



**QUAND LES
HABITANTS SE
MÉLENT DE CE
QUI LES REGARDE :
SANTÉ!**

*Rencontre nationale
des Ateliers santé ville
et projets territoriaux
de santé 2016*

ateliers santé ville
PLATEFORME NATIONALE
DE RESSOURCES

RENCONTRE DE LA PLATEFORME
NATIONALE DE RESSOURCES ASV

12 MAI 2016
À PARIS

QUAND LES HABITANTS SE MÉLENT DE CE QUI LES REGARDE : SANTÉ!

Rencontre nationale
des Ateliers santé ville
et projets territoriaux
de santé 2016

ateliers santé ville
PLATEFORME NATIONALE
DE RESSOURCES

Tant en santé qu'en développement local, l'heure est à la convocation de la participation des habitants ou des usagers. Ainsi, avec la recomposition de la politique de la ville suite à la loi de 2014 et les nouveaux contrats de ville, **la participation citoyenne apparaît comme un enjeu, voire une injonction étayée par des outils institutionnels** tels que les conseils citoyens. La loi de modernisation du système de santé veut quant à elle renforcer et structurer la démocratie sanitaire, principalement autour des conférences de santé (nationale, régionales, territoriales) avec entre autres les associations de malades et d'usagers dont la participation aux définitions des politiques en santé est organisée au sein d'instances nationales et locales.

La question de la prise en compte de la parole des sans-voix et des habitants non malades reste toutefois posée. Car **la santé est l'affaire de tous les citoyens, malades ou bien portants, et plus particulièrement des habitants touchés par les inégalités sociales et territoriales de santé.**

Usagers, malades, habitants, citoyens, où en est-on de leur participation sur les questions de santé ? Est-elle effective et comment se traduit-elle ? Sur quelles modalités en santé et selon quels formats ? De l'information à la co-construction, de la mobilisation sur des programmes à la définition de politiques publiques en santé, l'éventail des possibles est large.

Au niveau territorial, de nouvelles démarches impliquant des habitants viennent regarder comment les décisions publiques locales impactent positivement ou négativement leur santé, telles que **les évaluations d'impact en santé**. Comment s'organisent-elles ? Comment les territoires initient-ils cette participation et comment les habitants et les professionnels de terrain se saisissent-ils des outils ou opportunités proposées ?

La participation des habitants interroge aussi les postures des professionnels, quels qu'ils soient. Là où la participation des habitants est largement inhabituelle, comme dans des instances professionnelles, elle exige un ajustement des postures professionnelles et une autre manière de penser son intervention. **Le travail de médiateurs**, en mesure de faire un lien facilitant, permet aussi une meilleure association des usagers du système de santé et un pas à pas vers l'autonomie.

L'objectif de cette rencontre est de faire le point sur la participation des habitants dans le cadre des articulations entre la politique de la ville et les politiques de santé.

Trois temps de tables rondes et d'échanges ponctueront cette rencontre.

SOMMAIRE

4	DISCOURS D'OUVERTURE
20	INTRODUCTION PAR LE GRAND TÉMOIN
24	TABLE RONDE 1 LA PARTICIPATION CITOYENNE EN SANTÉ : DU CONCEPT A LA RÉALITÉ ?
54	TABLE RONDE 2 LES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ : UNE OPPORTUNITÉ DE PARTICIPATION POUR LES HABITANTS ?
78	TABLE RONDE 3 LES MÉDIATEURS SOCIAUX EN MILIEU SANITAIRE : UN TRAIT D'UNION ENTRE LES PROFESSIONNELS ET LES HABITANTS ?
112	RÉFLEXIONS POUR DEMAIN

DISCOURS D'OUVERTURE

Rencontre nationale des Ateliers Santé Ville
et projets territoriaux de santé 2016

—
QUAND LES HABITANTS SE MÈLENT
DE CE QUI LES REGARDE : SANTÉ!

Anne Guilberteau,
co-présidente de la PnrASV

Jacques-Bertrand de Reboul,
*sous-directeur de la cohésion et du développement social,
Commissariat général à l'égalité des territoires*

Benoît Vallet,
directeur général de la santé, ministère de la Santé

Didier Jourdan,
*directeur de la prévention et de la promotion de la santé,
Agence nationale de santé publique*

⇒ **Anne Guilberte**,
co-présidente de la PnrASV

Bonjour à toutes et à tous. J'espère que vous n'avez pas eu trop de difficultés pour venir. J'ai entendu qu'il y avait quelques petits problèmes de grève sur la ligne 9. Je laisse entrer les derniers arrivants. Je vous remercie tous d'être venus si nombreux à cette journée nationale de la Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville. C'est la troisième journée, au bout de quatre ans d'existence, avec à chaque fois une participation au niveau national, de beaucoup de personnes que nous connaissons, des différentes régions, qui nous ont fait la gentillesse de venir jusqu'ici.

Lors de cette journée, nous avons souhaité mettre l'accent sur la prise en compte de la parole des habitants, des citoyens et voir de quelle façon, dans ce contexte de réforme des différentes politiques de santé et de la ville, elle était prise en compte dans les différents programmes et dans les différents quartiers dans lesquels nous travaillons. C'est la thématique principale de cette journée. Je suis, vous le savez, une ancienne coordinatrice d'Atelier santé ville et persuadée qu'une évolution et un changement social peuvent vraiment se mettre en place et se développer par le biais de la santé. Il y a une citation qui me plaît beaucoup, d'un Canadien, qui propose «la promotion de la santé comme une activité spécifiquement politique dans la mesure où elle porte sur la distribution des ressources économiques et sociales au sein de la population, ainsi que les forces politiques qui façonnent cette distribution». Je pense que nous avons tous et toutes cette conscience et que c'est pour cela que nous souhaitons vraiment promouvoir, développer et soutenir la participation des habitants, des collectifs et des associations à tous nos projets. Je remercie également tous les participants aux tables rondes qui vont intervenir au cours de la journée. Elles seront au nombre de trois sur la participation citoyenne en santé, sur les évaluations d'impact sur la santé, avec l'opportunité pour les habitants de participer à des évaluations, et sur l'intervention des médiateurs sociaux en milieu sanitaire.

Je voulais remercier nos partenaires principaux d'être venus, et je vais les appeler maintenant à ouvrir cette journée et à présenter tout ce que leurs structures peuvent nous permettre en termes de collaboration, avec une attention spéciale pour M. Worms, qui sera, en tant que sociologue, le grand témoin de cette journée et nous accompagnera tout au long des débats. Pour le Commissariat général à l'égalité des territoires, nous aurons M. Jacques-Bertrand de Reboul, que je remercie, partenaire et financeur de la Plateforme depuis sa préfiguration. Nous aurons le professeur Benoît Vallet, de la Direction générale de la santé, que nous avons rencontré il y a

peu et qui nous a fait la gentillesse de venir aujourd'hui pour participer à l'ouverture de cette journée. Nous aurons enfin M. Didier Jourdan, Directeur de la prévention et de la promotion de la santé à l'Agence nationale de santé publique, que je remercie également d'être présent, et avec lequel nous collaborons également depuis le début des activités de la Plateforme, autour de différents projets.

Je suis très contente de vous accueillir. J'espère que les débats et les échanges seront riches, que ce soit sur l'estrade ou dans la salle. Je laisse la parole à M. de Reboul.

⇒ **Jacques-Bertrand de Reboul**,
*sous-directeur de la cohésion et du développement social,
Commissariat général à l'égalité des territoires*

Bonjour à tous, Madame la co-présidente, Monsieur le Directeur général. Je me présente : je suis Jacques-Bertrand de Reboul, sous-directeur de la cohésion et du développement social, au Commissariat général à l'égalité des territoires. Je pense que la plupart d'entre vous connaissent maintenant le Commissariat général à l'égalité des territoires, qui est le résultat de la fusion de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acse), du Secrétariat général du Comité interministériel de la ville (SG CIV) qui s'occupait des missions interministérielles de la politique de la ville, et de la Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR), qui s'occupait de l'aménagement du territoire et notamment des territoires ruraux. Le Commissariat général à l'égalité des territoires a en charge la coordination de la politique de la ville au niveau national. Évidemment, nos relais sont les préfetures, avec lesquelles nous travaillons beaucoup sur le terrain, ainsi que les Directions départementales de la cohésion sociale (DDCS). Elles sont notre bras armé sur le territoire, pour conduire, coordonner et vous appuyer dans la mise en œuvre de la politique de la ville.

Je viens juste dire quelques mots avant de céder la parole aux spécialistes de la santé publique qui, à mon avis, ont des messages intéressants à faire passer. On le rappelle souvent, mais la santé fait partie des priorités de la politique de la ville, depuis longtemps — cela a encore été renouvelé récemment —, à la fois sur le volet prévention, information en santé et formation à la santé, mais aussi sur l'accès aux soins, de premier recours notamment, dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Cela a été rappelé encore récemment dans les trois comités interministériels à l'égalité et à la citoyenneté (CIEC), avec, dès le premier CIEC, un objectif fort, dont l'intitulé est «se soigner». C'est un objectif fort en matière de

santé, avec plusieurs axes développés : d'abord le fait de faire des diagnostics en santé dans tous les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Cela avait déjà démarré lors de l'élaboration des contrats de ville, auxquels vous avez été associés avec les diagnostics sur la santé de la population, et puis aussi avec les contrats locaux de santé qui ont participé à faire ces diagnostics sur le terrain. Un deuxième objectif concerne le développement de l'offre de premier recours dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, avec notamment une action autour du développement et du financement des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, en partenariat avec la Caisse des dépôts et consignations. Un troisième objectif cible les conseils locaux en santé mentale. Il y en a déjà un certain nombre sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville, et nous avons l'objectif de les développer et de les généraliser si possible, à terme. Un dernier objectif concerne la santé scolaire et l'accompagnement social des enfants, avec notamment l'objectif d'avoir au moins un infirmier et une assistante sociale dans tous les collèges REP+. C'est un objectif plus général, repris dans les travaux que nous menons aujourd'hui à la fois avec le ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation nationale, où l'accent est mis sur la santé scolaire dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Ainsi, la santé reste un objectif prioritaire de la politique de la ville, réaffirmé dans le Comité interministériel à l'égalité et à la citoyenneté (CIEC). Juste un petit mot sur la réforme de la politique de la ville, avec la loi du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, déclinée avec la mise en œuvre des contrats de ville auxquels vous avez participé. Je ne reviens pas sur l'architecture générale de ces contrats de ville. Quasiment tous ont aujourd'hui un volet santé, qui s'appuie sur un diagnostic fait avec vous et tous les acteurs impliqués sur le terrain, les collectivités locales, l'État, les associations, les habitants, quand ça a été possible, et les agences régionales de santé (ARS). Dans cette mise en œuvre des contrats de ville, nous avons beaucoup insisté sur la cohérence globale d'ensemble, l'articulation des acteurs sur le terrain, pour éviter que chacun travaille de son côté, avec les ARS d'un côté et de l'autre l'État et les DDCS, les communes et les Ateliers santé ville. L'idée est que ces acteurs de terrain travaillent ensemble et aient une approche la plus intégrée, cohérente et articulée possible avec les contrats de ville. Aujourd'hui, tous les contrats de ville sont signés. Nous sommes donc dans la phase de mise en œuvre. Nous pouvons considérer que le cadre de travail est aujourd'hui posé, même s'il est encore perfectible. Mais il y a encore évidemment beaucoup de travail à mener, dans l'esprit de ces contrats de ville, dans l'esprit de participation des habitants et des associations des quartiers prioritaires.

Comme je le disais, l'association des habitants à l'élaboration des contrats de ville a été très inégale selon les territoires. Il reste à les mettre en œuvre avec les habitants. Pour nous, c'est évidemment une priorité.

Je ne veux pas être trop long, mais évidemment, sur la partie participation des habitants, la loi a mis en place un nouveau cadre de participation des habitants avec les conseils citoyens. Il y en a à peu près 800 aujourd'hui, pour 1 500 quartiers. Nous avons fait le point avec la secrétaire d'État récemment. C'est à la fois incomplet par rapport à l'objectif final, mais en même temps, nous voyons que la dynamique est en marche, puisqu'ils continuent de se multiplier. Ce n'est pas un objectif facile parce qu'au départ, les partenaires sur le terrain, l'État, les collectivités locales n'étaient pas forcément convaincus de la pertinence de cette démarche. Aujourd'hui, avec 800 conseils, nous voyons bien que cela a pris et que c'est en train de se développer. Ceci étant dit, nous avons un enjeu considérable pour faire en sorte que ces conseils citoyens vivent et se saisissent des questions essentielles pour la vie des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Évidemment, la santé en fait partie. L'enjeu pour nous est donc qu'ils se saisissent de ces sujets, de tous les sujets importants et structurants pour la construction des politiques locales, y compris ceux de la santé. Pour que cela puisse se faire, nous avons un enjeu très fort d'outiller et d'armer les conseils citoyens pour qu'ils puissent se saisir de ces questions. Pour les armer, il faut à la fois une animation de qualité et dynamique, qui puisse les faire vivre au quotidien. Nous avons besoin de former à la fois les animateurs des conseils citoyens et les membres des conseils citoyens eux-mêmes. Nous avons aussi besoin de mettre à leur disposition des outils d'assistance à maîtrise d'ouvrage, en tout cas de leur permettre de développer une expertise, soit en se formant, soit en ayant recours à de l'expertise pour se prononcer et avoir des avis éclairés sur ces différentes questions. C'est ce que nous sommes en train de mettre en place, à la fois au niveau national et au niveau local, en mettant en place des formations et des financements pour accompagner les conseils citoyens et les outiller, pour qu'ils aient un rôle important à jouer sur ces questions de santé. Il y a un atelier qui en parlera plus spécifiquement.

C'est un des outils de la participation des habitants, et il y en a bien d'autres : les Ateliers santé ville en font partie évidemment, puisque c'est une démarche exemplaire de construction d'une politique, de contribution à une politique de santé, qui fait participer à la fois les associations et les habitants eux-mêmes. Nous souhaitons non pas tarir toutes les initiatives de participation en nous focalisant simplement sur les conseils citoyens, mais au contraire que les conseils citoyens s'inscrivent dans ce paysage de participation et qu'autour d'eux, les initiatives de participation des habitants se développent et se confortent.

Je vais m'arrêter là pour ne pas être trop long, mais évidemment, je reste toute la matinée. Si au cours de la matinée, il y a des moments où nous pouvons échanger, je serai volontiers disponible pour le faire.

⇒ **Anne Guilberte**,
coprésidente de la PnrASV

Merci. Je vais maintenant laisser la parole à Monsieur Benoît Vallet, directeur général de la santé

⇒ **Benoît Vallet**,
directeur général de la santé, ministère de la Santé

Merci, Madame la co-présidente. Monsieur le co-président, M. Jacques-Bertrand de Reboul, cher Didier Jourdan, chère Mélanie, vous êtes là pour l'Agence de santé publique et pour l'Institut pour la démocratie en santé, et j'ai le plaisir d'être parmi vous ce matin. Je vous remercie, Mme la co-présidente, M. le co-président, de m'avoir invité à cette ouverture, sur des sujets et des thèmes qui sont très chers à la Direction générale de la santé et plus largement au ministère de la Santé, et à Mme la Ministre puisque vous le savez, la démocratie en santé est un des trois piliers de la stratégie de santé et a fait l'objet de beaucoup de réflexions pour la nouvelle loi de santé promulguée en janvier 2016.

Les quartiers prioritaires de la politique de la ville impliquent la santé et je reviendrai sur ce sujet. L'association des habitants à ces travaux est essentielle dans l'action des territoires, au cœur de l'action des territoires, en particulier pour identifier les besoins en santé et la question de l'accès aux soins, mais aussi à la prévention. Comment être mieux à même de définir ces besoins si ce n'est en étant au plus près possible de ceux qui y vivent? C'est une évidence. Encore faut-il formaliser cette évidence et lui donner une véritable priorité, une véritable possibilité d'action. C'est une logique qui s'est affirmée depuis 2002. Aujourd'hui, nous sommes dans une démarche qui est toujours plus appuyée sur la participation des usagers, des habitants aux actions de santé. Ce que Christian Saout décrit assez volontiers comme «l'empowerment», qui va être un sujet important aujourd'hui, donne toute cette notion de la prise de conscience, mais aussi de prise de pouvoir, d'une certaine manière, des usagers dans le monde de la santé sur les décisions des politiques publiques de santé. Je ne sais pas si on peut traduire «empowerment». Je pense que beaucoup de gens essaient. On pourrait parler de «l'empuissancement», «l'empouvoirment». Je sais que beaucoup cherchent actuellement une traduction. Je pense que

nous n'y arriverons pas, pour une raison simple: la terminologie utilisée a déjà pris toute sa place. En tout cas, c'est un concept très fort, auquel je suis, à titre personnel, très attaché.

Nous pouvons rappeler la loi de février 2014, de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, qui, dans son article 1, prévoit le développement de la prévention, la promotion de l'éducation à la santé et le fait de favoriser l'accès aux soins, avec un certain nombre de réelles avancées très spécifiques. La prévention est inscrite dans le cadre de la stratégie nationale de santé, la lutte contre les inégalités d'accès, le recours au dépistage renforcé dans le cadre du plan cancer, l'ancrage des contrats locaux de santé et des conseils locaux de santé mentale. De façon plus générale, ce sont les besoins identifiés dans le cadre de diagnostics locaux de santé, notamment en matière de vaccination, de dépistage de la santé sexuelle, etc. Nous avons des partenaires territoriaux. La déconcentration de la politique de santé se fait par la «régionalisation», au travers des agences régionales de santé. Les directeurs des agences régionales de santé ont été très contributifs au développement de toutes ces actions. Nous pouvons rappeler ici qu'il y a eu 435 contrats locaux de santé signés à la fin de l'année 2015. Ces contrats locaux de santé constitueront le volet santé des contrats de ville. Nous y sommes donc très attachés, même s'il peut y avoir, ici ou là, des difficultés pour rendre compte, au niveau national, de ces activités de prévention en termes d'indicateurs de santé et d'évaluation. Je pense que vous êtes, Monsieur le co-Président, certainement dépositaire de ces difficultés aujourd'hui.

Didier Jourdan, je pense, rappellera juste après moi l'importance qu'il y a à continuer la promotion de ces contrats locaux de santé. Je pense que vous savez que l'Agence nationale de santé publique s'est constituée officiellement au 1er mai. Cela a été le muguet de l'année. Aujourd'hui, elle dote la France d'une grande agence de santé publique, comme nous en trouvons dans d'autres grands pays européens et à l'international. Elle résume, d'une certaine manière, l'épidémiologie, le diagnostic des difficultés de santé rencontrées, mais aussi l'action qui peut être mise en œuvre tant pour prévenir que pour intervenir. Elle a une dynamique sur le territoire qui va être à la fois de «prévention globale», mais aussi «d'intervention en population», permettant de corriger des anomalies constatées et qui font l'objet de ces diagnostics et de cette épidémiologie. Cette dynamique d'intervention va même jusqu'à l'urgence sanitaire puisque l'Agence nationale de santé publique, au-delà de la prévention, de la promotion de la santé et de l'Institut de veille sanitaire, a incorporé l'Établissement pour la préparation et la réponse aux urgences sanitaires.

Quand nous nous sommes rencontrés, Mme la co-présidente, M. le co-président, vous vous souvenez que nous avons souligné l'attachement qui était le nôtre à capitaliser sur toutes ces expériences, faire en sorte qu'elles ne disparaissent pas, mais aussi les rendre plus mesurables. C'est un point très important que celui d'avoir des indicateurs permettant de rendre compte de cette intervention en population, de ce souci d'accompagner au plus près les villes, les territoires, ce souhait d'améliorer la prévention et la promotion de la santé, et la correction qui peut être faite notamment sur l'accès aux soins, ce souci très important aujourd'hui de proposer à ce pays d'investir plus en promotion et en prévention de la santé.

Nous pouvons rappeler ici que le budget santé, qui est très important rapporté au PIB national, qui fait de la France le troisième pays d'Europe en termes d'investissement santé, ne nous amène qu'à la 24^e place quand nous regardons le ratio entre la prévention et la promotion de la santé et le curatif. Nous sommes donc dans un pourcentage de 8 à 10 % de préventif, contre 90 à 92 % de curatif. Vous le savez, les déterminants de santé, quand ils ne sont pas corrigés, donnent au moins 60 % des maladies chroniques. Le mal-manger, le trop-fumer, le trop-boire, l'absence d'activité physique sont des déterminants simples, sur lesquels nous pouvons agir. Ces déterminants-là, malheureusement, engendrent des maladies chroniques comme le diabète, l'insuffisance rénale, etc. Évidemment, dans ces déterminants de santé, beaucoup d'entre eux sont des déterminants sociaux et il faut absolument intervenir tout à la fois sur ces déterminants sociaux et sur ces déterminants de santé. Il est très important aujourd'hui que nous ayons une action commune pour favoriser l'investissement dans la prévention et la promotion de la santé. Vous pouvez nous y aider en montrant à quel point ce que vous faites fonctionne et a des résultats.

Je voudrais aborder quatre points spécifiques dans cette dynamique de démocratie en santé : tout d'abord, les programmes régionaux d'accès aux soins pour les plus démunis, les plus défavorisés. Encore une fois, je le dis, il s'agit de corriger ensemble des déterminants de santé qui sont liés à des déterminants sociaux. Il faut donc absolument que dans ces indicateurs, dans ce repérage que nous faisons, nous soyons bien au plus près de ceux qui n'ont pas accès soit à la prévention, soit aux soins. Nous pouvons avoir un système de soins extrêmement performant et pour autant des personnes qui n'y viennent pas. Ceci donne des résultats, par exemple dans la région Nord-Pas-de-Calais, avec une surmortalité par le cancer du sein de 30 % supérieure à la moyenne nationale, simplement parce que le dépistage ne profite pas à ceux qui le nécessitent. Ces programmes régionaux d'accès aux soins (PRAPS) pour les plus défavorisés vont ren-

trer dans une nouvelle génération. Ils arrivent à terme, et il s'agira, dans le cadre de cette nouvelle génération, d'accentuer encore ces éléments de déterminants sociaux de santé.

Le deuxième point important, ce sont les contrats locaux de santé. J'en ai déjà beaucoup parlé. Ils ont été créés en 2009 par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (Hpst). Nous sommes très attachés à ces contrats locaux aujourd'hui. Cela a sans doute été une des belles productions de cette loi. Il faut continuer ce dispositif, en faire une articulation forte avec les Ateliers santé ville, qui, dès 1998, avaient développé ces formes de coopération locale sur la santé. Il nous faut renforcer encore auprès de ces Ateliers santé ville cet aspect que développent les contrats locaux de santé. Lors de l'analyse de ces contrats locaux de santé, j'étais préoccupé d'avoir un retour, une information sur ce qu'ils avaient pu produire. Sur 123 des 137 qui ont été analysés en 2015, on montre qu'ils sont préoccupés par la santé mentale (84 %), la nutrition et l'obésité (79 %), les autres risques liés au milieu extérieur (79 %), les pratiques addictives (77 %), le cancer et les dépistages organisés (58 %), la contraception et la sexualité (62 %), l'habitat et le milieu intérieur (60 %). Vous voyez que tous sont focalisés sur des sujets que nous connaissons bien et qui sont tout à fait cruciaux si nous voulons améliorer la santé dans nos cités et territoires.

Le troisième sujet est très important aujourd'hui. A un moment où les groupements hospitaliers de territoire se construisent, avec une psychiatrie qui a du mal à s'ouvrir vers le secteur non psychiatrique, l'approche dite en santé mentale doit impliquer des conseils locaux en santé mentale. Nous voulons développer une dynamique d'union de ce qui est dans l'hôpital et hors de l'hôpital, mais aussi de ce qui est finalement du domaine de la santé mentale et de ce qui est hors d'elle, c'est-à-dire comment on repère, dans une population non identifiée comme telle, des problèmes en santé mentale, comment on dépiste, comment on permet de rentrer correctement dans la prise en charge. Ces conseils locaux en santé mentale sont un point tout à fait favorable de cette action. Je pense qu'ils représentent très bien ce que vos associations ont pu développer au cours de ces dernières années. Votre expérience sera très utile puisque 70 % des conseils locaux de santé mentale sont implantés sur des territoires comprenant un Atelier Santé ville. Nous voyons donc à quel point vous avez été moteurs.

Enfin, le dernier point, que je vais évoquer très brièvement, est un des déterminants de santé très importants : le troisième plan de lutte contre le cancer fait beaucoup pour développer et encourager le dépistage. Il mobilisera des moyens d'intervention en faveur de la recherche et des soins. Mais il faut aussi garder cette dynamique, celle des inégalités sociales de

santé et la réduction de la mortalité. Nous avons demandé au Ministère de la Santé par exemple que les indicateurs sur le dépistage organisé soient rapportés à des secteurs défavorisés, pour identifier si la politique de dépistage s'adresse toujours aux mêmes ou au contraire, sait prendre en charge les plus démunis et les plus délaissés pour ce qui est de l'accès au dépistage et aux soins.

Voilà quelques points d'introduction par rapport à votre journée. Vos travaux seront extrêmement contributifs. La Direction générale de la santé sera parmi vous toute la journée, pour nous faire remonter ces travaux et vos retours d'expérience. Je suis certain qu'avec vos co-présidents, nous saurons nous revoir très prochainement pour continuer de capitaliser sur vos expériences. Enfin, avec Didier Jourdan et avec l'Agence Nationale de Santé Publique, nous continuerons d'avoir une action en faveur de la promotion et de la prévention en santé. Je pense qu'avec l'Institut pour la démocratie sanitaire et Mélanie, nous aurons aussi certainement l'occasion de développer cette question de « l'empowerment » et comment la recherche peut venir au plus près des usagers et permettre de développer des programmes innovants de terrain. Merci beaucoup et très bonne journée à tous.

⇒ **Anne Guilberte**,
co-présidente de la PnrASV

Merci beaucoup. Merci d'avoir souligné l'importance de ces articulations entre l'opérationnel et le stratégique, entre le territoire et le politique, entre la technique et ce que nous faisons tous les jours sur le terrain. Je laisse la parole maintenant à M. Jourdan.

⇒ **Didier Jourdan**,
directeur de la prévention et de la promotion de la santé, Agence nationale de santé publique

Mesdames, Messieurs, chers amis, je suis extrêmement heureux d'être présent ici. Je vous remercie de votre invitation. J'allais dire que c'est quasiment la deuxième partie de la même intervention, même si nous ne nous étions pas concertés, que celle que vient de vous donner le directeur général de la santé.

Vous le savez, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a participé à l'ouverture des précédentes journées de la Plateforme. C'est maintenant au titre de Santé publique France, l'Agence nationale de santé publique, que j'ai le plaisir de prendre la parole avec vous, non

pas pour vous décliner l'ensemble des caractéristiques de l'agence, mais peut-être simplement pour dire comment l'agence, qui est un outil des politiques publiques, est au service de l'action de santé publique, au service de ses acteurs. Cela veut dire à votre service à vous, à celui des élus, à celui de l'ensemble de ceux qui portent cette politique. Vous le savez, la logique qui a conduit à la création de l'Agence nationale de santé publique a été d'essayer de mettre ensemble, de fédérer l'ensemble des leviers qui permettent d'aller vers une logique de transformation sociale au service de l'amélioration de la santé de tous et de la réduction des inégalités. On a donc un outil des politiques publiques où il y a l'ensemble des leviers : l'observation, l'ancrage dans les politiques, la gestion de crise quand c'est nécessaire et l'outillage sur la prévention. Cette vision intégrée est au cœur de notre ambition et de notre projet, en ayant bien en tête qu'il y a toujours deux dimensions. Il y a une dimension qui est nationale, c'est-à-dire qu'il faut qu'il y ait une visibilité, notamment dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. Il faut qu'il y ait des campagnes, du soutien des réseaux et des dispositifs comme la Plateforme. C'est national.

Mais surtout, la question clé est de se demander comment créer les conditions d'une transformation réelle au service des gens. Le directeur général de la santé disait à l'instant que la promotion de l'activité physique est un élément clé. Mais promouvoir l'activité physique, notamment des personnes les plus vulnérables, ne se décide pas d'en haut. Ce n'est pas nous, dans nos positions, moralisatrices et centrées sur la santé, qui allons changer la vie des gens. La seule manière de changer la vie des gens est d'être avec eux, de créer toutes ces conditions pour permettre ces transformations. C'est ce que nous appelons l'écosystème de vie de gens, qui est largement dans les mains des élus, des réseaux associatifs. C'est là, je crois, que les Ateliers santé ville représentent une pépite pour nous, dans la façon dont nous pouvons penser les stratégies de santé publique. Il me semble que c'est là aussi que cela se joue. C'est là que nous sommes en capacité de construire d'autres approches. Cela a été dit précédemment : certaines problématiques de santé appellent des réponses nationales. Si un jour il y a une épidémie majeure en France, il faudra qu'on se coordonne nationalement et qu'on agisse. Mais quand il s'agit d'accompagner les gens, de leur permettre de s'émanciper, de prendre du pouvoir sur eux-mêmes, comme l'a dit Benoît Vallet, d'être en capacité de porter des choix libres et responsables en faveur de leur propre santé, mécaniquement il faut activer d'autres leviers, mettre en place d'autres démarches. Je crois que c'est ce qui est heuristique pour nous tous ici. Les Ateliers Santé ville, ce n'est pas un outil clé en main. C'est une démarche fondée sur l'approche communautaire en santé et qui nous permet, là où nous

sommes, avec les gens auprès desquels nous intervenons, de travailler avec eux à l'amélioration de la santé, à la promotion de la santé dans toutes ses dimensions. Nous avons bien ici, je le crois, un des pivots de la dynamique de santé publique. Je crois, et vous êtes nombreux à avoir perçu cette évolution, que la politique publique de santé pose depuis peu de temps que la prévention et la promotion de la santé sont le premier axe. Elle pose que l'action locale et la participation sont les éléments critiques d'amélioration de la santé des gens. On n'améliore pas la santé des gens contre leur volonté. C'est avec eux qu'on le fait et qu'on agit.

L'Agence nationale de santé publique se situe dans cette perspective, avec ses moyens financiers. En tout cas, je peux vous garantir la continuité du travail avec la Plateforme, avec vous. J'ai été très heureux de recevoir, hier, donc très récemment, l'outil de capitalisation des démarches ASV, basé sur une forme de théorisation. Il faut qu'on soit capable de dire ce que l'on fait, d'utiliser des mots, d'en rendre compte aussi. Après, il y a toute la partie extrêmement riche des témoignages spécifiques, avec tous les leviers activés par population, mais pas uniquement dans le champ restreint du travail social, par exemple, mais avec plein d'idées remarquables. J'ai vu des choses tout à fait intéressantes, notamment sur la communication à Saint-Étienne Métropole, et d'autres choses de ce type-là.

Deux mots sur la question de la participation : cela reste, encore aujourd'hui, une véritable question. D'abord, nous sommes tous d'accord que c'est très fortement contre-culturel. Notre cerveau a été construit dans la logique de la Troisième République, qui est plutôt une logique qui voit les choses d'en haut. Se dire comment, dans les politiques publiques, dans les décisions de santé, nous arrivons petit à petit, depuis une quinzaine d'années maintenant, à avoir une participation réelle, c'est un enjeu. Vous le savez, il y a beaucoup de gens qui ont travaillé en se disant que grosso modo, la participation majoritaire est ce qu'on appelle la participation alibi, où l'on fait semblant. Dans certains cas, c'est lié juste à l'information des gens. Et puis, nous pouvons arriver à une réelle codécision. Nous n'avons pas beaucoup d'espaces dans lesquels il y a un véritable terreau, dans lequel, dans une collectivité déterminée, avec l'engagement des élus et des réseaux associatifs, nous allons être capables, sur un endroit, sur une problématique et avec les gens, d'avoir un véritable impact local sur leur vie. En ce sens-là, c'est pour moi tout à fait critique de réussir à capitaliser, comme vous l'avez fait, et à valoriser ces approches-là de manière à être capable d'être dans le bon tempo. Nous ne pouvons pas régler les questions liées par exemple à la prévention des maladies non transmissibles comme nous avons pu le faire dans d'autres domaines. Ici, nous sommes sur le

fait de donner de la capacité d'action aux gens, la capacité de prendre en charge leur propre santé. Ce sont des éléments décisifs.

Vous me direz que tout cela est bien beau, mais que ce que vous vivez est très difficile. C'est une réalité. Faire vivre un Atelier Santé ville, avoir une politique locale, une politique municipale de santé, c'est extrêmement complexe, simplement, à la base, parce qu'on a su que dans un Atelier santé ville, on est hors d'un silo et d'une trajectoire prédéterminée, reconnue par tous, et qu'on ose dire que les questions posées sont bien sûr des questions sociales, politiques, mais aussi des questions éducatives, en plus des questions sanitaires. À titre personnel, et plus encore, pour Santé publique France, c'est là que se situe l'enjeu de la santé publique. On parle toujours de la santé dans toutes les politiques. C'est évidemment crucial. Mais où le fait-on ? On le fait d'abord et avant tout ici, dans cette position mécaniquement inconfortable qui est celle des Ateliers santé ville parce qu'il y a la volonté politique des élus, parce qu'il y a un cadre qui ne correspond pas toujours, parce que les financements sont moins sécurisés que dans d'autres domaines. La question est de savoir comment nous allons arriver, petit à petit, à stabiliser et à développer tout cela. Parce que la santé publique est là, dans la capacité à faire vivre des politiques différentes au service de l'amélioration de la santé.

Le deuxième élément qui fait de la démarche que vous portez un élément crucial est vraiment celui du partenariat. Les agences régionales de santé ont été créées il y a quelques années, elles montent en charge et sont capables de rentrer dans une démarche stratégique. Mais nous n'avons pas encore tous pris nos marques sur l'interaction entre les collectivités territoriales, les Ateliers santé ville, les instances régionales de promotion de la santé, l'ensemble du réseau associatif. Je crois là aussi beaucoup au fait que cette action de santé publique est dans une logique d'interface et de mobilisation tout à fait critique.

Enfin, le troisième et dernier point est vraiment cette question de la vulnérabilité. Comment imaginer qu'une seule campagne nationale où on va dire aux gens comment manger va toucher toutes les personnes ? Ce n'est pas possible. On va justement rater ceux qu'on a besoin de ne pas rater. Le seul espace réellement puissant en termes de capacité d'action sur les personnes les plus vulnérables se situe au plus près d'eux, dans les territoires de vie des gens. Et le mot « territoire de vie » me paraît critique. Ce n'est pas le territoire administratif, c'est là où vivent les gens, où ils font leurs courses, où ils travaillent, là où se trouve le centre social. Ce sont vraiment des éléments critiques et là aussi, Santé Publique France a à la fois sans doute de l'expertise à apporter, mais surtout énormément à apprendre de cette expérience des Ateliers santé ville.

Je voudrais conclure autour de deux mots : professionnalisme et engagement. C'est ce qui pour moi est sans doute le pivot d'une journée comme aujourd'hui, et sans doute aussi de la dynamique que nous avons à construire. Professionnalisme, qu'est-ce que cela veut dire ? Cela veut dire qu'il ne suffit pas, un jour, de se dire « ce serait rudement bien si les habitants participaient avec nous pour améliorer la santé ». C'est bien d'avoir la volonté. Mais il faut aussi savoir comment le faire. Ce sont des méthodes, des démarches. Tout cela est fondé sur des travaux qui sont aujourd'hui extrêmement nombreux et disponibles. Deux personnes dans cette salle ont contribué à un texte qui disait « 40 ans d'approche communautaire en santé : où est-ce qu'on en est ? » Voilà, nous avons besoin de nous former, d'apprendre et de nous professionnaliser. Ma question est donc de savoir comment, sur un territoire donné, des élus gagnent de la compétence, des acteurs du social se professionnalisent en termes de capacité d'action sur la santé, des acteurs de l'éducation, et bien sûr des gens de la santé, dans son volet plutôt médical et paramédical, vont être des acteurs de ces transformations.

Il y a aussi l'engagement. Il est évident que la période actuelle peut peut-être prêter à s'inquiéter sur l'évolution de nos moyens, de nos dispositifs. Mais je crois profondément qu'au contraire, même si nous n'avons pas encore de dispositif qui puisse être stabilisé, généralisé partout, nous sommes réellement dans une dynamique qui est au cœur des politiques publiques. Professionnalisme et engagement sont ce que je vous souhaite, ainsi qu'une très bonne journée de débats.

⇒ **Anne Guilberte**,
co-présidente de la PnrASV

Merci beaucoup pour vos interventions à tous les trois, très complémentaires, mobilisantes, militantes. J'appelle maintenant notre grand témoin, M. Worms, qui va introduire la journée.

INTRODUCTION PAR LE GRAND TÉMOIN

⇒ **Jean-Pierre Worms,**
sociologue & militant associatif

Je vais être très court, parce que je crois que l'essentiel du travail va être fait en ateliers. J'espère pouvoir m'enrichir beaucoup des travaux des ateliers pour, en fin de journée, essayer un peu de synthétiser les questions qui mériteront d'être prolongées encore par du travail et de l'engagement.

Quelques mots, très rapidement. D'abord, merci de m'avoir invité. Je crois que j'ai été invité essentiellement parce que j'ai pris l'initiative d'un collectif qui s'appelle Pouvoir d'agir. Cela me permet de faire mes réponses insatisfaisantes sur la traduction d'empowerment. Rapidement, comment les choses se sont passées? En 2010, Claude Dilain, qui était maire de Clichy-sous-Bois, président d'une association des maires de villes de banlieue, a publié dans le Journal du dimanche un texte qui était une interpellation assez vigoureuse des pouvoirs publics en place et du Président de la République de l'époque sur le thème de ce qui s'est passé en 2005. Cela avait commencé à Clichy-sous-Bois, un formidable embrasement de colère des jeunes de banlieue. C'est là que les deux gamins qui se croyaient ou étaient — on n'a jamais su la vérité des choses — poursuivis par la police se sont réfugiés dans un transformateur électrique et sont morts électrocutés. Cela avait déclenché cette progression d'une expression extraordinairement spontanée, naturelle, forte de colère des jeunes de banlieue. Cinq ans après, le maire de Clichy-sous-Bois dit « tous les indicateurs sur l'état de dégradation de la situation des banlieues de France, malgré la politique de la ville, se sont aggravés ». C'était un texte très vigoureux.

À l'époque, j'étais en responsabilité à la Fonda, qui est une association de promotion des valeurs de l'engagement associatif et de la place des associations dans l'espace public. Je me suis dit que ce texte, il fallait absolument que le monde associatif l'appuie. En commençant un petit communiqué d'appui du monde associatif, je me suis dit qu'il manquait une chose essentielle : les habitants de ces quartiers ne sont pas seulement des gens qui ont des problèmes et qui posent des problèmes aux gens responsables associatifs, publics, professionnels et travailleurs sociaux. Ce sont des gens qui ont des ressources : ils ont l'intelligence de ce qu'ils vivent, de la solidarité spontanée entre eux, la capacité d'initiative et ils se débrouillent. Dans la débrouillardise pour survivre, qu'est-ce qu'on mobilise comme intelligence, comme force et comme énergie! Mais cette ressource formidable des populations elles-mêmes, on ne sait pas la reconnaître et encore moins la valoriser et l'utiliser comme un levier de politique publique. Il faudrait donc absolument que l'on renverse complètement la perspective, au lieu d'être toujours du côté de l'offre. « Voilà ce qu'on propose ». C'est

essentiel de le faire, nous avons eu effectivement une présentation de ce que nous essayons en permanence d'améliorer en matière d'offre. Mais il faut absolument qu'on ait en même temps une politique très volontariste d'accompagnement de la construction d'une demande qui soit portée par les gens eux-mêmes et non pas par les porte-paroles des gens. Là-dessus, c'est une interpellation aussi bien du monde associatif que des gens qui font du travail social.

Il est absolument évident que nous sommes dans une situation dramatique par rapport à l'inégalité d'accès. Ceux qui ont le plus besoin de l'ensemble des dispositifs et des prestations censés rétablir de l'égalité entre les citoyens, ceux qui ont le plus besoin de cette égalité par la solidarité sociale sont ceux qui sont le moins équipés pour faire valoir leurs droits. Ce n'est pas qu'ils n'en ont pas. C'est qu'ils ne peuvent pas et ne savent pas. Les procédures sont compliquées, le langage est compliqué. Pensez simplement qu'en matière d'accès à l'emploi, avec une lettre d'intention, un CV, un entretien d'embauche, mine de rien, on a éliminé automatiquement de l'accès à l'emploi toute une série de gens. C'est la même chose dans tous les domaines de prestations, de biens sociaux. L'accès aux biens sociaux est extraordinairement inégalement réparti. L'essentiel du travail que nous avons donc à faire, me semble-t-il, est d'accompagner la capacité de dire et de faire des gens qui sont effectivement les plus enfoncés dans l'inégalité d'accès aux biens publics, à la citoyenneté partagée.

À partir de là, nous avons construit toute une réflexion et une mobilisation. Mais c'est extraordinairement compliqué parce que nous sommes face à des personnes qui ne sont pas spontanément en capacité de lutte. Très gravement, les plus démunis sont d'une certaine façon enfermés dans l'image que nous projetons de leur situation et se sentent eux-mêmes incapables de dire et de faire quelque chose pour eux. Ils sont de plus en plus enfermés dans une forme de passivité dont nous sommes responsables. Parce que c'est l'image que nous renvoyons d'eux. De ce point de vue là, il est absolument essentiel que nous-mêmes transformions à la fois notre représentation de ce genre de personnes, mais aussi notre façon d'agir, que nous cessions d'être seulement ceux qui vont dire à la place de, porter la parole de ceux qui ne parlent pas. Il faut que nous fassions un travail en profondeur pour accompagner la capacité de dire. Parce que ce qu'un chômeur sait du chômage, tous ceux qui s'occupent du chômage des autres ne le savent pas comme lui. Ce que sait une personne en difficulté de santé, tous les prestataires de soins savent des choses, mais pas ce que vit cette personne qui est en difficulté, quel que soit le domaine.

Le problème est donc d'abord d'accompagner la construction de la demande et de cesser de croire que nous allons écouter et parler à la place de. Mais c'est un immense travail à faire pour faire en sorte que ce soit eux-mêmes, les gens, qui rentrent effectivement en relation. Souvent d'ailleurs, c'est de type un peu conflictuel au début. On commence par râler, et c'est essentiel qu'on râle. On commence par exprimer une «insupportation» de la situation dans laquelle on est. Cette expression de colère est le début de l'introduction d'une capacité de dire et d'agir pour soi, au nom de soi.

De ce point de vue là, je n'ai pas envie d'en dire beaucoup plus dans l'introduction. J'espère que tout ce que nous allons travailler dans la journée, avec nos ateliers, va nous permettre d'élaborer un peu plus de précisions dans les méthodologies les plus adaptées. Parce que derrière tout cela, il y a des problèmes de méthodes... et c'est vrai que permettre d'accoucher d'une capacité citoyenne à des gens à qui on l'a progressivement enlevée, n'est pas facile. C'est de la méthodologie très pointue. Mais en même temps, pour tous ceux qui sont, comme vous ici, des gens qui se veulent un peu des accoucheurs, des médiateurs — c'est la fameuse maïeutique de Platon —, d'une certaine façon, on éprouve un certain plaisir, un certain contentement de soi à être des gens pas mal parce qu'on aide les autres. Cette satisfaction de l'aidant, il faut le savoir, il faut la mettre un peu entre parenthèses et trouver une satisfaction extraordinaire dans le lâcher-prise. Le jour où enfin, quelqu'un qui est vraiment au fond du trou est capable de se tenir debout, on a gagné et c'est notre réussite, de ne pas continuer à le mettre devant nous, pour parler ensemble. Là, je crois que du point de vue psychologique, c'est un sacré travail à faire sur soi-même aussi. Je pense que c'est une chose, professionnaliser le métier d'accoucheur du pouvoir de ceux à qui on l'a refusé, une méthodologie. Mais psychologiquement, cesser de se croire vertueux parce qu'on fait cela, c'est aussi un problème compliqué à gérer.

Bon courage, bon travail, et nous verrons ce que cela donnera.

⇒ **Anne Guilberte**,
co-présidente de la PnrASV

Merci à tous de vos interventions sur l'inversion des perspectives pour ne pas renforcer les inégalités et partager les savoirs et les pouvoirs. Je pense que c'est notre ligne directrice. Je vais laisser la parole maintenant à Stéphane Tessier, co-président de la Plateforme, qui va animer la prochaine table ronde et inviter les participants à venir.

TABLE RONDE 1

LA PARTICIPATION CITOYENNE EN SANTÉ : DU CONCEPT À LA RÉALITÉ ?

Table ronde animée par **Stéphane Tessier**,
médecin de santé publique, ville de Vitry-sur-Seine

Quelles places et quels rôles pour les habitants dans
les espaces de démocratie sanitaire ?

Les conseils citoyens : un espace d'empowerment ?

Les dispositifs institutionnels sont-ils de bons outils
pour mobiliser les habitants ?

Quels exemples d'actions, du point de vue des
professionnels ?

Bénédicte Madelin,
*administratrice, membre du conseil scientifique et technique,
Coordination Pas sans nous*

Lauriane Ferrasse,
*coordinatrice ASV, chargée de mission budget participatif,
ville de Bordeaux*

Mélanie Heard,
déléguée générale de l'Institut pour la démocratie sanitaire

Christine Ferron,
directrice IREPS Bretagne

⇒ **Stéphane Tessier,**
médecin de santé publique, ville de Vitry-sur-Seine

Merci beaucoup d'être venus. Je vais demander aux participants de s'installer : Bénédicte Madelin, Lauriane Ferrasse, Mélanie Heard et Christine Ferron.

La question de la santé communautaire, de la participation en santé, n'est pas nouvelle. Dès 1978, la conférence d'Alma-Ata avait fixé comme objectif un peu dérisoire «la santé pour tous en 2000», en faisant reposer toutes les politiques de santé sur la participation des habitants. Le fait est que la santé est un domaine pilote pour la mise en œuvre effective de la participation des habitants puisqu'aujourd'hui, et Jean-Pierre Worms ne démentira pas, certains groupes de recherche s'inspirent des pratiques communautaires en santé pour en élaborer leur application au travail social en général. Ce groupe a organisé un colloque il n'y a pas longtemps et les autorités commencent à se dire que peut-être, même dans le travail social, cette dynamique de participation pourrait apporter un plus.

Je reviens sur le point essentiel que Jean-Pierre Worms a souligné. D'abord, pour participer, il faut parvenir à surmonter ce sentiment d'incapacité de sortir de l'oppression, qui est intériorisé et que Paulo Freire avait théorisé dans sa pédagogie de l'opprimé. La première étape est la prise de conscience de cette intériorisation de l'oppression, qui fait que l'opprimé se comporte en tant que tel parce qu'il a compris que c'est ce que la société attendait de lui comme comportement. Un grand piège tendu au travailleur social est justement de se comporter face à ses interlocuteurs en allant dans ce sens-là. Vous avez tout à fait raison de le souligner.

La question de la participation se pose à la fois à nous, professionnels, mais aussi à nous en tant que citoyens. Parce que nous habitons dans des quartiers, parce que nous vivons quelque part, parce que nous avons aussi des problématiques de santé. Il est bon quelquefois de se demander si on contribue, dans son espace de vie, à la réflexion collective sur la santé. Quel temps consacrons-nous à ce que le quartier vit et réfléchit en termes de santé? Finalement, on se rend compte que nous n'y consacrons peut-être pas tant d'énergie que cela. La participation est peut-être un exercice un peu difficile.

Enfin le troisième point, en introduction de cette table ronde, souligne que la question de la participation reste quand même très polémique. La question de la représentativité de la prise de parole, de la participation réelle et concrète des habitants, de tous les habitants, aux décisions politiques n'est pas toujours bien entendue. Je me souviens d'un récent

numéro de Santé en action, consacré à l'urbanisme et à la santé, où l'article posant la question de la réalité de la participation des habitants n'a malheureusement pas pu passer parce que, semble-t-il, il abordait des questions politiques un peu trop sensibles.

Les questions qui sont posées aujourd'hui sont : quelles places et quels rôles pour les habitants dans les espaces de démocratie sanitaire? Les conseils citoyens : un espace d'empowerment? Les dispositifs institutionnels sont-ils de bons outils pour mobiliser les habitants?

Nous avons voulu structurer cette table ronde en deux temps : le premier temps avec Bénédicte Madelin, de la coordination Pas sans nous, mais qui est aussi secrétaire générale de la Plateforme nationale ressources Ateliers santé ville, et Lauriane Ferrasse, qui est coordinatrice Atelier santé ville à Bordeaux et chargée de mission budget participatif. Elles vont nous parler du concret, du temps passé sur le terrain.

Dans la deuxième partie, Christine Ferron, qui est directrice de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Bretagne (IREPS), et Mélanie Heard, déléguée générale de l'Institut pour la démocratie sanitaire, vont nous parler de ce que peuvent faire les institutions pour contribuer à la participation des habitants pour soutenir et accompagner.

Je donne la parole à Bénédicte Madelin.

⇒ **Bénédicte Madelin,**
administratrice, membre du conseil scientifique et technique, Coordination Pas sans nous

La participation des habitants est un des principes fondateurs de la politique de la ville, mis en avant par le rapport d'Hubert Dubedout, Ensemble refaire la ville, de 1982. Dix ans plus tard, le dossier ressource de la Délégation interministérielle à la ville pour l'élaboration des premiers contrats de ville avait en exergue que la citoyenneté n'était pas un objectif de la politique de la ville, mais son principe.

Où en est-on aujourd'hui?

Si, dans le cadre de la réforme de la politique de la ville en 2013, le ministre a confié une mission à Marie-Hélène Bacqué et Mohammed Mechmache sur la participation des habitants, c'est sans doute face au constat de non-participation des habitants dans la politique de la ville. Dans leur rapport, ils préconiseront la création de tables de quartier, sur le modèle québécois, ces tables étant des instances qui partent des dynamiques citoyennes et qui sont soutenues par les pouvoirs publics.

La loi de février 2014 modifiera cette proposition en créant et rendant obligatoire les conseils citoyens. Cela va nécessairement modifier la nature de ces instances dites de démocratie participative dans la mesure où ce n'est plus à partir des initiatives citoyennes qu'ils seront créés, mais à l'initiative des élus, voire des préfetures, pour respecter la loi. Le ver est donc déjà dans le fruit à partir du moment où on rend les conseils citoyens obligatoires, même quand il n'y a aucune dynamique locale.

La loi précisait : instance indépendante, sans la participation des élus et des pouvoirs publics, de débats, de co-construction du contrat de ville et de ses priorités, de suivi des actions et d'évaluation, des représentants des conseils citoyens participent à toutes les instances de pilotage du contrat de ville, y compris celles relatives aux projets de renouvellement urbain. L'objectif de ces conseils citoyens est aussi de conforter les dynamiques citoyennes existantes et de favoriser l'expertise partagée, en garantissant la place des habitants dans toutes les instances des contrats de ville, en créant un espace de propositions et d'initiatives partant des besoins des habitants, dans une démarche ascendante. Ça, c'était ce que disaient la loi et le cadre de référence des conseils citoyens.

La réalité est bien différente : à peine 50 % des conseils citoyens sont aujourd'hui créés, soit plus de 2 ans après le vote de la loi. Moins de 5 % des conseils citoyens ont participé à l'élaboration des contrats de ville et parmi ceux qui étaient créés avant la signature du contrat, moins de la moitié avaient participé à son élaboration. Ces données sont issues d'une veille médiatique, faite par Pas sans Nous, de 1 500 articles de journaux, de blogs...

Autant dire que la participation des habitants, c'est difficile à accepter pour et par les décideurs, alors qu'on entend d'abord un discours de stigmatisation sur les habitants qui ne seraient pas citoyens, qui ne voudraient pas participer, etc.

Prenons le projet de loi Égalité citoyenneté, dans lequel il est écrit qu'il faut permettre aux jeunes de vivre l'expérience de la République. Vous avez deux lectures de cette phrase. Soit la loi veut dire que les jeunes ne sont pas dans la République, soit elle acte que la République a déserté les quartiers populaires. Comment des législateurs peuvent-ils écrire des phrases comme celle-là ? Quel intérêt pour les habitants de participer quand tout est décidé ailleurs ? Combien, dans cette salle, participent en qualité d'habitants à leur conseil de quartier ? (4 personnes lèveront la main sur 160 participants à cette journée)

La participation requiert quelques conditions, la première étant d'avoir le sentiment d'être entendu et de participer, même un tout petit peu, à la prise de décision. La deuxième condition serait que les élus et les professionnels, agents du service public d'État ou territorial, se mettent réellement au service du public et organisent les différentes instances de pilotage du contrat de ville à des heures où les habitants puissent être présents... Déjà, ce sont les seuls bénévoles dans ces instances (ce qui pose question en soi). Il ne faudrait pas qu'ils soient en plus pénalisés par des absences à leur travail ou par des frais de garde d'enfants. La troisième condition, particulièrement importante, est d'accepter le conflit. Aujourd'hui la société refuse le conflit, refuse le débat contradictoire. Comment pouvons-nous alors avoir une participation ?

Dans le domaine de la santé, la participation est une question sans doute plus complexe encore. Elle renvoie, non seulement à la maladie, mais aussi à l'intime, à des références culturelles qui sont propres à chacun. Par références culturelles, je ne parle pas seulement des personnes venant d'une autre partie du monde, mais aussi des classes populaires qui n'ont pas nécessairement les mêmes références culturelles que la classe moyenne, majoritaire, et pour laquelle les politiques publiques, et de santé en particulier, sont souvent construites. Prenons l'exemple du Programme national de nutrition et de santé. Il stipule que pour le bon éveil du tout petit, il faut qu'il puisse dormir 8 h tranquillement dans un espace sécurisé, dans le silence, etc. Allez dire cela à des personnes qui n'ont pas de logement stable, qui vont de centres d'hébergement en hôtels...

Quand allons-nous réellement nous enrichir de la connaissance que les populations ont de ce qu'ils vivent au quotidien ? Aucun des décideurs ne se trouve confrontés à ces mêmes situations. On appauvrit l'ensemble des politiques publiques en ne s'appuyant pas sur cette connaissance, en ne la reconnaissant pas pour ce qu'elle est. Il y a quelques expériences positives, comme celle qui sera présentée cet après-midi à l'hôpital Avicenne, où un chef de service s'appuie sur des médiatrices dans une démarche d'alliance thérapeutique.

En clair, la démocratie, c'est compliqué à mettre en œuvre, à faire vivre. Faisons en sorte que ce ne soit pas ceux qui ont déjà le moins accès aux instances de décision mais qui sont aussi les plus concernés par la politique de la ville, dans leur vie quotidienne, qui soient de fait exclus de toutes les instances démocratiques prévues par la loi.

N'ayons pas peur de la contradiction, du débat voire du conflit. C'est comme cela que se construisent les intérêts communs. Sans l'expression du débat, c'est la violence qui prendra le dessus.

Pour terminer, je voudrais rappeler la lettre ouverte d'Hélène Geoffroy aux habitants des quartiers populaires, publiée dans le Journal du dimanche. Elle dit que ces quartiers sont des lieux de créativité, de courage, d'intelligence, des lieux d'une exceptionnelle force de vie. Pouvons-nous alors accepter que les politiques publiques se passent de toute cette intelligence, de toutes ces forces de vie?

⇒ **Stéphane Tessier,**
médecin de santé publique, ville de Vitry-sur-Seine

Merci beaucoup. Sur cette acceptation des habitants, je rappelle que les Comités d'éducation pour la santé avaient une charte d'éthique, inspirée de la Charte d'Ottawa, dont le premier principe était la «vision globale de la santé». En promotion de la santé, il faut savoir aussi intervenir directement sur l'environnement et ne pas faire tout reposer sur la seule responsabilité individuelle.

Nous allons continuer sur la participation concrète des habitants. J'avoue que quand j'ai lu «la mise en œuvre d'un budget participatif s'inspirant de l'expérience de Porto Alegre à Bordeaux», j'ai été un peu surpris. Je connais bien le Brésil et Porto Alegre singulièrement. Je ne m'attendais pas que ce soit Bordeaux qui se saisisse justement de ce budget participatif. Racontez-nous comment cela s'est passé.

⇒ **Lauriane Ferrasse,**
coordinatrice ASV, chargée de mission budget participatif, ville de Bordeaux

Tout d'abord, je tenais à remercier la Plateforme de nous avoir invités pour partager cette expérience, qui occupe bien notre quotidien et nous tient à cœur, à la ville de Bordeaux, qui est en pleine réflexion depuis la réforme de la politique de la ville comme beaucoup de villes. Cette expérience est complètement en lien avec les conseils citoyens qui sont en train de se mettre en place chez nous.

Pour reprendre un peu l'historique de ce projet qui a peu plus d'un an, nous avons signé notre premier contrat local de santé fin 2014. L'Agence régionale de santé Aquitaine (aujourd'hui Nouvelle Aquitaine) avait mandaté la ville de Bordeaux pour expérimenter sur un de ses territoires la mise en place d'un budget participatif, à l'image de ce qui avait pu se faire à Porto Alegre, à savoir un processus dans lequel les citoyens discutent et décident de l'affectation d'un budget local. Nous sommes vraiment sur une expérimentation sur un territoire restreint.

Nous nous sommes saisis de cette opportunité pour pouvoir développer des actions de santé sur les territoires prioritaires. Nous avons six quartiers prioritaires sur la ville de Bordeaux, dont deux qui disposent d'un Atelier santé ville. Nous nous sommes dit que cela pouvait être l'occasion de pouvoir donner d'autres outils, d'autres moyens sur des quartiers prioritaires, qui n'ont pas ces Ateliers santé ville et pour lesquels nous n'avons pas forcément non plus les moyens humains d'aller aussi fortement en actions. Aussi, nous avons commencé à réfléchir vers quels quartiers nous pouvions nous tourner. Parallèlement, depuis le dernier mandat, nous sommes aussi en grande restructuration. J'appartiens à la Direction du développement social urbain, vraiment rattachée au service politique de la ville. Ce service-là a complètement pris une nouvelle image depuis 2014, puisqu'il entame une démarche pour entrer dans le Pacte de cohésion sociale de la ville, commun à l'ensemble des territoires et qui propose une gouvernance territoriale globale sur toutes les dimensions et compétences de la ville, et pour lequel nous avons fait beaucoup de diagnostics en marchant à travers tous les territoires de Bordeaux. C'est ainsi que nous avons commencé à cibler des quartiers. Petit à petit, l'idée était de pouvoir aller sur un quartier prioritaire. On excluait les Ateliers santé ville puisque nous étions déjà bien intervenus là-dessus, nous avions un dispositif déjà bien en place. Nous nous retournons vers les quatre quartiers qui nous restent. De là, nous partons de nos bilans de démarche du Pacte de cohésion sociale, qui finalement ont été construits avec les associations de quartier, les habitants. Cela fera sûrement sens avec les deux prochaines tables rondes. Cela a fait émerger des priorités de santé plus ou moins fortes sur des territoires.

Nous sommes donc allés vers des quartiers pour lesquels les priorités de santé étaient déjà identifiées et demandées comme perspectives et comme objectifs par les habitants, mais aussi par les associations locales, qui jouent un rôle très important sur ces quartiers-là. Nous sommes quand même sur une grande ville, avec beaucoup de territoires, avec des centaines d'associations. Forcément, quand on est un petit service d'une quinzaine de personnes, c'est surtout par les associations qu'on passe pour mobiliser les habitants. Là, commence donc toute une démarche auprès des associations, dans une commission d'expérimentation. Nous n'avons pas la possibilité d'avoir des moyens humains pour développer ce budget-là, donc l'idée était aussi de pouvoir avoir un portage collectif par les associations. On connaît leur quotidien et on sait que cela peut être très lourd. Elles sont déjà bien sollicitées en permanence par nos services, mais aussi par d'autres. On leur demande beaucoup en termes de mobilisation des habitants, de participation, d'innovations sociales, permanentes. Pour

certaines, elles nous accusent d'être bien plus regardants sur les centaines d'euros que nous leur attribuons que pour les grandes multinationales. Effectivement, c'était très délicat de faire ce pas, d'aller vers les associations et de demander encore une fois une innovation, encore une fois un dispositif, encore une fois une forme de législation, encore une fois de reconstruire, de démarcher, de faire un diagnostic, de remobiliser, de repartir de zéro. Ce n'est pas forcément simple. Nous ne partions pas de zéro puisque l'idée était aussi de nous attacher au dispositif déjà en place sur le quartier, donc de ne pas venir en doublon. C'est un travail de longue haleine, déjà pour aller rencontrer les associations, celles qui étaient déjà bien en lien avec du public, celles qui étaient assez solides pour pouvoir porter un projet comme celui-là, celles qui avaient déjà des projets de santé intégrés dans leur activité. Voici tout le travail que nous avons mené sur l'année 2015, qui a été très long. Je pensais que c'était la partie la plus compliquée, mais en fait, le plus compliqué, c'est le travail avec les habitants qui se fait actuellement.

À partir de toutes ces démarches-là, nous avons réussi à trouver d'autres quartiers, trois associations de quartier, qui se sont associées pour développer ce projet-là. Ce que nous avons souhaité à Bordeaux, ce n'était pas de partir du même principe que Porto Alegre. C'était la volonté de départ, mais je remercie l'Agence régionale de santé (ARS) de nous avoir donné une grande liberté sur le développement de ce projet et des perspectives que nous pouvions prendre, les divers chemins. Finalement, c'était plutôt de partir d'un groupe d'habitants qui était déjà un peu constitué, du moins qui pouvait se retrouver entre les associations, et qui souhaitait porter un projet de santé sur son quartier. De là commence toute une démarche, puisque forcément, nous nous rendons bien compte que la santé, cela ne parle pas à tout le monde. On ne sait pas forcément ce que c'est, donc il y a un énorme travail de formation, de partage avec ces habitants pour comprendre ce qu'est la santé et se rendre compte que finalement, à travers le quotidien et toutes les actions menées par tout le monde, on fait de la santé, de la culture de la santé. Sur toutes les actions que nous pouvons mener, nous sommes vraiment sur de la santé. C'est souvent plutôt apparenté à la maladie.

⇒ **Stéphane Tessier,**
médecin de santé publique, ville de Vitry-sur-Seine

Aujourd'hui, un an après, vous avez de nouveaux habitants ?

⇒ **Lauriane Ferrasse,**
coordinatrice ASV, chargée de mission budget participatif, ville de Bordeaux

Un an après, nous avons un groupe d'habitants d'une dizaine de personnes, principalement des femmes, qui est un groupe alpha-FLE. C'est très intéressant pour nous parce que pour le coup, c'est un public que nous ne touchions pas jusqu'à maintenant, qui est compliqué à mobiliser parce qu'il y a toute cette complexité de la participation liée aux cultures, au langage. Mais nous nous sommes donné les moyens. Cela faisait partie aussi du contrat d'amener des interprètes, des moyens logistiques, de la formation pour les associations, mais aussi pour les habitants. Nous avons notre groupe constitué, mais c'est très lent parce que très dur de mobiliser des gens, de les faire participer, et surtout sur des actions qui prennent autant de temps, et pour lesquels nous n'avons pas forcément des résultats immédiats. Ce qui nous intéressait, ce n'était pas forcément les actions immédiates à développer, mais justement cette partie de formation à la citoyenneté des habitants, mais qui commence finalement à nous contraindre un peu. Parce que nous sommes quand même sur un engagement au titre du contrat local de santé, qui a un terme et s'arrête fin 2016. Pour l'instant, on est bon, mais on ne sera pas sur un budget participatif correspondant à la définition de Porto Alegre, sur ce format-là.

C'est aussi volontaire puisque parallèlement, la mise en place des conseils citoyens a nécessité tout un travail de réflexion avec des habitants pendant six mois. Ce sont les habitants qui ont décidé comment ils voulaient constituer leur conseil citoyen. D'ailleurs, je le signale, ils ne souhaitent pas avoir un pouvoir de décision dans des instances publiques. Ils estiment pouvoir être experts de leur territoire, ont envie de participer à des instances de décision, mais ils jugent qu'ils ne sont pas en mesure de décider pour l'ensemble de leur quartier de ce qui doit se faire ou pas. C'était tout à fait intéressant d'avoir cet échange avec eux. Tout cela fait le lien avec l'idée de commencer à mener un projet de santé qui mobilise déjà beaucoup le quartier, qui commence à mobiliser des habitants et qui, à plus long terme, on l'espère, puisse s'intégrer aux projets des conseils citoyens, que ce soit un budget qui appartienne aux membres des conseils citoyens et pour lequel chaque habitant pourrait revenir proposer un projet de santé qui, à ce titre-là, pourrait être voté par le conseil citoyen. C'est une des perspectives, du moins c'est celle que nous aimerions voir émerger. Mais ce ne sera pas forcément le cas. Comme j'expliquais, nous sommes toujours sur la mobilisation.

⇒ **Stéphane Tessier,**
médecin de santé publique, ville de Vitry-sur-Seine

Merci beaucoup. Vous soulevez un problème fondamental, celui des différentes temporalités, celle des gens et celle des institutions. Nous avons toujours des problèmes de coutures entre ces temporalités. Il faut rendre des comptes alors que les gens ont leur propre rythme.

Je propose que nous fassions circuler le micro pour cette première partie de la table ronde, si vous avez des questions.

DÉBAT AVEC LA SALLE

⇒ **Didier Febvrel,**
médecin de Santé publique, ville de Marseille

Récemment dans Libération, il y a eu un supplément qui a été fait par un groupe de jeunes journalistes à Marseille. Ils citent une phrase d'Akhénaton qui dit que «Marseille, c'est Barcelone la journée et Barcelonnette la nuit», et qui dit la chose suivante, que j'ai observée, que les comités d'intérêt de quartier (CIQ) ont un pouvoir énorme sur la vie nocturne parce qu'ils passent par les plaintes. Contrairement à ce que tu peux dire, il y a un certain nombre de citoyens qui ont pris leur pouvoir d'agir sur la politique municipale et la façon dont les décisions sont prises. Simplement, ce n'est pas forcément dans le sens dans lequel on voudrait, chacun, que cela se passe. Quand tu demandes si nous allons dans les comités d'intérêt de quartier, moi, je n'y vais pas parce que je serais seul au milieu de personnes avec lesquelles il faudrait s'opposer sans se massacrer. Nous avons un peu de mal à y trouver notre place. Sur la ville de Marseille par exemple, les comités d'intérêt de quartier ont un pouvoir vraiment important. En plus, leurs présidents deviennent aussi élus, adjoints au maire, etc.

⇒ **Bénédicte Madelin,**
administratrice, membre du conseil scientifique et technique, Coordination Pas sans nous

J'en discutais avec ta collègue de Marseille tout à l'heure. Marseille, c'est toujours une ville où il y a des particularités. C'est bien connu. Les comités d'intérêt de quartier (CIQ) de Marseille ne représentent pas vraiment les habitants des quartiers populaires... Ils sont plus représentatifs du clientélisme que dénonçaient Marie-Hélène Bacqué et Mohamed Mech-

mache dans leur rapport. C'est sûr que les élus ont aussi besoin d'avoir une clientèle à qui ils lâchent du pouvoir. Mais ce n'est pas tout à fait ce dont nous parlions tout à l'heure.

Du coup, j'avais un peu envie d'interpeller ma voisine sur les habitants de Bordeaux, qui ont travaillé sur les conseils citoyens et qui ne veulent pas avoir du pouvoir. La question n'est pas seulement d'avoir du pouvoir, mais de participer de la décision et donc de sentir que, quand on habite un quartier, ce qui n'est pas vraiment le cas de ceux qui prennent les décisions aujourd'hui, la connaissance que l'on a de son territoire permet de définir peut-être des orientations stratégiques et des priorités dans la mise en œuvre des actions. La question des conseils citoyens n'est pas d'être seul à prendre des décisions, bien évidemment. Mais c'est de participer de la décision, d'avoir un minimum de capacité à se faire entendre. Et pour les pouvoirs publics, c'est d'accepter cette transformation du rapport au pouvoir. Je pense qu'il n'y a aucun conseil citoyen où les habitants disent «c'est nous qui allons décider». C'est plutôt comment, ensemble, à partir de notre connaissance, de ce que nous savons de notre territoire, nous pouvons peser, faire remonter des informations, être reconnus dans nos savoirs et connaissances. C'est pareil dans le secteur de la santé. On parle de démocratie sanitaire. Mais quand on n'accède pas à la connaissance, peut-on parler de démocratie? Dans l'urbanisme, c'est la même chose, «c'est trop complexe, il faut des techniciens, vous ne pouvez pas comprendre»... Comment voulez-vous que nous puissions continuer à avancer?

⇒ **Élisabeth Pons,**
coordinatrice ASV, coordinatrice Contrat local de santé, ville de Toulouse

Bonjour. C'est juste pour dire que dans le conseil citoyen, ce qui a été intéressant malgré tout, c'est qu'il y a eu un tirage au sort, qui permet à n'importe qui d'y rentrer. Autrement, on retrouve toujours les mêmes habitants, qui sont ceux qui sont le plus impliqués sur les quartiers. Parce que c'est comme cela que cela fonctionne quand vous allez sur les territoires. Vous trouvez toujours les mêmes habitants dans les différentes associations. Les avis sont toujours les mêmes. Nous sommes dans un vase clos. C'est un peu dommage parce que là, nous n'allons pas toucher ceux qui ne viennent pas. Il y a ceux qui travaillent, qui ne peuvent pas venir. Parce qu'il n'y a pas que des gens inactifs sur les territoires. Il y a aussi des gens qui travaillent. Certains ne peuvent pas venir l'après-midi. Du coup, cela se fait le soir. Et puisqu'on en parlait avec les conseils de

quartier, n'importe qui peut y aller. Moi, j'y suis allée une fois et je m'y suis embêtée parce que je n'avais pas envie de débattre sur le parcimètre qu'il fallait mettre ou pas, le stationnement, etc. Mais cela ne veut pas dire qu'ils ne font rien parce qu'ils ont fait aussi des choses dans les quartiers. Peut-être que je suis tombée sur le mauvais débat, mais chacun y va ou pas, en fonction de son implication citoyenne.

⇒ **Stéphane Tessier,**
médecin de santé publique, ville de Vitry-sur-Seine

Le fait est que le thème de la santé intéresse quand même. Je vois, sur Vitry-sur-Seine, dans les conseils de quartier, qu'on met en ce moment le diagnostic santé à l'ordre du jour. Les gens y participent malgré tout. La santé est un thème fédérateur.

⇒ **Jean-Pierre Worms,**
sociologue & militant associatif

On entre sur des problèmes très techniques, très pointus : le tirage au sort pour la composition du conseil consultatif, quel qu'il soit, sur la santé ou autre.

Il se trouve que j'ai été responsable d'une certaine forme de démocratie locale à Paris, lors du premier mandat de Bertrand Delanoë. Il y avait effectivement des conseils de quartier avec trois collèges, dont un collègue personnalité qualifiée, un collègue associatif, et pour équilibrer et avoir vraiment le tout venant de la population, un collègue tiré au sort. Par curiosité, j'ai voulu regarder quel était la catégorie socio-professionnelle (CSP) moyenne des différents collèges. Le collègue qui avait la CSP la plus élevée était celui tiré au sort. Pourquoi ? Parce qu'individuellement, la personne tirée au sort, si elle n'est pas membre d'une association qui lui donne un certain nombre d'outils et d'habitudes d'expression en public, elle dit qu'elle ne peut pas, et donc on passe au suivant. À force de passer au suivant, on arrive à qui ? À quelqu'un qui a déjà un bac + 6, + 7, suffisamment costaud pour se sentir à l'aise seul, sans avoir besoin d'une association, d'une organisation professionnelle ou autre, pour jouer son rôle dans un conseil de quartier. Résultat, en voulant rééquilibrer socialement la proposition du conseil de quartier, on l'a déséquilibré un peu plus en faveur des classes moyennes favorisées.

C'est pour dire que c'est très compliqué. Moi, je suis très favorable au tirage au sort. Mais c'est un tirage au sort où il faut accompagner les gens pour les aider à acquérir la compétence d'être dans un conseil citoyen.

⇒ **Claudia Lezama,**
chef de projet prévention et promotion de la santé, ville de Gentilly

On est en ce moment en train de faire un diagnostic santé. Ce n'est pas une question, mais un témoignage : dans ce diagnostic santé, nous avons proposé de parler des déterminants de santé à toute la population avant de lui demander quels étaient ses attentes et besoins en termes de santé. Cette démarche, il a fallu en débattre. Quand on a dit aux élus qu'on souhaitait que les habitants eux-mêmes expriment leurs attentes en besoins de santé, on nous a dit « mais depuis quand les habitants savent quelque chose en matière de santé ? ». Je caricature un peu, mais il n'empêche que maintenant, les élus sont les premiers convaincus de ce que nous avons fait, puisque nous avons eu une participation importante et surtout, ils ont appris plein de choses sur la santé. Nous avons même eu cette discussion : apparemment, cela pose question de parler ou pas aux habitants de ce qui détermine leur santé. Mais je pense que si nous ne le faisons pas, c'est que nous les prenons pour des imbéciles et ils ne viendront pas à nos réunions.

⇒ **Lauriane Ferrasse,**
coordinatrice ASV, chargée de mission budget participatif, ville de Bordeaux

Je voulais juste revenir sur le lancement du tirage au sort au conseil citoyen et préciser que pour le tirage au sort, la petite limite que j'y mets, c'est que tout dépend sur quelle liste on se base. Je parle au titre de Bordeaux, où la proposition des habitants était de faire deux tiers/un tiers, deux collèges, avec 20 habitants et 10 membres représentants d'associations diverses. Finalement, la répartition retenue est celle de trois collèges, à trois fois un tiers, avec des habitants volontaires lambda n'appartenant à aucune association, un tiers d'associations et un autre tiers tiré au sort sur liste électorale. La seule contrainte est que forcément, sur ces quartiers-là, nous n'avons pas énormément de gens qui sont sur les listes électorales, qui n'ont pas le suivi administratif qui va avec.

⇒ **Stéphane Tessier,**
médecin de santé publique, ville de Vitry-sur-Seine

Oui, et puis l'effet d'autosélection que Jean-Pierre Worms soulignait reste entier. Maintenant, cela peut peut-être inciter les gens à s'inscrire sur les listes électorales.

- ⇒ **Bénédicte Madelin,**
administratrice, membre du conseil scientifique et technique,
Coordination Pas sans nous

Si on leur donne le droit de vote. C'était la promesse du candidat Hollande...

- ⇒ **Stéphane Tessier,**
médecin de santé publique, ville de Vitry-sur-Seine

Nous allons passer à la deuxième partie de la table ronde, un peu abordée avec la ville de Bordeaux, à savoir comment les institutions peuvent favoriser cette participation, avec Mélanie Heard, déléguée générale pour l'Institut pour la démocratie sanitaire.

- ⇒ **Mélanie Heard,**
déléguée générale de l'Institut pour la démocratie sanitaire

Bonjour. Merci beaucoup de cette invitation à venir parler de démocratie sanitaire dans les problématiques qui nous intéressent. La commande qui m'a été faite est de présenter les instances de la démocratie sanitaire dans le pays, les évolutions récentes à toutes les échelles du territoire national. C'est ce que je vais m'efforcer de faire, tout en voulant, en introduction, bien resituer le cadre de ce qu'est cette démocratie sanitaire qui, bien souvent, je crois, de l'extérieur, paraît un cadre institutionnel au mauvais sens du terme, c'est-à-dire un peu froid, ou une usine à gaz pour certains.

La démocratie sanitaire en tant que telle est issue, en gros, de la formalisation qu'en a donnée la loi dite Kouchner de 2002. Elle est souvent difficile à appréhender pour une raison simple, qui est qu'elle recouvre deux réalités qui peuvent paraître distinctes pour certains : d'une part, la production des droits des patients dans le cadre de leur prise en charge, qui est un des piliers majeurs de la démocratie sanitaire, à savoir le droit d'accéder à son dossier médical, de consentir avant tout acte médical, à l'information sur le parcours et les décisions prises, à participer à la décision thérapeutique. Tous ces droits pour les patients ont été reconnus et formalisés par la loi de 2002. Nous avons appelé cette loi « démocratie sanitaire » parce qu'au-delà de cette reconnaissance des droits des patients, elle a aussi créé une deuxième jambe à la démocratie sanitaire, qui était la participation. C'est-à-dire que chacun avait le droit de décider pour sa santé, première jambe, et de décider pour la santé des autres, de tout le monde. Pour la politique

de santé, c'était la deuxième jambe, la démocratie sanitaire. Je crois que nous sommes un des rares pays à avoir pensé un système conceptuel qui rassemble ces deux dimensions-là ; la dimension individuelle, médicale, et la dimension collective, politique de santé.

Aujourd'hui, bien sûr, nous allons avant tout insister sur cette deuxième jambe de la démocratie sanitaire, avec le constat, partagé par de nombreux acteurs depuis de nombreuses années, que finalement, ce qui a été créé depuis les trente dernières années, les couches successives qui ont été réformées, ne donnent pas satisfaction. Au sens où l'esprit de la participation n'est sans doute pas assez rentré dans les pratiques, de la même façon que l'esprit du respect des droits des patients n'est pas assez entré dans les pratiques des professionnels de santé. Dans les deux cas, nous avons ce discours établi, de fait, sur la démocratie sanitaire, qui consiste à dire que nous avons une loi qui a apporté des choses extrêmement importantes, qui a été renforcée par d'autres lois depuis, mais que nous avons des pratiques qui sont insuffisamment conformes à l'esprit de cette loi. Nous retombons sur ce que vous disiez tout à l'heure. C'est toujours la même chose. Qu'est-ce qui fait qu'à un moment donné, au-delà de la loi, il y a une culture, des pratiques qui se créent, qui infusent réellement sur la vie des gens ? C'est toute la difficulté dont nous avons à discuter aujourd'hui.

J'ai pour ma part la chance d'être déléguée générale de l'Institut pour la démocratie en santé, dont l'objectif premier est précisément d'aider à faire passer l'esprit de la loi dans les pratiques, à la fois sur la dimension individuelle des droits des patients dans le cadre de la prise en charge précisément, et puis sur la dimension collective. Une mission très claire pour notre institut est de produire des ressources, de mettre en lien des initiatives et de partager des expériences en ce qui concerne la participation des citoyens aux décisions de santé, à toutes les échelles de cette décision. Nous engageons un travail assez important dans cet institut sur un certain nombre d'initiatives qui nous paraissent très novatrices pour favoriser cette participation citoyenne. J'y reviendrai peut-être après, dans les questions, puisque je ne suis pas ici aujourd'hui pour vous présenter les chantiers de l'institut, mais plutôt pour présenter les cadres institutionnels existants, avec leurs atouts et leurs déficits.

Avant de rentrer dans un discours un peu tristounet sur les cadres, ce qu'on peut en faire et ce qui ne marche pas aujourd'hui, je voudrais redire que la démocratie sanitaire, si aujourd'hui elle est structurée par un certain nombre d'instances, est d'abord et avant tout une hiérarchie. Mais elle n'est pas seulement une hiérarchie de formalisation ou de décisions aux différentes échelles de l'action publique. Elle est d'abord et avant tout

une hiérarchie de transformation sociale, dans la conformité totale avec les mots d'ordre d'engagement et de politisation qui sont les nôtres depuis ce matin. Au-delà des cadres institutionnels que je vais présenter, la démocratie sanitaire est la volonté de promouvoir une organisation de la société. Je vais citer Didier Tabuteau qui vient de formaliser cette nouvelle définition de la démocratie sanitaire. Il est un peu le père des dispositifs initiaux, au travers de sa contribution majeure à la loi de 2002. Il a récemment formalisé une définition que je voudrais partager avant de rentrer dans le détail : la démocratie en santé, c'est la promotion d'une organisation de la société dans laquelle chacun est en capacité de connaître, de comprendre et de décider pour sa santé et pour la santé de tous. Nous sommes aujourd'hui dans un effort pour reprendre ce qui a été fait depuis 2002 pour le politiser davantage que jusqu'à maintenant.

Qu'en est-il aujourd'hui des structures existantes ? Actuellement, il existe des instances de dialogue des acteurs de la santé à trois niveaux, classiquement : le niveau national, le niveau régional et le niveau territorial. Au niveau national, l'instance de dialogue en santé est la Conférence nationale de santé. Sur son logo, il y a écrit Parlement de la santé. Cela dit bien ce que cela veut dire. C'est un mastodonte qui réunit plus de 100 participants dont la charge est de rendre des avis consultatifs sur les décisions nationales et également de conduire des débats publics. C'est une dimension importante sur les questions de santé. Au niveau régional, il y a les conférences régionales de la santé et de l'autonomie, les CRSA, qui travaillent en lien avec les agences régionales de santé sur les politiques régionales. Elles sont un peu comme des parlements régionaux finalement. Je vais revenir sur leur fonctionnement. Enfin, au niveau territorial, nous sommes en plein dans l'actualité de la publication imminente du décret qui va créer les conseils territoriaux de santé. C'est une innovation de la loi Touraine que de substituer aux anciennes conférences de territoires qui existaient, qui marchaient moyennement bien, de l'avis général, ces nouveaux conseils territoriaux de santé. Je vais également revenir un peu sur ce que j'en sais.

Au niveau macro, ce qui importe dans une structure pyramidale comme celle-là, c'est d'abord et avant tout d'assurer que chaque espace de concertation ait une mission claire et dispose d'un domaine de compétence clairement délimité. Sachant que je parle là du cadre institutionnel de la démocratie sanitaire, mais qu'il y a encore bien d'autres échelons de participation possibles, notamment avec les hôpitaux, où il y a des conférences de relations avec les usagers qui fonctionnent, et tout un tas d'autres dispositifs de concertation en santé. Ils sont assez nombreux. Mais sur cette structure pyramidale-là, je crois que la première préoccupation doit être

que la gouvernance assure une bonne complémentarité entre les différents niveaux. Les éléments de satisfaction qui remontent principalement des participants usagers ou représentants d'usagers à ces différentes structures aujourd'hui sont d'abord que ces lieux de dialogue entre acteurs du système de santé produisent une réelle reconnaissance mutuelle aujourd'hui. Il semble que malgré les difficultés de fonctionnement et de participation dans ces instances, globalement, en moyenne, il y ait une forme de réussite à saluer dans le fait que les représentants d'usagers sont reconnus comme des membres extrêmement actifs et professionnalisés dans ces instances. Ils bénéficient du coup d'un sentiment de reconnaissance de la part des professionnels de santé représentés dans ces instances et des administrations.

Le deuxième élément de satisfaction que nous pouvons saluer est un effet certain de transparence dans les discours, dans la mesure où chacun, et notamment les administrations, est censé, notamment dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), travailler à construire des discours de présentation de leurs décisions qui soient accessibles, compréhensibles et maîtrisables par l'ensemble des participants à ces instances. Peut-on dire pour autant que les conditions de la délibération citoyenne sont complètement satisfaisantes ? Évidemment, non. D'abord, chacun témoigne en région dépendante de l'agence régionale de santé, de l'incapacité de l'administration à valoriser ce qui se passe ou pas dans l'instance de délibération. C'est un premier élément de contingence évident. Le deuxième élément de difficulté : on revient encore sur cette question de participer ou pas à la décision, ce que cela veut dire. C'est clair que je pense qu'il faut être extrêmement explicite quand on entreprend une démarche de type démocratie participative sur l'objectif poursuivi et le paquet de frustrations. Il faut être clair sur le fait que ces instances sont consultatives. La moindre des choses doit être, si l'avis n'est pas suivi, de le justifier. C'est déjà une forme de participation majeure à la décision. Mais nous ne sommes pas non plus dans une décision partagée sur le modèle de Porto Alegre. Il faut être, je pense, extrêmement explicite sur cette distinction.

Le dernier problème que nous relevons est celui de la temporalité, des agendas des administrations par rapport au temps de la délibération. C'est un problème de façon récurrente, le fait que les agences régionales de santé saisissent les Conférences régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) à marche forcée sur des dossiers extrêmement lourds à comprendre et à maîtriser. Du coup, la qualité de la délibération ne peut pas toujours être aussi bonne qu'on le voudrait.

Un dernier point juste pour faire un petit focus sur les conseils territoriaux de santé, parce que c'est important aussi. Les conférences de territoire existaient au niveau infrarégional et vont être remplacées en vertu de l'article 158 de la loi par des conseils territoriaux de santé. L'objectif de cette rénovation n'est pas juste de repeindre la façade. C'est aussi vraiment de renforcer la participation des conseils territoriaux de santé à l'élaboration des diagnostics territoriaux partagés. Il y a vraiment cette volonté du législateur derrière cette réforme. Je voudrais juste insister sur le fait que dans ces structures, qui compteront 50 membres, le collège des usagers est prévu à 10 membres avec un collège des élus à 7 membres, un collège des représentants de l'État et un collège des personnels de santé. Cette structure, le législateur l'a souhaité, devra veiller à conserver la spécificité des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. Cette phrase dans l'article, je crois qu'il est important de bien la regarder, la garder sous le coude. Le décret en préparation ne précise pas la façon dont les agences régionales de santé (ARS) sont censées aider les conseils territoriaux de santé à veiller à conserver la spécificité des dispositifs en question. Je pense que nous pouvons tous garder un œil là-dessus, parce que c'est évidemment une chose qui mérite beaucoup d'attention de notre part et qui n'est pour l'instant pas complètement, à ma connaissance, bordée. Merci de votre attention.

⇒ **Stéphane Tessier,**
médecin de santé publique, ville de Vitry-sur-Seine

Merci beaucoup. Christine Ferron, l'expérience de Redon ?

⇒ **Christine Ferron,**
directrice de l'IREPS Bretagne

Bonjour à tous, merci de me donner l'occasion de m'exprimer devant vous. Effectivement, la demande qui m'a été faite par Stéphane Tessier et Catherine Bernard était de vous présenter un programme de recherche interventionnelle qui a été menée dans un pays de Bretagne qui s'appelle le Pays de Redon. Pour ceux et celles qui ne le connaissent pas, ce pays présente la particularité de concerner deux régions, aussi bien la Bretagne que les Pays de la Loire, et trois départements (Ille-et-Vilaine, Morbihan, Loire-Atlantique). En termes de participation institutionnelle, nous n'avons donc que l'embaras du choix. Vous imaginez : 2 agences régionales de santé (ARS), 3 délégations territoriales, 2 conseils régionaux, des conseils départementaux à la pelle, etc... On s'amuse. Le programme dont je vais vous parler très brièvement, mais je suis là aussi pour répondre à vos

questions, est un programme de recherche interventionnelle financé par l'Institut national du cancer, qui est une institution très impliquée dans le développement de ce type de démarche ; ce programme est mis en œuvre par l'École des hautes études en santé publique, et en particulier par la chaire INPES (Santé publique France) de promotion de la santé, dont est titulaire le professeur Éric Breton. Il s'agit d'un programme de recherche interventionnelle, cela veut dire qu'il y a effectivement une recherche qui est portée par l'équipe d'Éric Breton, et une partie interventionnelle portée par l'association que je représente aujourd'hui, qui est l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé.

En deux mots, qu'est-ce qui a présidé à l'élaboration de ce programme de recherche ? C'est la volonté de faire évoluer ce qu'Éric Breton a appelé le système de promotion de la santé du territoire. C'est-à-dire faire en sorte que les acteurs de ce territoire prennent mieux en compte les déterminants de la santé et s'impliquent davantage dans la réduction des inégalités sociales de santé au sein de ce territoire. L'une des hypothèses qui a été posée est que la raison pour laquelle ces déterminants de la santé et ces inégalités de santé étaient peu pris en compte au sein de ce territoire, était que ni les institutions, ni les élus, ni les décideurs, ni les acteurs, et sans doute encore moins directement la population, n'avaient jamais été questionnés ou formés sur ces questions-là. Ce qui a été mis en œuvre en termes d'intervention, cela a été une démarche en plusieurs étapes, dont la première a consisté à mettre en place un comité local composé de représentants des institutions, des associations, du secteur public de l'éducation, de la santé, du social, des professionnels libéraux, des représentants des habitants, des élus, des décideurs, bref, un « panel » représentatif du paysage sanitaire, social, culturel de ce pays de Redon. La première démarche mise en œuvre a été précisément une acculturation de ce comité local aux questions de déterminants de la santé et d'inégalités sociales de santé. Cette acculturation a été réalisée en grande partie par Éric Breton lui-même et puis par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé, qui est également intervenue à ce niveau-là.

Dans un deuxième temps, ce qui a été demandé aux membres de ce comité local a été de définir ce qui constituait pour eux les déterminants de la santé sur ce territoire. Ce qui est ressorti, c'est un ensemble de huit groupes de déterminants. Je vais simplement vous les lister, classés par ordre d'importance par tous les acteurs du territoire que nous avons interrogés. Le premier, c'est l'estime de soi, le déficit d'une auto-image positive et le niveau de compétence individuelle. Le deuxième, c'est le chômage, la pauvreté, la précarité, les conditions de travail. Le troisième, c'est l'en-

vironnement social et familial, les questions de parentalité. Le quatrième, ce sont les problématiques de discrimination, de stigmatisation, d'intolérance, la cohésion sociale et intergénérationnelle. Le cinquième groupe de déterminants tourne autour des questions de mobilité, d'isolement et de politique des transports. Le sixième, c'est le déficit d'accès à l'information, le niveau d'éducation et de formation. Le septième, c'est la question des conduites addictives et à risques. Enfin, le huitième, ce sont les questions d'habitat, de politique du logement, d'insalubrité, d'accessibilité aux personnes en situation de handicap et d'accès au parc locatif. Ce qui est intéressant dans ce paysage, dans ce panorama des déterminants de la santé en Pays de Redon, c'est qu'il est un peu décalé par rapport à tous les documents que nous pouvons connaître et que nous nous transmettons les uns aux autres, autour des déterminants de la santé.

Dans une étape suivante, ce qui a été demandé aux membres du comité local de ce programme a été d'aller interroger toutes les parties de la population, des habitants, avec lesquelles ils travaillent, sur ces déterminants de la santé, de façon à pouvoir mettre en parallèle le panorama des déterminants de la santé réalisé par les acteurs et le panorama des déterminants de la santé tel que les habitants du territoire eux-mêmes pouvaient le dessiner. Pour ce faire, il a fallu évidemment former, accompagner les membres de ce comité local, qui n'étaient absolument pas outillés pour réaliser ce type de démarche auprès de leur public. Il a fallu les aider à construire des petits questionnaires, mais aussi des grilles d'entretiens, à animer une dynamique de groupe, à utiliser des outils de recueil, etc. Nous avons développé toute une formation des membres du comité local pour qu'ils aillent chercher ces informations auprès des habitants. Nous avons en fait demandé aux habitants à la fois de valider, d'invalider ou de compléter le panorama des déterminants qui avait été réalisé par les acteurs et les décideurs.

Ce que je trouve très intéressant dans ce qui est ressorti de ce travail réalisé avec les habitants, c'est qu'il nous a permis de dépasser une présentation un peu sectorielle des déterminants, les uns à côté des autres, et de les articuler. Ce qui a pu être réalisé, c'est un ensemble de vignettes qui a permis de mettre en lien les choses, c'est-à-dire de montrer comment tous les déterminants de la santé s'articulent les uns aux autres. Ils ne sont pas juste posés les uns à côté des autres, ils sont interdépendants. Par exemple, la question de la conciliation vie familiale et vie professionnelle est ressortie du travail fait avec les habitants et concerne aussi bien le temps pour soi que les soutiens familiaux, la santé, la proximité avec les services, etc. La vie familiale et la parentalité sont liées aussi à la mobilité, à l'estime de soi, aux problématiques financières, etc. Je passe parce que je n'ai pas

vraiment le temps de développer tout cela, mais nous sommes arrivés à un panorama tout à fait détaillé et structuré de ce qui fait santé et de ce qui, au contraire, ne fait pas santé sur ce territoire de Redon.

Dans une étape suivante, nous avons travaillé à élaborer des stratégies d'action pour agir sur ces déterminants de la santé, incluant évidemment une problématique de pouvoir d'agir. C'est-à-dire qu'une fois que nous avons mobilisé les acteurs et les habitants sur ces questions-là, il était indispensable de pouvoir les outiller pour aller porter ce type de revendication auprès des élus et des décideurs qui, fort heureusement, étaient dans le comité local. Le lien a donc pu être fait assez facilement.

Sur ces entrefaites est arrivé un projet de contrat local de santé (CLS), lancé avec un appel à manifestation d'intérêt. En réponse à cet appel, le comité local associé aux habitants ont fait remonter à l'agence régionale de santé et au comité de pilotage du CLS un ensemble de propositions, de fiches actions, pour lesquelles j'ai pu entendre, au niveau de l'agence régionale de santé, quelqu'un dire: «je n'avais jamais vu remonter des fiches actions comme celles-là». Ce qui est remonté est vraiment d'une nature complètement différente de ce que ce territoire, voire la région, avaient connu auparavant. Nous sommes donc actuellement dans la mise en œuvre de ce contrat local de santé. A la demande des ARS, l'EHESP et l'IREPS sont également associées à l'évaluation des actions et plus largement, du CLS.

Derrière tout cela, il y avait évidemment une forte problématique d'empowerment. Il n'était donc pas question que l'équipe de l'École des hautes études en santé publique et celle de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé restent dans le territoire et dans le projet *ad vitam aeternam*, pour accompagner la dynamique. Il a fallu envisager de «passer la main» au niveau du pilotage du projet. Cela se traduit en ce moment par l'évolution du comité local de santé vers une assemblée locale de santé qui s'est fixée pour objectifs de fonctionner en autonomie et de continuer à maintenir la dynamique. Il y a au sein du territoire, une animatrice territoriale de santé qui est extrêmement dynamique et impliquée, très qualifiée en promotion de la santé, et qui continue à accompagner ce mouvement. Il y a aussi une mutuelle locale, qui est très bien implantée dans le territoire et qui fait le lien également entre les acteurs et les habitants, etc. Nous avons identifié aussi des acteurs de proximité qui vont permettre à cette dynamique de se poursuivre.

⇒ **Stéphane Tessier,**
médecin de santé publique, ville de Vitry-sur-Seine

Merci beaucoup. La démarche ascendante va-t-elle pouvoir croiser les conseils territoriaux de santé qui vont bientôt arriver ?

⇒ **Christine Ferron,**
directrice de l'IREPS Bretagne

Mon souci par rapport aux conseils territoriaux de santé, c'est cette focalisation sur les usagers justement. Quand nous travaillons à l'échelle d'un territoire comme le pays de Redon, nous voyons bien que la notion d'« habitants » dépasse très largement celle d'« usagers », qui recouvre essentiellement des représentants de personnes concernées en tant que patients ou en tant qu'aidants par certaines pathologies, notamment des maladies chroniques, qui sont effectivement très importantes à prendre en compte et qui concernent une proportion non négligeable de la population. Mais néanmoins, la question de la participation dépasse très rapidement la problématique des usagers. Là, dans ce qui a été fait à l'échelle du Pays de Redon, nous sommes allés interroger aussi bien les enfants dans les classes primaires ou dans les centres de loisirs que les personnes âgées dans les EHPAD. La variété des acteurs du comité local a fait que nous avons pu aller interroger pratiquement toute la population sur ces problématiques.

DERNIER TOUR DE QUESTIONS.

⇒ **Mohamed Boussouar,**
directeur des programmes, IREPS Rhône-Alpes

Ma question concerne essentiellement l'intervention de Mélanie Heard, qui a utilisé deux expressions successivement. La première était « démocratie sanitaire ». Ensuite, elle a utilisé l'expression « démocratie en santé ». Je voulais donc savoir si on parlait de la même chose avec ces deux expressions.

Est-ce que se référer à la démocratie sanitaire, ou la démocratie en santé, si nous parlons de la même chose, au système de santé, de soins, n'est pas prendre le risque d'occulter des déterminants de la santé ?

Enfin, si le risque est là, est-ce qu'on ne pourrait pas tout simplement parler de démocratie ?

⇒ **Alfredo Da Silva,**
directeur de la vie sociale, ville de Saint-Pierre-des-Corps

J'ai une question pour Christine Ferron. À la toute fin de votre intervention, vous avez parlé de l'animatrice santé. Vous avez dit qu'elle est très dynamique... et très qualifiée en promotion de la santé. De votre point de vue, lequel de ces deux aspects vous semble le plus pertinent et utile pour poursuivre dans cette démarche ? J'ai mon point de vue. Je pense que vous avez peut-être aussi le vôtre, mais c'est toujours dommage d'avoir ces trois petits points et de se sentir obligé de préciser que cette personne, qui soutient par son dynamisme, son engagement, sa capacité à créer du lien, doit pouvoir assoir tout cela par une compétence avérée et que sinon, elle ne le serait pas.

J'ai une autre question. Du concept à la réalité, toujours en lien avec la première question, comment conceptualiser la notion de plaisir dans la participation ? Parce qu'on présuppose que la participation contient une forme d'utilité qui serait une forme d'excellence dans le plaisir alors que les gens viennent à la première pour voir et ne reviennent pas parce que très souvent, ils s'emmerdent. Dans quelles salles se réalisent les espaces de participation ? Rarement dans les salons de réception, souvent dans les salles de quartier. Que mange-t-on avant, après, pendant ? Qui accompagne ? Cela rejoint l'intervention de Bénédicte Madelin sur comment valoriser cette participation bénévole, alors que dans les conseils citoyens, ces lignes-là n'apparaissent pas : pas de crédit pour la bouffe, pour les transports. Ou alors, il faut bien aller désapproprier une autre ligne budgétaire parce qu'on peut considérer que c'est utile, mais pas le dispositif en soi. Quand, en octobre 2014, on voit arriver la circulaire, on se dit « merde, ils ont osé ».

⇒ **Yves Buisson,**
retraité, Institut Théophraste Renaudot

Il y a beaucoup de choses qui ont été dites sur la participation. Ce terme de « participation » m'irrite toujours un peu les oreilles dans la mesure où on ne dit jamais qui participe à quoi. Est-ce que ce sont les professionnels, les institutions, les élus, les associations qui participent au projet des habitants, ou plutôt le contraire ? Nous attendons quand même plutôt en général des habitants qu'ils participent à nos projets.

Après, ce qui m'inquiète beaucoup avec tout ce qu'on aborde aujourd'hui, c'est qu'on sait qu'on est dans une situation qu'on peut appeler « crise sanitaire », avec une explosion de tout un tas de pathologies qui sont liées

à des conditions environnementales, et essentiellement à la diffusion dans l'environnement de milliers de produits chimiques issus de l'industrie. On a quelque chose comme 143 000 produits chimiques qui sont actuellement en libre circulation, dans tout ce qu'on consomme, ce qu'on respire, ce qu'on mange, ce qu'on boit. Très peu ont été testés. On sait qu'il y en a une grosse majorité qui est extrêmement toxique et qui va provoquer des cancers, l'autisme dans certaines situations. Aujourd'hui, on vient de voir voter une loi sur le secret des affaires qui va interdire à qui que ce soit de parler de la toxicité de ces produits, de les remettre en question, avec des peines extrêmement conséquentes pour toute personne qui l'aurait évoquée ou remise à la presse. C'est donc un secret total de l'information sur la liberté accordée à l'industrie d'empoisonner. Derrière cela, nous voyons arriver des traités de libre-échange internationaux qui vont encore en rajouter une couche.

Ma question pour la table est comment allons nous pouvoir travailler en collaboration sur ces questions-là. Si nous travaillons sans savoir les informations sur les risques sanitaires liés à ces expositions, nous allons être condamnables pénalement. Qu'est-ce qu'on envisage ici comme réponse à cette question ?

⇒ **Mélanie Heard,**
déleguée générale de l'Institut pour la démocratie sanitaire

Merci pour votre question. Sur la terminologie démocratie sanitaire, démocratie en santé, c'est un peu un effet de mode. Personnellement, il y a une difficulté aujourd'hui, pour rentrer un peu dans le détail, avec le terme « sanitaire ». D'aucuns disent que cela veut dire « hôpital ». Comme maintenant, on dit que cela se rattache uniquement à ce qui concerne l'hôpital, alors il ne faut plus utiliser le terme « sanitaire » et ce serait mieux de dire « démocratie en santé ». De fait, c'est quand même plus ouvert d'utiliser « démocratie en santé », mais c'est le terme « démocratie sanitaire » qui est dans la loi de 2002. Malgré tout, il a un peu sa résistance.

À mon avis, vous avez évidemment mis le doigt sur ce qui va devoir faire un débat vraiment large, assez vite, sur tout ce qui concerne la démocratie sanitaire, à savoir se demander si finalement, cela se justifie d'avoir un secteur de concept, d'activité et de gens dédiés à cette organisation de formes d'expression démocratique pour les citoyens, indexé au système de santé. Je fais la distinction là avec le système de soins.

Quand on écoute les gens qui ont participé à l'émergence de ces concepts à la fin des années 1990, il est clair qu'il y avait la volonté de faire le

pendant de la démocratie sociale. C'était de dire que, de la même façon qu'il faut structurer la démocratie sociale, l'expression pyramidale au travers des représentants que sont les syndicats, l'expression des problématiques spécifiques du secteur concerné, il fallait structurer dans le champ de la santé les choses d'une manière très comparable, où aux syndicats répondent les associations agréées. L'organisation de l'agrément des associations est un pilier de la démocratie sanitaire qui aujourd'hui, constamment, appelle évidemment à débat. Une association agréée, qu'est-ce que cela représente aujourd'hui au regard des communautés de patients, des réseaux sociaux et au-delà, de toute la problématique beaucoup plus large de la participation sur les déterminants, qui dépasse largement la question de la démocratie, qu'on l'appelle sanitaire ou de santé ?

Vous avez raison, mais après, il va y avoir une forme de résistance et de lenteur à avancer. Les choses existent aujourd'hui et ont aussi leur justification. Je pense qu'il n'y a pas de question là-dessus. Elles sont en train évidemment d'être dépassées par d'autres mouvements et elles sont dans l'incapacité de complètement prendre en compte les choses. C'est aussi une des justifications de l'existence de l'Institut pour la démocratie en santé dont je m'occupe depuis six mois maintenant, de valoriser aussi activement qu'on le peut, aux côtés des structures représentatives, des initiatives de participation et de forums citoyens. Nous sommes en train de faire un travail et d'essayer de produire des structures participatives d'échanges qui vont permettre à l'ensemble des initiatives de se faire connaître au travers de l'Institut, d'être soutenues et puis de produire un peu de méthode, pour être sûr que ces initiatives de participation citoyenne en santé soient absolument préservées du risque de société du spectacle, qui est quand même là.

⇒ **Stéphane Tessier,**
médecin de santé publique, ville de Vitry-sur-Seine

Christine, est-ce que cela peut être ailleurs qu'en Bretagne ?

⇒ **Christine Ferron,**
directrice de l'IREPS Bretagne

Oui, à condition qu'on respecte l'impératif de convivialité. C'est ce qui a été fait. Je crois que c'est important de rappeler que c'est un comité local qui a commencé à se réunir début 2012 et qui se réunit encore aujourd'hui, qui se réunit quatre fois par an. Si la convivialité, l'intérêt n'avaient pas été maintenus, nous n'en serions pas là... et effectivement, cela demande un effort, beaucoup de travail pour maintenir cet intérêt

pour le projet, être attentif à montrer qu'on avance, qu'on a plaisir à être ensemble et à échanger. C'est très important.

Par rapport à la promotion de la santé, c'était important pour moi de le dire parce que la démocratie participative est vraiment complètement partie intégrante de la promotion de la santé. L'animatrice territoriale de santé, Marjorie Chanlot, si elle a pu s'impliquer de façon aussi active et pertinente dans ce programme, c'est aussi parce qu'elle était formée à la promotion de la santé et qu'elle disposait d'un certain nombre d'outils, d'argumentaires conceptuels et de façons de faire qui lui ont vraiment facilité le travail. Son positionnement de promotion de la santé a été essentiel pour la réussite de la démarche, à mon avis.

⇒ **Bénédicte Madelin,**
administratrice, membre du conseil scientifique et technique,
Coordination Pas sans nous

Juste un mot par rapport à ce qui se dit, on parle de compétence, de méthode... Mais j'ai le sentiment que si on veut réellement favoriser la participation des habitants, il faut repolitiser la question de la santé, comme il faut repolitiser la politique de la ville, qui s'est enlisée dans la procédure et les dispositifs. On est de plus en plus dans la gestion. Les appels à projets de la politique de la ville, avec ses dossiers Cerfa, en sont un très bon exemple. Ils ne favorisent pas la coopération, mais la concurrence sur les territoires. Je pense que si on ne repolitise pas la question de la santé, la question de la jeunesse, la question de la politique de la ville, la question sociale d'une manière globale, on va rester dans la procédure, les dispositifs et les méthodes et donc avec les mêmes personnes qui ont les compétences, qui sont devenues très qualifiées.

⇒ **Stéphane Tessier,**
médecin de santé publique, ville de Vitry-sur-Seine

Cela paraît une très bonne conclusion, qui apporte aussi des éléments de réponse à la question d'Yves Buisson. Il y a deux questions encore.

⇒ **Martine Antoine,**
vice-présidente de l'Institut Renaudot

Ce n'est pas tout à fait une question, mais trois points sur lesquels je voudrais intervenir. Depuis trente ans et donc l'avènement de la Charte d'Ottawa, sur l'évolution à la fois conceptuelle et dans le mode de faire autour des démarches communautaires en santé, il y a trois aspects qui

paraissent déterminants. Je voudrais insister. C'est la question de la participation de tous les acteurs, et pas seulement les usagers, les malades, les habitants, etc. Ce sont tous les acteurs et c'est bien cette question qui est essentielle pour avancer à la fois conceptuellement et aussi très concrètement. Parce que pour construire des espaces de démocratie en santé, et pas seulement sanitaires, il faut au préalable qu'il y ait confrontation des représentations de la santé des uns et des autres. Je pense qu'il ne faut pas avoir peur de cette confrontation-là. Le mot « politique » vient d'être utilisé, mais je crois qu'il ne faut pas hésiter à poser, y compris les arrêts du débat, ce qui n'est pas consensuel. Parce que si on ne le fait pas, on reste effectivement seulement dans la technicité.

En deuxième point, on a besoin d'avoir évidemment une acceptation réciproque. Il ne peut pas y avoir de projet santé, quel que soit le territoire, si on fait l'impasse sur les déterminants de la santé. Je crois que trop souvent encore, on est dans cette impasse.

Le troisième point est l'empowerment. Je pense que la question n'est pas de traduire ce terme, mais justement de faire l'expérience à partir du réel. La capitalisation menée par la Plateforme montre que certes, ce n'est pas un long fleuve tranquille, mais qu'il y a du possible. Je prends l'exemple du travail accompli par Renaudot à Sens. On est souvent surpris de la capacité de l'ensemble des acteurs pour s'approprier un projet, le pousser plus loin.

Je crois que trop souvent, lorsqu'on parle de la participation des acteurs, on prend juste un angle de vue qui est celui des professionnels, qui ne cible que les habitants. Mais c'est évidemment tous les acteurs qui sont concernés qu'il faut mobiliser, ensemble.

⇒ **Catherine Richard,**
préfecture de Paris sur la politique de la ville

J'avais envie, face à l'intervention de Christine Ferron, qu'il y ait des coordinatrices qui lèvent le doigt en disant « nous faisons de la recherche interventionnelle ». Pourquoi je dis cela ? Parce que je me souviens, au début des années 2000, les Ateliers santé ville ont d'abord été installés en Seine-Saint-Denis. Les villes de Blanc-Mesnil et Dugny étaient conjointes par deux quartiers, séparés par une voie d'autoroute, je crois. Ces deux quartiers fonctionnaient très bien de par la participation, qu'ils avaient faite de manière réelle, des habitants, qui donnaient leur point de vue sur leur mobilité, mais aussi leur relégation. Du point de vue des acteurs aussi, la confrontation des deux a permis d'expliquer et de restituer aux habitants ce qui en termes de responsabilité appartenait à l'État, au département,

à la ville, etc., et comment ils allaient développer cette programmation. Je ne sais pas où cela en est. C'était au tout début des Ateliers santé ville. Mais nous voyons bien que la recherche interventionnelle est quelque chose qui a été mis en place par les acteurs promoteurs de la santé, qui avaient besoin aussi de connaître ce qu'était la proximité de la décision politique. Maintenant, je ne peux qu'inciter à ce que ce soit développé, aux côtés et avec les Ateliers santé ville.

Ma deuxième remarque est que Christine, tu as dit qu'on a fait des fiches actions pour le contrat local de santé. Moi, je voulais savoir si ces fiches actions issues de votre travail ont permis de transformer l'agence régionale de santé dans ses façons de considérer la promotion de la santé. Qu'est-ce qu'elle a pu inclure de nouveau? Politiquement, est-ce que cela a permis un changement de vision effective?

⇒ **Christine Ferron,**
directrice de l'IREPS Bretagne

Clairement, aujourd'hui, lorsqu'il y a de nouveaux projets de contrats locaux de santé, puisque cela continue à se mettre en place, je peux témoigner que le regard de l'agence régionale de santé sur les projets tels qu'ils sont élaborés a vraiment changé, et que ce souci d'intégrer la problématique des déterminants de la santé et des inégalités sociales de santé, et des méthodes susceptibles de diminuer ces inégalités, est vraiment intégré. Ce qui est aussi vrai, c'est que ce n'est pas un mince changement. C'est vraiment une révolution culturelle. Certains ont bougé, d'autres moins. Mais depuis quelques temps, au sein de l'agence régionale de santé de Bretagne, il y a une prise de conscience d'un besoin de formation et d'accompagnement des agents pour qu'ils puissent davantage soutenir ce type de démarche et s'y impliquer de façon plus constructive et pertinente. Cependant, parmi toutes les fiches actions qui ont été remontées, certaines n'ont pas été sélectionnées. Il y avait aussi une question de moyens, certaines propositions ne pouvaient pas être soutenues financièrement. Mais il y a un certain nombre de choses tout à fait intéressantes qui sont en cours de réalisation aujourd'hui.

TABLE RONDE 2

LES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ : UNE OPPORTUNITÉ DE PARTICIPATION POUR LES HABITANTS ?

Table ronde animée par **Didier Febvrel**,
médecin de santé publique, ville de Marseille

L'Évaluation d'impact sur la santé (EIS) est une démarche ou une méthode de concertation prospective sur un projet, un programme, ou une politique dans laquelle les habitants sont associés. Démarche novatrice et participative, elle permet d'interroger de manière transversale les impacts sur la santé des habitants de projets de renouvellement urbain. Deux projets seront présentés ici, l'un sur les projets des futures gares du Grand Paris sur Plaine-Commune en Seine-Saint-Denis, l'autre sur la réhabilitation d'une résidence d'un bailleur social à Villeurbanne dans le Rhône.

Quels sont les principes et les conditions de la mise en œuvre de la participation des habitants ? Quels sont les résultats de ces EIS ? Quelles sont les limites de la démarche ?

Anne Laporte,
*responsable du département d'appui méthodologique,
ARS Île-de-France - EIS Plaine-Commune*

Lucie Anzivino,
*chargée d'études en santé environnementale,
ORS Rhône-Alpes – EIS Villeurbanne*

Samia Belkacem,
habitante de Villeurbanne – EIS Villeurbanne

⇒ **Didier Febvrel,**
médecin de santé publique, ville de Marseille

Bonjour à tous. Tout de suite, je vais demander à Anne Laporte, à Lucie Anzivinio et Samia Belkacem de rejoindre la table ronde, qui va parler des évaluations d'impact sur la santé : une opportunité de participation pour les habitants ?

Le temps que les choses se mettent en place, je vais me permettre une introduction sur cette question et d'abord exprimer un regret dans les propos du directeur général de la santé, ou une adresse à ceux qui lui écrivent ses discours, avec un oubli dont j'espère qu'il n'est pas un acte manqué. Les mots « communes » et « collectivités territoriales » n'ont pas été prononcés une seule fois dans son discours. S'il y a une leçon des Ateliers santé ville, c'est qu'ils ont permis une démarche d'implication des communes et des collectivités territoriales. Cela a des avantages et des inconvénients sur la question de la santé.

Ma deuxième remarque sur son discours a un lien avec notre sujet. J'ai trouvé que la présentation des contrats locaux de santé était un peu virtuelle. Il ne faut pas oublier que tout cela est au cœur d'enjeux d'acteurs locaux et donc au cœur du pouvoir d'agir et du pouvoir tout court. Les contrats locaux de santé associent les agences régionales de santé et les collectivités territoriales et de fait, il faut bien considérer que les collectivités territoriales ne sont pas simplement des opérateurs de politiques publiques, mais aussi des décideurs. Tout cela se passe au niveau de discussions stratégiques et malheureusement, j'ai trouvé que dans son discours, cela ne transparaissait pas beaucoup. Cela dit, nous avons vu dans les derniers textes de loi la place quasi inexistantes des collectivités territoriales.

Cela va rejoindre l'introduction sur l'évaluation de l'impact sur la santé. Les collectivités territoriales et les communes, quelle que soit leur échelle, peuvent avoir une influence sur les déterminants de santé et, concernant la thématique de cette journée, sur la question de la participation. C'est bien une remarque qui est au cœur de l'évaluation de l'impact sur la santé : l'enjeu de la participation des habitants dans cette question est lié à la décision politique, prise à la suite des recommandations faites par des démarches d'évaluation d'impact sur la santé.

Je vais, avant de passer la parole sur des choses très concrètes, vous dire en gros, pour ceux qui ne le savent pas, ce qu'est l'évaluation d'impact sur la santé. Cela rejoint trois éléments qu'on trouve dans la capitalisation des Ateliers santé ville : l'approche transversale et intersectorielle des déterminants de santé, la recherche de la participation des habitants et, enfin, la

réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Nous verrons que l'évaluation de l'impact de santé peut représenter, pour les Ateliers santé ville, les réseaux, etc., une démarche, un outil en plus pour développer ces points. De surcroît, c'est en lien avec une thématique qui n'est pas toujours bien maîtrisée, la question du cadre de vie, de l'environnement, de l'urbanisme, etc. Là, nous voyons bien que la question d'habiter ces espaces de vie et la question de la décision sont importantes.

L'évaluation de l'impact sur la santé, c'est quoi ? La définition classique est de dire que c'est une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme, une stratégie peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la dissémination de ces effets dans la population. En gros, nous avons une politique, un programme, une stratégie, quels qu'ils soient, quel que soit le domaine, et nous essayons de voir quels peuvent être les effets favorables ou défavorables sur la santé, avec un processus multidisciplinaire. C'est-à-dire qu'on fait appel à tous les éclairages possibles en matière de disciplines. L'évaluation de l'impact sur la santé est aussi le lieu où on peut avoir une alliance entre des chercheurs et des personnes de terrain. C'est une démarche qui ressemble beaucoup à de la recherche interventionnelle. Cela repose sur des valeurs et des principes. Les valeurs, c'est la participation citoyenne – nous allons y revenir parce que c'est le cœur de notre débat –, l'équité et la réduction des inégalités sociales de santé, le développement durable, l'utilisation éthique des données probantes. Les principes, c'est la démarche intersectorielle, la question du transfert de connaissances et la prise en compte des déterminants de santé.

Comment se fait une évaluation d'impact sur la santé ? Pour l'instant, cela a l'air d'être assez figé en termes de cadrage méthodologique, avec cinq étapes : sélection, cadrage, analyse, recommandations, suivi, évaluation. On trouve cela dans la littérature. Mais nous savons que même si nous avons un cadrage méthodologique, l'important est de savoir comment on le met en œuvre. Par contre, sur la question de la temporalité, nous avons trois types d'évaluations d'impact sur la santé, dont celles qui sont rapides. Sur un projet, c'est demander à des experts d'interroger la littérature pour savoir si on sait que ce qu'on va faire a un impact ou pas sur la santé. Dans un type intermédiaire, on consulte les experts et les informateurs clés. Dans une démarche approfondie, qui peut durer plusieurs mois, c'est la question du gradient de la participation et surtout de l'application de la décision et du politique à l'intérieur. L'évaluation de l'impact sur la santé est donc bien un outil d'aide à la décision. Mais, dans ce cas, est-ce utile pour la décision et quelles vont être les conditions pour que cette démarche influe sur la décision politique ? Nous voyons aussi que plus la

question de la participation des habitants est poussée, plus cela demande du temps pour le faire.

Il va y avoir trois interventions. Anne Laporte va rendre compte, sur l'éclairage de la participation des habitants, d'une évaluation d'impact sur la santé à Plaine-Commune. Lucie Anzivino est chargée d'études à l'observatoire régional de la santé Rhône-Alpes et va intervenir sur une évaluation d'impact sur la santé à Villeurbanne. Samia Belkacem est habitante de Villeurbanne et a participé à cette démarche. Tout de suite Anne Laporte sur les questions pratico-pratiques. Je pense que nous aurons ensuite le temps d'échanger là-dessus.

⇒ **Anne Laporte,**
responsable du département d'appui méthodologique,
ARS Ile-de-France: EIS Plaine-Commune

Bonjour. Merci de me donner l'occasion de présenter cette micro-expérience de participation citoyenne dans le cadre d'une évaluation d'impact sur la santé. Je vais juste, en deux mots, vous présenter le cadre du projet, quels ont été les facteurs contextuels de mise en œuvre de la participation, à quoi sert la participation dans l'évaluation d'impact sur la santé, comment on fait participer, les différentes étapes, et puis les intérêts et limites de l'approche participative.

Nous avons travaillé dans un territoire assez défavorisé. C'est une communauté d'agglomération de neuf communes dans le 93, assez importante, avec des caractéristiques à la fois sociales et sanitaires difficiles. En même temps, c'est un territoire en plein développement économique, donc un territoire très contrasté. Dans ce territoire, il y a un réseau de transport qui est actuellement très déficitaire, mais le développement du projet du Grand Paris va modifier tout cela. Il y a beaucoup de modifications du réseau et de nombreux nouveaux transports projetés sur ce territoire. Nous avons choisi trois transports, un tram-train qui va désenclaver le nord du territoire, un transport de proximité qui va désenclaver un quartier d'habitat social vers Paris et puis une gare du Grand Paris Express, la gare Saint-Denis-Pleyel qui va être vraiment un centre important de trafic dans le cadre du Grand Paris. Pour cette étude, avec ces trois projets de transport, nous avons choisi trois villes sur lesquelles nous avons mis en œuvre une participation citoyenne: deux villes sur la tangentielle nord, Villetaneuse et Stains, et puis deux quartiers de Saint-Denis, Pleyel et Franc-Moisin.

J'aimerais insister sur les facteurs contextuels qui ont conditionné la forme de cette participation citoyenne. D'abord nous avons un objectif de réduction des inégalités de santé. C'est un objectif affiché en général dans les évaluations d'impact sur la santé, mais qui n'est pas toujours explicité dans les buts de l'EIS. Pour la région Île-de-France, qui est très inégalitaire, et pour les territoires sur lesquels nous situons, cet objectif était central. Il a conditionné notamment la forme de la participation, en particulier les catégories de population auxquelles on allait s'intéresser: celles qui n'ont pas l'habitude de participer à des débats publics, de donner leur avis. Parce que la participation citoyenne et l'empowerment sont des stratégies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommandées pour réduire les inégalités.

Ensuite, c'était la première évaluation d'impact sur la santé en Île-de-France, donc elle était assez importante pour nous. Nous n'étions pas encore expérimentés mais nous avons néanmoins l'ambition de faire quelque chose sur cette participation citoyenne, au-delà de ce qui se fait en général dans les évaluations d'impact sur la santé. Nous avons constitué une équipe dédiée à la participation citoyenne, qui était animée par Bénédicte Madelin. Cela a influencé cette forme de participation. En plus, nous voulions qu'il y ait un petit volet recherche. Une sociologue, Hélène Balazard a rejoint l'équipe dédiée. Finalement plutôt que de faire une énième ethnographie de la participation citoyenne, elle a proposé de travailler à la politisation et à l'empowerment des habitants dans le cadre de la participation.

Enfin, le troisième facteur important est le cadre politique dans lequel cette EIS s'est déroulée. Plaine-Commune a une expérience importante de la participation citoyenne. Dans ce cadre-là, c'était acceptable de mettre en place cette participation. Au sein du comité de pilotage décisionnaire, où il y avait la RATP, la SNCF, la société du Grand Paris, le STIF, quand nous avons expliqué que nous allions faire participer les habitants et qu'ils allaient avoir un certain rôle, cela n'a pas posé de problème. C'est vraiment important.

À quoi sert la participation citoyenne dans une évaluation d'impact sur la santé?

D'abord, c'est identifier les préoccupations de la population et apporter des éclairages qui sont basés sur ses expériences, la façon dont elle vit les transports sur le territoire et ce qu'il faudrait pour les améliorer. C'est aussi s'assurer que tout ce qu'on va décrire localement corresponde bien à ce qui est vécu sur le terrain. Évidemment, cela permet de s'assurer qu'on est bien dans un travail sur l'équité en santé. C'est-à-dire qu'on va travailler

avec des personnes dont l'avis n'est généralement pas pris en compte dans les projets.

Concernant les limites des dispositifs participatifs, c'est justement faire en sorte que les personnes qui n'ont pas l'habitude de donner leur avis puissent s'exprimer. Nous sommes donc allés chercher ce type de personnes avec des associations. Nous avons pu travailler d'abord avec les responsables de la politique de la ville des communes concernées, puisqu'eux connaissent bien les associations et les différents groupes de population qui ont plus de difficultés. Pour recueillir la parole des habitants, on les a d'abord fait parler sur la façon dont ils vivaient les transports dans leur territoire, et comment cela impactait leur santé au sens large. Ensuite, nous leur avons demandé comment ils pensaient que le projet allait améliorer ou pas leur vie. Nous avons rencontré plusieurs groupes de population, des jeunes, des femmes en socialisation par la langue, des habitants de quartier, des demandeurs d'emploi, des différentes communes. Après, nous les avons réunis ensemble pour qu'il y ait une parole commune sur les projets. Évidemment, comme nous l'avons déjà dit, il était très important d'informer ces personnes sur le fait que ce n'est pas elles qui allaient décider au final de ce qui allait se faire sur ces projets, que leur parole serait prise en compte mais que c'était quand même le décideur du projet qui allait prendre en compte ou non les recommandations proposées. C'est pour cela d'ailleurs que nous avons décidé d'aller plus loin, vers une politisation de ces habitants, pour qu'ils puissent ensuite porter les recommandations sur lesquelles ils avaient travaillé auprès de leurs élus.

Pour résumer, nous avons fait dix focus groupes et deux séances d'entretiens individuels, avec des groupes très différents, que ce soit des jeunes ou d'autres types de personnes. Nous avons d'abord recueilli du matériel : leur parole. Nous l'avons analysée, utilisée pour évaluer les impacts, construire un certain nombre d'outils de l'EIS, le modèle des déterminants de la santé de cette étude spécifiques aux transports. Nous avons utilisé ce matériel pour évaluer les impacts. C'est-à-dire que nous avons besoin à la fois des données scientifiques, des données de contexte, mais aussi de l'avis de la population pour faire cette évaluation des impacts. Nous avons préconstruit des recommandations et travaillé des recommandations avec eux. Ainsi un certain nombre de recommandations ont été co-construites avec eux, par exemple, sur la sécurité, la capacité à payer, la cohésion sociale, la formation, etc. Ensuite, dans notre phase de travail avec eux, l'idée était qu'ils puissent échanger avec les décideurs, dans le cadre de la restitution publique de cette EIS. Nous avons travaillé ensemble pour qu'ils s'approprient bien les recommandations et qu'ils puissent avoir la capacité, le jour de la restitution publique, de parler, de s'exprimer et d'in-

terroger les décideurs. Enfin, nous avons eu cette séance d'échanges publics où ils ont pu s'exprimer. On aurait pu faire mieux. Je pense que nous ferons différemment ultérieurement parce que beaucoup d'institutions se sont exprimées avant eux. Pour eux, c'était quand même une tension forte de pouvoir s'exprimer là. Ils ont parlé les derniers. Ce n'était pas une bonne idée, mais ils ont quand même réussi à s'exprimer. Le dernier point est que nous avons corédigé avec eux un petit quatre pages pour que cela leur serve d'outil de mobilisation, pour qu'ils puissent, après, retourner auprès des élus, pour porter leur voix.

L'intérêt de ce travail avec les habitants a été de permettre de préciser, de construire les outils de l'évaluation d'impact (le tableau des impacts, les recommandations). Il est clair que la qualité d'analyse en a été améliorée. Les recommandations ont été plus pertinentes puisque l'expertise des habitants était prise en compte dans cette construction. Puis l'évaluation d'impact a été bien reçue auprès du comité de pilotage, de toutes les parties prenantes, du fait de ce travail avec eux. La deuxième chose à souligner, c'est qu'on peut penser avoir contribué à un début de pouvoir d'agir des habitants, notamment par l'échange avec les décideurs. Nous leur avons permis de faire cet échange, d'être dans cette réunion. Pour un certain nombre de personnes, cela les a aidés à penser qu'ils pouvaient agir. L'autre chose était le petit quatre pages que nous avons rédigé avec eux.

Mais il faut aussi souligner les limites de cette participation dans cette évaluation d'impact. Nous avons utilisé une définition de la participation, une description du degré de la participation en cinq catégories. La première catégorie est l'information. La deuxième est la consultation, on prend l'avis des personnes, mais on l'utilise, ou pas. La troisième catégorie est l'implication. Là, nous allons travailler avec les personnes. Nous allons prendre en compte ce qu'ils nous disent. Il va y avoir un aller-retour entre les participants et les praticiens de l'EIS. En fait, dans cette EIS, nous avons utilisé le matériel pour construire les outils et avons co-construit les recommandations. Nous nous situons donc dans le degré implication des habitants. C'est l'avant-dernier degré. Le dernier degré est l'empowerment, le pouvoir d'agir des habitants. Nous sommes allés dans le pouvoir d'agir quand nous avons organisé l'échange avec les décideurs et quand nous avons co-écrit le quatre pages. Nous sommes donc allés dans des degrés de participation citoyenne qui sont assez intéressants.

Cependant, je dirais qu'on peut mieux faire parce qu'on n'a pas intégré les habitants d'emblée dans cette EIS. C'est-à-dire qu'ils devraient être dans le comité de pilotage en tant qu'habitants au départ et pas en tant que

représentants d'habitants ou d'utilisateurs comme nous l'avons fait. Les habitants devraient être d'emblée en discussion avec les décideurs du projet et donc participer à l'ensemble des étapes de l'évaluation d'impact, jusqu'à la fin où, dans un comité de pilotage, on négocie avec les décideurs quelles recommandations vont être prises en compte. C'est à cette condition qu'on fera vraiment de la bonne participation. Dans notre appui méthodologique à d'autres évaluations d'impact, c'est ce que nous essayons de faire actuellement et c'est ce qu'il faut faire. Merci.

⇒ **Didier Febvrel,**
médecin de santé publique, ville de Marseille

Merci. Juste une question qui n'a pas été posée. Ils ont modifié les transports et le projet de départ?

⇒ **Anne Laporte,**
responsable du département d'appui méthodologique, ARS Ile-de-France

Les projets du Grand Paris vont se faire en 2023, etc. Là, nous sommes dans la phase où nous discutons avec les promoteurs de ce qu'ils ont fait. Effectivement, il y a eu la prise en compte d'un certain nombre de recommandations. Pour la Société du Grand Paris, ils ont donné à ceux qui font la conception des gares les recommandations que nous avons produites. Nous n'avons pas terminé ce suivi, mais c'est évident qu'il va y avoir une partie importante des recommandations qui va être prise en compte. Sachant que dans les recommandations de l'EIS, nous en avons qui maximisent des effets positifs du projet, donc qui sont déjà dans le projet. Et nous avons celles qui modifient les impacts négatifs. Mais dans un projet de transport, il y a beaucoup d'effets positifs quand même. Nous mettons l'éclairage sur des effets positifs du projet pour être sûrs qu'ils vont vraiment les prendre en compte.

⇒ **Didier Febvrel,**
médecin de santé publique, ville de Marseille

On va tout de suite donner la parole à Lucie Anzivino, et ensuite à Samia Belkacem.

⇒ **Lucie Anzivino,**
chargée d'études en santé environnementale, ORS Rhône-Alpes – EIS Villeurbanne

Je vous remercie pour cette invitation et je remercie surtout Samia d'avoir accepté de venir.

Notre évaluation d'impact sur la santé a été menée dans un quartier en politique à la ville où Samia habite. Concernant l'évaluation d'impact sur la santé, nous avons une chance assez inouïe en Rhône-Alpes. En effet, cette démarche est vraiment soutenue et promue par l'agence régionale de santé, qui souhaite la développer et en faire un outil d'aide à la décision. Cette première évaluation d'impact menée en Rhône-Alpes a été inscrite dans le contrat local de santé de la ville de Villeurbanne. Du coup, c'est effectivement la direction de la santé publique de la ville de Villeurbanne qui a souhaité expérimenter cette méthodologie. Nous avons réfléchi ensemble au terrain d'étude sur lequel nous pourrions mener une étude, qui ne soit pas un terrain trop vaste, mais plutôt un terrain plus petit, concret, opérationnel, plus rapide certainement. Comme dans les quartiers en politique de la ville il y a tout un programme de rénovation urbaine important, nous nous sommes dit que cela pouvait être intéressant de l'appliquer sur ce terrain-là. C'était surtout suite à un constat fait au sein des écoles du quartier: un taux d'obésité et de surpoids beaucoup plus important que l'ensemble de la région et de la ville de Villeurbanne. En particulier sur quatre groupes scolaires, nous avons une surcharge pondérale qui augmentait depuis plusieurs années et qui atteignait 23%. À partir de là, nous nous sommes dit que dans le cadre de la rénovation d'un quartier, l'évaluation d'impact sur la santé devrait permettre d'émettre des recommandations afin de promouvoir plus d'activité physique spontanée auprès des enfants. Ainsi, nous sommes partis de ce constat et nous avons souhaité mener cette évaluation dans le but d'analyser la marchabilité de ce quartier et les pratiques des activités physiques et sportives chez des enfants d'une tranche d'âge bien précise, parce que ce sont ces enfants qui sont suivis dans le cadre de la médecine scolaire. En effet, la ville de Villeurbanne dispose d'un service de médecine scolaire qui suit les enfants et nous permet d'avoir des données quantitatives très intéressantes, ce qui pour nous est une deuxième chance. Nous pouvons donc accéder à des données de santé scolaire qui ne sont pas forcément disponibles sur l'ensemble du territoire, ce qui est dommage parce que grâce à ces données, de nombreuses actions pourraient être envisagées.

Les objectifs de cette évaluation étaient de pouvoir favoriser la mobilité des enfants dans un environnement sain (au sens de la qualité de l'air, du

bruit, etc.), dans un environnement adapté, avec des espaces verts autour de la résidence et plus loin, par des activités sportives adaptées, et dans un environnement sécurisé et convivial. Je ne vais pas rentrer dans le détail de l'évaluation d'impact sur la santé, mais nous avons appliqué la méthodologie, nous avons mis en confrontation les données probantes de la littérature, les observations de terrain, et nous avons mené des entretiens auprès de plusieurs personnes dites « ressources », c'est-à-dire des personnes qui vivent dans le quartier ou qui sont concernées par le projet de rénovation. Sur ce quartier, nous avons plusieurs enjeux qui apparaissent. Nous nous sommes focalisés sur une résidence qui s'appelle la Résidence Pranard. Constituée de plusieurs bâtiments en parallèle, avec des espaces verts intérieurs, elle est longée par le périphérique. C'est une résidence qui a été construite dans les années 1960 et qui a fait l'objet de très peu de rénovations depuis. Il y a des espaces verts, mais peu d'aménagements et un environnement qui ne donne pas forcément envie d'avoir des activités ludiques et sportives autour. Les premiers immeubles sont à moins de 50 mètres du périphérique, avec des niveaux de pollution de l'air très élevés et un bruit de trafic routier important (des campagnes de mesures de la qualité de l'air et du bruit ont été menées). Au niveau des infrastructures sportives existantes, il y a quelques espaces verts, mais il y a quand même beaucoup de places de parking. Même si pour certains, il n'y en a pas assez parce qu'il n'y a pas une place de parking par habitant. Il y a toutefois quelques espaces qui ont été aménagés assez récemment, dont une petite aire prévue pour les plus petits et qui est sécurisée. Sinon, il y a un assez grand terrain, qui n'est pas toujours entretenu. Du coup, c'est un peu difficile d'y pratiquer des jeux. Il y a aussi un terrain de basket, l'état du sol est moyen, mais celui des panneaux est encore relativement bon. Voilà ce qui est offert aux plus grands et donc une idée de la résidence telle qu'elle est.

Concernant les extérieurs, ce qui apparaît tout de suite, c'est que ce n'est pas très agréable. Il y a beaucoup de place réservée à la voiture. Devant la résidence, nous avons un parking qui est ouvert et quasi public du fait de la présence de quelques services sociaux en pied de résidence ; il n'est pas réservé à la résidence. Du coup, plusieurs personnes de l'extérieur peuvent venir se garer.

Nous avons également ce qu'on appelle un « petit passage », très étroit et pas très accueillant, mais il est très apprécié par les habitants parce que cela leur permet d'avoir un raccourci sécurisé pour se rendre à l'école sans avoir à faire le tour complet des bâtiments en traversant les parkings. Mais une poussette a du mal à y passer. Il donne sur le devant de la résidence. Les enfants ont à peu près 500 m à faire pour se rendre à l'école à pied.

Cela favorise les mouvements et l'activité physique. Sauf que la rue n'est pas très sûre : l'axe principal, la rue du 8 mai 1945, est une rue très fréquentée où les automobilistes ne respectent absolument pas le code de la route. Il y a un vrai manque de sécurité, avec un environnement qui n'est pas très agréable pour avoir envie de prendre du temps et profiter d'une promenade. Plus loin, une benne à verre sur le trottoir cache la visibilité des résidents quand ils sortent de la résidence. Il y a donc un risque d'accident à ce niveau-là. Jusqu'à présent, on n'a noté qu'un seul accident, mais grave, puisque le petit garçon qui s'est fait renverser est décédé. Au cours du cheminement, il y a une place qui date des années 1960 et qui n'a pas été réaménagée. Ils ont une grande route à traverser, avant d'arriver enfin à proximité – c'est le type de carrefour qu'on peut trouver aux abords de la résidence – de l'école, où ils ont une petite cour pour avoir leurs activités physiques et sportives dans le cadre de l'école.

Nous avons donc analysé tout cela et il ressort plusieurs enjeux de cette EIS. Le petit passage dont je vous ai parlé est très apprécié parce que la résidence est faite de telle manière que s'il n'y avait pas ce petit passage, les habitants devraient contourner la résidence. Ce serait bien, parce que cela augmenterait leur activité physique. Sauf que tout le tour n'est pas du tout sécurisé, parce que cela veut dire traverser tous les parkings situés derrière la résidence. Le petit passage est pour eux un endroit qui permet d'amener les enfants à l'école en toute sécurité.

Nous avons aussi analysé l'offre sportive qu'il pouvait y avoir dans le quartier et ses alentours. La ville de Villeurbanne a une direction des sports très dynamique qui met en place des activités en pied d'immeuble pendant l'été. Ce sont des activités très appréciées, qui sont très fréquentées par les enfants. Le principe est d'aller d'une résidence à l'autre, mais tous les enfants du quartier peuvent y aller. Il y a une bonne fréquentation des filles. En ce qui concerne le cadre scolaire : aujourd'hui, avec la réforme des rythmes scolaires, des TAP (temps d'activités périscolaires) ont été mis en place. Malheureusement, toutes les activités sont payantes et c'est un frein énorme pour les gens qui n'ont pas la possibilité d'inscrire leurs enfants régulièrement. Tous les clubs autour de ces résidences proposent aussi des activités payantes et cela limite la fréquentation des enfants dans ces clubs. En plus, il y a le facteur sécurité qui intervient parce qu'ils sont assez éloignés de la résidence. Du coup, y aller seul à pied pose problème. Au niveau de la voirie et des trottoirs, ils sont en mauvais état. Du coup, les parents sont obligés de les accompagner.

Tout cet état des lieux a abouti à une quarantaine de recommandations. Il reste l'ultime étape, qui est une étape de priorisation de ces recom-

mandations, voir quelles sont leurs capacités techniques, financières et surtout dans quel ancrage politique elles peuvent être mises en place. Il faut savoir que nous avons créé un comité de pilotage dès le démarrage de cette étude. Les habitants ont été associés dans deux études en amont, une étude auprès des enfants pour essayer de comprendre quelles étaient leurs pratiques sportives et de jeux, ce qu'ils faisaient après l'école ou pendant leur temps libre, et une étude auprès des habitants pour savoir quel était leur ressenti sur la vie du quartier, comment ils voyaient le projet d'aménagement, de rénovation que leur présentait le bailleur social et quels étaient les freins qu'ils voyaient dans ce projet. Il y a eu une très forte mobilisation de la population et une très forte implication du bailleur social. Ce comité de pilotage est constitué de plusieurs représentants impliqués dans le projet : la direction de la santé publique de la ville, la direction des sports, le bailleur social, au titre de la résidence et du Grand Lyon, la direction de la politique de la ville, l'école Jean Moulin, la direction des espaces verts, des associations d'habitants. Nous avons procédé à plus d'une vingtaine d'entretiens individuels où nous avons vraiment donné la parole aux habitants du quartier pour savoir comment ils vivaient dans leur quartier. Maintenant, la résidence va être rénovée. Le projet est en cours. Je pense que Samia sera à même de dire, même si nous n'avons pas fini ce travail de priorisation, comment elle a ressenti cette étude et en quoi cela a pu apporter quelque chose aux habitants du quartier.

⇒ **Samia Belkacem,**
habitante de Villeurbanne – EIS Villeurbanne

Bonjour tout le monde. Je vous remercie de votre invitation. Je suis représentante des habitants du quartier des Buers. J'ai été sollicitée tout d'abord par l'association du quartier qui fait de l'accompagnement scolaire et des sorties scolaires pour les enfants du quartier. Elle s'appelle l'ACBCL. Je fais du bénévolat dans cette association, pour accompagner les enfants en sortie. J'ai été sollicitée par le président de l'association pour participer à cette étude. Au début, j'étais bloquée comme représentante parce que je ne savais pas quoi dire ni faire. C'était bizarre parce que c'est la première fois qu'un habitant assistait et participait, que sa parole représentait un intérêt pour une étude. J'ai assisté à la première réunion. Déjà, on a parlé de la problématique de santé scolaire. J'ai été très émue parce que le problème de l'obésité était bien caché. On ne le voyait pas pour les enfants de l'école. En fait, le problème reconnu par les habitants, le médecin du quartier et puis le pharmacien était l'allergie respiratoire et l'asthme, mais pas l'obésité, qu'on ne voyait pas. Cette étude a permis de sortir ce problème de santé. Nous avons donc assisté à la première réunion. Nous avons fait

l'état des lieux du quartier jusqu'à l'extérieur. Nous avons visité le mur qui sépare le périphérique de la résidence et analysé toutes les conséquences de la présence de ce périphérique, le bruit et la pollution de l'air. Nous avons assisté à pas mal de réunions. La dernière réunion menée était la réunion pour les recommandations pour certains habitants. Vu que je participais à cette étude, je me suis dit qu'il fallait que je sois encore plus proche et plus attentive aux demandes des habitants, à leurs questionnements, à leurs envies. J'ai été plus précise. Avant, je ne portais pas trop d'intérêt, mais grâce à l'étude, j'écoutais, j'entendais, je posais des questions pour trouver des solutions dans les recommandations. Nous avons proposé quelques recommandations et ce que j'ai entendu aussi par les habitants. Je vois que dans cette étude, par la dernière réunion à laquelle nous avons assisté, tout a été noté. J'ai été très contente parce qu'ils ont bien pris en considération la parole des participants et des habitants du quartier. Tous les points ont été pris en compte.

Par cette étude, j'ai vu qu'il y avait aussi des changements par rapport à l'obésité des enfants. Avant, la mairie de Villeurbanne faisait des animations pendant l'été, au mois d'août. C'était plus des animations d'activité sur table, sur place. Maintenant, cela a changé. La mairie a vu le problème d'obésité, donc maintenant, les enfants font plus de sport, avec plus d'animateurs. Ils bougent d'une résidence à l'autre et ne sont pas reclus sur leur espace. Ils partent de l'autre côté. Cela bouge beaucoup plus. De plus, l'école Jean Moulin a bien mis en place un sport particulier pour les enfants obèses de l'école. C'est le passeport santé, qui se fait le mercredi après-midi pour les enfants concernés. Pour le terrain de foot, avant, il était oublié. Du coup, les enfants jouaient plus ou moins sur ce terrain. Mais maintenant, il est plus fréquenté parce qu'il est rénové. Nous avons fait la visite, nous avons parlé de ce terrain très apprécié par les enfants. Le revêtement du sol a été refait et les enfants y vont pratiquement tout le temps. Il y avait aussi un changement par rapport au sport. Du coup, il y a même du sport pendant les petites vacances scolaires. Pour la sécurité des enfants, il y avait un espace prévu pour les petits, pour qu'ils jouent avec leur tricycle et trottinette. Mais il y avait un passage anarchique de voitures et donc des accidents. Depuis, ils ont mis en place des barrières très solides, depuis plus de 8 mois et c'est toujours en place. Cela n'a pas été arraché par certains jeunes. C'est un passage pour les pompiers. Nous sommes bien contents. Les enfants sont bien protégés et nous sommes rassurés. Au final, il y a eu pas mal d'actions suite à cette étude. Je vous remercie.

⇒ **Lucie Anzivino,**
chargée d'études en santé environnementale,
ORS Rhône-Alpes – EIS Villeurbanne

Je voudrais juste rappeler une petite chose. Samia a été impliquée dans l'étude du début à la fin. Elle a participé à la co-construction des recommandations en faisant remonter aussi ce que les autres habitants lui disaient. Elle a participé à l'ensemble du processus et cela a été très enrichissant, cette parole des habitants, le fait d'aller à leur rencontre et de les écouter. Je voudrais conclure par ceci : le bailleur social nous a dit que cela avait changé son regard sur la rénovation de la résidence. Je pense que c'est une victoire.

⇒ **Didier Febvrel,**
médecin de santé publique, ville de Marseille

On a un quart d'heure pour quelques questions, remarques, pour le débat.

DÉBAT AVEC LA SALLE

⇒ **Caroline Cervera,**
coordinatrice Santé et Lutte contre les discriminations,
Communauté d'agglomération du Grand Périgueux

J'avais une petite question de méthodologie parce que je ne connais pas cette étude d'impact sur la santé. Je voulais savoir quelle était la différence avec un diagnostic partagé. Je vous remercie.

⇒ **Anne Laporte,**
responsable du département d'appui méthodologique,
ARS Ile-de-France: EIS Plaine-Commune

Dans une évaluation d'impact sur la santé, on va faire, d'une certaine façon, un diagnostic partagé à un moment. C'est-à-dire qu'il faut qu'on ait une analyse du contexte extrêmement détaillée. Nous allons partager toutes les données dans le comité de pilotage et avec les parties prenantes. C'est obligatoire pour pouvoir évaluer les impacts. Mais ensuite, on va faire un travail d'évaluation d'impact, de rédactions de recommandations. Ce qui différencie un diagnostic partagé d'une évaluation d'impact sur la santé, c'est aussi qu'il y a des décideurs, des élus dans un comité de pilotage qui sont en capacité de prendre une décision. Parce que c'est un outil

d'aide à la décision pour modifier un projet. C'est ce qui est important. S'il n'y a pas la collectivité, les parties prenantes, les promoteurs du projet autour de la table, ce n'est pas une évaluation d'impact sur la santé et on ne pourra rien en faire. C'est juste une étude.

⇒ **Lucie Anzivino,**
chargée d'études en santé environnementale,
ORS Rhône-Alpes – EIS Villeurbanne

Dans la méthodologie, par rapport au diagnostic, ce qu'il y a en plus, c'est la confrontation avec des données probantes, qui sont issues de la littérature. On confronte les données de terrain sur les déterminants de santé qu'on a définis avec des données probantes et les entretiens auprès des personnes.

⇒ **Catherine Richard,**
Coordinatrice DP Paris, préfecture de Paris

Les espaces pour l'activité sportive ne se trouvent pas loin non plus du périphérique. À Paris, quand il fait beau ou qu'il y a trop de nuages, on demande de cesser l'activité physique. Vu les particules et la pollution de l'air, je voulais savoir comment cela s'organise.

J'ai une autre question. Apparemment, il y a beaucoup d'asthme, ainsi que des herbes allergisantes. Sur quoi vont s'établir votre suivi, vos indicateurs ?

⇒ **Lucie Anzivino,**
chargée d'études en santé environnementale,
ORS Rhône-Alpes – EIS Villeurbanne

Pour ce qui est des espaces verts, je ne suis pas rentrée dans le détail. Effectivement, le périphérique pose problème. Nous avons essayé de voir justement, par rapport à la littérature, par rapport aux retours d'expérience, ce qu'il serait possible de mettre en place derrière la résidence, par une végétation particulière, un changement de mur. Si on allait plus loin, dans le cadre d'une politique forte, ce serait déjà de réduire la vitesse sur le périphérique et de changer l'enrobé. L'élu à la santé veut justement utiliser ces recommandations pour faire valoir cette volonté de réduire la vitesse sur le périphérique, au moins aux abords de ces résidences. Dans l'est lyonnais, tous les quartiers politique de la ville sont à 50 m du périphérique. Après, en cas de très forte pollution, nous essaierons peut-être,

à ce moment-là, de préconiser qu'il y ait moins d'activité physique à l'arrière de cette résidence. Il va y avoir la création d'un futur parc, beaucoup plus éloigné, qui est à 300 m de la résidence. La recommandation est de favoriser le cheminement piéton sécurisé pour accéder à ce parc, qui sera complètement en travaux d'ici quelque temps. Cela ne devrait plus tarder.

Quant à l'indicateur que nous suivons, c'est les patients sous traitement médicamenteux (anti-allergiques, anti-asthmatiques et anti-diabétiques). C'est comme cela que nous avons vu (et confirmé au travers des dires du médecin et du pharmacien), que l'obésité conduisait systématiquement à un problème de diabète très fort. Ces indicateurs que nous suivons régulièrement nous permettent d'alimenter les diagnostics et les profils de territoires.

⇒ **Catherine Richard,**
Coordinatrice DP Paris, préfecture de Paris

Est-ce que malgré tout, ils vont mettre une plantation entre le mur anti-bruit et les bâtiments?

⇒ **Lucie Anzivino,**
*chargée d'études en santé environnementale,
ORS Rhône-Alpes – EIS Villeurbanne*

Pour l'instant, la rénovation n'a pas commencé. Il y a eu des petits aménagements très simples à mettre en place et qui visiblement ont fait suite à tout cela. C'est déjà une très belle avancée. Nous allons réfléchir à la faisabilité technico-économique de ces recommandations la semaine prochaine avec, autour de la table, des techniciens, des experts, etc. Je pense qu'il y a des choses qui sont envisagées à court et à long terme.

Par rapport à l'asthme, il y a aussi un gros travail à l'intérieur des appartements, parce qu'il y a des problèmes d'insalubrité. La rénovation va avoir lieu par phases successives.

⇒ **Samia Belkacem,**
habitante de Villeurbanne – EIS Villeurbanne

Je voudrais ajouter une chose. Les habitants ne vont pas tout le temps dans le parc entre les immeubles. Ils sortent carrément du quartier. Ils ne fréquentent pas trop régulièrement le parc, parce qu'il y a du bruit, c'est gênant et qu'il n'y a pas assez d'aires de jeux pour leurs enfants. C'est ce qui les incite à sortir un peu de ce parc et à aller ailleurs, dans d'autres parcs. En plus, il y a pas mal de parcs à Lyon.

⇒ **Lucie Anzivino,**
chargée d'études en santé environnementale, ORS Rhône-Alpes

Il y a eu des mesures de bruit au niveau de l'aire d'enfants. Nous atteignons les limites préconisées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

⇒ **Françoise Veteau,**
coordinatrice ASV La Rochelle

Je voudrais faire quelques constats puisque nous aussi avons démarré une évaluation d'impact à La Rochelle. Nous ne sommes qu'au démarrage et je ne suis pas la mieux placée pour en parler. En revanche, je suis avec une collègue qui, elle, mène la démarche. Elle en dira deux mots si elle le souhaite.

Ce que je voudrais ajouter, ce n'est pas tant sur la participation des habitants, mais plutôt sur la démarche de concertation. Nous nous sommes impliqués dans cette démarche dans le cadre du projet de rénovation urbaine qui avait démarré et qui, pour des raisons politico-économico-financières, etc., a connu un temps de latence, de réflexion. Nous sommes arrivés dans cet espace-là, où nous avons dû largement déployer de l'énergie pour expliquer, concerter, réexpliquer dans les différents groupes, à la communauté d'agglomération, à la municipalité. Je vous passe les détails. Le propos que je voudrais tenir, c'est que ce n'est pas si évident que cela de mettre en œuvre une évaluation d'impact sur la santé dans le cadre du projet de rénovation urbaine. Parce que les urbanistes, qui avaient déjà démarré une étude, disaient «les règles sanitaires, nous les respectons. Qu'est-ce que vous venez faire là avec votre évaluation d'impact sur la santé?» Oui, sauf que nous ne parlons pas tout à fait de la même chose. Quant aux politiques, ils trouvaient cela très bien parce que c'est assez positif de parler de la santé finalement, quand on est élu. Mais quand on va gratter un peu derrière, c'est des contraintes. Cela peut retarder et encore une fois, on interrogeait les habitants. Que vont dire les habitants qui étaient sollicités dans le cadre du projet de rénovation urbaine ? Il faut donc aussi faire attention à ne pas sans arrêt solliciter les habitants et leur participation, parce qu'eux ne voient rien arriver. Cela dure, cela s'éternise. On les sollicite, on les fait participer, mais eux ne voient rien sortir de terre.

La temporalité n'est pas évidente. C'est loin d'être une démarche linéaire. C'est une démarche qui est à expliquer et à aménager en fonction du territoire. Il n'y a rien de défini, même si nous avons une petite idée de ce

qui serait bien. C'est finalement un ensemble de concertation qui va, on l'espère, faire en sorte qu'on aboutisse à plus d'équité et d'égalité sanitaire et sociale.

⇒ **Didier Febvrel,**
médecin de santé publique, ville de Marseille

Pour autant, s'il n'y avait pas eu ce début de démarche, peut-être que vous n'auriez pas mis votre nez dans un projet de rénovation urbaine, ou différemment. Du coup, vous ne seriez pas là pour nous dire cela, qui est extrêmement juste.

⇒ **Françoise Veteau,**
coordinatrice ASV La Rochelle

Complètement, mais ce que je voulais dire, c'est que ce n'était pas aussi facile que cela. La participation, nous savons tous ici que c'est complexe, difficile et que cela dépend d'un tas de déterminants. Mais cette évaluation d'impact sur la santé, c'est quand même très nouveau. L'ajouter, essayer de la mettre en place dans le cadre d'une démarche urbaine, franchement c'est non seulement novateur, mais en même temps, cela interroge.

⇒ **Lucie Anzivino,**
chargée d'études en santé environnementale, ORS Rhône-Alpes

Je vais juste compléter. Je pense qu'effectivement, il y a une très forte acculturation à faire, ne serait-ce que des acteurs. La concertation doit aussi se faire avec les acteurs, les décideurs, autrement qu'avec les habitants. Il faut qu'il y ait vraiment un ensemble. En Rhône-Alpes, nous avons commencé notre deuxième évaluation d'impact sur la santé sur une commande de la ville de Lyon. Nous allons en mener une troisième avec la ville de Valence et nous tenons à en mener une dans une autre partie de la région qui vient de se joindre à nous, l'Auvergne. Nous avons vraiment à chaque fois ce besoin de communication, d'acculturation des gens. Il y a vraiment du lobbying à faire à chaque fois, à chaque démarche. Mais cela vient tout doucement, jusqu'à ce que l'agence d'urbanisme vienne nous voir et que nous lui expliquions en quoi cela consiste et comment nous pouvons travailler ensemble. Cela veut dire que cela fonctionne. Même si c'est nouveau chez nous, cela fait vingt ans qu'on l'utilise ailleurs.

⇒ **Candice Vincent,**
chef de projet à Profession Banlieue

J'avais deux petites questions. La première est pour Mme Anzivino. Vous disiez que la semaine prochaine, vous alliez étudier la faisabilité des recommandations entre experts. Est-ce que la place est ouverte aux habitants qui ont participé ?

⇒ **Lucie Anzivino,**
chargée d'études en santé environnementale, ORS Rhône-Alpes

Bien sûr, cela va même aller plus loin. On a réuni toujours le même groupe, qui suit depuis le début de l'étude jusqu'à la restitution. Samia a toujours participé. Nous allons inviter deux associations supplémentaires lors de la hiérarchisation des recommandations qui ont été émises.

⇒ **Candice Vincent,**
chef de projet à Profession Banlieue

Et pour Mme Belkacem, on dit tous que la participation des habitants est difficile. Je voulais avoir votre avis sur la participation des habitants sur le sujet de la santé. Vous preniez l'exemple de l'obésité et disiez que vous ne le voyiez pas. Mais c'est quand même visible. On peut se dire que les problèmes de santé peuvent relever du personnel, de l'intime, de choses dont on n'a pas forcément envie de discuter. Quand on vous a approchée pour participer à ce projet, est-ce que cela vous a posé question de parler de questions de santé ?

⇒ **Samia Belkacem,**
habitante de Villeurbanne – EIS Villeurbanne

Pour cette question, c'est très facile de vous répondre. Déjà, je travaille dans la santé. Je suis diplômée infirmière en France et je suis médecin généraliste en Algérie. Actuellement, je suis étudiante en recherche clinique. Au contraire, je me suis dit que cela portait intérêt aux habitants.

⇒ **Lucie Anzivino,**
chargée d'études en santé environnementale, ORS Rhône-Alpes – EIS Villeurbanne

Samia n'est pas la seule à avoir été sollicitée. Nous avons aussi sollicité le président de l'association, qui allait s'exprimer en tant qu'habitant du

quartier, ayant des enfants. C'est vrai que le surpoids n'est pas forcément quelque chose de grave. Automatiquement, nous avons alerté les gens. Bien sûr, nous touchons à l'intime. Il y a beaucoup de choses que nous n'avons pas pu inclure, comme tout ce qui était alimentation. Mais il y a eu une prise de conscience. C'est ce qui est intéressant.

⇒ **Claudia Lezama,**
chef de projet prévention et promotion de la santé, ville de Gentilly

Je voulais témoigner, parce qu'avant de travailler sur la santé, je pilotais une opération de renouvellement urbain dans un quartier de Gentilly et dès que je suis passée du côté de la santé, j'ai voulu mettre en place une évaluation d'impact. J'ai rencontré une résistance très forte notamment des techniciens et des personnes qui portaient cette opération. Parce que c'est très compliqué à porter, parce qu'il y a 50 000 partenaires, parce que cela fait un problème de plus, parce qu'ils ne voient pas l'intérêt. Malgré la proximité que j'avais avec eux et ma forte conviction, je n'ai pas vraiment réussi. Maintenant, à travers tout le travail qu'on a fait sur les déterminants de santé, avec les services et sur toute la ville, de donner cette culture aux gens, on a réussi à ce que ce soit inscrit dans le contrat local de santé. Ce n'est pas encore fait. Ce n'est pas encore concret, mais l'intention a été écoutée.

⇒ **Didier Febvrel,**
médecin de santé publique, ville de Marseille

On va revenir à La Rochelle un instant.

⇒ **Anne-Laure Legendre,**
chargée de mission EIS, ville de La Rochelle

Pour compléter ce que disait Françoise, cette évaluation d'impact à La Rochelle existe, je tiens à le souligner, parce que l'agence régionale de santé apporte une subvention. Ce n'est pas pour insister lourdement là-dessus, mais c'est pour dire aussi que quelque part, en termes de santé, malgré les efforts des collègues et de certains élus, l'intégration de la santé dans le champ politique n'est pas encore une réalité. Quand je parle de l'évaluation d'impact, au premier abord, on me dit qu'il y a la maison pluridisciplinaire de santé qui va s'installer sur le quartier en question. Je suis d'accord, mais ce n'est pas du tout de cela qu'il s'agit. C'est bien autre chose. Pour le renouvellement urbain, vous vous doutez bien qu'il y a aus-

si d'autres enjeux. D'ailleurs, je pense que par rapport aux habitants, dans leur perception, ce n'est pas forcément leur priorité. Le but est aussi, dans cette démarche, d'aller chercher auprès des habitants comment ils perçoivent les choses. Là-dessus, nous en profitons pour essayer de mettre en place une approche recherche-action. Pour nous, cette démarche de l'évaluation d'impact est juste un prétexte pour parler de démocratie et de participation citoyenne et aborder des sujets qui semblent absolument essentiels, de réduction des inégalités sociales de santé, d'équité et de comment on la prend en compte dans cette démarche d'évaluation d'impact sur la santé. D'un point de vue méthodologique, nous ne savons pas encore bien comment s'y prendre, parce qu'autant nous avons identifié quelques groupes vulnérables sur le quartier, autant pour prendre en compte leur parole et essayer de traduire cela dans des choses très concrètes d'aménagement urbain, il faut passer par des schémas conceptuels qui sont sacrément ardues et pas forcément faciles à apporter aux habitants.

À l'heure actuelle, cette démarche d'évaluation d'impact a démarré au mois de janvier. Là, nous sommes un peu sur un temps d'attente, parce que nous attendons que le projet de renouvellement urbain produise des propositions, pour les évaluer. Du coup, nous en profitons pour travailler vraiment en profondeur avec les habitants. Là, je suis en plein dans une enquête auprès des habitants sur leur perception du cadre de vie. Pourquoi? Parce que la problématique que nous avons identifiée au départ, et qui justifie cette évaluation d'impact, était de se dire que ce quartier a une très mauvaise image sur La Rochelle... Mais pour avoir aussi travaillé sur l'évaluation d'impact à Nanterre, quand je suis allée la première fois sur le quartier en question, je me suis dit « quel est le problème? Ce quartier est à proximité d'un marais absolument magnifique. Ce ne sont pas non plus des grandes tours. » Cela ne me donnait pas l'impression d'être un quartier stigmatisé autant qu'à Nanterre. Malgré tout, il y a des indicateurs sociaux qui sont extrêmement alarmants. Nous nous sommes demandé « pourquoi cette stigmatisation? » L'idée de départ est de faire un travail d'enquête. Nous avons fait une cinquantaine d'entretiens individuels avec les habitants, en porte-à-porte. Des entretiens très ouverts. Ce n'était absolument pas pour parler du projet de renouvellement urbain ni même d'évaluation d'impact sur la santé. Ce n'était pas le but. J'étais là pour parler de ce qu'ils ressentent sur le quartier, de comment ils sont arrivés. On cherche vraiment à récupérer leurs mots sur le quartier et, là seulement, avec toute cette richesse, on pourra discuter ces verbatim dans le cadre de l'évaluation d'impact.

⇒ **Didier Febvrel,**
médecin de santé publique, ville de Marseille

Très bien, le temps que le micro circule, je prends le temps de dire qu'il existe un très beau document fait par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) sur l'urbanisme et la santé, qui fait justement un recensement de toutes les données probantes, c'est-à-dire de ce qu'on sait maintenant, dans la littérature étrangère et la nôtre, des mesures qui sont bonnes pour la santé quand on intervient dans le domaine de l'urbanisme. Cela veut dire que nous avons aussi des arguments un peu solides vis-à-vis des politiques qu'on peut traduire dans un projet. En plus, ce que j'aime bien dans l'évaluation d'impact, c'est que cela permet au domaine de la santé de se mêler de ce qui ne le regarde pas.

⇒ **Émilie Saderne,**
responsable du pôle accompagnement santé, ville de Poitiers

Je voulais intervenir pour illustrer un peu tout ce qui s'est dit dans les différentes tables rondes sur la participation, l'urbanisme et la santé, et sur les initiatives de la société civile. Au sujet d'un projet qui vient d'aboutir à Poitiers, sous la forme d'un centre de santé associatif, sur le quartier des Trois cités. C'est un centre de santé communautaire qui a été créé par une association d'habitants à l'issue d'un projet de rénovation urbaine. Je ne sais pas s'il y a des personnes qui ont déjà entendu parler de ce projet, qui a été un peu médiatisé et qui est assez inédit. C'est vraiment l'aboutissement d'une démarche citoyenne d'habitants qui ont commencé à réfléchir autour d'un projet de rénovation urbaine parce qu'ils n'étaient pas d'accord. C'est comme cela qu'ils se sont mobilisés en association. Au fil des ans, ils ont porté un diagnostic sur leur quartier, qui a été fait de façon très rigoureuse. À l'issue de ce diagnostic a émergé l'idée, notamment avec la demande d'une offre de soins de proximité, de créer un centre de santé, avec des professionnels de santé salariés, autour d'un projet local de santé. Ce centre de santé a ouvert au mois de novembre. Tout est à construire en termes de gouvernance parce qu'il y a plein de questions qui se posent sur la façon dont la parole des habitants peut être maintenue dans la décision, dans la gestion du centre de santé. Ils sont en train de construire une politique de santé publique locale.

Je trouve que c'est intéressant de profiter de cette occasion pour parler de ce projet, parce que je pense que c'est aussi le lieu pour permettre aux participants de connaître cette initiative. C'est un projet qui questionne aussi énormément l'initiative citoyenne, auprès des élus, qui questionne beaucoup le partenariat pouvoir public/initiative de la société civile. C'est passionnant d'être au cœur de ce projet.

⇒ **Didier Febvrel,**
médecin de santé publique, ville de Marseille

Merci, on va arrêter là parce qu'il faut passer à un autre moment convivial. Peut-être, un mot de conclusion ?

⇒ **Lucie Anzivino,**
*chargée d'études en santé environnementale,
ORS Rhône-Alpes – EIS Villeurbanne*

Un mot de conclusion : l'avantage de l'évaluation d'impact sur la santé est qu'elle va s'intéresser à l'ensemble des déterminants de santé. Sur un projet, on va essayer de tous les balayer. Lors d'une première réunion, on va voir ceux qui émergent. Parce que forcément, on ne pourrait pas tout étudier. Sinon, il faudrait plusieurs années. Au cours de la première réunion, nous allons essayer de voir ce qui ressort comme déterminants les plus problématiques dans le cadre de l'étude en question.

Je voulais dire aussi qu'il faut un portage politique et financier derrière. Il faut un investissement de l'agence régionale de santé, de la ville, éventuellement du bailleur. Ceci dit, on a mené cette première évaluation d'impact sur Villeurbanne. La ville de Villeurbanne s'est portée candidate dans l'appel à manifestation d'intérêt de l'Agence nationale de rénovation urbaine et elle a été sélectionnée en particulier parce qu'on avait produit une fiche évaluation d'impact sur la santé à développer sur d'autres quartiers en politique de la ville. Quand même, cela suit son chemin et évolue.

⇒ **Anne Laporte,**
*responsable du département cellule-ingénierie et appui
méthodologique, ARS Ile-de-France : EIS Plaine-Commune*

Juste un mot, parce que dans la précipitation, j'ai oublié de citer les partenaires importants. En fait, cette évaluation d'impact en santé à Plaine-Commune a été commanditée par Plaine-Commune et l'Agence régionale de santé Île-de-France. Mais surtout, elle a été soutenue de façon importante par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), qui est dans la promotion des évaluations d'impact et qui continue de soutenir des projets. C'est important de le dire. Ensuite, sur la question de la participation, je crois qu'il faut penser aux centres de ressources en politique de la ville. Nous avons Profession Banlieue, mais il faut penser à ce type de structure comme soutien pour les démarches participatives, pour la méthodologie sur ces questions.

TABLE RONDE 3

LES MÉDIATEURS SOCIAUX EN MILIEU SANITAIRE : UN TRAIT D'UNION ENTRE LES PROFESSIONNELS ET LES HABITANTS ?

Table ronde animée par **Arnaud Wiehn**,
chargé de mission « santé et territoires »,
IREPS Aquitaine

La médiation est un facilitateur à disposition des professionnels de santé ou de la coordination de projets pour permettre une vraie implication des usagers ou habitants dans des projets ou programmes de santé ou permettre à des personnes en grande précarité de gagner en autonomie, et en santé.

Bérénice Staedel,
chargée de mission CCOMS et Philippe Maugiron,
médiateur santé pair :
le programme médiateur santé pair en santé mentale

Sarah Mas-Miangu,
médiatrice, Association des femmes médiatrices sociales et
culturelles de Pantin : femme-relais en secteur hospitalier-
les mères nourricières de l'hôpital Avicenne

Virginie Varet,
coordinatrice ASV, CCAS Roubaix

Malika Lebbal,
coordinatrice Globe 42, Espace social et participatif en santé,
ville de Saint-Étienne

⇒ **Arnaud Wiehn,**
chargé de mission « santé et territoires », IREPS Aquitaine

Bonjour. On va reprendre avec cette table ronde dédiée à la médiation sociale. Je suis ravi et je remercie les organisateurs de m'avoir proposé cette animation. Je travaille à l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Aquitaine, notamment sur la mission « santé et territoires » qui accompagne les contrats locaux de santé et les Ateliers santé ville.

Je vous propose de reprendre le séquençage de la première table ronde, à savoir deux interventions, puis des échanges avec la salle, et deux autres interventions pour finir. Nous allons commencer par Mme Mas-Miangu. Ensuite, Bérénice Staedel et Philippe Maugiron prendront la parole. Ensuite, nous aurons l'intervention de Virginie Varet et de Malika Lebbal. Nous pourrions plus largement débattre de cet enjeu de la médiation sociale.

⇒ **Sarah Mas-Miangu,**
médiatrice, Association des femmes médiatrices sociales et culturelles de Pantin : femme-relais en secteur hospitalier - les mères nourricières de l'hôpital Avicenne

Bonjour à tous. Merci de m'avoir invitée ici pour participer à ce colloque. Je fais partie de l'association des femmes médiatrices de la ville de Pantin. Je vais vous parler d'abord de ce que je faisais dans la ville de Pantin avant de trouver ma place à l'hôpital Avicenne. Dans ce quartier, il y avait l'association mise en place avec quelques femmes qui faisaient de la cuisine, organisée à la Caisse d'allocations familiales. Deux fois par semaine, le mardi, il y avait des cours théoriques et le jeudi, il y avait des cours pratiques. On préparait de très bons repas. Les gens s'inscrivaient avant et venaient manger avec nous le midi. Mme Lebon, qui était psychologue à l'hôpital Avicenne au service maladies infectieuses, venait manger souvent les jeudis. À ce moment-là, il y avait une problématique dans son service. Il y avait beaucoup de malades qui venaient d'Afrique et qui avaient le VIH. Ces gens-là ne mangeaient pas bien. Ils n'avaient pas d'appétit. En plus, ce qui était offert dans le service était très étrange. C'était des choses qu'ils n'avaient jamais goûtées, qui n'avaient pas de goût, qui ne leur disaient rien du tout. Aussi, ils maigrissaient beaucoup. Je me souviens qu'il y avait M. X, qui pesait à peine 30 kg. Ce monsieur-là voulait absolument rentrer chez lui pour pouvoir manger des bonnes choses, des choses qui venaient d'Afrique. Nous nous sommes demandés s'il était possible de laisser quelqu'un rentrer chez lui, sans famille. Nous nous demandions qui allait préparer tout cela. Il y avait donc ce problème. Et

comme cette dame venait souvent manger à l'association des femmes médiatrices, elle s'est dit que les femmes de l'association pouvaient peut-être préparer quelque chose. À ce moment-là, elle est venue nous voir et nous a demandé de venir ou de préparer quelque chose pour les malades qui n'arrivaient plus à se nourrir. Nous nous sommes dit que c'était possible.

Dans les trois mois qui suivaient, les personnes de nos associations préparaient quelque chose pour l'hôpital. C'était les jeudis. Après, nous avons commencé à préparer pour tous les midis, pour les patients. Nous avions une boîte dans laquelle nous mettions la nourriture et nous amenions tout cela à l'hôpital. Après trois mois, il a été décidé que ce n'était pas la peine de continuer à amener les boîtes quotidiennement jusqu'à Avicenne. Ils nous ont trouvé une place : la cuisine de l'hôpital était prête à nous accueillir pour la préparation. Une femme médiatrice et moi sommes parties à l'hôpital. On nous a montré la petite cuisine où nous allions préparer des repas pour les malades tous les jours.

Nous étions suivies aussi. Il y avait des nutritionnistes qui étaient avec nous, qui nous suivaient pour savoir si ce que nous faisons était bon. Nous le préparions le midi et le mettions dans des boîtes pour les monter dans le service. Pour toutes ces préparations, il y avait aussi le nutritionniste de l'hôpital pour connaître les dosages de sel et d'huile. Tout était contrôlé, même la température. Il y avait un cahier dans lequel on mettait les noms des patients et ce qui devait leur être préparé. En fait, ce n'est pas nous qui choisissons ce qu'ils devaient manger. La veille, nous allions voir les malades pour leur demander ce qu'ils voulaient manger. Comme la plupart des malades étaient d'origine africaine, c'est eux-mêmes qui choisissaient. Les achats étaient faits selon leurs désirs. Il y avait un cahier dans lequel il fallait noter ce qui était préparé, les noms des malades et les numéros de chambre.

Afin d'offrir tout cela, une convention a été signée avec l'hôpital pour formaliser cette action. C'est très important. L'hôpital nous a fourni toutes les denrées alimentaires, la viande, le poisson. Les produits exotiques étaient achetés par l'association des femmes médiatrices. Et comme la plupart des malades étaient d'origine africaine, il fallait essayer de leur faire plaisir. Vous savez, quand on n'est pas bien, on a envie de manger des choses qui viennent de son pays. C'est eux-mêmes qui choisissaient leur repas. Les aliments venaient de l'hôpital, pour éviter toutes sortes de germes. C'était contrôlé. Le matin, deux femmes médiatrices arrivent dans la cuisine de l'hôpital, prennent les cahiers, notent les noms des patients, le repas qu'il a été envisagé de préparer. Elles avaient des vestes pour éviter les microbes, des petits chapeaux, des chaussures. Tout était vraiment bien contrôlé.

Ensuite, on commençait à préparer. Il y avait toujours les nutritionnistes qui nous suivaient. À midi, tout était prêt. On mettait tout dans une boîte spéciale pour monter dans le service.

Au départ, on mangeait avec les malades. C'est culturel parce que souvent, quand on prépare quelque chose pour quelqu'un : au cas où il arrive quelque chose, vous êtes responsable. Nous avons donc l'habitude aussi de nous asseoir, de rester avec les malades, de partager le repas avec eux, même si nous ne mangions pas beaucoup. Ainsi, le malade était rassuré. Après avoir bien mangé, il y avait cette ouverture de parole. Ils parlaient de tout et de rien. Ils parlaient de leur séjour à l'hôpital, des choses qui n'allaient pas, de leur maladie. C'est très important. C'était comme un médicament, parce que cela aidait les médecins à connaître l'état de ces gens-là. Parfois, il y en a aussi qui ne parlaient pas français. Il fallait donc passer par les femmes médiatrices pour traduire toutes ces choses-là. La nourriture était un dispositif de soin très important. Quand on mange bien, tout sort, on parle de tout et de rien. Parfois, il arrivait qu'il y ait des patients qui ne prenaient plus de médicaments. Il y avait cette ouverture de parole qui a permis d'améliorer les relations avec ces gens-là.

Ce projet continue toujours dans le service des maladies infectieuses, avec deux femmes médiatrices. Nous participons à tout ce qui se passe dans ce service. Nous sommes bien associées et repérées par les malades. S'il y a quelque chose, un besoin de médicaments ou autre chose, nous sommes au milieu. C'est donc vraiment un besoin de créer cette relation avec les patients. L'association a proposé d'autres choses aux malades, qui n'ont rien à voir avec les plats. Par exemple, nous proposons de la sophrologie, de la natation. Il y a aussi des sessions d'éducation thérapeutique des malades. C'est-à-dire que les malades apprennent à bien prendre leur maladie, qui leur appartient. Nous avons eu le prix éthique Pierre Simon qui a montré que ce projet a été très productif.

⇒ **Arnaud Wiehn,**
chargé de mission « santé et territoires », IREPS Aquitaine

Merci. Je pense que par la suite les échanges avec la salle seront l'occasion de préciser comment, sur la base d'un besoin relevant de l'alimentaire, nous en sommes venus à pleinement participer à un projet thérapeutique, qui va bien au-delà maintenant de l'alimentation. Nous aurons l'occasion peut-être par la suite de parler des services et comment, dans les services hospitaliers, vous avez pleinement trouvé votre place.

Je passe la parole à Mme Staedel et à M. Maugiron.

⇒ **Bérénice Staedel,**
chargée de mission CCOMS

Je ne vais pas prendre la parole trop longtemps. Je suis chargée de mission au centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé en santé mentale. Nous venons vous parler d'un programme que le centre porte depuis maintenant presque cinq ans, qui est le programme des médiateurs de santé-pairs. C'est un programme qui a démarré en 2012, après deux années de préparation. Ce programme a consisté à former 29 personnes qui étaient porteuses de troubles psychiques très divers et qui étaient rétablies. Elles étaient demandeuses de devenir pairs aidantes, c'est-à-dire d'œuvrer au côté de soignants et de différentes professions du soin, mais en tant que pairs aidants porteurs d'un savoir d'expérience, dont je crois que vous avez un peu parlé ce matin.

Ces médiateurs ont été formés par un diplôme universitaire et ont travaillé immédiatement en alternance dans des services de soins hospitaliers. Quatre ans après, une partie des médiateurs est encore en poste, une quinzaine sur 29. Certains sont partis rapidement, parce que c'était peut-être un peu trop tôt pour eux. D'autres au bout d'un an parce que cela leur avait remis le pied à l'étrier, ils étaient prêts à reprendre d'autres études et une vie professionnelle différente. Ceux qui sont restés ont vu leur poste évoluer, ont créé leur métier. Nous avons coutume de dire que sur la totalité des médiateurs de santé pairs, nous avons presque autant de métiers, de postes différents que de médiateurs. Parce qu'ils ne sont pas dans le même type de service, ne travaillent pas avec les mêmes équipes, et surtout ils arrivent avec leur bagage personnel. La plupart d'entre eux n'avaient travaillé ni dans la santé mentale, ni dans le soin en général. Avant, ils avaient des carrières très diverses, ils étaient d'âges variés, concernés par des pathologies différentes.

Notre objectif, dans le cadre de ce programme, est de faire reconnaître la valeur du savoir des usagers des parcours de santé mentale. Avant de prendre ce poste-là, j'ai travaillé dix ans sur le VIH/sida et j'accompagnais des patients, un peu dans une notion d'auto-support. Effectivement, j'étais toujours frappée par la force de connaissance et la compétence qui émergeaient de leur propre parcours avec le soin, dans un service hospitalier; tout ce qu'ils avaient développé comme compétences presque techniques et comme capacités à voyager dans les méandres du soin et du système.

Quand j'ai pris ce poste au centre il y a deux ans et demi, j'ai rencontré l'ensemble des médiateurs et c'est vrai que c'est intéressant de voir qu'ils ont des savoirs et des expériences qui sont différents, avec des choses que

nous pouvons retrouver. Mais ils sont aussi tous dans une capacité commune de faire état de leur parcours en disant que c'est un exemple de parcours, qu'ils peuvent en parler et aussi discuter avec les patients de comment imaginer leur propre parcours dans l'établissement.

Autour de ce programme, nous nous exprimons depuis maintenant cinq ans, sur différentes situations. Nous ne nous exprimons jamais sans les médiateurs. Nous venons toujours au moins avec un, voire deux médiateurs. Surtout, depuis que le programme a pris un peu d'âge et de contenu, que nous avons du recul, j'essaie de faire une présentation sommaire et de laisser la parole aux médiateurs, de manière à ce qu'ils puissent vous présenter leur activité. Souvent parce que cela amène pas mal de questions. Je vais donc passer la parole à Philippe Maugiron, qui est médiateur depuis quatre ans et demi à Sainte-Anne, à Paris.

⇒ **Philippe Maugiron,**
médiateur santé pair - programme médiateur santé pair en santé mentale

Merci, Bérénice. Je suis médiateur de santé pair à l'hôpital Sainte-Anne. Je travaille au sein de l'hôpital de jour, qui accueille des personnes qui souffrent majoritairement d'un trouble schizophrénique et qui sont stabilisées. En préambule, je vais vous expliquer de quelle manière j'ai pu intégrer cette expérimentation de médiateur de santé pair.

Cela ne s'est pas fait par hasard. Je suis quelqu'un qui est dépendant à différentes substances psychoactives. J'ai fait quatre cures de sevrage. J'ai rechuté trois fois. Lors de ma dernière cure de sevrage, j'ai décidé de faire les choses pour moi. C'est probablement pour cela que cela a fonctionné. J'ai eu la chance de suivre une post cure près de Soissons, au centre APTE, qui a cette particularité d'être animé uniquement par des dépendants en rétablissement. Ce fut pour moi un déclic, une formidable initiation au rétablissement. Je suis resté deux mois là-bas. Je suis sorti et ensuite, j'ai continué à fréquenter des groupes d'usagers, que je fréquentais auparavant, mais avec la plus grande malhonnêteté. C'est-à-dire que j'ai pu commencer à me rétablir lorsque j'ai commencé à être honnête vis-à-vis de moi-même et surtout à demander de l'aide. C'est probablement le premier geste adulte que j'ai fait, lorsque j'ai demandé de l'aide pour moi. J'étais prêt à changer, à oser changer. Pendant les trois premières années qui ont suivi cette dernière sortie de cure de sevrage, je me suis occupé de ma santé physique, mentale. C'est un processus lent et long que de se rétablir. J'ai voulu aussi acquérir des connaissances, avoir une connaissance de l'autre côté du miroir.

J'ai poursuivi un DU d'addictologie à l'université Descartes. Ce qui m'a permis, d'une part, de m'éprouver, de mieux connaître ma maladie, d'avoir un autre regard, et d'avoir aussi de la distance par rapport à ma maladie. Durant toute cette année de reprise d'études, assez difficile, j'ai voulu intégrer, travailler en équipe. Cela a été mon postulat de départ. J'avais le désir de travailler en équipe pour partager mon savoir, qualifié d'expérientiel. Parce que je me rendais bien compte qu'en fréquentant les groupes d'usagers alcooliques anonymes et narcotiques anonymes, le fait de partager entre pairs, de pouvoir s'échanger des trucs, de ne pas se sentir seul, de pouvoir m'identifier, de savoir qu'il y avait un futur possible pour moi aussi, que la plupart d'entre nous ne sont pas stigmatisés par des années de consommation et de dépendance, cela favorisait mon rétablissement. Je continue à fréquenter bien évidemment ces groupes d'usagers. Aujourd'hui, je transmets ce que j'ai reçu parce que le vrai cadeau est le don.

Ce que je voulais dire aussi, c'est qu'effectivement, dans ma démarche de rétablissement, je le dis haut et fort, j'ai eu besoin de l'institution, d'aller à l'hôpital, de ce temps d'enfermement volontaire pour me sevrer. Néanmoins, si je n'avais pas fréquenté les groupes d'usagers, je serais probablement mort aujourd'hui. Oui, l'hôpital m'a été nécessaire dans mon rétablissement, dans mon parcours de rétablissement, mais il n'a pas été suffisant.

C'est-à-dire que ce matin, j'ai entendu quelque chose de fondamental. On s'occupe de prévention. Oui, il faut s'occuper de prévention. On s'occupe du curatif. Oui, il faut s'occuper du curatif. Mais il faut aussi et surtout préparer la sortie. Parce que ce n'est pas à la sortie de l'hôpital que tout s'arrête. C'est au contraire là où tout commence. L'hôpital est impuissant à tout faire et c'est pour cela qu'il y a des associations d'usagers formidables qui permettent aux personnes de se prendre en charge et de continuer à se rétablir en dehors de l'hôpital. Dans mon parcours, s'il n'y avait pas eu les associations d'usagers, aujourd'hui je ne serais pas là devant vous pour témoigner.

Pour reprendre, durant l'année de formation d'addictologie, avec ce désir d'intégrer un service à l'hôpital, j'avais retenu différentes options. Aucune d'entre elles ne me satisfaisait, jusqu'au moment où j'ai entendu parler, par l'intermédiaire de la maison des usagers, d'une expérimentation qui émanait du CCOMS de Lille, sous la forme de formations professionnelles. C'est-à-dire qu'il ne s'agissait pas d'une formation où il n'y avait pas d'emploi à la sortie, mais d'une formation avec un emploi associé. J'ai donc postulé et j'ai été accepté.

Je travaille à Sainte-Anne, dans un hôpital de jour. Effectivement, intégrer des usagers au sein d'un hôpital psychiatrique n'est pas quelque chose qui se fait de façon naturelle et innée. Il y a d'énormes résistances de la part des soignants à accepter l'autre, un peu comme pour moi. Cela fait peur. Au départ, on a probablement tous beaucoup de difficulté à accueillir l'autre. Enfin, j'essaie de faire du mieux que je peux, de ne pas générer de résistance dans ma capacité à accueillir l'autre. Les choses se font petit à petit. Le temps finalement joue pour nous.

Néanmoins, il ne suffit pas d'être usager pour se définir pair aidant, c'est-à-dire avoir la capacité d'écouter l'autre, d'avoir l'empathie nécessaire, l'expérience suffisante pour commencer à pouvoir partager. Tous les usagers ne sont pas des pairs aidants et tous les pairs aidants ne seront pas des médiateurs de santé pairs. Nous parlions tout à l'heure de compétences. Oui, c'est un nouveau métier, médiateur de santé pair. Ce sont de nouveaux acteurs au sein de la santé mentale. J'espère qu'il y aura aussi des médiateurs de santé pairs dans le médico-social. Je crois qu'ils auront leur place et une grande place à prendre dans tous les services du médico-social.

Les médiateurs de santé agissent essentiellement, de mon point de vue et cela n'engage que moi, sur deux leviers fondamentaux, à savoir générer de l'espoir et de l'identification. En s'appuyant sur ces deux leviers, savoir qu'un futur est possible pour moi, d'une part, donne l'énergie du désir. D'autre part, il y a l'énergie de l'identification : si c'est possible pour lui, c'est possible pour moi. C'est ainsi que cela a fonctionné pour moi, en fréquentant des groupes d'usagers et en étant au plus près des usagers en souffrance qui sont pris en charge à l'hôpital. Préparer leur sortie, leur donner de l'espoir, les armer pour se prendre en charge et être autonomes dans leur rétablissement à la sortie de l'hôpital, c'est fondamental. Aujourd'hui, dans les services, les usagers qui ont la chance de pouvoir rencontrer un médiateur de santé sont, pour ainsi dire, tous unanimes : ils ne pourraient pas envisager une prise en charge sans médiateur de santé. Les services dans lesquels il y a un médiateur de santé, après les premières années difficiles, ne pourraient pas fonctionner sans médiateur de santé. C'est une réalité. Les choses se font, certes lentement, mais elles se font.

Ce matin, j'entendais différentes choses vraiment très intéressantes : prendre une place en tant que citoyen. Dans mon parcours de rétablissement, il a fallu que je me frotte à des notions, à des concepts qu'on a évoqués : l'empowerment, l'insight, le care, le rétablissement. Pour moi, l'empowerment, je ne le traduis pas. Je le vis. Le rétablissement, je ne le théorise pas. Je le vis. Je comprends que cela puisse être intéressant

de théoriser certains concepts, certaines notions pour les soignants. Mais moi, je vis, je ne théorise pas. Si j'ai mon rétablissement dans la tête... j'ai rechuté trois fois parce que le rétablissement, je l'avais dans la tête, pas dans ma vie. Je n'étais pas dans l'action de mon rétablissement. Je n'étais pas dans la responsabilité que j'ai, si je fais le choix de me rétablir.

Je veux vous dire aussi autre chose, au niveau de l'empowerment et du rétablissement. C'est dans tous les domaines de ma vie. Ce n'est pas uniquement la maladie. C'est au niveau du travail, culturel, de tous les domaines de ma santé. Ce n'est pas réducteur. Au contraire, c'est s'ouvrir au champ de tous les possibles et c'est pour cela qu'aujourd'hui, je vous parle en tant que citoyen, libre, avec une vie satisfaisante et en tant que citoyen ordinaire. Aujourd'hui, je n'ai pas peur d'aller prendre la parole. Je n'ai pas peur de m'exprimer, de m'affirmer devant vous en tant que citoyen, comme n'importe quel autre de mes pairs, n'importe quel autre d'entre vous. Je me sens semblable à vous. J'appartiens à la même société que vous et je désire aussi qu'elle change, cette société.

C'est la raison pour laquelle, au sein de l'hôpital Sainte-Anne, j'ai pu rendre différents services. Je suis devenu secrétaire d'une association Poilaire entraide. Notamment aujourd'hui, nous préparons un voyage thérapeutique dans le service dans lequel je travaille. Je suis vraiment fier que ce projet puisse se concrétiser. Je suis membre du Conseil local de santé mentale. Là, on rentre dans la sphère qui est aussi politique, de ce point de vue-là, je peux vous dire, et je le regrette, que parfois les usagers ont bon dos, dans les structures institutionnelles que le législateur a prévu, et servent à certaines personnes, dans certaines réunions, à dire « on est dans les clous, on a notre usager, etc. » Mais est-ce qu'il est force de proposition ? Est-ce qu'on écoute ? À vous de voir. Vous savez qu'il est difficile parfois de prendre la parole, et encore plus difficile d'être entendu. Aussi, je fais partie, à Sainte-Anne, du groupe promotion de la santé. Là, c'est formidable parce que, vous l'avez compris, je trouve que les sorties ne sont pas suffisamment préparées. Là, on va travailler sur un groupe qui va permettre de préparer la sortie pour finalement préparer les gens à vivre. Le rétablissement, c'est tout simplement vivre. Je vous remercie.

⇒ **Arnaud Wiehn,**
chargé de mission « santé et territoires », IREPS Aquitaine

Merci beaucoup pour la sincérité de votre témoignage. Je veux croire qu'il va y avoir pas mal de réactions. Nous allons prendre une première salve de questions, témoignages à l'issue de ces deux premières interventions.

DÉBAT AVEC LA SALLE

⇒ **Élisabeth Pons,**
*coordinatrice ASV, coordinatrice Contrat local de santé,
ville de Toulouse*

Merci déjà aux personnes qui se sont exprimées. Je voulais poser des questions à M. Philippe Maugiron sur cette formation de médiateur santé. Quel est son contenu? Quel est son niveau de formation aujourd'hui? Surtout, est-ce que cela vous a permis d'avoir un emploi en tant que médiateur de santé? Est-ce que c'est un emploi pérenne, reconnu?

⇒ **Philippe Maugiron,**
médiateur santé pair

On va rentrer dans des subtilités administratives. J'exerce un métier qui n'existe pas. C'est un postulat de départ. Sur ma fiche de paie, je suis «assistant administratif». Je crois que si la fonction de médiateur de santé pair pouvait exister, ce serait probablement le fait du prince de la ministre. Nous avons eu huit semaines de formation, plus de 350 h. Ce qui ne se fait dans aucun autre pays. La formation théorique n'a jamais été aussi riche qu'en France jusqu'à présent. Il s'agit d'un DU qui a été dispensé par Paris VIII. Au niveau du contenu, je laisserai Bérénice en parler.

Pour le financement, j'entendais tout à l'heure que nous sommes dépendants de l'agence régionale de santé, nous aussi. Là, on est dans le champ de la santé mentale. Ce sont des budgets spécifiques. J'encourage le médico-social à s'intéresser au sujet du médiateur de santé. Ce serait un autre budget. Là, il y aurait quelque chose de l'ordre du possible, peut-être.

Ensuite, à ce jour, il n'y a eu que trois agences régionales de santé qui ont joué le jeu de l'expérimentation. Elle doit être reconduite. Nous allons avoir une nouvelle promotion l'an prochain, avec six agences régionales qui vont participer, avec un nombre limité de candidats parce que nous sommes dépendants financièrement des agences. Malheureusement, la majorité des agences ne rentrent pas dans le champ de la médiation pair. Je trouve que c'est regrettable. Je crois qu'il s'agirait de favoriser, d'une part, cette formation, et au-delà, l'inclusion des usagers dans les hôpitaux, dans le médico-social. Parce qu'ils permettent d'avoir ce double regard, ce bilinguisme aussi, de servir de charnière entre l'institutionnel et l'usager. C'est là que se trouvent les compétences des médiateurs de santé pairs.

⇒ **Bérénice Staedel,**
chargée de mission CCOMS

Sur le contenu du DU, il y avait de la psychopathologie, pour que les médiateurs puissent avoir des notions relativement approfondies des différentes pathologies qu'ils étaient amenés à rencontrer. Il y avait également des modules de droit, des notions en psychiatrie, les avancées, les pratiques innovantes, etc. Il y avait aussi des techniques d'animation de groupe, d'entretien. Mais c'était clairement insuffisant par rapport aux besoins qu'ils ont su nous faire remonter ensuite.

Il y a plusieurs sujets sur lesquels ils nous ont dit après qu'il fallait étoffer la prochaine formation : l'addictologie, parce que Philippe est lui très instruit sur le sujet, mais d'autres n'avaient pas spécialement de connaissances à ce propos. Beaucoup de médiateurs ont été surpris de se retrouver, dans leur action, sur le terrain, confrontés à d'importantes problématiques d'addiction. Ils nous ont fait remonter ce manque, mais également un manque d'heures de mise en pratique de différents types d'entretien, de techniques d'animation de groupe. On en est arrivés à la conclusion que dans la prochaine mouture de formation, on va intégrer le module de formation initiale d'éducation thérapeutique du patient, qui reprend toutes les techniques d'intervention pour toute maladie chronique.

Pour poursuivre là-dessus, le CCOMS va lancer une formation qui va débiter en septembre 2017, et qui sera, non plus un DU, mais une licence professionnelle. Il y aura beaucoup plus d'heures de cours. Elle sera également portée par l'université Paris VIII et s'y déroulera. Elle pourra former à peu près 25 personnes parce que nous sommes assez limités dans les licences professionnelles sur les effectifs. On pense qu'il y aura 5 à 6 agences régionales de santé investies. Aujourd'hui, on les appelle pairs-auteurs, médiateurs de santé, médiateurs de santé pairs, et sur la France entière, ils sont peut-être 35-40 personnes. On en aura 25 de plus dans deux ans. On met longtemps à les former.

C'est vrai qu'au-delà de tout cela, nous aimerions qu'après, des régions lancent localement des formations. L'Aquitaine, notamment, est intéressée par l'idée de créer sa propre formation. Évidemment, comme toujours, ces choses-là vont reposer sur un enthousiasme local. Sur les nouvelles régions qui vont s'investir, on a des situations avec des établissements qui sont prêts depuis un moment et qui remontent vers leur agence régionale de santé en disant qu'ils veulent y aller et demandent des financements. À l'inverse, si on prend le cas de l'Aquitaine, l'agence régionale de santé est très motivée et cherche à identifier des établissements qui sont intéressés et prêts.

En tout cas, il ne faut pas se leurrer, l'arrivée des médiateurs a été compliquée dans de nombreux endroits. L'une des leçons qu'on a vraiment retenues, qui va nous accompagner sur le prochain programme, c'est la nécessité d'une très grande préparation des équipes, ainsi que d'une vraie supervision des médiateurs, qu'il va falloir faire en complément.

On va lancer la formation en septembre 2017, mais il va falloir commencer une forme d'acculturation à cette pratique un peu étonnante pour les équipes. Il va falloir le lancer en novembre prochain, quand nous serons certains de nos candidats. À l'intérieur, il y aura un vrai travail à faire pour déterminer dans l'équipe, le service, quel est leur projet. Finalement, il va nous falloir au moins un an pour les accompagner. Parce que dans les échecs, dans les départs de médiateurs de la première vague, il y a aussi eu des rencontres qui n'ont pas pu se faire parce que les services n'étaient pas prêts. C'était sans doute trop compliqué à ce moment-là, pour ces services, d'intégrer un médiateur de santé-pair en santé mentale, même si je ne porte pas de jugement, en l'occurrence.

⇒ **Marie-Clémentine Bendo,**
Association des femmes médiatrices sociales et culturelles de Pantin

C'était juste pour compléter parce que c'est vrai que nous faisons un travail de nutrition des patients atteints par le VIH, mais nous faisons aussi tout l'accompagnement de ces patients. Cela veut dire qu'il faut les insérer socialement, parce qu'avant la sortie, ce sont des patients qui restent longtemps à l'hôpital. Mais on ne peut pas les sortir comme cela. Le travail de la médiatrice est donc aussi d'accompagner ces patients dans le cadre de l'insertion sociale, d'aller renouveler sa carte de résident. Parce qu'il y a des patients qui ont aussi un problème de mobilité. Ils ont besoin d'une ambulance. La médiatrice les accompagne. Il y a aussi des journées portes ouvertes organisées par l'hôpital. Nous participons vraiment à tout ce qui se passe à Avicenne. Nous sommes reconnues et nous étions la toute première association rentrée à l'hôpital Avicenne. Après, il y en a eu d'autres.

Sarah Mas-Miangu, médiatrice, Association des femmes médiatrices sociales et culturelles de Pantin : femme-relais en secteur hospitalier - les mères nourricières de l'hôpital Avicenne

Juste pour revenir sur la rémunération des médiatrices à l'hôpital Avicenne, elles font un travail formidable à l'hôpital. À chaque fois, on leur donne de bonnes appréciations et on leur dit que sans elles, on ne sait pas ce qu'on ferait. Mais je sais que l'année prochaine, les adultes-relais, c'est

la fin. Je me pose donc la question de ce qu'on va faire. Il y a des besoins auprès des malades. Mais il y a des besoins côté personnels aussi. Quand les malades sont bien nourris, cela se passe bien. La durée d'hospitalisation baisse. Il y a des économies pour le gouvernement. C'est sûr, même si ce n'est pas mesuré. Cela existe, il faut le savoir. Bientôt, ce sera la fin.

⇒ **Arnaud Wiehn,**
chargé de mission «santé et territoires», IREPS Aquitaine

Ce que vous n'avez pas dit, en toute humilité, c'est qu'actuellement, vous faites cela bénévolement. Parce que vous êtes retraitée. Vous étiez médiatrice avant.

⇒ **Sarah Mas-Miangu,**
médiatrice, Association des femmes médiatrices sociales et culturelles de Pantin : femme-relais en secteur hospitalier - les mères nourricières de l'hôpital Avicenne

L'hôpital ne paie pas les femmes médiatrices, elles ne sont pas rémunérées par l'hôpital. Il fournit les denrées, mais pas la rémunération, parce qu'il n'y a pas d'argent. Mais les besoins sont là. Ils ont besoin de nous. Mais les gens ont besoin de vivre aussi. Et l'accompagnement adulte-relais permet des économies et réduit la durée d'hospitalisation, qui a diminué avec ce projet.

⇒ **Arnaud Wiehn,**
chargé de mission «santé et territoires», IREPS Aquitaine

Il y a un gain évident.

Une dernière question avant de passer à la suite et aux deux autres témoignages.

⇒ **Géraldine Metzinger,**
coordinatrice en maison de santé pluriprofessionnelle.

J'ai une question sur les médiateurs santé. Je voulais savoir si aujourd'hui, vous n'intervenez qu'auprès d'adultes ou également auprès d'enfants. Quand vous parlez de possibles extensions intéressantes dans le médico-social, nous savons aujourd'hui que dans les instituts médico-éducatifs (IME) ou ce genre de structures, c'est très compliqué d'agir. Je pense que ce serait intéressant d'avoir des médiateurs de santé qui interviennent au-

près de ces enfants, pour lesquels les travailleurs sociaux sont démunis. Selon vous, quelque chose pourrait se développer ?

⇒ **Bérénice Staedel,**
chargée de mission CCOMS

Cela a été évoqué, la pédopsychiatrie, au tout début. Mais nous ne savions pas trop comment l'articuler. Le médiateur est un adulte. C'était compliqué. Sur la prochaine expérimentation, ce qui va être très différent, c'est que parmi les établissements qui ont des médiateurs, il va y avoir des structures médico-sociales. C'est une première avancée. Et je vous rejoins : je pense que cela va être vraiment intéressant. Sans doute d'ailleurs, ce seront des médiateurs un peu transversaux, qui interviendront dans plusieurs lieux, y compris ensemble.

Après, sur les instituts médico-éducatifs et autres, nous ne nous sommes pas forcément encore posé la question parce que pour nous, pour l'instant, la pair-aidance, en tout cas comme nous l'avons décrite ici, c'était des adultes. Là, ce sont des questions compliquées : une pédopsychiatre est venue nous voir récemment en disant qu'elle a un vrai projet de faire venir des Asperger dans son service et qu'elle voulait le faire avec des adultes extérieurs qui seraient formés. C'est compliqué parce que : soit ils sont mineurs, et là, tout est différent : c'est difficile à encadrer et on rentre dans quelque chose qu'on ne sait pas faire ; soit ils sont adultes et il faut se demander si c'est intéressant par rapport à des enfants ou de très jeunes autistes, si la projection est intéressante. Ce n'est pas fermé. C'est d'ailleurs intéressant d'avoir eu cet entretien avec cette pédopsychiatre. On sent que cela peut émerger, mais sur les enfants, ce ne sera pas la prochaine fois, c'est certain. La réflexion n'est pas suffisamment aboutie. En tout cas, on a été surpris par la demande.

⇒ **Philippe Maugiron,**
médiateur santé pair : le programme médiateur santé pair en santé mentale

Je voudrais simplement terminer par une information. Nous avons créé l'association francophone des médiateurs de santé pairs. C'est tout récent. Nous sommes en recherche de budget. Nous n'avons qu'une adresse mail pour le moment, afmsp@gmail.com. Si cela peut vous rendre service, cela peut nous rendre service.

⇒ **Arnaud Wiehn,**
chargé de mission « santé et territoires », IREPS Aquitaine

Merci. Je pense que ce sera relayé a minima par la Plateforme.

⇒ **Bénédicte Madelin,**
administratrice, membre du conseil scientifique et technique, Coordination Pas sans nous

Je voulais juste donner aussi une information. Effectivement, cela fait depuis 20 ans exactement qu'à Profession Banlieue, avec laFédé (la Fédération des associations de médiation sociale et culturelle d'Île-de-France) et France médiation, nous essayons de faire reconnaître que la médiation sociale est un vrai métier. Nous avons publié dans ce cadre-là toute une série de travaux, nous avons participé à des programmes européens, organisé un colloque au Collège de France. Le dernier travail qu'on a fait, une recherche-action, porte sur en quoi la médiation sociale et culturelle évite des coûts sociaux, et notamment dans les secteurs de la santé et de l'éducation. Le 24 mai aura lieu à l'auditorium de l'Union départementale des associations familiales de Seine-Saint-Denis, l'UDAF, une journée sur « Investir dans la médiation sociale et culturelle, cela vaut le coût ». On vous présentera les conclusions de ce travail. Les médiateurs sociaux relèvent majoritairement des emplois aidés d'adultes-relais que l'État transforme aujourd'hui en emplois d'insertion, « formez vos médiateurs, et ensuite, qu'ils trouvent un emploi ailleurs » !

La recherche-action que nous avons conduite montre qu'il y a un vrai métier, qu'investir dans la médiation sociale et culturelle réduit les coûts sociaux, les coûts des administrations. Je prends un exemple. Un gamin, c'est 250 000 € d'investissement de l'État qui sont perdus quand il décroche (donnée officielle du ministère de l'Éducation nationale). On a aussi d'autres chiffres issus du Ministère de la Santé, sur l'hospitalisation, un diabète pris trop tard. C'est ce qui va être présenté le 24 mai, à l'UDAF. Vous êtes tous invités. Il faut s'inscrire auprès de la fédération : federation.mediation@gmail.com.

⇒ **Arnaud Wiehn,**
chargé de mission « santé et territoires », IREPS Aquitaine

Merci pour l'information. Je vous propose maintenant de passer la parole à Virginie Varet, pour un intermède sur une médiation davantage « hors les murs », et rattachée à la coordination de l'Atelier santé ville de Roubaix.

⇒ **Virginie Varet,**
coordinatrice ASV, CCAS Roubaix

Bonjour à tous. Je travaille dans un service santé, intégré au sein d'un Centre communal d'action sociale (CCAS) qui est séparé du service politique de la ville. C'est vrai que c'est un peu particulier dans ce contexte-là puisqu'on est rattaché au CCAS, mais en même temps, on fait partie de la politique de la ville. Depuis cette année, on a un médiateur santé rattaché au CCAS également. Pourquoi est-il rattaché à l'Atelier santé ville cette année? C'est simplement un concours de circonstances. Il devait intégrer un centre social communal, qui a été incendié au moment du recrutement de la personne. Il a fallu envisager cette possibilité et finalement, le service santé s'est avéré une bonne solution pour ce médiateur. C'est vrai que globalement, dans ce que je vais vous présenter, on a pu remarquer que c'était très pertinent, même si cela présente quelques freins.

Pour présenter un peu l'Atelier santé ville de Roubaix, il est donc au sein du service santé du CCAS. La particularité du service santé du CCAS de Roubaix est qu'il est composé d'une dizaine d'agents. Pour un service communal, c'est quand même la preuve d'une volonté politique très importante et bien marquée que d'avoir ce service santé. Les quartiers en politique de la ville recouvrent presque l'intégralité de la ville. Il faut savoir qu'il y a plus d'une vingtaine de quartiers qui sont regroupés en gros quartiers, nord, est, ouest et sud, parce que vingt quartiers en politique de la ville, c'est assez dense. Cela a été regroupé en fonction des particularités qu'on retrouvait au sein de la population roubaisienne.

Nous sommes trois agents au sein de l'Atelier santé ville. Il y a une diététicienne qui travaille beaucoup sur les questions d'alimentation et d'activité physique. Nous avons une animatrice locale de santé et une coordinatrice. Nous travaillons sur les thématiques qui ont été choisies suite à un diagnostic et également avec la volonté politique, sur l'alimentation et l'activité physique, la santé mentale, les addictions, la précarité, l'accès aux droits et aux soins, l'hygiène, les cancers, et un public spécifique, les seniors, les maladies d'Alzheimer et apparentées. Nous nous sommes réparties pour qu'il y ait un sens à la santé en général, prévention pour

l'Atelier santé ville, offres de soins, parcours de soin pour les chargées de missions thématiques présentes dans le service. En accord avec l'hôpital, les équipes de psychiatrie, un gros travail est fait d'accompagnement et de facilitation de la sortie du soin.

Deux médiateurs santé sont présents à Roubaix. Le premier est au sein du Centre communal d'action sociale (CCAS) de Roubaix. Le deuxième est géré par un centre social associatif. Ils sont sur deux territoires distincts. Ce qui fait qu'ils ont finalement très peu de contact en dehors des réunions de ville. L'avantage, pour ce médiateur, d'être intégré au sein de l'atelier santé ville, est qu'il fait partie des réseaux professionnels. L'Atelier santé ville travaille particulièrement, et de manière très conséquente par rapport aux autres missions, sur la création de ce réseau, de ce partenariat et son animation. C'est vrai que de pouvoir être accompagné par l'Atelier santé ville permet au médiateur d'avoir connaissance très rapidement des partenaires, d'aller à leur rencontre, de se présenter, de se coordonner, et finalement de faciliter les échanges, et en cas de besoin, d'être interpellé plus rapidement.

Voici un exemple de projet qui a été mis en place suite à ce partenariat : une association du quartier est de Roubaix m'a contactée pour un projet sur l'alimentation. On devait se rencontrer avec un petit comité d'usagers, de trois ou quatre personnes, qui devaient indiquer quels étaient leurs souhaits et problèmes et voir comment on pouvait mettre en place un projet. Finalement, en présentant nos missions, nous nous sommes rendu compte que la couverture santé, la couverture maladie universelle (CMU), etc., étaient des termes qui ne parlaient pas à ces personnes. On a essayé d'expliquer avec d'autres mots, avec aussi des problèmes de langue, pour savoir comment se faire rembourser quand on avait un problème de santé. Finalement, on s'est rendu compte qu'il y avait un problème d'information qui était conséquent. Le projet sur l'alimentation pouvait attendre. La priorité était d'abord de permettre l'accès aux droits et aux soins de ces personnes qui avaient des dizaines de questions. Ils avaient l'impression qu'on allait prendre leur dossier et les aider de suite. Il a fallu gérer et c'est quelque chose qui n'était pas prévu.

Nous avons la chance d'avoir un partenariat avec la Caisse primaire d'assurance maladie et les services de prévention et de cohésion sociale. On s'est dit que ces personnes-là étaient peut-être très représentatives de la connaissance de l'accès aux droits des personnes du quartier. Nous avons organisé, avec la structure, un repas convivial, suivi d'une information de la caisse primaire d'assurance maladie et du service de la cohésion sociale sur les droits. Là, cela a été expliqué de manière très intéressante et transversale, parce que finalement, en un après-midi, on ne peut pas présenter

tous les services de la Sécurité sociale. À partir de cela, les dispositifs ont été présentés. On a présenté également le médiateur et on a organisé des permanences régulières tous les mercredis après-midis, au sein de la structure. C'est un projet qui n'était pas du tout prévu dans cette structure au départ, puisqu'on avait projeté de faire une permanence du médiateur santé au sein des centres sociaux. Et finalement, au fur et à mesure de la connaissance du dispositif, on voit que les demandes sont présentes.

Il y a vraiment un gros problème à Roubaix sur l'accès aux droits, l'utilisation des complémentaires santé et sur les dispositifs de Sécurité sociale. Si bien que la Caisse primaire d'assurance maladie a eu la volonté politique d'inscrire les besoins et de s'engager sur l'accès aux droits. Un programme politique est en train d'émerger sur l'accès aux droits, et notamment sur la complémentaire santé, qui est sous-utilisée.

On est en train de travailler sur comment faire un programme, comment aller vers les personnes pour parler des dispositifs d'accès aux droits, pour les aider, les accompagner, comment trouver le temps et les moyens aussi, puisqu'on est sur un contrat aidé au niveau de l'adulte-relais, comment faire pour inscrire tous ces projets. On a expérimenté un nouveau mode de communication, puisqu'avant, on passait par les structures partenaires, les centres sociaux, les associations. Maintenant, on va sur les marchés, on va directement au contact. On va voir les gens là où on ne les voyait pas avant. On voit un public qu'on ne voyait pas non plus avant puisque les messieurs, on ne les voit quasiment jamais. Dans les centres sociaux, c'est à 99% féminin. C'est vrai que c'est un peu compliqué. Nous avons un devoir là-dessus. Nous avons pris conscience de certaines choses grâce à l'accompagnement et au partenariat avec l'adulte relais. On pensait bien faire, mais finalement, ce n'était pas suffisant. On doit vraiment travailler sur la coordination, sur l'information, sur la prise de contact avec la population roubaisienne, autant que possible.

Ensuite, on a fait émerger ce projet et finalement, avec les réunions de quartier, les partenaires sont aussi partants pour élargir le projet à d'autres quartiers. C'est plus facile pour nous. On a l'adulte relais présent sur le quartier est. Il est question que l'Atelier santé ville puisse aussi s'emparer de ce projet, puisque cela fait également partie des missions des Ateliers santé ville, pour diffuser l'information et faire en sorte qu'on rattrape un maximum de retard sur l'accès aux droits.

⇒ **Malika Lebbal,**
*coordinatrice Globe 42, Espace social et participatif en santé,
ville de Saint-Étienne*

Bonjour. Je vais tout de suite excuser Zakia Areski, qui est notre médiatrice socioculturelle et qui a eu un souci de santé, et qui donc ne peut pas être présente aujourd'hui.

Cette association, Globe 42, est une association jeune, avec un an et demi de fonctionnement. Pour comprendre un peu l'esprit de l'association, il faut que je refasse un peu la genèse parce que la forme actuelle de l'association est née en 2014. Elle a fonctionné réellement de manière structurée en 2015. Mais le projet est plus ancien, puisqu'il est né en 2009. Cette année-là, un groupe de professionnels se réunit, avec plutôt des travailleurs sociaux, des médecins ayant un intérêt pour la santé communautaire et les populations migrantes. Ils décident de monter une permanence juridique au départ pour les migrants en situation de séjour précaire. Assez rapidement, ce projet a évolué vers des actions qui relèvent plutôt de l'éducation populaire. Ce sont des actions qui vont revenir tout au long de notre projet. On a monté un jardin communautaire, une radio, des permanences juridiques et des ateliers de droit.

En 2013, j'étais très intéressée par la question de la santé des migrants âgés. En fait, nous avons beaucoup de demandes de migrants âgés qui n'étaient pas satisfaites dans les permanences parce que les problématiques étaient très globales. Ce n'était pas simplement des questions d'accès ou de séjour. C'était notamment le problème des Algériens revenus dans les années 2000, qui avaient été présents dans les années 60/70 et qui sont repartis et sont revenus, notamment pour se faire soigner. Ils se sont retrouvés confrontés à des problèmes de séjour. De là, j'ai décidé de reprendre un Master de sociologie pour essayer de comprendre la question de la santé des migrants âgés de plus de 60 ans. On avait constitué un groupe, une certaine dynamique collective était déjà en place avec des professionnels et des personnes migrantes. On l'a focalisé sur les personnes âgées. On a mené pendant un an une recherche action sur la question de la santé. En sachant qu'on était sur une vision globale de la santé, c'est-à-dire d'essayer de comprendre dans quelle mesure un groupe peut réaliser ses aspirations, satisfaire ses besoins et s'adapter au milieu. En fait, ce qu'il était intéressant de savoir, dans cette recherche, c'est comment on pouvait mettre en valeur les ressources de la communauté, du groupe, des personnes migrantes de plus de 60 ans.

Ce qu'il s'est passé assez vite, c'est qu'au départ, la recherche devait être menée sans préoccupation de genre (hommes et femmes). Je suis assis-

tante sociale de formation et j'ai eu beaucoup de mal à dissiper mon rôle d'assistante sociale. C'est-à-dire que les hommes en particulier venaient avec les documents, les problèmes de couverture médicale, etc. J'étais l'assistante sociale et il nous a semblé que les femmes se sont plus rapidement inscrites dans une dynamique collective. Tant et si bien que le sujet a été déplacé et est devenu la santé des femmes migrantes de plus de 60 ans.

Deuxième élément que je dois préciser: au départ, nous n'étions pas sur une préoccupation de nationalité. Car c'était les femmes de plus de 60 ans avec un parcours de migration. Il s'est trouvé, probablement par des effets d'identification... il a fallu constituer un groupe, qui s'est fait par mes réseaux personnels, par des réseaux professionnels, par les réseaux dont je parlais tout à l'heure, et peut-être par la migration de Saint-Étienne. Il se trouve que ce sont essentiellement des Algériennes. Quand nous avons mené ce diagnostic, la première phase a été un peu exploratoire, d'interroger les acteurs du champ médico-social dans lequel j'avais pu identifier qu'il pouvait y avoir des femmes âgées migrantes. Elles sont très présentes notamment sur les centres sociaux dans les cours de français langue étrangère, d'alphabétisation. Mais je ne suis pas simplement allée voir les centres sociaux. Je suis allée voir les médecins, les centres de prévention.

En fait, les éléments qui ont été donnés par les acteurs sont des éléments qu'on connaît de manière un peu générale sur l'accès aux soins des populations précaires. C'est une population qui a été définie comme ayant un recours tardif aux soins. Les professionnels nous ont souligné qu'il y a une rencontre problématique avec le public parce qu'il méconnaissait les dispositifs sociaux et médicaux. On nous a même parlé d'une méfiance des immigrés à l'égard des soins professionnels. Enfin, bien que les populations migrantes et les femmes migrantes de plus de 60 ans soient ciblées comme ayant des problèmes de santé, notamment de manière beaucoup plus précoce que des populations non immigrées au même âge, c'est un public qui était décrit comme peu captif par l'offre de soins, et notamment par l'offre de prévention.

La deuxième phase était plus intéressante pour nous. Cela a été de travailler de manière collective sur ce que pensaient les personnes concernées de cette action de la santé, pour essayer de repérer un peu les ressources du groupe de femmes. En fil conducteur de l'analyse, on a ciblé le thème des discriminations de santé, qui est un thème pour lequel j'ai eu beaucoup de mal à trouver de la documentation, ou alors en anglais. Il y a beaucoup de recherches anglo-saxonnes là-dessus, mais je ne parle pas anglais. C'était un souci, mais ce n'est pas très grave.

Ce qui est ressorti dans le témoignage des femmes, c'est qu'il y a une interaction entre plusieurs discriminations: les discriminations de genre, ethniques et d'appartenance à des classes sociales précaires. Elles interagissent sans forcément qu'on puisse identifier laquelle agit au moment où les femmes les ressentent. Les discriminations ethniques ont été présentes à travers des témoignages dans les interactions avec certains médecins, avec le personnel administratif, social. La question du refus des soins, pour des questions matérielles est aussi ressortie: par exemple, être bénéficiaire de la couverture maladie universelle ou de l'aide médicale, qui ne donne pas accès à tous les soins, était un sujet qui a été longuement développé. Enfin, dans le parcours des femmes, on a repéré aussi que pour certaines, il y avait un certain nombre de violences conjugales ou intrafamiliales qui pouvaient interférer et avoir un effet délétère sur la santé.

Puis, élément très important, qui n'est pas propre aux femmes immigrées, ce sont les femmes qui s'occupent des autres, essentiellement. J'ai beaucoup mobilisé le concept du care. Ce sont les femmes qui s'occupent des enfants, des maris, des voisines, des parents. À partir de tous ces éléments, ce sont les femmes qui s'occupent de tout cela et ce sont des compétences qui sont assez peu valorisées. Cela a été des leviers par rapport à notre action.

Parmi ce que nous avons repéré comme étant des éléments qui faisaient du bien à la santé, des déterminants plutôt positifs, apparaît un réseau de sociabilité très fort, contrairement à ce qui avait été dit par certains professionnels. C'est-à-dire qu'on nous a beaucoup parlé d'isolement et d'invisibilité des femmes âgées dans les services ou la place publique. Mais ce n'est pas du tout ce que nous avons retrouvé en ayant passé toute l'année ensemble. Il y avait des réseaux de solidarité, de sociabilité qui étaient assez forts, très anciens, souvent liés au parcours de migration.

La deuxième chose que nous avons aussi repérée est qu'un certain nombre de femmes se sont approprié l'espace public et ont créé des réseaux qui leur permettent de partager les informations, d'élaborer des stratégies qui vont être utiles à la fois pour revendiquer et connaître leurs droits. Tout le projet a été monté sur cet esprit-là. C'est-à-dire qu'on a voulu visibiliser ces réseaux informels. On a voulu les valoriser, les reconnaître et valoriser les savoir-faire qui étaient déployés par les femmes pour prendre soin des autres et accéder à leurs droits.

L'intérêt de la recherche action était d'être une source d'informations intéressante. En plus, cela a créé une dynamique collective. Au départ, je devais reprendre mon travail et puis on devait éventuellement organiser

des choses bénévolement. Puis il y a eu vraiment une dynamique qui nous a motivés pour quand même essayer de trouver un espace. Il s'est trouvé aussi que, dans le diagnostic, la question de l'accès à la santé des migrants âgés n'était pas forcément prise en charge au niveau local. Il y avait bien sûr certaines initiatives dans les centres sociaux notamment. Mais il y avait aussi un besoin de créer un espace qui soit dédié à ces questions-là.

Nous nous sommes donc organisés pour la recherche d'un local, que nous avons autofinancé, et nous nous sommes installés dans un lieu un peu stratégique, puisque le but n'était pas forcément d'intervenir sur les quartiers politique de la ville. Le but pour nous n'était pas forcément de s'implanter là où il y avait de grosses structures qui interviennent, et notamment la politique de la ville, mais sur le centre-ville de Saint-Étienne, qui n'est plus dans les quartiers politique de la ville. C'était pour permettre une certaine accessibilité, puisqu'on était sur une entrée populationnelle et pas territoriale, même si les choses ont évolué depuis.

Nous avons ouvert en 2014. Les activités se sont réellement mises en place en septembre 2015, avec trois axes de travail. Comme je le disais, toutes les activités sont mises en place sur la demande et les besoins des femmes. Les hommes se sont exprimés dans un deuxième temps, j'y reviendrai. On a mis en place des cours de français. On pensait que les besoins étaient largement couverts sur le territoire. Il se trouve que ce n'est pas le cas puisqu'on a beaucoup de demandes. Tous les points formels de l'association sont coorganisés et coanimés. C'est-à-dire que sur les cours de français, nous avons Catherine qui est une institutrice à la retraite... J'ai oublié de préciser que tout le monde était bénévole au départ. Depuis, je suis salariée. Zakia, médiatrice, est salariée en contrat très précaire puisqu'elle est en emploi aidé, en CAE. Nous avons une animatrice santé qui est aussi en contrat aidé. Sinon, tous les autres sont bénévoles.

On propose des cours de français, sachant qu'on est aussi sur un projet dont l'axe transversal est la santé. Faire des cours de français, c'est aussi agir évidemment sur les déterminants de santé. On propose aussi des cours d'informatique. C'est toujours coanimé par une femme migrante et par une animatrice. On est là sur un objectif un peu global qui est l'accès au savoir. On met en place aussi d'autres ateliers. On a fait des ateliers peinture, de réparation de matériel informatique et ménager, le tout dans un travail de collaboration, et d'autorisation surtout, entre des personnes migrantes et des gens qui auraient des compétences techniques.

Ensuite, on a créé un espace de médiation avec les réseaux institutionnels, qui prend deux formes. On organise des permanences sociales individuelles, que je coanime avec la médiatrice sociale, deux demi-journées

par semaine. Et on a un espace de médiation santé. Sur la médiation sociale, on va être plutôt sur les questions d'accès aux droits, au logement, à un titre de séjour. On propose un accueil mixte dans les espaces de médiation. Les cours de français et d'informatique sont organisés pour les femmes, mais là, on est sur un espace mixte, hommes et femmes. On offre aussi une médiation individuelle santé qui est animée par un médecin bénévole et la médiatrice qui intervient.

On organise aussi régulièrement des ateliers collectifs, tant sur les questions d'accès aux droits que sur les questions d'accès aux soins. On va en organiser sur le diabète, etc. Nous essayons de travailler avec le réseau institutionnel. C'est-à-dire que par exemple, on a fait un atelier sur la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). On a contacté le service social de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), parce que c'est une de ses missions. On a préparé l'atelier avec l'assistante sociale de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, toujours avec la médiatrice, le service en question, le réseau institutionnel qu'on aura choisi et une personne ressource, voire deux, voire trois si des gens sont motivés. L'objectif est vraiment de faire un contenu qui soit adapté aux besoins des migrants âgés.

Enfin, le troisième objectif est extrêmement important pour nous. C'est qu'on essaie de créer ce qu'on a appelé un espace de citoyenneté au quotidien. On a des instances, que ce soit le bureau, ou le comité associatif, qui réunissent tous les bénévoles et professionnels pour essayer de définir toutes les modalités opérationnelles du projet. C'est-à-dire que si on soumet un projet ou si on veut organiser un atelier, c'est discuté dans cette instance-là. Dans nos statuts, nous avons prévu une mixité, écrite noir sur blanc. C'est-à-dire que le bureau est représenté de manière mixte par les populations migrantes âgées et d'autres.

Dans notre projet, nous essayons d'associer des formes de mobilisation qui sont plutôt issues de cultures professionnelles. On a des rendez-vous. Les ateliers, on les fait avec des professionnels, mais aussi avec des formes de mobilisation qui sont plus informelles. À vrai dire, la plupart des projets et des ateliers, ce n'est pas en réunion qu'ils sont décidés. C'est dans tous les temps informels que nous avons. Notamment, nous avons beaucoup d'activités conviviales et un temps qui est extrêmement important, le repas. Nous avons des repas hebdomadaires et ce sont des temps ouverts prioritairement aux migrants âgés seuls. On essaie de repérer les personnes isolées. Ces temps sont aussi ouverts aux partenaires. Nous invitons les associations avec lesquelles nous travaillons dans un temps convivial, qui fait en sorte que nous soyons dans un rapport un peu plus égalitaire, infor-

mel. Il se passe beaucoup de choses à ce moment-là, et notamment en fin de repas. C'est-à-dire qu'il peut arriver qu'à la fin, on parle sur un thème, si quelqu'un pose une question technique, une discussion informelle. Ce sont donc des temps qui sont intéressants. Nous sommes aussi un espace de médiation entre ces cultures plus professionnelles, plus institutionnelles, et les cultures informelles.

Sur le rôle de la médiatrice, précisément, au départ, nous avons identifié trois rôles. Mais le dernier, nous n'y sommes pas encore. Elle intervient à trois niveaux. Elle intervient parce qu'elle facilite la communication et la compréhension. Zakia a été embauchée parce qu'elle-même est immigrée, a eu un parcours d'immigration, d'accès aux droits et aux soins. On revient encore une fois sur un travail entre pairs. Ce qui nous a paru intéressant, c'est qu'elle a rencontré ces difficultés, a surmonté ces difficultés et on considère maintenant qu'elle est en capacité d'aider les autres et d'identifier les besoins des migrants âgés. Elle a également un rôle de traductrice. Elle traduit dans le sens linguistique, du français à l'arabe, mais elle traduit aussi un jargon administratif, un jargon médical. C'est extrêmement important. Elle est aussi là pour agir dans un rôle d'interface quant aux stéréotypes. Je le disais au départ, il y a des stéréotypes chez les professionnels concernant les migrants et elle est là pour déconstruire ces stéréotypes. Du côté des migrants, il y a aussi des stéréotypes concernant les professionnels. Elle est aussi là pour travailler cette interface. Enfin, elle est là pour intervenir dans la gestion des conflits de valeurs. Ce sont des conflits symboliques. Les migrants âgés sont porteurs d'une culture qui est différente de la société d'accueil. Son objectif est encore une fois de faire l'interface. Elle connaît les limites dans les espaces de négociation, sur les questions des repas notamment. Il y a des choses qu'on négocie et d'autres qu'on ne négocie pas, et donc elle nous aide à identifier ce qu'on peut travailler ou pas.

⇒ **Arnaud Wiehn,**
chargé de mission « santé et territoires », IREPS Aquitaine

Merci beaucoup. Je tiens à féliciter et remercier vos partenaires qui, via la Plateforme, ont fait que vous avez pu prendre la parole. Je trouve cela extrêmement riche et passionnant. Y a-t-il des questions ou des réactions sur la totalité des témoignages ?

⇒ **Élisabeth Pons,**
coordinatrice ASV, coordinatrice Contrat local de santé, ville de Toulouse

Je reviens sur la question des médiateurs, parce que je pense que c'est quelque chose d'important. On l'a bien compris dans la présentation. Cela fait des années qu'on en parle. Le problème est qu'aujourd'hui, on n'avance pas beaucoup avec cela. On le sait, il en faut, on le reconnaît. Mais je reviens sur ce que j'ai dit tout à l'heure. Parce que nous, dans le cadre du contrat de ville de Toulouse, nous l'avons inscrit comme quelque chose d'important, pour une formation éventuellement. Il y a eu une étude qui a été faite sur les médiateurs de santé. Il y a eu deux temps de focus où nous avons été invités. La chercheuse a cherché toutes les formations existantes au niveau national. Toujours est-il qu'il y a beaucoup plus de propositions de niveaux assez élevés, à bac + 3. Il y a eu un témoignage intéressant autour de la table quand on y est allé : un médiateur de santé de Toulouse disait qu'il ne se sentait pas à son niveau aujourd'hui. Il avait été usager et après, médiateur. Il avait été impliqué dans l'équipe. Il avait fait une formation d'aide-soignant parce qu'il ne voyait pas trop ce qu'il pouvait faire, à son niveau. Mais par contre, après sa formation, avec ses nouvelles compétences, il était prêt à faire autre chose. C'est vrai que le parcours peut être difficile pour les formations, pour la reconnaissance. Je reviens toujours sur la reconnaissance parce que si c'est encore pour faire des adultes-relais qui s'en vont au bout de trois ans parce qu'ils ont trouvé autre chose pour gagner leur vie, on va tourner en rond.

Qui aujourd'hui est vraiment prêt à se lancer dans la course et faire médiateur, reconnu, payé ? J'insiste. La dame était bénévole. Il est gentil l'hôpital. En plus, vous avez payé les denrées exotiques. Il faut savoir aussi reconnaître les gens, leurs compétences et leur travail. C'est un travail. Aujourd'hui, est-ce qu'on est capable de dire qu'il y a un vrai référent métier de médiateur de santé ? Qui dit référent métier dit reconnaissance d'un diplôme. Qui est prêt à se battre pour cela ? Parce que je me dis que cela fait trente ans qu'on l'entend et qu'il est temps que cela vienne sur le devant de la scène.

⇒ **Arnaud Wiehn,**
chargé de mission « santé et territoires », IREPS Aquitaine

Je pense que cette question s'adresse à tout le monde, autant à la salle qu'aux intervenants. À titre personnel, il existe désormais des référentiels métiers sur la médiation. Toutefois, pour avoir contribué à l'élaboration d'un livre blanc sur la question en Gironde, il s'avère que la médiation

est polymorphe et reste tributaire des «secteurs» d'intervention. C'est particulièrement le cas dans le cadre sanitaire et social. Le gros souci est évidemment de savoir qui le porte, qui le finance. Et c'est vrai que la politique de la ville qui a expérimenté, lancé des dynamiques de médiation, se retrouve encore à ce jour à porter seule des projets qui ont fait leurs preuves, sans que les institutions de droit commun concernées les aient repris à leur compte.

⇒ **Bérénice Staedel,**
chargée de mission CCOMS

Il y a plusieurs choses, sur ces derniers mois, qui vont dans le même sens que ce que vous dites. Il y a le rapport de M. Laforcade, qui est aujourd'hui directeur de l'Agence régionale de santé de la région Nouvelle Aquitaine, qui va être publié sous peu, sur la santé mentale. Dans le cadre de la préparation de ce rapport, le CCOMS a été audité sur la question des médiateurs et nous avons à nouveau argué en faveur de la reconnaissance du métier de médiateur en santé. Parallèlement, nous avons contribué à un petit article de la nouvelle loi de santé de janvier 2016, dans lequel est apparue la notion du médiateur en santé. En février 2014, il y a eu un rapport sur la démocratie sanitaire, de Claire Compagnon, dans lequel elle a fait un chapitre sur les médiateurs de santé. Il y a eu des émergences vers ou à côté de la loi.

Par contre, c'est vrai que dans les faits, ces dernières années, autour de l'expérimentation, le directeur du CCOMS, Jean-Luc Roelandt, qui est psychiatre et qui porte le programme, a beaucoup œuvré pour cette notion de création de métier, de reconnaissance du métier. Parce que notre objectif est effectivement de sortir d'une vision d'action de bénévolat, et de défendre la reconnaissance d'un métier salarié et avec une évolution professionnelle.

Au niveau de l'administration par exemple, au niveau de la fonction publique, on est très loin de la création d'un métier, ne serait-ce que dans la grille. Aussi, quand on a commencé, en 2011, avec Paris VIII, quand on a créé le DU médiateur de santé-pair, on est parti du DU médiateur de santé qui existait déjà à Paris VIII. Paris VIII nous a expliqué qu'il y avait une ou deux promotions, l'équivalent de 300 personnes formées qui n'avaient jamais trouvé de travail. Puisque de toute façon, le métier n'avait pas été créé. J'entends vraiment ce que vous dites. Je ne sais pas ce qu'on pourrait faire, mais je constate comme vous des mouvements dans le bon sens, des voix qui s'élèvent, des rapports qui se publient. Pour autant, je crois que l'étape d'après, malheureusement, on n'y est pas, à la reconnaissance du métier.

⇒ **Agathe Cousin,**
chargée de la communication et des partenariats, France Médiation

C'est vrai qu'on partage ce constat puisqu'on travaille depuis des années avec Profession Banlieue et laFédé à la reconnaissance du métier. Il y a eu un certain nombre de rapports. La notion de la médiation sanitaire a avancé, même si, de ce qu'on en sait aujourd'hui, il n'y a pas tellement de place effective, d'inscription au métier de médiateur social de santé dans le référentiel métier de la santé. Cela dit, il y a peut-être un élément intéressant. C'est la création d'une norme expérimentale des métiers de la médiation sociale dans lesquels la médiation sanitaire, sociale, de santé et la médiation sociale et culturelle ont toute leur place. Juste pour information, il y a également une proposition d'amendement à la loi Égalité et Citoyenneté pour y inscrire la médiation sociale.

⇒ **Bénédicte Madelin,**
administratrice, membre du conseil scientifique et technique, Coordination Pas sans nous

Dans le cadre de notre combat pour la reconnaissance de la médiation sociale, c'est vrai qu'on a fait tout un travail d'unification sur le corps de métier du médiateur social. C'est pour cela que nous parlons de médiateurs sociaux dans le secteur de la santé, en milieu scolaire, en fonction du champ d'intervention. On voit bien qu'il y a quelque chose qui bouge. On a participé notamment aux états généraux du travail social, pour la reconnaissance du métier. Il y a eu un rapport parlementaire portée par Brigitte Bourguignon, députée du Pas-de-Calais, qui disait être d'accord avec nous. Sauf que dans le rapport final, il y a d'autres lobbyings qui se sont heurtés à cela, d'autres corps professionnels qui ne veulent pas voir reconnaître la médiation sociale en tant que telle, mais qui, en même temps, vont leur demander très régulièrement de remplir les dossiers parce qu'ils ont d'autres choses à faire, etc. Je pense que là, aujourd'hui, il y a un vrai challenge à obtenir la reconnaissance de la médiation sociale à part entière, de l'inscrire dans les formations. On a fait des propositions à la commission paritaire consultative sur la formation dans le domaine du travail social, sur un troisième pilier qui serait la médiation sociale, avec les assistantes sociales et familiales, les éducateurs sociaux, les éducateurs spécialisés. Partout où vous êtes, allez-y. Ce sera le seul moyen d'arriver à dénouer cette situation. On le sait aujourd'hui. Il y a besoin de ces médiateurs sociaux, et pas seulement dans le cadre de la lutte contre la radicalisation, comme si c'était la seule question sociale?

⇒ **Yves Buisson,**
retraité, Institut Théophraste Renaudot

Sur ces métiers, il y a une bonne douzaine d'années si ce n'est pas plus, avec les CEMEA qui sont des associations d'éducation populaire, nous avons monté un DEFA (Diplôme d'état de la fonction d'animation), spécialité santé. Cela n'a pas été poursuivi. Ensuite, il y a eu une ou deux promotions. Mais je me dis que ces métiers sont quand même très proches. Par exemple, vous prenez le diplôme d'état Technicien d'éducation populaire, animateur technicien de l'éducation populaire où se fixe cette filière d'animation : je me demande s'il n'y aurait pas des passerelles à faire ? Autrefois, il y avait les DRASS. Cela a été complètement changé. Mais il y a très certainement de ce côté-là des choses à chercher. Pour le coup, il y a un brevet d'État. C'est un métier reconnu. S'il est spécialisé dans la santé, cela donne un plus.

⇒ **Céline Hemery,**
Responsable de pôle - Santé publique, ville de Nantes

Vous avez parlé tout à l'heure des stéréotypes des personnes vers les professionnels et inversement. J'aurais bien aimé savoir plus concrètement comment vous avez travaillé avec les uns et les autres sur cette question. Est-ce que vous avez réussi à associer à la réflexion des professionnels de santé libéraux ?

⇒ **Malika Lebbal,**
coordinatrice Globe 42, Espace social et participatif en santé, ville de Saint-Étienne

On n'a pas eu de réflexion forte ou formelle sur le sujet. Les transformations sont un processus long et invisible. On agit sur les discriminations dans les entretiens individuels ou lors des ateliers collectifs, quand on associe les professionnels. C'est la rencontre qui nous le permet. Ce n'est pas une réflexion formelle sur tous les stéréotypes. Mais tout le pari est vraiment là, de se dire que plus on va faire se rencontrer les gens, de manière formelle et informelle... Encore une fois, la participation des migrants dans notre association ne serait pas possible si nous nous contentions de faire des réunions et des ateliers collectifs de manière formelle. C'est parce qu'il y a des temps auxquels nous allons associer des médecins, des assistantes sociales, etc., que nous allons pouvoir le faire. C'est par ces rencontres que nous essayons d'agir sur les stéréotypes.

Sur les médecins libéraux, on y travaille de fait. Lors des permanences individuelles, il peut arriver qu'il y ait des soucis dans la prise en charge médicale et que donc, notre médiatrice et le médecin interviennent de manière individuelle. Il y a des liens qui s'organisent.

Je voulais juste compléter sur la question de la légitimité et revenir sur les résistances que les médiatrices peuvent aussi rencontrer sur le terrain, notamment des travailleurs sociaux. Il y a eu un certain nombre de fois où il a fallu recadrer parce que les assistantes sociales appelaient en disant « Zakia ne peut pas venir, j'ai besoin d'une traductrice, j'ai un dossier à remplir ». Évidemment, nous refusons catégoriquement. C'est-à-dire que la prise en charge doit être globale et pas ponctuelle. Zakia n'est pas traductrice. J'insiste beaucoup là-dessus, même si évidemment la langue facilite beaucoup de choses. Elle ne fait pas que de la traduction.

Pour donner un exemple très concret d'une situation qu'on a eu très récemment : une personne avait des difficultés d'accès à son minimum vieillesse. Le dossier avait été constitué par la médiatrice. Elle avait accompagné ce migrant. En fait, le service dit qu'il avait perdu le dossier. En amont, la personne âgée était venue accompagnée par un ami, une personne ressource. Le dossier est perdu. La personne aidante qui parle très bien le français et qui connaît bien les rouages, va à la caisse de retraite pour essayer de débloquent la situation. Cela ne s'arrange pas. Zakia intervient en disant qu'elle connaît bien le dossier, la personne, etc. Cela ne marche pas. J'interviens en qualité d'assistante sociale. Cela débloquent. Le dossier est retrouvé ! C'est un peu caricatural, mais ce n'est pas la première fois que, d'une part, la personne elle-même n'est pas légitimée dans ses droits, que même accompagnée par des personnes qui connaissent très bien le système, cela ne marche pas, qu'avec la médiatrice, cela ne marche pas mieux, etc. Parfois, avec des assistantes sociales, cela ne marche pas non plus.

Vous disiez tout à l'heure que dans le champ de la santé, les médecins réagissaient très bien à vos interventions. Pour nous, ce n'est pas toujours le cas. C'est parfois extrêmement compliqué, dans le champ médical, de solliciter notre médecin pour débloquent des situations. Alors que le but n'est pas là parce que nous ne voulons pas être de nouveau un service avec médecin et assistante sociale, qui ne présente aucun intérêt. Parfois, on le fait parce qu'on n'a pas le choix et qu'il faut avancer.

⇒ **Bérénice Staedel,**
chargée de mission CCOMS

Je voulais rajouter quelque chose par rapport à ce que vous disiez sur les oppositions, les rejets face à la création du métier. Je ne parlais que pour la santé mentale. Le rejet principal que nous avons eu, c'était de la part des infirmiers, dans des questionnements et des inquiétudes fortes autour des territoires professionnels, des champs de compétences.

Pour faire écho à ce que vous disiez, un effet paradoxal est que comme les médiateurs ont été beaucoup remis en question sur la valeur de leur DU, c'est aussi pour cela qu'on est en train d'aller vers la licence professionnelle. Mais il y a un effet un peu regrettable de l'autre côté : dans le meilleur des cas, si on n'a pas un bac + 2, on peut avoir une validation des acquis. Et si on n'a pas le bac, on ne pourra pas avoir accès à cette licence professionnelle. Finalement, on est dans une espèce de balancier qui nous pousse vers un élitisme qu'on regrette. D'un autre côté, il fallait aider les futurs médiateurs à avoir une assise meilleure pour les aider dans leurs futures prises de prochains postes.

Derrière tout cela, derrière le rejet du médiateur et de sa valeur, il y a effectivement la peur de la transformation de poste. Auparavant dans le secteur de psychiatrie qu'il dirigeait, le docteur Jean-Luc Roelandt a transformé les deux tiers des postes infirmiers pour ensuite recruter un éducateur, un psychologue, des animateurs socioculturels, des assistantes sociales, des artistes aussi, etc. Il a ainsi introduit une palette de professions différentes afin de diversifier les regards et les approches dans le soin. Cela s'est parfois très mal passé, mais il a conduit cette évolution sur trente ans. Et la notion de la transformation des postes, dans un service de soins, où, en psychiatrie, les infirmiers constituent un énorme pourcentage de la masse salariale, est un gros sujet.

Je ne sais pas si ce sont des choses qui peuvent être en arrière-plan dans la médiation sociale, que je ne connais pas. Mais en tout cas, les angoisses de perte de territoires de travail affleurent dans tous les lieux de santé mentale où nous nous rendons pour présenter le programme, sous la forme de critiques frontales sur « vous payez les malades, vous les payez parce qu'ils sont malades, parce qu'ils ont une pathologie, mais est-ce qu'ils sont compétents ? » Ce sont des choses comme cela. De toute façon, derrière, il y a du tirage. On le sent bien, et cela perdure.

⇒ **Philippe Maugiron,**
médiateur santé pair : le programme médiateur santé pair en santé mentale

Je voudrais ajouter quelque chose en ce qui concerne les médiateurs de santé pairs. On a un diplôme qui est un DU et il n'est pas reconnu. En France, nous fonctionnons de la manière suivante, est-ce que c'est bien ou pas ? Je n'en sais rien, ce n'est pas la question. C'est une réalité. Spécifiquement, dans la fonction publique, diplôme égale compétence, égale savoir, égale pouvoir. C'est comme cela que cela fonctionne. Je ne sais pas si c'est heureux ou malheureux. Nous, nous débarquons avec un DU, un diplôme qui ne peut pas servir de tronc commun à des connaissances, mais qui sert plutôt à élargir un champ de connaissance. La formule du DU, formation racine, n'était pas un bon choix à l'origine. De mon point de vue, le fait de l'assimiler, sur une licence professionnelle, serait certainement plus approprié, mais discriminatoire. Parce que tout le monde ne pourrait pas intégrer une licence professionnelle. Là, on bascule dans d'autres types de problématiques.

Ensuite, intégrer un nouvel acteur en santé, de surcroît dans un hôpital psychiatrique, c'est très compliqué parce que là, on a affaire à des résistances humaines et corporatistes. C'est-à-dire que dans les représentations professionnelles des uns et des autres, pour prendre simplement les infirmiers d'un côté, et les médecins de l'autre, il y a quelque chose dans leur représentation qu'ils ne sont pas capables de partager, d'un point de vue symbolique, et c'est leur pré carré. C'est-à-dire que dès qu'on avance sur leur pré carré, les uns et les autres se sentent en danger et là, on n'est plus dans la communication, dans le faire-ensemble, dans le construire, mais dans la confrontation, l'opposition et, en définitive, la déraison.

⇒ **Virginie Varet,**
coordinatrice ASV, CCAS Roubaix

Pour réagir aussi, on se posait la question de la formation, avec le DU, avec une licence. Je trouve que tout est à double tranchant. C'est-à-dire qu'effectivement, il y a cette peur de transformer les métiers, de voir certaines fonctions disparaître. Mais de l'autre côté également, il y a peut-être un mieux-être de la part de la personne, du médiateur qui, lui, a eu des bases d'apprentissage. Même si c'est huit semaines, c'est quand même des bases dans le métier qui permettent d'être plus serein pour effectuer ses missions. Alors que dans le cas des postes adultes-relais, notamment chez nous, à Roubaix, le médiateur n'a aucune formation de médiation sociale au niveau de la santé. Il n'a jamais travaillé là-dedans. Avant, il était

dans la restauration. C'est effectivement moins discriminant parce qu'on a donné la chance à tout le monde. On a regardé le profil de manière plus générale, le sens du contact, la manière d'accompagner les personnes. Mais en même temps, proposer à quelqu'un qui n'a pas de formation sur la santé, sur comment aborder les personnes, comment accompagner les bénéficiaires des minima sociaux, le mettre directement sur le terrain, cela ne va pas du tout. C'est complètement effrayant, c'est vraiment le mettre en difficulté. Je ne sais pas quelle est la bonne formation, la bonne solution, mais en même temps, c'est très compliqué à vivre dans les deux sens.

⇒ **Arnaud Wiehn,**
chargé de mission « santé et territoires », IREPS Aquitaine

Je suis désolé. Didier voulait prendre la parole, mais il faut quand même qu'on se laisse un peu de temps pour les conclusions. On voit bien que ce sont des missions, des compétences multiples pour des activités très complexes. Le débat n'est pas terminé, loin de là. Par contre, nous allons en arrêter là, pour tenter de respecter le programme initial. Je vous remercie beaucoup.



RÉFLEXIONS POUR DEMAIN

⇒ **Anne Guilberteau,**
coprésidente de la PnrASV

Merci à tous, merci vraiment pour ces tables rondes très intéressantes et enrichissantes. Je pense que personnellement, j'ai presque plus appris au sein de mes expériences professionnelles sur le terrain qu'avec des professionnels. Pourtant, vous me voyez parmi vous depuis pas mal d'années. Mais c'est vrai que ces savoirs qu'on appelle profanes me paraissent vraiment indispensables et être un très grand enrichissement. Je vais laisser la parole à M. Worms, qui va nous faire quelques petites remarques, questions, recommandations.

Juste pour information, nous avons cette conclusion jusqu'à 16h30. Ensuite, nous aurons une pause d'une demi-heure pour respirer, prendre l'air et nous rafraichir. Je vous invite, si vous le souhaitez, à participer à notre assemblée générale, entre 17h et 19h. Vous êtes les bienvenus. Nous ferons un bilan de ce qui s'est fait au cours de l'année, des différentes activités et aborderons les perspectives. Je vous rappelle aussi qu'adhérer est un acte militant. Toutes les associations, et nous en sommes une, ont besoin d'adhérents. Pour nous, c'est important. C'est un petit geste et c'est symbolique. Mais c'est vrai que par rapport aux différents partenaires, au soutien qu'on sent chez vous, c'est important. Aussi, n'hésitez pas. Il y a des bulletins d'adhésion ici, et sur notre site. Je vous invite donc avec plaisir, si vous le souhaitez, à rester ensuite.

⇒ **Jean-Pierre Worms,**
sociologue & militant associatif

Ce n'est pas une conclusion que je vais vous présenter. C'est beaucoup plus quelques réflexions qui me sont venues au cours de la journée. J'en avais certaines avant, mais elles ont été confirmées ou modulées en fonction de ce que j'ai entendu et que je trouve extraordinairement riche et stimulant.

D'une certaine façon, je me suis d'abord posé la question « pourquoi cette journée ? » Très clairement, me semble-t-il, comme beaucoup d'autres d'ailleurs, elle vient à un moment relativement crucial. De toutes les crises que nous traversons, il y en a une qui me semble tout à fait évidente, c'est la crise de l'état social. C'est-à-dire qu'au fur et à mesure des besoins sociaux, on se rend compte qu'il y a une responsabilité collective qui empile les uns à côté des autres des procédures, des instances, des systèmes de protection, des systèmes de droit. On a créé un univers de droits sociaux qui est censé assurer l'égalité au sein de la société française,

en tant que citoyens bénéficiaires de droits. Mais plus on a ce système de droits qui descendent vers les personnes, plus il y a, de fait, des personnes qui échappent aux droits, ou qui ne savent pas les faire valoir. À travers un système d'organisation par le droit de façon descendante de l'égalité sociale, en tant que citoyens, on crée de l'inégalité, de façon involontaire.

Du même coup, se trouve posée la question de comment rétablir une égalité d'accès aux droits, d'où cette fonction de médiation sociale, c'est-à-dire une fonction qui permette qu'entre la demande et l'offre, il y ait une coïncidence qui vienne, une capacité de l'offre de répondre à la demande.

Le problème de fond est qu'on a construit, d'une certaine façon, l'appartenance sociale et la définition, dans cette dimension sociale, de la citoyenneté, par des définitions qui viennent d'en haut et qui attribuent à chacun une place comme bénéficiaire du droit et comme citoyen de droit. Cette attribution de postures par le haut dans l'état social fait que l'on a, d'une certaine façon, aliéné la liberté de l'acteur social, non pas comme bénéficiaire du droit, mais comme citoyen ayant de ce fait-là des droits, des droits à reconquérir par le bas, par l'appartenance citoyenne. On se trouve vraiment aujourd'hui dans une véritable crise où cette définition par le haut, par l'appareil d'État, des droits sociaux, est en quelque sorte, sinon en bout de course, du moins a besoin d'être refondée en légitimité par l'appartenance de citoyen de droit. Avec cette contradiction, ce paradoxe: on a voulu créer d'une certaine façon l'égalité dans le droit, mais en même temps, on a créé des inégalités d'accès absolument stupéfiantes et des écarts en termes de bénéfices des droits sociaux; avec ce problème, souligné au cours de la journée, que plus on a besoin de bénéficier des droits communs à tous les citoyens, moins on est capable de faire valoir ces droits et d'y accéder. Ceux qui en ont le plus besoin sont les plus éloignés de l'accès aux droits. Merci, de ce point de vue-là, à un certain nombre de témoins de la dernière table ronde, d'en avoir témoigné: problème de fonds qui est autour d'une reconquête de la participation des habitants à l'exercice de leurs droits et à une définition de leurs droits.

Autour de ce concept de participation, quelques questions qui me semblent mériter d'être posées.

D'abord, qui participe? On a vu en effet une perversion immédiate dans l'idée de la participation, qui est que ceux qui gèrent juridiquement, politiquement les pouvoirs politico-administratifs, les gestionnaires de prestations, de l'accès aux droits des autres, ont besoin, d'une certaine façon, d'agents territorialisés, diffusés dans la société. On a comme cela toute une série de notables locaux. On nous a parlé de la situation marseillaise, qui me semble tout à fait caractéristique, c'est-à-dire des gens de la société

civile, mais qui sont en fait des relais du pouvoir, et pour beaucoup d'entre eux, c'est le vivier dans lequel on va, demain, recueillir les candidats au conseil municipal et aux postes d'adjoints au maire. On a donc un vivier de futurs notables politiques qui sont déjà des notables locaux, des relais censés être des informateurs auprès de la population. Mais ils sont beaucoup plus des agents du pouvoir local que des représentants des habitants.

Puis vous avez une autre catégorie, et je fais la distinction: les responsables associatifs de quartier. Le problème est que ces responsables associatifs sont eux-mêmes pris dans une nécessité absolue, pour avoir de l'efficacité, de conquérir une reconnaissance par les pouvoirs comme étant des interlocuteurs valables. Dans cette démarche de recherche de reconnaissance, y compris de reconnaissance financière, par les subventions, qui est une partie de leur temps, ils sont beaucoup plus orientés vers là-haut. Comment être reconnu? Que faire et que dire pour être véritablement entendu? Convivialité avec le milieu du pouvoir: cela occupe beaucoup plus l'espace et leur temps. Négocier des subventions prend énormément de temps. Dans leurs préoccupations, dans leurs représentations mentales, cela prend plus de temps que la construction d'une capacité des citoyens qu'ils sont censés représenter. La fonction de représentation auprès des instances décisionnaires supérieures et de reconnaissance par celles-ci prend donc le pas sur la fonction de construction d'un pouvoir citoyen qu'ils sont censés représenter. Je suis encore très investi dans la reconnaissance du fait associatif, de l'importance de la responsabilité d'engagement associatif, de la place des associations dans la place publique. Il n'empêche que le monde associatif est profondément perverti par cette espèce d'inversion, qui fait que la reconnaissance vienne du haut et pas par le bas.

On a donc là un problème, de nouveau: qui participe? Est-ce que ce sont seulement les présidents des associations locales? Si on veut sortir de cette conception d'une démocratie exclusivement de délégation... le peuple a délégué sa souveraineté une fois pour toutes jusqu'à la prochaine élection à ses représentants. Il y a l'appareil administratif qui a une légitimité formidable parce qu'il a un monopole du savoir, de la rationalité. Il y a donc la légitimité par la délégation de souveraineté. Il y a la légitimité par le monopole de la compétence, tel qu'on l'a conçue comme étant une rationalité purement abstraite, dégagée de toute viscosité sociale, pour être vraiment une pure connaissance de l'État. C'est formidable: moins on a eu d'expériences sociales concrètes, plus on est capable d'accéder à la vraie rationalité.

Derrière, il y a un peuple qui est inscrit dans un statut de soumission à la loi qui descend vers lui. Il faut reconstruire incontestablement une légitimité ascendante par la capacité des personnes d'exprimer elles-mêmes leurs demandes, leurs besoins et de prendre en charge la construction de la réponse la plus attendue.

La participation aurait cette fonction d'être un des outils de cette reconstruction de l'appartenance citoyenne. Mais elle est profondément pervertie. C'est ainsi que, d'une certaine façon, ceux qui sont les plus éloignés de l'espace public, de la parole publique, les plus en fragilité sociale, sont ceux qui sont les moins écoutés, entendus, et qui eux-mêmes ont profondément intégré l'image qu'on leur renvoie d'eux-mêmes, cette image d'incompétence sociale, de non-pertinence de leur parole, de non-nécessité de chercher même à prendre la parole. Le problème de la participation de ceux qui auraient le plus besoin de participer est qu'ils sont les moins participants. C'est incontestablement un enjeu absolument essentiel aujourd'hui, un problème politique fondamental.

La deuxième question : à quoi sert de participer ? Là aussi, le problème a été posé plusieurs fois ce matin. On offre des instances de participation parce que les pouvoirs décisionnaires, gestionnaires ont bien le sentiment que ce qu'ils offrent ne fonctionne pas, marche mal. Ils ont donc besoin d'ajuster leur offre à la demande. Mais comme c'est eux qui construisent la demande, cet ajustement marche mal. Ils ont donc besoin aussi que nos demandes se fabriquent. En même temps, ils s'en méfient. Du même coup, on offre une participation, mais qui est une fausse participation, puisque relative à des décisions qui sont déjà presque totalement prises. On offre une participation dans des lieux qui sont précisément les lieux où ceux qui ont le plus besoin d'offres n'y accèdent pas, ne viennent pas. On ne va pas vers les gens. On demande aux gens de venir vers soi, dans les instances qu'on a prévues pour cela. On offre une participation à un moment où ceux qui sont au travail ne peuvent pas venir, selon des modalités, dans des formes, avec un langage, dans des procédures qui en elles-mêmes constituent autant d'obstacles à la participation de ceux qui en auraient le plus besoin.

D'une certaine façon, l'offre de participation patine elle-même. Ce n'est pas un problème d'individus, mais un problème de légalisme, de la nature même, de la structure même de l'offre de participation. Le problème de fonds est qu'on est dans une logique où fondamentalement, ce qu'on demande, c'est que les citoyens s'adaptent à l'offre de participation qui leur est faite, donc que la demande de participation s'adapte à l'offre de participation, alors que le problème de fonds est exactement l'inverse. C'est

à-dire que l'offre de participation s'adapte à la demande et au besoin et qu'au lieu que ce soit une demande adressée aux citoyens, que l'on essaie d'imaginer un moyen d'organiser des possibilités d'accès adaptées aux capacités d'accès des personnes concernées. C'est très vrai pour le domaine de la santé, mais c'est vrai pour tous les domaines dans lesquels on a essayé d'organiser une offre publique d'accès à des biens communs.

Dernier élément qui me semble tout à fait important, en ce qui concerne la nature de l'offre de participation : c'est que le temps politico-administratif de la décision ne correspond pas. On a beaucoup parlé des espaces. J'ai été très frappé de retrouver Redon. De tout temps, Redon a été pour moi cette espèce de bassin de vie, un pays à cheval sur trois départements qui est la réalité de la vie collective. Depuis cinquante ans que je milite dans ce genre de choses, Redon a toujours été un lieu où émergeaient des dynamiques très novatrices, où les citoyens se réappropriaient leur citoyenneté. J'ai été ravi de cette nouvelle rencontre avec Redon. Mais ce qui me semble tout à fait évident, c'est que vous avez, sur les espaces comme sur les temps, des découpages de l'institution politico-administrative qui ne correspondent pas au découpage de la réalité. Pour ce qui est de la participation, il y a des temps qui sont nécessaires, d'abord pour arriver à reconstruire ce qu'on a appelé l'estime de soi, le fait que ce que je vis a du sens, mérite d'être dit, doit être entendu, a besoin que je m'affirme comme acteur. Ce besoin de m'affirmer comme acteur, il faut que je le fasse collectivement. C'est un long apprentissage d'une capacité citoyenne. Cet apprentissage est nécessaire pour jouer ce rôle de participant que les pouvoirs publics prétendent attendre du citoyen, notamment de celui qui en a le plus besoin. Or, précisément, ce temps de l'apprentissage n'est absolument pas le temps de la décision. Ou bien, vous avez trois mois pendant lesquels on va consulter. Déjà, on consulte sur des trucs qui sont déjà décidés. En plus, vous devez donner une opinion. Que va-t-elle devenir après ? Deux ans après, vous pouvez éventuellement apprendre que cela a servi à quelque chose. Mais vous avez complètement perdu espoir de jouer le jeu de la participation.

Effectivement, on a eu énormément de témoignages aujourd'hui sur le fait que les citoyens, au bout d'un moment, ne viennent plus dans les conseils de quartier parce que cela ne sert à rien par rapport aux choses qu'eux-mêmes ont à dire et sur lesquelles ils attendent de pouvoir participer. Ce problème de fond, c'est que le temps et les espaces de participation ne sont pas le temps et les espaces de la décision et de la gestion. Il est question du problème d'ajuster beaucoup plus les mécanismes de décision, de gestion à la réalité du temps et des espaces tels que les gens la vivent.

Deuxièmement, il y a le problème de l'évaluation des effets induits de la participation. Si le citoyen ne voit pas à quoi cela sert, comment voulez-vous qu'il participe? Là-dessus, il y a eu des remarques qui ont été faites aujourd'hui qui ont confirmé des choses que je crois très profondément. C'est que dans ce processus long d'intervention dans l'espace public par les citoyens, d'abord, ce n'est pas gentil. C'est du conflit, de la gestion de rapports de pouvoir et de rapports conflictuels. « Il ne faut pas avoir peur du conflit », disait quelqu'un qu'on a entendu avec intérêt aujourd'hui, qui a totalement raison. Le conflit est un mode d'apprentissage de la démocratie, consubstantiel à l'idée même de démocratie. Il n'y a pas de démocratie sans divergence d'intérêt et de point de vue et négociation pour arriver à trouver le compromis qui permet de vivre ensemble. Vivre ensemble si on est tous les mêmes, ce n'est plus vivre ensemble. C'est l'effondrement sur soi dans une similitude qui est égale à la mort. Effectivement, c'est le sens tout à fait important de pouvoir construire la participation non seulement à travers des bagarres à mener, mais aussi de victoires à engranger. Il faut qu'il y ait de petites victoires, parce qu'on s'est mobilisé, parce qu'on s'est confronté, qu'on a négocié, obtenu quelque chose qui compte pour soi. Et si on n'a pas des processus de participation qui se construisent dans la durée par une succession de petites victoires engrangées, on perd les gens en cours de route. Et ils ont raison de ne plus y croire.

À partir de tout ce que je dis sur l'importance et les difficultés de la participation, j'en viens à ce qui pour moi est tout à fait essentiel. Il faut que tous ces mécanismes d'encouragement, d'accompagnement de la capacité de participer des gens soient des mécanismes d'aide à la construction du pouvoir citoyen, qui n'est pas le pouvoir de tout le monde.

On n'a pas besoin de renforcer le pouvoir des grands corps de l'État. Ils en ont suffisamment. On n'a pas besoin de renforcer le pouvoir des ministres, du président de la République. Ils en ont suffisamment. On a sérieusement besoin de renforcer le pouvoir de ceux qui précisément en ont le moins. C'est donc le rétablissement d'une capacité de combat avec un minimum d'équilibre des pouvoirs. Cela veut dire que le travail essentiel est le renforcement du pouvoir de ceux du bas, qui sont les plus fragiles, les plus marginalisés dans la société actuelle.

Je fais une parenthèse. Dans le premier texte que j'avais fait en réponse à l'article de Claude Dilain qui m'avait un peu mis en mouvement, je n'avais pas trouvé le mot en français, mais j'avais parlé d'empowerment. Quand j'avais envoyé ce texte au réseau, on m'a dit qu'il fallait un mot en français. « Pouvoir d'agir » ne me plaisait pas parce qu'empowerment est

un processus d'acquisition, de renforcement, de développement de son pouvoir d'agir sur sa vie et à travers le pouvoir qu'on a sur sa vie propre, un pouvoir sur la société.

Un dernier élément, et je m'arrêterai là. Je voudrais insister sur l'importance qu'il y a dans ces démarches de réflexion sur la construction d'une capacité citoyenne dans les enjeux essentiels de vie quotidienne des gens, comment ça se place dans un contexte plus général. Je crois que c'est important de faire le lien entre une problématique très pratico-pratique de l'immédiat, de la quotidienneté, du local, et une perspective un peu plus globale.

Je parlais de crise de l'État providence tout à l'heure. Grosso modo, cette crise s'inscrit dans un climat de crise généralisée dans toute une série de domaines qui semblent converger de façon assez dramatique pour nous conduire tout droit vers l'abîme. La crise écologique, je n'ai pas besoin de développer beaucoup parce que c'est quand même d'actualité. Mais on a tendance à l'oublier un peu, que ce soit le réchauffement climatique, que ce soit le gaspillage et la pollution. Quelle que soit l'entrée dans les problèmes de l'environnement, il y a un rythme d'accélération de la dégradation de notre relation à la nature, au vivant. La destruction des espèces vivantes, animales et végétales s'accélère toutes les décennies. On est au stade où effectivement, le substrat naturel dont nous avons besoin pour que la civilisation humaine perdure est en train de s'effondrer par notre propre action, à une vitesse croissante. L'enjeu écologique, à mon sens, est parmi les enjeux les plus essentiels.

L'enjeu est dramatique au niveau social. Avec la crise, les choses se sont accélérées, avec un accroissement considérable des écarts entre les très riches et les très pauvres. Les très riches se sont enrichis à des rythmes absolument fabuleux. On a aujourd'hui, entre les très riches et les très pauvres, des écarts qu'on ne connaissait pas depuis la fin du XIXe siècle. On retrouve des situations à la Dickens ou à la Zola aujourd'hui, dans la société française. Au niveau mondial, c'est la même chose. C'est-à-dire qu'on se gargarise du fait que le progrès mondial diffuse l'accès au développement, à la richesse, etc. Mais entre les franges, 10, 15, 20 %, qui restent complètement en dehors et les 0,5, 1 % qui s'enrichissent de façon extravagante, cet écart ne cesse de croître au niveau national et au niveau international.

La crise économique et financière : là encore, on est loin d'être sortis de la crise financière que l'on a connue. On attend, selon les économistes, avec les degrés d'incertitude plus ou moins grands, une nouvelle crise financière qui sera beaucoup plus grave que la première, parce que les États eux-mêmes seront moins en capacité de refinancer le système bancaire qui

s'effondrera. C'est donc aussi une crise économique, qui rejoint la crise écologique, où on a défini le progrès économique en termes de capacité d'acquisition et d'usages de biens de plus en plus rapidement obsolescents et de moins en moins réparables. Moi, j'ai connu une époque, et j'en suis fier, où tout se réparait. J'étais très bricoleur et je savais réparer. Aujourd'hui, on ne peut plus rien réparer et plus rien ne dure. On définit la croissance comme une capacité d'usage de biens de moins en moins durables et réparables. C'est absolument ahurissant. Le progrès économique tel qu'il est défini est en lui-même pervers. En plus, il y a le décrochage croissant entre les logiques de développement économique, avec des rythmes de développement du PIB qui oscillent entre 1,5 et 2 %, et le rythme attendu des placements financiers, où si on fait moins de 8 %, on est nul. Donc, le décrochage entre le domaine de la spéculation financière et le domaine de la croissance économique réelle s'accroît et nous promet la prochaine crise.

La crise la plus grave est la crise démocratique. Partout dans le monde, on voit de plus en plus de citoyens qui ne croient plus à la vertu des instances démocratiques dans lesquelles ils vivent, avec des phénomènes à la fois de décrochage, de dérive vers des populismes autoritaires. Face à tout cela, je crois beaucoup à une phrase de Gramsci quand il parle du « pessimisme de l'intelligence ». Mais pour autant, il faut que cette lucidité ne soit pas une raison d'abandonner la bataille, mais au contraire un moteur pour se battre avec encore plus de vigueur, donc allier le pessimisme de l'intelligence à l'optimisme de la volonté.

C'est tout à fait indispensable aujourd'hui, d'autant plus face à cette espèce d'effondrement de la compétence, de la légitimité telle qu'elle est perçue par le citoyen. La pertinence des interventions des politiques publiques, le sentiment que les pouvoirs publics n'ont plus prise sur les réalités dont ils sont responsables, que les espaces de souveraineté ne sont plus les lieux où se définissent les causes des phénomènes que l'on a à traiter, la dissociation des espaces de pouvoirs politiques et des espaces de problèmes sociaux et économiques et politiques à gérer, dans tout cela, il y a une formidable multiplication des initiatives citoyennes.

J'en viens à notre dernière table ronde. Parce qu'effectivement, c'est là où on voit que ce n'est pas seulement qu'il faut des instances de médiation pour mieux faire comprendre aux individus quelles sont les offres auxquelles ils pourraient accéder. Mais il faut que ces instances soient capables de construire un vrai pouvoir citoyen qui lui-même renverse la table, au lieu que ce soit les institutions publiques qui demandent aux citoyens d'abord par leur vote de leur accorder la légitimité décidée en leur

nom et puis par leur adhésion de rentrer dans les cases prévues pour eux par l'organisation de la société.

Les citoyens ont commencé à le faire. Il est question qu'ils se construisent dès aujourd'hui, dans leur vie quotidienne, les réponses adaptées à leurs besoins. Ce qui est absolument formidable dans l'époque que nous vivons, c'est que dans tous les domaines, l'éducation, la santé, le travail, l'environnement, de la vie quotidienne, vous voyez la multiplicité des initiatives prises par les gens eux-mêmes, qui s'organisent, pas nécessairement sous la forme associative, mais sous la forme de réseaux très informels. On en parlait tout à l'heure, au niveau des populations issues de l'immigration, de l'extraordinaire efficacité des réseaux très informels qui existent, notamment au niveau des femmes. C'est très intéressant. C'est-à-dire que d'une certaine façon, ce sont les statuts sociaux les moins considérés par l'institution qui se révèlent être les supports les plus forts de démonstration d'une capacité citoyenne non reconnue et non visible.

Il y a là une initiative citoyenne formidable à l'œuvre dans la société qui, d'une certaine façon, articule très précisément l'expression d'une demande avec une exigence de participer à la construction de la réponse. Réponse à des besoins immédiats tels que les gens les vivent dans leur quotidien le plus général, ce dont on a immédiatement besoin pour survivre, cette espèce d'immédiateté de besoin social. Et en même temps, les réponses qu'ils fabriquent sont les réponses les plus adaptées, que ce soit les circuits courts en matière d'alimentation, les modes de transports qui vont développer la marche à pied et la bicyclette pour des problématiques de santé plutôt que la voiture : toutes ces réponses immédiates sont en même temps des éléments de construction du monde de demain, qui serait capable de s'ouvrir aux difficultés qui se dessinent dans les mois qui viennent, mais en même temps qui construit un monde où on puisse faire renaître tout bêtement l'envie d'y vivre et de transmettre ce monde à nos enfants.

Il serait temps qu'on ait enfin un monde digne d'être transmis à nos enfants. Je crois que toutes les actions que l'on conduit aujourd'hui, et vous y contribuez beaucoup, participent de cette construction. Elle est à l'œuvre maintenant. Bravo d'en être déjà les participants.

ACCRONYMES/ ABRÉVIATIONS

Acsé	Agence pour la cohésion et l'égalité des chances
ASV	Atelier santé ville
ARS	Agence régionale de santé
CAF	Caisse d'allocations familiales
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCOMS	Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé
CEMEA	Centre d'entraînement aux méthodes d'éducation actives
CGET	Commissariat général à l'égalité des territoires
CIEC	Comité interministériel à l'égalité et à la citoyenneté
CLS	Contrat local de santé
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CRSA	Conférence régionale de santé et de l'autonomie
DATAR	Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale
DEFA	Diplôme d'état relatif aux fonctions d'animation
DGS	Direction générale de la santé (Ministère de la santé)
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DU	Diplôme universitaire
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EIS	Evaluation d'impact sur la santé
HPST	Hôpital, patients, santé et territoire (loi HPST)
INPES	Institut national de promotion et d'éducation à la santé
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional de santé
PnrASV	Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville
PRAPS	Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
PRU	Projet de rénovation urbaine
SG CIV	Secrétariat général du Comité interministériel des villes
TAP	Temps d'activités périscolaires
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

QUELQUES ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

DÉMOCRATIE SANITAIRE – PARTICIPATION CITOYENNE

- *Journée nationale de bilan sur la mise en place des conseils citoyens. Partage des résultats du questionnaire et de la veille*, Coordination nationale Pas sans nous, Institut de la concertation, 2016.
<https://www.passansnous.org/wp-content/uploads/2016/10/Ecrit-analyse-final.pdf>
- *La participation de l'utilisateur de santé. Dossier documentaire*, EHESP, 2016.
http://documentation.ehesp.fr/wp-content/uploads/2016/09/DO_ParticipationUsagerSant%C3%A9_Septembre2016.pdf
- *Bilan des instances régionales et territoriales de démocratie sanitaire*, METTAUER Vincent, SciencesPo, 2015.
http://www.cns.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015_04_17_VM_MEMOIRE_BILAN_DES_INSTANCES_DE_DEMOCRATIE_EN_SANTE_VF.pdf
- *Contrat local de santé. Pays de Redon-Bretagne Sud. 2015-2018*, Agence régionale de santé Bretagne, Agence régionale de santé Pays de la Loire, 2015.
<http://www.ideose.fr/santé/>
- *Démocratie en santé mentale. Quelles politiques? Quels acteurs? Quels partenariats?*, Élus, santé publique & territoires, 2015.
http://www.espt.asso.fr/images/ACTES_PUBLI_ESPT/1409_actesclsm3sism_nantes2014.pdf
- *La participation : laboratoire de la politique de la ville?*, BACQUÉ Marie-Hélène, BLONDIAUX Loïc, GÉROUDET Christophe, et al, Centre de ressources Politique de la ville en Essonne, Pôle de ressources Ville et Développement social, Pôle ressources Politique de la ville et intégration de Paris, Profession Banlieue, 2015.
http://www.professionbanlieue.org/c_7_44_Publication_2654__1__La_participation_laboratoire_de_la_politique_de_la_ville_70_p_a_telecharger.html
- *Les «Tables de Quartier» en France, entre offre de participation et organisation communautaire*, LOUIS Jeremy, in GIS Démocratie et Participation, Actes des 4^{èmes} journées doctorales sur la participation et la démocratie participative, Lille, 13 et 14 novembre 2015.
http://www.participation-et-democratie.fr/sites/default/files/louis_jeremy_-_communication_pour_actes_des_4e_journees_doctorales_sur_la_participation.pdf
- *Pratiquer la santé communautaire : de l'intention à l'action*, Institut Théophraste Renaudot, Éditions Chronique sociale, 2001.

Revues

- «Ma cité s'organise. Community organizing et mobilisations dans les quartiers populaires», *Mouvements*, n°85, 2016.

- « Participation des habitants : osons faire autrement ! », *Les Cahiers du Développement Social Urbain*, n°62, 2015.
- « Mobiliser les acteurs pour des programmes et des politiques qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé », BRETON Éric, BRIAND Marie-René, *Santé en action*, n°425, p. 29-31, 2013.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-425.pdf>

LES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ

- *Évaluation d'impact sur la santé. Quartier des Buers à Villeurbanne. Impact du projet de rénovation urbaine sur la mobilité des enfants*, Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes, 2016.
http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/EIS_Villeurbanne.pdf
- *L'évaluation d'impact sur la santé. Une aide à la décision pour des politiques favorables à la santé, durables et équitables*, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2015.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1670.pdf>
- *Évaluation des impacts sur la santé des projets de transport de Plaine Commune*, LAPORTE Anne (Dir.), DUBREUIL Muriel (Dir.), Agence régionale de santé Île-de-France, Observatoire régional de santé Île-de-France, 2014.
<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Transports-en-commun-et-sante.182183.0.html>
- *Health Impact Assessment. Main concepts and suggested approach*, European Center for Health Policy, Gothenburg Consensus Paper, Regional Office for Europe, World Health Organization, 1999.
<http://www.apho.org.uk/resource/view.aspx?RID=44163>

Revues

- « L'Évaluation d'Impacts sur la Santé (EIS) : une démarche d'intégration des champs santé-environnement dans la voie du développement durable. Application à un projet urbain : la halte ferroviaire de Pontchaillou à Rennes », TOLLEC Laurine, ROUÉ LE GALL Anne, JOURDREN Alain, et al, *Développement durable et territoires*, vol. 4, n°2, p.1-17, 2013.
<http://developpementdurable.revues.org/9815>
- « Urbanisme et santé : quelle place pour les habitants des quartiers défavorisés dans la réduction des inégalités ? Retour d'expérience dans le cadre d'une EIS conduite en région parisienne », COMBES Benjamin, LEGENDRE Anne-Laure, REMVIKOS Yorghos, *Environnement, Risques & Santé*, vol. 14, n°4, p. 327-336, 2015.

LA MÉDIATION SOCIALE

- *Dire que la médiation sociale est utile ne suffit pas : prouvons-le !*, GREMEZ Camille, MADELIN Bénédicte, VINCENT Candice, France Médiation, Profession Banlieue, Collection : Les Textes, 2014.
http://www.professionbanlieue.org/c_7_208_Publication_2459_1_Dire_que_la_mediation_sociale_est_utile_ne_suffit_pas_prouvons_le_8_p_a_telecharger.html
- *L'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale et culturelle*, France Médiation, Profession Banlieue, 2013.
- *Pratiques professionnelles de la médiation sociale*, Éditions France Médiation, 2011.
- *20 ans de médiation sociale et culturelle, 20 ans d'intervention auprès des habitants*, Arifa, Fédération des associations de femmes-relais Seine-Saint-Denis, Profession Banlieue, 2011.
- *La médiation sociale et culturelle dans le secteur hospitalier*, Fédération des associations de femmes-relais de Seine-Saint-Denis, Hôpital Avicenne, Profession Banlieue, 2010.
http://www.professionbanlieue.org/c_7_40_Publication_1376_3_La_mediation_sociale_et_culturelle_dans_le_secteur_hospitalier_23_p_a_telecharger.html
- *Les femmes-relais médiatrices sociales et culturelles. Des principes déontologiques, un métier*, COHEN-EMERIQUE Margalit (Coll.), GUILLAUME-HOFNUNG Michèle (Coll.), IRTS Île-de-France-Paris (Coll.), Profession Banlieue, 2006.
- *Femmes médiatrices et mères nourricières. Une expérience de solidarité alimentaire à Avicenne*, LEBON Marie-Christine, MAS-MIANGU Sarah, ROBINEAU Michel, in 1935-2005 L'hôpital Avicenne : une histoire sans frontières, 2005.

Revue

- « Médiatrices santé. Profession solidaire », BOSQUET Sarah, *Causette*, n°56, 2015.

LA PLATEFORME NATIONALE DE RESSOURCES ASV

La Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville (ASV) a pour premier objet de contribuer à la réflexion sur la **réduction des inégalités sociales et territoriales de santé** par l'analyse et la diffusion des acquis des ASV en termes de démarche et de connaissance de la situation sanitaire et sociale des territoires.

Elle vise à devenir un réseau national référent pour tous les acteurs locaux, régionaux et nationaux sur les ateliers santé ville et plus largement sur les projets territoriaux de santé en favorisant les échanges de pratiques et l'accès à l'information, et en étant force de propositions et de ressources pour la recherche et l'action.

Ainsi, depuis sa création fin 2011, la Plateforme a recensé les situations locales des démarches ASV dans leurs contextes respectifs et identifié les conditions favorables au déroulement de leurs missions, en allant notamment sur leurs territoires d'intervention. Elle développe un travail de veille, d'animation du réseau et d'expertise, et mène une démarche de capitalisation autour de la démarche ASV. Ce travail d'analyse fine a permis de clarifier les plus-values de la démarche ASV et d'en caractériser les processus. Le travail mené par la PnrASV participe ainsi à la consolidation et la diffusion des bonnes pratiques et plus-values des Ateliers santé ville, et de toute démarche territoriale visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

La PnrASV est financée par l'Agence nationale de santé publique et le Cget (Commissariat général à l'égalité des territoires).

contact@plateforme-asv.org

06 99 67 55 56

www.plateforme-asv.org

[Twitter@PnrASV](https://twitter.com/PnrASV)



ateliers santé ville
PLATEFORME NATIONALE
DE RESSOURCES

contact@plateforme-asv.org

06 99 67 55 56

www.plateforme-asv.org

[Twitter@PnrASV](https://twitter.com/PnrASV)