

Les Ateliers Santé-Ville, inventaire de l'ensemble des productions écrites

Etude réalisée à la demande du groupe de travail « Santé » du Conseil National des Villes

Avril 2007

Clotilde Tascon-Mennetrier, chargée de mission à l'Institut des Villes
Mathieu Bourdon, Association S2D / Centre collaborateur de l'OMS

Sommaire	
<u>Introduction</u>	02
<u>L'Atelier Santé Ville : dispositif, enjeux et développement</u>	02
<u>Les Ateliers Santé-Ville : notice bibliographique</u>	07
<u>Mise en perspective des productions écrites concernant les Ateliers Santé Villes (ASV)</u>	13
Textes de références	
<u>Publications et commandes de la DIV</u>	22
<u>Sources diverses</u>	33
<u>Expériences locales</u>	43
<u>Enquête auprès des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales/DDASS</u>	50
<u>Conclusion</u>	54

Introduction

Dans le cadre du Conseil National des Villes (CNV), une mission, pilotée par la « commission santé » a pour objectif la formulation d'un avis sur la démarche des « **Ateliers Santé Ville** » initiée par le Comité Interministériel des Villes du 14 décembre 1999 venu préciser les orientations de la politique de la ville en matière de santé.

Dans cette perspective, **le groupe de travail du CNV s'attache à faire le point des connaissances et parfaire son jugement sur les atouts, les faiblesses et les freins de cet outil qui se développe aujourd'hui sur l'ensemble du territoire.**

D'un point de vue méthodologique, deux exercices différents ont été envisagés.

- la réalisation d'un inventaire de l'ensemble des productions écrites sur cette thématique- la réalisation de trois journées d'auditions d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre des Ateliers Santé Ville.

Le premier travail a été confié à l'**association S2D / Centre collaborateur de l'OMS**. Réalisée sur une période d'un mois et demi (mars-avril 2007), il s'agissait de recenser l'ensemble des productions écrites existantes liées à la démarche des Ateliers Santé Ville. Ce rapport final en présente les différentes étapes. Après la présentation d'une note générale et synthétique sur l'outil « ASV », cette étude propose dans un premier temps l'inventaire des références, élaboré à partir de sources diverses, sous la forme d'une simple bibliographie.

Un approfondissement de la plupart des références est ensuite présenté sous la forme de quatre tableaux (*textes de références, productions et commandes de la Délégation Interministérielle à la Ville, sources diverses, expériences locales*). Cette deuxième étape ne prétend aucunement être une analyse de chacun des documents, mais vise simplement à faire connaître ces écrits et ainsi guider le lecteur dans ses recherches grâce aux résumés et différents extraits tirés des textes. Enfin, dans un souci d'exhaustivité, nous avons interrogé l'ensemble des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) afin qu'elles nous fassent parvenir les références locales dont nous n'avions pas connaissance. La dernière partie de cette étude en présente les résultats.

L'Atelier Santé Ville : dispositif, enjeux et développement

L'objectif de cette note synthétique est d'analyser au regard des simples textes de références et notamment des circulaires, en quoi consiste l'Atelier Santé Ville ? Quelles sont ses finalités ? Existe-il des préconisations concernant la méthode à mettre en œuvre ? Enfin, comment l'ASV a-t-il vocation à se situer par rapport aux autres programmes et dispositifs existants ?

En proposant les Ateliers Santé-Ville, conjointement avec la Direction Générale de la Santé, la Délégation Interministérielles à la Ville a eu la volonté de répondre aux problèmes de santé rencontrés par les personnes qui résident en zone urbaine sensible (ZUS)¹.

Défini avant tout comme **une méthode d'intervention pour appréhender et développer la santé publique à l'échelle locale** par une mobilisation concertée de l'ensemble des intervenants, la démarche ASV, n'a cessé depuis sa création en 1999, d'être encouragée dans les textes législatifs ², les circulaires³, et les différents plans et programmes nationaux (le programme de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale du 18 juillet 2001⁴, Plan National de renforcement de lutte contre la précarité et l'exclusion février 2003), pour tendre aujourd'hui à se généraliser.

En posant les bases de la nouvelle politique de la ville avec le lancement des nouveaux contrats urbains de cohésion social (CUCS), le Comité Interministériel des Villes et du développement social urbain du 9 mars 2006 a en effet annoncé son **ambition de généraliser la démarche ASV** à tous les quartiers en

¹ Créées en 1996, les zones urbaines sensibles (ZUS), sont des territoires infra-urbains définis par les pouvoirs publics pour être la cible prioritaire de la politique de la ville, en fonction des considérations locales liées aux difficultés que connaissent les habitants de ces territoires.

² loi n° 2003-710 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, du 1^{er} août 2003.

³ Circulaire du 19 février 2002 DGS/SD6D n° 2002/100 relative aux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS) – Fiche n° 4 : Pour une démarche de territorialisation.

⁴ Ce programme annonce les quatre priorités d'action du gouvernement dans le domaine de la santé au sein desquelles figure la politique de la ville.

politique de la ville d'ici 2008. Progressivement, le caractère prioritaire de la santé a été affirmé pour devenir aujourd'hui un des cinq piliers de la politique de la ville. Il s'agit « d'encourager les acteurs locaux à mieux prendre en compte la prévention et l'accès aux soins pour les habitants des quartiers en difficulté »⁵.

La naissance d'un outil

Le constat est de plus en plus souvent partagé entre les acteurs de terrain, les élus locaux et les représentants de l'Etat de l'importance d'une prise en compte adaptée aux spécificités locales des questions de santé, et en particulier des populations résidant en zones urbaines sensibles où le cumul des difficultés n'est plus à démontrer.

Depuis 1997, diverses actions ont été entreprises dans le cadre de la politique de la ville avec comme objectif la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé ainsi que l'amélioration de l'accessibilité aux soins des personnes en situation précaires. Les trois quarts des contrats de ville comptaient alors un volet santé.

Deux ans plus tard, le Comité Interministériel à la Ville du 14 décembre 1999 est venu préciser et enrichir les orientations de la politique de la ville en matière de santé avec la mise en place, au sein des Contrats de Ville (2000-2006) d'ateliers «santé-ville».

Inspiré de la démarche PRAPS, et **visant à faciliter l'émergence d'un lieu de coordination local entre tous les acteurs de santé** engagés dans la politique de la ville, cet outil a vocation à favoriser l'association des habitants et les professionnels aux choix réalisés, aux décisions prises concernant la santé.

La doctrine énoncée a été déclinée plus précisément dans deux circulaires concomitantes⁶ qui posent les fondements et proposent le cahier des charges⁷ de ce nouvel outil dont les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), institués par l'article 71 de la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, sont amenés à fixer un cadre d'action et à contribuer à leur mise en place.

Développés dans un premier temps à titre expérimental dans deux régions - Ile de France et Provence Alpes Côte d'Azur⁸ -, les ASV ont aujourd'hui vocation à se développer sur l'ensemble des communes comptant au moins une zone urbaine sensible.

Les éléments de contexte

Afin de cerner l'intérêt et la nature de ce dispositif, il est essentiel de le situer au sein d'un contexte élargi.

- Un principe fondateur : l'étroite corrélation précarité-santé

L'un des principes fondateurs de l'émergence du dispositif « ASV » reste, dans le sillage de la Charte d'Ottawa, l'étroite corrélation entre santé et précarité qui fut d'ailleurs largement rappelée un an plus tôt dans le cadre du vote de la loi créant la couverture maladie universelle.

La circulaire du 13 juin 2000 souligne en effet que « *les personnes en situation de précarité présentent toutes des états de santé fragilisés par les difficultés qu'elles rencontrent pour accéder aux systèmes de soins* » et que « *la santé n'est pas considérée comme une priorité lorsqu'il est déjà difficile de faire face aux dépenses de la vie quotidienne* ».

Les textes de références insistent sur le rôle que doit jouer la politique de la ville quant à la prise en compte de la santé dans la démarche de contractualisation et justifient l'intérêt d'amplifier les efforts engagés lors du XIème plan. La mise en place d'ASV « *pouvant constituer le dispositif opérationnel de la convention thématique santé* » au sein des contrats de ville est préconisée pour la nouvelle génération des contrats de villes (2000-2006).

Quatre ans plus tard, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique précise quant à elle, dans son article deux, que la politique de santé publique concerne en particulier la réduction des inégalités par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et au diagnostic sur l'ensemble du territoire. Ce même article place l'accès à la prévention des populations fragilisées au rang d'objectif prioritaire de la politique de santé.

⁵ Circulaire interministérielle n°DGS/DHOS/SD1A/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.

⁶ La circulaire DIV/ DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des Ateliers Santé Ville et 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.

⁷ Annexe technique 1 de la circulaire n°DGS/SP2/2000/324 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire du 13 juin 2000.

⁸ Ces deux régions pilotes ont ainsi disposé d'un accompagnement spécifique en 2001 et 2002.

⁹ Les conventions thématiques peuvent être une déclinaison des orientations fixées dans les conventions cadres. Elles concernent l'éducation avec les contrats éducatifs locaux (CEL), la sécurité avec les contrats locaux de sécurité (CLS), la santé avec les ateliers santé ville (ASV) ou l'environnement avec les chartes pour l'environnement. Ces conventions peuvent être signées indépendamment du contrat de ville, voire sans qu'il n'y ait de contrat de ville.

- La territorialisation, une plus value des politiques de santé

« La 'territorialisation' des politiques de santé constitue un très fort enjeu pour les années à venir. »¹⁰

La démarche ASV s'inscrit pleinement dans le contexte général de la territorialisation partenariale de l'action politique. Les ASV ont été pensés pour constituer un des outils pouvant **faciliter la promotion d'une démarche locale de santé publique**. Ils doivent, dans ce cadre, promouvoir le développement de **programmes locaux de santé** dont l'objectif est la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ainsi que la circulaire relative aux PRAPS du 19 février 2002 réaffirment l'intérêt d'une démarche de territorialisation avec notamment l'idée que « *les municipalités contribuant à l'action sanitaire et sociale, peuvent favoriser les prises en charge coordonnées autour de l'utilisateur de même que le développement d'actions de prévention. D'autre part cette échelle permet de tenir compte des objectifs de santé dans un cadre de démocratie locale impliquant une recherche de cohérence des politiques publiques sur le territoire, notamment au bénéfice des plus démunis* »¹¹.

Le territoire local constitue ainsi le lieu privilégié d'une « *approche intégrée de la santé* » avec l'ensemble des ressources concernées. Les contrats de ville sont amenés à offrir le cadre opérationnel permettant de mieux répondre aux besoins spécifiques des territoires tout en mobilisant les acteurs concernés. Leur volet santé permet une prise en compte locale des problématiques de santé.

Il en découle la reconnaissance du rôle essentiel des maires et présidents d'intercommunalités sur les questions de santé publique. Le programme santé des CUCS ¹² affirme qu'ils « *sont notamment garants d'une meilleure qualité des politiques publiques pour un mieux vivre de leurs concitoyens* » [...] et « *des partenaires privilégiés de la politique de santé publique aux côtés du Préfet, du Conseil général, de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, des Caisses d'assurance maladie, de la Caisse d'allocations familiales, des ordres professionnels, des associations et des opérateurs locaux, comme les réseaux de santé médico-sociaux.* »

Les textes officiels ne définissent pas la programmation de l'ASV sur une échelle territoriale spécifique. Les ASV peuvent s'appliquer à des territoires infra communaux (les quartiers), communaux ou intercommunaux. Ceci dépend des choix analytiques, des organisations institutionnelles, ainsi que du degré de structuration du champ local de la santé. Il faut souligner que l'agglomération constitue à ce titre une configuration relativement inédite de l'action locale en santé.

En définitive, la démarche légitime la proximité comme un atout pour atteindre les objectifs partagés par les politiques de santé, de cohésion sociale et urbaine.

Objectifs de l'Atelier Santé Ville

Les ASV sont présentés comme le « dispositif opérationnel de la convention thématique santé ». Ils ne constituent pas des « projets nouveaux », mais des outils permettant de développer les coopérations et les savoir-faire nécessaires au développement des actions.

La circulaire¹³ qui propose le cahier des charges et les modalités de mise en œuvre de ce nouvel outil, explicite les objectifs assignés aux ASV comme suit :

L'ASV a vocation à :

- *identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie*
- *faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien à des réseaux médico-sociaux*
- *diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site*
- *rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun*
- *développer d'une part la participation active de la population à toutes les phases des programmes (diagnostic, définition de priorités, programmation, mise en œuvre et évaluation) et d'autre part, la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes*

¹⁰ Le Programme Santé des CUCS, fiche thématique, novembre 2006.

¹¹ Circulaire DGS/SD6D n° 2002/100 relative aux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS) – Fiche n° 4 : Pour une démarche de territorialisation.

¹² Contrats urbains de cohésion sociale / Fiches thématiques DIV-Direction générale de la Santé (DGS) - Le programme santé des CUCS –novembre 2006.

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

Les thèmes d'actions

Tout comme pour les objectifs, les thèmes d'actions présentés récemment dans le programme santé des CUCS restent identiques à ceux énoncés en juin 2000. Ils concernent :

- La connaissance de l'état de santé de la population des communes ayant au moins un site prioritaire
- La définition des objectifs d'amélioration de l'état de santé et de ses déterminants
- L'accessibilité aux droits sociaux, aux soins, à la prévention et à la santé
- L'analyse des principaux dysfonctionnements de l'accès à la prévention et aux soins
- Les questions concernant les pratiques professionnelles sanitaires, sociales et d'insertion
- La qualité et l'organisation de l'offre de soins
- Les besoins en formation des professionnels accueillant les publics en situation de précarité

Deux circulaires de 2001¹⁴, conforte l'intérêt de la démarche en proposant le cadre de référence de l'ASV pour la réalisation de leur programme et actions.

Les modalités de mise en œuvre

La réalisation des objectifs préconisés implique une participation et une coordination de l'ensemble des acteurs des champs sanitaires et sociaux ainsi qu'une méthode rigoureuse. La démarche pilote, engagée fin 2000 dans les régions Ile-de-France et PACA, accompagnée par l'association RESSCOM, a eu pour mission de dégager des enseignements sur ces conditions de mise en œuvre.

- Les acteurs

Avec l'objectif de **promouvoir la constitution de réseaux de santé de proximité et de rapprocher les acteurs de santé et ceux de la politique de la ville, l'ensemble des acteurs des champs sanitaires et sociaux des différents niveaux territoriaux est invité à s'impliquer**. A l'échelon local, plusieurs acteurs sont plus particulièrement visés : les médecins de ville, les établissements de santé publics et privés, les structures de santé mentale, les CHRS, les centres de santé, les centres sociaux, les services de santé scolaire, les services sociaux d'accueil aux étrangers, les missions locales.

- Initiative et pilotage

« L'Atelier santé-ville est créé à l'initiative des partenaires du contrat de ville qui souhaitent inscrire la santé comme priorité forte ». Les circulaires de juin 2000, demandent aux préfets de favoriser la mise en place de ce nouvel outil en associant les services de l'Etat concernés aux services chargés de la politique de la ville pour en assurer la promotion et le suivi.

Les DDASS constituent le pivot naturel pour la concertation nécessaire et l'animation de cette procédure relative à la déclinaison au niveau territorial de la politique régionale de santé

La fiche thématique Santé des CUCS de novembre 2006 rappelle à cet égard « qu'il importe que le pilotage et la mise en œuvre de la programmation des ASV au sein des CUCS soient accompagnés par les DRASS et les DDASS sous l'égide des préfets ».

- Les étapes

Lieu de coordination des acteurs, l'ASV vise à élaborer un diagnostic partagé des problèmes à traiter, à adopter et à mettre en œuvre un programme d'actions concertées et au final d'en assurer son évaluation de façon régulière.

-> Le diagnostic :

La mobilisation de l'ensemble des acteurs qui interviennent sur un territoire donné doit permettre d'établir le diagnostic de l'état de santé local des populations. Avec la nécessité d'intégrer la participation active des habitants dès cette étape, le diagnostic participatif permet de recueillir les points de vue des élus, des services municipaux, des professionnels, des associations. Le niveau de proximité autorise le croisement de différentes sources de données à traiter et à analyser avec les partenaires de l'Etat, afin de rendre compte des situations spécifiques et/ou globales des personnes, lesquelles conditionnent grandement l'état de santé¹⁵.

¹⁴ La circulaire du 9 janvier 2001 relative au programme de lutte contre la drogue et la prévention des dépendances sur les territoires de la politique de la ville soumet le souhait que cet objectif s'inscrive dans le cadre des ASV. La circulaire du 2 août 2001 d'orientation relatives aux actions de santé conduite dans le cadre des PRAPS dans le champ de la santé mentale suggère que l'ASV serve de cadre de référence pour faciliter la coopération et le développement de réseaux de proximité concernés par la prise en charge de ces publics.

¹⁵ Fiche thématique- Le programme santé des CUCS, novembre 2006

-> Elaborer un programme d'actions concertées :

Les ASV doivent ensuite contribuer à la définition de priorités et à la programmation d'actions adaptées aux publics ainsi qu'aux partenaires et ressources existantes.

La circulaire interministérielle 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 ville¹⁶ propose de faire de la démarche des ASV l'une des déclinaisons territoriales du Plan Régional de Santé Publique (PRSP).

Les projets locaux de santé publique (PLSP) développés par les ASV sont les instruments appropriés pour répondre aux besoins de santé au plus près des populations en permettant de définir des stratégies d'intervention concertées avec les ressources de proximité (services municipaux, professionnels de santé publics privés, établissements de santé, centres de santé, PMI, et plus largement ceux des centres sociaux, des Missions locales, de l'Anpe, des foyers, des associations ...).

-> Evaluation :

La culture du résultat et de la rationalité, encouragée par la loi du 9 août 2004, est un des enjeux de l'Atelier Santé Ville.

« Les ASV doivent prévoir une procédure précise d'évaluation de type participative comportant un volet qualitatif et quantitatif. La place donnée à la participation des habitants permettra aux acteurs d'apprécier l'impact des actions de santé dans le sens du concept de « santé bien-être », selon des critères qui seront différents suivant les populations concernées et les modes d'intervention ».

L'évaluation vise à examiner les résultats des projets locaux de santé et leur cohérence avec l'ensemble des actions de santé sur les territoires du contrat de ville et leurs effets sur l'amélioration de la santé des habitants et, au-delà, sur la qualité de vie et l'insertion sociale.

- La coordination

S'il est souhaité d'assurer la mise en œuvre de la démarche en s'appuyant sur les structures existantes qui participent aux actions de lutte contre les exclusions, un coordinateur¹⁷, intégré au pilotage du contrat de ville et membre du groupe de pilotage départemental du PRAPS animé par les DDASS, peut être recruté pour animer la démarche.

Cette fonction d'animation locale conjugue des compétences d'ingénierie de projet et des compétences en matière sanitaire et sociale

- Formation-action

La circulaire du 4 septembre 2006¹⁸ évoque, dans l'objectif de développer et de consolider le dispositif, le lancement d'un programme de formation, à destination des services déconcentrés de l'Etat et des collectivités locales, intégrant la présentation du tableau de bord¹⁹ relatif au pilotage et au suivi des ASV. La réalisation de ce programme est prévu pour la fin de l'année 2006 et courant 2007.

Positionnement de l'ASV

La mise en œuvre d'un ASV, dont l'objectif est de **promouvoir le développement de programmes locaux de santé**, ne s'inscrit pas dans un espace neutre et vide de toute action publique. Les nombreuses articulations qui contribuent à tramer le champ de la santé publique doivent être prise en compte.

¹⁶ Circulaire interministérielle n°DGS/DHOS/SD1A/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

¹⁷ La mission du coordinateur porte sur l'animation, l'aide à la concertation, le soutien méthodologique par la création d'outils adaptés aux projets locaux de santé. Dans ce cadre, il recueille les données quantitatives et qualitatives, mobilise les compétences existantes : les chefs de projets politique de la ville, les centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances de la mission Interministérielle de lutte contre la drogue et les Toxicomanies, les Observatoires Régionaux de Santé. Il apporte un soutien aux acteurs. Il promeut aussi la participation des habitants dans les projets locaux de santé et assure la cohérence des conventions thématiques santé prévention avec les actions de prévention du Contrat Local de Sécurité (CLS).

Par ailleurs, il a vocation à participer, en lien avec les DDASS, aux travaux des PRAPS dont il est un correspondant privilégié sur le territoire, à l'action menée dans le cadre des Conférences Régionales de Santé et à valoriser la participation des habitants dans les projets locaux de santé comme les Etats généraux de la santé le préconisent.

¹⁸ Circulaire interministérielles N° DGS/DHOS/SD1A/2006/383 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ASV.

¹⁹ Elaboré dans le cadre du département de Seine Saint Denis, cet outil présente un tronc commun d'informations quantitatives et qualitatives qu'il convient de renseigner localement selon les objectifs stratégiques et opérationnels des ASV.

Situé au sein de la politique de la ville, cette instance partenariale locale offre l'occasion de **préciser les articulations entre les différents niveaux de définition et de compétence** sur le plan de la santé publique et notamment permettre l'articulation entre la politique de santé publique avec les politiques municipales. La politique de santé et la politique de la ville convergent aujourd'hui pour reconnaître la nécessité de prendre en compte la situation de certains territoires où se concentrent des difficultés sociales et urbaines.

Dès son origine, l'Atelier Santé-ville s'inscrit dans une **stratégie de développement de l'interactivité** entre les objectifs de lutte contre les exclusions (PRAPS) et la mise en œuvre du volet santé des contrats de ville. **Dispositifs de coordination articulant les logiques ascendantes et descendantes**, « les ASV s'inscrivent dans les priorités régionales des PRAPS et de la loi contre les exclusions, dont ils contribuent à enrichir l'application locale. Ils doivent permettre une articulation dynamique entre la politique de la ville et la politique de santé et ainsi contribuer à la réduction des inégalités de santé ²⁰ ».

Il a donc, entre autres missions, la charge de décliner les PRAPS, programmation essentielle dans la lutte contre les inégalités sociales en matière de santé, dans le cadre des Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP²¹).

L'ASV doit au final devenir, le **cadre opérationnel d'une démarche territoriale, faisant l'interface entre les élus des villes et la politique de santé de l'Etat et qui permet de clarifier les responsabilités de chacun**. C'est un outil de coproduction de projets locaux de santé publique²² et de déclinaison territoriale de la politique de santé publique, contractualisé entre l'Etat et le Maire.

Les Ateliers Santé-Ville : Notice bibliographique

Textes législatifs

- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, article 71²³
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n° 2003-710 du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine – Chapitre 1^{er} : *Réduction des inégalités dans les zones urbaines sensibles*, annexe 1/ point 4 : *Santé : développer la prévention et l'accès aux soins*
- Loi n° 2004-806 relative à la politique de santé publique, 9 août 2004

Doctrine

- Comité Interministériel des Villes du 14 décembre 1999 – *Pour des villes renouvelées et solidaires*-, chapitre II – point 3.2
- Comité Interministériel des Villes du 9 mars 2006 – *Pour une politique de la ville renouvelée : de nouveaux contrats, des priorités affirmées, des moyens historiques*.

Circulaires

- Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n°9508 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies
- Circulaire DGS/DAS/DIV, n° 379 du 19 juin 1996 relative aux actions de santé en faveur des personnes en difficulté et à la mise en œuvre du pacte de relance pour la Ville

²⁰ Circulaire n°DGS/SP2/2000/324 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire du 13 juin 2000

²¹ Le plan régional de santé publique est un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels, constituant un cadre structurant de l'intervention en santé publique. Il comprend l'ensemble des priorités partagées dans l'espace régional et infra-régional. Un groupement d'intérêt public, le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) est chargé de sa mise en œuvre. Dans ce cadre, le niveau régional est le niveau territorial décisif de mise en œuvre des politiques de santé de l'Etat

²² Les PLSP sont les instruments appropriés pour répondre aux besoins de santé au plus près des populations en permettant de définir des stratégies d'intervention concertées avec les ressources de proximité. Les composantes possibles de coproduction de ces PLSP entre élus et les services de l'état sont explicitées dans le cadre de la circulaire du 4 septembre 2006.

²³ Article abrogé par ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000. Art 4 II

- Circulaire DGS/SP2/99/110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (PRAPS)
- Circulaire DIV/ DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des Ateliers Santé Vill
- Circulaire n°DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire – Annexe technique 1 « Atelier santé ville » -
- Circulaire n°DIV/DPT-LSSP/MILDT/2001/14 du 9 janvier 2001 relative au programme de lutte contre la drogue et la prévention des dépendances sur les territoires de la politique de la ville
- Circulaire DGS/6C/DHOS/02/DGAS/DIV n° 2001/393 du 2 août 2001 d'orientation relatives aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale
- Circulaire DGS/SD6D n° 2002/100 du 19 février 2002 relative aux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS) – Fiche n° 4 : Pour une démarche de territorialisation
- Circulaire DHOS/DGS/DGAS/DATAR n°2003-387 du 16 avril 2003 relative à l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement Circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération
- Circulaire N°DGS/SD1/2004/454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du Plan Régional de Santé Publique
- Circulaire DGS/6D n°627 du 21 décembre 2004 relative aux plans et projets territoriaux contractualisés avec les collectivités locales
- Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B du 23 novembre 2005 n° 2005-521 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie
- Circulaire du 24 mai 2006 relative à l'élaboration des contrats urbains de cohésion sociale
- Circulaire interministérielle n°DGS/DHOS/SD1A/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
- Circulaire DIV du 15 septembre 2006 relative à la Géographie prioritaire des CUCS, contenu et calendrier de mise en œuvre
- Circulaire relative à la signature des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), 1^{er} février 2007

Plans nationaux

- Plan national d'action français contre la pauvreté et l'exclusion, 18 juillet 2001
- Plan national de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion – Fiche S1 à S5 : Améliorer l'accès aux soins des personnes en difficulté sociale -, février 2003
- Plan national d'action pour l'inclusion sociale (PNAI), France, 2003-2005, juillet 2003
- Plan stratégique santé précarité (DGS SD6), avril 2005

Productions et commandes de la Délégation Interministérielle à la Ville

A propos de la démarche expérimentale dans deux régions....

- Association RESSCOM-DIV/DGS/DDASS 93, *Ateliers Santé Ville Seine Saint Denis, 1^{ère} phase*. Exposé présenté à la réunion du 11 mai 2001 à la CPAM de Seine Saint Denis, 19 p.
- JOUBERT M., BERLOLOTTO F., TRUZE P. (Association RESSCOM), *Mission d'accompagnement technique des services déconcentrés de l'Etat chargés du volet santé de la Politique de la Ville pour la mise en place des Ateliers Santé Ville dans les régions Ile-de-France et Provence Alpes Côtes d'Azur*, Paris, novembre 2001
- JOUBERT M., BERLOLOTTO F. (Association RESSCOM), *Bilan de la mission de promotion et aide au développement des Ateliers Villes Santé. Régions Ile de France et PACA*, DIV, 22 janvier 2002
- JOUBERT M. (Association RESSCOM), *Les Ateliers Santé Ville, Conditions de mise en œuvre, méthodologies - Premières leçons de l'accompagnement effectué sur la région Île-de-France*. Document proposé pour la réunion DRASSIF du 11 décembre 2002. Paris, 2002
- **Rapports et actes de séminaires**
 - LEBAS Dr J., *Amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville*, coll. Etudes et recherche, Les éditions de la DIV, février 2002

- BERTOLOTTO F., MANNONI C., STEFANELLI M-L., RICHARD C., *Etudes auprès de 27 Ateliers Santé Ville - Etat des lieux sur la construction de la démarche ASV en octobre-novembre 2003 - Recommandations pour une Journée Nationale- rapport final*, 15 mars 2004
- Association RESSCOM, *Territoires, santé publique et politiques de santé au niveau local, Rapport d'étape Ateliers Santé Ville*, coll. Etudes et recherches, Les éditions de la DIV, mars 2004
- *Les élus et les programmes territoriaux de santé publique - bilan et perspectives des Ateliers Santé-Ville (Actes du séminaire) - 27 janvier 2005*, Les éditions de la DIV, août 2005
- *Les élus face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique*, séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE, coll. Etudes et recherche, Les éditions de la DIV, novembre 2005

Rapports annuels de l'ONZUS

- Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles, Rapport 2004, Les éditions de la DIV, décembre 2004
- Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles, Rapport 2005, Les éditions de la DIV, décembre 2005
- Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles, Rapport 2006, Les éditions de la DIV, février 2007

Cartographies

- Contrats de ville 2000-2006 et Ateliers Santé-Ville, Octobre 2002
- Les contrats de villes et les Ateliers Santé-Ville, Avril 2004

Publications diverses

- DIV, *les Ateliers Santé Ville, éléments d'orientation et de mise en œuvre*, juin 2001
- DIV, *Santé et politique de la ville : Un nouvel outil, les Ateliers Santé-Ville*, (<http://www.ville.gouv.fr/infos/dossiers/index.html>), août 2002
- DVD : *Politique de santé, Territoires et santé publique au niveau local*, réalisé à partir des interventions de la journée nationale initié par le Centre de ressources et la DDASS de Seine Saint Denis du 4 décembre 2003, 2004.
- BERTOLOTTO F., POMMIER J., «Promotion de la santé et développement local: une formation-action pour le développement des ateliers santé ville»
- BERTOLOTTO F., «Les Ateliers Santé Ville : un état des lieux à la fin de l'année 2003» - compte rendu des principaux résultats d'une étude commanditée par la DIV fin 2003
- DIV/DGS - Le programme santé des CUCS (fiche thématique), décembre 2006

Sénat

- ANDRE P., « *Un nouveau pacte de solidarité pour les quartiers* » (rapport d'information n° 49 du Sénat -2006-2007 fait au nom de la mission commune d'information Banlieues, déposé le 30 octobre 2006)

Conseil National des Villes

- BILLAUD V. (MDSL-Intervention Santé -), *La santé dans les Politiques des Villes*, étude réalisée pour le CNV, octobre 1999
- Groupe de travail « Santé et pratiques sociales », *Recommandations*, février 2000

IRDES - Institut de recherche et de documentation en économie de la santé -

- ALLONIER C., DEBRAND T., LUCAS-GABRIELLI V., PIERRE A., ROCHEREAU T., *L'état de santé et le recours aux soins des personnes vivant en ZUS*, Rapport ONZUS 2006
- ALLONIER C., DEBRAND T., LUCAS-GABRIELLI V., PIERRE A., « *Des indicateurs de santé moins favorable pour les habitants des Zones Urbaines Sensibles* », bulletin d'information en économie de la santé de l'IRDES, n°117, janvier 2007.
- DEVAUX M., JUGOT F., TRANNOY A., TUBEUF S., « *Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents* », bulletin d'information en économie de la santé de l'IRDES, n°118, février 2007

Publications du centre de Ressources Politique de la Ville Profession Banlieue

- Les lettres ASV (n° 1, mai 2001/ n° 2, octobre 2002/ n°3, juillet 2003/ n°4, janvier 2006/ n°5, juillet 2006/ n°6, novembre 2006)
- FASSIN D., « *Discrimination et santé : enjeux politiques et signification sociale* » - Les « 5 à 7 », n° 4 - 2002
- *Les ateliers santé ville : expérimentations en Seine-Saint-Denis*, mars 2003 (151p.)
- MANNONI C., *Politique de la ville, territoire et santé, réflexions autour des ateliers santé ville et leurs enjeux en Seine Saint Denis*, juillet 2004 (111 p.)

- MAZAR M., JOUBERT M., MANNONI C., « *L'atelier santé ville, une démarche territoriale de santé publique* », compte-rendu d'une journée, décembre 2003, mai 2005 (89 p.)
- Expériences locales**
- « *Genèse des Ateliers Santé Ville dans le département des Bouches du Rhône* », 18 p., 2002
- FORTIN M., BOUDRAS-BOUILLARD B. (Société régionale de santé publique Rhône-Alpes), « *Les volets "santé" des contrats de ville 2000-2006 en Rhône-Alpes* », rapport, 35 p., janvier 2002
- GUYE O., MEDINA P., (ORS Rhône-Alpes), Atelier Santé Ville, ville de Lyon, Diagnostic de santé de 3 quartiers : Pentès de la Croix-Rousse, Etats-Unis et Duchère, janvier 2004
- Diagnostic de santé du quartier des Pentès de la Croix-Rousse (1er arrt), 82p
- Diagnostic de santé du quartier de La Duchère (9^{ème} arrt), 87 p
- Diagnostic de santé du quartier des Etats-Unis (8ème arrt), 100 p.
- Priorités santé, bulletin d'information du Comité Régional d'Education pour la Santé Provence Alpes Côtes d'Azur :
- « *Atelier santé ville* » : un programme local de santé pour Salon-de-Provence, 1 p., n°9/ janv.-fév.-mars-avril 2004
- « *Ateliers santé ville* » : les expériences de Toulon et de la Seyne-sur-Mer, 1 p., n° 11/ sept.-oct.-nov.-déc. 2004
- *Atelier santé ville de Martiques-Port de Bouc : après le diagnostic, l'étape des pistes d'actions*, 1 p., n°12/ janv.-fév.- mars- avril 2005
- Groupe de travail Atelier Santé Ville (ville d'Ales), Appel à projets ASV, septembre 2004
- ACCES, journal d'information du PRAPS de Basse-Normandie, Dossier : *Les Ateliers Santé Ville, un diagnostic à plusieurs*, n°17, septembre 2004.
- GUYE O, MEDINA P, SONKO A. (ORS Rhône-Alpes), *Ateliers Santé Ville. Ville de Saint-Étienne. Diagnostics santé de 2 quartiers : Montreynaud et Tarentaize-Beaubrun-Séverine*, janvier 2005
- Diagnostic de santé du quartier Montreynaud , 156 p.
- Diagnostic de santé du quartier Tarentaize-Beaubrun-Séverine, 146 p.
- ORS Rhône-Alpes, *Diagnostic de santé sur deux quartiers de Saint-Étienne (résumé) : six enjeux majeurs*, 8 p., avril 2005
- ACT Consultants, « *Financements européens et politique de la ville* », Fiche n° 12 : Atelier Santé Ville d'Aubervilliers (Seine-Saint-Denis), 4p., 2005
- FORTIN M., *Les Ateliers santé ville de Villeurbanne : penser l'organisation et la participation*. Centre de ressources et d'échanges pour le développement social et urbain (CRDSU) – Rhône Alpes, Les cahiers du DSU, n° 43 automne/hiver 2005
- *Evaluation départementale des ASV dans les Bouches du Rhône* –rapport commandité par la DDASS des Bouches du Rhône, 2006
- MEDINA P., JOSEPH V., MAGNIN D, GUYE O. (ORS Rhône-Alpes), *Diagnostic de la ville de Vaulx-en-Velin*, 104 p., février 2006
- Ville de Villeurbanne (Direction de l'hygiène et de la santé publique / Direction de la démocratie, du développement et de la vie de quartier), *ASV : une démarche de santé publique territorialisée* – Bilan d'activité 2005, septembre 2006
- LAPLANTE M., Dr FERLEY JP., DA SILVA O., (ORS du Limousin), *Diagnostic préalable à la création d'un atelier santé ville dans les quartiers de Limoges classés en zone sensible*, Une étude conduite pour : la Préfecture de Région et la DRASS du Limousin en concertation avec la Ville de Limoges et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, rapport n°172, 72 p., novembre 2006
- *Atelier Santé ville de Cherbourg* – Plaquette de présentation du projet, 2 p., 15 mars 2006
- Centre de Ressources Politique de la Ville de Guyane, *Atelier Santé Ville de l'Île de Cayenne, recueil d'expérience*, 48 p., Avril 2006,
- DANGAIX D., « *Atelier santé-ville d'Aubervilliers : un point de rencontre entre population et professionnels* », n° 384, La santé de l'homme, 3p., juillet-août 2006
- MORADELL M. (CRAES- CRIPS), *Atelier santé ville Villeurbanne Charpennes - Tonkin. Diagnostic des besoins de santé*. État de santé, besoins et réponses exprimées par les habitants et les professionnels, 25 p., juin 2006
- Craes-crips Rhône-Alpes, *Atelier Santé ville, Quartier de Buers/Croix Luizet (Villeurbanne)*, 35p, novembre 2004
- GAYRARD P. (ville de Valence, Direction des Affaires Sociales et de la Santé publique), « *Diagnostic santé dans le cadre de l'atelier santé-ville du quartier du Polygone à Valence* », 46 p. janvier 2006

- ARCELLA-GIRAUX P. (Psychiatre en Santé publique au SCHS d'Aubervilliers, coordinatrice ASV/ Volet santé mentale), *Les Ateliers santé ville à Aubervilliers, Journée d'étude Santé mentale et précarisation*, MIPES, 4p., novembre 2003
- Intervention au congrès « La santé Mentale face aux mutations sociales organisé par ORSPERE-ONSMP -12-13-14 octobre 2004. Lyon. Atelier 7 : L'ASV d'Aubervilliers, l'expérience du groupe de Santé mentale :
- ARCELLA-GIRAUX P. (Psychiatre en Santé publique au SCHS d'Aubervilliers), L'expérience de l'Atelier santé ville/volet santé mentale d'Aubervilliers.
- CHRISTODOULOU N. (Psychiatre, responsable Centre d'Accueil et de crise, Aubervilliers), La psychiatrie de secteur et l'ASV, quelles synergies possibles ?
- A'URBA, équipe permanente mission contrat de ville, *Guide méthodologique à l'usage des Ateliers Santé Ville / Agglomération bordelaise*, juin 2005
- A'URBA – Comité de pilotage du contrat de ville de l'agglomération bordelaise, *Diagnostic et axes stratégiques* – Atelier Santé Ville, ville d'Eysines, Quartier du Grand Caillou / Les Hauts de l'Hyppodrome, 22p., juin 2006
- A'URBA, équipe permanente mission contrat de ville de l'agglomération bordelaise / CRAES-CRIPS d'Aquitaine, *Fiche action ASV à l'usage des programmes issus des Ateliers Santé Ville*, juin 2006
- Pays et Quartiers d'Aquitaine, équipe permanente mission contrat de ville – *Les « Ateliers Santé-Ville » sur l'agglomération bordelaise*, fiche action réalisée en juin 2005, 3p.
- CCAS de Besançon, *Atelier Santé Ville de Besançon*, février 2007, 2p.

Santé-précarité

- LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité et santé*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 300p, 1998
- JOUBERT M, CHAUVIN P., FACY F., RINGA V., *Précarisation, risques et santé*. Paris, Editions Inserm, 474p, 2001
- CHAUVIN P., « *Santé et recours aux soins dans cinq Zones Urbaines Sensibles d'Ile de France* », enquête réalisée à l'automne 2001
- PARIZOT I, CHAUVIN P, FIRDION JM., PAUGAM S., « *Santé, inégalités et ruptures sociales dans les zones urbaines sensibles d'Ile-de-France* », Synthèse de recherche pour l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, Paris, 45p., 2003
- CAMBOIS E., *Les personnes en situation sociale difficile et leur santé*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 26p., 2004
- PARIZOT I., RENAHY E., BAZIN F., CHAUVIN P., (INSERM Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins), *Santé, inégalités et ruptures sociales – Enquêtes sur la santé et le recours aux soins dans 7 quartiers défavorisés franciliens et proposition d'une méthodologie pour la réalisation d'une enquête représentative en Ile de France – Rapport pour la DIV – 116 p, juin 2005*
- Médecins du Monde, *Rapport 2005 de l'Observatoire de l'Accès aux soins de la Mission France*, août 2006
- CHAUVIN P, PARIZOT I., *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, Editions Inserm, 340p, 2005
- MASULO A., *Santé et recours aux soins des populations précaires*, rapport, 15 p, 2006

Les textes de référence concernant la promotion de la santé

- Charte d'Ottawa adoptée lors de la conférence internationale pour la promotion de la santé, 1986
- OMS- Division de la promotion et protection de santé de l'organisation Panaméricaines de la santé-, *Villes et villages en santé : guide des maires pour promouvoir la qualité de vie*, 2002
- OMS, *Les déterminants de la santé*, 2004

Publications diverses

- MAUREL E., « *L'intervention des DDASS dans la politique de la ville* », note de synthèse, GREFOSS, 1999
- HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE, *La santé en France 2002*, La documentation française, 410 p, 2002
- RHIZOME Conseil Etude Stratégie, « *Les ateliers Santé Ville au croisement de la politique de la ville, de la politique de lutte contre les exclusions et de la politique de santé publique : demain, quelles perspectives* ». Note de synthèse à l'issue du séminaire du 28 avril 2004
- RHIZOME Conseil Etude Stratégie, *Quelles politiques de santé publique dans les ZUS. Les Ateliers Santé Ville : une réponse ?*, novembre 2004.
- ASSISES NATIONALES DE LA VILLE, contribution des élus des communes mettant en œuvre une politique locale de santé – « *La santé : un des cinq piliers de la politique de la ville* », avril 2005
- TORRES A., « *Ateliers Santé Ville* », Actualités sociales hebdomadaires, n° 2390, 14 janvier 2005

- BENZAÏDI F., DALBARADE M., EMBERSIN C., PEPIN P., *La santé observée en Seine-Saint-Denis. Tableau de bord départemental sur la santé*, Observatoire régional de la santé d'Île-de-France, Conseil général de Seine-Saint-Denis, 150 p., 2005
- CRDSU, « Santé et précarité sociale, vers une politique publique locale ? », Les cahiers du DSU, n°43, automne/hiver 2005
- JOUBERT M, RICHARD C, « Les ateliers santé ville, un support pour la promotion des politiques locales de santé », Diversité –Ville, école, intégration -, n°143, décembre 2005
- GUENIFFEY A., Regard sur les fonctions en jeu dans le projet local de santé publique, Santé Publique, volume 19, supplément n°1, 8 p., janvier-février 2007
- RICHARD C., « Les ateliers santé ville (ASV)» dans *Villes, santé et développement durable*, La documentation française, mars 2007-
- FLOCH-LAVIT M., « L'Atelier santé ville, un outil souple et rigoureux, l'expérience des Bouches du Rhône (13) », dans, *Villes, santé et développement durable*, La documentation française, mars 2007.
-
- ***Pour aller plus loin : informations et références en ligne***
- **<http://www.ville.gouv.fr>** : Le site de la Délégation interministérielle à la ville.
- **<http://i.ville.gouv.fr>** : Le site du centre de ressources de la Délégation interministérielle à la ville. Des fiches d'expériences et des documents sur la santé et la politique de la ville
- <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/praps> : Le site du ministère de la santé et des solidarités. Un dossier thématique sur le PRAPS (Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins)
- **<http://www.professionbanlieue.org>**, le site du centre de Ressources Politique de la Ville Profession Banlieue
- <http://www.cnr.asso.fr> : Le site de la coordination nationale des réseaux de santé. Un annuaire national des réseaux de santé, la Charte des réseaux de santé...
- <http://www.renaudot.free.fr>: Le site de l'Institut Renaudot – Santé communautaire
- <http://www.u707.jussieu.fr/sirs/> : La recherche comparative internationale / La recherche conduite en Île de France / Le réseau SIRS Ile de France. Santé, Inégalités, Ruptures Sociales.
- <http://www.rhizome-conseil.com>
- <http://www.educationsante-aquitaine.fr> : site du Réseau Aquitain des Comités d'éducation pour la Santé
- <http://www.aquitaine-pqa.fr> : site des Pays et Quartiers d'Aquitaine – Centre de ressources régional sur le développement territorial
- <http://www.craes-crips.org> : site du Collège Rhône Alpes d'éducation pour la santé – Centre Régional d'information et de prévention pour la santé. (Mission de promouvoir une éducation pour la santé efficace, de qualité, éthique, mobilisant les compétences, la participation de tous, concourant à réduire les risques et favorisant les choix favorables à la santé)

Mise en perspective des productions écrites concernant les Ateliers Santé Villes (ASV)

Textes de références

DATE/NOM & NATURE DU DOCUMENT	L'ESSENTIEL
<p>Loi n°98-657 relative à la lutte contre les exclusions (art 71)</p> <p>29 juillet 1998</p>	<p>Extraits de l'article 71:</p> <p>Il est crée dans chaque région un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, dont l'élaboration et la mise en oeuvre sont coordonnées par le représentant de l'Etat dans la région . Ce programme est établi à partir d'une analyse préalable, dans chaque département, de la situation en matière d'accès aux soins et à la prévention des personnes démunies. Il comporte des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en oeuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies, en se fondant sur les situations locales particulières et les expériences existantes. Il précise les conditions dans lesquelles les services de l'Etat, en particulier les services de santé scolaire et universitaire, les collectivités territoriales, grâce notamment aux services de protection maternelle et infantile, les organismes de sécurité sociale, les agences régionales de l'hospitalisation, les groupements régis par le code de la mutualité, les associations, les professions de santé, les établissements et institutions sanitaires et sociales concourent à la mise en oeuvre de ces actions. Il s'attache à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels. Le PRAPS est établi après consultation d'un comité, présidé par le représentant de l'Etat dans la région réunissant des représentants des services de l'Etat et de l'agence régionale de l'hospitalisation, des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie et auquel des représentants des associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion peuvent être invités à participer. Il est rendu compte chaque année de la réalisation de ce programme à la conférence régionale de santé instituée par l'article L. 767 du code de la santé publique.</p>
<p>Comité interministériel des Villes – Chapitre II, point 3.2</p> <p>14 décembre 1999</p>	<p>Le Comité Interministériel des Villes du 14 décembre 1999 marque l'acte de naissance des Ateliers Santé Ville. Le CIV précise les orientations de la politique de la ville en matière de santé avec la mise en place, au sein des Contrats de Ville, d'ASV. Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), institués par l'article 71 de la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions fixent un cadre d'action et contribuent à leur mise en oeuvre.</p>
<p>Circulaire DGS/SP2/99/110 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (PRAPS)</p> <p>23 février 1999</p>	<p>Extraits : La loi relative à la lutte contre les exclusions, confie au préfet de région la responsabilité d'élaborer un programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) destiné à coordonner les mesures nécessaires pour faire face aux besoins spécifiques des populations qui en sont trop souvent exclues.</p> <p>Si le programme doit être défini au niveau régional, son élaboration doit s'appuyer sur les compétences déjà acquises par les échelons départementaux, qui demeurent essentiels, puisqu'il convient d'une part de procéder à l'analyse des difficultés d'accès à la prévention et aux soins dans chaque département, et d'autre part de mettre en oeuvre les actions retenues pour les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) avec les acteurs locaux. C'est pourquoi, conformément aux alinéas 2 et 3 de l'article 71 du projet de loi, les PRAPS sont élaborés et mis en oeuvre en liaison étroite avec les échelons départementaux. Le programme régional se décline ensuite en volets départementaux mis en oeuvre par les DDASS.</p> <p>L'enjeu du programme régional et des volets départementaux est l'amélioration des réponses du</p>

	<p>système de santé (urgence, consultation, prévention, hospitalisation, suivi à domicile) aux besoins des populations en situation précaire. La loi vise à faire reculer les inégalités sociales en matière de santé et ainsi à améliorer le niveau de santé général des populations sur le territoire national.</p> <p>La circulaire: définit les procédures à mettre en place pour assurer une programmation régionale et départementale ; apporte des conseils méthodologiques concernant l'analyse des difficultés d'accès à la prévention et aux soins, et la mise en place d'actions de santé adaptées ; précise le contenu d'un programme régional et d'un plan départemental ; rappelle les différents moyens juridiques et financiers à disposition pour répondre aux besoins de santé des populations en situation précaire.</p>
<p>Circulaire DIV/DGS relative à la mise en œuvre des Ateliers Santé Ville</p> <p>13 juin 2000</p>	<p>Extraits : Les personnes en situation de précarité (faiblesse des revenus, absence ou insuffisance de couverture complémentaire...) présentent toutes des états de santé fragilisés par les difficultés qu'elles rencontrent pour accéder aux systèmes de soins. Ceci compromet davantage leurs possibilités d'insertion. Dans les quartiers de la politique de la ville, la santé n'est pas considérée comme une priorité lorsqu'il est déjà difficile de faire face aux dépenses de la vie quotidienne. Avec la politique du RMI et celle de l'insertion des jeunes en difficulté, la politique de la ville a contribué à la prise en compte de la santé ; au XIème plan, les ¾ des CdV comportaient un volet spécifique et le premier bilan est plutôt positif. Il s'agit au XIIème plan d'amplifier les effets de ces évolutions notamment par l'organisation à l'échelle d'un territoire des politiques publiques de santé de l'Etat et de collectivités territoriales. C'est pourquoi le CIV du 14 décembre 1999 a précisé les conditions de la mise en œuvre du volet santé des contrats de ville 2000/2006 avec les ASV.</p> <p>Les ASV s'inscrivent ainsi dans les priorités régionales des PRAPS et de la loi contre les exclusions, dont ils contribuent à enrichir l'application locale. Ils doivent permettre une articulation dynamique entre la politique de la ville et la politique de santé et ainsi contribuer à la réduction des inégalités de santé.</p> <p>La mise en place des ASV [...] doit être favorisée, en associant les DDASS pour en assurer la promotion et le suivi.</p>
<p>Circulaire n°DGS/SP2/2000/324 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire</p> <p>13 juin 2000</p>	<p>Cette circulaire vise à favoriser la promotion et le suivi des ateliers santé. Une annexe technique en présente le cahier des charges. Cet outil, dont la vocation est de faciliter l'émergence d'un lieu de coordination local entre tous les acteurs de santé des villes engagées dans les contrats de ville 2000/2006, vise à favoriser l'association des habitants et les professionnels aux choix réalisés, aux décisions prises concernant la santé. Par ailleurs, il est rappelé que chaque année le rapport annuel au comité régional des politiques de santé sur la mise en œuvre du PRAPS doit prévoir un point sur la mise en œuvre des ateliers santé ville.</p> <p>Extraits : Le cadre de référence Le CIV du 14 décembre 1999 a précisé les orientations de la politique de la ville en matière de santé avec la mise en place d'ASV au sein des CdV. Les PRAPS fixent un cadre d'action et contribuent à leur mise en place. Créées à l'initiative des partenaires des Contrats de Ville qui souhaitent inscrire la santé comme une priorité forte, l'ASV pourra constituer le dispositif opérationnel de la convention thématique santé. L'ASV vise à promouvoir le développement de programmes locaux de santé, en cohérence avec la démarche stratégique utilisée pour les PRAPS. Il s'agit d'améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires de la politique de la ville, qu'elles soient menées par les institutions, le monde associatif ou les acteurs de santé du service public ou privé.</p> <p>Les objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie - faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants - diversifier les moyens d'intervention - rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun

- développer la participation de la population et la concertation avec les professionnels et les institutions du secteur sanitaire et social

Les acteurs : Tous les acteurs des champs sanitaires et sociaux doivent être impliqués, particulièrement les médecins de ville, les établissements de santé publics et privés, les structures de santé mentale, les CHRS, les centres de santé, les centres sociaux, les services de santé scolaire, les services sociaux d'accueil aux étrangers, les missions locales

Les thèmes d'action : Les thèmes de travail peuvent concerner :

- la connaissance de l'état de santé de la population des sites prioritaires
- la définition des objectifs d'amélioration de l'état de santé et de ses déterminants
- l'accessibilité aux droits sociaux, aux soins, à la prévention et à la santé
- l'analyse des principaux dysfonctionnements de l'accès à la prévention et aux soins
- les questions concernant les pratiques professionnelles sanitaires, sociales et d'insertion
- la qualité et l'organisation de l'offre de soins
- les besoins en formation des professionnels accueillant les publics en situation de précarité

Les ASV s'appliquent à des territoires infra-communaux (les quartiers), communaux ou intercommunaux suivant l'échelle pertinente définie par le diagnostic territorial

Les modalités de mise en œuvre : L'ASV est le lieu de la coordination des acteurs en vue de l'élaboration d'un diagnostic partagé des problèmes à traiter, de l'adoption et de la mise en œuvre d'un programme d'actions concertées, de leur réalisation et d'une évaluation régulière des résultats obtenus. Il est souhaitable de s'appuyer sur les structures existantes qui participent aux actions de lutte contre les exclusions. Un coordonnateur peut être engagé pour ranimer la démarche [...]. Il a vocation à participer, en lien avec les DDASS, aux travaux des PRAPS dont il est correspondant privilégié sur le territoire [...]

Les soutiens financiers de l'Etat : Soutien de la part du ministère délégué à la ville et du secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale dans le cadre des contrats de ville. Ils sont financés par la ville et l'Etat.[...] Les crédits des autres collectivités et des autres partenaires seront également recherchés (FAS...) [...]. Les ASV retenus feront l'objet d'un rapport annuel de suivi auprès du Comité régional des politiques de santé et des instances de pilotage du contrat de ville

L'évaluation : Les ASV doivent prévoir une procédure précise d'évaluation de type participative comportant un volet qualitatif et quantitatif. La place donnée à la participation des habitants permettra aux acteurs d'apprécier l'impact des actions de santé dans le sens du concept de « santé bien-être », selon les critères qui seront différents suivant les populations concernées et les modes d'intervention. L'évaluation permettra d'examiner les résultats des projets locaux de santé et leur cohérence avec l'ensemble des actions de santé sur les territoires en contrat de ville (par exemple : accès aux droits par mise en place de la CMU, notamment l'accueil et la domiciliation au niveau des CCAS, fonctionnement et pertinence de la PASS dans l'établissement de santé de proximité, place et rôle des réseaux Ville-Hôpital au niveau local, des réseaux de santé de proximité, du volet santé PDI...) et leurs effets sur l'amélioration de la santé des habitants et, au-delà sur la vie de l'insertion sociale. L'évaluation des ASV inscrit dans les CdV, sera prise en compte dans le cadre de l'évaluation nationale de la politique de la ville du XIIème plan.

<p>Programme de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 18 juillet 2001</p>	<p>Le gouvernement définit ici 4 priorités d'actions dans le domaine de la santé : la santé mentale et la souffrance psychique, l'éducation pour la santé, la politique de la ville, et le développement des Permanences d'Accès aux soins de santé (PASS)</p>
<p>Circulaire DGS/6C/DHOS/02/DGAS/DIV n° 2001/393 d'orientation relatives aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale 2 août 2001</p>	<p>Extraits de la conclusion : La situation particulière des populations en situation d'exclusion et de précarité nécessite des formes de collaborations spécifiques entre intervenants sociaux et intervenants de santé mentale devant tendre vers une organisation en réseau La mobilisation, la capacité d'innovation des équipes de terrain, pour permettre aux populations les plus fragilisées (parfois en l'absence d'une demande explicite), un accès à l'offre de soins, doivent être soutenues et trouver une légitimité en s'inscrivant dans des objectifs départementaux ou régionaux d'organisation des soins en santé mentale, ce qu'une articulation plus soutenue entre PRAPS et schéma régional de psychiatrie devrait favoriser. Cet accès à des lieux où exprimer et reconnaître sa souffrance ne peut généralement se faire qu'au moyen de diverses médiations sanitaires ou sociales qui supposent un travail inter institutionnel préalable, ainsi que des actions de sensibilisation, d'accompagnement ou de rénovation des pratiques.</p>
<p>Circulaire DGS/SD6D n° 2002/100 relative aux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS) – Fiche n° 4 : Pour une démarche de territorialisation 19 février 2002</p>	<p>Les PRAPS élaborés en 99 arrivent à échéance fin 2002. Outil de lutte contre les inégalités sociales en matière de santé et de lutte contre l'exclusion, les PRAPS peuvent aussi permettre la transversalité de l'action publique à mener vis-à-vis de la population précaire. La construction des PRAPS 2^{ème} génération s'inscrit dans le dispositif de lutte contre les exclusions de la loi du 29 juillet 1998. La dimension santé doit être mise en relation au plan local avec toutes les dimensions de l'exclusion notamment l'emploi et le logement. Le Programme de prévention et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale adopté en juillet 2001 renforce les moyens alloués aux actions santé-précarité. La présente circulaire fixe 3 orientations stratégiques pour la préparation des PRAPS II (période de 4ans 2003-2006) répondre à l'enjeu de cohérence au sein de la politique régionale de santé améliorer la qualité des PRAPS s'intégrer dans les projets et contrats territoriaux pour incarner les PRAPS II dans la proximité [L'inscription des PRAPS dans les projets et contrats territoriaux (Contrats d'agglo, contrats de pays, contrats de ville) constitue l'un des enjeux essentiels des PRAPS II (fiche 4). Il est indispensable de créer un lien dynamique entre les PRAPS et les actions de santé des contrats de ville. Des crédits supplémentaires sont prévus afin de renforcer ces actions, dans 2 directions en particulier : <i>l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins pour les enfants et jeunes et la mise en place des ASV !]</i> extraits de la fiche n° 4 intitulée : Pour une démarche de territorialisation Les PRAPS ne sont que faiblement relayés dans le cadre de projets ou contrats territoriaux de niveau infra départemental. C'est un enjeu du PRAPS II. Au niveau régional, comme au niveau local, les PRAPS suscitent un travail à la fois trans-institutionnel et trans-professionnel. Le territoire local constitue ainsi le lieu privilégié d'une « approche intégrée de la santé » avec l'ensemble des ressources locales concernées La santé dans les contrats de ville La coopération avec l'échelon local représente un nouveau mode de fonctionnement pour des services sanitaires et sociaux de l'Etat qui n'ont pas, sauf exception, de représentation infra départementale. Elle repose sur l'instauration d'un véritable co-pilotage en réponse à une volonté politique conjointe de promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité et des publics les plus démunis.</p>

	<p>Il convient de renforcer les actions de santé dans le cadre de la politique de la ville au titre des Contrat de Ville 2000-2006. Les territoires des Contrat de Ville représentent une part importante des publics du PRAPS mais seulement 10% de leurs actions bénéficient d'un financement de la politique de la ville.</p> <p>Au titre du PRAPS, il s'agit en particulier de développer les actions qui visent les enfants et les jeunes [...]</p> <p>Il s'agit en outre de développer les ASV. Ces ateliers ne résument pas tout le volet santé des Contrat de Ville mais sont plus particulièrement destinées à favoriser la coopération d'acteurs locaux centrée sur une meilleure compréhension des besoins de la population du point de vue de la santé. Ils doivent permettre d'éclairer les enjeux de l'établissement d'une coopération inter-institutionnelle au niveau infra départemental sur les questions de santé</p> <p>Les orientations du PRAPS II, coïncident avec la révision à mi parcours des Contrats de ville 2000-2006, soulignent la nécessité du renforcement de la thématique santé dans les Contrat de Ville. Elles engagent, dans un premier temps, à renforcer au besoin les liens entre les services sanitaires et les acteurs de la politique de la ville.</p>
<p>Plan national de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion (Fiche S1 à S5 = Améliorer l'accès aux soins des personnes en difficulté sociale)</p> <p>Février 2003</p>	<p>Ce plan intègre les PRAPS II (2003-2006) et, dans ce cadre, le développement de la démarche territorialisée de l'accès à la prévention et aux soins suivant la méthodologie mise en œuvre par les ASV. Le texte précise : « la 2^{ème} génération des PRAPS prend en compte la démarche territoriale des programmes de santé : il s'agit donc de :</p> <p><i>poursuivre le développement du cadre opérationnel de l'ASV en vue d'améliorer les conditions d'accès à la prévention et aux soins des publics socialement vulnérables des zones urbaines sensibles</i> <i>développer les actions de prévention en leur faveur, au travers de coopérations avec les municipalités en contrat de ville et de coproductions villes/Etat d'objectifs de programmes de santé publique »</i></p> <p>La 2^{ème} générations de PRAPS doit conforter la démarche de coopération locale engagée</p> <p>Les modalités pour y parvenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> -amélioration du diagnostic, du suivi des actions -mise en place d'un système d'informations adapté pour juger de l'efficacité des actions et du PRAPS -Identification des territoires défavorisés pour une meilleure coordination des ressources <p>-Poursuite des ASV</p> <ul style="list-style-type: none"> -développement de la prévention en s'appuyant davantage sur les associations en les associant au niveau local à la définition des objectifs et à l'évaluation -Mobilisation et coordination des acteurs locaux y compris les professionnels libéraux à travers des réseaux précarité -Révision des modalités de programmation dans le cadre de la loi de santé publique <p>Fiche S2 : Développer la démarche territoriale de l'accès à la prévention et aux soins suivant la méthodologie mise en œuvre par les ASV dans le cadre de la nouvelle programmation régionale des PRAPS :</p> <p><u>Objectif</u> : la 2^{ème} génération des PRAPS prend en compte la démarche territoriale des programmes de santé (fiche 4 de la circulaire du 19 février 2002) :</p> <p>Il s'agit de poursuivre le développement du cadre de l'ASV et de développer les actions de prévention en faveur des ZUS, au travers de coopérations avec les municipalités en contrat de ville et de coproductions (Villes / Etat) d'objectifs de programme de Santé publique</p> <p><u>Modalités</u> : co-pilotage départemental et local des ASV</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identification au niveau local des besoins spécifiques des publics en situation de vulnérabilité et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie (habitat, logement, emploi, éducation) -Coordination des différents acteurs : création renforcement des réseaux médico-sociaux de proximité,

	<p>établissements de santé, centres de santé, santé scolaire</p> <ul style="list-style-type: none"> -Intervention en fonction de l'analyse des besoins par site -rendre effectif l'accès aux services sanitaire et social de droit commun -participation active de la population à toutes les phases des programmes ainsi que la concertation avec les professionnels et les institutions intervenants dans ce domaine
<p>Loi n° 2003-710 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine</p> <p>Chapitre 1^{er} : <i>Réduction des inégalités dans les zones urbaines sensibles</i>, annexe 1/ point 4 : <i>Santé : développer la prévention et l'accès aux soins</i></p> <p>1^{er} août 2003</p>	<p>Extraits : Art 1 : En vue de réduire les inégalités sociales et les écarts de développement entre les territoires, l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics respectifs élaborent et mettent en œuvre, par décisions concertées ou par voie de conventions, des programmes d'action dans les ZUS.</p> <p>Ces programmes d'action fixent pour chaque zone et sur une période de 5 ans, des objectifs de résultats chiffrés relatifs à la réduction du chômage [...], à l'amélioration de l'accès au système de santé s'appuyant sur l'hôpital public [...]</p> <p>Art 2 : Les objectifs de résultats sont déterminés pour chaque ZUS en concordance avec les objectifs nationaux et tendent à réduire de façon significative les écarts constatés, notamment en matière [...] d'accès au système de santé et de sécurité publique</p> <p>Art 3 : Il est créé un Observatoire national des Zones Urbaines sensibles chargé de mesurer l'évolution des inégalités sociales et des écarts de développement dans chacune des ZUS, de suivre la mise en œuvre des politiques publiques ...</p> <p>Annexe 1 point 4 : Santé : développer la prévention et l'accès aux soins =</p> <p>Permettre à chacun d'accéder à une offre de soins de proximité et de qualité, à la fois curative et préventive, est l'ambition de notre système national de santé. En ZUS, celui-ci doit s'adapter pour tenir compte de la spécificité des populations qui y résident et améliorer ainsi sa performance et l'état sanitaire général de la population.</p> <p>Objectifs =</p> <ul style="list-style-type: none"> -favoriser l'installation des professionnels de la santé -accompagner les programmes de prévention (les PRAPS se concrétiseront dans les ZUS grâce à des instances locales de concertation, de déclinaison et d'élaboration de programmes de santé publique, notamment les ASV, qui réunissent les acteurs sanitaires et sociaux, les services déconcentrés de l'Etat, les collectivités territoriales et les associations concernées. Le développement de la médiation dans le domaine de la santé sera encouragé dans ce cadre et dans celui des maisons de santé, notamment par le programme adultes-relais. -renforcer la santé scolaire
<p>Loi relative à la politique de santé publique</p> <p>9 août 2004</p>	<p>Cette loi réactualise le cadre législatif vieux de plus de 100 ans. Elle contient 5 grands principes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -L'Etat est réaffirmé comme « responsable » en premier lieu de la politique de santé publique -Le développement d'une culture de résultats -Impulsion d'une démarche de programmation au niveau régional, notamment dans le cadre des PRSP -Le niveau régional est conforté dans un rôle non pas de déclinaison, mais d'appropriation et de définition de priorités adaptées aux contextes régionaux -Les principes de réseaux et de partenariats sont réaffirmés avec la mise en place du GRSP distincte dans un premier temps de l'organisation des soins
<p>Circulaire relative à l'élaboration des contrats urbains de cohésion sociale</p> <p>24 mai 2006</p>	<p>Extraits :</p> <p>[...] De nouveaux contrats, les CUCS, d'une durée de 3 ans, reconductibles (2007-2012), seront proposés aux villes et EPCI compétents en la matière. Ils devront entrer en vigueur dès le début de l'année 2007. La présente circulaire a pour objet de fixer le cadre de cette nouvelle contractualisation et son calendrier de mise en œuvre.</p>

	<p>Le CUCS est le cadre de mise en œuvre du projet de développement social et urbain en faveur des habitants de quartiers en difficulté reconnus comme prioritaires. Cette circulaire réaffirme certains principes fondateurs de la politique de la ville : identification de territoires prioritaires, élaboration d'un projet global, mobilisation des politiques de droit commun, partenariat, ingénierie dédiée.</p>
<p>Comité Interministériel des Villes : Pour une politique de la ville renouvelée : de nouveaux contrats, des priorités affirmées, des moyens historiques</p> <p>9 mars 2006</p>	<p>Le CIV pose les nouvelles bases de la politique de la ville. La santé est affirmée comme un des cinq thèmes prioritaires de la politique de la ville pour la cohésion sociale afin d'encourager les acteurs locaux à mieux prendre en compte la prévention et l'accès aux soins pour les habitants des quartiers en difficulté.</p> <p>Extraits</p> <p>Les Contrats Urbains de Cohésion Sociale prennent la suite des contrats de villes à compter du 1^{er} janvier 2007 (signés pour 3 ans et reconductibles après évaluation). Ils sont le cadre contractuel unique pour la mise en œuvre des interventions de l'Etat en faveur des territoires les plus en difficulté.</p> <ul style="list-style-type: none"> -élaborés en partenariat pour la mise en œuvre d'un projet local de cohésion sociale complémentaire des projets de rénovation urbaine -Attribution des subventions simplifiée grâce à la création en 2006 de l'Agence Nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (convention pluriannuelles avec les communes) -Caractère interministériel de la Politique de la Ville est réaffirmé et renforcé sous l'autorité du délégué interministériel à la ville -l'évaluation des actions sera renforcée et systématisée <p>-la santé est définie comme une priorité (L'accès aux soins et la prévention sont des enjeux majeurs dans la réduction des inégalités sociales et territoriales trop peu pris en compte dans le cadre actuelle de l'ancienne génération des contrats de ville. 160 nouveaux ASV pourront être soutenus en 2006 pour favoriser la mise en place de politiques locales de santé publique ciblées sur les quartiers en difficulté. L'accessibilité de l'offre de soins, en particulier pour la prise en charge des adultes en souffrance psychique, sera facilitée par l'intervention d'équipes mobiles de psychiatrie)</p> <p>Fiche n° 22</p> <p><u>Constat</u> : les populations des territoires en politique de la ville cumulent des risques de fragilité qui, en raison de l'étroite corrélation entre santé et précarité, justifient un besoin spécifique de prise en charge spécialisée de soins. Les 132 ASV existants couvrant près de 300 ZUS constituent un instrument de territorialisation de la politique de santé publique, dans le cadre des contrats de la PV, qui donne un modèle méthodologique d'intervention de proximité, basé sur des diagnostics sectorisés.</p> <p><u>Objectifs</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ développer des politiques locales de programmation en santé publique ciblées sur les ZUS et les quartiers prioritaires 2/ Améliorer l'accessibilité de l'offre de soins et combler les déficits de proximité en particulier, pour une meilleure prise en charge des adultes en souffrance psychiques <p><u>Décisions</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Favoriser la mise en place de 160 ASV : développer et conforter les ASV, afin d'établir et mettre en œuvre les projets locaux de santé publique, articulé avec la politique nationale et régionale de santé publique. Il s'agit de couvrir d'ici la fin 2008, l'ensemble des quartiers prioritaires et les 539 communes ayant une ou plusieurs ZUS. Les crédits seront attribués aux ASV et aux projets locaux de santé publique qu'ils développent, aux travers des GRSP dont les communes sont partenaires de droit.

<p>Circulaire interministérielle N° DGS/DHOS/SD1A/2006/383 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ASV</p> <p>4 septembre 2006</p>	<p>2/ Couvrir 16 sites en politique de la ville d'équipes mobiles de psychiatrie en 2006</p> <p>Résumé : <i>Le CIV du 9 mars 2006 a décidé la généralisation de la démarche ASV dans le cadre des futurs CUCS (Une nouvelle mesure budgétaire de 4 M€ a été inscrite à cet effet pour 2006 au titre du programme « Equité sociale et territoriale et soutien » de la DIV). C'est l'occasion de réaffirmer la place essentielle des élus des communes pour le développement de projets locaux de santé publique et la mise en œuvre de la politique de santé publique au niveau local, le cadre contractuel et territorial constituant un levier pour les politiques de santé. Les GRSP devront tenir compte de cette modalité d'intervention qui favorise la mobilisation de l'ensemble des politiques et ressources locales concernées par des objectifs de santé partagés. Les enjeux de développement de PLSP reposent sur l'identification des territoires où se trouvent des populations en situation de difficultés multiples dont les facteurs d'inégalités ne sont plus à démontrer. La proximité est un atout pour atteindre les objectifs partagés par les politiques de santé, de cohésion sociale et urbaine.</i></p> <p><i>La politique de santé et la politique de la ville convergent pour reconnaître la nécessité de prendre en compte la situation de certains territoires où se concentrent des difficultés sociales et urbaines, et de faire de la démarche des ASV l'une des déclinaisons territoriales des plans régionaux de santé publique (PRSP)</i></p> <p>La circulaire définit les principes et les modalités d'une politique partagée par le ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement et le ministère de la santé et des solidarités. Destinée à la fois aux services en charge des politiques territoriales de l'Etat et aux DDASS, la présente circulaire rappelle ou précise :</p> <ul style="list-style-type: none"> l'inscription des territoires et la place du niveau local dans la politique régionale de santé publique les composantes des projets territoriaux de santé publique les modalités de mise en œuvre des ASV, des autres contrats territoriaux et des projets de santé <p>extraits :</p> <p><u>1- l'inscription des territoires et la place du niveau local dans la politique régionale de santé publique</u> Le PRSP constitue un cadre structurant de l'intervention en santé publique. Il comprend l'ensemble des priorités partagées dans l'espace régional et infra-régional. Le GRSP met en œuvre le PRSP. Le GRSP vise à mettre en cohérence les actions de santé publique menées par les partenaires institutionnels (les ministères, les établissements publics concernés, l'Assurance maladie et les collectivités territoriales...) [...]</p> <p>Le PRSP a vocation à bénéficier à l'ensemble de la région, en tenant compte de ses territoires et de la nécessité de planifier et de conjuguer les moyens au vu des priorités.[...]</p> <p>L'engagement des maires et des présidents d'intercommunalités sur les questions de santé publique est essentiel puisqu'ils sont les garants d'une meilleure qualité des politiques publiques pour un mieux vivre de leurs concitoyens. Ils sont les partenaires privilégiés de la politique de santé publique aux côtés des autres acteurs.</p> <p><u>2- les composantes des projets territoriaux de santé publique</u> Les Projets locaux de santé publique (PLSP) sont les instruments appropriés pour répondre aux besoins de santé au plus près des populations en permettant de définir des stratégies d'intervention concertées avec les ressources de proximité. A ce titre, le cadre opérationnel des ASV a permis de préciser les principales composantes possibles de coproduction de PLSP entre les élus et les services déconcentrés de l'état. [...]</p> <p>L'ensemble de la démarche PLSP met la prévention et la promotion de la santé au cœur de la cohérence sociale du projet territorial en les articulant avec la qualité de l'offre de soins et avec les autres politiques publiques qui concourent à l'amélioration de la santé de la population.</p> <p><u>3- les modalités de mise en œuvre des ASV, des autres contrats territoriaux et des projets de santé</u></p>
---	--

La maîtrise d'œuvre pour l'élaboration du PLSP s'appuie sur les structures communales ou intercommunales, tout en bénéficiant des capacités offertes par la politique de la ville. En particulier, dans leurs missions d'échanges de pratiques et de productions, les centres de ressources de la politique de la ville ont vocation à contribuer au développement des compétences des acteurs locaux

Pour satisfaire aux impératifs de lisibilité et d'efficacité, **l'élaboration de PLSP doit répondre à une méthodologie rigoureuse** intégrant des éléments de pilotage commun, de suivi et d'évaluation. Un référentiel « **tableau de bord** » relatif au pilotage et au suivi de la démarche des ASV sera proposé. Elaboré dans le cadre du département de Seine Saint Denis, il présente un tronc commun d'informations quantitatives et qualitatives qu'il convient de renseigner localement selon les objectifs stratégiques et opérationnels des ASV. [...]

Il importe que le pilotage et la mise en oeuvre des projets de santé au sein des contrats territoriaux soient accompagnés par les DDASS et les représentants des politiques territoriales de l'Etat. Une coordination est à assurer à ce sujet dans le cadre d'instances départementales appropriées, entre les services de l'Etat concernés et leurs partenaires institutionnels. Cette coordination que vous mettrez en place en 2006 joue un rôle déterminant pour la mobilisation des données, des ressources et des structures implantées sur les territoires. Elle contribuera à la **réalisation du bilan annuel des ASV** à assurer aux niveaux départemental et régional (au double titre de la politique de la ville et de la politique de santé publique)[...]

Un programme de formation sera proposé prochainement, intégrant la présentation du tableau de bord évoqué relatif au pilotage et au suivi des ASV.

Financements :

Deux sources de financement sont mobilisables pour le développement des ASV et pour l'élaboration et la mise en oeuvre de projets locaux et territoriaux de santé publique : les crédits de la politique de la ville et le budget du GRSP

- pour le développement des ASV, une dotation complémentaire de 4M€ sera mobilisée. Ces crédits seront délégués, sur présentations des projets aux préfets de région ou aux DRE, responsables de BOP [...] Les projets de création ou de renforcement des ASV seront présentés pour avis en amont du financement effectif
- le budget du GRSP a vocation à soutenir l'élaboration et la mise en oeuvre des PLSP, notamment dans le cadre des contrats territoriaux

En 2007, l'ensemble de ces dépenses devrait être exécuté au niveau régional. Les crédits à vocation sanitaire de la politique de la ville seront versés aux GRSP par l'Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et à l'Egalité des Chances (ANCSEC) pour qu'ils assurent directement le financement des ASV. [...]

Publications et commandes de la DIV

DATE DE PUBLICATION	NOM ET NATURE DU DOCUMENT	CONTENU
<p>A propos de la démarche expérimentale ... <i>(L'association RESSCOM a été sollicitée afin d'effectuer un accompagnement pour cinq villes franciliennes retenues dans la démarche ASV (Aubervilliers, Clichy-sous-Bois, Dugny - Le Blanc Mesnil, La Courneuve, Pierrefitte). Des ateliers départementaux ont rassemblé plus largement l'ensemble des villes en politique de la ville et ont permis d'approfondir certains enseignements de la mission).</i></p>		
mai 2001	<p><i>Ateliers Santé Ville Seine Saint Denis, 1ère phase. Exposé présenté à la réunion du 11 mai 2001 à la CPAM de Seine Saint Denis</i></p> <p>Dossier technique</p> <p>RESSCOM -DIV/DGS/DDASS 93, 19 p.</p>	<p>Ce document est un exposé qui vise à expliquer la démarche d'accompagnement engagée par l'association RESSCOM pour la promotion et l'aide au développement des Ateliers santé ville.</p> <p>Il présente dans un premier temps les critères utilisés pour analyser les projets déposés. Ceux ci ont permis de classer les projets en fonction de leur degré d'explication et d'avancement de leur démarche locale de santé engagé dans l'ASV.</p> <p>Il est ressorti de l'analyse des 15 projets déposés une typologie qui renvoie à la manière dont l'ASV a été envisagé dans le cadre des propositions. Il est alors proposé de suivre un projet dans chacune des catégories (construction d'un projet d'atelier, diagnostic, programmation, évaluation, intercommunalité).</p> <p>Une analyse détaillée des données contenues dans les dossiers ainsi que le programme de travail sont ensuite présentés. Ce dernier se compose d'un suivi de mise en place, d'une animation d'ateliers restitution, d'une évaluation de la démarche et de ressources complémentaires</p>
janvier 2002	<p><i>Bilan de la mission de promotion et aide au développement des Ateliers Villes Santé. Régions Ile de France et PACA</i></p> <p>JOUBERT M., BERTOLOTTI F. (Association RESSCOM), 25 p</p>	<p>Ce rapport final est un bilan de la mission de soutien méthodologique, confiée à l'association RESSCOM, pour la mise en place des ASV auprès des services déconcentrés de l'Etat dans deux régions pilotes. Il s'agissait d'assurer un accompagnement des expériences de mise en œuvre sur des sites significatifs et de porter la réflexion sur les conditions de modélisation et de transférabilité de la démarche au plan national.</p> <p>Le rapport contient 8 chapitres:</p> <ul style="list-style-type: none"> Le processus de définition de l'ASV Etat d'avancement de la démarche sur les régions pilotes Les grands types d'ajustements travaillés dans les ASV Eléments de méthodologie transférables (ressortant des suivis sur les deux régions et des ateliers départementaux sur le 93) Les problématiques récurrentes Les conditions de possibilité d'une démarche de promotion des ASV Exemple d'organisation du travail d'un coordinateur santé municipal pouvant être appliqué aux ASV, l'expérience de Nanterre dans les Hauts de Seine

		Outils d'analyse et d'évaluation
décembre 2002	<p><i>Les Ateliers Santé Ville, Conditions de mise en oeuvre, méthodologies - Premières leçons de l'accompagnement effectué sur la région Île-de-France.</i></p> <p>Document proposé pour la réunion DRASS Ile-de-France du 11 décembre 2002.</p> <p>JOUBERT M.(Association RESSCOM), 6 p</p>	<p>Cette note revient sur la démarche d'accompagnement engagé par RESSCOM qui vise à « mettre à jour et activer sur 2 régions, les « conditions de possibilités » de mise en place des ASV, en tenant compte des articulations qui contribuent à tramer le champ de la santé publique »</p>

Rapports et actes de séminaires		
février 2002	<p><i>Amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville</i></p> <p>LEBAS Dr J., Rapport du groupe de travail, coll. Etudes et recherche, 55 p.</p>	<p>Extraits de l'introduction :</p> <p>Les professionnels de santé vivent, sur certains quartiers un sentiment d'insécurité et une dégradation de leurs conditions d'exercice qui les ont amené à interpeller les autorités publiques sur leurs difficultés et sur le risque de voir des quartiers désertés par les différents praticiens du soin ou de l'urgence.</p> <p>Ces quartiers, dont la plupart sont qualifiés de « ZUS » font l'objet de politiques publiques conduites en partenariat par l'Etat et les collectivités locales dans un cadre contractuel qui constitue la déclinaison locale de la politique de la ville. Parmi les enjeux de cette politique de solidarité figure la réduction des inégalités en matière de santé publique dont souffrent les populations habitant ces quartiers. L'accès aux soins est un de ces objectifs général et concerne au premier chef les professionnels de santé. C'est à ce titre que les pouvoirs publics ont été conduits à rechercher avec eux des réponses aux difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leurs missions.</p> <p>Suite à une réunion interministérielle, associant un groupe de professionnels de santé exerçant dans des quartiers sensibles, les ministres délégué à la ville et délégué à la santé ont décidé de constituer un groupe de travail et de suivi portant sur les conditions d'exercice et les problèmes de sécurité des professionnels de santé médicaux et paramédicaux exerçant sur les territoires de la politique de la ville.</p> <p>La lettre de mission adressée au Président de ce groupe lui demandait :</p> <ul style="list-style-type: none"> d'identifier les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans le cadre de leurs pratiques sur les plans de la sécurité, de la permanence et de la continuité des soins de recueillir les projets émergents et les actions existantes présentant des réponses dans un environnement où vivent des populations parfois en situation de vulnérabilité d'élaborer des recommandations à remettre aux ministères de la Ville, de la santé et de l'intérieur en matière d'amélioration des conditions d'exercice. <p>[...] Le groupe de travail présente dans ce rapport les problématiques auxquelles sont confrontées les professions de santé et les recommandations issues de son travail</p>

		<p>collectif.</p> <p>L'annexe 3 de ce rapport revient sur la nature du volet santé des contrats de ville 2000-2006 ainsi que sur la convention thématique santé de ceux-ci et rappelle à ce titre le cadre et les enjeux de la démarche ASV.</p> <p>L'annexe 4 identifie le processus de définition de l'Atelier Santé Ville.</p>
mars 2004	<p><i>Etudes auprès de 27 Ateliers Santé Ville - Etat des lieux sur la construction de la démarche ASV en octobre-novembre 2003</i></p> <p>Recommandations pour une Journée Nationale- rapport final</p> <p>BERTOLOTTO F. 103 p.</p>	<p>Extraits de l'introduction</p> <p>Chargée de la promotion et du suivi des ASV au niveau national, la DIV a souhaité faire le point sur l'état d'élaboration des démarches au niveau national et mettre en place un programme d'animation national visant à faciliter la capitalisation et diffusion des acquis de l'expérience.</p> <p>Après avoir mieux cerné les conditions de développement des ASV dans deux régions pilotes (Ile de France et Provence Alpes Côte d'Azur, entre les mois d'octobre 2000 et décembre 2001), en collaboration avec la DGS, la présente étude prévoyait d'intégrer un certain nombre d'éléments en vue de réaliser, une journée nationale destinée à l'ensemble des acteurs concernés par les ASV.</p> <p>Il s'agissait ainsi d'avoir, d'une part, une photographie des démarches existantes d'« atelier santé ville » réalisées pour un tiers hors des deux régions expérimentales, et d'autre part, à partir de l'échantillon obtenue, de permettre l'organisation de cette journée nationale.</p> <p>La présente étude a été commanditée, avec cependant une contrainte de réalisation importante, qui limitait ipso facto ses ambitions.</p> <p>Les résultats de l'étude sont présentés de la manière suivante :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- exposé des principaux éléments de la démarche suivie pour sa réalisation (objectifs opérationnels de l'étude, méthodologie et outils de travail), 2- synthèse des principaux éléments retenus (description du matériel recueilli, analyse et discussion des résultats), 3- recommandations susceptibles d'aider à l'organisation des ateliers de la journée nationale en 2004.
2004	<p><i>Les Ateliers Santé Ville : un état des lieux à la fin de l'année 2003 (note), 9p.</i></p> <p>BERTOLOTTO F.</p>	<p>Extraits</p> <p>Cet article rend compte des principaux résultats d'une étude commanditée par la DIV fin 2003(« <i>étude auprès de 27 ASV - Etat des lieux sur la construction de la démarche ASV en octobre-novembre 2003 / recommandations pour une Journée Nationale</i> »), qui visait à établir, en quatre mois, un portrait des ASV connus à ce moment, ainsi qu'à extraire des orientations pour l'organisation d'une journée nationale destinée aux élus locaux, réalisée le 27 janvier 2005 à l'Assemblée Nationale [...]</p> <p>L'étude a montré qu'à la fin de l'année 2003 si les démarches ASV étaient dans une phase d'expansion quantitative sur le territoire national, leur structuration méthodologique et leur positionnement institutionnel était encore à consolider, tant au sein des dispositifs de santé et de lutte contre les exclusions, qu'au sein des propres dispositifs de la politique de la ville.</p> <p>Il est apparue l'importance du rôle des services centraux chargés du suivi et promotion des ASV, qui doivent encore soutenir le processus en cours en organisant des temps de</p>

		synthèses et d'échanges d'expériences entre les promoteurs, de manière à maintenir le travail de structuration en cours, duquel dépend à l'évidence l'avenir des démarches
mars 2004	Les Ateliers Santé Ville. Territoires, santé publique et politiques de santé au niveau local – Document d'étape Association RESSCOM , coll. Etudes et recherches, 144 p.	La présente étude est un document d'étape. Rédigée pour l'essentiel en 2003, elle restitue les principaux résultats du travail de repérage des éléments constitutifs de la problématique des ASV et de leur promotion telle qu'observée dans les 2 régions pilotes. Elle présente également les principales questions pratiques et pistes de résolution méthodologiques susceptibles d'aider les acteurs de terrain. Elle devrait contribuer ainsi au développement territorial de la politique de santé publique.
août 2005	Les élus et les programmes territoriaux de santé publique – bilan et perspectives des Ateliers Santé-Ville Actes du séminaire du 27 janvier 2005, 62 p.	Extraits de l'introduction La santé publique a besoin des élus des communes et des intercommunalités. C'est en raccourci le sens et le message principal de ce séminaire, organisé par la Délégation Interministérielle à la Ville le 27 janvier dernier. Celui-ci a permis à plus de cinquante villes d'échanger sur leurs pratiques locales en ce domaine et de mettre au jour les dynamiques qui se développent sur les territoires. Il leur a également permis de s'interroger ensemble sur leur place et leur rôle dans le paysage institutionnel de la santé publique, de préciser leurs attentes vis à vis de l'Etat et de marquer leur engagement pour une politique de santé publique visant à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.
novembre 2005	<i>Les élus face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique</i> séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE, coll. Etudes et recherche, 96 p.	Extraits de l'introduction : La santé mentale, au sens plein de ce terme, a une incidence directe sur le bien vivre ensemble, qui légitime la préoccupation active des élus en ce domaine. Considérer la capacité de bien vivre ensemble, à travers ses alternances de conflits et de paix, constitue une approche de santé mentale qui inclut et dépasse les pathologies psychiatriques. Cette capacité est facilitée par des régulations de nature politique. C'est à ce titre que les élu(e)s locaux exercent une intervention légitime en ce domaine. Telle est l'idée directrice de ce rapport. [...] Cinq objectifs opérationnels ont été assignés au séminaire : 1) Dégager les éléments susceptibles de mieux faire connaître et reconnaître le rôle et la responsabilité des élus locaux dans la prise en compte de la souffrance psychosociale de ses administrés, 2) Interroger la légitimité et les limites d'une prise en compte locale des problématiques de santé mentale, 3) Valider et finaliser le travail de formulation de la problématique avec le concours et à partir de l'expérience concrète des élus locaux, 4) Dégager les enseignements et les orientations susceptibles de contribuer à l'optimisation des politiques publiques concourant à la santé mentale des populations, notamment celles en situation de précarité, 5) Interroger le rôle et la place des secteurs de psychiatrie dans l'attention portée à la santé

Rapports annuels de l'ONZUS

Créé par la loi du 1^{er} août 2003, l'ONZUS est chargé de mesurer l'évolution des inégalités sociales et des écarts de développement dans chacune des Zones Urbaines Sensibles, de suivre la mise en œuvre des politiques publiques conduites en leur faveur, de mesurer les moyens spécifiques mis en œuvre et d'en évaluer les effets par rapport aux objectifs et indicateurs de résultats mentionnés par la Loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1^{er} août 2003

décembre 2004	Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles, Rapport 2004, 254 p.	<p>Au regard du faible nombre de pages qui lui est consacrée (6 sur 254), la thématique « santé » n'apparaît pas comme une des priorités de ce rapport. Seul un chapitre sur la santé des enfants d'âge scolaire analysée à travers deux indicateurs (surpoids et obésité chez les élèves de CM2 en ZUS et santé bucco-dentaire) est ici proposé.</p> <p>L'introduction rappelle en effet les carences en matière :</p> <p><i>« Il existe de nombreuses inégalités face à la santé, reflètes d'autres inégalités, notamment l'accès aux soins. Ces inégalités, également visible au niveau géographique, sont le plus souvent analysées de manière agrégée (région, département, voire unités urbaines).</i></p> <p><i>Il n'existe cependant pas de données statistiques permettant d'aborder la situation des habitants en ZUS. L'enquête décennale sur la santé (INSEE, INSERM), bientôt disponible pourrait combler cette absence</i></p> <p><i>Actuellement, seules les enquêtes triennales, menées conjointement par les ministères de la santé et de l'éducation approchent les problèmes de santé scolaire des zones urbaines sensibles. »</i></p> <p><i>« A partir de ces enquêtes, ce chapitre aborde deux aspects symptomatiques : le surpoids et l'obésité d'une part, l'hygiène bucco dentaire d'autre part. Ces problèmes sont observés chez les élèves de CM2 scolarisés en ZUS lors de l'année scolaire 2001-2002 et comparés à la situation des élèves scolarisés en dehors des ZUS »</i></p> <p>Résultats =</p> <p><i>Surpoids et obésité plus fréquent en ZUS : dans les établissements scolaires des ZUS, 23,5% des enfants de CM2 présentent une surcharge pondérale, dont 7,3% une obésité et 16, 2% un surpoids modéré. Ces élèves sont plus souvent en situation de surpoids que les élèves scolarisés hors ZUS où 19,3% souffrent de surcharge pondérale et 3,8 % sont obèses. L'obésité est ainsi près de deux fois plus fréquente dans les classes de CM2 en ZUS.</i></p> <p><i>Santé bucco-dentaire : dans l'ensemble des classes de CM2, 32% des élèves ont au moins deux dents cariées (soignées ou pas) et 51,3% ne présentent aucune carie. Dans les établissements situés en ZUS, les caries repérées au cours de l'examen médical. Moins de la moitié des élèves (44%) ne présentent aucune carie dentaire. Près de 2 enfants sur 5 en ont au moins deux et 13 % en ont au moins deux non soignées. Les garçons ont également plus de dents cariées que les filles.</i></p>
décembre 2005	Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles,	<p>Pour cette deuxième édition, la problématique santé est davantage prise en considération. Plus de 30 pages (14 au sein du chapitre sur les indicateurs commentés et 16 en tant que dossier thématique) sont consacrées à cette thématique.</p> <p>Extraits</p>

	Rapport 2005, 298 p	<p>Les objectifs en matière de santé fixés par la Loi du 1er août 2003 relative à la politique de la ville et la rénovation urbaine, s'inscrivent dans l'objectif général d'une réduction des inégalités sociales et territoriales de santé qui s'expriment tout particulièrement au niveau des zones urbaines sensibles. Ils visent à rendre compte de l'offre de soins desservant ces zones, compte tenu d'une part, de l'enjeu particulier d'un maintien des professionnels de santé dans les territoires au tissu économique et social dégradé, et d'autre part, de difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Les indicateurs inscrits dans la loi portent sur les données de démographie des professionnels de santé intéressant les ZUS, ainsi que sur les dispositions particulières mises en place localement pour favoriser l'accès aux soins des publics en difficulté (en fonction des mesures générales de protection sociale, dont la Couverture maladie universelle).</p> <p>Cependant, l'approche de la démographie des professionnels de santé au niveau des ZUS doit s'articuler : • d'une part, avec les travaux menés par l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS) créé par le décret du 19 juin 2003.[...] • d'autre part, avec les actions des Missions régionales de santé (MRS), créées par la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 et qui sont désormais chargées de déterminer les orientations relatives à la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux. [...]. Les états des lieux, fondés sur une analyse de l'adéquation entre l'offre et les besoins identifiés de la population, ont vocation à être partagés avec les comités régionaux de l'ONDPS et à être pris en compte par les schémas régionaux d'organisation sanitaire en voie de finalisation au plus tard pour fin mars 2006.</p> <p>Dans ces conditions, l'ONZUS s'est attaché pour ce thème à exploiter en 2005 les données statistiques disponibles au niveau national relatives à la présence de l'offre de soins au niveau des ZUS. [...]</p> <p>Un groupe de travail sur la santé sera constitué en 2006 dans le cadre de l'ONZUS, pour préciser les modalités d'articulation avec les travaux de l'ONDPS et des MRS, afin notamment de faire ressortir la situation des Zones urbaines sensibles et de promouvoir, au besoin, des approches spécifiques au niveau régional. [...].</p> <p>En termes de santé scolaire, le rapport présente des données établies à l'issue des bilans de santé scolaire, auprès des enfants de grandes sections de maternelle [...]</p> <p>S'agissant des dispositifs destinés à favoriser localement l'accès aux soins, le rapport fournit les cartes relatives aux Permanences d'accès aux soins de santé (PASS).</p> <p>Le rapport donne par ailleurs une photographie du développement des Ateliers santé ville en tant que démarche innovante d'animation et de programmation de santé publique propre aux contrats de ville (voir dans le présent rapport : «Cartographie de quelques dispositifs de la politique de la ville »).</p> <p>Extraits de la synthèse du rapport : LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET LA SANTÉ Les établissements médicaux dans les ZUS</p> <p>En moyenne, il y a en ZUS 6,5 établissements de pratique médicale pour 5 000</p>
--	---------------------	---

	<p>habitants, contre respectivement 14,6 établissements et 13 établissements dans les villes et les unités urbaines où elles sont situées ; <u>les ZUS ont ainsi en moyenne 2 fois moins d'établissements médicaux que leurs communes</u> ou leurs unités urbaines. 8 % de ces quartiers ne disposent d'aucune structure de pratique médicale. Cependant les écarts de densité entre les ZUS, leur commune et leur agglomération peuvent être très variables ; les quartiers de très faible densité médicale ont des densités moyennes respectivement de 10,8 et 9,6 fois moins fortes que celles de leurs communes et de leurs unités urbaines. Par contre, pour les ZUS les mieux équipées, la densité moyenne est égale voire supérieure à celle de leur commune et de leur agglomération. 560 ZUS sur les 681 analysées ici sont équipées d'un établissement du secteur libéral, 71 n'en possèdent aucun et 72 ont en moyenne plus de 10 établissements libéraux pour 5 000 habitants. 89 % des établissements de pratique médicale situés dans les ZUS appartiennent à ce secteur, leur densité moyenne y est de 5,8 pour 5 000 habitants, soit 2 fois moins que dans les unités urbaines.</p> <p>Les établissements d'auxiliaires médicaux en ZUS La densité moyenne des établissements d'auxiliaires médicaux en ZUS est de 6,3 pour 5 000 habitants contre 11 établissements dans leurs communes et 11,3 dans leurs agglomérations, cependant 17,4 % des ZUS ne disposent d'aucun établissement de cette catégorie. Pour ce type d'équipement de santé, les écarts entre ZUS, leurs communes et leurs agglomérations sont également très variables : les écarts de densité peuvent aller, en moyenne, de 1 à 17 au profit des communes et de 1 à 18 au profit des unités urbaines.</p> <p>L'état de santé des enfants de grande section de maternelle en ZUS Selon les bilans de santé réalisés au cours de l'année scolaire 2002-2003, auprès d'un échantillon d'enfants de grande section de maternelle, le surpoids, l'obésité et une mauvaise hygiène dentaire sont également plus fréquents chez les enfants scolarisés en ZUS. Les informations statistiques actuellement disponibles sur l'état de santé des populations vivant en ZUS et leurs recours aux soins médicaux sont limités mais elles seront enrichies à l'horizon du prochain rapport de l'observatoire avec la mobilisation de l'enquête décennale « Santé » L'utilisation des sources des Caisses d'Assurance Maladie est également envisagée.</p> <p>Les permanences d'accès aux soins de santé En 2003 près de 60 % des PASS de métropole sont situées dans une commune ayant au moins une ZUS. Les données disponibles à l'Observatoire, ont permis de recenser l'existence en 2003 de 369 PASS, dont 13 sont situées dans les DOM. Le traitement permettant de savoir si une PASS est localisée en ZUS n'a pu être réalisé que sur 356 ZUS de France métropolitaine. Sur ces 356 PASS, 211 (59 %) sont situées dans une commune ayant une ZUS, et parmi ces 211 quartiers, 10 sont localisés en ZUS, et 124 sont dans un quartier hors ZUS d'une commune ayant une ZUS. La carte d'implantation des PASS atteste d'un assez bon maillage du territoire, essentiellement répartie en milieu urbain</p>
--	---

février 2007

Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles, Rapport 2006, 291 p.

Etat de santé et recours aux soins dans les ZUS (IRDES)

- Données issues de l'Enquête décennale santé 2002/03 -

Dossier thématique :

L'offre de soins dans les ZUS, (Jean Michel FLOCH, INSEE)

L'objectif de cette étude est de décrire l'état de santé et le recours aux soins des habitants des ZUS. Comparé aux personnes qui ne vivent pas dans ce type de quartier mais dans la même agglomération, leur état de santé est-il moins bon ? De même les habitants des ZUS ont-ils recours aux soins moins souvent et/ou de manière différente ? L'objectif est de montrer si les inégalités de santé sont accentuées quand on habite une ZUS.

L'Etat de santé :

Près du tiers des résidents en ZUS se déclarent en mauvaise santé contre un quart des personnes qui ne vivent pas en ZUS. A âge, sexe, niveau d'étude ou catégorie sociale égale, les habitants des ZUS se perçoivent en moins bonne santé que le reste de la population. 23 % des résidents des ZUS déclarent au moins une incapacité contre 19,6 % pour le reste de la population. Ce sont là aussi les personnes les plus âgées et les catégories sociales les plus défavorisées qui déclarent le plus souvent au moins une incapacité, et cette déclaration est toujours plus fréquente parmi les résidents en ZUS. Ces différences sont moins marquées pour les autres indicateurs de santé telles les maladies chroniques et les limitations d'activité quotidienne. Elles sont peut-être sous-estimées par une mauvaise connaissance que les résidents des ZUS ont de leur état de santé, entraînant une ignorance de leur part de maladies chroniques tel le diabète. « L'effet ZUS » sur la santé est accentué tant pour les locataires du parc public que pour ceux du parc privé. L'effet des facteurs qui déterminent l'état de santé d'un individu (par exemple l'âge) est plus important pour la population des ZUS.

Le recours aux soins

Les résidents des ZUS sont plus nombreux à avoir subi au moins une hospitalisation dans les douze derniers mois (15,6 % contre 13,5 % pour la population ne vivant pas en ZUS), mais ils recourent moins fréquemment à un spécialiste (57,2 % versus 64,4 %). Aucune différence significative ne peut être mise en évidence pour la proportion d'habitants ayant recouru au moins une fois dans l'année à un généraliste mais la fréquence de consultation est plus élevée pour les habitants des ZUS. « L'effet ZUS » est là aussi accentué pour les locataires du parc HLM qui ont une probabilité plus élevée de se faire hospitaliser. L'impact des facteurs qui déterminent le recours aux soins est aussi amplifié pour les habitants des ZUS

L'offre de soins

On constate globalement une plus faible présence médicale et paramédicale dans les ZUS, par rapport aux autres quartiers des communes où elles sont implantées. Surtout, la médecine spécialisée y est peu présente et peu diversifiée. Cependant, certaines ZUS sont bien dotées en service de soins de proximité. Ces quartiers sont généralement très peuplés et possèdent de nombreux équipements, tels que commerces ou écoles. De plus, les habitants des ZUS sont rarement domiciliés à de grandes distances des équipements médicaux, même lorsque ceux-ci ne sont pas présents dans le quartier.

Publications diverses		
juin 2001	<p><i>les Ateliers Santé Ville, éléments d'orientation et de mise en œuvre</i></p> <p>DIV, 6 p.</p>	<p>Cette note synthétique rédigée par la DIV vise à rappeler les éléments d'orientation et de mise en œuvre du nouvel outil à disposition des acteurs de la santé.</p> <p>« La nouvelle génération des contrats de ville témoigne de la progression dans la prise en compte des questions de santé par les villes et leurs élus. La diversité des problématiques rencontrées et des moyens susceptibles d'être mis en œuvre en matière de santé justifie la recherche d'une meilleure articulation entre le niveau municipal et la politique régionale de santé, compte tenu des Programmes Régionaux de Santé (PRS) et en particulier des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) qui ont, pour objectif communs avec la politique de la ville de réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé.</p> <p>Afin de conforter cette évolution relative à la territorialisation des politiques de santé, le Comité Interministériel des Villes du 14 décembre 1999, a précisé les orientations de la politique de la ville en matière de santé et décidé la mise en place des Ateliers Santé Ville (ASV). »</p> <p>A la suite de cette introduction, l'article s'organise de la façon suivante :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- rappel du cadre et des enjeux de la démarche 2- Stratégie et méthode de mise en œuvre des ASV 3- Suivi dans les sites pilotes départementaux 4-Enjeux de développement
août 2002	<p><i>DOSSIER VILLE : Santé et politique de la ville : Un nouvel outil, les Ateliers Santé-Ville, 5p.</i></p> <p>DESJARDINS M. (http://www.ville.gouv.fr/infos/dossiers/index.html)</p>	<p>Cet article accessible sur Internet, présente de façon pédagogique l'outil Atelier Santé Ville.</p> <p>Introduction</p> <p>« Comment réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé et notamment améliorer l'accessibilité aux soins et à la prévention des personnes en situation précaire ? Depuis 1997, différentes actions ont été entreprises dans le cadre de la politique de la Ville. Au XIème plan, les trois-quarts des contrats de ville comptaient un volet santé présentant un ou plusieurs projets cofinancés par les communes. Au XIIème plan, un nouvel axe de travail a été développé à travers la mise en œuvre des ateliers "santé-ville" (ASV)</p> <p>Ce nouvel outil est destiné à rapprocher acteurs et professionnels de la santé afin d'élaborer des programmes adaptés au niveau local et, si possible avec la participation des habitants. Ce cadre opérationnel a été expérimenté depuis un an sur deux régions pilotes. Et si certaines municipalités se sont déjà engagées dans cette démarche, la majorité ont dû revoir les motivations de leurs actions et établir un diagnostic. »</p>
2004	<p>DVD « <i>Politique de santé, Territoires et santé publique au niveau local</i> » , réalisé à partir des intervention de la journée nationale initié par le Centre de ressources et la DDASS de Seine Saint Denis</p>	<p>Ce DVD présente un choix d'interventions extraites de la journée consacrée aux Ateliers Santé Ville (ASV) du 4 décembre 2003 « Expérimentation en Seine Saint Denis »</p> <p>Il contient une part des réflexions faites autour des ASV, des éléments de réponses et de définition, le sens de cette démarche, le contenu des programmes et les pistes d'actions potentielles...pour réduire effectivement les inégalités sociales et territoriales de santé.C'est un support d'animation et de formation au service des agents de l'état, des acteurs de la santé, du social, de l'éducatif, de l'insertion, en charge des politiques</p>

2006	<p><i>Promotion de la santé et développement local : une formation-action pour le développement des ateliers santé ville, 9p.</i> (commande de la DIV)</p> <p>BERTOLOTTO F., POMMIER J.</p>	<p>de santé et de la ville.</p> <p>Un programme de formation-action visant à soutenir le développement des ASV dans quatre régions de France a progressivement été mis au point en partenariat avec la DIV, la DGS et ensuite la Direction Générale de l'action Sociale (DGAS). Celui-ci a poursuivi 3 objectifs stratégiques majeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> dynamiser le processus de promotion et mise en place d'ASV dans la région, en soutenant l'action des DRASS et DDASS par le biais de la formation-action promouvoir l'adoption des principes théoriques et pratiques de la promotion de la santé dans les actions des ASV contribuer à la dynamisation des acteurs de santé des territoires des ASV. <p>L'objectif de cet article est de rendre compte de cette expérience singulière (programme de formation action), où une institution de formation telle que l'ENSP, soutient le développement de politique publique de santé et de lutte contre les exclusions au plus près des utilisateurs, en mettant la démarche de formation directement au service de l'action, en adoptant des stratégies pédagogiques directement inspirées des principes de la promotion de la santé.</p> <p>Depuis son lancement en 2001, quatre formations action ont pu être réalisées sur les régions suivantes : Ile de France ; Languedoc Roussillon ; Aquitaine ; Champagne Ardenne. En moyenne, une trentaine de participants, d'horizons variés ont suivi la formation dans chaque région, les DRASS et les préfectures ayant été chargés de la sélection des stagiaires.</p> <p>Les principaux résultats de l'action indiquent notamment que :</p> <ul style="list-style-type: none"> -la formation action a permis d'interroger et de relancer la dynamique des ASV dans les régions concernées -elle a permis d'actualiser les connaissances des acteurs présents en matière d'approche de santé publique, ainsi que de situer leurs réflexion et actions dans une perspective de promotion de la santé -la continuité des présences aux sessions a fait parfois défaut -le rôle de la DRASS en tant que relais « régional » pour la formation a été parfois difficile -le rôle des DDASS en tant que principaux relais « locaux de la formation-action, n'a pas été suffisamment constant et cohérent avec la démarche régionale...
décembre 2006	<p>Le programme santé des CUCS</p> <p>Contrats urbains de cohésion sociale / Fiches thématiques</p> <p>DIV-Direction générale de la Santé (DGS) - - 5p</p>	<p><i>Afin de soutenir les principaux d'acteurs de la politique de la ville, les services de l'Etat, et les collectivités locales et territoriales dans l'exercice d'élaboration du CUCS, la DIV propose un guide méthodologique. Ce guide a pour objectif d'aider à l'élaboration d'une culture commune sur les CUCS.</i></p> <p><i>La fiche thématique intitulée « le programme santé des CUCS »</i> définit l'ASV comme « le point de convergence de deux politiques, fondé à partir du volet santé de la politique de la ville et du volet santé de la loi contre les exclusions » et comme « le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets de santé publique, faisant l'interface entre les élus des villes et la politique de santé de l'Etat »</p>

	<p>«Il a, entre autres missions, la charge de décliner les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins dans le cadre des Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP/PRAPS).»</p> <p>Rédigée 3 mois après la circulaire 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 ASV, cette fiche explore de façon approfondie cet outil. Ce document se découpe en trois chapitres</p> <ul style="list-style-type: none"> présentation de la démarche priorités de l'état Crédits de fonctionnement <p>Extraits :</p> <p>« L'ASV permet aux collectivités locales de faire le lien avec les services déconcentrés de l'état et inversement. A partir des problématiques de santé identifiées, il est une aide à la décision dans le cadre d'une stratégie de développement de projets de santé publique, y associant notamment les déterminants de santé qui conditionnent collectivement une amélioration de l'état de santé (ex : habitat).</p> <p>Il est un lieu d'élaboration de projets permettant d'appréhender, compte tenu des spécificités des territoires, les objectifs de santé publique en veillant à ce que de nouvelles pratiques soient adaptées à l'intérêt des populations.</p> <p>L'ensemble de la démarche met la prévention et la promotion de la santé au coeur de la cohérence sociale du projet territorial en ce qu'elles doivent, à la fois s'articuler avec la qualité de l'offre de soins et avec les autres politiques publiques qui concourent à l'amélioration de la santé de la population.</p> <p>Les projets locaux de santé publique développés par les ASV sont les instruments appropriés pour répondre aux besoins de santé au plus près des populations en permettant de définir des stratégies d'intervention concertées avec les ressources de proximité (services municipaux, professionnels de santé publics privés, établissements de santé, centres de santé, PMI, et plus largement ceux des centres sociaux, des Missions locales, de l'Anpe, des foyers, des associations ...). »</p>
--	--

Sources diverses

DATE DE PUBLICATION	NOM ET NATURE DU DOCUMENT	CONTENU
Sénat		
octobre 2006	<p><i>Un nouveau pacte de solidarité pour les quartiers</i></p> <p>rapport d'information n° 49 du Sénat -2006-2007 sur le bilan et les perspectives d'avenir des politiques conduites envers les quartiers en difficultés depuis une quinzaine d'année fait au nom de la mission commune d'information Banlieues, 2p.</p> <p>ANDRE P.</p>	<p>Extraits :</p> <p><i>L'amélioration de l'accès aux soins et le développement de la prévention sanitaire</i></p> <p>Les statistiques établies par l'ONZUS et par l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde montrent que l'état de santé des personnes résidant dans les quartiers en difficulté est altéré par des conditions de vie précaires et des retards d'accès aux soins. Ces études révèlent en particulier la fréquence des problèmes de souffrance psychique, de maltraitance, de saturnisme, de surpoids et d'hygiène bucco-dentaire, notamment chez les jeunes enfants, des conduites addictives (alcool, toxicomanie), ainsi que la détection tardive des maladies sérologiques et cancéreuses.</p> <p>C'est pourquoi, depuis 1997, les contrats de ville incluent un volet sanitaire, dont les actions visent à réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé, en améliorant l'accessibilité aux soins et à la prévention des populations fragiles. Lors du Comité interministériel à la ville du 14 décembre 1999, un nouvel axe d'intervention a été développé avec la mise en oeuvre des ateliers « santé ville » (ASV).</p> <p>Ces ateliers, créés en partenariat avec les maires, les sous-préfets en charge de la politique de la ville, Les DDASS et les professionnels de santé dans le cadre des PRAPS, devaient permettre de réaliser un diagnostic de l'état de santé de la population concernée afin de définir les priorités d'action des contrats de ville sur la période 2000-2006. A ce jour, 220 ASV ont été mis en place dans les quartiers prioritaires, ce qui a permis de développer des programmes locaux de santé adaptés aux besoins de la population. Ces ateliers constituent de véritables cellules territorialisées d'alerte et d'actions visant notamment à informer les habitants des campagnes nationales de prévention et favoriser leur accès aux soins.</p> <p>Si la mission considère que les ateliers « santé-ville » constituent une véritable avancée qui a permis d'améliorer la prise en charge médicale des personnes les plus éloignées du système de soins, elle estime toutefois nécessaire de progresser dans quatre directions :</p> <p>pour mieux connaître les besoins des populations, il est tout d'abord indispensable qu'un diagnostic plus complet de l'état de santé des populations résidant dans les ZUS soit établi par l'ONZUS ; c'est pourquoi, la mission propose, d'une part, que les ASV dressent un bilan annuel de leurs activités sur le modèle de celui qui est réalisé chaque année par les antennes de Médecins du monde; d'autre part, que des bilans de santé soient organisés chaque année dans les ZUS en partenariat avec les ministères de l'éducation nationale et de la santé sur des sujets particuliers (dépistages des maladies sérologiques, hygiène bucco-dentaire,...) ou à destination de publics spécifiques (personnes âgées, élèves scolarisés ou en crèches) pour améliorer l'accessibilité aux soins, la mission estime prioritaire de garantir un bon maillage du territoire en veillant à la présence de professionnels de santé dans les quartiers (médecins, pédopsychiatres, infirmières, kinésithérapeutes, etc...) et de centres de soins à proximité (hôpitaux, cliniques, dispensaires de la Croix-rouge, antennes de Médecins du monde ou maisons</p>

		<p>médicalisées) ; cela suppose la mise à jour d'une carte globale de l'offre de soins afin d'identifier les territoires pour lesquels elle se relève insuffisante</p> <p>pour répondre de façon plus large aux besoins des populations, la mission recommande de favoriser une plus grande complémentarité des ASV dans le cadre des programmes locaux de santé, chaque atelier pouvant se spécialiser dans certaines thématiques d'intervention (toxicomanie, hygiène et prévention, ...)</p> <p>la mission suggère que la prévention sanitaire soit développée au niveau de l'école primaire, des crèches et des centres de protection maternelle et infantile, notamment en associant et en sensibilisant davantage les parents.</p>
--	--	---

Conseil National des Villes		
octobre 1999	<i>La santé dans les Politiques des Villes, étude réalisée pour le CNV</i> BILLAUD V. – MDSL-Intervention Santé	<p>Extraits de l'introduction</p> <p>A l'issue de cinq années d'une politique de la ville volontariste, quelle a été l'évolution des politiques municipales de santé et des représentations qui y sont attachées (I) ? D'après l'analyse plus particulière de certains sites et d'actions spécifiques, il est possible de mettre en valeur des conditions d'émergence (II) et de mise en place (III) d'actions de santé qui soient facteurs de développement, en cohérence avec les objectifs des politiques des villes. Quels seraient, au vu de cette expérience, les axes à développer, qui soient facteurs de pérennité (IV) ?</p>
février 2000	<i>Recommandations du Groupe de travail « Santé et pratique sociales »</i>	<p>Un groupe de travail mis en place en 1998 sous la présidence de Bernard ELGHOZI, médecin, membre du CNV. Le groupe s'est fixé comme objectif de travailler sur la place de la santé dans la ville, le partage des rôles et des compétences de chacun des acteurs et de chacune des institutions et de leurs articulations.</p> <p>Ce travail présente les recommandations issues de ce groupe.</p> <p>Parmi l'ensemble des recommandations, on peut relever celle-ci :</p> <p>« Pour les territoires de la ville bénéficiant de contrat de ville, il est recommandé que soit imposé un volet « santé » dans les contrats de ville, pouvant aller jusqu'à un « contrat local de santé publique », et que tout contrat de ville d'où le volet santé serait absent soit pénaliser »</p>

IRDES – Institut de recherche et de documentation en économie de la santé		
2006	<p><i>L'état de santé et le recours aux soins des personnes vivant en ZUS</i></p> <p>ALLONIER C., DEBRAND T., LUCAS-GABRIELLI V., PIERRE A., ROCHEREAU T., IRDES, 21 p.</p> <p>Extrait du Rapport ONZUS 2006</p>	<p>L'objectif de cette étude est de décrire l'état de santé et le recours aux soins des habitants des ZUS. Comparé aux personnes qui ne vivent pas dans ce type de quartier mais dans la même agglomération, leur état de santé est-il moins bon ? De même les habitants des ZUS ont-ils recours aux soins moins souvent et/ou de manière différente ?</p> <p>L'objectif est de montrer si les inégalités de santé sont accentuées quand on habite une ZUS.</p> <p>L'Etat de santé :</p> <p>Près du tiers des résidents en ZUS se déclarent en mauvaise santé contre un quart des personnes qui ne vivent pas en ZUS. A âge, sexe, niveau d'étude ou catégorie sociale égale, les habitants des ZUS se perçoivent en moins bonne santé que le reste de la population.</p> <p>23 % des résidents des ZUS déclarent au moins une incapacité contre 19,6 % pour le reste de la population. Ce sont là aussi les personnes les plus âgées et les catégories sociales les plus</p>

		<p>défavorisées qui déclarent le plus souvent au moins une incapacité, et cette déclaration est toujours plus fréquente parmi les résidants en ZUS. Ces différences sont moins marquées pour les autres indicateurs de santé telles les maladies chroniques et les limitations d'activité quotidienne. Elles sont peut-être sous-estimées par une mauvaise connaissance que les résidents des ZUS ont de leur état de santé, entraînant une ignorance de leur part de maladies chroniques tel le diabète.</p> <p>« L'effet ZUS » sur la santé est accentué tant pour les locataires du parc public que pour ceux du parc privé. L'effet des facteurs qui déterminent l'état de santé d'un individu (par exemple l'âge) est plus important pour la population des ZUS.</p> <p>Le recours aux soins :</p> <p>Les résidants des ZUS sont plus nombreux à avoir subi au moins une hospitalisation dans les douze derniers mois (15,6 % contre 13,5 % pour la population ne vivant pas en ZUS), mais ils recourent moins fréquemment à un spécialiste (57,2 % versus 64,4 %).</p> <p>Aucune différence significative ne peut être mise en évidence pour la proportion d'habitants ayant recouru au moins une fois dans l'année à un généraliste mais la fréquence de consultation est plus élevée pour les habitants des ZUS.</p> <p>« L'effet ZUS » est là aussi accentué pour les locataires du parc HLM qui ont une probabilité plus élevée de se faire hospitaliser. L'impact des facteurs qui déterminent le recours aux soins est aussi amplifié pour les habitants des ZUS</p>
--	--	---

janvier 2007	<p>« <i>Des indicateurs de santé moins favorable pour les habitants des Zones Urbaines Sensibles</i> »</p> <p>ALLONIER C., DEBRAND T., LUCAS-GABRIELLI V., PIERRE A. bulletin d'information en économie de la santé de l'IRDES, n°117</p>	<p>La création des Zones urbaines sensibles (ZUS) répond à un phénomène de ségrégation spatiale, correspondant au regroupement, dans une zone déterminée, de personnes défavorisées. Cette ségrégation peut affecter l'état de santé du fait de la concentration de la pauvreté et d'une moindre qualité de l'habitat et de l'environnement. L'objectif de cette étude est de décrire l'état de santé des habitants des ZUS, à partir des données de l'enquête décennale Santé 2002-2003.</p> <p>D'après cette enquête, près du tiers des résidents en ZUS (32 %) se jugent en mauvaise santé contre un quart des personnes qui ne vivent pas en ZUS (26 %). Ils sont respectivement près de 23 % et de 20 % à déclarer au moins une incapacité.</p> <p>Les analyses, confirment que le fait de vivre en ZUS augmente la probabilité de se déclarer en mauvaise santé. En croisant le fait de vivre en ZUS avec le statut d'occupation des logements, la situation apparaît plus défavorable pour les locataires et plus particulièrement pour ceux qui résident dans un logement social.</p> <p>Les déterminants de l'état de santé (l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'études...) sont globalement identiques pour les habitants des ZUS et ceux vivant hors ZUS mais leur impact semble renforcé en ZUS.</p>
--------------	---	---

Publications de Profession Banlieue - Centre de Ressources pour la politique de la Ville en Seine Saint-Denis		
	<p><i>Les lettres ASV</i></p> <p>(n° 1, mai 2001/ n° 2, octobre 2002/ n°3, juillet 2003/ n°4,</p>	<p>En Seine-Saint-Denis, la démarche a été initiée en décembre 2000. Très rapidement, fortes de leurs expériences en santé publique, dix villes ont mis en place un ASV et d'autres villes y travaillent. Les principaux partenaires se réunissent régulièrement : CPAM, CRAMIF, Éducation nationale, Conseil général, Profession Banlieue, CIRDD 93 (Centre d'information et de ressources drogue et dépendances), Coordination des services sociaux... Le ministère de la Santé et la DIV</p>

	janvier 2006/ n°5, juillet 2006/ n°6, novembre 2006)	accompagnent la démarche. Une dynamique est enclenchée à tous les niveaux : local, départemental, régional et national. À ce stade, un moyen d'information écrit a paru nécessaire afin de faciliter la diffusion des réflexions et des initiatives.
février 2002	<i>Discrimination et santé : enjeux politiques et signification sociale</i> FASSIN D., Les « 5 à 7 », n° 4, 12p.	<i>Les «5 à 7» sont des rendez-vous organisés avec un chercheur impliqué par les thématiques que développe Profession Banlieue : une façon de rapprocher les professionnels et les chercheurs autour des questions sociales, urbaines et politiques. Carte blanche est laissée à l'intervenant de faire état d'une étude particulière ou d'apporter un éclairage spécifique sur un sujet abordé par ses travaux de recherche.</i> Pour cet exposé, Didier Fassin s'appuie sur des recherches qui sont menées depuis longtemps en Seine-Saint-Denis autour des questions de l'immigration et de la santé, et, de manière plus spécifique, sur une enquête menée pour la Direction de la population et des migrations (DPM), organisme rattaché au ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité. Ce rapport publié en 2002 s'intitule Un traitement inégal: les discriminations dans l'accès aux soins. Par ailleurs, il a conduit une réflexion plus générale sur ce thème dans un article publié en 2002 dans la Revue française de science politique: « L'invention française de la discrimination».
mars 2003	<i>Les ateliers santé ville : expérimentations en Seine-Saint-Denis</i> - JOUBERT M., MANNONI C., (RESSCOM),151p.	Diagnostic et observatoire, participation des habitants aux actions de santé, compétences et savoir faire dans la conduite d'un projet local de santé constituent quelques-uns des enseignements méthodologiques issus de la mission d'accompagnement RESSCOM à la mise en place des ateliers santé ville en Sein Saint Denis
juillet 2004	<i>Politique de la ville, territoire et santé, réflexions autour des ateliers santé ville et leurs enjeux en Seine Saint Denis</i> - MANNONI C., (111 p.)	Partant des actions concrètes mises en place dans le cadre des ateliers santé ville de la Seine-Saint-Denis, ce rapport étudie les différentes étapes nécessaires à la construction d'une politique locale de santé publique: diagnostic participatif, construction des partenariats, conditions de la participation des citoyens.
mai 2005	<i>L'atelier santé ville, une démarche territoriale de santé publique,</i> compte-rendu d'une journée, décembre 2003 MAZAR M., JOUBERT M., MANNONI C., (89p.)	L'engagement des villes dans les ASV, les conditions de leur mise en œuvre et le point de vue d'élus permettent d'interroger l'opportunité que représentent les ateliers santé ville dans les politiques publiques de lutte contre les exclusions sociales en matière de santé. Ces Actes ont pour objectifs, à partir de réalités locales, de valoriser des expériences et d'approfondir la question des métiers et de leur évolution dans le cadre des pratiques nées des ateliers santé ville. Résumé : Au sommaire de ce document : présentation d'expériences de mise en place d'ASV, et questionnements par rapport aux conditions de leur mise en oeuvre, éléments méthodologiques, la place de l'hôpital dans les programmes territoriaux de santé, l'engagement de la DDASS, les inégalités territoriales de santé, le coordinateur ASV, le point de vue d'élus.

Rhizome Conseil Etude Stratégie		
avril 2004	<i>Les ateliers Santé Ville au croisement de la politique de la ville, de la politique de lutte contre les exclusions et de la politique de santé publique : demain, quelles</i>	Extraits de l'introduction Le séminaire du 28 Avril 2004 intitulé « Les ateliers Santé Ville au croisement de la politique de la ville, de la politique de lutte contre les exclusions et de la politique de santé publique : demain, quelles perspectives » avait vocation à partager et à mettre en perspective les problématiques soulevées tant par le pilotage que par l'évaluation des politiques en matière de santé publique, en

	<p><i>perspectives.</i> Note de synthèse à l'issue du séminaire du 28 avril 2004 à Bobigny, 9p.</p>	<p>vue de faciliter une meilleure cohérence départementale des ASV dans le respect des spécificités et des projets des villes. Ce séminaire réunissait les acteurs impliqués dans les ateliers santé ville initiés au sein du département (élus, techniciens, coordinateurs, représentants des services de l'Etat, etc...).</p> <p>Il s'inscrit à la suite d'une formation-action engagée par la DDASS, la DGS et la DIV qui avait pour objectif d'élaborer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des objectifs et des principes directeurs au service d'une évaluation départementale des ASV; ces repères visent à apprécier la plus-value apportée par les ASV en vue de formuler des recommandations utiles aux différents acteurs impliqués dans cette dynamique. Ils sont présentés dans le document « <i>Les objectifs et les principes directeurs d'une démarche d'évaluation et de pilotage départementale des A.S.V.</i> » remis aux participants lors du séminaire. • Un outil de pilotage des A.S.V., de type « tableau de bord ». L'outil de pilotage, par la définition d'indicateurs pertinents et au regard des objectifs opérationnels assignés aux A.S.V., vise à sélectionner et hiérarchiser l'information collectée et à développer l'implication de l'ensemble des participants dans la mise en oeuvre de méthodes et d'outils communs pour la définition d'actions coordonnées. Un document de travail présentant cet outil, intitulé « <i>Tableau de bord des ateliers santé ville</i> » a également été remis aux participants de ce séminaire. <p>Ce séminaire s'est structuré autour des axes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une présentation des évolutions des politiques publiques (santé, politique de la ville), dans un contexte de réforme de l'Etat - Une mise en perspective des problématiques liées à l'évaluation des politiques publiques - La présentation des objectifs et principes directeurs d'une évaluation départementale des ASV - La présentation de l'outil de pilotage (tableau de bord) et de son expérimentation actuelle - Un échange-débat avec les participants : en perspective, quelles évolutions en matière de coopération entre les acteurs ? <p>Ce document est une synthèse ainsi qu'une mise en perspective des repères partagés lors de cette rencontre.</p>
<p>novembre 2004</p>	<p><i>Quelles politiques de santé publique dans les ZUS. Les Ateliers Santé Ville : une réponse ?</i></p>	<p>La prise en compte des problématiques de santé publique a conduit les acteurs des zones urbaines sensibles à entreprendre un certain nombre d'interventions concertées permettant, au plus près des réalités observées, de conduire des actions significatives. Ces dernières visent les conduites à risques et les conduites addictives, la prise en charge de la souffrance psychique, l'accès aux soins et aux droits, l'accès à la prévention et au dépistage. Les problèmes de nutrition font également partie des préoccupations fortes qui s'expriment sur les quartiers en difficulté. Les modalités de réponses qui ont été ici ou là expérimentées ont le mérite de mettre en lumière les articulations existantes ou à créer entre d'une part les enjeux portés par la politique de la ville et ceux que l'on retrouve énoncés aujourd'hui dans le cadre de la récente loi de santé publique.</p> <p>Ces expérimentations sont également riches en terme de méthodologie. Elles sous-tendent un travail d'analyse nouveau de part la concertation que celui-ci implique. Elles engagent les acteurs dans la définition de priorités concertées. Elles constituent de véritables espaces publics où l'ensemble des acteurs de droit privé, de droit public, des représentants élus, des citoyens, ... échangent sur les conditions de santé.</p>

Médecins du Monde		
août 2006	<i>Rapport 2005 de l'Observatoire de l'Accès aux soins de la Mission France</i>	<p>Extrait du résumé :</p> <p>Ce sixième rapport de l'Observatoire de l'Accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde est élaboré à partir : des recueils médico-sociaux enregistrés en informatique des 21 centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) ; des observations des acteurs des missions et en particulier des travailleurs sociaux sur les dispositifs d'accès aux soins et les difficultés existantes ; des témoignages recueillis auprès des patients ; des données recueillies auprès des patients ; des données recueillies dans une part de plus en plus importante des actions mobiles de proximité ; du suivi des dispositifs législatifs et réglementaires concernant l'accès aux soins.</p> <p>En 2005, les CASO ont effectué 45 776 consultations médicales, soit 12,7 % de plus qu'en 2004, et ont rencontré 26 343 patients différents. La première difficulté d'accès aux soins réside dans l'obligation de domiciliation. En 2005, la moitié des patients de Médecins du Monde en avait besoin pour l'ouverture de leurs droits et parmi eux, les trois quarts en étaient dépourvus.</p>

Publications diverses		
2001	<p><i>Santé et recours aux soins dans cinq Zones Urbaines Sensibles d'Ile de France (synthèse)</i></p> <p>CHAUVIN P.</p> <p>enquête réalisée à l'automne 2001, 14 p.</p>	<p>Conclusions et perspectives (extraits) :</p> <p>Les résultats exposés dans cette synthèse montrent que la population étudiée, résidant dans cinq Zones Urbaines Sensibles de l'Ile-de-France, rencontre davantage de difficultés que l'ensemble de la population francilienne, que ce soit en termes d'insertion et de stabilité sur le marché du travail, que de revenus ou de logement.</p> <p>D'une manière générale, nos analyses confirment que, si l'on souhaite décrire et comprendre les processus de cumuls des difficultés sociales et leurs impacts sur la santé ainsi que les modes d'utilisation et de recours au système de soins, il est pertinent et utile d'étudier un ensemble de caractéristiques individuelles plus vaste et détaillé que les seuls indicateurs socio-économiques habituellement utilisés dans les études en population générale ou disponibles dans les instruments statistiques de routine.</p> <p>Parmi ces caractéristiques, l'étude de variables subjectives telle que la perception des enquêtés sur leur situation et leur cadre de vie ou encore de variables psychosociales reflétant l'estime de soi, le sentiment d'être victime de discrimination, ou la qualité de leurs relations sociales, permet d'enrichir aussi ces analyses. [...]</p> <p>Ces résultats démontrent – en eux-mêmes – l'intérêt, pour la recherche en santé, de prendre en compte ces dimensions sociales jusqu'ici peu abordées dans les études épidémiologiques et de santé publique françaises, la santé étant étudiée ici essentiellement du point de vue des attitudes, des ressentis, des comportements liés à la santé et du recours aux soins.</p> <p>L'étude a démontré que certaines dimensions de la santé ressentie, physique et psychologique, sont significativement liées au fait d'avoir vécu des ruptures sociales, au rapport que les individus entretiennent avec leur quartier, au degré de satisfaction vis-à-vis de son parcours scolaire notamment, à l'estime de soi... ou encore à la priorité accordée à sa santé.[...]</p> <p>Par ailleurs, le renoncement aux soins pour raisons financières (qui concerne 15 % de la population enquêtée) est non seulement associé à des caractéristiques socio-économiques classiques telles que l'âge, le sexe, le niveau de revenus, le nombre de maladies chroniques déclarées et la couverture maladie, comme l'ont déjà montré d'autres enquêtes nationales, mais aussi – et cela n'a en</p>

		<p>revanche jamais été étudié en population générale comme il a été fait dans ces 5 ZUS – à certaines conditions de vie, situations d'intégration sociale et représentations de la santé.</p> <p>Les perspectives de recherche concernent la réalisation d'une enquête finale, conduite sur un échantillon à la fois plus nombreux, plus diversifié et représentatif de la population d'Ile-de-France, afin d'étudier ces conditions de vie, ruptures sociales, attitudes et comportements de santé (et leurs interactions) sur le continuum social complet de la population francilienne dans son ensemble.</p>
2003	<p><i>Santé, inégalités et ruptures sociales dans les zones urbaines sensibles d'Ile-de-France</i></p> <p>Synthèse de recherche pour l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale</p> <p>PARIZOT I, CHAUVIN P, FIRDION JM., PAUGAM S., Paris, 45p.</p>	<p><i>Cette synthèse repose sur une enquête réalisée à l'automne 2001 par l'INED et l'INSERM-U444, en partenariat avec l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale.</i></p> <p>Les cinq zones urbaines sensibles d'Ile de France étudiées dans cette synthèse présentent une photographie des difficultés sociales et économiques auxquelles sont confrontés leurs habitants. On constate qu'ils rencontrent plus de difficultés que l'ensemble de la population francilienne. En outre, dès l'enfance, un nombre important d'entre eux ont connu une fragilisation des liens de filiation (près d'un quart ne vivait plus, à l'âge de 10 ans, avec ses 2 parents) et d'intégration (plus de 10 % ne se sentaient pas bien intégrés à l'école primaire). A l'âge adulte, un fort sentiment de précarité lié au monde du travail est ressenti. Des problèmes de violence familiale sont également évoqués par 14 % des personnes vivant en couple. Il est en outre montré que l'estime de soi est d'autant plus dégradée que les personnes se sentent isolées, sans grand soutien social, et ont une opinion négative sur leur quartier de résidence. En ce qui concerne les liens entre ruptures sociales et santé, 14 % des enquêtés déclarent que des problèmes de santé ont entraîné des ruptures sociales et inversement 24 % estiment que leurs conditions de vie nuisent à leur santé physique et morale.</p>
janvier 2005	<p><i>Ateliers Santé Ville</i></p> <p>TORRES A.,</p> <p>Actualités sociales hebdomadaires, 2 p., n° 2390</p>	<p>Inscrits dans les contrats de ville 200-2006, les Ateliers santé ville visent à réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé et à améliorer l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation précaire.</p> <p>Si la démarche a permis ici ou là d'enclencher une réelle dynamique, elle bute sur l'engagement parfois frileux des institutions et la difficulté du partenariat.</p>
2005	<p><i>La santé observée en Seine-Saint-Denis. Tableau de bord départemental sur la santé</i></p> <p>BENZAIDI (F.), DALBARADE (M.), EMBERSIN (C.), PEPIN (P.),</p> <p>Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France, Conseil général de Seine-Saint-Denis, 150p.</p>	<p>Le projet de tableau de bord sur la santé est né d'une série de rencontres entre le Conseil général de Seine-Saint-Denis, l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France et les membres de l'atelier "État des lieux et indicateurs de santé" du Conseil du Forum santé départemental.</p> <p>Malgré la mise en place de nombreuses actions de santé, la population de Seine-Saint-Denis souffre encore d'un état de santé inférieur au reste de la région et de la France. Les indicateurs témoignent d'une précarité importante, d'une offre de soins déficitaire, d'un niveau élevé de mortalité, notamment par tumeurs. La Seine-Saint-Denis est, après Paris, le deuxième département francilien le plus touché par le sida et la tuberculose. Avec 2,35 enfants par femme en 2001, le niveau de fécondité des femmes est le plus élevé de tous les départements de France métropolitaine. L'effectif des personnes âgées de 85 ans ou plus a été multiplié par 3,3 entre 1968 et 2001, ce qui pose la question de l'offre pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Par ailleurs, la Seine-Saint-Denis est le département francilien enregistrant le taux le plus élevé de personnes handicapées : plus de 3 500 jeunes de moins de 20 ans bénéficient de l'Allocation d'éducation spéciale (AES), plus de 14 000 adultes perçoivent l'Allocation d'adulte handicapé (AAH) ; cependant</p>

		<p>le département souffre d'un déficit de places en établissements pour adultes et enfants handicapés. La vision d'ensemble des problématiques socio-sanitaires apportée par le tableau de bord a pour ambition de contribuer à la synergie des différentes interventions, et devrait constituer une base commune de référence et irriguer la réflexion et l'action du Forum santé départemental. Au total, ce document comporte 42 fiches couvrant 9 grands thèmes du domaine sanitaire et social, à savoir :</p> <p>constat d'ensemble - offre et consommation de soins - mère et enfant - personnes âgées - personnes handicapées - pauvreté-précarité - pathologies - facteurs de risque - environnement et santé.</p> <p>Chaque grand thème totalise plusieurs fiches qui peuvent aller de 2 (personnes âgées ou personnes handicapées) à 11 fiches (pathologies).</p> <p>Ce Tableau de bord se présente sous forme de fiches rangées dans un classeur, est accompagné d'une plaquette de quatre pages qui en présente les principaux résultats</p>
avril 2005	<p><i>La santé : un des cinq piliers de la politique de la ville</i></p> <p>Assises Nationales de la Ville 2005</p> <p>Contribution des élus des communes mettant en œuvre une politique locale de santé, 5p.</p>	<p>Extraits :</p> <p>Le constat est de plus en plus souvent partagé entre les acteurs de terrain, les élus locaux et les représentants de l'Etat de l'importance d'une prise en compte adaptée aux spécificités locales des questions de santé, en particulier auprès des populations résidant en zones urbaines sensibles, sachant les incidences des situations de précarité sur la santé.</p> <p>La légitimité des élus locaux à se saisir des questions de santé publique est d'autant plus grande qu'ils sont en première ligne pour répondre aux attentes de leurs concitoyens et qu'ils disposent de moyens pour intervenir sur certains déterminants de la santé.</p> <p>La politique de la Ville s'est saisie de cette question à travers la mise en place des Ateliers Santé Ville (ASV), d'abord à titre expérimental dans deux régions Ile de France et Provence Alpes Côte d'Azur ; aujourd'hui, elle vise à développer cette démarche sur l'ensemble des communes comptant au moins une zone urbaine sensible. C'est l'un des objectifs fixés à la politique de la Ville par la loi d'orientation et de programmation pour la Ville et la Rénovation urbaine du 1er août 2003. D'autres villes se sont engagées dans des démarches similaires.</p> <p>[...] Ces ASV constituent une instance locale de co-production de programmes adaptés de santé publique.</p> <p>Engagés dans cette démarche, les élus locaux que nous sommes attendons de l'Etat, par les politiques nationales de la Ville et de la cohésion sociale et de la santé publique, une reconnaissance du travail entamé et sa consolidation dans un cadre contractuel renouvelé et renforcé, bénéficiant de financements pluriannuels, spécifiques et de droit commun à la hauteur des enjeux.</p> <p>Les collectivités locales revendiquent ainsi pleinement leur place dans cette politique initiée et co-pilotée par l'Etat. Au-delà des strictes répartitions de compétences entre l'Etat et les collectivités locales et entre les collectivités locales elles même, la prégnance des questions de santé nécessite l'engagement de tous.</p> <p>Réunis en séminaire le 27 janvier dernier à l'Assemblée nationale, en présence de Monsieur le Ministre délégué au Logement et à la Ville, nous avons entamé un travail de capitalisation et de mutualisation de nos expériences et esquissé à la fois une expertise commune et des pistes d'interventions pour les années qui viennent.</p>

		<p>1- La politique de la Ville et de la Cohésion Sociale doit renforcer son intervention dans le champ de la Santé Publique. La Politique de la Ville doit renforcer son action dans ce domaine en : contribuant au développement de l'observation locale, en lien avec l'Observatoire Nationale des Zones Urbaines Sensibles, intégrant les indicateurs relatifs à l'état de santé des populations des territoires et cherchant à identifier les déterminants sociaux de santé prenant en compte les problématiques de santé et les dynamiques locales engagées dans la mise en œuvre des mesures du plan de Cohésion Sociale et notamment les programmes relatifs à l'Egalité des Chances et à la Réussite Educative, étendant le dispositif à l'ensemble des communes concernées, conformément aux objectifs de la Loi d'orientation et de programmation pour la Ville et la Rénovation urbaine proposant un soutien en ingénierie à tous les ASV, assurant, par une mobilisation de ses services déconcentrés et notamment les DDASS et par l'engagement des préfets, un co-pilotage des ASV, facilitant au niveau central et régional un travail de mutualisation et de capitalisation des programmes de santé publique conduits au niveau local. Il est souvent conféré à la Politique de la Ville une fonction d'aiguillon des politiques publiques, intervenant à la fois sur des territoires particuliers mais visant dans le même temps une territorialisation partenariale des politiques publiques. La démarche des ASV est pleinement illustrative de cette fonction. Elle marque également dans un domaine qui nous concerne tous, le passage d'une logique d'expert à une logique de gouvernance.</p> <p>2- La Politique de Santé Publique doit intégrer les programmes locaux de santé. Le constat peut être fait dans notre pays d'un faible développement de la santé publique. Notre conviction est que celle-ci est l'affaire de tous et que les collectivités locales y sont des partenaires de premier plan [...] Malgré les insatisfactions qu'elles ont souvent éprouvées dans l'exécution des contrats territoriaux, les autorités locales considèrent que la démarche contractuelle pluriannuelle doit rester le mode d'organisation privilégié des relations entre l'Etat et les Collectivités locales en matière de Politique de la Ville. Pour que leur légitimité à agir en santé publique soit reconnue et que tous les dispositifs et actions existants aient vocation à s'inscrire dans le cadre contractualisé de la nouvelle politique de la ville, les élus chargés de la santé souhaitent se rassembler en réseau régional et national afin de faire valoir leur position à tous les niveaux de réflexion et de décision.</p>
juin 2005	<i>Santé, inégalités et ruptures sociales – Enquêtes sur la santé et le recours aux soins dans 7 quartiers défavorisés franciliens et proposition d'une méthodologie pour la réalisation d'une enquête représentative en Ile de France – Rapport pour la DIV</i>	Ce rapport s'appuie sur une enquête réalisée dans 5 ZUS franciliennes avec le soutien de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale et sur une enquête réalisée dans 2 quartiers relevant de la Politique de la Ville à Paris réalisée avec le soutien de la Mission Ville de la Préfecture de Paris. Dans le cadre du programme de recherche régional « Santé, Inégalités, Ruptures Sociales » (SIRS Ile-de-France), deux vagues d'enquêtes ont été menées auprès de personnes vivant dans des quartiers défavorisés : dans des Zones Urbaines Sensibles (ZUS) en 2001 et dans des quartiers parisiens relevant de la Politique de la Ville en 2003. A la suite des enquêtes, il semblait nécessaire d'approfondir certains résultats et de les mettre en perspective avec des données similaires qui

	PARIZOT I., RENAHY E., BAZIN F., CHAUVIN P., (INSERM Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins), 116 p	seraient recueillies cette fois sur l'ensemble de la population francilienne. C'est l'objectif de l'enquête SIRS Ile-de-France 2005. Le travail préparatoire à l'élaboration et la mise en place de cette enquête a conduit à élaborer une méthodologie particulière pour procéder à l'échantillonnage et à la réalisation de l'étude. Le présent rapport comporte deux grandes parties. La première concerne la présentation de résultats et d'analyses de données sur la situation socio-économique, l'insertion sociale, la santé et le recours aux soins dans sept quartiers relevant de la Politique de la Ville en Ile-de-France. La seconde renvoie à la présentation de la méthodologie déployée en vue de constituer l'échantillon de l'enquête à venir, ainsi que la présentation du questionnaire utilisé.
Automne-hiver 2005	<i>Santé et précarité sociale, vers une politique publique locale</i> CRDSU, Les cahiers du DSU, n°43, 47 p.	Ce cahier reprend notamment les apports du cycle de qualification « santé, précarité, territoires », organisé par le CRDSU en décembre 2005. La première journée avait permis de revenir sur l'expérimentation des ASV (Saint-Fons, Lyon, Villeurbanne, Saint Etienne), la seconde journée a ouvert plus largement une fenêtre sur d'autres initiatives locales (centres de santé de Grenoble, accès aux soins à Villefranche sur Saône, équipe psycho-sociale à Annemasse, point écoute à Vienne...) Avec un même fil rouge : <i>comment peut s'organiser une action publique locale pour prendre en compte les problématiques des personnes fragilisées dans le domaine de la santé ?</i>
décembre 2005	<i>Les ateliers santé ville, un support pour la promotion des politiques locales de santé</i> JOUBERT M, RICHARD C, Diversité -Ville, école, intégration -, n°143, 9p.	Les ateliers santé ville constituent une démarche originale initiée dans le cadre de la politique de la ville afin de construire ou de renforcer la trame locale de ressources en termes de politiques de santé publique. Ils permettent une mise en réseau des acteurs, un ancrage dans les quartiers et une meilleure prise en compte des initiatives des habitants. Six points sont particulièrement traité : -une démarche originale au sein de la politique de la ville -le volet santé des contrats de ville : un enjeu de légitimité -une mise en cohérence des ressources et des actions de santé -connaissance des besoins et pilotage des programmes territoriaux de santé -la promotion d'initiatives participatives -Exemples emblématiques d'ouverture
janvier-février 2007	<i>Regard sur les fonctions en jeu dans le projet local de santé publique, Santé Publique</i> GUENIFFEY A., volume 19, supplément n°1, 8 p	Extraits de l'introduction : Cet article livre une approche théorique et pratique de la démarche locale de santé publique inscrite dans les projets territoriaux de développement. Cette approche est fondée sur la mise en avant de principes, découlant d'une synthèse des cahiers des charges portés par 3 circulaires interministérielles relatives à ces projets (susceptibles en effet d'être contractualisés avec l'Etat). L'approche comporte des propositions précisant les catégories des démarches et actions locales de santé pour en faciliter le pilotage et la lecture. Elle souligne ce faisant les fonctions de santé publique nécessaires.

Expériences locales

DATE DE PUBLICATION	NOM ET NATURE DU DOCUMENT	CONTENU
2002	Genèse des ateliers santé ville dans les Bouches du Rhône , 18 p	Ce document est une compilation de différents écrits. Il se compose, d'une fiche qui décrit de façon chronologique la genèse des ateliers santé ville dans le département des Bouches du Rhône , d'une note de la DDASS 13 expliquant la démarche ASV, d' une note sur le suivi de l'ASV de Marseille Centre ville, d'une note sur l'évaluation des ASV, une note intitulée « Eléments financiers », une note sur le projet de mise en place de l'ASV Marseille Nord...
janvier 2002	Les volets "santé" des contrats de ville 2000-2006 en Rhône-Alpes FORTIN M., BOUDRAS-BOUILLARD B. (Société régionale de santé publique), 35 p.	Cette étude a été réalisée par la Société Régionale de Santé Publique dans le cadre du contrat d'objectif avec la DRASS. Présentée à la 6 ^{ème} conférence Régionale de la Santé publique Rhône Alpes « Société et territoires » du 9 et 10 janvier 2002, elle avait pour objectif général l'analyse des volets des 21 contrats de ville ou d'agglomération de la région. Ses objectifs spécifiques étaient : -l'analyse de la présentation des volets santé -le repérage et l'analyse de l'identification des besoins -l'analyse des articulations priorités santé et actions -Le repérage et l'analyse de la participation des habitants -la lisibilité des actions et des partenariats
novembre 2003	« <i>Les Ateliers santé ville à Aubervilliers</i> » ARCELLA-GIRAUX P. (Psychiatre en Santé publique), 4p.	Cette intervention vise à rendre compte du travail réalisé dans le cadre de l'ASV d'Aubervilliers. Après une présentation du contexte (public, professionnels), l'auteure revient sur les actions entreprises dans le cadre de l'ASV (la RESAD, l'organisation d'un séminaire...). Cette intervention s'est déroulée lors de la « Journée d'étude Santé mentale et précarisation, MIPES »
janvier 2004	<i>Ateliers Santé Ville - Ville de Lyon - Diagnostic de santé de 3 quartiers : Pentés de la Croix-Rousse, Etats-Unis et Duchère</i> GUYE O, MEDINA P.	C'est dans le cadre de la préparation du volet santé de sa convention d'application du contrat de ville 2000-2006 que la Ville de Lyon a souhaité entreprendre une démarche d'Atelier Santé Ville. Un diagnostic de santé a été réalisé dans trois quartiers : les Pentés de la Croix-Rousse (1er arrt), les Etats-Unis (8ème arrt), la Duchère (9ème arrt), afin d'affiner les orientations de l'action publique en matière de santé dans ces quartiers et d'envisager des pistes d'actions adaptées aux besoins identifiés. Les trois rapports présentent dans un premier temps des données quantitatives dans les domaines du social et de la santé puis les données qualitatives issues des constats effectués par les acteurs locaux et enfin, dans un troisième chapitre, les pistes d'actions possibles, qui serviront de base au travail de définition et de hiérarchisation des priorités.

<p>octobre 2004</p>	<p><i>L'ASV d'Aubervilliers, l'expérience du groupe de Santé mentale (6p.)</i> Intervention au congrès « La santé Mentale face aux mutations sociales organisé par ORSPERE-ONSMP à Lyon</p> <p>- ARCELLA-GIRAUX P. (Psychiatre en Santé publique au SCHS d'Aubervilliers), <i>L'expérience de l'Atelier santé ville/volet santé mentale d'Aubervilliers.</i></p>	<p>Pilar Arcella-Giroux (extraits) : La démarche ASV a été mise en place dans la ville en 2001 sous la coordination du SCHS. Lors de la première année, ce dernier a réuni les acteurs du sanitaire et du social de la ville afin de réfléchir ensemble sur les besoins prioritaires de santé et sur les stratégies à adopter pour y répondre. Ce travail a débouché sur la mise en place de 3 volets d'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> -un volet tableau de bord, consacré au recueil et à l'analyse des données épidémiologiques existantes au niveau communal -un volet santé communautaire, concrétisé par la création de la Maison des pratiques de bien être et de santé du quartier de Marcreux -un volet santé mentale, visant à favoriser le travail en partenariat et la participation des professionnels du sanitaire et du social autour des problématiques psychosociales[...] <p>Les représentations des problèmes de santé mentale pouvant apparaître hétérogènes et même parfois contradictoires, l'intervention est souvent perçue comme difficile ou cantonnée à une approche centrée sur le soin [...]</p> <p>La démarche entreprise par le volet santé mentale correspond à trois objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> identification au niveau local des besoins spécifiques des publics en difficulté la facilitation de la mobilisation et la coordination des différents intervenants à travers un travail en réseau médico-social le développement de la participation active de la population aux programmes <p>En lien direct avec ces objectifs, plusieurs actions ont été mises en place, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> l'organisation d'un séminaire sur le thème « santé mentale, adolescence et famille : les souffrances psychiques liées aux violences ainsi qu'un travail analytique préliminaire sur des actions de promotion de la santé mentale chez le jeune enfant confronté à la précarité création d'une synergie via les RESAD (réunions d'Evaluation et de situations d'Adultes en difficulté) Réalisation d'un diagnostic participatif en santé, création d'un « comité de santé du quartier ».
<p>octobre 2004</p>	<p>CHRISTODOULOU N. (Psychiatre, responsable du Centre d'Accueil et de crise, Aubervilliers), <i>La psychiatrie de secteur et l'ASV, quelles synergies possibles ?</i></p>	<p>Nathalie Christodoulou (extraits) : Le secteur de la psychiatrie publique se doit de répondre aux demandes spontanées de patients et/ou de leur entourage, mais aussi d'aller vers la population et d'offrir une disponibilité. Celle-ci est représentée à Aubervilliers notamment par des prestations telles qu'une permanence de soins et une possibilité d'accueil 24h/24.</p> <p>Le CAC (centre d'accueil et de crise) peut aussi être une interface entre les services sociaux, municipaux et les autres unités du secteur psychiatrique. [...]</p> <p>Le réseau de santé mentale a pour fonction de développer des actions croisées entre professionnels, mais aussi de sensibiliser les partenaires à la psychiatrie.</p> <p>La création, lors de ces réunions (RESAD), de cet espace intermédiaire entre le social et le soin, temps d'écoute et d'échange, devient pour chaque intervenant un lieu de réassurance et de partage voire de confiance. Il permet de réduire les clivages entre institutions [...]. Si une situation est présentée en RESAD, c'est que le professionnel, en charge du dossier de telle ou telle personne, est dans une sorte d'impasse. Il s'agit ensuite d'élaborer une stratégie pour amener le sujet à se soigner, créer une alliance thérapeutique en respectant sa liberté individuelle.</p> <p>Le partenariat est fondé sur une éthique partagée, avec un engagement des différents acteurs pour réaliser l'orientation prise ou proposée. Dans ce réseau, le psychiatre participe à la</p>

		déstigmatisation et à l'amenuisement de la crainte qui peut apparaître autour des maladies mentales. Le psychiatre a ainsi un rôle d'information et de formation [...] L'articulation du projet de soin avec le projet de vie suppose une implication des équipes de soin dans la cité, autant qu'une ouverture de la cité aux personnes souffrant de troubles mentaux. [...] Le Psychiatre travaille en partenariat afin de permettre à une personne malade d'accéder aux structures de soins et ce, dans les meilleures conditions.
novembre 2004	Atelier Santé ville, Quartier de Buers/Croix Luizet (Villeurbanne) Craes-crips Rhône-Alpes, 35p.	Cette enquête s'inscrit dans la politique d'Atelier Santé Ville initiée depuis 3 années sur la ville de Villeurbanne et coordonnée par la Direction d'Hygiène et de Santé Publique. A partir d'une enquête réalisée auprès d'une quarantaine d'acteurs locaux, sous la forme d'entretiens semi-directifs et de questionnaires, l'ambition était de disposer d'un premier diagnostic utile à l'identification de priorités d'interventions pour promouvoir la santé sur le quartier des Buers Croix Luizet, situé à l'Est de la commune. Le rapport présente les résultats de cette enquête, illustrée de cartes et de pistes d'action déclinées par grands groupes d'âge
janvier 2005	<i>Ateliers Santé Ville. Ville de Saint Etienne. Diagnostics santé de 2 quartiers : Montreynaud et Tarentaise-Beaubrun-Séverine</i> GUYE O, MEDINA P, SONKO A.	Dans le cadre de la préparation du volet santé du contrat de ville (Ateliers Santé Ville), la Ville de Saint-Étienne a souhaité pouvoir disposer d'un diagnostic préalable. En effet la conduite de projets dans les quartiers est basée sur la réalisation d'un diagnostic local partagé entre les institutions et les partenaires locaux. L'enjeu de la démarche était d'interroger les atouts et les faiblesses de la politique de santé conduite actuellement à Saint-Étienne, au regard d'une analyse des besoins des habitants de deux quartiers. Pour ce faire, la Ville de Saint-Étienne et la DDASS de la Loire ont sollicité l'Observatoire Régional de la Santé pour une mission de diagnostic de santé sur deux quartiers de la géographie prioritaire : le quartier de Tarentaise-Beaubrun-Séverine (TBS) et le quartier de Montreynaud. L'objectif de ce diagnostic est de permettre d'affiner les orientations de l'action publique en matière de santé sur ces quartiers et d'envisager des pistes d'actions adaptées aux besoins identifiés. Ces diagnostics ont fait l'objet de deux rapports détaillant les informations quantitatives et qualitatives collectées et les pistes d'actions identifiées et validées. Le présent document constitue une synthèse des enjeux de santé qui ont émergé de ces démarches. Les principaux indicateurs collectés qui éclairent ces enjeux sont présentés à la fin de ce document. Le document propose en conclusion des pistes d'actions.
2005	<i>Financements européens et politique de la ville : Atelier Santé Ville d'Aubervilliers</i> ACT Consultants, Fiche 12, 4p	Cette note synthétique revient sur le contexte de mise en place de l'ASV. Sont présentés ensuite plus précisément le projet et ses acteurs, la mise en œuvre, les résultats ainsi que les coûts et financements du projet.
juin 2005	<i>Les « Ateliers Santé-Ville » sur l'agglomération bordelaise, fiche action</i> Pays et Quartiers d'Aquitaine, équipe permanente mission contrat de ville, 3p.	Cette fiche, rédigée par Arnaud Wielhn, chargé de mission santé de l'a-urba, au sein de l'équipe permanente du contrat de ville de l'agglomération bordelaise, vise à préciser de façon synthétique la démarche Atelier Santé Ville sur l'agglomération. Elle revient notamment sur les finalités et la description de l'action (objectifs poursuivis, méthode, territoire concerné, public cible, budget, partenaires). Il est ensuite rappelé qu'à la suite d'une première expérience sur trois sites pilotes, une extension du dispositif aux autres communes intéressées et concernées par les quartiers prioritaires est envisagée.
juin 2005	Guide méthodologique à	Dans le cadre d'élaboration des futurs CUCS, PQA a lancé, en partenariat avec le CRAES-CRIPS, un chantier

	l'usage des Ateliers Santé Ville / Agglo. bordelaise A'URBA, équipe permanente mission contrat de ville	visant à accompagner la mise en œuvre des Ateliers Santé ville en Aquitaine, par le repérage et le partage d'expériences. Afin de soutenir les initiatives locales un guide méthodologique a été réalisé par l'équipe permanente du contrat de ville. Phase1 : diagnostic et planification Phase 2 : Auto-évaluation et préconisation Fiche action (juin 2006) : S'organisant suivant 3 axes principaux (le cadre d'intervention, la mise en œuvre et le suivi/évaluation), cette fiche action vise à référencer de façon homogène chaque programme issus des ASV.
automne/hiver 2005	<i>Diagnostic de santé sur le quartier du Polygone à Valence : première étape de mobilisation des acteurs et des habitants de l'Atelier Santé ville</i> BOIGE-FAURE S., GAUTHIER-BENOIT M., GAYRARD P., Les cahiers du DSU, n°43, 1p	Depuis plus de 20 ans, la ville de Valence développe avec ses partenaires de nombreuses actions autour des grandes priorités de santé publique. Elle a initié en 2005 un ASV sur le quartier du Polygone dont la situation semblait se dégrader. La démarche est pilotée par Mireille Gauthier-Benoit, coordinatrice du pôle santé publique en lien avec le Dr Sylvaine Boige-Faure, directrice de la DASSP. Elle bénéficie du soutien de l'adjointe déléguée aux affaires sociales et à la santé publique, adjointe aussi à la politique de la ville, de l'insertion et de la prévention de la délinquance, Annie-Paule Barthomeuf. L'ASV s'appuie sur deux instances de concertation et de validation : un comité de pilotage (pluri-institutionnel avec des décideurs) et un comité technique plus restreint (DDASS, contrat de ville et SCHS). Le diagnostic, réalisé avec l'aide d'un prestataire, le Dr Pascale Gayrard, s'est déroulé dans une démarche mobilisant les habitants et les acteurs et prenant en compte leurs préoccupations L'article expose ensuite les différentes étapes du diagnostic et se conclut par un paragraphe intitulé « <i>intérêts et perspective de la démarche</i> ».
Automne/hiver 2005	<i>Les Ateliers santé ville de Villeurbanne : penser l'organisation et la participation</i> FORTIN M., Les cahiers du DSU, n° 43, 1p	L'ASV est une approche territorialisée de la santé fondée sur les capacités d'intervention des communes. Villeurbanne, Ville-Santé de l'OMS, s'est approprié dès 2002 le cahier des charges national de cette démarche afin de rendre son action plus proche de ses habitants. Mathieu Fortin, agent de développement santé, en présente les caractéristiques. Il précise l'importance d'établir un maillage affirmé du territoire suscitant l'adhésion et la participation des habitants. Il insiste sur l'intérêt d'une bonne intégration de la démarche dans l'appareil municipal pour une coordination globale des ASV. Ceci pour tenter de s'affranchir des limites imposées par le zonage politique de la ville et ainsi s'adresser à l'ensemble des Villeurbannais
2006	<i>Evaluation départementale des ASV dans les Bouches du Rhône</i> DDASS 13	Ce rapport, commandité auprès d'un consultant par la DDASS 13, met en lumière les apports, atouts, dysfonctionnements ainsi que les améliorations préconisées dans l'animation et le pilotage des ASV du département. <i>L'évaluation de chaque ASV des Bouches du Rhône est actuellement en cours (année 2007)</i>
janvier 2006	<i>Diagnostic santé dans le cadre de l'ASV du quartier du Polygone à Valence</i> GAYRARD P. (ville de Valence, Direction des Affaires Sociales et de la Santé publique), 46 p.	Dans le cadre de son contrat de ville, la ville de Valence a mis en place un ASV dans le quartier du Polygone. Ce rapport présente l'étape diagnostic de l'ASV. Il s'agit d'un diagnostic partagé des problèmes prioritaires de santé rencontrés par les habitants du quartier, avec une prise en compte particulière des populations en difficulté. La méthodologie utilisée comporte trois temps : synthèse des indicateurs disponibles sur le quartier du polygone, enquête de type Delphi auprès des professionnels et des personnes ressources du quartier, rencontre de groupes d'habitants. La dernière partie du rapport réalise une synthèse du diagnostic et propose des pistes d'actions.
février 2006	<i>Diagnostic de Vaulx-en-Velin</i> MEDINA P., JOSEPH V., MAGNIN D., GUYE O., 104p	Dans le cadre de la préparation du volet santé de son contrat de ville (Atelier Santé-Ville), la Ville de Vaulx-en-Velin a souhaité pouvoir disposer d'un diagnostic préalable. Ce diagnostic est ciblé sur cinq populations particulières : les enfants de plus de 6 ans et les adolescents, les personnes en insertion, les femmes, les familles monoparentales, les primo-arrivants. Le présent rapport expose tout d'abord des données

		quantitatives dans les domaines du social et de la santé, puis les résultats d'une enquête par questionnaire réalisée auprès d'un échantillon de jeunes scolarisés, et enfin des informations qualitatives issues du ressenti des acteurs locaux et des habitants. Le dernier chapitre présente les pistes d'actions identifiées
mars 2006	<i>Atelier Santé ville de Cherbourg – Plaquette de présentation du projet, 2 p.</i>	Depuis mars 2004, une démarche d'ASV, soutenue par la DDASS, la DIV et par l'élue en charge de la politique de la ville de la Communauté Urbaine, se développe au sein du contrat de ville de l'agglomération de Cherbourg. Cette plaquette synthétique vise à en expliquer les objectifs, les modalités de fonctionnement ainsi qu'à exposer les 5 projets d'actions engagés sur le territoire.
avril 2006	<i>Atelier Santé Ville de l'Ile de Cayenne, recueil d'expérience</i> Centre de Ressources Politique de la Ville de Guyane, 48 p.	Préambule du document : Sur le plan national, l'expérimentation des ASV touche à sa fin. De nombreux ASV ont été créés, dans la plupart des régions, mais le contexte guyanais reste spécifique de part sa place géographique, sa situation sanitaire ou encore son explosion démographique. Sur cette démarche expérimentale, et plus largement sur les déclinaisons « territoriales » des problématiques de santé pour les personnes en situation précaire, il existe encore peu de travaux analytiques et évaluatifs. D'autre part, les données locales en matière de santé sur la Guyane restent jusqu'à ce jour quasi-inexistantes. Enfin, la nouvelle loi de finances dont l'application est effective aujourd'hui, transforme les manières de « penser et d'agir » pour tendre vers une logique de « résultats » forte. Cette refonte des dépenses publiques implique une plus grande prise en compte de l'évaluation, et la mise en place de logiques de programmation structurées. Ainsi, pour répondre à ces nouvelles obligations en terme de résultat mais aussi et surtout pour permettre à chacun de tirer profit des expériences d'autrui, pour avancer en effectuant de perpétuels réajustements vers un « mieux penser pour mieux agir », la capitalisation d'expérience reste incontournable. Dans cette logique, ce document, réalisé en partenariat avec le Centre de Ressource Politique de la Ville, vise à capitaliser l'ensemble des travaux effectués par l'ASV de l'Ile de Cayenne, en apportant un regard d'analyse sur chaque étape de la démarche. Les trois premières parties consistent à restituer le contexte dans lequel s'inscrit l'ASV, l'historique et l'origine de la démarche ainsi que la méthodologie employée. La suite du document est composé de « fiches analytiques » sur des étapes ou des questionnements précis vis-à-vis de l'expériences vécues par l'ASV de l'Ile de Cayenne depuis sa mise en oeuvre. Ces éléments d'analyse portent plus précisément sur : - Le diagnostic partagé, - Les dynamiques partenariales impulsées, - Les taches du coordinateur ASV, - La pérennisation du dispositif, - L'émergence des réseaux, - L'appui aux associations, - La place des ASV dans les politiques de santé publique et la Politique de la Ville. Ainsi, même si les contextes restent propres à chacun, ce recueil d'expérience est non seulement un outil de réflexion à l'échelle locale sur l'évolution des ASV en Guyane et plus largement sur la territorialisation des politiques de santé publique et la place de la santé dans la Politique de la Ville, mais il peut également apporter une plus value à l'échelle nationale en proposant des éléments de réponses ou des questionnement aux autres Ateliers Santé Ville.
juin 2006	<i>Diagnostic et axes stratégiques – ASV Eysines, Quartier du Grand Caillou / Les Hauts de l'Hyppodrome, A'URBA –</i>	Ce document fait suite à la constitution, en mars 2005, d'un atelier santé-ville sur la commune d'Eysines. Cette démarche s'inscrit dans le cadre du contrat de ville de l'agglomération bordelaise et de la convention territoriale d'Eysines. Elle résulte de la forte implication des municipalités signataires, de la Préfecture de la Gironde et de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Compte tenu du manque d'expérience de l'agglomération, la constitution des ateliers santé-ville reste une

	Comité de pilotage du contrat de ville de l'agglomération bordelaise, 22p.	démarche expérimentale qui nécessite de coordonner les projets locaux grâce au soutien de l'équipe permanente du contrat de ville. L'initiative pionnière de la municipalité d'Eysines a ainsi permis d'élaborer et d'évaluer une méthodologie ainsi qu'une organisation déclinées à l'échelle de l'agglomération dont pourront bénéficier par la suite les prochains ateliers santé-ville.
juin 2006	<p>Atelier santé ville Villeurbanne Charpennes - Tonkin. Diagnostic des besoins de santé. État de santé, besoins et réponses exprimées par les habitants et les professionnels</p> <p>MORADELL M. (CRAES-CRIPS), 25p.</p>	<p>Préambule : Ce document représente une étape du diagnostic où le contexte local est posé, mis en cartes, et la richesse de la production des groupes traduit en schémas. La seconde étape est en cours : le collectif continue à travailler autour de la définition d'axes prioritaires, de la programmation d'actions. L'ensemble de cette matière sera l'objet d'un document 2, rédigé par la Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique (DHSP) et la Direction de la démocratie, du développement et de la vie de quartier, co-animateurs de l'ASV de Charpennes Tonkin.</p> <p>Introduction : Depuis 4 ans, une démarche d'Atelier Santé est initiée sur la ville de Villeurbanne. Coordonnée par la DHSP, cette démarche vise à promouvoir la santé de l'ensemble des villeurbannais et à réduire les inégalités qui subsistent en santé. A la demande de la DHSP de la ville de Villeurbanne, le CRAES-CRIPS a eu pour mission de réaliser un diagnostic préalable sur le quartier de Charpennes-Tonkin. Sur le quartier de Buers/Croix luizet, où le craes-crips était également mandaté pour réaliser ce diagnostic, la démarche s'appuyait essentiellement sur les remarques et observations de professionnels des structures de proximité qui accueillent une partie des habitants du quartier, l'enquête réalisée sur ce quartier a reposé sur une méthodologie d'abord fondée sur la participation. Quatre séances de travail ont eu lieu : deux avec un groupe d'habitants, deux avec un groupe de professionnels issus du champ sanitaire et social. Pour ces deux groupes, le cadre de travail a été le même. Une dernière réunion a permis de présenter l'ensemble des résultats. La connaissance de la situation locale, l'identification de la nature des principaux problèmes et besoins identifiés, le repère éventuel de pistes de résolution ou d'amélioration possible ont guidé l'ensemble du questionnement et constituent la trame de présentation des résultats.</p> <p>Les résultats sont présentés comme suit :</p> <p>I. Le quartier de Charpennes/Tonkin — Cette démarche s'inscrit dans une politique de développement durable où la santé apparaît comme une porte d'entrée, un moyen de fédération des professionnels et des habitants d'un territoire. Le préalable est de mieux connaître ce quartier, au travers de ses caractéristiques démographiques, socio-culturelles, de sa situation dans la ville, de son offre en services... Dans cette première partie, le lecteur est invité à le découvrir au travers de quelques cartes, de données statistiques, d'images données par les acteurs interrogés.</p> <p>II. L'état de santé observé par les habitants et les professionnels — Lors des séances de travail, les habitants et professionnels interrogés devaient s'exprimer sur la santé perçue dans ce quartier et identifier les ressources. L'ensemble de ces éléments ont été organisés sous la forme de schémas.</p> <p>III. Besoins de santé et réponses proposées par les habitants et les professionnels Cette partie illustre les problématiques en santé et les réponses suggérées. L'ensemble du travail réalisé, obtenu sous la forme d'un « méta-plan » a été mis en schémas. des schémas qui donnent à voir les besoins exprimés et les réponses suggérées pour chacune des grandes dimensions repérées. Ces schémas constituent une première trame de travail de l'ASV à partir de laquelle pourront être définis les priorités et les acteurs à même de répondre aux besoins exprimés. C'est l'objet du document 2 intitulé "Atelier Santé Ville Charpennes Tonkin, Diagnostic des besoins de santé, Plan d'actions" rédigé par la DHSP et la Direction de la démocratie, du développement et de la vie de quartier.</p>

septembre 2006	<p><i>L'Atelier Santé Ville : une démarche de santé publique territorialisée – Bilan d'activité 2005</i></p> <p>Ville de Villeurbanne (Direction de l'hygiène et de la santé publique / Direction de la démocratie, du développement et de la vie de quartier), 30p</p>	<p>Ce bilan d'activité résume l'expérience de la commune. Il se compose de trois chapitres : 1 Présentation de la démarche, 2 L'Atelier Santé ville, une démarche territorialisée, 3 Bilan intermédiaire</p> <p>L'extrait suivant, issu du chapitre intitulé « Présentation de la démarche », propose la philosophie de la démarche sur la ville de Villeurbanne. «L'ASV est un mode d'approche territorialisée de la santé fondé sur les possibilités d'intervention des communes. Celle-ci est d'autant plus légitime que l'acceptation large de la notion de santé qui s'impose aujourd'hui souligne l'enjeu de l'amélioration de la cohésion sociale et du bien vivre ensemble.Cette démarche s'intègre dans une dynamique de développement de la santé publique (approche globale alliant le sanitaire, le social et l'éducatif) sur l'ensemble des quartiers qui composent la commune de Villeurbanne (8 quartiers / 134 400 habitants). Ne se voulant pas une strate supplémentaire, l'ASV doit prendre en considération et partir de l'existant et se construire à l'aide des acteurs locaux. L'accent est mis notamment sur le partenariat de proximité et la mise en réseau des partenaires du champ sanitaire et social. L'échelle géographique du quartier a été optée pour faciliter le développement d'actions de santé au plus près des lieux de vie. Un équilibre des propositions d'actions doit être trouvé entre les quartiers en politique de la ville et les quartiers hors Contrat de ville. En effet, l'atelier santé ne doit pas se limiter aux impératifs techniques de la programmation d'actions et des arbitrages financiers, sans réflexion commune et globale. Les conseils de quartier sont informés des dispositifs et actions existants. Ils sont associés à la démarche pour une meilleure cohérence d'ensemble.</p> <p>L'objectif est d'établir des projets de promotion à la santé dans le sens de la charte d'Ottawa de l'OMS au niveau des quartiers et alimenter ainsi la réflexion au niveau d'une coordination centrale.</p> <p><i>La démarche des ASV de Villeurbanne a reçu le premier prix régional de la politique de la ville en 2003 »</i></p>
novembre 2006	<p><i>Diagnostic préalable à la création d'un ASV dans les quartiers de Limoges classés en Zus.</i> Etude conduite pour la Préfecture de Région et la DRASS du Limousin en concertation avec la Ville de Limoges et l'Uecam. LAPLANTE M., Dr FERLEY JP., DA SILVA O., (ORS du Limousin), rapport n°172, 72 p.</p>	<p>Préalablement à la création d'un Atelier Santé Ville appelé à intervenir sur les trois quartiers placés en zone urbaine sensible de Limoges pour faciliter l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des habitants, un diagnostic local a été conduit à l'automne 2006 par l'Observatoire Régional de la Santé à la demande de la Préfecture et de la DRASS du Limousin, en concertation avec la Ville de Limoges. Le diagnostic a été conçu comme une "étude-action", première étape d'une dynamique locale attendue, il s'est appuyé sur une démarche qualitative et participative recueillant la perception et le vécu de nombreux intervenants (220 personnes interrogées environ). Le recueil du vécu des habitants a été envisagé dans un deuxième temps. La méthode a reposé sur 4 approches : 1/ une compilation de statistiques) ; 2/ une enquête par questionnaires (90 professionnels ou structures interrogés, 46 questionnaires retournés remplis par 69 personnes) ; 3/ des entretiens (individuels ou collectifs) : 30 entretiens (100 personnes rencontrées) ; 4/ des groupes de parole (6 groupes, 70 participants) afin de valider les grandes lignes du diagnostic et d'identifier des pistes de résolution des problèmes pointés.</p>
février 2007	<p>Atelier Santé Ville de Besançon, CCAS de Besançon, 2p.</p>	<p>Cette fiche technique vise à synthétiser les informations inhérentes au nouvel Atelier Santé ville de la ville de Besançon portant sur les sorties d'hospitalisation. Sont ainsi décrits sommairement, l'objectif général, les objectifs spécifiques, le comité de pilotage, les participants, les personnes bénéficiaires, la date de mise en œuvre, la durée, le contenu, la mise en œuvre, les partenaires et la charte.</p>

Enquête auprès des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales

Dans le cadre de cette étude commanditée par le Conseil National des Villes, nous avons jugé utile de questionner les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales afin de compléter notre travail d'inventaire. Disposant déjà d'une bibliographie exhaustive, nous visions plus particulièrement à recenser les écrits relatifs aux expériences locales rarement disponibles sur internet. En tant que services de l'Etat, ces institutions co-pilotent généralement ce dispositif avec les maires ou les présidents d'agglomération et détiennent un rôle pivot dans la promotion et le développement de ce nouvel outil. Ainsi, nous leur avons proposé de nous faire parvenir les références des études produites au sein de leur territoire dont elles avaient connaissance.

Sur les 23 DDASS qui nous ont répondu,

- Seule quatre d'entre elles ont été en mesure de nous fournir directement quelques références
- Six d'entre elles nous ont redirigées vers les structures porteuses (mairies, association, communauté de communes...)
- Une DDASS indique ne pas avoir connaissance de productions écrites significatives sur les ASV
- Trois DDASS n'ont pu nous faire parvenir de travaux écrits pour le moment dans la mesure où les quelques ASV existants sont encore au stade de développement sur ces départements.
- Neuf DDASS nous ont signalé ne pas avoir d'ASV sur leur territoire pour le moment mais six d'entre elles nous ont fait part de leur projet d'ASV.

Le tableau ci-dessous présente les références recueillies:

Tableau récapitulatif des productions liées aux Ateliers Santé Ville mis en place sur votre territoire

Date de production	Origine (structure, auteurs....)	Nom du document	Nature du document	Idées principales / résumé
VENDEE				
Mars 2006	Direction des interventions sociales et de l'insertion Ville de La Roche-sur-Yon	Dans le cadre du contrat de ville, « <i>la démarche ASV à l'échelle de la ville</i> »	note	Contexte de la démarche : rencontre dans les quartiers sur le thème de la santé. Propositions faites par le groupe projet : un espace jeunes intégrant la dimension santé, une personne ressource allant au-devant d'un public vulnérable, créer des liens avec les professionnels
Juin 2006	idem	Projet santé Jean Yole. Diagnostic santé sur un quartier	Note de synthèse	Action formation et accompagnement à une restitution débat. Un exemple de démarche participative santé sur un quartier
SARTHE				
1 ^{er} trimestre 2007	Ville d'Allonnes + André Bonnerue chargé de la mise en œuvre de l'étude (IDE anesthésiste, écrivain public)	Étude "Allonnes santé"	Enquête	Le diagnostic repose sur des données recueillies par une triple enquête: enquête documentaire épidémiologique (CPAM) auprès des acteurs santé de la ville d'Allonnes (professions libérales, non médicaux, acteurs institutionnels, associations), auprès des habitants de la ville d'Allonnes (500 ménages soit 10 % de la population de chacun des 6 quartiers de la ville) sur leurs pratiques de soins (questionnaires)
BOUCHES du RHONE				
2002 à 2006	Villes de Salon, Marseille (2 ASV), Aix, Arles, Martigues/Port de Bouc	Plans locaux en santé publique	Plan et programme d'actions	Plan constitué du diagnostic local des besoins de santé du territoire et des objectifs prioritaires retenus, déclinés sous forme de fiches actions pour répondre à ces besoins

	(En 2007 : Vitrolles, La Ciotat)			
2004	DDASS	Présentation de la mise en œuvre et de l'organisation des ASV dans le département des Bouches du Rhône	Article	Les opportunités offertes par les ASV, les choix de procédures et d'organisation dans le département des Bouches du Rhône
2006	Consultant financé par la DDASS	Evaluation départementale des ASV dans les Bouches du Rhône	Rapport	Les apports, atouts, dysfonctionnements, améliorations préconisées dans l'animation et le pilotage des ASV des Bouche du Rhône
2007	Consultant financé par la DDASS : en cours	Evaluation de chaque ASV des Bouches du Rhône (plan local d'évaluation)	Rapport	Les apports, atouts, dysfonctionnements, améliorations préconisées pour chaque ASV des Bouches du Rhône
TARN- (ASV de la Communauté de communes du Carmausin)				
Janvier 2004	Grès Médiation Santé – Cabinet de consultants en Santé Publique	Etude action sur les besoins de santé sur le territoire en contrat de ville du carmausin	Rapport d'étude	Diagnostic sur les difficultés de santé de la population et les ressources mobilisables sur la Communauté de Communes du Carmausin afin d'élaborer un plan d'action qui permette de répondre aux attentes du public et des professionnels.
Mars 2005	Chargée de mission ASV	Présentation de l'ASV	Note	Présentation des champs, objectifs généraux et spécifiques et principes de travail de l'ASV.
Septembre 2005	Groupe de travail de l'ASV	ouverture de la consultation de planification et d'éducation familiale	Brochure	Plaquette d'information : Informations pratiques, partenaires, principe de confidentialité...
Octobre 2005	Chargée de mission ASV	Evaluation de la première année de fonctionnement (2004-2005)	Rapport d'évaluation	Objectifs et modalités de travail de l'ASV, objectif de l'évaluation, évaluation des différents travaux et perspectives.
Décembre 2005	Chargée de mission ASV	Rapport d'activité 2005 de l'ASV de la Communauté de Communes du Carmausin	Rapport d'activité	Historique de l'ASV + une fiche de présentation par thématique de travail.
Mai 2006	Groupe de travail de l'ASV	Plaquette d'information de l'ouverture de l'activité prénatale en piscine	Brochure	Informations pratiques, fonctionnement...
Juin 2006	Groupe de travail « Mal être des adolescents de l'ASV	Annuaire des ressources carmausines pour les adolescents	Annuaire	Présentation des structures d'accueil des adolescents dans le domaine sanitaire et social, emploi et formation, vie pratique et société, droit et justice.

Juin 2006	Chargée de mission ASV	Gazette Santé Ville	Articles	Présentation de l'ASV, des groupes de travail, des projets, zoom sur un projet, informations santé sur le territoire.
Septembre 2006	Groupe de travail de l'ASV	Plaquette de présentation du programme « A crocs de la forme »	Brochure	Programme « Alimentation et bien être » : activité physique et éducation nutritionnelle pour enfants en surpoids. Informations pratiques, fonctionnement...
Octobre 2006	Chargée de mission ASV	Evaluation de l'ASV du carmausin après 2 ans de fonctionnement (2005-2006)	Rapport d'évaluation	Objectifs et modalités de travail de l'ASV, objectif de l'évaluation, évaluation des différents travaux et perspectives.
Décembre 2006	Chargée de mission ASV	Rapport d'activité 2006 de l'ASV du carmausin	Rapport d'activité	Historique de l'ASV + une fiche de présentation par thématique de travail.
Mars 2007	Groupe de travail « Mal être parents/enfants » de l'ASV	Plaquette d'information de l'ouverture d'un espace d'accueil parents/enfants	Brochure	Informations pratiques, fonctionnement...
SEINE MARITIME				
Avril 2005	Association AHAMS	Rapport d'activité	Rapport	Mise en place de réunions afin de fédérer les professionnels des champs sanitaire et social Mise en place d'action : -équilibre alimentaire et lutte contre l'obésité -Action habitat santé
Avril 2006	Association AHAMS	Rapport d'activité	Rapport	-Mise en place d'un diagnostic pour le réseau quartier sud ; -Animer e soutenir un réseau de professionnels de santé, social, et éducatif, Soutenir la mobilisation des professionnels et des usagers ; Amener les habitants les plus précaires à prendre en charge leur santé de manière globale ; Mettre en œuvre des actions de santé publique A partir d'un diagnostic partagé (en cours de réalisation).
Avril 2003	CREDOC/CRITS	Diagnostic de santé sociale sur les quartiers des Hauts de Rouen et de Grammont Sablière	Rapport de diagnostic Santé partagé	
Mars 2004	Coordinatrice ASV Rouen, Association CRITS	Rapport d'activité 2003	Rapport	Coordination des acteurs et des actions ; Diffusion du diagnostic ; Animation des réunions partenariales ; Participation aux différents dispositifs de la Ville susceptibles de porter des projets santé ; Elaboration des objectifs spécifiques et opérationnels de l'ASV / Validation par comité de pilotage. ; Elaboration des fiches actions

				multipartenariales ; Participation au diagnostic PRAPS 2 pour Agglo de Rouen
Avril 2005	Coordinatrice ASV Rouen – Association la Boussole (ex CRITS)	Rapport d'activité 2004. Bilan d'actions spécifiques		Programmation et Animation des réunions partenariales. Formation Adultes relais pour la Veille Educative Soutien Méthodologique et logistique aux projets des partenaires de l'ASV (agenda, alimentation, prévention des conduites dopantes, charte de la vie nocturne, permanences MdM, journées des femmes, équipe OHN, CESC établissement scolaires...) Partenariat avec associations spécialisées (formations PRAPS) Coordination des actions « en métro contre le sida » et « Pas d'été sans savoir ». Inscription de Rouen dans le réseau Ville Santé
Avril 2006	Coordinatrice ASV Rouen – Association la Boussole (ex CRITS)	Rapport d'activité 2005. Bilan d'actions spécifiques		Programmation et Animation des réunions partenariales. Formations de personnes-relais pour l'accès au dépistage précoce (dépistage général, Cancer du sein, VIH/Hépatites, yeux/oreilles et dents). Soutien méthodologique et logistique aux projets des partenaires de l'ASV (agenda, alimentation, permanences MdM, journées des femmes, équipe OHN, CESC établissements scolaires...). Coordination des actions « Entre métro contre le sida » et « Pas d'été sans savoir »
Mars 2007	Coordinatrice ASV Rouen – Association La Boussole	Rapport d'activités et bilans d'actions spécifiques		Programmation et Animation des réunions partenariales Elaboration et réalisation d'une exposition mobile et inter-active sur l'accès au dépistage précoce. Elaboration projet d'un espace Médiation Santé sur les Hauts de Rouen. Soutien méthodologique et logistique aux projets des partenaires de l'ASV (agenda, alimentation, permanences MdM, journées des femmes, équipe OHN, CESC établissements scolaires...). Coordination des actions « En métro contre le sida » et « Pas d'été sans savoir ». Coordination formations PRAPS 2
MANCHE				
Fin 2006	Institut Renaudot	Rapport d'évaluation réalisé à l'échéance du contrat de ville	Rapport d'évaluation	Pour en savoir plus : contacter la coordinatrice: sylvette.ronque@cps-formation.org

Conclusion

Le champ de la santé publique aspire de plus en plus à une territorialisation des politiques de santé et l'atelier santé ville offre l'occasion aux « acteurs de la proximité » de s'approprier cette thématique et d'agir en conséquence.

Développé au sein de la politique de la ville, l'atelier santé ville est une démarche qui se situe à la croisée des institutions et des échelles territoriales. Il doit en outre s'articuler avec les thématiques de la politique de la ville, de la politique de santé publique et celle de lutte contre l'exclusion.

La mise en œuvre de cet espace de rencontre et d'échange demande alors un certain apprentissage et implique une réflexion partagée tant sur le fond que sur les méthodes propres à chaque contexte.

Néanmoins, il existe des fondamentaux. Le partage d'expérience devient alors essentiel pour que les difficultés et les réussites d'ici servent ailleurs. Ce travail d'inventaire a cet intérêt de mettre en lumière de multiples démarches aux avancées diversifiées. Il permet de regarder ce qui a été et ce qui se fait sur différents territoires.

Aux vues des lectures effectuées, il apparaît assez clairement que les démarches ASV sont actuellement dans une phase d'expansion quantitative au niveau national. Pour de nombreux territoires non concernés à ce jour par les ateliers santé ville, la mise en place des CUCS ouvre une fenêtre pour ceux qui souhaiteraient se lancer dans la démarche. L'information sur les modalités de mise en place de la démarche ASV, le partage d'expérience et les espaces d'échange sur le sujet méritent de ce fait de plus amples développements.

Puisse ce travail d'inventaire apporter sa pierre à l'édifice.