



Santé et précarité sociale : vers une politique publique locale ?

Dix ans après un premier *Cahier du DSU* consacré aux questions de santé, ce nouveau numéro revient sur la problématique santé dans les territoires « politique de la ville ». En 1996, le titre posait la question : Santé et développement social, médicaliser le social ou socialiser la santé ? Il s'agissait comme aujourd'hui de trouver des réponses aux problèmes de santé des publics en situation précaire tout en interrogeant leurs causes.

Le contexte a changé, la précarité s'est développée, des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins ont été mis en œuvre, des dispositifs spécifiques pour traiter des questions de santé à l'échelle des quartiers sensibles sont nés, les Ateliers santé ville (ASV), plus récemment un nouveau cadre d'intervention en santé publique a été arrêté. Un constat s'impose : **les villes s'impliquent largement, qu'elles disposent ou non d'un Service communal d'hygiène et de santé, que ce soit ou non dans le cadre d'un ASV.**

Ce *Cahier*, comme à l'habitude, est le fruit d'une élaboration collective : autour de l'équipe du CR•DSU, un comité de rédaction, composé pour l'occasion, s'est réuni à deux reprises. Il a eu le souci d'apporter, grâce à des contributions variées dans leurs origines et dans leurs approches, des réponses, ou du moins des éléments de réponse, à de nombreuses questions :

- Quels problèmes de santé rencontre-t-on dans les territoires urbains fragilisés ? Qu'est-ce qui produit des inégalités de santé ? Quels liens entre précarité, processus d'exclusion sociale et santé ? Qu'en est-il de la santé mentale et que produisent les recherches sur la souffrance psychosociale ?

- Que prévoit la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004 sur l'action santé au niveau local ? Quelles seront les modalités de participation des villes ou agglomérations aux politiques de santé ? Comment se positionnent les différents acteurs dans ce champ aux contours mal délimités ?

- Quels enseignements peut-on tirer des Ateliers santé ville et plus généralement des expériences menées par les collectivités en matière de santé ?

Ce *Cahier* s'est également nourri des échanges des deux journées de qualification organisées en décembre 2005 par le CR•DSU, intitulées « Santé, territoires et précarité, quelles expériences en Rhône-Alpes ? » et qui ont réuni une cinquantaine d'acteurs essentiellement rhônalpins.

Précarité et problèmes de santé, peut-on dire lequel est l'œuf, lequel est la poule ? Les deux types de difficultés s'imbriquent, les premières pouvant engendrer les secondes et inversement, comme le soulignent

Annie Liber, Mathilde Moradell et Philippe Laperrouse. Il n'empêche que lorsque les problèmes de santé se présentent, il convient de les traiter et d'essayer d'agir sur leurs déterminants représentés notamment par les conditions de vie des habitants. Là se trouvent sans doute les bases de la légitimité des villes pour agir.

Depuis quelques années, la santé mentale est particulièrement mise en avant dans les quartiers défavorisés. Michel Joubert explique en quoi les processus de précarisation s'inscrivent d'une manière particulière dans le champ de la santé mentale. Il éclaire le mouvement qui consiste à passer de prises en charge spécialisées en psychiatrie à une gestion des problèmes de santé mentale à l'échelle de populations en examinant le rapport entre difficultés sociales et souffrance psychique. Les collectivités locales sont ici encore interpellées.

Ce *Cahier* interroge d'abord et avant tout la place et le rôle des villes et avec elles, celle des communautés de communes, dans le champ de la santé.

Quel traitement les villes réservent-elles aux questions de santé dans leur politique ? Jean-Claude Guyot nous apporte un regard historique sur ce sujet. Et il nous explique à cette occasion quels sont les obstacles à la mise en œuvre d'une politique locale dans ce champ. Rapidement, ils tiennent à la largeur du domaine de la santé publique et à sa difficile délimitation, au fait que la santé publique concerne de nombreux acteurs inscrits dans des logiques différentes et à des échelons divers qui de fait ne sont pas faciles à fédérer. Ils tiennent aussi aux enjeux de pouvoir qui existent au niveau local (comme plus haut), souvent au sein même des collectivités territoriales.

La loi relative à la politique de santé publique a de ce point de vue posé en 2004 un nouveau cadre d'intervention en santé publique. Elle renforce le niveau régional comme niveau de planification et, Didier Eyssartier le précise, elle prévoit l'élaboration de plans locaux ou territoriaux de santé publique (les Ateliers santé ville, nés sous le giron de la politique de la ville, en sont une illustration). Ces plans devront être en cohérence avec le Programme régional de santé publique (PRSP). Les communes sont d'ailleurs invitées à adhérer au Groupement régional de santé publique chargé de la mise en œuvre du PRSP.

La première partie du *Cahier* met l'accent sur la nécessité et les moyens d'observer les réalités locales, pour mieux comprendre les phénomènes liés aux

inégalités de santé de santé et pour mieux appréhender la façon dont les usagers se saisissent ou non de l'offre de prise en charge. Première étape de programmation en santé, le diagnostic local de santé est utile à la fois pour définir des objectifs adaptés à la situation et pour mobiliser les acteurs du territoire. Olivier Guye, riche de l'expérience de l'Observatoire régional de la santé sur plusieurs quartiers, précise les différentes formes que peut prendre un diagnostic et nous livre ses recommandations.

La deuxième partie donne à voir différentes démarches locales à l'œuvre. Alors qu'elles sont confrontées aux problèmes de santé à travers l'interpellation de leurs habitants, les villes n'ont pas de réelles compétences en santé hormis quand elles disposent d'un Service communal d'hygiène et de santé¹. Préoccupées par les situations rencontrées, beaucoup de villes ne pouvant disposer réglementairement d'un SCHS, ont cependant investi ce champ. Aux quatre coins de la région Rhône-Alpes et de l'Europe, les villes et communautés de communes inventent et font vivre dans le temps, non sans difficulté mais **toujours en partenariat avec des acteurs locaux, des réponses sous forme de réseau, de point d'écoute, d'équipe mobile... et même d'activités sportives!** Autant d'expériences dont on pourra s'inspirer et dont on pourra tirer les leçons. La participation des habitants est constamment recherchée avec plus ou moins de succès. Pour Jean-Claude Guyot, on est loin de la démocratie participative compte tenu des rapports qu'entretiennent les habitants avec les collectivités locales. Elle paraît pourtant possible à obtenir pour Henri Franchet, sous certaines conditions.

La troisième partie du Cahier fait un zoom sur les Atelier santé ville qui ont légitimé en quelque sorte (après les volets santé des contrats de ville) l'action en santé des villes ne disposant pas de SCHS. La démarche d'ASV est une démarche de programmation en santé publique dans laquelle le partenariat local et la participation des habitants sont particulièrement recherchés. Elle s'appuie sur un coordonnateur dont le métier et ses conditions d'exercice sont analysés par Chantal Mannoni. Plusieurs contributions donnent à voir des expériences rhônalpines. À la suite de la crise des banlieues de l'automne dernier, le gouvernement a annoncé le déploiement de ce dispositif vers de nouveaux quartiers. L'enjeu est également aujourd'hui de renforcer les démarches existantes et de les intégrer

dans le droit commun comme en témoignent plusieurs auteurs. **Cette partie revient également sur la façon dont les différents acteurs se structurent, via différents réseaux**, pour partager leurs préoccupations et rechercher des réponses pertinentes. À titre d'exemple, la santé mentale et la souffrance psychosociale constituent une préoccupation particulière soulevée par les différents acteurs dont les élus. Jean Furtos nous apporte quelques clés de compréhension sur ces souffrances qui ont à voir avec le vivre ensemble dans la cité. Cette partie présente enfin des ressources disponibles aux acteurs de terrain à l'échelle de la région Rhône-Alpes.

Face aux problématiques de santé et d'accès aux soins des populations vulnérables au niveau local, il n'y pas de remède miracle mais des réponses de différents ordres en fonction du contexte. Que le lecteur trouve dans ce numéro matière à réfléchir, des informations et recommandations utiles à sa pratique, des idées à transposer et adapter pour inventer et continuer à avancer sur son territoire. Bonne lecture. ■

Pascale GAYRARD et Isabelle CHENEVEZ

¹ Issus des « Bureaux municipaux d'hygiène » créés à la fin du siècle dernier pour lutter contre les grands fléaux infectieux et assurer l'hygiène publique, les SCHS ont été rendus obligatoires par la loi du 15 février 1902 dans les villes de plus de 20 000 habitants. Mais à la veille des lois de décentralisation moins de la moitié des villes de plus de 20 000 habitants étaient dotés d'un BMH. L'État entendait reprendre alors clairement sa compétence en matière de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène. La loi du 23 juillet 1983 a organisé ce transfert de compétence mais a autorisé les collectivités qui assumaient ce rôle à continuer à l'exercer et prévu le versement à ce titre d'une dotation globale de décentralisation. 208 Services communaux d'hygiène et de santé sont dans ce cas en France. La circulaire du 14 juin 1989 a élargi leurs missions notamment au domaine de l'éducation et de la promotion de la santé.