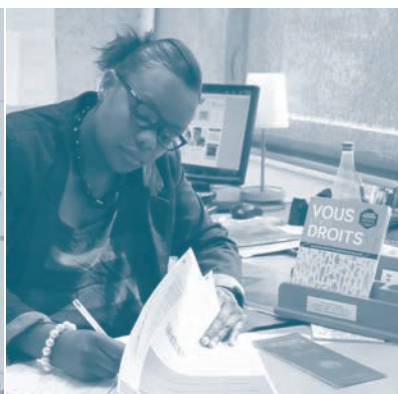
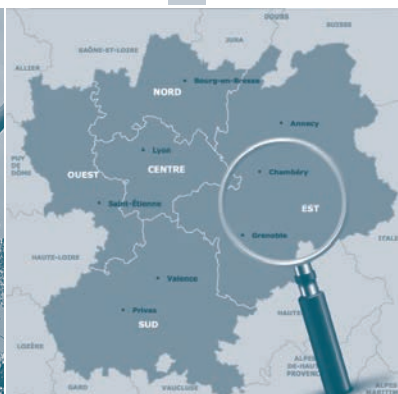


# LES ÉCHOS...

DES JOURNÉES DU CR•DSU

N°14  
JUN 2015



## ■ Santé et politique de la ville agir ensemble, pour et avec les habitants

Synthèse de la journée régionale du 6 novembre 2014

## Sommaire

<b>Préambule</b>	<b>3</b>
<b>Les inégalités sociales et territoriales de santé : de quoi parle-t-on ?</b>	<b>4</b>
Les inégalités de santé expliquées par le prisme des déterminants sociaux et territoriaux	
Comprendre les comportements individuels pour mieux lutter contre les inégalités de santé	
<b>L'observation en santé : enjeux et limites de la participation des habitants</b>	<b>6</b>
La participation des habitants, une source d'enrichissement des démarches d'observation	
Réactions des participants	
Expériences présentées	
<b>La santé égratignée... Parole aux slameurs</b>	<b>8</b>
<b>La médiation en santé : un levier pour améliorer et faciliter l'accès aux soins et à la santé</b>	<b>10</b>
Table ronde	
Réactions des participants	
<b>L'atelier santé ville, une démarche partenariale au service des habitants des quartiers</b>	<b>12</b>
Le partenariat... et les habitants	
Ateliers santé ville : panorama en Rhône-Alpes	
Expériences présentées	
<b>Pour aller plus loin</b>	<b>14</b>
Ressources	

## Préambule

### Associer les habitants aux démarches en santé : un défi permanent

La participation des habitants est inscrite dans les gènes de la politique de la ville depuis l'origine, y compris dans ceux des démarches ateliers santé ville (ASV). À cet égard, il est parfois fait référence à la santé communautaire, un concept souvent mal compris qui pourtant rejoint celui d'*empowerment*, plus à la mode... : « *La santé communautaire implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de sa santé : réflexion sur les besoins, les priorités ; mise en place, gestion et évaluation des activités. Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités* »<sup>1</sup>.

De nombreuses expériences de participation en santé ont été menées en France, notamment dans le cadre des ateliers santé ville, avec des résultats divers et variés. Pour les acteurs de la santé, comme pour les équipes politique de la ville en général, la participation des habitants est un sujet complexe, difficile à appréhender et qui implique un changement de posture qui n'est pas forcément aisé à opérer.

Les travaux récents du CR•DSU ont montré que les voies et moyens pour parvenir à la participation des habitants sont sans cesse à réinventer.

La loi sur la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014 peut être considérée comme un signal fort pour faire bouger les lignes, voire innover en la matière. En effet, la participation des habitants est dorénavant inscrite dans la loi et constitue un enjeu majeur des futurs contrats de ville et par conséquent des dynamiques locales en santé. Ainsi, à l'heure de la mise en œuvre de la réforme de la politique de la ville, comment consolider les dynamiques de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, développer la transversalité des acteurs tout en associant les habitants ?

### Une journée partenariale pour s'interroger, débattre et espérer

Pour tenter de répondre à cette question, le CR•DSU, avec l'appui de l'ARS Rhône-Alpes, la DRJSCS Rhône-Alpes et la ville de Feyzin ont organisé une journée régionale, le 6 novembre 2014, imaginée comme un espace de débat et d'échanges sur les enjeux de la participation des habitants dans les démarches de santé. Les réflexions ont porté sur la participation en santé comme outil au service d'un projet de développement social et urbain et sur les enjeux autour de l'observation, la médiation et le partenariat.

Les objectifs de cette journée régionale étaient de plusieurs ordres :

- donner des repères sur les inégalités sociales et territoriales de santé,
- favoriser la mise en réseau des acteurs impliqués dans les démarches de réduction des inégalités de santé,
- identifier les leviers pour impulser des dynamiques locales de santé, prenant en compte la participation des habitants,
- valoriser la place des démarches ASV et les actions innovantes initiées dans les quartiers.

Denis Bernadet, consultant spécialiste des démarches participatives, a accompagné la préparation et l'animation de cette journée qui a rassemblé 171 participants provenant de l'ensemble des départements de la région Rhône-Alpes. Près de 40% travaillent dans une collectivité locale (commune, agglomération, conseil général), 28% dans le secteur associatif, 20% dans un service de l'État (majoritairement des services de droit commun) et le reste se répartit entre des représentants des bailleurs, des structures parapubliques liées à la santé, des consultants en santé, des conseils de quartier...

La matinée a démarré par un propos de cadrage de Zoé Vaillant, géographe de la santé à l'université Paris-Ouest-Nanterre-la-Défense, sur les notions d'inégalités sociales et territoriales de santé. Puis la journée s'est poursuivie par trois tables rondes sur les enjeux de la participation autour de l'observation, la médiation et le partenariat. Cette journée a alterné des prises de parole en plénière (intervenant seul, table ronde) et des moments « décalés » (vidéo, slam...), ainsi que des temps d'échanges avec la salle.

Ce numéro des *Échos* reprend la trame et le contenu de la journée, et s'articule autour de quatre parties. La première est consacrée à une approche théorique de la question alors que les trois suivantes s'appuient sur les travaux des tables rondes et croisent les présentations d'expériences, les points saillants des débats, ainsi que les réactions des participants. Ne manquez pas, au centre de cette publication, la lecture de deux slams qui invitent à la réflexion, tout en gardant le sourire : un signe de bonne santé !

<sup>1</sup> Manciaux M. et Deschamps J.P., *La santé de la mère et de l'enfant*, Paris, Flammarion Médecine Sciences, 1978, p. 31.

# Les inégalités sociales et territoriales de santé : de quoi parle-t-on ?

Atelier santé ville, contrat local de santé... ces dernières années ont vu l'introduction d'une focale « santé » dans les politiques locales de développement territorial. Pourquoi ces choix sont-ils pertinents et importants pour combattre les inégalités de santé ? Zoé Vaillant, universitaire en géographie de la santé, synthétise des éléments de compréhension. Mohamed Boussouar, directeur adjoint de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) illustre ensuite ces propos sous l'angle des comportements individuels.

## Les inégalités de santé expliquées par le prisme des déterminants sociaux et territoriaux

En France, comme en Europe, à toutes les échelles (régions, villes, quartiers et micro-quartiers), les inégalités sociales et territoriales de santé se creusent. Ces inégalités de santé résultent d'un faisceau de déterminants qui vont de l'individu lui-même (âge, sexe, génétique) aux structures macrosociales (néolibéralisme) en passant par l'ancrage dans divers milieux (familial, groupe et condition sociale, lieux de vie, travail etc.). Pour tenter de corriger ces inégalités, il est nécessaire d'agir sur l'ensemble des déterminants dans une approche holistique de la santé.

Dès le XVII<sup>ème</sup> siècle, Louis-René Villermé<sup>1</sup> montre que les inégalités devant la mort dépendent de l'inégale répartition des richesses. Le constat selon lequel les états de santé sont différenciés selon les classes sociales est encore valable de nos jours, malgré l'amélioration de l'espérance de vie. En effet, paradoxalement, les progrès de la médecine et le développement de la prévention créent des inégalités de santé entre les publics en capacité de s'en saisir et ceux qui le sont moins<sup>2</sup>. En outre, celles-ci ne se distribuent pas entre les précaires et le reste de la population, mais sont tricotées sur l'ensemble du spectre social. L'approche des inégalités par le recours aux soins est la plus fréquemment mobilisée par les politiques publiques. Pourtant, le recours aux soins pris isolément ne peut expliquer les inégalités sociales de santé. Les enquêtes ont montré par exemple qu'à âge et sexe comparables, ce sont les employés et professions intermédiaires qui consomment le plus de soins, devant les cadres, alors qu'ils ne présentent pas forcément les meilleurs niveaux de santé. Ou encore, un recours aux soins ne garantit pas une amélioration de la santé. De même, ce n'est pas parce qu'un individu est en mauvaise santé qu'il va recourir aux soins.

La recherche nous apprend aussi que - à nombre égal de consultations - plus la classe sociale d'appartenance est basse, plus la durée de consultation est courte et plus le niveau de soin est faible, de même que le niveau d'information<sup>3</sup> et le niveau de suivi. Il a été montré comment l'organisation du système de soins (tarification médicale, régime libéral) a des impacts directs sur la relation de soin : effet de clientèle et tri social, qualité des soins différente (temps de consultation, équipements).

Enfin, on remarque que les comportements identifiés comme à risque touchent davantage les classes sociales défavorisées. Et les campagnes de prévention destinées à faire évoluer les comportements ont un meilleur impact auprès des classes sociales favorisées, plus à même d'entendre et d'agir selon les recommandations. Les inégalités sociales jouent ainsi sur les états de santé de multiples manières. La puissance publique opère des choix pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Globalement les approches actuelles sont centrées sur le soin. Pourtant le système de soins ne contribue en France qu'à 16% du gain d'espérance de vie. Et malgré la réputation d'avoir l'un des meilleurs systèmes de soins au monde, la France est le pays occidental aux inégalités sociales de santé les plus fortes<sup>4</sup>.



Dahlgren et Whitehead (1991) modifié par Berghmans (2009)

Schéma de l'approche holistique

### Des déterminants sociaux multiples

Les mécanismes de production d'inégalités de santé sont complexes. Pour comprendre les liens qui se jouent entre inégalités sociales et santé, cinq entrées sont classiquement adoptées par les universitaires : les états de santé, le recours aux soins, la qualité des soins, l'organisation du système de soins ainsi que les comportements individuels. Pour chacun de ces items, les inégalités sociales sont étudiées essentiellement sous l'angle des classes sociales, du genre et de l'origine culturelle.

## Le territoire comme déterminant de santé

Un nouveau paradigme est apparu pour comprendre les inégalités de santé : la notion de territoire.

Le territoire est un construit résultant de la manière dont les acteurs façonnent l'espace physique, social, culturel et la manière dont en retour ils en sont investis. Les jeux d'acteurs, les rapports de force, la construction des identités, les normes locales, la manière dont les acteurs, habitants s'approprient, gèrent et transforment leurs territoires, jouent dans la dynamique des inégalités de santé de même qu'inversement, les inégalités de santé contribuent à façonner les territoires. En étudiant les données statistiques de mortalité par canton en France métropolitaine de 1973 à 2008, on observe qu'en 40 ans la distribution de la surmortalité a évolué, avec l'affirmation à l'échelle macro de grands blocs en difficulté, et à l'échelle micro, des logiques «centres-villes/périphéries».

Ces variations renvoient aux politiques menées dans divers domaines, comme le logement, l'éducation, les transports, l'accès aux soins, la scolarisation... Les mutations de la répartition spatiale des états de santé observées sont le reflet des mutations de la société, des choix politiques faits à différents échelons. Le déterminisme géographique n'existe donc pas à la différence des déterminants territoriaux, bien réels eux : le territoire participe des et aux inégalités de santé. De ce fait, les élus locaux sont des acteurs clés dans la lutte pour la réduction de ces inégalités. La loi «Hôpital, patients, santé, territoires» de 2009 a d'ailleurs reconnu le niveau local comme pertinent pour mener une politique publique de réduction des inégalités de santé, notamment à travers le contrat local de santé et en s'appuyant sur les ateliers santé ville existants.

●●● Synthèse de l'intervention de Zoé Vaillant, maître de conférences en géographie de la santé, Université Paris-Ouest-Nanterre-la-Défense

## Comprendre les comportements individuels pour mieux lutter contre les inégalités de santé

Les comportements individuels ont un impact sur la santé des personnes. Toutefois c'est loin d'être l'unique déterminant social de santé. Axer la politique de santé publique sur ce déterminant, à grand coup de spots publicitaires («Fumer tue», «Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé»; «Pratiquez une activité physique régulière») n'est pas la solution la plus salutaire. Se focaliser sur l'image de la santé par les comportements, c'est renvoyer la responsabilité d'une bonne santé à la personne elle-même.

Par ailleurs, décoder les comportements individuels peut être utile aux acteurs souhaitant *travailler avec* les bénéficiaires et non *travailler pour*, dans un objectif d'efficacité de l'action. Par exemple, pour les bénévoles du secteur de l'aide alimentaire, comprendre que certaines personnes puissent faire le choix d'être d'abord reconnu dans l'espace social (en arborant des vecteurs symboliques d'appartenance sociale comme la possession d'un *smartphone*) plutôt que d'avoir un budget pour s'acheter à manger. Et ce décryptage n'est possible qu'en introduisant des démarches participatives dans son action !

●●● Synthèse de l'intervention de Mohamed Boussouar, directeur adjoint de l'Ireps Rhône-Alpes

<sup>1</sup> Louis-René Villermé (1782-1863) est un médecin français qui s'est consacré à l'étude des questions soulevées par les inégalités sociales, notamment face à la maladie et la mort.

<sup>2</sup> Le rapport Black (Grande Bretagne, 1980) est le premier rapport documenté démontrant que l'accès généralisé aux soins de santé n'a pas gommé les inégalités sociales de santé.

White M, Adams J, Heywood P. «*How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations?*» In : Babones SJ, editor. *Social Inequality and Public Health*. Bristol (UK) : Policy Press; 2009. pp. 65-82.

<sup>3</sup> Faizang S., *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, PUF, 2006.

<sup>4</sup> Voir notamment sur le sujet les travaux de Leclerc A. en 2000 et 2008.



Pourquoi et comment associer les habitants aux démarches d'observation en santé? Quels en sont les conditions, les bénéfices et les freins? Si les expériences en la matière sont plutôt rares, elles témoignent de la nécessité d'adapter les méthodes et les cadres de travail aux réalités vécues par les habitants, ainsi qu'à leurs envies.

## La participation des habitants, une source d'enrichissement des démarches d'observation

Pour réaliser les diagnostics santé, que ce soit dans le cadre d'un atelier santé ville, d'un contrat local de santé ou autre, l'ORS Rhône-Alpes (observatoire régional en santé) utilise divers outils, dont le recueil de la parole d'habitants.

La parole des habitants dans l'observation en santé est une forme de participation des habitants et une ressource indispensable. En effet, disposer du point de vue des habitants, destinataires de toutes les politiques de santé, permet de mieux comprendre leurs conditions de vie, leurs problématiques de santé et aussi de confronter leur point de vue aux constats issus du traitement d'autres données (données quantitatives, observation de terrain et parole des professionnels). Même si le point de vue et la connaissance des professionnels sont très importants, ils n'ont pas le vécu, les perceptions et représentations des habitants. Il est donc important de prendre en compte l'expertise propre à chacun : l'expertise d'usage des habitants et l'expertise technique des professionnels. Il faut enfin croiser, articuler les différents points de vue et données car aucun ne peut prétendre refléter, à lui seul, la réalité.

Les démarches « d'observer ensemble »<sup>1</sup> n'en demeurent pas moins parfois difficiles à conduire et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'observation n'est pas une démarche spontanée : elle s'appuie au contraire sur des méthodologies qui permettent de produire une connaissance qui va au-delà des intuitions. Ensuite, donner la parole à des usagers, des habitants ne correspond pas, d'emblée, à une attente de leur part... Cette démarche suppose d'aller voir les gens « là où ils sont », « comme ils sont », et d'accepter leur regard propre. Se pose également la question de la représentativité des habitants qui est en fait une notion plutôt statistique (enquêtes par questionnaires...) : l'objectif est ici d'avoir accès à une vraie diversité de profils (jeunes, adultes, hommes, femmes, personnes âgées...) afin de n'oublier aucune grande tendance sur un territoire donné et d'obtenir les informations les plus riches possibles. Enfin, la participation des habitants aux démarches d'observation est une démarche à géométrie variable : les modalités de participation peuvent être différentes selon le type d'habitants, leur place dans le processus d'observation, la question posée, les objectifs à atteindre...

<sup>1</sup> Cf. « Les diagnostics santé de l'ORS », in *Observer ensemble. Enjeux et éléments de méthode pour une observation partagée avec les habitants*, Cosra, janvier 2010.

Néanmoins, quelles que soient les difficultés auxquelles on se confronte, il demeure essentiel de rencontrer les habitants, de leur donner la parole, car observer avec eux permet, *in fine*, de mieux ajuster les prises de décision selon les réalités spécifiques des territoires.

●●● *Synthèse de l'intervention de Patricia Medina, sociologue à l'ORS Rhône-Alpes*

## Réactions des participants

- Qui dans la salle est inscrit dans une instance locale de participation des habitants?
- Les façons de penser, les territoires, les manières de participer... ne sont pas les mêmes pour les habitants des quartiers populaires et les habitants des beaux quartiers. Pour autant, le cancer du sein c'est le même, qu'on soit riche ou pauvre.
- Comment arriver à faire participer les populations qui sont en difficulté sociale et économique? Le « comment on fait participer les habitants? » est important mais il faut revenir sur le « pourquoi on fait participer les habitants? » et se poser la question au démarrage de chaque démarche, car on les consulte sur tellement de sujets... Il ne faut pas associer les habitants uniquement pour le recueil des paroles, il faut les faire participer à l'ensemble du processus. Sinon ils se sentent utilisés.
- On n'entend plus parler de santé communautaire. Le terme a-t-il disparu? Non, car les enjeux de santé communautaire croisent ceux de l'atelier santé ville. Mais nous rencontrons des difficultés pour travailler avec les populations concernées. Nous n'avons pas les moyens pour aller à la rencontre des habitants. Le terme de santé communautaire fait un peu peur à certains élus. En matière de santé communautaire, il n'y a pas de recette. On s'appuie sur une dynamique, des relais, une pluralité de professionnels, les associations d'usagers (on parle maintenant de « patients experts »). Cela prend énormément de temps de faire de la vraie santé communautaire, et d'obtenir des résultats qui se voient.

## Expériences présentées

### L'observatoire de la santé des Lyonnais

L'observatoire de la santé des Lyonnais est un dispositif qui vise à mieux connaître la santé des Lyonnais, à identifier les lieux de précarité sanitaire, à définir des priorités selon les territoires et à développer l'action au service de la politique publique de prévention et de promotion de la santé. Le principal enjeu est la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé.

Cet observatoire existe depuis trois ans et s'appuie sur un outil de cartographie interactive constitué à partir de données brutes. À partir de ce support, 18 indicateurs ont été retenus cette année pour analyser les inégalités territoriales en matière de santé. Les productions de l'observatoire sont le résultat d'une analyse partagée par les différents acteurs du champ de la santé et du social, associant notamment les habitants, via les conseils de quartier.

L'observatoire repose sur une gouvernance partenariale et une production partagée de la connaissance. Il est composé de 70 personnes et organisé en quatre groupes : un groupe de professionnels de santé (CPAM, URPS, observatoire régional de santé, maisons médicales de garde, hôpitaux, mutuelles étudiantes...), un groupe de services internes à la ville de Lyon, un groupe institutionnel (collectivités territoriales, académie, préfecture, ARS, conseil de l'ordre des médecins et pharmaciens) et un groupe territoire santé qui réunit les associations locales et les professionnels locaux ainsi que les conseils de quartier.

Les atouts des conseils de quartier sont la proximité avec les habitants et la connaissance fine du terrain. Ils sont aussi des relais auprès des habitants et peuvent être force de proposition, voire mouche du coche si nécessaire. Si leur expertise est reconnue et partagée, il n'en demeure pas moins que la mobilisation des habitants autour des problématiques de santé n'est pas aisée. Ainsi, même si la représentation territoriale est large, seuls 7 conseils de quartiers (sur 36) sont représentés dans l'observatoire. En effet, la santé est peu prise en compte dans les sujets qu'ils traitent qui sont plutôt axés sur des problématiques économiques, de cadre de vie ou de logement. Pour autant, les conseils de quartiers souhaitent continuer à participer aux travaux de l'observatoire, à l'élaboration du programme de prévention et aux actions de sensibilisation et de pédagogie au plus près des habitants.

●●● Myriam Buffet, ville de Lyon et Gérard Françon, représentant d'un conseil de quartier à Lyon

### L'OBS'Y (réseau des observatoires de l'agglomération grenobloise) et la santé

L'OBS'Y est le réseau des observatoires de l'agglomération grenobloise. Créé en 2013, il réunit une dizaine de partenaires (département de l'Isère, Grenoble Alpes Métropole, ville-CCAS de Grenoble, caisse d'allocations familiales de l'Isère, syndicat mixte des transports en commun, université, agence d'urbanisme, union départementale des associations familiales, etc.) et a vocation à produire et partager de la connaissance à partir d'indicateurs clés, d'études et d'analyses. Son territoire d'observation correspond au périmètre des 49 communes de la métropole. Ses objectifs sont de construire des outils d'observation contribuant à définir les politiques publiques de l'ensemble des partenaires et de fédérer, mutualiser et améliorer la qualité de l'observation sur le territoire. Les productions de l'OBS'Y sont de divers ordres : une plateforme de données statistiques, un outil de cartographie dynamique, des tableaux de bord, des cahiers thématiques et des regards croisés.

C'est dans le format de travail « regards croisés » que les travaux sur la santé ont été engagés début 2014. Ils s'appuient sur un groupe de travail co-piloté par le département de l'Isère et la ville de Grenoble, réunissant des professionnels, des institutions, des experts/chercheurs et des habitants. Il s'agit de croiser les regards pour construire une observation, basée sur l'existant (diagnostic, enquêtes, études...), sans moyens dédiés et mêlant une approche globale et locale, quantitative et qualitative. Deux axes d'observation ont été privilégiés : les inégalités sociales et territoriales de santé, et l'accès à la santé, aux soins et aux droits sociaux. Après le recueil des informations, il s'agira de produire une analyse collective et transversale, qui sera soumise aux élus, voire au grand public.

La démarche est récente, elle est en cours, et il est trop tôt pour voir la manière dont elle sera appropriée. Cependant, quelques remarques concernant la participation des habitants ont été soulevées lors du débat. Le fait de valoriser l'existant et de ne pas créer un groupe « habitant » *ad hoc* a été considéré comme pragmatique et donc pertinent. Par contre, le peu de place laissée à la restitution de la parole habitante constitue un point de faiblesse pouvant engendrer de la frustration. Il est vrai que l'OBS'Y est un dispositif récent qui a permis de créer une dynamique de réseau qui a commencé par focaliser son énergie sur les synergies entre professionnels.

●●● Marion Chanal, département de l'Isère et Isabelle Gamot, ville de Grenoble



# La santé égratignée... parole aux slameurs

Ces deux textes ont été composés et déclamés par SanDenKR et Lee Harvey Asphalte (UnDeuxGround/Compagnie Gertude II) lors de la journée régionale du 6 novembre. Ce fut l'occasion de décaler notre regard et de prendre du recul, tout en profitant de leur humour et de la poésie des mots.

Il y a des plaies sur mes plaines  
Je ressens les spasmes de mon espace  
Je perçois les aigreurs de mon territoire  
Et les pathologies pas très logiques de mon terroir.  
Ma banlieue a des lésions  
Et sa périphérie préfère en rire.  
Ma ville a des cicatrices  
Car à chaque lieux ses varices.  
Quand on veut réduire mon espérance de ville  
Je mets des pansements sur mes pensées.  
Sur le sentier de la santé  
J'ai mal au ventre  
Et quand je touche le fond  
Je bats la campagne à coup de Spasfon.®  
Coincé dans le pré carré de ma précarité  
Je fume, je fume  
Pour mieux avaler la pilule  
Et je préfère me faire manger par cinq fruits et légumes  
Je fume, je fume  
Et j'ai l'air d'un pauvre homme  
Mais je m'en fous  
J'ai un écran plasma et une application de santé sur mon smartphone.  
Des Assedic à l'Arsenic  
J'ai mal à mon do-micile  
J'ai des abcès au logement  
Mon quartier bat de l'élu  
Il y a des carences d'huiles  
Où sont les politiques ?  
« Allô... allô... ORS 117 ??? J'appelle à l'aide alimentaire...  
Que quelqu'un vienne ! »

En attendant  
Faites quelques exercices de respiration  
Si vous conduisez bourré, faites-le avec modération  
Recentrez-vous !  
Remontez à la source  
Montez à la ressource  
L'important c'est le geste... de premiers secours.  
Profitez-en pour vous faire dépister un petit cancer colorectal... bien local  
Et demandez la participation des habitants  
Beaucoup connaissent des médecins maltraitants.  
Sur le sentier de la santé  
Difficile d'avoir une touche  
Il y a ceux qui ont du mal à joindre les deux bouts  
Et ceux qui brûlent la vie par les deux bouts  
Les Restos du cœur de cible sont flous  
Certains partagent le radon  
D'autres attendent le redoux  
On parle de vrais gens  
Quand d'autres de « sans dents »  
Et sur ce sentier  
Personne ne prend l'ascendant  
La santé a un coût  
Mais n'a pas de prix  
L'essentiel est d'être bien  
C'est une priorité  
Et ma foi  
S'ils veulent une vie plus longue  
Dîtes leur:  
« Arrêtez d'être pauvre ou faites-vous chier ! »

●●● SanDenKR



## Un bulletin météo dans L'urne

Une politique territoriale  
C'est voter avec un bulletin  
De météo sociale.  
C'est superposer une carte de France  
Sur des écarts de souffrance,  
Là où l'espérance dévie  
Là où l'égalité déçante.

Dans certaines régions,  
L'individu est un oignon  
Qui n'a que les yeux pour pleurer.  
Ses réseaux,  
Il les a dans la peau,  
Sa mobilité passe par chaque pore,  
Et si on l'incorpore  
C'est encore pire.  
De la grève de la faim  
À la grève de l'iPhone,  
On préfère  
Que les précaires  
Aient pour compagnons  
Aide et compassion,  
Au risque de devenir classe impopulaire,  
En période de grand froid,  
Les voilà habillés pour l'hiver.

Un bulletin de météo sociale  
C'est annoncer une désertification médicale  
Sans que cela n'ait déclenché de tempête médiatique,  
C'est prévoir une fracture radicale  
Dans un climat tendu.  
Entre l'urbain et le rural,  
Le radon des villes et le radon des champs.  
Alors que fondent les fonds des pôles  
De santé,  
C'est s'occuper des obèses et des diabétiques  
Sans se baser sur la désaffection  
Désabusée des habitants.

Aujourd'hui, le vote se fait à l'estomac  
Ne nous étonnons pas  
D'avoir les scores de l'Estonie.  
Voilà pourquoi est primordial  
L'accès à l'autonomie  
Avant que l'OBS'Y  
Soit axée sur l'autopsie  
Du corps social.

Avant de sceller dans l'isoloir  
Vos bulletins météo  
À vous de souffler un vent nouveau  
Sur les mentalités,  
D'inscrire vos idéaux en toutes lettres :  
Entre le U de sous-mortalité  
Et le T de sur-mortalité,  
Il y a l'R qu'on respire  
L'O que l'on boit  
Dans les lieux qu'on M.

Comment toucher le cœur des vrais gens  
Au-delà des faux-semblants ?  
Est-ce que dans les quartiers sensibles  
Les habitants sont à-CMU ?  
Appliquer le socio-médical à la géographie,  
C'est conclure ce bulletin sur cette question :  
Peut-on s'occuper de la santé des habitants  
Sans s'occuper de la santé de la démocratie ?

\*\*\* Lee Harvey Asphaltte



# La médiation en santé : un levier pour améliorer et faciliter l'accès aux soins et à la santé

En tant qu'interface de proximité qui crée du lien entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés pour y accéder, le médiateur santé est un acteur majeur dans la lutte pour l'accès aux droits, à la prévention et aux soins. Entre orientation, information, mise en réseau..., comment caractériser la médiation en santé ? Quels sont les points forts et les limites des actions de médiation en santé ? C'est le sujet de la 2<sup>ème</sup> table ronde de la journée.

## À partir de votre pratique, comment caractérisez-vous la médiation en santé ?

**Sandra Kadri, médiatrice santé au Pôle de santé Chambéry Nord**

Le Pôle dans lequel j'interviens est situé dans un quartier en politique de la ville et regroupe 70 professionnels de santé. Il propose un accompagnement global et cohérent des personnes pour l'amélioration de leur santé avec des rendez-vous médicaux et des activités (thérapeutique, activités physiques adaptées, ateliers de relaxation...). Ma mission principale, c'est l'accès aux droits des patients du Pôle. Ensemble, nous repérons leurs besoins et je les oriente vers les services concernés, internes au Pôle ou extérieurs (une assistante sociale par exemple). S'ils le souhaitent, je peux être présente auprès d'eux lors des rendez-vous. Le fait que j'habite le quartier est un vrai plus dans la relation : la confiance s'installe plus vite.

Je définis la médiation en santé avec une image : une passerelle entre le soignant et la structure qui va suivre la personne sur le long terme.

**Bernadette M'Bala, médiatrice santé à la Mutualité française du Rhône**

Je suis présente sur plusieurs quartiers de l'agglomération lyonnaise, en proposant des permanences, sans contraintes d'horaire de rendez-vous. Je suis une médiatrice mobile ! J'accompagne différents types de public car j'interviens aussi bien dans des foyers de réfugiés que dans les centres sociaux ou les Pimms<sup>1</sup>. Le travail de médiation consiste à faciliter l'accès aux droits et aux soins des personnes qui n'arrivent pas à faire les démarches seules, quelle qu'en soit la raison. Je facilite l'accès aux droits en aidant les personnes à la constitution de leurs dossiers administratifs ou en cherchant avec eux une complémentaire santé. Je lève les freins à l'accès aux soins en les aidant à comprendre leurs prescriptions médicales par exemple, ou en prenant avec eux les rendez-vous médicaux et en les accompagnant si besoin. L'objectif, c'est de les rendre autonomes dans ces démarches.

**Mathieu Fortin, coordonnateur santé à la ville de Villeurbanne**

La médiation santé, c'est avant tout une relation qui permet de faire le trait d'union entre les acteurs du système de santé et de la protection sociale et l'utilisateur. À Villeurbanne, le choix a été fait d'internaliser la mission de médiation. Nous considérons que c'est un service à la population puisqu'il n'y a pas de profil type de l'utilisateur de la médiation santé : cela s'adresse à tout le monde, dans un esprit de complément au droit commun.

**Christine Rondel, référente « santé et adultes relais », DDCS du Rhône**

Il faut savoir que sur le territoire du Rhône, tous les médiateurs santé ont eu à l'origine le statut d'adulte relais<sup>2</sup>. La médiation, c'est aller vers des personnes vulnérables pour les amener vers le droit commun. Les médiateurs en santé apportent du sens à la lutte contre le renoncement aux soins car ils partent des problématiques des habitants. Le message des institutions est davantage entendu dans les conditions qu'installent les médiateurs.

**Élisabeth Piegay, coordinatrice des Pass (Permanences d'accès aux soins de santé), ARS Rhône-Alpes**

Aujourd'hui, les personnes sont confrontées à des dispositifs cloisonnés, à des professionnels qui n'ont pas la culture de la prise en charge globale ou qui n'ont pas le temps de la faire vivre au regard de l'accroissement de leur charge de travail. C'est pourquoi la question de la médiation est d'actualité. Dans la réponse aux problématiques d'accès aux soins et de renoncement aux soins, les Pass apportent des réponses complémentaires à l'action des médiateurs santé. Les Pass ont pour mission de rendre effectif l'accès aux soins en prenant en charge les personnes confrontées à des difficultés importantes ne permettant pas leur accès aux dispositifs de soin de droit commun. La Pass, c'est une équipe médico-sociale au sein d'un établissement de santé qui intervient dans une approche pluridisciplinaire avec comme objectifs l'évaluation des droits sociaux de la personne et leur activation, la délivrance d'une consultation médicale et la dispense des premiers soins. L'équipe s'attache à la construction d'un parcours de soin pour un retour au droit commun.

Il existe des équipes PASS se déplaçant sur les lieux de « vie » des personnes en réponse aux demandes des acteurs sanitaires et sociaux.

## Réactions des participants

- Le métier de médiateur me fait penser au poste d'hôtesse d'accueil dans les pôles de santé qui travaillent le lien et ont le temps de faire de l'accès aux droits. Je souhaitais juste témoigner qu'il est possible d'internaliser cette fonction au sein d'un établissement de santé.
- Oui, c'est une possibilité. Mais il faut être vigilant à ne pas mettre de la médiation uniquement dans ces espaces. Sinon, on laisse de côté toute une frange de la population qui aurait besoin d'être accompagnée par un médiateur !

<sup>1</sup> Point information médiation multi-services. Les Pimms ont pour objectif l'accessibilité des habitants aux services nécessaires à la vie courante, en relayant la compréhension, en complétant l'offre de services de ses partenaires et en proposant des services de type généraliste.

<sup>2</sup> Lancé en 2000, le dispositif de contrat aidé appelé « adultes relais » financé par la politique de la ville, vise à développer la médiation sociale et culturelle dans les quartiers prioritaires ainsi qu'à faciliter le parcours professionnel de ses bénéficiaires.

**La médiation ce n'est pas qu'un accompagnement, c'est un travail social. Y a-t-il des spécificités fortes du médiateur par rapport à d'autres travailleurs sociaux ?**

**Mathieu Fortin**

Le médiateur en santé est là pour donner ou redonner du sens au système de santé français à des personnes qui l'ont perdu. Il s'agit de leur donner de l'information et les accompagner dans la compréhension de cette information avec des mots qui sortent du jargon administratif ou médical. Ce sont les compétences humaines qui comptent avant tout pour ce poste.

**Bernadette M'Bala**

La spécificité du médiateur, c'est qu'il n'est pas étiqueté par les habitants comme un professionnel. Il est perçu comme quelqu'un qui leur ressemble, à qui on peut accorder sa confiance. Et pour parler des problèmes de santé, qui sont considérés comme des sujets intimes, c'est un véritable atout.

**Élisabeth Pigeay**

Pour accrocher les publics, il faut connaître les bons codes. Les médiateurs savent s'adapter à la personne qu'ils ont en face d'eux, pour faire se rencontrer les usagers et les dispositifs. Et puis, contrairement aux équipes des Pass, l'intérêt du médiateur est qu'il ne relève pas de l'institution. Il est de ce fait davantage en mesure de compenser la fracture qui peut exister entre certains publics et les institutions.

Ils ont également les modes d'organisation pour interpeller les institutions, pour faire bouger les lignes sur les défaillances redondantes du système dont pâtissent les usagers.

**Christine Rondel**

Je dirais que la différence essentielle entre le médiateur en santé et un autre travailleur social, c'est sa grande proximité avec les publics. Il est identifié par les habitants : il est connu et reconnu. Cela instaure un échange singulier, différent que celui qu'une institution peut tenir. Il faut préciser que « grande proximité » ne veut pas dire « fusion ». Le médiateur sait instaurer la bonne distance avec justesse pour accompagner vers l'autonomisation.

**Le médiateur est entre le secteur sanitaire et le secteur social. N'est-ce pas une situation inconfortable ? N'est-ce pas difficile d'acquiescer sa légitimité ?**

**Bernadette M'Bala**

Au début, nous avons été perçus comme empiétant sur le travail d'autres professionnels, comme les assistantes sociales. Mais nous avons su nous faire approuver des habitants et des institutions qui trouvent nos missions indispensables. Les assistantes sociales sont également convaincues, car nous avons la possibilité de faire des accompagnements pour des démarches de santé quand elles n'en ont pas le temps.

**Sandra Kadri**

Nous connaissons les limites de notre intervention : on sait quand on doit traiter et quand on doit renvoyer vers un autre professionnel.

**Mathieu Fortin**

La légitimité de la médiation sociale a été prouvée. D'ailleurs si ce métier n'était pas reconnu, il n'existerait plus ! La médiation en santé apporte une réponse efficace, utile et complémentaire par rapport à l'existant.

**Christine Rondel**

On a passé le cap de la légitimité du poste de médiateur en santé. L'enjeu actuel c'est la pérennité des postes. En particulier lorsque le médiateur a le statut d'adulte relais. Le risque, en n'intégrant pas ces postes au droit commun, c'est de créer une politique parallèle.

**Élisabeth Pigeay**

Il faut sécuriser cette mission et le professionnel qu'il y a derrière. Il faut trouver la pertinence et l'optimisation de la place des médiateurs au sein du champ sanitaire et social.

**Comment gérer la question du secret médical quand on est médiateur en santé ?**

- Je pose les choses : je ne mélange pas ma vie privée et ma mission de médiatrice. Ce qui se passe lors des rendez-vous reste entre nous. C'est important de le dire tout de suite. Sinon, il y a des personnes qui ne reviendraient jamais.
- Le secret professionnel est l'un des aspects que l'on aborde en formation. Et le médiateur n'a pas intérêt à trahir un secret car cela se propage vite et il perdrait la confiance des habitants.

**Le rôle des médiateurs n'est-il pas aussi de renvoyer aux institutions et professionnels leurs manquements, leurs blocages ?**

- Nous interpellons, en effet. Pour chacun des partenaires, nous repérons un interlocuteur privilégié pour traiter des points de blocage.
- Ces problèmes se dénouent également lors des groupes de travail de l'atelier santé ville.
- La médiation, c'est dans les deux sens : vers les habitants et vers les institutions et professionnels de santé. Il faut que ça fasse changer les pratiques des professionnels.

# L'atelier santé ville, une démarche partenariale au service des habitants des quartiers

La dynamique partenariale est au fondement de la démarche ASV : comment concrètement mobiliser les acteurs, les mettre en réseau, pour quels résultats et avec quelles difficultés ? Les habitants peuvent-ils être considérés comme des partenaires ? Telles sont quelques unes des questions abordées lors de la dernière table ronde de la journée.

## Le partenariat... et les habitants

<sup>1</sup> Christian Laval, Emmanuel Renault, « De la prise en charge psychiatrique au souci public de santé mentale », *Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance*, article en ligne, octobre 2010

Il a été demandé à Christian Laval à partir, d'une part, de son expérience de chercheur et de ses travaux sur les pratiques professionnelles (notamment en santé mentale) et les dynamiques partenariales dans les champs sanitaires et sociaux<sup>1</sup> et, d'autre part, des témoignages de la table ronde, de réagir aux propos entendus, d'objectiver le débat et de donner quelques clés de lecture pour aider les professionnels à avancer dans leurs pratiques. De son intervention, nous retiendrons quelques points d'attention qui, pour autant, n'épuiseront pas le sujet.

Le partenariat, dans le cadre des ASV, ce sont des interventions multiples qui se rejoignent autour d'un objet commun, celui de la santé. Les ASV, c'est un peu un entre deux, une interface entre le sanitaire et le social, entre l'individuel et le collectif, entre le *cure* (soigner) et le *care* (prendre soin). Ils se sont construits dans les interstices du système d'où, de temps à autre, des tensions avec les institutions.

Les ASV font intervenir des professionnels (travailleurs sociaux, infirmiers, médecins, psychologues...) et des non-professionnels (bénévoles, élus, usagers/habitants...) qui parviennent à travailler ensemble, non parfois sans quelques difficultés du fait de la diversité des cultures professionnelles. Mais l'enjeu est bien d'articuler et de coordonner les professionnels et les non-professionnels, dans une sorte de *continuum*. Les ASV participent ainsi de la transformation des pratiques qui mêlent de l'interprofessionnel, du pluri-professionnel et du bénévolat.

Le partenariat pose la question du partage des responsabilités entre les partenaires. Quand il y a un problème, le réflexe est d'ouvrir le parapluie pour se protéger. Pour avancer et innover, il y aurait nécessité à penser la responsabilité partagée au niveau juridique.

Travailler en partenariat impose de prendre en compte les « chocs de temporalité ». En effet, les temps des institutionnels, des politiques et des habitants/usagers sont différents. Si le temps des politiques s'accélère, celui des habitants est plutôt long. La difficulté est de faire avec les différentes temporalités des partenaires en présence.

Les habitants/usagers peuvent-ils être considérés comme des partenaires et avec quelle marge de manœuvre ? Dans la culture française, il y a une sorte d'injonction à la participation, on sollicite les habitants pour réduire l'écart entre leurs besoins et l'offre de politiques publiques. Mais les gens n'ont pas envie de participer pour améliorer les politiques publiques mais parce qu'ils sont en situation de souffrance, ont des besoins qui sont des points aveugles pour les politiques publiques. Dans la culture anglo-saxonne on parle d'*empowerment*, de groupes de pression, de lobbying, c'est ça la participation ! Faire changer les politiques publiques pour une meilleure adéquation.

●●● Synthèse de l'intervention de Christian Laval, sociologue au laboratoire de santé publique, APHM à Marseille et chercheur associé au centre Max Weber de l'université Lyon 2



## Ateliers santé ville : panorama en Rhône-Alpes

Donner à voir et à comprendre, en 7 minutes, en quoi consiste une démarche ASV, ce que fait un coordinateur ASV et valoriser des actions conduites en Rhône-Alpes... tel est le propos de cette vidéo réalisée sur la base d'entretiens avec les principaux acteurs : coordinateurs ASV, partenaires de terrain et habitants.

●●● Retrouvez la vidéo sur le site Internet du CR•DSU : [www.crdsu.org](http://www.crdsu.org), rubrique « Vidéos du CR•DSU »





## Expériences présentées

### Santé et réussite éducative à Saint-Martin-d'Hères

L'originalité des ASV tient en grande partie dans leur capacité à assurer la transversalité, à promouvoir des actions de santé intersectorielles et à mobiliser une pluralité d'acteurs comme ceux de l'éducation. L'ASV de Saint-Martin-d'Hères s'est rapproché de l'équipe de réussite éducative de la ville et l'a associé dès la phase de diagnostic pour les raisons suivantes : d'une part, l'accès aux soins est une priorité du dispositif de réussite éducative (DRE) de l'agglomération grenobloise et, d'autre part, la santé est une condition préalable aux apprentissages des enfants.

La plus value de la démarche est non seulement de recueillir des indicateurs sur la situation sanitaire et de dégager des priorités d'actions, mais aussi de fédérer les partenaires et de créer une dynamique autour des enjeux de santé. Dans le cadre de la réussite éducative, la phase de diagnostic s'est déroulée sur une année et a mobilisé des enfants, des parents et des professionnels. Il s'est créé un espace de réflexion et de débat où aussi bien les habitants que les professionnels ont fait ressortir des constats partagés sur la difficulté de l'accès aux soins et ont pu élaborer des préconisations (ex : mettre en place une permanence médiation sur le quartier).

Si l'interconnaissance des acteurs et de leurs rôles est un préalable au partenariat, l'expérience prouve que le fait d'agir ensemble sur une problématique permet de clarifier les missions et les limites de chacun et de créer une cohérence au bénéfice des enfants et des familles.

●●● Claire Namy, coordinatrice ASV et Julie Deloge, coordinatrice DRE, Saint-Martin-d'Hères

### Une dynamique partenariale autour de la santé mentale dans la Loire

Les diagnostics réalisés en 2008 et 2010 dans le cadre des ASV (ville de Saint-Étienne, vallées de l'Ondaine et du Gier) ont repéré la santé mentale comme une problématique importante des quartiers, mais pour laquelle les ressources et les acteurs étaient peu connus ou mal identifiés.

Il a donc été proposé de co-construire un cycle de formation commun à destination des acteurs de terrain (professionnels et bénévoles) œuvrant dans les quartiers en politique de la ville. Les objectifs de cette formation sont de plusieurs ordres : qualifier et outiller les acteurs, participer à la construction d'une culture commune et créer les conditions favorables à l'émergence et au développement de projets de promotion de la santé psychosociale.

La formation s'est déclinée en six sessions de deux journées sur les trois territoires concernés. Une réunion de clôture a permis de faire un bilan « à froid » de cette formation et d'échanger sur les suites attendues ou souhaitées. Au total, 113 participants ont bénéficié de cette formation, représentant une grande diversité de champs professionnels (bailleur, mairie, centre social, prévention spécialisée, Éducation nationale, conseil général, service public de l'emploi, secteur de la formation/insertion, CAF, État...).

À l'issue de la formation, des pistes de travail et des propositions d'action ont émergé (développement d'un outil de suivi, séances de sensibilisation thématiques...), dont certaines ont pu être financées dans le cadre de la politique de la ville.

●●● Julie Marquet-Gurcel, déléguée de la préfète de la Loire et Safia Cougoule, référente santé, DDCCS de la Loire

### Plateforme nationale de ressources ASV

La plateforme nationale de ressources ateliers santé ville a été créée fin 2011 comme un espace d'expression et de valorisation de la démarche ASV, un lieu de connaissance et d'échanges des actions territoriales de proximité, et un outil de lisibilité et de visibilité des multiples initiatives locales, des travaux de recherches et d'études. Elle s'adresse à l'ensemble des acteurs impliqués dans les démarches territoriales de santé publique qui contribuent à la réduction des inégalités de santé : professionnels, élus, institutionnels, partenaires nationaux, régionaux, départementaux et locaux, réseaux associatifs, chercheurs, universités. L'association a vocation à être un réseau national référent permettant d'améliorer l'articulation avec et entre les ressources existantes (Inpes, centres de ressources politique de la ville, Irep et animations régionales) et de développer de nouveaux partenariats. Elle joue également un rôle de plaidoyer en faveur de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé aux niveaux local, régional et national.

Ainsi, dans le contexte de la réforme de la politique de la ville, il est important de rappeler l'existence des inégalités sociales et territoriales de santé, de plaider pour que les collectivités et les partenaires locaux maintiennent leur engagement sur le volet santé des contrats de ville, de reconnaître le rôle des ASV dans la réduction des inégalités de santé et d'assurer leur pérennité, au service des populations les plus vulnérables.

●●● Agnès Bensussan, présidente de la plateforme nationale de ressources ASV



## Ressources

### Santé et politique de la ville

Circulaire N° SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville

Jeunes des quartiers : quel bilan de santé ?

*Les cahiers du Développement Social Urbain n°59, 1<sup>er</sup> semestre 2014.*

S'ils sont globalement en bonne santé, les jeunes des quartiers font face à des inégalités liées à des causes sociales et environnementales. L'objectif de ce numéro est de fournir des éléments de compréhension sur les difficultés de santé rencontrées par les jeunes des quartiers et d'identifier les obstacles et leviers dans leur accès aux droits et aux soins. Il interroge les solutions apportées par les pouvoirs publics et les professionnels de terrain à ces problématiques.

Les ASV et les politiques territorialisées de santé : particularités et perspectives  
*Plateforme nationale de ressources ateliers santé ville, 2013*

Actes de la première rencontre nationale organisée par la Plateforme nationale de ressources ASV qui avait pour objectif d'éclairer les apports des démarches de promotion de la santé et de proximité portées par les ASV, et de les mettre en débat dans un contexte marqué par des profonds changements et de nouveaux enjeux pour la politique de la ville et pour les politiques territorialisées de santé publique.

Convention triennale d'objectifs pour les quartiers populaires 2013/2015 entre le ministère de la Ville et le ministère des Affaires sociales et de la Santé, le ministère délégué aux Personnes âgées et à l'Autonomie, le ministère délégué à la Famille, le ministère délégué aux Personnes handicapées et à la Lutte contre l'exclusion, 19 avril 2013  
Cette convention aborde trois enjeux majeurs : l'accès aux droits, la santé et le médico-social,

la cohésion sociale, afin de réduire les écarts perçus dans ces domaines entre les habitants des quartiers prioritaires et ceux des autres territoires. L'un des objectifs de la convention est de préciser les mesures prises par le CIV du 19 février 2013.

Camille LEHUGER  
La participation des habitants en santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Synthèse du rapport Acsé, Université Paris 13, 2013

Ce mémoire de Master 2 Intervention sociale et urbaine conceptualise tout d'abord la participation des habitants notamment dans le domaine de la santé. Puis, il dresse un état des lieux de la participation au sein des ASV en France, analyse les pratiques effectives de participation ainsi que les freins rencontrés par les acteurs santé de la politique de la ville. Enfin, il dégage les limites qui s'imposent dans la mise en place des dispositifs participatifs et relève les leviers préconisés par les professionnels rencontrés.

Référentiel national des ateliers santé ville  
*Secrétariat général du CIV, 03/2012*

Ce référentiel vise à clarifier le positionnement des ASV dans le nouveau contexte des politiques publiques de santé et de cohésion sociale pour la période 2011/2014, en cohérence avec l'action conduite par les collectivités locales. Il précise les objectifs stratégiques de cette démarche et comment elle s'intègre dans un contexte nouveau résultant notamment des contrats locaux de santé.

De l'atelier santé ville au plan local de santé. Vers une consolidation des dynamiques territoriales en santé  
*Les Échos des ateliers permanents du CR•DSU n°7, 10/2010*

Ce document apporte des éléments d'éclairage sur la nouvelle organisation en santé : mise en place des agences régionales de santé et des territoires de santé. Il propose également une aide au repérage des marges de progrès de la démarche ASV, ainsi que des éléments méthodologiques aux développeurs territoriaux soucieux de consolider les dynamiques territoriales en santé par la définition de plans locaux de santé.

Les ateliers santé ville de Rhône-Alpes : État des lieux et perspectives d'accompagnement en région. Actes du forum régional du 25 juin 2009  
*Fédération Rhône-Alpes d'éducation pour la santé, 11/2009*

Retranscriptions des interventions dont celle de l'atelier sur l'observation locale en santé et de celui consacré aux objets et modes de participation des populations d'un territoire.

Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Actes du séminaire de Bordeaux  
*Éditions de la DIV (Les), 04/2009*  
Constat majeur de ce séminaire : le volet santé des contrats urbains de cohésion sociale pose l'atelier santé ville comme l'outil fédérateur des politiques de la ville, de santé publique et de cohésion sociale. Ces trois journées ont confirmé la capacité des équipes locales des villes à innover, s'engager dans des approches populationnelles, construire avec leurs partenaires, et réaliser une véritable avancée dans le champ de la santé publique sur les territoires de la politique de la ville.

## Observation en santé

[www.balises-rhone-alpes.org](http://www.balises-rhone-alpes.org)  
*La base locale d'informations statistiques en santé*

Le diaporama des interventions de la journée du 12 décembre 2014, organisée par l'ARS Rhône-Alpes et l'ORS Rhône-Alpes sur les observatoires locaux en santé.

### Observatoire de la santé des Lyonnais

*ARS Rhône-Alpes, ville de Lyon, 2012*

Une partie de cette étude présente les caractéristiques des populations des territoires prioritaires du Cucs de la ville de Lyon et leurs pratiques de santé à travers la consommation de soin ainsi que leurs enjeux de santé.

### Observer ensemble. Enjeux et éléments de méthode pour une observation partagée avec les habitants

*Club de l'observation sociale en Rhône-Alpes, 01/2010*

L'objectif était d'analyser différentes expériences d'observation ayant pris en compte le point de vue d'habitants de territoires donnés, d'usagers de services publics, de bénéficiaires de mesures (dispositifs, allocations). Le champ de cette analyse portait sur le type d'observation qui peut être mené « avec » les habitants/bénéficiaires/usagers.

### L'observation locale en santé : du diagnostic au pilotage de la politique de santé publique

*Élus, santé publique et territoires, 2010*

Les actes de cette journée abordent le passage du diagnostic local de santé à l'observation locale, la place de l'observation dans le pilotage d'une politique locale de santé et l'articulation entre le niveau local et le niveau régional.

## Médiation en santé

20 ans de médiation sociale et culturelle, 20 ans d'intervention auprès des habitants  
*Profession Banlieue, 12/2011, 99 p.*

Un chapitre consacré à la médiation sociale et culturelle au service de la santé croise des paroles d'experts sur les inégalités sociales de santé et leur réduction grâce à la médiation. Puis, des actions de médiation en matière de santé, dans des quartiers populaires de Seine-Saint-Denis sont présentées.

### La médiation santé, un outil pour l'accès à la santé ? Rapport d'enquête

*Fraes Rhône-Alpes, 03/2010, 22 p.*

Ce travail propose un état des lieux sur les pratiques de médiation en santé et questionne l'intérêt et les enjeux de cette méthode comme facilitateur pour accéder à la santé et aux soins.

## Inégalités de santé

### Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ?

*La lettre du Pôle régional de compétence éducation et promotion de la santé Rhône-Alpes n°13, mars 2015*

Éclairage sur des expériences en Rhône-Alpes.

### Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ?

*Inpes. Revue La santé en action n°428, 2014*

Comment promouvoir la santé des populations dans les territoires fragilisés ? Ce dossier dresse l'état des connaissances sur cette problématique et l'illustre avec des exemples concrets. Il explore les relations entre santé et territoires sous l'angle de la recherche et passe en revue plusieurs contrats locaux de santé dont acteurs de terrains et experts exposent les points forts et les facteurs limitants.

## Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêts d'une approche locale et transversale

*Inpes, ESPT, Réseau français Villes-santé OMS, 02/2013, 12 p.*

Ce document a pour objectif de faire comprendre aux élus locaux ce que sont les inégalités sociales de santé et de les pousser à agir pour prendre en compte la santé dans toutes les politiques municipales ou intercommunales.

### Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles

*Les documents de l'Onzus, 2009*

Deux études apportent un éclairage sur la thématique santé telle qu'elle se pose dans les territoires prioritaires de la politique de la ville : la première s'intitule « Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne » et la deuxième « L'impact du contexte sur l'état de santé de la population : le cas des zones urbaines sensibles ».

### Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage

*Irdes, Questions d'économie de la santé n°139, 02/2009, 6 p.*

Cette étude révèle que vivre dans un quartier où se cumulent les difficultés économiques et sociales augmente la probabilité de se déclarer en mauvaise santé. Enfin, les habitants des quartiers récemment construits et avec une forte présence de jeunes sont en meilleure santé que ceux qui vivent dans des quartiers anciens habités par des ménages plus âgés.

Et encore... sur [www.crdsu.org](http://www.crdsu.org)



### Dossier thématique « Santé et politique de la ville : agir ensemble, pour et avec les habitants »

Retrouvez cette bibliographie en version électronique et consultez tous les documents cités, directement dans le dossier thématique consacré à cette journée.

## Document réalisé par le CR•DSU

Le Centre de Ressources et d'échanges pour le Développement Social et Urbain Rhône-Alpes s'adresse aux acteurs dont les projets s'inscrivent dans un objectif de cohésion sociale sur un territoire: professionnels des collectivités locales, élus locaux, partenaires institutionnels, associations, chercheurs...

Son action: diffusion d'informations et de connaissances sous diverses formes, mise en réseau des acteurs, qualification collective, capitalisation d'expériences, soutien à certaines démarches locales...

**Directeur de publication :** Alain GRASSET, Président du CR•DSU

**Directrice de la rédaction :** Isabelle CHENEVEZ, CR•DSU

**Rédaction :** Frédérique BOURGEOIS, CR•DSU  
Marion POLLIER, CR•DSU

**Bibliographie :** Muriel SALORT, CR•DSU

**Conception graphique :** Muriel SALORT, CR•DSU

**Impression :** C'print - 256 chemin du Bigout - 69210 Éveux

### Crédits photos :

- © Ville de Montreuil-sous-Bois : page 1
- © CR•DSU : page 1
- © CR•DSU - Vidéo Moves : pages 1 et 12
- © CR•DSU : page 1
- © CR•DSU : page 9

Dépôt légal: Juin 2015

ISSN 2271-1228



PREFECTURE DE REGION RHÔNE-ALPES

Rhône-Alpes Région

GRAND LYON  
la métropole



Commissariat  
général  
à l'égalité  
des territoires



GRENOBLE ALPES  
MÉTROPOLÉ

