infantile préoccupant ?**

[Mots-clés : alimentation & activité physique ; diagnostic partagé ; Ile-de-France ; parent & enfant ; partenariat & réseau ; programmation locale]

[Axe stratégique de la Charte d'Ottawa visé : Créer des environnements favorables à la santé]

Présentation de l'ASV

Structure porteuse de l'ASV : Commune de Clichy-sous-Bois (service Santé)

Co-financements de l'ASV : DDCS, Ville

Ressources humaines de l'ASV : 1 ETP

Coordonnateur ASV actuel en poste depuis : 2005

Historique et contexte : Clichy-sous-Bois compte plus de 30 000 habitants et présente des indicateurs de précarité préoccupants : 65,3% des ménages non-imposables, un taux de chômage à 23,5% chômeurs, 70% des habitants bénéficiaires d'allocations de la CAF). 80% du territoire intègre la géographie prioritaire de la politique de la ville et l'IDH2 (0,23) de la ville est le plus faible du département de Seine-Saint-Denis.

Concernant le champ de la santé, la ville est une zone déficitaire en médecins généralistes. Un ASV a été créé dès 2001 et développe sa programmation à l'échelle de la ville.

Intégration dans la politique de la ville : L'ASV de Clichy-sous-Bois est l'un des pilotes désignés du volet santé du contrat de ville de l'agglomération Clichy-sous-Bois/Montfermeil 2015-2020.

Autres dispositifs locaux en santé publique : Depuis 2012, la ville pilote un CLS qui renforce la démarche ASV. Le CLS compte six axes stratégiques : renforcer l'accès et le recours aux soins ambulatoires, promouvoir des environnements favorables à la santé, poursuivre la politique de

prévention de proximité, mieux prendre en compte la santé mentale, promouvoir l'activité physique auprès des habitants.

Éléments-cadre du projet présenté

Échelle d'intervention du projet : ville

Porteurs du projet : Comité départemental olympique et sportif de Seine-Saint-Denis (CDOS 93), Mutualité Française d'Ile-de-France

Partenaires du projet : Maison de la diététique pour tous, établissements scolaires du 1^{er} et du 2nd degré, structures sociales (centres sociaux, ...), clubs sportifs

Public cible : jeunes de 6 à 16 ans et leurs parents

Durée du projet : 2012-2014

Co-financements du projet : ARS Ile-de-France (2012-2014)

Ressources humaines dédiées au projet : 0,5 ETP de la Mutualité Française + 0,5 ETP du CDOS 93 + 0,2 ETP du coordonnateur ASV

Histoire du projet

Un partenariat fort entre l'Atelier santé ville, la Mutualité française et le CDOS 93

Historiquement, l'ASV de Clichy-sous-Bois a travaillé sur l'activité physique. Ainsi, dès 2001, il a monté un projet suite au constat, pour un certain nombre de jeunes, d'une impossibilité à payer la visite médicale nécessaire à leur inscription dans club sportif. L'ASV avait alors organisé et pris en partie en charge les consultations avec des médecins du sport (accès au certificat médical d'aptitude à la pratique sportive).

L'ASV a aussi des habitudes ancrées de travail avec la Maison de la diététique pour tous et le CDOS 93, en menant des actions conjointes : ateliers de promotion de l'équilibre alimentaire et de saines habitudes de vie au sein des centres sociaux notamment, accompagnement du public et coordination des acteurs locaux sur la thématique du sport-santé, ... Un diagnostic sur la santé des jeunes réalisé par l'ASV (enquête auprès des collégiens, analyse des données des bilans de santé en école maternelle et des centres d'examen de santé de la CPAM 93) avait mis en lumière des problématiques liées à la nutrition et à l'activité physique, notamment une prévalence de l'obésité plus élevée que la moyenne nationale.

En parallèle, l'union régionale de la Mutualité Française d'Ile-de-France a réorienté son action « Bouge... une priorité pour ta santé » initialement dédiée aux collégiens, vers une action plus globale intégrant l'environnement du jeune et les acteurs du territoire, dans le but de favoriser une pratique quotidienne de l'activité physique. Cette évolution s'est appuyée sur les réflexions de l'Institut National de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et la diffusion d'une étude évaluée et validée ICAPS (Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité). L'union régionale de la Mutualité Française de Picardie a développé un projet retenu par un appel à projet de l'Inpes en 2011 pour être l'un des sites pilotes de déploiement d'une méthodologie ICAPS.

L'ARS a fait le lien entre l'ASV, le CDOS 93 et la Mutualité Française, et les a orienté vers l'expérience ICAPS : une réunion en juin 2011 a permis de définir des objectifs communs par rapport à un territoire et une population cible, à savoir développer de saines habitudes de vie le plus précocement possible, via la promotion de l'activité physique sous toutes ses formes.

Alors que les priorités locales, départementales et régionales se sont rejointes, les acteurs (ASV, Mutualité Française et CDOS 93) ont saisi la fenêtre d'opportunité pour monter un projet de promotion de la santé par l'activité physique et sollicité un financement de l'ARS. Le partenariat s'est concrétisé rapidement, par une réponse à un appel à projet de l'ARS en septembre 2011.

L'objectif général du projet était d'améliorer la santé globale des jeunes de 6 à 16 ans (et leurs parents) par une augmentation de l'activité physique sous toutes ses formes. Le programme visait, en premier lieu, à décloisonner les acteurs locaux liés à l'activité physique, à la santé, à l'éducation ou au social, créer une dynamique locale et accompagner à la mise en place d'actions.

En 2012, le projet a démarré par la réalisation d'un diagnostic des besoins et ressources existantes. Il a relevé un déficit de l'offre sanitaire et des équipements sportifs. La coordination locale des professionnels apparaissait comme le levier essentiel à activer. « Il a fallu un an pour poser la dynamique locale » note le coordonnateur ASV. Ce temps a été nécessaire pour obtenir l'adhésion au projet des institutions, des professionnels et du public. Par exemple, pour mobiliser l'Éducation nationale, la porte d'entrée a été les conseillers pédagogiques pour que le projet s'intègre dans les programmes scolaires des classes de CE2 et CM1.

L'activité physique, levier d'amélioration de l'état de santé des Clichois

La démarche ICAPS est la matrice du projet développé à Clichy-sous-Bois. Elle se fonde sur une intervention menée dans le Bas-Rhin et reconnue efficace d'après les critères très sélectifs de la revue de littérature Cochrane. La stratégie développée repose sur le modèle socio-écologique et agit simultanément sur ces trois axes :

- Les représentations et la motivation des jeunes ;
- Leur soutien social (parents, enseignants, animateurs) ;
- Leur environnement physique et organisationnel (pour rendre accessible l'activité physique au quotidien, à l'école et en dehors).

De plus, l'évaluation de la recherche interventionnelle Icaps souligne que ce type de programme produit des résultats plus importants auprès des publics les plus précaires.

Le cadre d'ICAPS et sa validité scientifique a été « une caution » selon le coordonnateur ASV, auprès de partenaires institutionnels tels que l'Éducation nationale ou la DDCS pour présenter le projet. La démarche ICAPS a été une base solide qu'il a fallu adapter au contexte territorial et partenarial.

Une programmation d'actions coordonnées et mutualisées

Le projet « ne s'inscrit pas dans une action traditionnelle de prévention, avec une logique 'action', mais dans une construction d'un parcours 'activité physique-sport-santé', qui pourrait préfigurer une politique municipale à plus long terme. La construction d'actions pérennes de promotion de l'activité physique et sportive doit s'appuyer sur les relations et les intérêts communs des acteurs du sport, de la santé ainsi que de la politique de la ville »⁶⁷.

Exemples d'actions mises en place :

- Formation « Activité physique et santé » auprès d'animateurs de centres de loisirs et de salariés d'associations à vocation sociale.

⁶⁷ Grégory Czaplicki, Michel Fikojevic, Damien Richard, « 'Bouge ta santé' à Clichy-sous-Bois : inciter les jeunes à l'activité physique », in *La Santé en action*, septembre 2015, p.34

- Projets transversaux annuels dans les écoles élémentaires et les collèges : conception de menus équilibrés, de publicités et d'un livret « manger bouger », organisation d'une course d'orientation, conception et entretien d'un jardin pédagogique et d'un composteur, ...
- Accompagnement par un éducateur en activité physique adaptée (APA) des éducateurs sportifs de l'École municipale des sports démunis face aux jeunes en situation de surpoids, de maladies chroniques ou de handicap. Il s'est agi d'adapter les activités proposées aux enfants porteurs d'un handicap pour répondre au mieux à leurs capacités et leurs besoins.
- Des séances d'apprentissage du vélo pour les enfants et les parents dans les centres sociaux et dans le cadre du Programme de réussite éducative.
- Parcours « Activité physique et santé » : construction de parcours adaptés à tous les publics par des experts référents locaux (professionnels de santé, du sport, de l'éducation, du social). Des jeunes ciblés peuvent bénéficier d'un accompagnement multidisciplinaire (médecin, diététicien, psychologue, éducateur sportif), avec la participation de leurs parents. Ce dispositif existait avant le projet « Bouge ta santé » et a été conçu par une psychologue du Programme de réussite éducative et une diététicienne de la Maison de la diététique pour tous.

Enseignements : une évaluation globalement positive et une sensibilisation du service

Urbanisme

Dans le cadre d'une action d'apprentissage du vélo dans un centre social destinée aux enfants et aux parents, un groupe a fait plusieurs déplacements actifs jusqu'à la forêt de Bondy. Les routes n'étant pas balisées et sécurisées pour les déplacements à vélo, le coordonnateur ASV a soulevé le problème auprès du service Urbanisme de la ville. Depuis, le travail se poursuit, au-delà des questions de voirie. Ainsi, le coordonnateur ASV et le référent du CDOS 93 sont systématiquement consultés sur les projets urbains (notamment les plans de rénovation urbaine) afin de tenir compte des questions de santé. Par exemple, des chemins piétonniers seront intégrés au prochain Plan de rénovation urbaine ; des mobiliers urbains favorisant l'activité physique seront installés dans certains espaces ; ...

Les trois porteurs du projet ont souhaité réaliser une évaluation en 2014, après deux années de mise en œuvre, avec l'appui d'un prestataire extérieur. Cette évaluation, financée par la Mutualité Française, avait pour objectifs de mesurer les apports et bénéfices du dispositif, proposer des pistes d'amélioration et préparer la poursuite de l'action à Clichy-sous-Bois et son déploiement sur d'autres territoires (notamment le département pour le CDOS 93). Elle note que l'impact à court terme est difficile à évaluer. En revanche, la dynamique locale créée est mise en lumière.

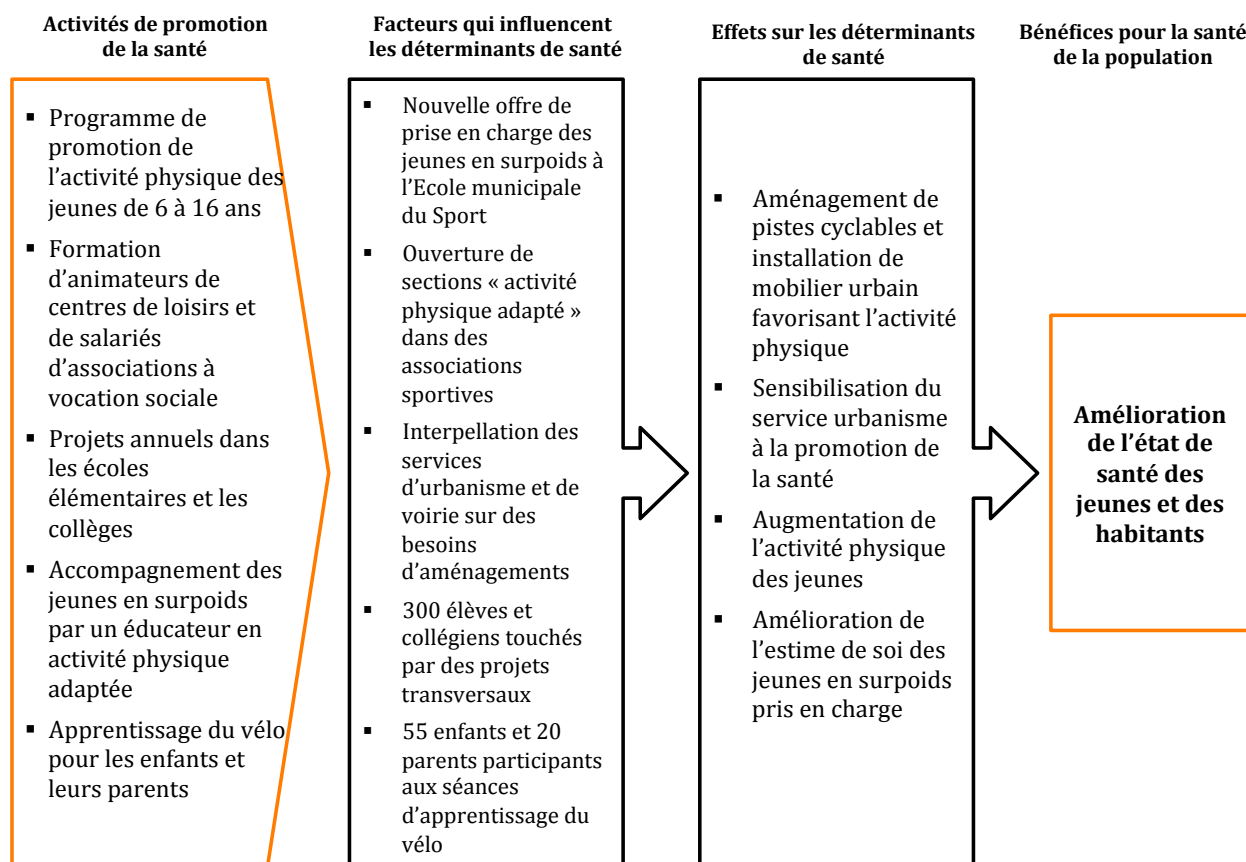
L'évaluation souligne l'intérêt de la coordination à trois porteurs. L'ASV a eu le rôle de pilote au niveau local et fait le lien entre les multiples acteurs. Le programme demande un fort investissement en termes de temps, donc une priorisation politique sur l'activité physique.

Résultats

- Environ 300 enfants touchés (écoles primaires et classes de 6^e et 5^e).
- Augmentation de l'activité physique des jeunes : après une année scolaire d'activité, les jeunes déclarent pratiquer une activité physique intense 3,4 fois par semaine, contre 2,4 auparavant.
- 13 animateurs périscolaires ou bénévoles d'associations ASV ont participé à la formation « Activité physique – santé ».
- 20 parents et 55 enfants bénéficiaires des sessions d'apprentissage du vélo.
- 16 enfants pris en charge dans le cadre du parcours « activité physique et santé » : bons résultats en termes d'estime de soi.
- Des clubs sportifs ont ouvert des sections « adaptées » au public sédentaire (jeunes et adultes). À ce titre, le club de randonnée local a doublé son taux de licenciés.

- Animations liées à la promotion de l'activité physique et à la santé proposées par les accueils extra- et périscolaires pour les jeunes Clichois.

Synthèse des résultats, à partir de l'outil de catégorisation des résultats (réalisation : PnrASV)



Perspectives

- Poursuite du projet porté par la ville et le CDOS 93 (la Mutualité française s'était engagée pour soutenir l'expérimentation pendant 3 ans).
- Renforcement de la prise en charge des adolescents, voir des adultes, ayant des maladies chroniques par une équipe pluridisciplinaire (diététicien, éducateur en activité physique adaptée et santé) : repérage par le milieu médical, mise en œuvre d'une ETP (éducation thérapeutique du patient), orientation vers des clubs sportifs proposant des sections adaptées.
- Pérennisation du volet « action dans les établissements scolaires » : un coordonnateur, salarié par le CDOS 93, et un éducateur sportif en activité physique adaptée et santé seront dédiés à ce dispositif (soutien de l'ARS Ile-de-France, de la Ville et du Centre national de développement du sport).
- Fiches-actions Activité physique et sportive intégrées dans le Contrat local de santé 2015-2017 (qui constitue les orientations Santé du nouveau Contrat de ville).
- Prise en compte de l'activité physique et sportive dans des dispositifs d'aménagement urbain (plan de rénovation urbaine, projet de centre-ville, ...).
- Portage politique local à réaffirmer : travail de communication et de valorisation du projet à mener. Il sera facilité par la promotion de l'activité physique par les niveaux national et régional.

Bonnes pratiques

Clefs pour une implication réussie des acteurs sur un projet APS, relevées par les porteurs de projet :

- Un portage politique affirmé et continu : inscription dans les priorités de la ville.
- Création d'un comité de pilotage intersectoriel.
- Une coordination locale identifiée : importance d'une équipe disponible interdisciplinaire dédiée (ici, complémentarité des porteurs de projet : ASV, CDOS, éducateur sportif, diététicienne).
- Un soutien des institutions (ARS, DRJSCS, DDCS, Conseil départemental, CPAM, Éducation nationale, ...).
- Un fil conducteur : prise en compte du socle de la promotion de la santé dans la valorisation de l'activité physique au quotidien (compétences psychosociales, estime de soi, bien-être).
- Une mobilisation globale des acteurs locaux autour d'un objectif général partagé entre les associations sociales, les associations sportives et les services municipaux et institutionnels.
- Une appropriation de l'activité physique par les acteurs (formations, sensibilisation).

Paroles d'acteurs

« *La promotion de l'activité physique et sportive s'inscrit doucement mais durablement dans la ville.* »

Michel Fikojevic, coordonnateur ASV

Ressources bibliographiques

- « Promouvoir des environnements favorables à la pratique de l'activité physique », [La santé en action](#), n°433, septembre 2015
- [Circulaire DS/B1/2015/93 du 25 mars 2015](#) relative à l'intégration des enjeux et de la place du sport au sein des contrats de ville, ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, 2015

Ressources méthodologiques

- Guide d'aide à l'action « [Promouvoir l'activité physique des jeunes, élaborer et développer un projet de type Icaps](#) »

Contact

Michel FIKOJEVIC, coordonnateur ASV, michel.fikojevic@clichysousbois.fr, 01.43.88.83.69

Atelier santé ville de LYON

« Mobilisation des institutions de droit commun pour améliorer l'accès aux droits en matière de santé »

Objet du projet

Dans le cadre de ses différents groupes de travail, l'ASV, décliné sur six quartiers prioritaires, réunit ses différents partenaires pour échanger sur les blocages dans l'accès aux droits et aux soins des populations les plus vulnérables. À la demande de plusieurs acteurs institutionnels, ce travail a été synthétisé dans une note écrite qui a permis d'interpeller le droit commun, notamment la Commission de coordination des politiques publiques de santé auprès de l'Agence régionale de santé de Rhône-Alpes.

➔ **PROBLÉMATIQUE : comment mobiliser et interpeller les institutions de droit commun sur le taux de non-recours aux droits de santé ?**

[Mots-clés : accès aux droits et soins ; diagnostic partagé ; partenariat et réseau ; programmation locale ; public précaire ; Rhône-Alpes]

[Axe stratégique de la Charte d'Ottawa visé : Développer des politiques publiques favorables à la santé]

Présentation de l'ASV

Structure porteuse de l'ASV : Commune de Lyon (Direction du développement territorial)

Co-financements de l'ASV : DDCS, ARS, Ville

Ressources humaines : 2,7 ETP (2 coordonnatrices ASV + 0,7 ETP consacré par la responsable de la mission Santé à la politique de la ville)

Coordonnatrices ASV actuelles en poste depuis : 2007 (Carène Labry), 2009 (Maryse Arthaud)

Historique et contexte : La ville de Lyon compte près de 500 000 habitants. Elle est membre du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS depuis 2002.

L'ASV, né en 2003, travaille aujourd'hui sur 6 des 10 quartiers prioritaires de la politique de la ville et un quartier de veille active. Chaque quartier (de 1.200 à 15.000 habitants) a ses propres orientations et ses propres groupes de travail.

Intégration dans la politique de la ville : Le contrat de ville du Grand Lyon 2015-2020 reconnaît les ASV comme « le principal outil d'intervention au cœur des quartiers ».

Autres dispositifs locaux en santé publique : La ville de Lyon met en œuvre un CLS 2015-2019, organisé autour de quatre axes (accès aux droits et aux soins, santé mentale, santé environnementale, prévention et éducation à la santé) et en partie piloté par les ASV.

Éléments-cadre du projet présenté

Échelle d'intervention du projet : 3 quartiers politique de la ville (QPV Pentes Croix-Rousse, Moncey-Voltaire et États-Unis) de Lyon (depuis 2015, suite à la réforme de la géographie prioritaire, 2 QPV et 1 quartier en veille active)

Partenaires du projet : tous les membres des groupes de travail « Accès aux droits » constitués dans les 3 QPV du projet (une trentaine de structures partenaires représentées)

Public cible : institutions de droit commun (CPAM, CARSAT, ARS, DDCS ...); public ultime : Lyonnais en situation de grande précarité et de vulnérabilité

Durée du projet : en développement depuis 2009

Co-financements du projet : budget ingénierie de l'ASV

Histoire du projet

Un diagnostic partagé sur l'accès aux droits et aux soins dans trois quartiers prioritaires

3 groupes de travail sur 3 des 6 quartiers intégrés à l'ASV sont consacrés à l'accès aux droits et aux soins depuis 2009-2010⁶⁸. Chaque groupe a mené un diagnostic sur son territoire sur les blocages dans l'accès aux droits et aux soins : des binômes sont allés à la rencontre des professionnels de terrain (avec une trame d'entretien préparée en amont) et des rencontres partenariales ont été organisées au sein des groupes de travail. Au total, 108 professionnels, représentant 55 structures (services médicaux, services sociaux, associations, hôpitaux, centres de soins, médecins libéraux), ont participé au diagnostic. Les groupes de travail se réunissent environ tous les deux mois, soit 4 à 5 rencontres par an.

Une synthèse écrite préalable à l'interpellation des institutions

À l'occasion des Commissions Santé d'arrondissement⁶⁹ en 2011, les élus de la ville de Lyon, l'ARS et la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) du Rhône ont fait part de leur besoin d'un support écrit synthétisant les enseignements des groupes de travail, afin que les conclusions issues du terrain puissent être valorisées et parviennent à interpellier les différentes institutions concernées.

La mise à l'écrit et la synthèse du diagnostic mené sur les trois quartiers a été une étape primordiale pour mobiliser les institutions de droit commun et les alerter sur les difficultés rencontrées par les publics les plus vulnérables dans l'accès aux droits et aux soins. Comme l'explique l'une des coordonnatrices ASV, d'une part, cela valorise l'expertise des professionnels de terrain ; d'autre part, ce retour est important pour les institutions. Même si les problématiques soulevées ne sont pas nouvelles, les travaux de diagnostic et de synthèse écrite deviennent des supports pour la mobilisation des institutions.

La note de synthèse a été rédigée par un sous-groupe en 2012-2013, composé d'une médiatrice santé de la Mutualité française du Rhône, une chargée du partenariat de la CPAM, la référente vie sociale de la Mission locale de Lyon (toutes déjà impliquées dans au moins 2 des 3 groupes de travail) et les deux coordonnatrices de l'ASV.

La note pose des éléments de diagnostic, signale des points de vigilance et souligne les ressources existantes. Les ressources sont classées selon qu'elles relèvent du droit commun ou des actions de l'ASV : cela permet de repérer les réponses apportées par les services de droit commun, par les associations et par l'ASV. Cette visibilité permet ainsi de bien repérer le rôle des associations et de

⁶⁸ Voir en annexe la liste des membres des trois groupes de travail

⁶⁹ Les Commissions Santé d'arrondissement se réunissent tous les 2 ans pour faire le bilan de la démarche ASV, des actions menées, et définir les priorités de travail pour les 2 ans à venir.

l'ASV comme ressources incontournables aujourd'hui pour favoriser l'accès aux soins et ainsi affirmer la nécessité de leur pérennisation et/ou consolidation.

Chaque membre des groupes de travail a relu, corrigé et validé la note (par mail et lors de réunions des groupes de travail).

En effet, la note se conclut par 9 propositions d'évolutions pour lever les blocages dans l'accès aux droits et aux soins :

- Simplification administrative dans l'accès aux droits lié à la santé ;
- Mise en place d'un dispositif téléphonique de contacts privilégiés à la CPAM pour gérer les demandes urgentes et/ou complexes à destination des professionnels ;
- Mise en place de lignes directes dédiées aux professionnels dans chaque administration : CARSAT, Maisons du Rhône⁷⁰ centre de soins, CAF, Pôle Emploi, ... ;
- Création d'une plateforme qui recense toutes les aides publiques, les fonds associatifs et mutualistes pour permettre aux professionnels de mobiliser les aides adaptées aux situations ;
- Développement du rôle et des compétences des agents d'accueil des administrations publiques, porte d'entrée de l'accès aux droits et de la prise en charge ;
- Reconnaissance par les directions des structures sanitaires et médico-sociales de la nécessité du travail partenarial comme pratique professionnelle indispensable à la prise en charge du public ;
- Consolidation des démarches partenariales ASV et CLSM, et pérennisation de leur coordination ;
- Mise en place d'un cadre de travail « ville-hôpital » pour garantir l'accès et la continuité des soins, ainsi qu'un accompagnement au retour à domicile des personnes les plus précaires et isolées ;
- Développement de l'accompagnement physique vers l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus vulnérables, en privilégiant une démarche de médiation santé.

Sur les premières propositions énoncées, les acteurs locaux ont peu de marges de manœuvre et seules les institutions nationales peuvent y répondre. Mais en les soulignant, l'ASV joue un rôle d'interface et facilite une possible interpellation du droit commun national.

La note a été largement diffusée à compter d'octobre 2013, auprès des institutions partenaires de l'ASV, en particulier l'ARS, la DDCS, les Hôpitaux Civils de Lyon, et les élus.

Le contexte national a conforté le travail mené par l'ASV : le rapport Archimbaud sur « l'accès aux soins des plus démunis » a été publié en septembre 2013, quelques semaines avant la diffusion de la note de synthèse lyonnaise. Les propositions de ces deux documents sont en cohérence. De plus, une littérature autour du renoncement aux soins a été publiée et médiatisée à la même période⁷¹.

Une mobilisation à confirmer du droit commun

En octobre 2014, une journée « Améliorer l'accès aux soins : quelles actions pour lever les blocages ? » a réuni 140 participants (dont les responsables hiérarchiques des professionnels engagés dans les groupes de travail), représentant 50 structures différentes. Cette participation importante a confirmé fortement l'implication des membres des groupes de travail et de leurs institutions.

⁷⁰ 20 points d'accueil proposant des services de proximité dans les domaines relevant des compétences départementales

⁷¹ Voir notamment, Bénédicte Madelin, Dominique Gential, *Refonder la politique d'intégration. Rapport du groupe Protection sociale*, éd. La Documentation française, octobre 2013

La journée s'organisait autour de deux tables rondes et trois ateliers où étaient débattues les propositions d'action contenues dans la note sur lesquelles les acteurs locaux ont une marge de manœuvre. Le programme a été défini avec les groupes de travail initiaux : les ateliers étaient co-animés par un professionnel habitué à l'animation (dont les coordonnatrices ASV) et un membre de groupe de travail. Cette co-animation a nécessité 3 à 4 réunions de préparation pour chaque atelier.

25 axes de travail et 76 propositions d'actions ou d'outils ont été conçus ; par exemple :

- renforcer la collaboration interprofessionnelle avec des conventions pour faciliter l'ouverture des droits, la création d'annuaires, la visite de la puéricultrice PMI à l'hôpital, ... ;
- améliorer les conditions d'accueil du public, par la signalétique, un accueil sans rendez-vous et sans interruption par le standard téléphonique, ...
- renforcer les liens ville-hôpital, en préparant les sorties d'hôpital en amont, en développant les liens entre les services sociaux de l'hôpital et ceux de la ville, ...

À la demande du directeur adjoint à la santé publique de l'ARS Rhône-Alpes, présent lors de cette Journée, ce travail a été présenté à la Commission de coordination des politiques publiques de santé⁷² à l'ARS Rhône-Alpes en mars 2015. D'après l'une des coordonnatrices ASV, la présentation a rencontré « un bon écho » et suscité des échanges au regard des axes de travail proposés et qui restent encore à renforcer.

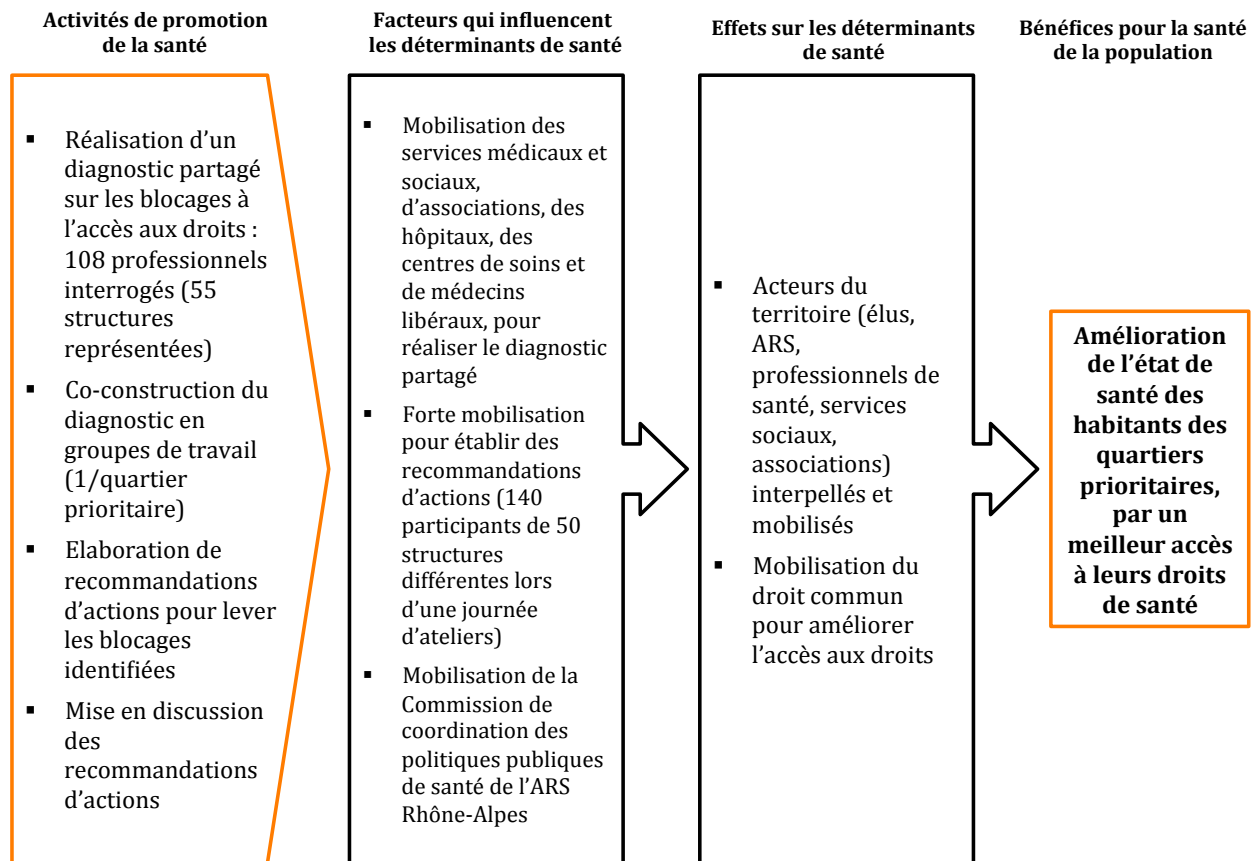
Une demi-journée de travail sera organisée prochainement pour préciser les engagements des différentes institutions et responsables de services.

Résultats

- 108 professionnels, représentant 55 structures, ont participé au diagnostic partagé sur les blocages dans l'accès aux droits et aux soins, lors des groupes de travail.
- Les groupes de travail sur l'accès aux droits et aux soins ont souligné que les actions menées par l'ASV constituent une « ressource » face aux difficultés rencontrées par les publics, en particulier par son rôle d'information des professionnels d'animation de coordination de proximité ou de soutien aux actions de médiation santé.
- 140 professionnels, représentant 50 structures, présents à la Journée Santé.
- 76 propositions d'actions ou d'outils définies lors de la Journée Santé.
- Difficultés à mobiliser les professionnels libéraux (à noter qu'une association de professionnels libéraux est engagé depuis 2011 dans l'un des groupes de travail et a participé à la Journée Santé).
- Un dialogue étroit avec l'ARS, au-delà de la Journée Santé, qui permet de travailler sur les actions à prioriser, renforcer ou consolider et de déclencher des financements de droit commun pour des projets situés dans des quartiers prioritaires.
- Un partenariat fort avec la CPAM du Rhône engagée depuis la création de l'ASV dans différents groupes de travail : un réseau de partenaires du Département Vulnérabilités de la CPAM construit grâce à l'appui de l'ASV.

⁷² Éléments législatifs sur le rôle et les membres de la Commission de coordination des politiques publiques de santé : <http://www.wikiterritorial.cnfpt.fr/xwiki/wiki/econnaissances/view/Pages-Associes/Lasantepubliqueladeclinaisonuniveauregional>

Synthèse des résultats, à partir de l'outil de catégorisation des résultats (réalisation : PnrASV)



Perspectives

- L'ARS Rhône-Alpes a lancé en juillet 2015 un appel à projet sur la médiation en santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.
- Les CPAM déploient, depuis 2014, un « Plan contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale » (orientation nationale). La démarche PLANIR (Plan local d'accompagnement du non-recours des incompréhensions et des ruptures) vise à développer l'accompagnement des publics les plus vulnérables dans leur démarche d'accès aux droits et aux soins ; cela va dans le sens des propositions faites dans la note de synthèse sur les blocages publié par l'ASV.
- Une demi-journée de travail sera prochainement organisée avec les responsables de service pour préciser les engagements de chaque institution suite à la présentation en Commission de coordination des politiques publiques de santé de l'ARS du Rhône-Alpes.
- Les groupes de travail se poursuivent autour des propositions d'actions, notamment sur le lien ville-hôpital.

Bonnes pratiques relevées par les coordonnatrices ASV

- Groupes de travail : engagement des partenaires, régularité des rencontres et méthode de travail rigoureuse.
- Note de synthèse : travail de mise à l'écrit des échanges des groupes de travail qui a constitué un support d'interpellation des institutions et des politiques.
- Investissement du temps de tous tout au long du projet.

Paroles d'acteurs

« Dans les groupes de travail, l'expertise des professionnels de terrain est valorisée. Les 2 à 4 ans de travail en amont du maillage sont devenus visibles lors de la Journée Santé. » Carène Labry, coordonnatrice ASV

« La CPAM du Rhône développe ses partenariats sur l'accès aux droits depuis le début des années 2000. À Lyon, l'ASV a été un intermédiaire très facilitateur pour rencontrer des acteurs, comme les Missions locales, et constituer un réseau sur lequel chacun peut compter. » Frédérique Arbey, chargée du partenariat CPAM Rhône

Ressources bibliographiques

- Rapport Aline Archimbaud, [L'accès aux soins des plus démunis : 40 propositions pour un choc de solidarité](#), septembre 2013
- Rapport Bénédicte Madelin, Dominique Gential, [Refonder la politique d'intégration. Rapport du groupe Protection sociale](#), octobre 2013, La Documentation française

Outils créés

- [Note de synthèse](#) « Blocages dans l'accès aux droits et aux soins : repérage et propositions » (septembre 2013)
- [Synthèse Journée Santé](#) « Améliorer l'accès aux soins : quelles actions pour lever les blocages ? » (octobre 2014)

Contacts

Maryse ARTHAUD, coordinatrice santé Mermoz – États-Unis – Duchère, maryse.arthaud@mairie-lyon.fr, 06.83.84.06.95

Carène LABRY, coordinatrice santé Pentès de la Croix Rousse – Moncey-Voltaire – Guillotière, carene.labry@mairie-lyon.fr, 06.87.90.84.34

Atelier santé ville de VALBONNE SOPHIA ANTIPOLIS

« La mise en place et la modélisation d'un continuum préventif sur les conduites addictives des jeunes »

Objet du projet

L'Atelier santé ville de Valbonne Sophia Antipolis a créé, étape par étape, un dispositif transdisciplinaire de prévention des conduites addictives des jeunes, depuis 2007. La mise en lien d'une pluralité d'acteurs sanitaires et sociaux a permis de développer une intervention précoce.

Suite à plusieurs années d'expérimentation, un guide méthodologique permettant de transférer l'expérience a été conçu, avec le soutien de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et de la Direction générale de la santé (DGS).

➔ **PROBLÉMATIQUE : comment développer l'offre de prévention et de soins des conduites addictives des jeunes ?**

[Mots-clés : addictions; diagnostic partagé ; évaluation qualité ; jeune ; partenariat & réseau ; Provence-Alpes-Côte d'Azur]

[Axe stratégique de la Charte d'Ottawa visé : Développer des politiques publiques favorables à la santé]

Présentation de l'ASV

Structure porteuse de l'ASV : ville de Valbonne Sophia Antipolis (service Santé)

Co-financements de l'ASV : DDCS (jusqu'en 2014), ville

Ressources humaines : 1 ETP

Coordonnatrice ASV actuelle en poste depuis : 2008

Historique et contexte : La ville de Valbonne Sophia Antipolis regroupe le village historique et la majeure partie du technopole de Sophia Antipolis. La création, à partir des années 1970, d'un pôle universitaire, scientifique, technologique et résidentiel a profondément transformé le territoire de Valbonne, notamment en multipliant le nombre d'habitants par 4 entre 1980 et 2010 (près de 13 000 habitants) ; et plus d'un quart de la population est âgé de moins de 18 ans.

L'ASV a été créé en décembre 2007, intégré au service Santé qui comprend également un Point Écoute Santé (lieu physique d'accueil du public : service administratif d'accès aux droits et aux soins, permanence du centre médico-psychologique, ...).

Intégration à la politique de la ville : Depuis la réforme de la géographie prioritaire de la politique de la ville de 2014, le quartier de Garbejaire n'est plus prioritaire, mais en veille active. Pour autant, la municipalité poursuit son soutien à la dynamique territoriale autour de la santé créée par l'ASV.

Éléments-cadre du projet présenté

Échelle d'intervention du projet : ville

Partenaires du projet : Mutualité française, Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) du Centre hospitalier d'Antibes, Éducation nationale, Mission locale, médecins libéraux, fédérations de parents d'élèves, chantier d'insertion, foyer jeunes travailleurs

Public cible : jeunes, parents et travailleurs sociaux et médicaux liés au Point Écoute Santé

Durée du projet : diagnostic mené en 2006, mise en œuvre des différentes actions à partir de 2008, évaluation en 2014

Co-financements du projet : sur le dispositif, ville, ARS PACA, CAF Alpes-Maritimes / sur le guide méthodologique, ville, Direction générale de la santé (DGS), Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA)

Histoire du projet

L'implantation d'un dispositif de proximité dédié à la prévention des conduites addictives et à l'intervention précoce auprès des jeunes consommateurs : « un exercice de concertation continue »

Le fort pourcentage de jeunes dans la population a forgé la volonté de la municipalité de Valbonne de travailler sur les problématiques jeunesse et prévention. La commune, via son service Jeunesse, a mandaté la sociologue Catherine Reynaud-Maurupt (du groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale GRVS, implanté dans les Alpes-Maritimes) pour mener en 2006 un diagnostic de territoire orienté sur les addictions. Il s'agissait de répondre aux préoccupations d'acteurs de terrain démunis face à ces problématiques.

À sa création, en décembre 2007, suite à un diagnostic global auprès d'usagers, l'ASV se saisit du diagnostic réalisé sur les conduites addictives des jeunes, et crée, à partir de 2008, une « alliance opérationnelle » avec des experts en addictologie (service de prévention et de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA et CSAPA du centre hospitalier d'Antibes). Le temps entre la création de l'ASV et la mobilisation des acteurs a été réduit grâce à l'expérience préalable de la coordonnatrice ASV (20 ans au sein de la municipalité de Valbonne où, à différents postes notamment comme directrice du CCAS, elle avait pu nouer des liens avec de nombreux acteurs du territoire dans divers domaines).

« *La construction du dispositif s'est réalisée pas à pas, d'une manière empirique* » comme le souligne la coordonnatrice ASV : au fur et à mesure, le dispositif se définit comme un « *continuum préventif* », allant de l'école au monde du travail. L'ASV s'est positionné comme la structure de coordination territoriale, pour développer les axes de travail préconisés dans le diagnostic sur les conduites addictives, et s'est fortement appuyé sur l'expertise en addictologie d'un coordinateur santé publique de la Mutualité française : ces deux acteurs pivot ont couplé expertise territoriale et expertise thématique.

Dans un 1^{er} temps, l'ASV a mis en place des sessions de formation pour tous les acteurs investis auprès des jeunes, afin de construire un langage commun sur l'addictologie. Les formations sont animées par la Mutualité française et organisées régulièrement, depuis 2009, pour toucher tous les professionnels (anciens et nouveaux) : éducateurs, assistantes sociales, organismes de formation, personnels de l'Éducation nationale et de l'Inspection académique, antenne de justice, animateurs périscolaires...

Dans un 2^e temps, l'ASV a constitué 4 groupes de travail : Éducation nationale, parents, jeunes en insertion/jeunes majeurs, étudiants. Chaque groupe a développé des actions : par exemple, un programme de sessions de prévention auprès des écoliers jusqu'aux lycéens, l'organisation de conférences destinées aux parents et d'ateliers d'appui à la parentalité...

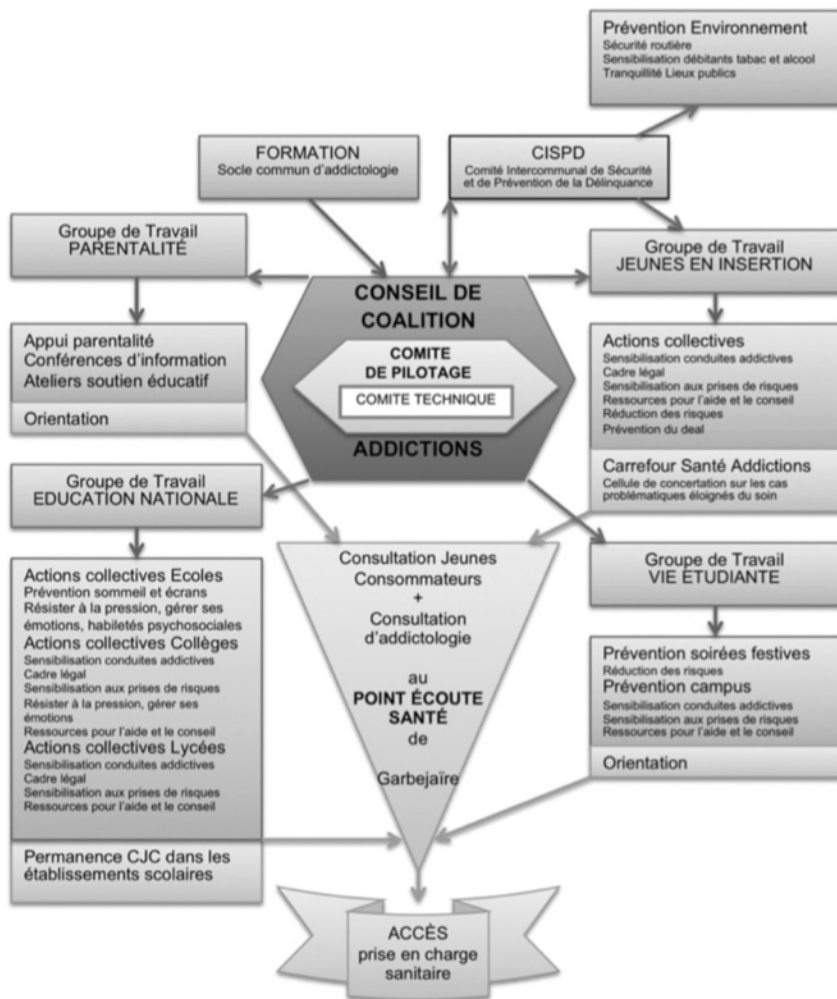
Une mobilisation d'une structure de soins de droit commun

Pour compléter le dispositif, l'ASV impulse la création d'une consultation psychologique de diagnostic et d'orientation destinée aux jeunes. En partenariat avec le groupe de travail Éducation nationale et une psychologue clinicienne, des permanences sont proposées, dès 2008, dans les établissements scolaires et dans les locaux du Point Écoute Santé, par une psychologue spécialisée dans l'adolescence employée par la Mutualité Française. Cette « consultation jeunes » se positionne à la charnière entre la prévention et le soin et voit sa file active monter en charge du fait des orientations venant des professionnels de l'Éducation nationale et de la possibilité d'effectuer le premier contact sur le temps scolaire.

À partir de 2010, l'ASV a créé des liens avec le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) du Centre hospitalier d'Antibes pour qu'il prenne le « relais de responsabilité » de la consultation. La montée en charge de la consultation jeunes a mis en évidence les besoins du territoire et amené l'acteur légitime (le CSAPA d'Antibes) à prioriser Valbonne dans ses choix de lieux pour le développement de consultations avancées (une demi-journée par semaine).

Ainsi, la consultation est rattachée administrativement au CSAPA en 2011 et acquiert le statut de « consultation jeunes consommateurs ». En 2013, le CSAPA obtient une pérennisation financière de la consultation auprès de l'ARS PACA (crédits reconductibles annuellement) et détache un temps d'éducateur spécialisé pour le territoire (nombre de personnes différentes suivies en 2013 : 20).

Organisation du dispositif multi-partenarial



Une évaluation du dispositif a été menée en 2014 par la sociologue de GRVS ayant réalisé le diagnostic sur les addictions. Cette évaluation a permis de reconstituer, *a posteriori*, la démarche et la stratégie territoriale mises en œuvre. Elle a montré le rôle pivot de l'ASV et de la Mutualité française : l'ASV a apporté son expertise du territoire et son insertion dans le maillage pluriprofessionnel des acteurs du territoire en première ligne auprès des jeunes ; tandis que la Mutualité française a apporté son expertise sur la thématique des addictions et son insertion dans le maillage spécialisé du département (prévention et soins).

L'évaluation a relevé que le dispositif addictions avait montré sa pertinence et sa cohérence, en particulier sur le partage des pratiques professionnelles, les plus-values des actions socio-éducatives, l'amélioration du repérage précoce et de l'accès aux soins. L'évaluation a aussi soulevé des impacts indirects du dispositif auprès des parents, des jeunes collégiens et lycéens, des jeunes en insertion.

Enfin, l'évaluation a permis d'élaborer une modélisation et une revue de littérature scientifique.

La conception d'un guide méthodologique pour favoriser le transfert de compétences

Dans le cadre de l'évaluation du dispositif, la DGS et la MILDECA ont été sollicitées pour apporter des financements. Les premiers contacts ont été confortés par les résultats de l'évaluation, qui montraient notamment qu'après 6 années de fonctionnement, le dispositif addictions de Valbonne Sophia Antipolis répond aux préconisations du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Le dispositif créé à Valbonne se rapproche d'un programme de prévention fondé sur les preuves et mis en œuvre aux États-Unis, en Australie, au Canada et au Royaume-Uni : *community that care (CTC)*⁷³.

Est alors conçu, par le groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale, un guide méthodologique destiné à faciliter la transposition de l'expérience de Valbonne au sein d'autres collectivités territoriales. Le guide montre que **c'est la méthode d'implantation du dispositif sur Valbonne qui est transposable et non son organisation spécifique**. Il se divise en deux parties :

Le socle de connaissances indispensables pour s'engager dans la mise en œuvre d'une stratégie de prévention et d'intervention précoce en addictologie (quelles sont les mesures les plus efficaces en matière de prévention des addictions, qui sont les structures spécialisées, quelles sources de financement solliciter, ...)

La méthode destinée à structurer et mettre en œuvre un dispositif à composantes multiples de prévention et d'intervention précoce en addictologie sur un territoire de proximité (comment délimiter le périmètre d'intervention, comment réaliser un diagnostic partagé, comment évaluer...).

Le guide souligne la « *nécessité de disposer d'une structure de coordination inscrite dans le territoire de proximité* » : c'est le rôle joué par l'ASV. Cette fonction de coordination est essentielle à la mise en place du dispositif multi-partenarial.

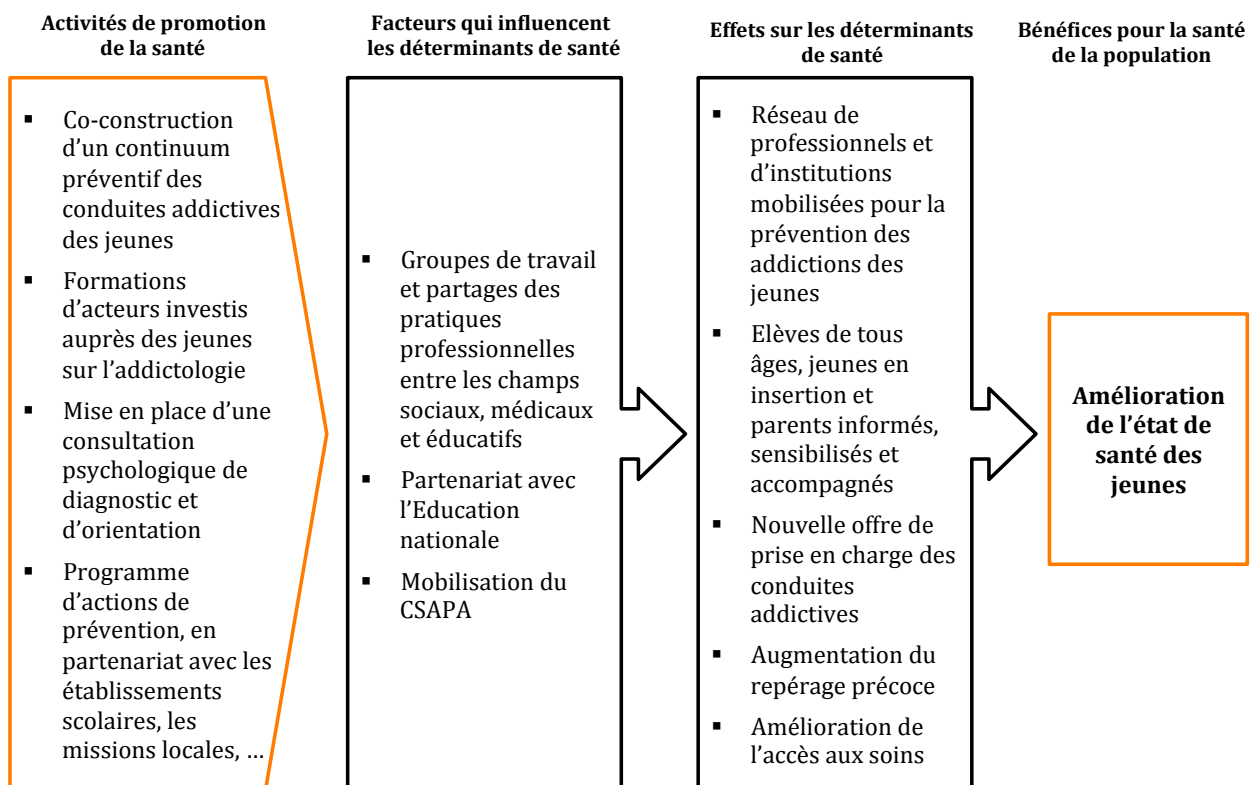
Résultats

- En moyenne, 50 professionnels représentant une trentaine de structures constituent le réseau (25 à 30 réunions par an pendant la phase de développement du dispositif 2011-2013).
- Actions conduites auprès des élèves entre 2008 et 2013 : 441 élèves de primaire touchés (36 ateliers), 2 520 collégiens (449 ateliers), 2 759 lycéens (89 ateliers).
- Actions conduites auprès des jeunes en insertion (mission locale, chantier d'insertion, centre omnisports) entre 2011 et 2013 : 106 jeunes touchés (7 ateliers).

⁷³ *Community that care* est un système de prévention, et non un programme de prévention classique, permettant la mise en œuvre de programmes adaptés aux besoins d'une communauté. Il s'appuie sur une stratégie de développement social visant à guider les communautés pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des jeunes.

- Actions de sensibilisation des parents et d'appui à la parentalité : 4 conférences ayant réuni entre 30 à 170 parents, 8 ateliers d'appui à la parentalité ayant réuni 6 à 30 parents.
- En 2013, 20 jeunes suivies par la consultation jeunes consommateurs (portée par le CSAPA).
- Formation à la prévention des addictions chez les adolescents reconduite dès qu'un groupe de 10 professionnels est constitué (en cas de nouvelles structures partenaires ou de renouvellement des professionnels des partenaires existants) : acteurs des champs socio-éducatif, judiciaire, de l'Éducation nationale, des services municipaux, ...
- Ensemble des enseignants et personnels de l'Éducation nationale formés à la prévention des addictions.
- Augmentation du repérage précoce et amélioration de l'accès aux soins, grâce aux formations ouvertes à l'ensemble des professionnels du territoire et l'ouverture de la Consultation jeunes.
- Expérimentation identifiée comme exemplaire par la préfecture des Alpes-Maritimes.
- Plus-values retenues par les parties prenantes (issue de l'évaluation menée en 2014) : qualité des pratiques professionnelles, qualité de l'action socio-éducative, augmentation du repérage précoce, augmentation de l'accès aux soins.

Synthèse des résultats, à partir de l'outil de catégorisation des résultats (réalisation : PnrASV)



Perspectives

- Développement d'un axe de prévention environnementale : appui au développement des transports publics la nuit et le week-end, rapprochement avec le conseil intercommunal de sécurité et de prévention de la délinquance (CISPD), sensibilisation des débitants de tabac et d'alcool.
- Renforcement des actions auprès des enfants de l'école primaire (renforcement des compétences psychosociales et inscription des actions dans la durée).
- Développement de partenariats avec des communes limitrophes, dans le cadre de la communauté d'agglomération (pour éviter les inégalités entre les enfants des écoles de Valbonne ayant bénéficié d'actions de prévention et ceux des autres communes qui poursuivent leur scolarité dans les collèges de Valbonne).
- Expérimentation du « Good Behaviour Game », programme de développement des compétences psychosociales ayant fait la preuve de son impact sur la réduction des consommations de drogues et d'alcool (formation des enseignants d'une école élémentaire à partir de 2015, en partenariat avec l'inspection académique).

Bonnes pratiques

- Un portage politique fort.
- Une connaissance fine du territoire et de ses acteurs (rôle essentiel de l'ASV), afin d'assurer un maillage fort et une implication de tous les champs professionnels.
- Un partenariat avec des experts en addictologie.
- Une stratégie territoriale de prévention avec des actions de proximité fondées sur la concertation, la coordination et la complémentarité de l'ensemble des acteurs intervenant auprès des jeunes : la mise en œuvre d'un « continuum préventif ».
- Un dispositif à composantes multiples qui permet une synergie d'ensemble supérieure à la somme des parties.
- Une combinaison d'un ensemble d'actions articulées.

Paroles d'acteurs

« A défaut d'avoir une compétence en la matière, nous avons créé une politique communale pour être utile aux acteurs situés en première ligne. Le rôle d'une municipalité, c'est d'être facilitateur et de permettre à ceux qui interviennent d'être plus efficaces. » Marc Daunis, sénateur-maire de Valbonne⁷⁴

Ressources bibliographiques

- [Travaux en cours en France](#) sur les programmes validés Community that care et Good behaviour game

⁷⁴ Cité dans « La stratégie de prévention de Valbonne, un exemple à dupliquer selon la MildeCa », *LaGazette.fr*, 30 avril 2015

Ressources méthodologiques

- [Guide méthodologique](#) pour les acteurs des collectivités territoriales, « Prévention des conduites addictives destinée aux jeunes – Structurer et mettre en œuvre une stratégie territoriale », Catherine Reynaud-Maurupt, mars 2015

Contact

Laurence DERONT, responsable service santé, lderont@ville-valbonne.fr, 04.92.98.28.84

POSTFACE/ Par Linda Cambon, professeure titulaire de la Chaire de Recherche en prévention des cancers INCa/IReSP/EHESP

La capitalisation d'expériences et d'interventions : une modalité de transfert de connaissances en santé publique

Mise à l'agenda de la Stratégie nationale de santé, l'utilisation de preuves dans la décision et la pratique de terrain représente un enjeu majeur en santé publique. Elle contribue à améliorer les pratiques, être plus efficace et plus efficient dans ses interventions et crédibilise la prise de parole vis-à-vis des questions de santé. Or, le simple accès aux connaissances et même leur acquisition ne prédisent pas leur utilisation. En matière de politiques publiques par exemple, le choix « *est rarement le fait d'un homme ou d'un collègue, qui, à un moment déterminé, se prononcerait de manière irrévocable entre plusieurs orientations ; il est le plus souvent constitué par une succession de décisions partielles, plus ou moins cohérentes, auxquelles ont pris part de multiples acteurs* »⁷⁵. La décision dépend donc de divers paramètres entrant dans un processus de négociations, aboutissant ou non au changement. Ces paramètres sont identifiés. Ils tiennent aux caractéristiques propres des connaissances, comme leur nature, leur qualité, leur compréhensibilité, leur opportunité. Ils tiennent aussi aux caractéristiques des acteurs en situation de décision, comme leurs croyances, leurs valeurs, leur perception de l'efficacité de la recommandation, l'appréciation de sa faisabilité ou de son acceptabilité. Enfin, le contexte organisationnel des chercheurs, des praticiens et des décideurs joue aussi. Les freins, les incitatifs, le contexte social ou politique, la position dans la hiérarchie, les modèles décisionnels, le leadership comme les effets de coalitions sont autant d'influents, agissant, dans chacun de ces mondes, pour ou contre le partage de connaissances^{76,77,78,79}.

L'analyse de ces freins permet de comprendre que bien que de nombreux travaux de recherche aient démontré l'efficacité des leviers d'intervention en prévention, et plus globalement en promotion de la

⁷⁵ Bernard Gournay, « L'étude des décisions politiques: note introductive », *Revue française de science politique*, vol. 13(2), 1963, pp.348-351

⁷⁶ Mathieu-Joël Gervais, France Gagnon, Pierre Bergeron, *Les conditions de mise à profit des connaissances par les acteurs de santé publique lors de la formulation des politiques publiques : l'apport de la littérature sur le transfert des connaissances*, Montréal : Chaire d'étude CJM- IU-UQAM sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté, 2013

⁷⁷ Françoise Jabot, *L'évaluation des politiques publiques : cadre conceptuel et étude de son utilisation par les décideurs des institutions régionales de santé en France*, Thèse de doctorat en Sciences de la vie et de la santé, Université de Lorraine, 2014. Disponible [en ligne](#)

⁷⁸ Nicole Lemire, Karine Souffez, Marie-Claire Laurendeau, *Animer un processus de transfert des connaissances*, INSPQ, 2009

⁷⁹ Castiglione S. A., Ritchie J. A., *Passer à l'action : nous connaissons les pratiques que nous souhaitons changer. Que faire, maintenant ? Guide de mise en œuvre pour les professionnels de la santé*, Institut de Recherche en Santé du Canada (IRSC), 2012

santé, leur intégration dans les politiques de santé et les pratiques de terrain reste timide. En effet, la mise à profit des connaissances scientifiques au sein du processus décisionnel demande une réflexion systémique associant l'adaptation et la dissémination des connaissances scientifiques, les habiletés des utilisateurs à acquérir, comprendre et appliquer les connaissances disponibles, une structuration organisationnelle soutenant l'utilisation de ces dernières. Ainsi tous les acteurs – chercheurs, décideurs et praticiens – doivent reconsidérer leur manière de fonctionner. Ce sont les enjeux du « transfert de connaissances », défini par l'Institut national de santé publique du Québec comme « l'ensemble des activités et des mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances les plus à jour possible en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion en matière de santé »⁸⁰.

En France, plusieurs initiatives se sont développées pour favoriser le transfert de connaissances en santé publique. D'abord à l'échelle locale, des consortiums de chercheurs et d'acteurs se sont consolidés pour offrir un espace de traitement et de réponse, par la recherche, à des questions ou des problématiques identifiées par des décideurs publics. Ces initiatives sont d'ailleurs étudiées par l'Inserm dans une perspective de généralisation dans chaque région. Toujours au niveau local, des Agences régionales de santé profitent de la fusion des régions pour identifier, dans la refonte de leur organigramme, des cellules dédiées à la qualité et l'innovation dont l'objectif est de favoriser des collaborations avec le milieu de la recherche. Au niveau national, des agences se mobilisent aussi. Ainsi, par exemple, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), intégré désormais dans l'Agence nationale de santé publique – Santé publique France, conduit des travaux de synthèse de la littérature et d'accompagnement au déploiement de programmes probants. L'Institut national du cancer (INCa) inscrit le transfert de connaissances dans son fonctionnement en soutenant des travaux de recherche collaboratifs et en favorisant la mise en lien d'acteurs, décideurs et chercheurs sur les problématiques du cancer (colloques mixtes, développement de la recherche interventionnelle collaborative, etc.). Enfin, un consortium mixte de praticiens, décideurs et chercheurs, nommé InSPIRe-ID (Initiative en santé publique pour l'interaction entre la recherche, l'intervention et la décision) et animé par l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et la Banque de données en santé publique (BDSP), permet de croiser l'ensemble des enjeux de ces parties prenantes en proposant un dispositif partagé de transfert de connaissances, orienté notamment sur l'accès aux interventions probantes en promotion de la santé, le partage d'expériences et l'accompagnement à l'utilisation de ces données dans la décision et la pratique de terrain (formation, tutorat, etc.).

En outre, si le transfert de connaissances inclut le partage de connaissances scientifiques (comme les actions probantes, dont l'efficacité a été démontrée par des travaux de recherche), il inclut aussi celui des connaissances expérientielles et contextuelles. Dans ces deux derniers types de connaissances figurent les interventions évaluées rigoureusement, même si ce n'est pas dans le cadre de protocoles de recherche. Ces interventions, dont la richesse et la diversité reflètent la complexité de la promotion de la santé – où les interventions enrachent leur efficacité dans le contexte dans lequel elles s'implantent – ne sont aujourd'hui que peu reportées. Il n'existe pratiquement aucun dispositif de recueil et de valorisation de ces interventions, ou alors inscrits dans des canaux confidentiels ne se prêtant pas au partage. En ce sens, les initiatives du type de celle menée par la Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville sont précieuses car elles permettent d'identifier les espaces de production de connaissances interventionnelles menées localement, de caractériser ces interventions au regard de leur spécificité, de leur plus value, des conditions de leurs succès, et de favoriser leur diffusion pour d'autres acteurs, inscrits ou non dans des dispositifs semblables aux ateliers santé ville. Le travail de capitalisation opéré permet de rendre visible des interventions, d'en porter une analyse collective approfondie riche d'enseignements et contextualisée au système français, et d'en faciliter

⁸⁰ Nicole Lemire, Karine Souffez, Marie-Claire Laurendeau, *Animer un processus de transfert des connaissances*, INSPQ, 2009

ainsi la dissémination. D'autres initiatives sont d'ailleurs en cours sur ce modèle, portées par la Société française de santé publique (SFSP), sur les inégalités sociales de santé et la parentalité. Enfin, au-delà d'être transférées entre praticiens, ces données prometteuses peuvent également inspirer des travaux de recherche et contribuer ainsi au développement de la recherche interventionnelle en santé publique. Dans ce cadre-là, notamment, le transfert de connaissances prend alors toute sa mesure interactionnelle, où ce sont les praticiens qui impulsent, par leurs expériences et leurs connaissances des enjeux et des contextes d'intervention, de nouveaux travaux de recherche.

Ainsi, chacun à son niveau, celui des agences qui diffusent des bonnes pratiques ou décident des politiques de prévention à mener, celui de bailleurs de recherche qui orientent les travaux menés par les équipes académiques, celui des praticiens qui intègrent les connaissances dans le développement d'interventions et portent à connaissance leurs savoirs expérientiels et contextuels... tous participent au développement du transfert de connaissances. C'est leur collaboration autour de cet enjeu qui en fera son efficacité, d'autant plus qu'elle viendra bousculer le schéma traditionnel du praticien « utilisateur » des données de la recherche issues de « producteurs » académiques, en repositionnant chacun, parfois comme producteurs et parfois comme utilisateurs, mais toujours moteurs de changements.

SÉLECTION DE RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

TEXTES JURIDIQUES

- Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des Ateliers santé ville
- Circulaire DGS/SP2/2000-324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire
- Circulaire interministérielle DGS/DHOS/SD1A n°2006-383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des Ateliers santé ville
- 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
- Convention triennale d'objectifs pour les quartiers populaires 2013/2015, du 19 avril 2013, entre la Ministre des affaires sociales et de la santé, la Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, la Ministre déléguée à la famille, la Ministre déléguée aux personnes handicapées et à la lutte contre l'exclusion et le Ministre délégué à la ville
- Circulaire n°SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville
- Circulaire n°5833/SG du 12 janvier 2016 relative à la place de la politique de la ville dans l'élaboration des conventions interministérielles d'objectifs 2016-2020
- Circulaire du 21 janvier 2016 portant sur les orientations de la politique de la ville en 2016

PUBLICATIONS OFFICIELLES

- *Référentiel national des Ateliers santé ville*, Les éditions du CIV, mars 2012

RAPPORTS ET AVIS

- CONSEIL NATIONAL DES VILLES, *Avis sur les Ateliers santé ville*, 2007
- BERTOLOTTO Fernando, JOUBERT Michel, VINCENT Marie-Ange, MANNONI Chantal, *Analyse critique du volet santé des contrats urbains de cohésion sociale – Synthèse du rapport final*, mai 2009
- HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Avis relatif à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : Place des Ateliers santé ville*, 2013

OUVRAGES GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS

- DÉLÉGATION INTERMINISTÉRIELLE À LA VILLE, *Ateliers santé ville : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, Les éditions de la DIV, 2007, 286 p.
- MANNONI Chantal, *Politique de la ville, territoire et santé. Réflexions autour des Ateliers santé ville et de leurs enjeux en Seine-Saint-Denis*, Profession Banlieue, 2004
- MANNONI Chantal, *Les Ateliers santé ville : Une plus-value locale pour la réduction des inégalités de santé*, Profession Banlieue, Pôle de ressources Villes et développement social du Val d'Oise, Pôle ressources de la Délégation à la politique de la ville et à l'intégration de Paris, 2010
- ZUTTER Pierre (de), *Des histoires, des savoirs, des hommes : l'expérience est un capital*, Fondation pour le Progrès de l'Homme, 1994

ARTICLES

- CAMBON Linda, ALLA François, « Transfert et partage de connaissances en santé publique : réflexions sur les composantes d'un dispositif national en France », in *Santé publique*, 2013/6 Vol.25, pp.757-762
- JOUBERT Michel, MANNONI Chantal, « Le volet santé des CUCS, '5^e pilier' de la politique de la ville », in *Les Après-midi n°16*, Profession Banlieue, 2009
- MANNONI Chantal, « Le métier de coordonnateur de la démarche Atelier santé ville », in *Les cahiers du CR-DSU*, automne-hiver 2005, pp.32-34

COLLOQUES

- *Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales. Actes du séminaire du 6 au 8 octobre 2008*, Délégation interministérielle à la ville, 2008
- « *Facteurs de réussite* » des Ateliers santé ville. Actes du colloque départemental du 28 octobre 2008, Espace partagé de santé publique du CHU de Nice
- *Politique de la ville, territoires et politique de santé : agir ensemble au niveau local. Actes de la journée nationale du 5 décembre 2008*, Comité interministériel des villes
- *Les ASV et les politiques territorialisées de santé : particularités et perspectives. Actes de la première rencontre nationale des Ateliers santé ville*, Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville, 2013
- *La santé, un déterminant des politiques publiques. Actes de la Rencontre organisée le 27 novembre 2012 au Centre Chaligny de Paris*, Profession Banlieue, Pôle de ressources Villes et développement social du Val d'Oise, Pôle ressources de la Délégation à la politique de la ville et à l'intégration de Paris, Centre de ressources politique de la ville en Essonne, 2014

ANNEXES

▪ Annexe 1/ Liste des personnes auditionnées

Acteurs ressources

- Anne Bigot, RésoVilles
- Frédérique Bourgeois, CR-DSU
- Laëtitia Delahaies, Centre de ressources de Mayotte
- Maryange Guellaut, Centre de ressources de Guyane
- Anne Guilberteaud, Collectif Santé Ville Île-de-France
- Guillaume Guthleben, Trajectoires Ressources
- Claudia Knersch, Centre de ressources de Guyane
- Murielle Maffessoli, ORIV
- Elsa Micouraud, Profession Banlieue
- Estelle Péricard, Villes au carré
- Catherine Richard, DRJSCS Île-de-France
- Olivier Rovère, ARS Nord-Pas-de-Calais
- Denis Tricoire, Centre de ressources du Val d'Oise
- Sarah Vernier, CRES PACA
- Arnaud Wiehn, IREPS Aquitaine

Coordonnateurs et coordonnatrices ASV

- Ludovic Adrien-Eza, Soyaux
- Amanda Aouidef, Garges-lès-Gonesse
- Corinne Bordin, Châteauroux
- Nathalie Christol-Jégou, Montreuil
- Laurence Deront, Valbonne Sophia Antipolis
- Michel Fikojevic, Clichy-sous-Bois
- Anne Fouvet, Saint-Étienne métropole
- Carine Gayraud, Toulouse
- Nathalie Girard, Vannes
- Isabelle Granger, Pantin
- Hannah Grant, Paris 11^e
- Anne Guilberteaud, Paris 20^e
- Charlène Harmand, Alès
- Mathieu Hild, Strasbourg
- Émilie Jouanneau, Nanterre
- Omar Kpodar, Martigues Port-de-Bouc
- Carène Labry, Lyon

- Marianne Mailloux, Aubervilliers
- Catherine Marchand, Saint-Nazaire
- Cecilia Masselli, Grigny Viry-Châtillon
- Sylvie Pierre, Saint-Herblain
- Giovanni Plantevignes, Noisiel
- Elisabeth Pons, Toulouse
- Maité Rolland, Ivry-sur-Seine
- Sylvette Ronque, Communauté d'agglomération de Cherbourg
- Gaëlle Sallé, Narbonne
- Stéphanie Savill, Éragny-sur-Oise
- Stéphane Tessier, Vitry-sur-Seine

Partenaires des ASV

- Frédérique Arbey, chargée du partenariat, CPAM Rhône
- Lydie Bidan, assistante sociale, service social, CARSAT Pays-de-la-Loire
- Mohamed Boussouar, directeur des programmes, IREPS Rhône-Alpes
- Catherine Deshayes, assistante sociale, service social, CARSAT Pays-de-la-Loire
- Delphine Despinoy, diététicienne, service Prévention santé de Nanterre
- Aurélie Griffoulière, coordonnatrice du Contrat local de santé de Narbonne
- Fabrice Tanguy, responsable départemental adjoint, service social, CARSAT Pays-de-la-Loire

▪ Annexe 2/ Liste des fiches « Récit d'expérience » réalisées

Atelier santé ville	Résumé de l'expérience et problématique	Mots-clés associés			Promotion de la santé / Charte d'Ottawa
		Méthode ASV	Thématique	Population ciblée	
Aubervilliers	Un programme évalué de promotion du bien-être psychique du jeune enfant (0-3 ans) → Quelle offre proposer sur un territoire présentant de forts indicateurs de vulnérabilité économique et sociale et disposant de peu de structures de petite enfance ?	<i>Diagnostic partagé</i> <i>Évaluation qualité</i> <i>Partenariat & Réseau</i> <i>Participation des habitants</i>	<i>Périnatalité</i>	<i>Parent et enfant</i>	Axe n°3/ Renforcer l'action communautaire
Clichy-sous-Bois	D'une programmation d'actions pour amener les jeunes vers l'activité physique à l'intégration de la promotion de la santé dans les projets urbains → comment réduire et prévenir le taux d'obésité infantile préoccupant ?	<i>Diagnostic partagé</i> <i>Partenariat & réseau</i> <i>Programmation locale</i>	<i>Alimentation & activité physique</i>	<i>Parent et enfant</i>	Axe n°2/ Créer des environnements favorables à la santé
Éragny-sur-Oise	<i>Mieux vivre ensemble</i> : une formation à la communication non-violente des intervenants en milieu scolaire → comment répondre aux problématiques de santé rencontrées en milieu scolaire, notamment les cas de harcèlements ?	<i>Partenariat & réseau</i>	<i>Santé mentale</i>	<i>Professionnel</i>	Axe n°2/ Créer des environnements favorables à la santé
Lyon	Mobilisation des institutions de droit commun pour améliorer l'accès aux droits en matière de santé → comment mobiliser et interpeller les institutions de droit commun sur le taux de non-recours aux droits de santé ?	<i>Diagnostic partagé</i> <i>Partenariat & réseau</i> <i>Programmation locale</i>	<i>Accès aux droits et aux soins</i>	<i>Public précaire</i>	Axe n°1/ Développer des politiques publiques favorables à la santé
Martignes-Port de Bouc	Formation-action des étudiants infirmiers (IFSI) en santé publique → comment diffuser les valeurs et méthodes de la prévention et promotion de la santé auprès des professionnels du soin ?	<i>Partenariat & réseau</i>	<i>Santé globale</i>	<i>Professionnel</i>	Axe n°5/ Réorienter les services de santé
Nanterre	Renforcement du pouvoir d'agir par un accompagnement soutenu autour de la nutrition → comment sensibiliser des femmes en situation précaire à l'intérêt de la promotion de leur santé ?	<i>Participation des habitants</i> <i>Programmation locale</i>	<i>Alimentation & activité physique</i>	<i>Femme</i>	Axe n°4/ Développer les aptitudes individuelles
Saint-Étienne métropole	Améliorer l'accès au droit commun (CMU/CMU-C) par la formation des acteurs de terrain et une communication originale auprès des habitants → comment améliorer les taux d'accès à la CMU et CMUC dans des territoires périurbains et ruraux ?	<i>Partenariat & réseau</i> <i>Participation des habitants</i>	<i>Accès aux droits et aux soins</i>	<i>Public précaire</i>	Axe n°3/ Renforcer l'action communautaire

Saint-Nazaire	Des Forums Santé Bien-être itinérants pour favoriser l'accès aux droits et aux soins → comment informer les populations les plus vulnérables sur leurs droits de santé et améliorer le taux de recours à la CMU ?	<i>Diagnostic partagé</i> <i>Partenariat & réseau</i>	<i>Accès aux droits et aux soins</i>	<i>Public précaire</i>	Axe n°4/ Développer les aptitudes individuelles
Strasbourg	Favoriser l'appropriation de la thématique de la santé mentale par les professionnels et les habitants et participer à l'ouverture de l'hôpital sur la ville → face à un projet urbain mal accepté, comment déstigmatiser la santé mentale ?	<i>Partenariat & réseau</i> <i>Programmation locale</i>	<i>Santé mentale</i>	<i>Professionnel</i>	Axe n°4/ Développer les aptitudes individuelles
Valbonne Sophia Antipolis	La mise en place et la modélisation d'un continuum préventif sur les conduites addictives des jeunes → comment développer l'offre de prévention et de soins des conduites addictives des jeunes ?	<i>Diagnostic partagé</i> <i>Évaluation qualité</i> <i>Partenariat & réseau</i>	<i>Addictions</i>	<i>Jeune</i>	Axe n°1/ Développer des politiques publiques favorables à la santé

▪ **Annexe 3/ Appel à expériences par questionnaire en ligne diffusé auprès des coordonnateurs ASV de mars à juin 2015**

16/3/2015

APPEL A EXPERIENCES / Recueil et valorisation des démarches ASV

APPEL A EXPERIENCES / Recueil et valorisation des démarches ASV

La Plateforme Nationale de Ressources des Ateliers Santé Ville engage une capitalisation de la démarche et des expériences déclinées par les ASV depuis près de 15 ans. Acquis méthodologiques, expérience de terrain, mise en réseau d'une pluralité d'acteurs, proximité avec les habitants, ... sont autant d'apprentissages et de caractéristiques communes aux démarches territoriales fines en santé, qu'il est important de valoriser face aux multiples recompositions de l'action publique.

Dans un premier temps, il s'agit de rendre visible votre travail de terrain et votre expérience. A ce titre, nous souhaitons recenser, auprès des coordonnateurs ASV, vos expériences emblématiques et/ou prometteuses de la démarche. Vos réponses permettront d'illustrer l'hétérogénéité des démarches, mais surtout leurs caractéristiques fortes communes. Le recueil des données se veut qualitatif, plutôt qu'exhaustif.

Dans un second temps, le travail de capitalisation sera approfondi afin qu'il bénéficie pleinement aux coordonnateurs ASV et que les expériences de chacun nourrissent celles des autres.

Merci de prendre le temps (environ 20 à 30 minutes) de répondre à ce questionnaire avant le 30 avril !

-- L'équipe de la Plateforme Nationale de Ressources des Ateliers Santé Ville

*Obligatoire

L'ASV en général

1. **Nom de la personne référente : ***

.....

2. **Fonction de la personne référente : ***

.....

3. **Courriel de la personne référente : ***

.....

4. **Téléphone de la personne référente : ***

.....

5. **Ancienneté au poste de coordonnateur de l'ASV :**

.....

6. **Ville : ***

.....

L'ASV en général

7. **1. En quelle année a été créé l'ASV ?**

.....

8. **2. Qui porte l'ASV ?**

.....

9. **3. Quel est le budget annuel moyen de l'ASV ?**

.....

10. **4. Quelles sont la ou les thématiques fortes de travail de l'ASV ?**

.....

11. **5. L'ASV s'articule-t-il avec d'autres démarches territoriales en santé ?**
(CLS, CLSM, ...)

.....

.....

.....

.....

12. **6. L'ASV contribue-t-il à l'élaboration des nouveaux contrats de ville ?**
Une seule réponse possible.

Oui

Non

Projet de l'ASV

13. **7. D'après votre expérience, décrivez un exemple de projet reflétant la démarche ASV :**

(un projet suscité ou mené par l'ASV, une étape dans la mise en place de l'Atelier, ...)

14. **8. A quels objectifs répond la mise en place de ce projet ? Comment ont-ils été définis ?**

15. **9. Le cas échéant, combien d'habitants sont touchés par le projet décrit ?**

16. **10. Quelle est la durée du projet décrit ?**

(date de conception, date de début de mise en place, date de fin / fréquence)

Réseaux d'acteurs autour du projet de l'ASV

17. **11. Qui sont les partenaires de ce projet ?**

18. 12. Comment se sont construits ces partenariats ?

Précisez les méthodes de travail employées pour mettre en réseau les acteurs, réaliser un travail collaboratif, recueillir la parole des habitants, ... (ex : mise en place d'un groupe de travail)

.....
.....
.....
.....
.....

19. 13. Qui est le public visé par le projet ?

(habitants, élus, institutions, professionnels , ...)

.....

20. 14. Le public visé/bénéficiaire a-t-il participé ?

Plusieurs réponses possibles.

- Au diagnostic
- A la définition des priorités du projet
- A la conception du projet
- A la mise en oeuvre du projet
- A l'évaluation du projet
- Autre :

21. 15. Précisez les méthodes de participation du public utilisées à chaque phase :

.....
.....
.....
.....

Valorisation du projet de l'ASV

22. 16. Le projet décrit a-t-il été valorisé ?

(par exemple, dans une publication, un article dans un journal local, une intervention au sein du réseau d'animation régionale, ...)

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 23.*
- Non *Passez à la question 24.*
- Ne sait pas *Passez à la question 24.*

Valorisation du projet de l'ASV

23. 16'. Par quels moyens ce projet a-t-il été valorisé ? Auprès de qui ?

.....
.....
.....
.....
.....

Evaluation du projet de l'ASV

24. 17. Le projet décrit a-t-il été évalué ?

Une seule réponse possible.

- Oui, l'évaluation est finalisée. *Passez à la question 25.*
- Oui, l'évaluation est en cours. *Passez à la question 25.*
- Oui, l'évaluation est prévue. *Passez à la question 25.*
- Non *Passez à la question 27.*

Evaluation du projet de l'ASV

25. 17'. Quelle est la forme de cette évaluation ?

Une seule réponse possible.

- Auto-évaluation *Passez à la question 26.*
- Evaluation réalisée par un prestataire extérieur *Passez à la question 27.*

Evaluation du projet de l'ASV

26. 17". Qui a mené cette auto-évaluation ?

Une seule réponse possible.

- Le coordonnateur ASV
- Le COPIE de l'ASV
- Le groupe de partenaires du projet
- Autre :

Impacts et enseignements

27. 18. Quels sont les effets du projet décrit ?

(sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, sur la dynamique du territoire, ...)

.....
.....
.....
.....
.....

28. 20. Le projet décrit a-t-il produit des effets inattendus ? Lesquels ?

.....
.....
.....
.....
.....

29. 21. Quels sont les facteurs qui ont facilité le projet ?
(dans sa conception, sa mise en oeuvre et/ou sa pérennisation)

.....
.....
.....
.....
.....

30. 22. Quels sont les freins qu'a rencontrés le projet et les difficultés qui l'ont limité ?
(dans sa conception, sa mise en oeuvre et/ou sa pérennisation)

.....
.....
.....
.....
.....

Quelques informations complémentaires pour terminer

31. D'après vous, quelles sont les 3 compétences essentielles auxquelles fait appel le métier de coordonnateur ASV ?

Précisez si vous avez fait appel à des formations ou en ressentez le besoin.

.....
.....
.....
.....
.....

32. Accepteriez-vous d'approfondir certaines questions au cours d'un entretien qualitatif très prochainement ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

16/3/2015

APPEL A EXPERIENCES / Recueil et valorisation des démarches ASV

33. Commentaires/remarques :

Fourni par
 Google Forms

▪ Annexe 4/ Grille d'entretien semi-directif à destination des coordonnateurs ASV

Description de l'ASV

Contextualisation

- Périmètre de l'ASV
- Ressources du territoire en offre de soins

Historique de l'ASV

- Comment est né l'ASV ?
- Quel acteur est à l'initiative ?
- Partenaires associés
- Budget et moyens
- *Possibilité voir fiche de poste ?*

Axes de travail

- Quels sont les axes prioritaires de l'ASV ?
- Comment ont-ils été définis ?

- Comment est piloté l'ASV ?
- Quelle articulation avec d'autres démarches territorialisées en santé ?
- Quelle articulation avec CLS ? (périmètre, pilotage)

Choix d'un projet emblématique/représentatif

- Problème à gérer
- Objet de l'action
- Objectifs
- Public cible
- Partenaires
- Durée du projet

Méthodes mises en œuvre

- Méthode de définition d'un projet (comment a-t-il émergé ? qui décide que l'ASV s'en saisit ?)
- Méthode pour réunir les acteurs
- Méthode de participation des habitants (à quelle étape ? comment ?)

- Formation aux méthodes d'animation de réseaux d'acteurs ? aux méthodes de participation des habitants ?

Effets observés

- Résultats par rapport aux objectifs fixés
- Résultats induits/imprévus (ASV initiateur du fait de la coordination)
- Sur la démarche ASV : participation, animation, méthodo

- Capacité d'interpellation des décideurs politiques, sur la base du diagnostic
- Capacité de mobilisation des crédits de politiques de droit commun

Valorisation et évaluation du projet

- Par qui ? Comment ?

Freins (obstacles) et leviers

- Difficultés rencontrées & leviers pour y pallier
- Enseignement et apprentissages pour d'autres projets

Transfert

- Cette action pourrait-elle être reproduite dans un autre contexte ?
- A quelles conditions ?

Exemple d'un échec

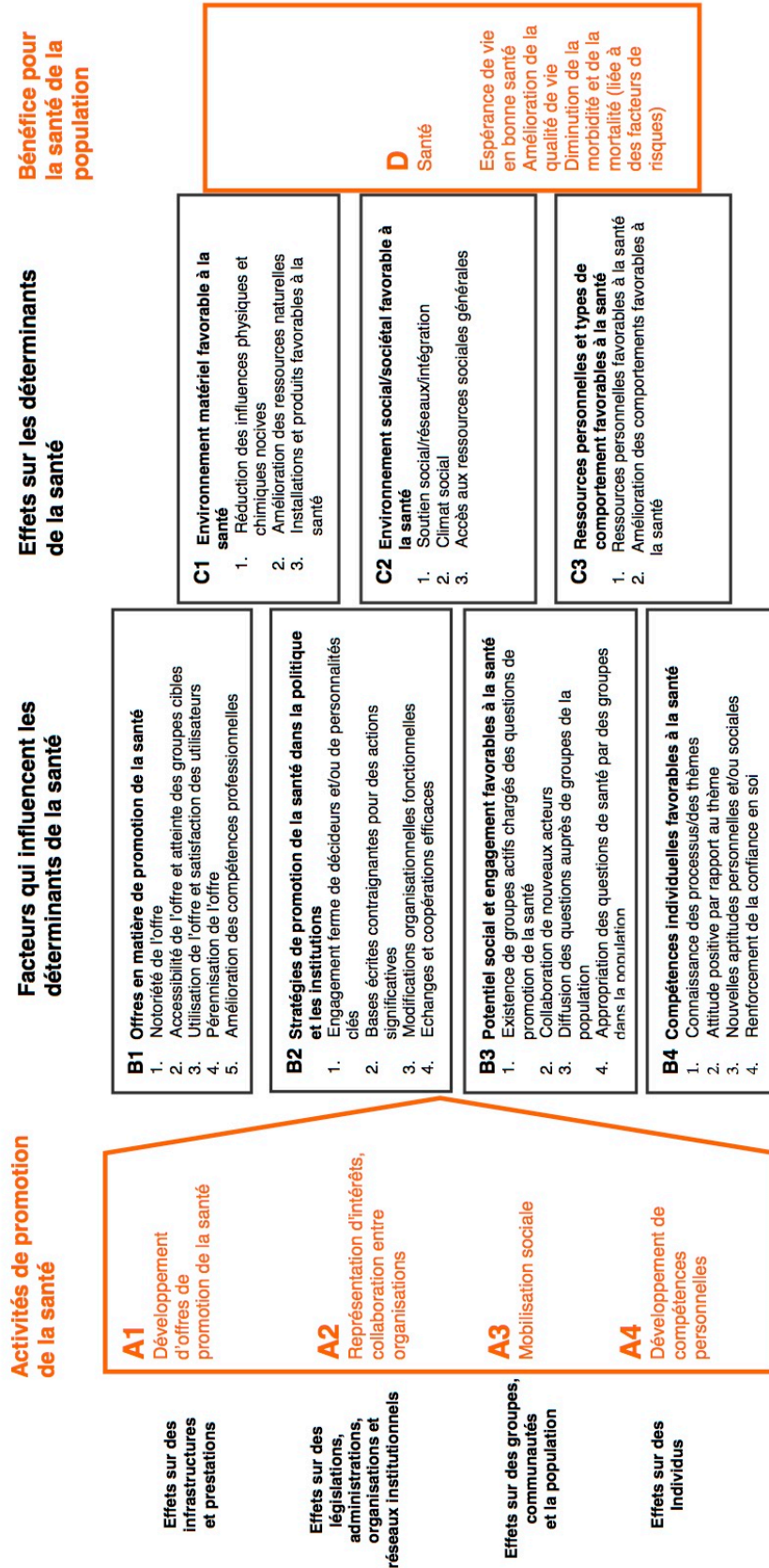
- Raisons de l'échec : qu'est-ce qui vous a manqué ? qu'est-ce qui aurait été nécessaire ?

En général sur l'ASV

- Sur les apports de l'ASV comme démarche
- Sur le métier de coordo : 3 « compétences clé » du coordo ASV
- Actualité : élaboration du nouveau contrat de ville (quelle contribution ? quelle articulation ?)

▪ **Annexe 5/ Aperçu général de l’outil de catégorisation des résultats (zoom sur les colonnes B et C déterminantes pour les résultats**

(source : Promotion Santé Suisse, *Guide pour la catégorisation des résultats. Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention*, 2^e version revue et corrigée – adaptée pour la France par l’Inpes, janvier 2010)



ateliers santé ville
PLATEFORME NATIONALE
DE RESSOURCES

42 boulevard de la Libération
93203 SAINT-DENIS Cedex
Tél : 01.49.33.22.53
<http://www.plateforme-asv.org>