

Politiques locales de santé et cohésion sociale : les nouveaux modes de mobilisation et de contractualisation

En vingt-cinq ans, les rapports entre les villes et la santé ont oscillé entre l'implication, avec engagement d'actions innovantes, et encadrement par l'État dans des programmes de santé publique [38, 46]. La politique de la ville a joué dans ce va-et-vient un rôle essentiel à partir des années 1990, en travaillant sur les conditions pratiques de la territorialisation des actions de santé [57]. Dans le cadre de la loi Hôpital, patient, santé, territoires (HPST), un certain nombre de changements et d'enjeux ressortent de la mise en place des agences régionales de santé (ARS) : la réaffirmation de l'importance de la territorialisation des politiques de santé, l'objectif priorisé de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et la nécessaire articulation entre prévention, soins et médico-social. Les enseignements de plusieurs expériences d'analyse critique de l'action publique (ateliers santé ville, volet santé des contrats urbains de cohésion sociale succédant aux contrats de ville) et de participation à la mise en place de démarches concertées de santé entre villes, région et État convergent vers une interrogation sur l'évolution de la place de la santé dans les politiques publiques territorialisées. Pendant toute une période, le « volet santé » n'a constitué qu'une annexe, quand il n'était pas oublié. Il fallait agir, en priorité, sur l'emploi, l'insertion, l'éducation et la sécurité¹, assurer une meilleure articulation entre interventions concernant les mêmes catégories de population et une meilleure lisibilité des moyens engagés par les politiques de droit commun. Il est intéressant de réinterroger aujourd'hui cette problématique, au moment où l'État, via les ARS, se propose de définir de nouveaux cadres de contractualisation avec les collectivités territoriales (CLS).

La politique de la ville et le développement des actions locales de santé

L'équation posée dans la loi de 2005 complétait les impératifs de solidarité urbaine avec des objectifs de « cohésion sociale ». Cette précision de vocabulaire, si elle n'est pas explicitée dans le texte de loi, a conduit à requalifier la stratégie de lutte contre l'exclusion sociale. Il ne suffisait plus d'agir sur le plan de la redistribution, mais de trouver des modalités : agir sur l'emploi, le logement, la solidarité urbaine et l'éducation d'une manière cohérente et concertée doit permettre de

réduire les risques de clivage concernant l'ensemble de la société. Le contexte de l'impulsion d'une politique centrée sur la cohésion renvoie clairement aux multiples risques de décohésion (individualisation et vulnérabilisations exacerbées, anomie, émeutes, conflits) qui menaceraient la société – et plus particulièrement les marges urbaines de notre société. Que vient faire la santé dans le redéploiement considéré comme nécessaire et urgent des politiques sociales ? Les missions de l'État en matière de soins et des départements en matière de prévention ne suffisent-elles pas à couvrir les besoins fonctionnels sur le plan de la réponse aux besoins ?

La réponse négative à cette question se base sur l'expérience de ces vingt dernières années, qui a vu le système de protection se fractionner, les difficultés d'accès aux biens communs des soins et de la prévention se multiplier, la précarisation venir exacerber des problématiques qui étaient jusqu'alors gérées d'une manière sectorielle. Introduire la santé dans la politique de la ville [5, 57] marque un tournant dans la manière de concevoir la place de la santé dans la société du XXI^e siècle. Il ne suffit plus de développer ou de maintenir à tout prix un dispositif technique centré sur les problématiques médicales (protection, soins, prises en charge), mais l'appréhension de la santé dans un contexte de crise, d'exacerbation des inégalités sociales et de précarisation doit revenir à ses déterminants sociaux, c'est-à-dire aux « *circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent* » (OMS, 2005). Les processus conduisant à produire et amplifier les injustices sociales ne sont plus séparés de leurs effets sur la santé. Les soins, et *a fortiori* la prévention, sont impuissants à endiguer le flot croissant des besoins générés par l'augmentation des difficultés vécues par les plus vulnérables. À défaut d'intégrer la santé dans « *toutes les politiques* » (OMS, Adelaïde, 2010), elle a trouvé en France une inscription progressive dans la politique de la ville.

Le Conseil interministériel des villes du 9 mars 2006 a acté l'intégration de la santé comme l'un des cinq thèmes prioritaires de la politique de la ville pour la cohésion sociale. L'objectif assigné aux démarches était d'évaluer l'état de santé des habitants, de coordonner les acteurs et les professionnels de santé au niveau local (quartiers prioritaires), afin de développer la prévention et l'accès aux soins des habitants. Le processus de mise en place des contrats urbains de cohésion sociale est venu confirmer et traduire en 2007

Michel Joubert
Professeur émérite
de sociologie,
université Paris 8

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 66.

1. La santé disparaît, par exemple, en 2011 (CIV du 18 février) du projet de développement de Cucs expérimentaux.



l'intégration de la santé comme le cinquième de ses axes structurants². Ce processus a été à l'origine de nombreuses expériences conduites au sein des territoires relevant de la politique de la ville. La généralisation des ateliers santé ville, la prolongation des Cucs et l'engagement des démarches d'élaboration de contrats locaux de santé apportent les matériaux permettant de comprendre les modalités d'engagement des villes dans des programmes locaux de santé publique et plus largement dans des expériences coordonnées d'action sur les déterminants sociaux de la santé.

Approcher localement les inégalités sociales de santé

Il était intéressant de se demander ce qui avait changé dans les manières de penser et de faire au sein des territoires où des ASV ont été mis en place³. Cela tourne autour de trois termes : proximité, diagnostic et intersectorialité.

Proximité

Retrouver de la proximité, cela passe par la compréhension de l'importance des distances ayant pu se creuser, de l'enkystement des misères ordinaires dans les recoins de l'espace social⁴ et par une interrogation sur les conditions sociales de la rencontre et du travail avec ces personnes. Les associations et les ONG ont investi ce terrain par nécessité, les besoins étant trop criants et les ressources de droit commun trop éloignées. Avec les ASV et quelques autres démarches (réseaux, actions de santé communautaire, Réseau villes-santé de l'OMS, politiques municipales « historiques »), la possibilité de développer une action publique locale pertinente sur le territoire local a été largement démontrée. L'enjeu de « cohésion sociale » consiste à réintégrer les personnes objectivement placées sur la touche sur le double plan du social (travail, logement, difficultés scolaires des enfants, insertion des jeunes) et de la santé (réduction des ressources préventives, retard dans l'accès aux soins, exposition aux risques, détresse morale). Pour les réintégrer, il faut déjà les toucher et communiquer avec elles sur des bases respectueuses (absence de jugement, de stigmatisation, d'injonctions, etc.). Si des acteurs agissaient déjà sur ce plan (associations, travailleurs sociaux), les approches restaient sectorielles et faiblement relayées. La démarche de proximité suppose une construction avec les personnes sur leurs lieux de vie. À l'heure de la Revue générale des politiques publiques (RGPP), les visites à domicile ont presque disparu, la prévention spécialisée (éducateurs de rue) est régulièrement interpellée sur son efficacité et les équipes mobiles sont rares et fragiles. Pourtant, pour les plus vulnérables (personnes âgées, jeunes sortis

du système scolaire, familles monoparentales, familles précarisées, personnes sans logis...), recréer des supports relationnels au plus près, dans une démarche coopérative, apparaît constituer une condition du rétablissement de ce minimum de lien à l'espace commun qui permettrait d'inverser un processus et de réduire les inégalités. Cela demande de l'engagement et des soutiens (élus locaux, associations, institutions).

Le volet santé de la politique de la ville a permis de consolider les démarches existantes et d'en susciter de nouvelles. L'échelle de la communauté des habitants sur un territoire donné (un quartier, la ville, ou une agglomération) permet de travailler « avec » la communauté constituée par les résidents et avec leurs représentants élus. Mais on ne « convoque » pas les habitants ou la communauté ; les personnes concernées ne s'engagent que progressivement, en relation avec la confiance pouvant s'établir avec des intervenants bienveillants et inventifs. Pour les « activer », il est nécessaire d'ouvrir un espace des possibles et de l'intersubjectivité. C'est là qu'intervient l'ASV (ou autre agencement) : la légitimité de la démarche validée sur un plan politique [19], des actions de proximité peuvent s'engager.

Diagnostic

Le diagnostic partagé peut être investi comme un espace de travail qui modifie pour les intervenants les termes mêmes du rapport à la santé, à la population et aux inégalités sociales exprimées localement. Il faut dépasser les indicateurs classiques et les données standardisées d'activité des institutions, pour laisser parler l'expérience : celle des habitants, mais aussi des intervenants travaillant avec eux, professionnels et associations des différents secteurs tramant la vie sociale (travail, formation, intervention sociale, éducation, soutien social, prévention, soins, culture...). Au croisement de ces expériences, peuvent se dégager des fils permettant de comprendre les processus à l'œuvre, ceux qui produisent des dégradations et ceux qui sont à la base des résistances, de la production des ressources et de savoir-faire interstitiels (peu visibles) permettant de supporter des conditions de vie difficiles. Le diagnostic partagé crée alors un espace de reconnaissance, le lieu possible d'une inversion ou d'une réduction des processus de reproduction des inégalités. La santé n'y est pas séparée de son environnement, de ses déterminants et des interactions dans lesquelles elle est engagée.

En 2008, la moitié des Cucs disposant d'un volet santé avaient engagé un diagnostic « participatif ». Plus des deux tiers des ASV se fondaient sur une démarche diagnostique. Elle doit permettre de préciser les besoins prioritaires des populations du territoire – et en particulier des publics les plus défavorisés –, ainsi que le degré de correspondance avec l'offre de prévention et de soins de droit commun sur le territoire, le degré d'accessibilité de ces derniers pour les populations les plus vulnérables. Ceux qui partent d'une approche

2. Après habitat-cadre de vie, l'emploi et l'insertion, la réussite éducative ; avant que l'on y ajoute la culture et la citoyenneté.

3. Cf. [44, 57] et l'analyse critique du volet santé des Cucs effectuée pour le SG-CIV en 2008-2009 [9].

4. Des processus équivalents sont enregistrés en milieu rural.

« participative » supposent la mise en œuvre d'une méthodologie de mobilisation et de consultation des acteurs locaux, habitants compris, avec co-construction de l'identification des besoins non ou mal couverts. Ces diagnostics reposaient sur trois leviers principaux :

- la mobilisation et l'intégration des acteurs clefs du territoire au projet urbain de cohésion sociale en contact direct avec la population, en particulier les plus défavorisés, situés à l'interface des dispositifs et politiques publiques sanitaires, sociales et éducatives ; leur pouvoir d'influence direct et indirect en fait des relais majeurs de la politique publique en améliorant son impact au plus profond de la société locale ;

- l'intégration dynamique de l'axe santé aux autres axes de la politique de la ville ;

- l'engagement d'une dynamique sanitaire et sociale de proximité pouvant travailler à la prise en compte concrète de problèmes complexes et mal résolus par le système de protection sanitaire et social ordinaire : ouverture d'espaces de réflexion et d'échange d'expériences, facilitation du travail en réseau, promotion de la santé communautaire, développement des capacités d'observation et de suivi des problématiques, ouverture d'espaces d'expression et d'action politique permettant l'intégration des élus locaux aux dispositifs de santé du territoire.

Ces démarches poursuivent donc deux objectifs stratégiques interdépendants : la production d'une vision partagée des problèmes de santé du territoire et la mobilisation des acteurs concernés par la santé sur le territoire, au sein d'une démarche de santé publique concertée.

Plusieurs composantes du développement de cette méthode de travail ont été identifiées :

- la mise en place de groupes de travail qui peuvent venir conclure la démarche au travers d'une réappropriation des données et analyses effectuées par le prestataire, ou fonctionner dès le départ comme le levier impulsant la réflexion ;

- la réalisation de diagnostics successifs qui peuvent porter sur des publics et thématiques déterminés ou renvoyer à la volonté de réactualiser régulièrement le cadre et les priorités (veille, actualisation, soumission régulière à des groupes d'habitants dans le cadre de la préparation de forums) ; dans d'autres configurations où les besoins de compréhension sont importants plusieurs diagnostics ont pu être engagés conjointement ou successivement (diagnostic social et diagnostic santé, diagnostic prévention et diagnostic accès aux soins et soins, etc.) ;

- la mise en place, en parallèle au diagnostic participatif avec les habitants, d'une veille constante sur les problématiques et ressources du territoire, avec l'aide des acteurs du collectif de coordination ;

- l'action à l'échelle d'une communauté urbaine ou d'agglomération : avec des interrogations portant sur l'attractivité (correspondances avec les attentes des acteurs et institutions), afin d'assurer une dynamique

d'ensemble reprise au niveau des communes, mais aussi sur la cohérence (les objectifs de l'action sont-ils cohérents avec les orientations prioritaires ressortant des enjeux infra-départementaux) ;

- la mise en réseau des acteurs quand ils ne le sont pas déjà.

Au travers d'une stratégie de type « boule de neige » (association de proche en proche), la démarche « partagée » permet d'agréger les principales catégories d'acteurs du territoire, y compris certaines associations et médiateurs locaux. Au sein des instances de réflexion (groupes de pilotage, groupes de travail, commissions...) créées sur des thématiques « sensibles », le travail de rapprochement et d'intégration des acteurs du territoire tend alors à se faire. Il faut noter que, si ces démarches privilégient la prise en compte de l'expérience et le ressenti des acteurs de terrain, elles ne dédaignent pas pour autant de recourir à des données « objectives » de type quantitatives, qui sont alors recherchées ou produites pour appuyer les réflexions engagées. Ainsi, les orientations d'actions concrètes considérées prioritaires qui ressortent des diagnostics et qui peuvent être portées par le collectif seront les principaux marqueurs permettant d'apprécier l'évolution et la profondeur du processus d'intégration territorial du champ de la santé.

L'assemblage d'acteurs et la redéfinition des grilles de lecture engagées dans les diagnostics participatifs ont supposé la mise en place des coordinateurs : se dotant de compétences spécifiques, ils mettent en relation et en synergie les acteurs susceptibles de contribuer à l'identification des besoins. Ils travaillent avec eux dans le cadre des groupes de travail afin de dégager les actions qui permettront d'y répondre. Leur légitimité ressort de leur capacité à gérer le type de dynamique qui leur permet d'être en relation avec les principaux acteurs locaux. Seul risque : la surcharge, avec l'importance prise par la part de travail technique et administratif qui constitue une autre facette de leur travail, avec une tendance inflationniste (instruction de dossiers).

Parmi les risques pointés dans l'analyse relativement à l'usage des diagnostics, le plus classique est celui de la standardisation avec la mise en œuvre de schémas diagnostiques très routiniers, repris d'un site à l'autre, sans que puissent se dégager des connaissances ou des mobilisations appropriées aux territoires concernés⁵. Ils se contentent alors de décliner sur le mode de l'illustration des orientations déjà établies – logique *up-down* –, alors que l'intérêt de la démarche locale de santé construite à partir de l'action sur les inégalités sociales concrètes rencontrées sur les quartiers prioritaires relevait d'un mouvement *bottom-up* (et retour)⁶. Le projet de coopération et de contractualisation (avec les CLS) peut avoir du sens quand il assure une interaction constructive où les axes régionaux forment le cadre pour

5. Cela s'est passé avec les contrats locaux de sécurité, souvent déclinés d'une traduction standardisés du cahier des charges

6. E. Le Goff [46] montre que les deux logiques ont toujours coexisté.



des développements originaux qui permettront de faire remonter des spécifications susceptibles d'améliorer la conception même des programmes. Pour l'accès aux soins, les figures de travail variaient sensiblement en fonction du contexte territorial et des dispositions des acteurs locaux. Le mode standardisé, au contraire, réduisait la production des significations relatives aux besoins locaux. Sa maîtrise échappant aux acteurs de terrain, il ne contribuait en rien à l'interconnaissance et à leur mise en réseau. Dans ces cas-là, la démarche est faiblement pensée et préparée sur le plan méthodologique, avec des cahiers des charges insuffisamment précis, trop larges ou trop standardisés. L'absence d'opérateur identifié et légitime pour conduire la dynamique, qu'il relève ou non de la « santé », conduit à faire du diagnostic un élément de cadrage général ne nécessitant pas de mobilisation particulière. Autre travers : l'absence de reprise et d'actualisation des diagnostics qui, bien que datés, ne sont pas retravaillés et utilisés pour le suivi et l'évaluation des actions. Enfin, sur certains sites, la dimension « animation » peut prendre le dessus sur la volonté de rigueur : groupes de discussion informels ou *focus group* aux apports inexploitable ; sur d'autres, la mise en place d'observatoires rassemblant de nombreuses données, mais peu utilisables quand elles ne sont pas attachées à une problématique de santé publique articulée avec la mobilisation des acteurs, etc. Le fait de se cantonner aux diagnostics et priorités régionales (PRSP) constitue un autre avatar de la standardisation. Même si les priorités régionales et nationales renvoient à des problématiques largement partagées (accès aux soins, nutrition, santé mentale, conduites addictives), le processus de mobilisation locale propre au diagnostic travaille à faire émerger des spécifications appropriées à la fois à des contextes et à des agencements de ressources spécifiques. Nous avons ainsi vu apparaître des « zones d'ombre » au cœur de ces objectifs prioritaires, c'est-à-dire, derrière des intitulés faisant consensus comme « souffrance psychique », « conduites addictives » ou « conduites à risques », des interrogations sur la possibilité de démonter les problématiques, d'en comprendre les processus opératoires pour une population donnée, afin de pouvoir concentrer les moyens d'une action opérationnelle. Cette conversion-traduction des grands intitulés diagnostiques constitue un enjeu partagé par la plupart des acteurs engagés dans le volet santé et les ASV.

Ce même processus (déclinaison territoriale des PRS, de l'ajustement aux besoins locaux) a permis aux programmes territoriaux de santé de dégager des dynamiques à une échelle plus large et aux contrats locaux de santé de se mettre en place. Les plans régionaux ont d'autant plus de crédibilité, de légitimité et d'efficacité qu'ils sont irrigués et impactés par ces réflexions. La méthodologie diagnostique et participative permet souvent de faire apparaître les composantes les plus négligées de l'action publique, rendues invisibles par la sectorisation des interventions. Cela a été le cas, ces

dernières années, de la santé mentale pour laquelle beaucoup de diagnostics convergeaient, où on retrouvait la même impasse de conception et d'articulation entre la problématique du « bien-être »/« mal-être » et les soins et aides à destination des personnes affectées d'une maladie mentale. La principale plus-value de cette manière de travailler sur les inégalités sociales et les besoins de santé s'inscrit dans le domaine de la citoyenneté : loin de se décharger des enjeux de prévention et de prise en charge sur des spécialistes, ces démarches sont l'occasion pour tous les acteurs de débattre démocratiquement à partir de leurs expériences et de leur ressenti. Les élus y trouvent aussi une occasion privilégiée de se mettre en phase avec cette expression et les priorités qui en ressortent.

Cette méthodologie, mise en œuvre au départ par des prestataires extérieurs, a fini par devenir un élément central de la démarche ASV [57]. En sensibilisant, puis mobilisant les acteurs travaillant localement dans les domaines de la santé, du social, de l'éducation et de l'insertion, le processus diagnostique, sous l'impulsion du coordinateur, engage, de fait, un travail sur l'articulation et l'ajustement de certains déterminants sociaux. Les échanges entre professionnels de secteurs différents, pour un même territoire, sur les moyens de porter une attention plus soutenue et plus globale aux populations fragilisées (catégories récurrentes : « familles monoparentales », « personnes vieillissantes », « personnes handicapées », « adolescents », « allocataires du RMI/aujourd'hui RSA », etc.) visent à réduire l'amplification des difficultés et à restaurer des ressources partagées accessibles aux personnes. L'approche globale (quelquefois communautaire) permet de ne pas retomber dans les approches catégorielles, dont on connaît les effets pervers (stigmatiser, couper des ressources sociales, médicaliser). Le coordinateur, quand il se tient à distance des enjeux sectoriels, peut se construire une légitimité pour favoriser ce type d'approche.

Intersectorialité

L'ouverture d'action sur des problématiques de santé jusque-là renvoyées à des déterminants sociaux et territoriaux généraux sur lesquels on pensait n'avoir que peu de prise (emploi, inégalités sociales structurelles, précarisation croissante, discrimination des plus vulnérables et des plus récemment installés, déscolarisation), pour être effective, doit être intersectorielle [43]. L'analyse des CUCS effectuée en 2008 fait apparaître des situations très inégales d'un territoire à l'autre.

Pour près de 60 % des Cucs disposant d'un volet santé (échantillon de 60 Cucs), ces liens n'apparaissent pas d'une manière explicite. Alors que 55 % des Cucs disposaient de programme de réussite éducative, seuls 30 % étaient articulés avec le volet santé. Il n'existait de liens avec les volets « Droits, citoyenneté, prévention de la délinquance » que pour 18 % des Cucs, 16 % pour « Logement, habitat » ; 10 % pour l'axe « Emploi, insertion ».

Des interactions ont été enregistrées dans les axes « Réussite éducative » (avec les thématiques de santé propres à l'enfance socialement vulnérable), « Citoyenneté » et « Prévention de la délinquance » (jeunes en difficulté sociale). Les diagnostics participatifs étaient plus fréquents dans les Cucs articulés aux plans nationaux (Bien vieillir, MILDT, Praps, PNNS et Agenda 21). Seule une action de longue durée permettrait de réduire les inégalités sociales de santé liée à l'éducation. Une partie des actions engagées sur le terrain de la réussite éducative avaient à voir avec la prévention, en particulier pour la santé mentale (dispositions d'esprit, sentiment d'être à sa place, ressenti de mal ou de bien-être, possibilités de faire évoluer la posture des enseignants...) et les conduites à risque (prévenir leur développement et leurs effets sur la déscolarisation). La possibilité de construire des programmes de prévention, dès la maternelle, où seraient travaillées les conditions de développement des potentiels des enfants (prévention des difficultés scolaires) en même temps que la prévention de la souffrance psychique commence à être explorée, avec de grandes précautions destinées à éviter de médicaliser ou de stigmatiser précocement certains enfants. Beaucoup des liens signalés ne sont pas réellement « institués », mais plutôt « instituants », dans le sens où c'est plus au travers d'actions concrètes que le sens et les possibilités de croiser les deux approches et de coopérer tendent à émerger. Parmi les applications intersectorielles les plus fréquentes : les actions « Alimentation et bucco-dentaire », « Nutrition et prise en charge de l'obésité », la prévention des « Conduites à risques », la santé mentale, la lutte contre l'illettrisme et le soutien à la parentalité.

Le volet « Citoyenneté et prévention de la délinquance » articulait déjà plusieurs programmes : les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, la lutte contre les violences faites aux femmes, contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (plan MILDT), le soutien de la fonction parentale, le développement de l'accès aux droits et la prévention de la délinquance. L'analyse critique montre alors un primat de l'approche sécuritaire. Seules les actions de réduction des risques et de prévention des conduites à risques auraient pu faire exception, mais leur ancrage départemental a eu pour effet de limiter les possibilités d'intégration dans les dynamiques locales relevant du volet santé. Quand des dynamiques de participation des habitants ont réussi à s'enclencher sur le volet santé, des connexions avec les actions « citoyenneté et accès aux droits » s'étaient généralement développées.

Pour le volet « urbain » (habitat et cadre de vie – PRU : qualité de vie et lien social), il y avait des liens avec l'action contre l'habitat indigne (saturnisme, hygiène), les actions relatives à la qualité de la vie (santé mentale, projets « Bien-être », qualité environnementale), le renforcement du lien social et l'insertion de personnes en difficulté sur le plan du handicap psychique dans la vie de la cité, les liens habitat/alimentation/liens sociaux avec

les « jardins collectifs ». Sur le versant de l'insertion et de l'emploi, plusieurs interfaces transparaissent : le travail avec les missions locales (souffrance psychique d'adolescents en difficulté d'insertion, prévention de la consommation de produits psychoactifs), les dispositifs RMI/RSA (aide et accompagnement de personnes en souffrance) et la souffrance au travail (écoute, consultations). Un paradoxe demeurerait : la tension entre potentiels, articulations logiques et faiblesse des engagements réels liés à la baisse des moyens et à l'augmentation de la charge de travail des coordinateurs. Beaucoup de problématiques sécantes relèvent du besoin de créer les conditions d'un « mieux vivre ensemble » où se croisent les préoccupations relevant du lien social (espaces de rencontre, de soutien) et du « mieux-être » (qualité de la vie, écoute) pour des populations connaissant des difficultés multiples.

Des agencements de ressources intégrés dans le système d'action local

L'évaluation pointait le caractère *a-dispositif*⁷ de ces démarches qui tendent à se décliner d'une manière originale et interactive, en prenant en compte les spécificités locales, le contexte social, institutionnel et politique, ainsi que les éléments du diagnostic participatif sur les ressources existantes et les besoins exprimés. Les logiques de dispositif ont longtemps prévalu dans l'histoire des politiques sanitaires et sociales à partir de quelques expériences emblématiques : construire une procédure d'intervention standardisée étendue à tout le territoire. Les ASV ont été investis comme une instance réformatrice dynamique devant permettre aux politiques de santé de retrouver une assise territoriale. À l'occasion de l'analyse critique, un schéma d'analyse a permis de comprendre la manière dont s'inscrivaient et se différençaient les processus de travail. Ce sont moins des procédures standardisées qu'une gamme de fonctions avec des possibilités ouvertes et variées de développement suivant le contexte qui est apparue. Trois principalement : une fonction levier (sensibiliser, mobiliser les acteurs, élus, habitants ou professionnels); une fonction d'architecture ou de préfiguration (expérimentation, étayage, échafaudage); enfin, une fonction de support de mise en relation et de régulation des ressources au niveau local. Ces trois fonctions, qui peuvent s'enchaîner ou s'articuler dans les actions engagées, gagnent à être distinguées si l'on veut comprendre les inégalités territoriales de développement des actions; elles permettent de donner un statut à la diversité des actions engagées au titre de la santé dans la perspective d'une programmation.

Les inégalités de développement des démarches locales ont aussi une dimension historique. Beaucoup de villes ou de territoires partent d'engagements et d'expériences déjà inscrits dans la longue durée, avec

7. Le dispositif étant entendu comme un modèle d'action pré-formaté (Agamben, 2007).



les centres municipaux de santé, les réseaux de santé, des démarches de santé communautaire, l'engagement dans les ASV de première génération, le Réseau villes-santé de l'OMS, etc. D'autres commençaient tout juste à se préoccuper des actions qu'ils pourraient développer sur la santé au-delà de leurs obligations légales (hygiène et salubrité). Tout un ensemble de situations intermédiaires étaient également repérables, témoignant du travail d'ajustement engagé entre volet santé et conditions locales.

La fonction de starter ou de levier, la plus fréquemment rencontrée, correspond au stade de l'engagement. Les démarches peuvent en rester là, quand la « prise » ne s'est pas faite, que les acteurs locaux ne se sont pas emparés de cette opportunité pour engager un véritable programme de travail sur les besoins de santé identifiés ou aller dans le sens de la création d'une direction santé (quand elle n'existe pas) et/ou de la mise en place d'un programme de santé publique au niveau local. La démarche ASV et son financement de lancement (coordination, diagnostic) peuvent permettre d'engager une dynamique pour apprécier la « consistance » de la problématique santé sur le territoire : intérêt des acteurs locaux, opportunités de développer des projets, d'explorer les financements et les soutiens (rôle du comité de pilotage) et de cadrer le sens et les conditions d'une approche locale en « santé publique ». Ces éléments peuvent alors faire référence, sans que l'engagement aille plus loin (recrutement d'un coordinateur, mise en place de groupes de travail thématiques, de projets d'action, etc.). Cette fonction permet d'agir sur les représentations : faire émerger le sens d'un travail local sur la santé, les possibilités d'agir sur certains déterminants, développer la prise de conscience des inégalités sociales de santé, réaliser des confrontations de points de vue entre acteurs appartenant à des sphères professionnelles différentes.

La fonction d'échafaudage ou d'étayage suppose d'aller plus loin. L'atelier santé ville travaille alors à la construction de programmes d'actions susceptibles de répondre aux constats du diagnostic. Cette traduction en problématiques spécifiques, souvent tournées sur les inégalités sociales de santé les plus criantes ou sur les urgences, permet de légitimer l'intégration de la santé dans un programme de réduction des inégalités sur le territoire. Le passage à une préfiguration des actions possibles et des dispositions nécessaires à engager constitue une phase plus opérationnelle ; elle suppose des implications plus fortes des élus et des principaux représentants présents dans le comité de pilotage qui vont devoir valider cette architecturation. L'ASV passe alors du statut d'agent d'animation et de réflexion à une posture plus opératoire de coordination entre les acteurs qui s'engagent dans des programmes ou proposent des fiches-action.

Ce processus peut durer quelque temps car il faut réussir à harmoniser les temporalités de la politique municipale, des appels à projet, des partenaires de

terrain relevant d'instances diverses (conseil général, CPAM, associations, hôpitaux, médecine libérale, etc.) tout en s'articulant avec les programmes régionaux et les priorités départementales. La manière dont cet échafaudage va profiler le centre de gravité de la démarche déterminera en grande partie le style et l'ambition du projet local (CCAS, association, mission ville...).

L'idée d'échafaudage renvoie aussi au fait que la « forme provisoire » qui ressort de la démarche ne constitue qu'une étape – celle des conditions de possibilité – et que une fois effectuée la mise en place des actions et des coordinations, une installation plus permanente de cet axe devra se dégager. Certains des éléments mis en place durant cette phase devraient alors laisser la place à des ressources de « droit commun ». La logique d'échafaudage permet de créer les conditions et le cadre d'un nouvel échelon de la politique de santé au niveau local. Elle devrait avoir vocation à fusionner ou à se convertir dans des dispositifs intégrés et pérennes. Mais il existe toujours un risque de voir le « moyen » devenir la « finalité » : on maintient l'échafaudage à tout prix, alors que la base d'action en santé publique est en place. Beaucoup de politiques ont vu ainsi se stratifier des dispositifs répondant à des phases successives de construction qui auraient gagné à être refondus ou dissous. Les ASV étaient-ils dans ce cas ? Pas sûr, au regard des enjeux de la phase suivante.

La fonction de support est présentée à titre d'hypothèse, même si son analyse s'appuie sur plusieurs expériences locales. En effet, les contrats locaux de santé ont ouvert un nouveau stade dans l'histoire des politiques locales de santé : la contractualisation s'effectue à l'échelle du territoire de la ville ou de l'agglomération, tout en devant prendre en compte les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Or, l'enjeu des ASV était de contribuer à l'engagement de politiques de santé aptes à réduire les inégalités sociales de santé sans opérer un traitement spécialisé des personnes en difficulté : actions de raccordement, de reconnaissance des compétences, de participation citoyenne. La troisième fonction des ASV relevait de l'interconnexion. Si l'échafaudage pouvait être démonté, la politique locale pour conserver la richesse et la force cohésive de la démarche doit attribuer une nouvelle place à l'ASV : la prise en compte des personnes en difficultés demande toujours de la vigilance et les processus de (re)production des inégalités sociales de santé n'ont pas disparu. L'ASV (ou autre agencement du même type) tend alors à devenir le support de la politique locale de santé : l'aide à la programmation, l'évaluation de la qualité du système de santé local et de son maintien, la pérennisation et le développement des méthodes (participation des habitants, coordination, programmation, diagnostics et évaluation). Une fois l'opérateur installé, même en l'absence d'un projet politique totalement finalisé, il peut constituer une pièce centrale du système ; on ne peut plus l'enlever sans créer des perturbations importantes ; il devient une instance de régulation des

interactions entre les grandes composantes du système médico-social local (prévention, soins, relais sociaux) et les publics vulnérables ; il permet de stabiliser des ressources locales dans un cadre politique légitime. Cela était le cas pour les réseaux de santé portant un ASV et pourra l'être pour les CLS qui intégreront les ASV dans cette fonction pivot.

Chaque degré et chaque fonction se trouvent à l'origine de contributions spécifiques au processus de déploiement du volet santé ; ils peuvent aussi rencontrer certaines limites comme le risque d'en rester au stade de la construction (les crédits de coordination et de diagnostic ne sont saisis que comme une opportunité d'abonder les financements d'actions existantes). La limite de l'échafaudage, c'est aussi d'en rester là : on expérimente et mobilise les acteurs, des projets émergent, puis tout s'arrête. Cette issue est évidemment préjudiciable, car elle crée de la déception et peut conduire à rigidifier l'existant. Le dernier écueil serait, pour la troisième fonction, de voir l'opérateur se fossiliser dans une position trop institutionnalisée ou le support disparaître sous prétexte d'intégration, ce

qui pourrait occasionner une régression sur l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé avec une réduction des actions conduites sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Conclusions

Les apports des collectivités territoriales au processus de reconstruction des politiques de santé publique ne font aujourd'hui plus de doute, même si les paradoxes et contradictions n'ont pas disparu (concurrences, resectorialisation). La question des périmètres d'action les plus pertinents pour le développement de ces politiques concertées n'est pas résolue (ville, agglos, territoires de santé) et les politiques conduites par les ARS sont différentes d'une région à l'autre. Les déterminants sociaux pèsent de plus en plus fortement et continuent à alimenter le sentiment de délaissement et de dépendance chez les habitants concernés [7]. Malgré tout, ces initiatives et mobilisations restent un gage d'ouverture vers une citoyenneté active sur des enjeux de vie quotidienne (cadre de vie et qualité de vie, accès effectif aux droits élémentaires). Certains élus ne s'y trompent pas. 🧩