



Santé et politique de la ville : affirmation et ambiguïtés

En Rhône-Alpes, le CR•DSU accompagne un collectif composé de coordonnateurs locaux en santé pour permettre l'échange d'information et le partage des pratiques sur la région. À partir de quelques échanges et d'un questionnaire, le Collectif revient sur la place de la santé dans la politique de la ville, une thématique encore « jeune », qui navigue entre des cultures professionnelles différentes, à la recherche d'une reconnaissance.

PEU PRISE en compte auparavant, la santé figure aujourd'hui parmi les priorités assignées à la politique de la ville. Il s'agit de réduire les inégalités sociales et spatiales de santé et de permettre un égal accès aux soins à tous, notamment en répartissant mieux l'offre médicale à l'échelle des quartiers en difficulté. La santé compte parmi les cinq thèmes majeurs des Contrats urbains de cohésion sociale (Cucs). Lancée en 2001, la démarche des Ateliers santé ville (ASV) est destinée à rapprocher acteurs et professionnels pour qu'ils élaborent des programmes de santé publique à l'échelle locale et, si possible avec les habitants¹. En Rhône-Alpes, trente-deux ASV ont été officialisés pour un financement d'environ 900 000 € (crédits Politique de la ville) pour l'année 2007, soit une moyenne de 28 000 € par territoire. À titre de comparaison, nous sommes dans un rapport de 1 pour 10 par rapport aux sommes engagées pour la réussite éducative. L'ASV est l'outil majeur des volets santé des Cucs, mais tous les territoires n'en sont pas dotés. De nombreuses communes engagées à renforcer ce volet, ont en projet le démarrage d'un ASV pour l'année 2008.

Quel diagnostic général concernant les problématiques de santé des populations les plus fragiles ?

Nous retrouvons, pas seulement dans les quartiers en politique de la ville, des problèmes liés à la santé mentale (adolescents en particulier) et des problématiques d'accès aux soins. Nous observons des situations d'isolement (personnes âgées, des mères célibataires et des jeunes). Il existe une méconnaissance inquiétante des ressources disponibles et mobilisables, des parcours de soin, des fonctionnements administratifs, du système de santé publique ou encore des droits. Les questions autour de la sexualité, des relations filles/garçons ou encore des violences subies par les femmes sont récurrentes. Les troubles ophtalmologiques, les problèmes dentaires ou psychomoteurs ne sont pas suivis. Enfin, il ne faut pas oublier l'aide et le soutien à apporter aux professionnels souvent confrontés à des publics en souffrance

psychique. Pour pousser l'analyse, la place que notre société accorde aujourd'hui aux démunis, aux précaires, aux « désarmés », aux marginaux, aux « faibles » conditionne la faculté de ces populations à accéder à la santé. Cette situation sera encore aggravée par le déni éventuel des problématiques sanitaires (somatiques et/ou psychiques) au bénéfice de la couverture des besoins vitaux. Enfin, aborder la santé dans les quartiers politique de la ville, c'est aborder des choses très personnelles avec des gens en plus ou moins grande précarité : la relation au corps, la relation entre moi et mon corps, par rapport à tout ce que je vis actuellement (toxicomanie, maladie, prostitution, grande précarité sociale, économique...); la relation à l'autre, à travers mon corps (mon apparence, ma capacité à m'exprimer, la place que j'occupe). Par conséquent, la précarité complexifie *de facto* l'accès au soin, la prise en compte par l'individu et par le corps social de son état de santé.

Quelle prise en compte de la santé dans les politiques territoriales et la politique de la ville en particulier ? Quelles pistes d'amélioration ? Quel positionnement (sensibilité, métier) ?

De manière générale, les questions de santé bénéficient encore de peu de crédit au niveau des politiques locales. Les ASV ont permis d'accentuer la reconnaissance des opérateurs locaux et le recrutement de coordonnateurs facilite la mise en œuvre des actions. Néanmoins la santé n'est jamais tout à fait prioritaire. La notion de santé, telle que véhiculée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), au sens de bien-être physique, mental et social, ou « du mieux vivre ensemble » n'est pas connue et perçue par les « non initiés » à la santé publique. De fait, l'articulation entre, par exemple, les ASV et les équipes Mous n'est pas naturelle. Et les liens avec les services de droit commun sont encore moins évidents alors que les Cucs doivent favoriser cette articulation. Il est donc difficile de faire passer ce message de santé publique et de promotion de la santé au milieu d'autres préoccupations, plus immédiates et visibles. Une autre rationalisation serait surtout à opérer au niveau des sollicitations incessantes, tant des professionnels que des habitants.

Le volet santé est nouveau et encore un peu à part. Le travail partenarial sur ce thème existe sur certains territoires, sur d'autres il doit être vraiment renforcé. La politique de la ville est toujours vue et vécue comme le parent pauvre des politiques publiques sans parler des incertitudes sur sa valeur ajoutée (cf. rapport de la Cour des comptes). Ce sont peu les

professionnels du soin, les personnes de formation médicale et paramédicale qui participent aux dynamiques des ASV ou qui font remonter les constats de terrain. On retrouve plutôt, dans les groupes de travail des professionnels du social, de l'insertion professionnelle ou des membres d'association, des gens de terrain finalement, qui ont une bonne connaissance des publics avec lesquels ils travaillent ou qu'ils rencontrent au quotidien. On remarque donc une nouvelle fois **les cloisonnements référentiels de chacun**. Il est difficile de faire le distinguo entre le soin, le curatif et la prévention. Or, pour beaucoup, la santé est encore synonyme de soin(s) et pas encore de santé, au sens large. Certains s'y retrouvent car ils aiment naviguer en eaux plus floues. Justement, les ASV permettent ces zones troubles qui sont des lieux d'innovation. Le croisement des savoirs et savoirs-faire, tant professionnels que personnels, institutionnels ou bénévoles est une mine d'informations sur la réalité du terrain et une mine de possibles.

Quel regard sur le paysage institutionnel qui nous entoure ? Quels sont les freins rencontrés ou ressources mobilisées ?

L'ensemble des institutions concernées participe du mieux possible aux différentes démarches actuellement développées. Il semble néanmoins qu'il y ait un manque de plus en plus criant de moyens dans les circuits de soin de droit commun. Concernant le fonctionnement des dispositifs de prévention et d'accompagnement, les sources de financement sont également minimales. Par ailleurs, la situation et l'évolution générale de la santé publique (mode de fonctionnement des hôpitaux publics à l'acte, par pôles...) conditionne aussi les moyens dont se dote la société pour prendre en compte et traiter les problèmes de santé du plus grand nombre. Or, les plus démunis, qui ne sont pas les plus « solvables » et dont les problématiques souvent liées à la notion de **lien social** ne sont pas les plus simples et les plus rapides à traiter et ne seront pas à l'avenir ceux qui intéresseront les hôpitaux publics et encore moins privés. Pour être « tendance », la médecine se doit, elle aussi aujourd'hui, d'être **pragmatique, efficace et solvable**.

Quel bilan tirer, en terme de plus-value, du volet santé au sein de la politique de la ville ?

Le collectif identifie certaines plus-values non négligeables :

- une réflexion partagée avec les acteurs de terrain et les financeurs sur les travaux à engager dans le domaine de la santé ;

- la connaissance et reconnaissance mutuelles des professionnels de santé, du social, de la santé mentale ;
- une meilleure implication des élus locaux ;
- une démarche facilitée dans la construction et la mise en œuvre de projets collectifs de proximité grâce à une meilleure connaissance des acteurs entre eux ;
- une meilleure information du grand public ;
- une certaine territorialisation de l'action publique dans le champ de la santé publique avec un équilibre entre les quartiers prioritaires et l'ensemble du territoire communal ;
- la participation à la qualification des professionnels sur des champs intersectoriels.

Quelles évolutions et perspectives possibles ou souhaitables ?

L'obtention de données quantitatives au niveau infra est toujours difficile et ne permet pas toujours d'avoir une photo d'identité réelle de la population en terme de santé. La mise en place d'un observatoire commun avec des tableaux de bord et cartographies répondant à des indicateurs qualifiant chaque territoire, permettrait de répondre en grande partie à ce problème. À cet effet, le rôle du **comité de pilotage local**, instance politique et inter-institutionnelle, « porte-parole » de son territoire pour ce domaine (besoins locaux, réponses soutenues), doit être renforcé.

Sur le fond, face à des problématiques sociales et sanitaires souvent cumulatives et très imbriquées, il faut une **médecine hors les murs**, dans la ville et dans les quartiers : des consultations de soin, d'écoute, d'accompagnement auprès des publics dans les associations et les lieux de proximité. Mais il n'est pas certain que tous les spécialistes du soin soient d'accord pour se déporter et pour aller vers un public qu'on sait dans l'incapacité de faire seul le cheminement vers le soin (équipes mobiles, équipes santé et précarité...). ■

Collectif santé en Rhône-Alpes

1. Voir définition p. 18