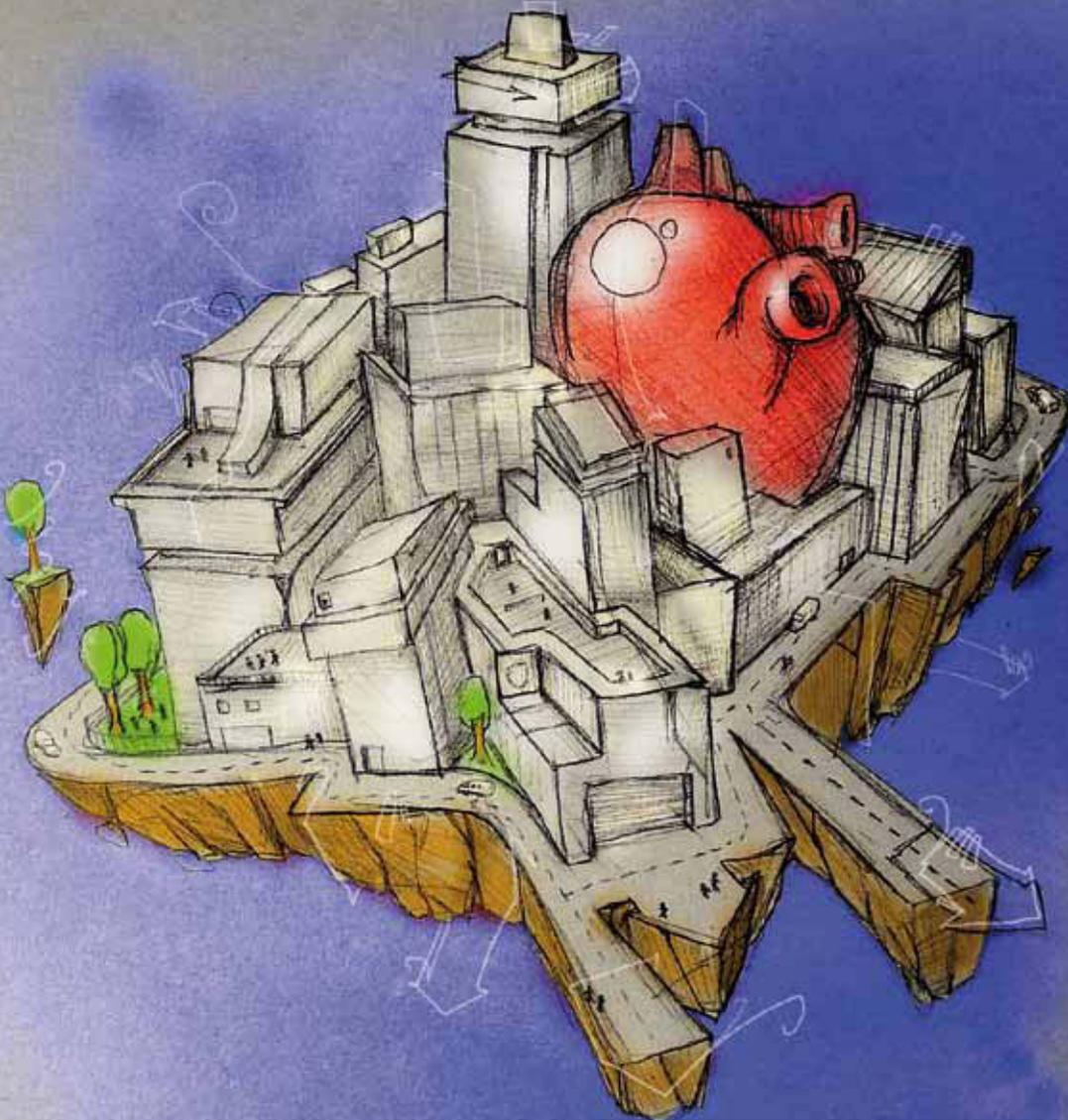


LA Santé

de l'homme



les villes, au cœur de la santé des habitants

Minorités sexuelles :

risques suicidaires plus élevés

Injection

de drogue : prévenir les risques

Allaitement

maternel : enquête et propositions

La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

LA **Santé**
de l'homme

est éditée par :

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directrice de la publication :
Thanh Le Luong

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

Qualité de vie : **Christine Ferron**
<direc@inpes.sante.fr>
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux** et
Nathalie Houzelle
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand**
<ericlegrand35@orange.fr>
Aide à l'action : **Florence Rostan** <florence.rostan@inpes.sante.fr>
Études/Enquêtes : **François Beck**
<francois.beck@inpes.sante.fr>
International : **Jennifer Davies**
<jennifer.davies@inpes.sante.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé**
<michelconde@grignoux.be>
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures – Outils : Centre de documentation
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :

Élodie Aïna (Inpes), **Jean-Christophe Azorin** (Épidaure, CRLC, Centre de ressources prévention santé), **Soraya Berichi** (Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative, Haut Commissaire à la jeunesse), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Dr Julien Emmanuelli** (Mildt), **Annick Fayard** (Inpes), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Sylvie Giraud** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Philippe Guilbert** (Inpes), **Zoé Héritage** (Réseau français des villes-santé de l'OMS), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi** (MCU-Université Bordeaux-2), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (Inpes), **Colette Menard** (Inpes), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale), **Jean-Marc Piton** (Inpes), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

FABRICATION

Réalisation : **Éditions de l'Analogie**
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0711B06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 3^e trimestre 2010.
Tirage : 5 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction



Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

52 pages d'analyses et de témoignages

La Santé de l'homme intégralement accessible sur Internet

Retrouvez La Santé de l'homme sur Internet

À partir du n° 405 (janvier-février 2010), tout nouveau numéro publié est désormais intégralement accessible sur Internet, à partir du site de l'Inpes : www.inpes.sante.fr

Vous y trouverez également :

- La revue : présentation, contacts
- Les sommaires : numéros parus et index depuis 1999
- Les articles en ligne : depuis 2003, 3 à 10 articles accessibles en ligne, par numéro
- Et prochainement : l'intégralité des articles publiés depuis 2000.



À noter : si vous souhaitez effectuer une recherche sur un thème précis, utilisez le moteur de recherche du site de l'Inpes qui permet de trouver instantanément tous les articles de *La Santé de l'homme* ainsi que d'autres documents de l'Inpes traitant cette thématique.

ÉTUDES

Des risques suicidaires plus élevés parmi les minorités sexuelles

Jean-Marie Firdion, François Beck, Stéphane Legleye, Marie-Ange Schiltz 4

ENQUÊTE

Réduire le risque d'infection par l'hépatite C chez les usagers de drogues : la piste de la prévention du passage à l'injection

Anne Guichard, Vincent Fournier, David Michels, Romain Guignard 7

Dossier

Les villes, au cœur de la santé des habitants

Introduction

Christine César, Florence Rostan, en collaboration avec le Réseau français Villes-Santé de l'OMS 11

Plaidoyer pour une approche globale de la santé

Villes et santé :

une rétrospective historique

Faouzia Perrin 12

La ville, niveau pertinent pour structurer une politique de santé

Stéphane Tessier 15

« Placer la santé au cœur des politiques de la ville »

Entretien avec Valérie Lévy-Jurin 18

Réseau européen des Villes-Santé de l'OMS : 1300 membres dans 29 pays

Zoë Heritage 19

Santé, villes, politiques et dispositifs

La santé dans la politique de la ville : une histoire et des perspectives

Catherine Richard 20

Un contrat local de santé entre l'État et la ville de Marseille

Philippe Baraize 23

La santé mentale à Marseille : une démarche, des pratiques et des partenariats

Mylène Frappas 25

Communes et départements : agir sur les déterminants de santé

Villes : intégrer la santé dans l'urbanisme, avec la participation des habitants

Marcos Weil 26

Le logement, déterminant majeur de santé maîtrisé par les villes

Laurent El Ghozi 29

Communauté urbaine de Strasbourg : inscrire la santé dans toutes les politiques

François-Paul Debionne 32

Nantes : une organisation en réseaux pour promouvoir la santé

Hélène Lepoivre 35

En Seine-Saint-Denis, une recherche-action sur les cancers professionnels

Michèle Vincenti-Delmas, Annie Thébaud-Mony 37

Le plan local de santé : un avenir tracé pour les communes

Les étapes pour développer un plan local de santé

Corinne Praznocy 41

Un observatoire de la santé infra-communal à Brest

Patricia Sarau, Hortense Karanga, Maryse Larpent, Julie Le Goïc 43

Le Profil santé d'Amiens : un outil au service de la gouvernance

Patrick Kerros 43

Vers un plan municipal de santé à Grenoble

Faouzia Perrin, Lucie Patois 44

Un diagnostic partagé pour élaborer le plan municipal de santé de Toulouse

Ivan Theis, Valérie Cicchelerio 45

Politiques communales favorables à la santé : ce qu'en pensent les élus

Aix-les-Bains : rendre l'environnement favorable à la santé

Entretien avec Dominique Dord 46

Un institut de promotion de la santé pour Saint-Quentin-en-Yvelines

Entretien avec Robert Cadalbert 47

Pour en savoir plus

Laetitia Haroutunian 48

QUALITÉ DE VIE

L'allaitement maternel

Vécu et opinions des mères en 2009

Corinne Delamaire 50

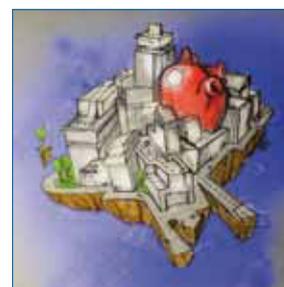
Les propositions du groupe de travail du PNNS

Cécile Dazelle, Nathalie Gelbert, Gisèle Gremmo-Féger, Alfred Manela, Landy Razanamahefa, Daniel Rieu, Dominique Turck, Michel Vidailhet 52

LECTURES

Sandra Kerzanet, Laetitia Haroutunian . . . 56

Illustrations : Antonin Rêveur



Des risques suicidaires plus élevés parmi les minorités sexuelles

L'hypothèse de l'homophobie comme facteur de risque du comportement suicidaire est la plus solide pour expliquer la prévalence plus élevée de tentatives de suicide dans les populations homosexuelle et bisexuelle. Les phénomènes d'exclusion, de mépris et de stigmatisation peuvent en effet conduire à une perte d'estime de soi, de confiance dans l'avenir et dans les autres, comme l'indique un ouvrage publié par l'Inpes, qui s'appuie notamment sur la littérature internationale (1).

Depuis plusieurs années, le lien entre comportement suicidaire et orientation sexuelle est au cœur de préoccupations et de recherches portant sur les discriminations et la santé publique. Les personnes homosexuelles et bisexuelles apparaissent en effet plus concernées que les autres par le risque de suicide. Bien sûr, pour ces personnes – comme pour toute personne, quelle que soit son orientation sexuelle – les raisons du suicide peuvent avoir bien d'autres origines : maladie grave ou invalidante, événements traumatiques durant l'enfance, rupture sentimentale, situation de stress économique, consommation de produits psychoactifs, etc. Toutefois, le harcèlement et la discrimination dont les minorités sexuelles sont souvent victimes peuvent aggraver les causes précédentes ou s'y substituer, et expliquer la sursuicidalité observée.

Genèse et apport des études

En dehors des recherches sur le VIH, ce n'est qu'à partir de la fin des années 1990 que les grandes enquêtes sur la population générale ont commencé à s'intéresser aux populations homo/bisexuelles (2). Les premières études nord-américaines ont permis de mesurer assez précisément le lien existant entre l'appartenance à une minorité sexuelle et les tentatives de suicide au cours de la vie : les homo/bisexuels masculins présentent de 2 à 7 fois plus de risque que les hommes hétérosexuels exclusifs ; les femmes homo/bisexuelles présentent de 1,4 à 1,8 fois plus de risque que les femmes hétérosexuelles (3-6).

Les premiers résultats disponibles en France, issus de l'enquête sur les violences envers les femmes en France (7) et du *Baromètre santé 2005* (8), ont confirmé ces observations pour les femmes. Les femmes ayant eu des rapports homosexuels ont 2,5 fois plus de risque d'avoir fait une tentative de suicide (au cours de la vie) que les femmes exclusivement hétérosexuelles, et les femmes hétérosexuelles se déclarant attirées par les femmes ont 1,7 fois plus de risque (9). Si l'on prend en compte un autre indicateur, les études démontrent que les hommes homosexuels ont 1,8 fois plus de risque d'avoir eu des idées suicidaires au cours des douze derniers mois, et les hommes bisexuels ont 2,9 fois plus de risque (10). Les dernières données françaises mettent donc en évidence, au sein des minorités sexuelles, des différences de prévalences selon le genre et l'activité sexuelle.

Deux facteurs de risque identifiés : l'homophobie et la non-conformité de genre

Au regard de la vulnérabilité accrue des minorités sexuelles face aux comportements suicidaires, trois hypothèses majeures ont été émises au fil du temps, dont certaines furent par la suite réfutées :

- selon une approche « pathologisante » de l'homosexualité, les personnes présentant des troubles mentaux seraient davantage susceptibles de présenter un trouble d'identité sexuelle et donc une orientation homo/bisexuelle ;
- selon une autre approche, le style de vie des homo/bisexuels (vie nocturne, alcool, drogues, etc.) les pousserait à

vivre davantage de situations de stress, ce qui les conduirait à commettre des tentatives de suicide (TS), indépendamment du fait qu'ils ont cette orientation sexuelle ;

- à l'opposé de ces deux positions est apparu un troisième point de vue : les discriminations et la stigmatisation dont sont victimes les homo/bisexuels seraient les principaux facteurs favorisant le risque de tentative de suicide parmi cette population.

Des travaux nord-américains ont mis à l'épreuve ces hypothèses au cours de la dernière décennie. Selon leurs résultats, l'hypothèse de l'homophobie comme facteur de risque de comportement suicidaire est la plus solide pour comprendre la sursuicidalité observée dans la population homo/bisexuelle (6, 11-13). Les phénomènes d'exclusion, de mépris et de stigmatisation peuvent en effet conduire à une perte d'estime de soi et à une perte de confiance dans l'avenir et les autres. En revanche, les hypothèses présentant l'homosexualité comme facteur favorisant en soi les conduites suicidaires ont été invalidées par les recherches nord-américaines les plus récentes.

Le fait d'appartenir à une minorité sexuelle peut conduire à une grande détresse, en particulier chez les garçons confrontés à une homophobie avérée. Pour les filles, les études sont insuffisantes pour estimer dans quelle mesure leur moindre visibilité – dans les recherches et la vie quotidienne – traduit une meilleure acceptation de leur part et une moindre difficulté à être

différente, ou doit tout simplement s'interpréter comme une plus grande ignorance. Si les hommes sont enjoins à affirmer leur masculinité dès l'adolescence, les femmes sont confrontées plus tardivement à l'affirmation de leur féminité. De nos jours, le rôle social de la femme se construit encore largement autour du mariage et de la maternité. C'est donc plutôt à l'âge de la constitution d'une famille, mais aussi à l'âge mûr, que la femme célibataire sans enfant, et donc éloignée des stéréotypes de genre, risque le plus d'être confrontée au sentiment de mal-être.

Pour les garçons, la construction de la masculinité, à l'adolescence notamment, s'appuie particulièrement sur le rejet du féminin en soi et chez les autres. Le stéréotype de l'homosexualité mas-

culine étant rattaché à un manque de masculinité et à un « trop-plein » de féminité, certains jeunes hommes cherchent, au travers de l'agression homophobe, à démontrer leur virilité. La désignation d'un bouc émissaire répond alors à la peur d'être rejeté du groupe de ses pairs pour cause de confusion des genres. Ce phénomène touche beaucoup de jeunes gens au-delà des minorités sexuelles, comme ceux qui se conforment difficilement aux stéréotypes de genre ou ceux qui craignent d'être mis en défaut de masculinité en dépit de leur orientation hétérosexuelle (14).

Un coût psychique et physique élevé

Quelle que soit la stratégie (outrance ou au contraire dissimulation de sa non-conformité aux stéréotypes de

genre) mise en œuvre par les jeunes homo/bisexuels pour résister à la discrimination, les coûts psychique et physique s'avèrent souvent élevés. Ils ne sont pas négligeables non plus pour les jeunes hétérosexuels victimes d'actes homophobes (15).

Par rapport à d'autres types de discriminations, le contexte de l'homophobie se caractérise par la faiblesse du soutien de la famille (pouvant aller jusqu'aux mauvais traitements durant l'enfance), la faible intervention des adultes par crainte de « contagion » du stigmate ou du fait de préjugés homophobes, et la précocité des préjudices qui peuvent toucher tout jeune soupçonné(e) de faire partie d'une minorité sexuelle, indépendamment de son orientation sexuelle effective. Les témoignages

► Références bibliographiques

- (1) Beck F., Firdion J.-M., Legleye S., Schiltz M.-A. *Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et perspectives*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2010 : 110 p.
En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1291.pdf
- (2) Schiltz M.-A., Pierret J. Du regard sociologique à l'action : la création d'un système d'observation en milieu homosexuel. In : Israël L., Voldman D. Dir. Michael Pollak. *De l'identité blessée à une sociologie des possibles*. Paris : Éditions Complexe, coll. Histoire du temps présent, 2008 : p. 227-247.
- (3) Cochran S.D., Mays V.M. Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from NHANES III. *American Journal of Public Health*, 2000, vol. 90, n° 4 : p. 573-578.
En ligne : <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/90/4/573.pdf>
- (4) Garofalo R., Wolf C., Wissow L., Woods E., Goodman E. Sexual Orientation and Risk of Suicide Attempts Among a Representative Sample of Youth. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 1999, vol. 153, n° 5 : p. 487-493.
En ligne : <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/reprint/153/5/487>
- (5) Remafedi G., French S., Story M., Resnick M.D., Blum R. The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *American Journal of Public Health*, 1998, vol. 88, n° 1 : p. 57-60.
En ligne : <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/88/1/57.pdf>
- (6) Herrell R., Goldberg J., True W., Ramakrishnan V., Lyons M., Eisen S., et al. Sexual Orientation and Suicidality. A Co-twin Control Study in Adult Men. *Archives of General Psychiatry*, 1999, vol. 56 : p. 867-874.
En ligne : <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/56/10/867>
- (7) Jaspard M., Brown É., Condon S., Fougeyrollas-Schwebel D., Houel A., Lhomond B., et al. *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*. Paris : La Documentation française, 2003 : 374 p.
- (8) Beck F., Guilbert P., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2007 : 608 p.
En ligne : www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/ouvrage/index.asp
- (9) Lhomond B., Saurel-Cubizolles M.J. Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé. In : Broqua Y., Lert F., Souteyrand Y. dir. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : ANRS, coll. Sciences sociales et sida, 2003 : p. 107-130.
En ligne : www.anrs.fr/content/download/2935/16761/file/homosexualités_au_temps_du_sida.pdf
- (10) Legleye S., Beck F., Peretti-Watel P., Chau N., Firdion J.-M. Suicidal ideation among young French adults: association with occupation, family, sexual activity, personal background and drug use. *Journal of Affective Disorders*, 2009, Nov 4. [Epub ahead of print], 2010 : 123 : p. 108-115.
- (11) Cochran S.D., Mays V.M. Relation between psychiatric syndromes and behaviorally defined sexual orientation in a sample of the US population. *American Journal of Epidemiology*, 2000, vol. 15, n° 5 : p. 516-523.
En ligne : <http://aje.oxfordjournals.org/content/151/5/516.full.pdf+html>
- (12) Balsam K.F., Beauchaine T., Mickey R., Rothblum E. Mental health of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings: effects of gender, sexual orientation, and family. *Journal of Abnormal Psychology*, 2005, vol. 114, n° 3 : p. 471-476.
- (13) Russell S.T., Joyner K. Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 2001, vol. 91, n° 8 : p. 1276-1281.
En ligne : <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/91/8/1276.pdf>
- (14) Firdion J.-M., Verdier É. Suicide et tentative de suicide parmi les personnes à orientation homo/bisexuelle. In : Broqua Y., Lert F., Souteyrand Y. dir. *Homosexualités au temps du sida*. Paris : ANRS, coll. Sciences sociales et sida, 2003 : p. 157-168.
En ligne : www.anrs.fr/content/download/2935/16761/file/homosexualités_au_temps_du_sida.pdf
- (15) Verdier É., Firdion J.-M. *Homosexualités et suicide. Les jeunes face à l'homophobie*. Béziers : H&O éditions, coll. Essais, 2003 : 232 p.
- (16) Bontempo D.E., D'Augelli A.R. Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, 2002, vol. 30, n° 5 : p. 364-374.



tés sexuelles tout comme à celui des jeunes hétérosexuels.

Une autre piste concerne l'alerte et la prise en charge des jeunes en détresse. Les intervenants sanitaires et sociaux en milieu scolaire sont en première ligne pour y répondre, à condition de voir leur présence renforcée et leur mode d'intervention facilitée. Sur ce dernier point, une piste intéressante serait de développer des postes de psychologue en milieu scolaire (dès le collège) ; ces professionnels auraient une compétence de cliniciens et des missions qui seraient dirigées particulièrement vers l'écoute et le soutien aux élèves en détresse.

Il semble enfin primordial d'améliorer les connaissances sur ces phénomènes, en menant des recherches qui intègrent plus nettement ces thématiques en amont de la conception des enquêtes.

Jean-Marie Firdion

Sociologue,
Équipe de recherche sur les inégalités sociales (Eris),
Centre Maurice Halbwachs, Paris,

François Beck

Chef du département Enquêtes et analyses statistiques,
Direction des affaires scientifiques, Inpes,

Stéphane Legleye

Épidémiologiste,
Institut national d'études démographiques (Ined), Paris,

Marie-Ange Schiltz

Sociologue,
CAMS-Cermes-CNRS-Ehess, Paris.

recueillis et les enquêtes en milieu scolaire soulignent que les périodes du collège et du lycée se révèlent particulièrement éprouvantes (16) du fait d'actes homophobes commis par les élèves, mais aussi de propos vexants ou injurieux de la part d'enseignants, ou de leur indifférence devant les agressions homophobes. Et la famille n'est pas toujours un havre de paix : les jeunes des minorités sexuelles ont un risque plus élevé que les jeunes hétérosexuels d'y subir de mauvais traitements.

Des pistes pour la prévention

En France, de nombreuses initiatives locales de prévention de l'homophobie et du risque suicidaire existent mais elles demeurent largement méconnues : faire un état des lieux des actions et des ressources dans chaque région paraît être une première étape utile, qui pourrait être prolongée par l'élaboration d'un référentiel de formation, d'outils pédagogiques, de protocoles d'évaluation, etc. Pour revenir à l'existant, l'Inpes a, par exemple, récemment publié à destination des professionnels encadrant les 11-18 ans, *Jeune et homo*

sous le regard des autres, un outil d'intervention contre l'homophobie. Il comporte un DVD présentant les cinq courts métrages lauréats d'un concours organisé par l'Institut en 2008, ainsi qu'un livret d'accompagnement précisant comment les utiliser pour amorcer dialogue et réflexion. Cet outil est complété par un document présentant les trente meilleurs scénarios du concours. Ce document est accessible en format papier ou en ligne¹.

Il est également important de sensibiliser les professionnels de tous horizons (des champs éducatif, sanitaire, social, judiciaire et pénitentiaire) aux questions de discriminations, en y incluant l'homophobie, la lesbophobie et la transphobie. La prise en compte des discriminations à l'encontre des minorités sexuelles dans le cadre plus large des discriminations (en particulier du sexisme), présente l'avantage d'éviter de constituer l'homosexualité comme un problème en soi, et permet de désigner l'homophobie comme un problème qui porte préjudice au bon développement des jeunes des minori-

1. Outil d'intervention contre l'homophobie – Jeune et homo sous le regard des autres – Livret d'accompagnement des courts métrages de lutte contre l'homophobie. *Saint-Denis : Inpes, 2010 : 60 p. Document édité en version papier et électronique. Fourni en version papier avec un DVD rassemblant cinq courts métrages de lutte contre l'homophobie. En ligne : www.inpes.sante.fr/professionnels-education/outils/jeune-et-homo/index.asp*

Complété par un autre document : Recueil des 30 meilleurs scénarios du concours « Jeune et homo sous le regard des autres », Saint-Denis : Inpes, 2010 : 132 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1274.pdf

Réduire le risque d'infection par l'hépatite C chez les usagers de drogues : la piste de la prévention du passage à l'injection

La lutte contre l'épidémie d'hépatite C parmi les usagers de drogues, notamment ceux qui recourent à l'injection, nécessite de développer de nouvelles pistes de réflexion et d'action. La précocité des contaminations au VHC, souvent dès les premières injections, laisse penser que la prévention du passage à l'injection est l'une de ces pistes. Des interventions dans ce sens commencent à être développées dans le monde. L'adaptation éventuelle de telles interventions en France suppose au préalable une meilleure connaissance du contexte et des circonstances des premières injections.

La prévalence des contaminations par le virus de l'hépatite C (VHC) chez les usagers de drogues est très importante en France (près de 60 % des usagers de tous âges et près de 30 % des usagers de moins de 30 ans¹, selon l'enquête Coquelicot de l'InVS) (1).

L'injection par voie intraveineuse reste le mode de transmission majeur du VHC chez les usagers de drogues², notamment du fait du partage du « petit matériel » de préparation (récipient, filtre, tampon, eau), possiblement souillé par le sang d'une personne contaminée (le VHC est très résistant et peut rester actif longtemps à l'air libre).

Contrairement au partage de la seringue elle-même (pratique très largement réduite à partir des années 1990 grâce à l'impact des actions et des outils de réduction des risques³ développés pour lutter contre l'épidémie de VIH), le partage du « petit matériel » reste une pratique assez fréquente – pour 38 % des injecteurs au cours du dernier mois, selon l'enquête Coquelicot – et beaucoup d'usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) ignorent encore qu'il s'agit d'une pratique à risque.

Dans ce contexte, la prévention de la transmission du VHC parmi les UDVI est un enjeu majeur de santé publique

qui nécessite de développer de nouvelles pistes de réflexion et d'action.

Les jeunes injecteurs particulièrement vulnérables

On sait aujourd'hui que la transmission du VHC se fait probablement très tôt dans la trajectoire des UDVI, dans les premières années, voire dès les premières injections. Certaines études ont montré que les injecteurs récents présentaient des taux de séroconversion pour le VHC supérieurs aux UDVI plus expérimentés (2). D'autres sources indiquent que les jeunes injecteurs auraient des pratiques à risque plus fréquentes que les plus âgés (3).

Souvent non planifiées et pratiquées par un tiers « initiateur », les premières injections sont à haut risque de contamination pour le jeune initié, peu au fait des techniques d'injection et des risques infectieux encourus (4, 5). L'initiation à l'injection constitue donc une période sensible pour l'injecteur en devenir car la façon dont une personne est initiée tend à influencer sa pratique et ses prises de risque ultérieures (6). Compte tenu de ces éléments, il semble raisonnable de penser que le développement de stratégies pour prévenir ou, à défaut, différer l'initiation à l'injection pourrait contribuer, en complément d'autres stratégies, à infléchir l'épidémie d'hépatite C (7).

Les facteurs de risque de passage à l'injection

Dans la littérature, principalement épidémiologique, l'analyse des facteurs de risque de passage à l'injection indique que la précocité des consommations (chez les moins de 18 ans), la polyconsommation et la fréquence importante des usages sont des facteurs fortement associés à l'entrée dans l'injection (8, 9). Les femmes sont généralement considérées comme moins susceptibles de passer à l'injection que les hommes (10). La précarité et l'inscription dans un mode de vie marginal sont des indicateurs souvent associés à l'injection, les usagers insérés par l'emploi étant moins enclins à s'initier (8). De nombreux travaux montrent par ailleurs que la survenue de comportements « déviants » (décrochage, absentéisme scolaire, fugues, démêlés avec la justice, etc.) ou d'événements traumatisants (violences sexuelles, physiques, institutionnalisation forcée, etc.) tôt dans l'adolescence est plus fréquente parmi les jeunes injecteurs que parmi les non-injecteurs (11).

Sur l'ensemble des facteurs et des études examinés, les influences du réseau social et des autres usagers de drogues de l'entourage ressortent unanimement comme des déterminants de l'initiation à l'injection (12, 13). Avoir des



© Bildagentur RM/Tips/Photonstop

amis, un membre de la famille ou un partenaire amoureux qui s'injecte semble influencer de différentes manières l'entrée dans l'injection. La première injection est un événement qui s'inscrit dans le social et les sociabilités, qui se pratique rarement dans l'isolement et implique souvent d'autres personnes, et qui revêt des formes de rituel. Du point de vue des usagers, le plaisir, la quête de sensations plus importantes et la curiosité d'expérimenter un effet « flash » largement mythifié comptent parmi les motivations les plus fréquemment rapportées (12). La disponibilité, la qualité, ainsi que les variations de coût des produits sur le marché semblent également pousser certains usagers à passer à l'injection qui serait, selon eux, le mode de consommation le plus « coût/efficace » (14).

En dépit de ces quelques éléments trouvés dans la littérature, le passage à l'injection demeure un processus complexe aux dimensions multiples, encore mal connues. Peu d'études dans le monde se sont intéressées à ce phénomène (« devenir un injecteur régulier »), ce qui constitue un frein à sa compréhension. En France, la problématique a été peu investie jusqu'à présent ; on dispose de peu de données pour définir des stratégies d'action autour de l'initiation à l'injection pertinentes et adaptées aux cultures et aux pratiques de consommation françaises.

Les connaissances de terrain en France

En France, l'âge moyen de la première injection est de 20,2 ans (tous âges confondus) et de 17,7 ans pour les moins de 25 ans (chiffres OFDT), d'après les déclarations des usagers fréquentant les structures de réduction des risques (15). L'évolution des pratiques et des profils d'usagers observée ces dernières années sur le territoire semble néanmoins indiquer un renouvellement de la problématique de l'injection : accroissement du recours à l'injection chez certaines populations, notamment l'injection de psychostimulants (cocaïne, amphétamines, etc.) (15), diversification

des profils d'usagers d'héroïne avec apparition de sous-groupes de jeunes consommateurs en situation de précarité (dont certains en errance), diversification des profils de consommation et/ou de pratiques d'injection occasionnelles, apparition de jeunes usagers injecteurs plus intégrés socialement et qui fréquentent le milieu festif (16).

Des remontées de terrain font également état d'une évolution des contextes d'initiation de l'injection, notamment en milieu festif avec des circonstances d'initiation à l'injection qualifiées de « sauvages » (mauvaise hygiène, initiation solitaire ou avec des pairs à peine plus expérimentés). D'autres témoignages indiquent des modes d'entrée dans l'injection plus solitaires qu'auparavant, notamment liés à l'accessibilité du Stéribox® et d'une information technique sur l'injection par Internet. Enfin, dans le contexte français marqué par l'arrivée et la diffusion massive des traitements de substitution, il a été observé des usages du traitement de substitution directement par l'injection et aussi des modes d'entrée dans l'injection avec la buprénorphine (*Ndlr : médicament utilisé pour le traitement substitutif de la dépendance aux opiacés*) (17).

Quelques pistes pour prévenir le passage à l'injection

Les stratégies d'action visant à prévenir l'initiation à l'injection recourent soit à des interventions auprès des non-injecteurs (afin de limiter les risques de passage à l'injection), soit à des actions auprès des injecteurs potentiellement

PrimInject : une enquête nationale sur les premières injections

Du 1^{er} octobre au 31 décembre 2010, l'Inpes, avec le soutien de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (Anitea), l'Association française de réduction des risques (AFR), l'Association d'auto-support des usagers de drogues (Asud) et l'Association d'auto-support en milieu festif (*Keep Smiling*), mène la première enquête nationale anonyme et confidentielle sur les contextes et les circonstances des premières injections de substances psychoactives. « PrimInject » (c'est son nom) est une enquête par Internet avec un volet quantitatif (questionnaire en ligne) et un volet qualitatif (tchats, échanges de courriels et entretiens en face-à-face). L'enquête s'adresse aux différents publics concernés par l'injection, quelles que soient les substances injectées, les cultures et les pratiques de consommation associées. La promotion de l'enquête s'appuie notamment sur une campagne de bannières Web, d'affiches déclinées en format *cart-com*, etc. La campagne est principalement relayée par le milieu associatif/communautaire du champ des addictions, du VIH et des hépatites, en particulier les associations de prévention en milieu festif. Les résultats, disponibles courant 2011, aideront à développer des outils de réduction des risques infectieux adaptés aux contextes des premières injections et aux besoins des personnes concernées.

initiateurs (afin de tenter de réduire leur influence sur les non-injecteurs).

Les interventions en cours (principalement à l'étranger et notamment aux États-Unis) peuvent être regroupées en deux grandes catégories : les interventions d'information/éducation/communication (IEC) et les interventions brèves (IB).

Les interventions d'information/éducation/communication sont les plus fréquentes. Elles peuvent s'appuyer sur des supports papier (brochures, affiches, flyers, etc.), sur d'autres médias ou des outils didactiques (vidéos, groupes de paroles, plates-formes Web, campagnes médias, etc.). Elles sont très utilisées en matière de dépistage/*counselling* des infections. En dépit de leur étendue, il existe peu

de travaux de recherche sur leur efficacité. Il existe néanmoins un certain consensus dans la littérature pour dire que la seule délivrance d'information n'est pas suffisante pour faire évoluer les comportements (18). Les évaluations d'implantation (qu'est-ce qui a été fait ?) et de processus (comment cela a été fait ?) des programmes mis en œuvre suggèrent une certaine efficacité, en tout cas en complémentarité d'interventions incluant des stratégies individuelles et environnementales.

Les interventions brèves sont fondées sur des modèles dérivés des théories psychosociales des comportements de santé. Elles restent peu développées dans leur application à la réduction des risques infectieux, notamment en lien avec la problématique de l'injection de drogues et du VHC. Cependant, des

résultats positifs se traduisant en modification de comportements ont été observés dans les quelques projets évalués (19, 20). Plus précisément, les études montrent des résultats encourageants en termes de réduction du nombre d'initiations, de réduction du nombre d'injections et de diminution des pratiques à risque lors de la préparation de l'injection. D'autres projets d'interventions brèves ayant intégré une approche par les pairs ont également rapporté des résultats positifs. Ces interventions remportent par ailleurs une forte adhésion des usagers souvent peu intéressés pour s'engager dans un suivi à long terme.

Un programme à destination des initiateurs : *Break the cycle*

Initié au Royaume-Uni et adapté en tout ou partie dans de nombreux pays

► Références bibliographiques

- (1) Jauffret-Roustide M., Le Strat Y., Couturier E., Thierry D., Rondy M., Quaglia M., et al. A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. *BMC infectious diseases*, 2009, vol. 9 : p. 113.
- (2) Garfein R.S., Doherty M.C., Monterroso E.R., Thomas D.L., Nelson K.E., Vlahov D. Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users. *Journal of acquired immune Deficiency Syndromes and human retrovirology*, 1998, vol. 18, (suppl. n° 1) : p. S11-S19.
- (3) Des Jarlais D.C., Diaz T., Perlis T., Vlahov D., Maslow C., Latka M., et al. Variability in the Incidence of Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B Virus, and Hepatitis C Virus Infection among Young Injecting Drug Users in New York City. *Am. J. Epidemiol.*, 2003, 157, n° 5 : p. 467-471.
- (4) Frajzngier V., Neaigus A., Gyarmathy V.A., Miller M., Friedman S.R. Gender differences in injection risk behaviours at the first injection episode. *Drug and alcohol dependence*, 2007, vol. 89, n° 2-3 : p. 145-152.
- (5) Varescon I., Vidal-Trecañ G., Gagnière B., Christoforov B., Boissonnas A. Prises de risques lors de la première injection intraveineuse de drogue. *Annales de médecine interne*, 2000, vol. 151 (suppl. B) : p. B5-B8.
- (6) Crofts N., Louie R., Rosenthal D., Jolley D. The first hit: circumstances surrounding initiation into injecting. *Addiction*, 1996, vol. 91, n° 8 : p. 1187-1196.
- (7) Lert F. Can we stop the hepatitis C virus transmission in drug users? *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2006, vol. 54, hors série n° 1 : p. 1S61-1S67.
- (8) Roy É., Haley N., Leclerc P., Boudreau J.-F., Boivin J.-F. Risk factors for initiation into drug injection among adolescent street youth. *Drugs: education, prevention & policy*, 2007, vol. 14, n° 5 : p. 389-399.
- (9) Sherman S.G., Fuller C.M., Shah N., Ompad D.V., Vlahov D., Strathdee S.A. Correlates of initiation of injection drug use among young drug users in Baltimore, Maryland: the need for early intervention. *Journal of psychoactive drugs*, 2005, vol. 37, n° 4 : p. 437-443.
- (10) Strang, J., Griffiths P., Powis B., Gossop M. Heroin chasers and heroin injectors: differences observed in a community sample in London, UK. *American journal on addictions*, 1999, vol. 8, n° 2 : p. 148-60.
- (11) Ompad D.C., Ikeda R.M., Shah N., Fuller C.M., Bailey S., Morse E., et al. Childhood Sexual Abuse and Age at Initiation of Injection Drug Use. *American journal of public health*, 2005, vol. 95, n° 4 : p. 703-709.
- (12) Kermodé M., Longleng V., Singh B.C., Hocking J., Langkham B., Crofts N. My first time: initiation into injecting drug use in Manipur and Nagaland, north-east India. *Harm Reduction Journal*, 2007, vol. 4, n° 1 : p. 19.
- (13) Roy E., Haley N., Leclerc P., Cédras L., Blais L., Boivin J.F. Drug injection among street youths in Montreal: predictors of initiation. *Journal of urban health*, 2003, vol. 80, n° 1 : p. 92-105.
- (14) Kuo I., Ul-Hasan S., Zafar T., Galai N., Sherman S.G., Strathdee S.A. Factors Associated with Recent-Onset Injection Drug Use among Drug Users in Pakistan. *Substance use & misuse*, 2007, vol. 42, n° 5 : p. 853-870.
- (15) Cadet-taïrou A., Gandilhon M., Toufik A., Evrard I. *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006 – Huitième rapport national du dispositif TREND*. Saint-Denis : OFDT, 2008 : 189 p.
- (16) Reynaud-Maurupt C., Verchère C. *Les nouveaux usages de l'héroïne*. Saint-Denis : OFDT, 2003 : 120 p.
- (17) Guichard A., Lert F., Brodeur J.-M., Richard L. Rapports des usagers au Subutex : de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec. *Sciences Sociales et Santé*, 2006, vol. 24, n° 4 : p. 5-43.
- (18) Treloar C., Laybutt B., Jauncey M., van Beek I., Lodge M., Malpas G., et al. Broadening discussions of "safe" in hepatitis C prevention: a close-up of swabbing in an analysis of video recordings of injecting practice. *The International journal on drug policy*, 2008, vol. 19, n° 1 : p. 59-65.
- (19) Des Jarlais D.C., Casriel C., Friedman S.R., Rosenblum A. AIDS and the transition to illicit drug injection—results of a randomized trial prevention program. *British journal of addiction*, 1992, vol. 87, n° 3 : p. 493-498.
- (20) Hunt N., Stillwell G. Taylor C., Griffiths P. Evaluation of brief intervention to prevent initiation into injecting. *Drugs: education, prevention and Policy*, 1998, vol. 5, n° 2 : p. 185-194.

(Canada, Australie, Europe de l'Est, Asie centrale, etc.), le programme *Break the cycle (BTC)* (« Rompre le cycle de l'injection ») (20) s'adresse aux usagers injecteurs potentiellement initiateurs, pour les encourager à dissuader les non-injecteurs de commencer. Pragmatique, l'intervention est principalement fondée sur les aspects sociaux de l'injection :

- la plupart des personnes qui commencent à consommer des drogues ne pensent pas qu'elles s'injecteront un jour ;
- l'apprentissage de l'injection se produit en général au contact d'usagers qui injectent et qui en parlent ;
- les jeunes initiés demandent en général aux injecteurs de leur faire le premier *shoot* ;
- les injecteurs plus expérimentés se révèlent souvent réticents mais démunis face à ce type de requête ; ils sont peu préparés à y répondre.

À partir de ces constats, *Break the cycle* se fixe pour objectifs :

- d'encourager les injecteurs plus expérimentés à réfléchir à leur attitude par rapport à l'injection ;
- d'accroître chez eux la conscience des actions pouvant inciter les autres à commencer ;
- d'augmenter leur capacité à résister aux demandes d'initiation ;
- de les aider à mieux informer les candidats à l'initiation sur les dommages éventuels (physiques, infectieux, moraux, psychologiques, sociaux, légaux, etc.) de l'injection.

Pour en savoir plus :

Le programme *Break the cycle* ainsi que d'autres interventions innovantes (concernant aussi bien la prévention du passage à l'injection que les transitions de l'injection vers d'autres modes de consommation à moindre risque et les approches de réduction des risques à dimension éducative) ont été présentés par leurs promoteurs lors du séminaire « Injection de drogues : comment articuler prévention, éducation et réduction des risques ? » organisé par l'Inpes au mois de mars 2010. Pour consulter le compte rendu et les interventions de ce séminaire : www.inpes.sante.fr/index2.asp?page=10000/themes/drogues/seminaire-injection-RDR.asp

L'évaluation du programme à trois mois montre que l'intervention a permis de modifier les attitudes et comportements susceptibles d'influencer le comportement des usagers qui n'ont pas recours à l'injection (réduction des contacts avec les non-injecteurs, diminution du nombre d'injections devant un non-injecteur, adoption d'un discours plus dissuasif), et de réduire le nombre de demandes d'initiation, ainsi que le nombre d'initiations (20).

Anne Guichard

Chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, Direction des affaires scientifiques, Inpes,

Vincent Fournier

Chargé d'édition, Direction de l'information et de la communication, Inpes,

David Michels

Chargé d'études, Romain Guignard

Chargé d'études-statisticien, Direction des affaires scientifiques, Inpes.

1. Ces chiffres se rapportent à des usagers ayant injecté ou sniffé au moins une fois dans leur vie et fréquentant les dispositifs de prise en charge et de réduction des risques ou recevant des traitements de substitution aux opiacés.

2. Le partage de la paille de sniff et de la pipe à crack peut également être à risque de transmission du VHC. Selon l'enquête Coquelicot, au cours des douze derniers mois, 25 % des usagers de drogues pratiquant le « sniff » déclarent avoir partagé une paille et 81 % des usagers fumant du crack déclarent avoir partagé une pipe.

3. Expérimentée à partir de 1987 en France et inscrite depuis 2004 dans les politiques de santé publique, la réduction des risques est une démarche qui s'adresse aux consommateurs actifs de drogues. Elle privilégie des stratégies de soin et de prévention visant à limiter au maximum les risques sanitaires (infections, abcès, etc.) et sociaux (exclusion, précarité, etc.) liés à l'usage de substances psychoactives. Elle s'appuie sur plusieurs outils dont : l'accès au matériel stérile de consommation de drogues (en particulier d'injection) ; l'accès à des lieux de restitution du matériel de consommation de drogues ; l'accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO), l'accès à des lieux d'accueil et d'accompagnement.

Cet article s'appuie sur la revue de littérature, *Prévention de l'initiation à l'injection et transitions vers d'autres modes d'administration*, réalisée par l'Inpes et incluse dans l'expertise collective de l'Inserm sur la réduction des risques chez les usagers de drogues, dont la synthèse peut être consultée sur Internet : www.inserm.fr/content/download/12993/97898/file/synthese_reduction_risques.pdf

• COMMUNIQUÉ •

Education Santé

sommaire

n°259 septembre 2010

Initiatives

Prévention des IST/sida : une analyse commune pour l'action
Vladimir Martens

La santé spirituelle en questions : un séminaire en préparation à l'APES-ULg
Gaëtan Absil

1^{er} Rencontre internationale Femmes et Santé

Se dégager de la cigarette... en groupe
François Dekeyser
et Emilie Vanderstichelen

Pratiques communautaires et développement local

Réflexions

Les médias sociaux, une opportunité pour les organismes de santé ?
Pascale Dupuis

Stratégie

Quelques constats du Conseil supérieur de promotion de la santé
Chantal Leva

Le budget santé de la Communauté française en 2009
Christian De Bock et Didier Lebailly

Matériel

L'action communautaire en santé

Outil

Oh Lila !, sur le thème de la recherche d'aide et soutien

Vu pour vous
La série télé Mad Men et la pilule
Stéfaan Werbruck

Brèves

Education Santé est un mensuel, réalisé par le service Infor Santé – Mutualité chrétienne, avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé. Pour recevoir un exemplaire de ce numéro: education.sante@mc.be. La revue papier est diffusée par abonnement (gratuit) uniquement en Belgique. Pour consulter les articles parus dans la revue depuis 2001 et/ou télécharger la revue en pdf: <http://www.educationsante.be>

Les villes, au cœur de la santé des habitants

La période actuelle est marquée du sceau de la transition. Parmi les transformations du paysage institutionnel, l'installation des agences régionales de santé (ARS) et les modifications du financement des collectivités territoriales représentent des révolutions majeures pour tous les acteurs intervenant dans le champ de la promotion de la santé. Aussi, dans ces temps de mutation, faire un point sur l'expérience de la plus petite unité territoriale, la ville, nous a paru opportun. Les réseaux tel que le réseau français Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) permettent de mettre en exergue l'expérience capitalisée à l'échelon d'intervention le plus pertinent car de grande proximité avec les habitants dans une approche de santé globale. Historiquement, c'est la ville – et plus récemment l'Établissement public de coopération intercommunale (Epci) – qui permet de prendre en compte les caractéristiques des habitants, d'associer les citoyens, d'optimiser l'implication des élus et de bénéficier des savoir-faire des libéraux et des professionnels territoriaux de santé.

La ville, un lieu privilégié pour une approche de la santé globale

La santé ne fait pas partie des compétences légales des communes. Cette non-spécification ouvre légalement vers une très grande diversité des modes de prise en compte de la santé dans les politiques municipales. Pourtant, l'espace de la ville est celui qui permet le mieux d'appréhender la globalité des questions de santé et de mettre en évidence le fait que la santé ne se réduit pas à la maladie et aux soins mais prend également en compte les déterminants socio-environnementaux, autrement dit les paramètres qui conditionnent le bien-être et la qualité de vie.

En 1974, le Rapport Lalonde¹ avait identifié les principaux déterminants d'une conception globale de la santé. Ils sont regroupés en quatre grandes familles et interagissent : la

biologie humaine, l'organisation des soins, les comportements individuels et l'environnement social et physique de la personne. Les deux dernières catégories ont un impact majeur sur les inégalités sociales de santé. Rappelons que la première recommandation de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé dans son rapport de 2008, « Comblent le fossé en une génération », est d'améliorer les conditions de vie au quotidien ; ce qui nous conduit à centrer ce numéro sur l'expérience développée par les villes. En effet, les enseignements tirés des expériences municipales confortent l'idée que la clé de voûte de l'efficacité d'une politique territorialisée de santé se trouve dans les facteurs concrets suivants : les conditions de logement (et implicitement son poids dans le budget des ménages), une politique de transports adaptée, les possibilités d'épanouissement, de la petite enfance jusqu'au bien-vieillir en passant par l'emploi et les conditions de travail. La ville apparaît comme créatrice d'environnements favorables à la santé qui renforcent d'autant la capacité de l'habitant à construire son avenir. Ce n'est donc pas sous l'angle de la santé versus maladie mais bien sous celui des conditions de vie des populations que ce numéro est organisé.

Quelques déterminants de santé à l'échelle d'une ville

Nous avons choisi d'interpeller différents acteurs de la ville pour qu'ils répondent, à partir de leur expérience, à une question :

Dossier coordonné par **Christine César**, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, direction de l'animation territoriale et des réseaux (Dater), **Florence Rostan**, chargée de mission en éducation pour la santé (Dater), Inpes, en collaboration avec **Zoë Heritage**, chargée de mission, Réseau français des Villes-Santé de l'OMS.

« Que peut faire une ville pour le bien-être de ses habitants ? » À côté de thèmes qui semblent « naturellement » liés au bien-être et à la qualité de vie dans le cadre d'actions municipales, comme l'habitat et l'aménagement, d'autres thèmes paraissent ne pas relever de la responsabilité des villes mais donnent de plus en plus lieu à des politiques effectives dans la ville : il s'agit de la santé mentale, du travail, de la petite enfance, moment privilégié pour contrer les effets délétères de certains déterminants de santé.

La première partie de ce dossier dresse un historique de la prise en compte de la santé dans la politique de la ville. Dans sa seconde partie, ce dossier présente des programmes et initiatives mis en œuvre, en France, dans différentes villes et communautés d'agglomération. Enfin, des ressources documentaires sont réunies dans un « Pour en savoir plus ».

Christine César
Florence Rostan

en collaboration avec le Réseau français
Villes-Santé de l'OMS

1. En 1974, Marc Lalonde, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada, a publié un rapport intitulé « Nouvelle perspective de la santé des Canadiens ». Ce rapport est l'un des premiers préconisant une politique publique prenant en compte les déterminants de la santé. S'y trouvent inclus les déterminants relatifs à la biologie humaine, à l'environnement, aux habitudes de vie et à l'organisation des soins de santé.

Illustrations : **Antonin Rêveur**



Villes et santé : une rétrospective historique

Comment, à partir du XIX^e siècle, les villes ont-elles géré la santé de leurs habitants ? Faouzia Perrin présente une rétrospective historique des dispositifs progressivement mis en œuvre : hôpitaux placés sous la responsabilité des villes à la fin du XIX^e siècle, création de services d'hygiène publique (médecine sociale mais aussi assainissement urbain), dispensaires antituberculeux. Au fil du XX^e siècle, les villes ont progressivement pris une part prédominante dans le dispositif de santé. À partir de 1983, les services communaux d'hygiène et de santé rassemblent souvent ces actions. La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » de 2009 devrait renforcer la collaboration État-villes en instituant les contrats locaux de santé.

La France présente de multiples paradoxes en santé dont un, peu mis en exergue jusqu'à présent et que Didier Tabuteau pointe dans son analyse du système de santé (1), est que notre système s'est construit sans l'État en tant qu'acteur du système, cette absence étant la plus marquée d'Europe, alors même que notre pays est caractérisé par son jacobinisme et son colbertisme. Il y eut cependant, avant les Trente Glorieuses du système de santé (1945-1975) (2), une présence de l'État sur les questions de santé : en 1920, la santé publique fut en effet consacrée cause d'État avec la création d'un ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale qui sera dissout en 1924 pour réapparaître définitivement à partir de 1930. À cette époque et dans ce domaine, d'importantes compétences ont été déléguées aux villes par l'État.

Nous prendrons comme canevas pour cette rétrospective les trois périodes dans l'évolution de la santé des peuples que le sociologue et professeur de santé publique, Michel Manciaux, identifie et qui correspondent à trois étapes de l'évolution de la médecine et de la construction du système de santé (3).

Première période : jusqu'à la moitié du XIX^e siècle, la médecine était impuissante, la maladie universelle, la protection individuelle face aux risques de l'existence reposait alors sur la pré-

voyance, la bienfaisance et les solidarités « communautaires » (familiales, professionnelles, etc.) ; la commune était un des espaces de cette solidarité.

Deuxième période ouverte par l'ère pasteurienne à la fin du XIX^e siècle : la première forme d'intervention en santé à l'origine de la médecine moderne, l'hygiène publique et la santé publique. Les villes sont alors doublement concernées par la santé publique. Elles sont un lieu de densité de population, ayant pour corollaire la question de la salubrité publique, et un lieu de développement des inégalités sociales de santé accompagnant l'industrialisation, mises en évidence par plusieurs études dont l'auteur le plus connu fut Villermé.

Troisième période : l'essor de la médecine curative individuelle, dans les années 1930, permet le développement de notre système de santé, tirant sa puissance des progrès scientifiques et techniques, et financé par la généralisation de la protection sociale.

Les villes, l'hôpital public et la santé publique

Un ouvrage de Thierry Fillaut retrace l'histoire du système de santé en France depuis 1880 (4). Il aborde très largement le volet des hôpitaux. Ceux-ci, au début de la Troisième République, ont une vocation sanitaire et sociale ; dédiés aux indigents, ils sont placés sous la respon-

sabilité des communes. La loi du 16 vendémiaire an V (7 octobre 1796) dispose que « les établissements hospitaliers sont des établissements communaux placés sous la surveillance d'une commission administrative ». La loi du 7 août 1851, dans son article 1, fait obligation à chaque hôpital de recevoir tout individu privé de ressources, tombé malade dans la commune qui relève de cet hôpital. La loi du 21 mai 1873, modifiée par la loi du 5 août 1879, fixe la composition des commissions administratives dont le maire assure de plein droit la présidence.

Durant la Troisième République, se développent l'hygiène publique (dont notamment l'assainissement urbain), la médecine sociale (protection des mères et enfants en bas âge, lutte contre la tuberculose) et une législation couplant assistance et santé publique. Les villes y prennent aussi une part prédominante. La loi du 15 juillet 1893 dispose que tout Français momentanément privé de ressources peut recevoir à domicile ou à l'hôpital les soins dont il a besoin ; les frais engagés devant être payés par les communes. Ce droit sera élargi aux infirmes, aux vieillards et incurables en 1905 et aux femmes en couches en 1913.

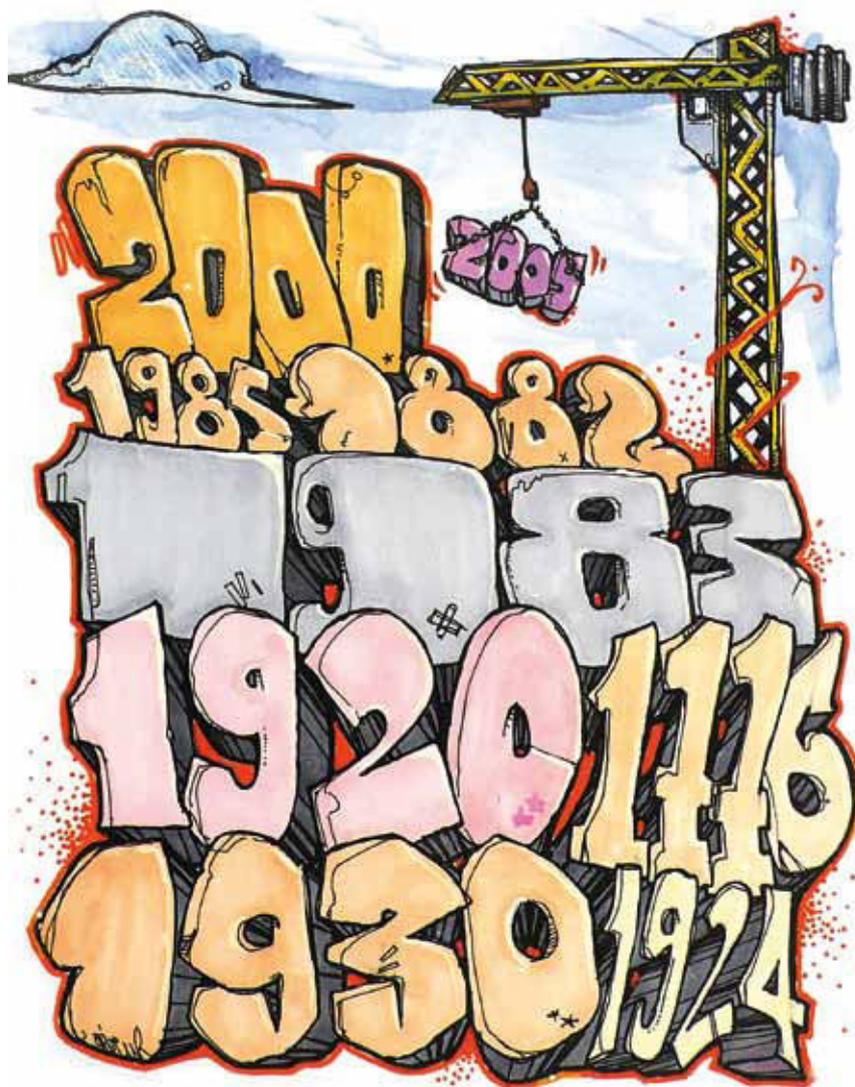
La loi du 15 février 1902, seule loi de santé publique du XX^e siècle, qui a jeté les bases et structuré l'hygiène publique,

confie l'essentiel des responsabilités en matière de police sanitaire aux communes. Elle pose la création des dispensaires antituberculeux et antivénéériens et l'obligation pour les villes de plus de vingt mille habitants d'être dotées d'un bureau d'hygiène. De plus, de grandes villes créent, dès cette époque, des services municipaux de santé scolaire, souvent intégrés aux bureaux d'hygiène. À Grenoble par exemple, le bureau d'hygiène, créé le 2 décembre 1882, est chargé sur le territoire de la commune de la direction et de la surveillance de toutes les affaires intéressant l'hygiène, la salubrité et la protection de la santé publique, même relevant d'autres services¹ (art. 3). Il a sous sa responsabilité un service de santé scolaire, créé en 1924, dont cinq médecins radiologues des écoles, un service d'hygiène de salubrité et de lutte anti-vectorielle, un dispensaire antivénérien municipal et une clinique dentaire scolaire municipale.

Services communaux d'hygiène et centres de santé : l'engagement renouvelé des villes

Plus de cinquante ans plus tard, les lois de décentralisation de 1983 feront évoluer les bureaux d'hygiène en services communaux d'hygiène et de santé facultatifs. La loi a cependant laissé la possibilité aux communes qui assumaient cette responsabilité au moment du vote de continuer à l'exercer à titre dérogatoire. L'arrêté de 1985 reconnaît deux cent huit communes qui continuent d'exercer cette responsabilité.

Sous l'autorité du maire, sous la responsabilité d'un médecin et sous la tutelle de l'État qui en assure le financement par une dotation annuelle de fonctionnement, les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) exercent les missions d'hygiène publique (hygiène de l'habitat, de l'espace urbain, hygiène alimentaire des aliments remis au consommateur par les restaurateurs et ventes à emporter, eau, bruit, vaccinations) et de protection de la santé (observation, prévention, éducation pour la santé). Ils constituent un appui pour le développement d'actions de santé dépassant le cadre légal de leurs missions. Par exemple, à Grenoble, l'actuel service « Hygiène salubrité environnement » porte ou relaie des actions en santé environnementale comme le suivi



d'études ou d'expérimentations concernant la problématique des ondes électromagnétiques ou sur la qualité de l'air intérieur. De plus, une douzaine de villes conserve encore aujourd'hui un service municipal de santé scolaire intervenant dans les écoles primaires, souvent associé à une délégation du conseil général pour les missions de la PMI à l'école maternelle. De nombreuses villes contribuent par ailleurs aux objectifs de l'État en matière de réussite éducative sur le volet santé.

L'État dut faire face, dès les années 1970, à de forts enjeux secouant le système de santé, notamment les difficultés de financement et les problèmes d'accès aux soins, puis les crises sanitaires. Ceux-ci feront l'objet d'une législation abondante : lois hospitalières, création de la contribution sociale généralisée (CSG) en 1991, plan Juppé en 1995, loi sur la sécurité sanitaire en 1998, loi de 2002 sur les droits des malades, etc. Bien

que sans nouvelle reconnaissance légale de compétences en santé, certaines communes, notamment les grandes villes, entreprendront des actions volontaristes s'inscrivant à côté de l'interventionnisme d'État survenu après les Trente Glorieuses du système de santé. Le choix français, conforté, dans les années 1950, d'une médecine ambulatoire libérale pose un problème de couverture du territoire. Pour pallier le manque d'offre de soins dans les quartiers urbains où la médecine libérale était déficitaire, des centres de santé ont été créés dans les années 1970 gérés par les communes, les associations caritatives et les mutualités.

Les centres de santé, dont les centres municipaux, ont un rôle spécifique mais subsidiaire dans le paysage sanitaire. Ce sont des établissements de soin ambulatoire agréés par le préfet de région ; assurant des activités de soins ouverts à tous, ils peuvent participer à des actions de

prévention, d'éducation sanitaire, de formation et de recherche². Ils accueillent un public majoritairement précaire. Les médecins y sont salariés. Ces centres sont financés principalement par l'Assurance Maladie sur la base des actes pratiqués dans le cadre d'une convention passée avec les caisses d'Assurance Maladie. Ils perçoivent une subvention de cette dernière égale à 9,7 % des salaires, mais l'équilibre de leurs comptes dépend du soutien financier de leur gestionnaire, notamment des mutuelles et des collectivités territoriales.

Régulièrement confrontés à des difficultés financières remettant en cause leur existence (5), ils bénéficient aujourd'hui d'une attention nouvelle dans le cadre de l'expérimentation de nouveaux modes de financement lancée par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie et le ministère de la Santé et des Sports pour les maisons de santé pluridisciplinaires. Même avec cette prise en compte tardive de formes d'exercice non traditionnelles, les collectivités restent fortement sollicitées pour soutenir cette offre de soins. Le cahier des charges des Maisons de santé pluridisciplinaires³ de l'Assurance Maladie précise d'ailleurs : « *Des sources de financement nécessairement complémentaires : (...) il importe que le projet soit soutenu par les différents acteurs institutionnels et notamment les collectivités territoriales comme les y autorise la loi⁴ (...) Un soutien ciblé et limité dans le temps : l'appui financier de l'Assurance Maladie. (...)* »

Vers une nouvelle gouvernance locale de la santé ?

C'est dans le cadre de la politique de la ville et non des politiques du système de santé/santé publique qu'un dispositif expérimental, les ateliers Santé-Ville (ASV), est institutionnalisé, à partir des années 2000⁵, pour faire face aux inégalités sociales de santé mises en évidence grâce aux travaux du Haut Comité de la santé publique (6). Les ASV ont permis de créer des dynamiques au-delà des cloisonnements traditionnels, de donner des outils aux villes pour élaborer leur politique de santé (lire l'article page 20).

Dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale (Cucs)⁶, il est précisé que l'ensemble des quartiers prioritaires de la politique de la ville devraient

compter un ASV. Les ateliers Santé-Ville ont été intégrés dans les plans régionaux de santé publique (PRSP) institués par la loi du 9 août 2004 sur la politique de santé publique. Ils se centrent sur les priorités stratégiques suivantes (définies par la circulaire du 4 septembre 2006) : connaissance et identification des besoins de santé, actions de prévention et de santé, accès au système de soins et de santé.

Adoptée l'été dernier, la loi « HPST » (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires), parfois qualifiée de loi de gouvernance hospitalière régionale d'État, n'en nomme pas moins les collectivités locales comme acteurs de santé à travers la possibilité de signer des contrats locaux de santé.

Cette reconnaissance va de pair avec un rôle croissant des collectivités territoriales en santé, notamment les villes. Elles détiennent des leviers importants sur la santé à travers l'ensemble de leurs compétences, notamment sociales mais aussi urbaines. Elles sont des relais locaux pour les politiques territoriales de santé. Elles sont au carrefour du besoin, de la demande et de la réponse, clés de l'efficacité en santé publique. L'implication des villes en santé, leur réflexion sur les problèmes de santé ont conduit quelques villes, en 1987, à créer le réseau français des villes OMS⁷. Soixante-dix villes ont rejoint aujourd'hui ce réseau (lire les articles pages 19 et 20).

L'Inspection générale des affaires sociales soulignait que le concept de promotion de la santé a peu pénétré la politique nationale de santé (7). Les contrats locaux de santé, la configuration décloisonnée des agences régionales de santé (ARS), pourraient être des vecteurs d'intégration de cette nouvelle approche de la santé publique qu'ont développé les villes, *via* notamment le réseau français des villes OMS, dans la politique de santé.

Faouzia Perrin

Médecin-directeur,

Direction santé publique

et environnementale, ville de Grenoble.

1. Règlement du Bureau d'hygiène de la ville de Grenoble, délibération du conseil municipal du 16 juillet 1948.

2. Loi du 5 juillet 1991.

3. Financement autorisé par la loi de financement de l'Assurance Maladie du 21 décembre 2006. Pour en savoir plus, voir le rapport « Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement » par J.-M. Juilbard, B. Crochemore, A. Touba, G. Vallancien, remis en janvier 2010 à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, Madame Fadela Amara, secrétaire d'État à la Politique de la ville, monsieur Hubert Falco, secrétaire d'État à l'Aménagement du territoire. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000029/index.shtml> [dernière consultation le 19/08/2010]

4. Extrait du document Cnamts/DDGOS/Das/DCES&DEP : Maisons de santé pluridisciplinaires – Conditions d'éligibilité à des soutiens financiers ; la loi visée par ce texte est la loi du 23 février 2005 sur les territoires ruraux.

5. Décision du Comité interministériel des villes du 14 décembre 1999, reprise par une circulaire du 13 juin 2000. Deux expérimentations pilotes ont été ensuite lancées en 2001. Inscrits dans les contrats de ville 2000-2006.

6. Décision du Comité interministériel des villes et du développement social urbain du 9 mars 2006.

7. <http://www.villes-sante.com>

► Références bibliographiques

- (1) Tabuteau D. *Dis, c'était quoi la Sécu ? Lettre à la génération 2025*. La Tour d'Aigues : éditions de l'aube, coll. Aube poche, 2009 : 88 p.
- (2) Barbier J.-C., Theret B. *Le nouveau système français de protection sociale*. Paris : La Découverte, coll. Repères n° 382, 2004 : 124 p.
- (3) Manciaux M. La santé publique. Histoire et modernité [Édito]. *La lettre Santé et Société de la SFSP*, 1997, n° 11 : p. 1.
- (4) Fillaut T. *Le système de santé français 1880-1995 (aide-mémoire)*. Rennes : ENSP, 1997 : 78 p.
- (5) Abergel G., Girod de l'Ain M., Wizenberg D. Comment financer les centres de santé ? *La Gazette Santé Social*, février 2006, n° 116 : p. 6-8.
- (6) Haut Comité de la santé publique. Avis sur les orientations stratégiques. Le paradoxe français. In : *La santé en France en 2002*. Paris : La Documentation française, 2002 : p. 17-44. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000152/index.shtml> [dernière consultation le 19/08/2010]
- (7) Inspection générale des affaires sociales. *Rapport annuel 2003. Santé, pour une politique de prévention durable*. Paris : La Documentation française, 2003 : 399 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000331/index.shtml> [dernière consultation le 19/08/2010]

La ville, niveau pertinent pour structurer une politique de santé

Territoire de la vie quotidienne et des relations sociales, la ville est un niveau pertinent pour organiser la santé. Stéphane Tessier, médecin de santé publique, décrypte l'organisation et la prise en charge des questions de santé au niveau communal. Si toutes les grandes villes ont une équipe de professionnels généralement réunis en un service communal d'hygiène et de santé, chaque commune façonne sa propre politique ; certaines, les plus volontaristes, ont créé des centres municipaux de santé ou des structures offrant des services de prévention et de promotion de la santé. Toutefois, l'essentiel des décisions ne relève pas du niveau communal et la ville n'a pas les moyens de pallier les carences des autres niveaux décisionnels.

Au-delà de sa représentation de concentration humaine, la ville en tant que territoire reste porteuse d'une forte puissance symbolique. On aurait tort de la balayer au nom d'une mondialisation ou de nouvelles techniques de communication qui abraseraient les distances. Si les sources de cette force sont multiples, elles gravitent toutes autour de la notion de proximité physique qui rend possible l'humaine sensorialité, le voisinage affectif, le partage d'espaces de vie favorables ou défavorables à la santé, le suivi dans le temps de l'évolution des personnes et de leur famille, bref la rencontre au quotidien. Par ailleurs, la ville demeure le premier territoire d'engagement citoyen et de mobilisation d'énergie collective.

Le père et le maire

Anthropologiquement, le (ou la) maire incarne l'autorité du groupe humain. Tèl l'Abraracourcix du village gaulois, c'est à lui que l'on s'adresse lorsque surgit un conflit ou qu'émerge un besoin. En témoigne la diversité des courriers qui lui sont adressés par ses administrés. Ces doléances multiples, au contenu parfois baroque, se situent généralement en dehors de ses attributions, mais le maire a pour devoir d'y répondre. C'est lui et son équipe que l'on interroge dans la presse lorsque survient une catastrophe sur son territoire ; c'est lui qui enregistre les actes fondateurs de la vie : naissance,

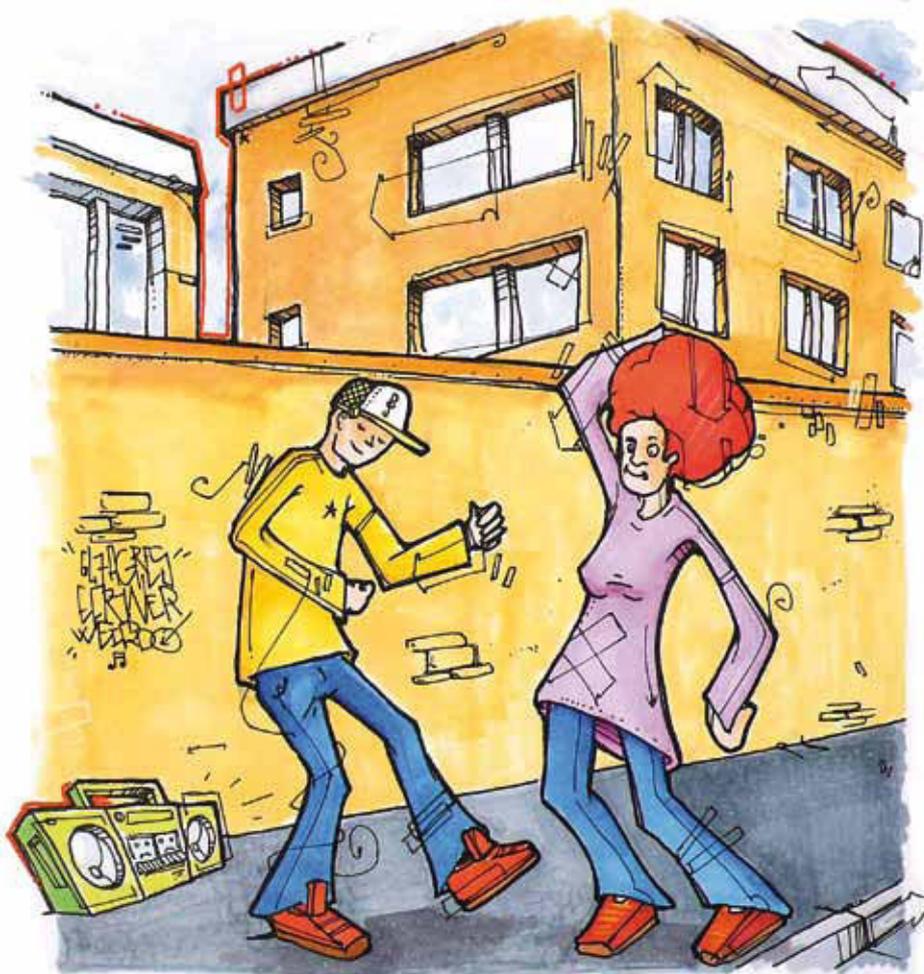
mariage, décès ; c'est lui qui propose les services aux différents âges (petite enfance, vacances, maison de retraite, etc.) ; c'est lui qui se mobilise et agit au nom de son territoire et de ses administrés pour les emplois, l'entretien de la route ou le développement du parc de loisirs, etc. Le maire, comme tout bon chef de clan, est donc omniprésent et sollicité à tous les instants. Politiquement, il incarne le seul niveau de pouvoir où l'autorité peut être approchée, littéralement touchée de façon régulière en côtoyant et en serrant les mains de ses administrés au cours des multiples cérémonies ou rituels d'état civil qui scandent la vie quotidienne. Car au-delà de ce niveau communal, le pouvoir plonge souvent dans une abstraction à l'obscurité croissante.

La ville reste la dernière collectivité décentralisée dont le statut de « compétences générales » n'est pas remis en cause, à l'inverse des départements et des régions qui voient leurs attributions contestées dans le cadre de la loi de décentralisation encore en débat, au profit de « compétences exclusives », c'est-à-dire de limiter leurs capacités d'action politique à quelques secteurs déterminés. Le maintien de la compétence générale de la ville signifie que, dans la mesure de ses moyens et de la légalité, le maire peut choisir d'agir sur tous les secteurs de la vie de ses administrés.

On ne peut donc ignorer le poids symbolique de ce pouvoir de proximité qui explique, en grande partie, l'attachement viscéral des Français à leurs trentesix mille communes, régulièrement taxées d'archaïsme mais encore bien vivantes. De fait, le législateur prend acte de cette proximité en confiant au maire la délégation des procédures d'hospitalisation psychiatrique d'office en cas de « danger imminent » sur le territoire de sa commune, mais aussi « à défaut, par la notoriété publique »¹ dont, en filigrane, il est estimé comme étant la seule personne à même de trier entre pétition calomnieuse et réel danger ; ce qui, dans les grandes villes, peut poser la question de la réalité d'une connaissance aussi personnalisée des administrés qui permettrait d'éclairer cette décision.

L'appartenance

La ville est un espace géographique concret, lieu d'exercice par excellence du lien social, porteur de solidarités entre habitants, qui, répétées jour après jour – dans les échanges de services et de coups de main – construisent un lieu auquel on se sent appartenir, dans une dimension de sa propre construction identitaire. La construction territoriale d'identité peut être aussi source de malentendus dans le cas où les autorités locales caractérisent certaines populations en mobilisant des concepts pièges comme « cité », « bandes de jeunes »,



« quartier », etc. En effet, le plus souvent, le sentiment d'appartenance à la ville dépasse la dimension réductrice de la « bande de jeunes » pour se construire un monde à soi, comme en témoigne l'usage de plus en plus important des codes postaux – qui prennent toute la commune en compte et ne se limitent donc pas aux « quartiers » – dans les tags qui marquent les territoires de ces jeunes. Reconnaître positivement cette soif d'appartenance dans un espace partagé par les moins jeunes, puisque le code postal est transgénérationnel, permettrait de leur reconnaître une place à part entière dans le tissu géographique urbain.

Santé : une mission variable

La mécanique institutionnelle d'une mairie est complexe et peut varier considérablement d'une commune à l'autre. Schématiquement, elle mobilise une dualité de pouvoir en permanente collaboration-interaction : les élus et l'administration communale. Dans une démocratie, les élus constituent l'armature du dispositif de décision. Ils ont rédigé un programme, reçu l'onction du suffrage

universel et sont investis de la légitimité politique pour agir.

Le maire, une fois son équipe constituée, définit le périmètre des délégations et les confie, dans un ordre de préséance établi, à ses colistiers. L'existence d'une délégation à la santé n'est pas constante puisque les actions municipales en la matière ne sont, en dehors de certains cas spécifiques, pas obligatoires. Lorsque cette délégation existe, son libellé et son périmètre varient. Ici, elle est associée aux « sports, prévention et action humanitaire », là aux « jeunes, famille, seniors, handicapés », là encore aux « solidarités » ou « action sociale et personnes âgées », ailleurs elle est isolée en « prévention santé », etc.

La combinaison des missions n'est pas anodine car, au-delà de la transversalité qu'elle permet, elle accroît la charge de travail de l'élu qui devra partager son énergie entre les différents thèmes cités. Le rang de l'adjoint en charge de la santé dans la liste des élus joue aussi un rôle important, car il traduit dans la préséance l'ordre de prio-

rité des délégations. Au-delà du geste politique donnant plus ou moins de poids à la santé, l'activité, par nature transversale, doit mobiliser les autres délégations (sports, jeunesse, voirie, personnes âgées, enfance, éducation, etc.). Selon sa place dans la hiérarchie des adjoints, la requête de l'élu à la santé sera reçue avec plus ou moins de bienveillance. La décision de création, de délimitation du périmètre et de hiérarchisation du rang de l'adjoint en charge des questions de santé aura donc un fort impact sur toute la dynamique santé que la ville pourra mettre en place. Ces décisions font l'objet de laborieuses tractations en amont et en aval des élections. Certains élus, de par leur parcours professionnel, ont des compétences en santé, d'autres la découvrent entièrement ; l'essentiel pour ces derniers est de parvenir à faire passer l'intérêt général de la ville avant leurs expériences personnelles de santé, aussi douloureuses soient-elles.

Les politiques municipales sont mises en œuvre par une administration composée de professionnels. Les villes qui ont opté pour le développement de la santé ont généralement mis en place des services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), axés principalement sur les questions de salubrité qui existent dans certaines villes (deux cent huit reconnus par l'État en 2004², en réalité beaucoup plus) et se sont substitués aux bureaux municipaux d'hygiène. Certaines communes volontaristes se sont dotées de dispositifs de soins : les centres municipaux de santé, autrefois appelés dispensaires ; souvent, les professionnels de ces centres de santé sont sollicités pour mettre en œuvre des actions de prévention.

D'autres villes se sont dotées de services de santé publique indépendants des centres de santé (dans le cadre ou non des SCHS), assurant à part entière des missions de prévention et de promotion de la santé reposant sur l'articulation avec tous les professionnels concernés. Cette configuration est la plus propice pour mettre en œuvre une politique globale de santé mobilisant les différents champs d'activité concernés et se déconnectant du soin immédiat. Quelles que soient leurs thématiques, les actions doivent tendre à créer une dynamique positive de mise en synergie de toute l'administration communale.

Un exemple de coopération : la grippe H1N1

L'épisode de 2009-2010 fut un exercice grandeur nature de mobilisation transversale des communes, avec un certain nombre d'effets positifs qui n'étaient sans doute pas recherchés au départ. Ainsi, le plan de continuité exigeait un tri des missions des uns et des autres, et de choisir celles pouvant être abandonnées en cas d'effectif réduit de moitié. Cela concernait les personnels communaux mais aussi les professionnels du soin en ville. Les actions concernaient toutes les activités de la vie quotidienne, par exemple l'approvisionnement en plateaux repas des personnes isolées, en passant bien entendu par le soin. L'aspect « multifonction » de proximité de la ville a été ainsi mis en exergue. L'exercice a suscité une reconnaissance mutuelle de tous les acteurs avec une analyse des fonctions, de leur hiérarchisation et des alternatives envisageables, sur laquelle ont pu se bâtir de nouvelles coopérations.

L'organisation de la campagne de vaccination a, de son côté, permis une collaboration avec des acteurs généralement peu concernés par la santé – personnels des équipements communaux, de gardiennage, ensemble du personnel administratif – et qui ont été parties prenantes.

Enfin, les procédures de décisions d'éviction des enfants ou de fermeture d'équipements dans les dispositifs d'accueil collectif (crèches, centres de vacances), en impliquant étroitement les familles et les personnels éventuellement exposés, particulièrement les femmes enceintes, a instauré une nouvelle façon de dialoguer entre familles et professionnels. Autant de croisements qui ont permis, aux endroits où la dynamique fut positive – ce qui n'a pas toujours été le cas –, de mutualiser les moyens, de mettre en synergie les compétences diverses, bref de faire de la transversalité opérationnelle.

Conclusion

De nombreuses actions des villes peuvent avoir un impact sur la santé (NDLR : voir les autres articles de ce dossier) : les déterminants de l'environnement (voirie, habitat, etc.), la proximité de quartier (ateliers Santé-Ville), le lien et la mise en réseau avec les divers professionnels, la veille et l'analyse des données de santé, etc. L'objectif principal est de mettre à profit la puissance

symbolique du territoire, la proximité, pour mobiliser les énergies autour d'une thématique qui fait naturellement consensus : la santé. Chaque commune est spécifique, chaque groupe d'habitants a ses attentes et ses désirs. L'objectif est donc de permettre à ces attentes et désirs de s'exprimer et de construire une réponse politique globale et adaptée.

En contrepoint de cette vision positive, il faut souligner que l'essentiel des décisions fondamentales en matière de santé ne relève pas du niveau communal (protection sociale, accès aux soins des plus démunis, répartition de l'offre hospitalière, politique environnementale, etc.). Et que la ville n'a pas les moyens de pallier les carences des autres niveaux décisionnels. Par ailleurs, les limites de l'exercice sont celles de toute action humaine, potentiellement soumise à des rivalités et à des enjeux de pouvoir comme dans tout autre secteur d'activité, quelles que soient les procédures mises en place. La complexité de l'organisation politique et administrative de la ville, l'importance de son rôle symbolique, sa proximité avec les gens et l'obligation d'adapter les prestations au plus proche de leurs aspirations et besoins, font que la subjectivité humaine règne – encore et heureusement – en maître. Les qualités relationnelles sont les premières compétences à mobiliser. La pérennité d'un tel dispositif est aussi liée à celle de ses acteurs, leur remplacement provoquant souvent une rupture ; pour s'en prémunir, la dynamique doit réussir à s'élargir à de multiples partenaires aux échéances différentes qui assureront le relais en cas de « passage à vide ». De plus, les échéances électorales peuvent être un butoir pour toute initiative ; c'est le principe même de la démocratie locale : toute orientation politique en matière de santé peut être modifiée du fait d'un changement d'équipe municipale. Dans ces conditions, seuls les résultats tangibles obtenus collectivement par les acteurs de terrain peuvent permettre d'installer une dynamique pérenne.

Stéphane Tessier
Médecin de santé publique,
Association Regards.

1. Article 3213-2 du Code de la santé publique.
2. Laurand G., Rousset Y., Vernerey M. Évaluation des actions confiées par l'État aux SCHS. Rapport Igas 2004/146.

équilibres

Une lettre d'information mensuelle pour tout savoir sur l'actualité de la prévention et de l'éducation pour la santé

numéro 64 octobre 2010

équilibres

LA LETTRE DE LA PRÉVENTION ET DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Transversalité

ÉVÉNEMENT Promouvoir l'allaitement en France

Les initiatives de loi ont permis de créer une nouvelle loi de santé publique... (text truncated)

Recommandation et plan d'action

Le 10 octobre 2010, l'Assemblée nationale a adopté la loi relative à la promotion de l'allaitement maternel... (text truncated)

Conclusions et perceptions

La loi relative à la promotion de l'allaitement maternel a été adoptée en juillet 2010... (text truncated)

Accompagnement et information

L'objectif est de développer des actions de soutien et d'accompagnement... (text truncated)

FOCUS Accord-cadre entre la MGEN et l'Inpes

Le 9 septembre 2010, la Mutualité générale de l'Éducation nationale (MGEN) et l'Institut national d'éducation pour la santé (Inpes) ont signé un accord-cadre... (text truncated)

RECOMMANDATIONS Accompagner les futurs parents

Un accompagnement de qualité est essentiel pour les futurs parents... (text truncated)

Abonnez-vous gratuitement !

www.inpes.sante.fr



Entretien avec Valérie Lévy-Jurin, présidente du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS en France, adjointe en charge de la santé, mairie de Nancy

« Placer la santé au cœur des politiques de la ville »

Soixante-dix villes françaises font partie du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. Ce réseau travaille de façon prioritaire sur les grands déterminants de santé – urbanisme, logement, transports – pour améliorer la qualité de vie et le bien-être de la population, dans une optique d'approche globale de la santé. Valérie Lévy-Jurin, présidente de ce réseau, souligne que la santé doit irriguer l'ensemble des politiques de la ville.

La Santé de l'homme : Vous présidez le Réseau français des Villes-Santé en France, en quoi la santé est-elle aussi l'affaire des villes ?

Le Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé, regroupement de villes, considère que les territoires urbains sont des échelons pertinents d'intervention sur la santé. À l'origine, trois villes françaises – Rennes, Nancy et Montpellier – décident en 1986 de répondre à un appel de l'OMS. Elles adoptent alors le concept de « santé pour tous » en décidant d'agir notamment sur la protection de l'environnement, la justice sociale et la participation du citoyen. À partir de là s'est créé le réseau français. Devenu une association en 1990, il rassemble aujourd'hui plus de soixante-dix collectivités de taille moyenne ou grande, engagées dans le domaine de la santé. La santé, si l'on raisonne en termes de soins, n'est pas considérée comme une compétence directe pour une ville ; mais en termes de bien-être, de recherche de qualité de vie, d'équité, de solidarité, de vivre ensemble, ces objectifs – qui dépendent souvent très directement de décisions prises au niveau local – sont des facteurs de santé pour chacun. Le Réseau français des Villes-Santé est un engagement des maires qui disent « la santé, cela nous regarde aussi », car prendre soin de nos concitoyens fait partie de notre devoir.

S. H. : Comment abordez-vous cette notion de santé pour tous ?

La santé ne dépend pas de facteurs personnels d'ordres biologique et psychologique. D'autres « déterminants de santé » – les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales – interviennent fortement sur la quête

du bien-être. C'est essentiellement sur ces déterminants qu'une ville peut agir. Un élu municipal en charge de la santé se doit de travailler dans la transversalité, avec les autres délégations. Son action ne se borne pas à la seule organisation de la Journée sur le diabète ou sur l'ostéoporose. Il travaille avec ses collègues et essaye d'irriguer cette attention dans toutes les politiques. Il doit aussi être à l'écoute de ses concitoyens, mettre en place des instances de concertation et se fixer des objectifs.

S. H. : Par exemple ?

L'organisation des transports sur un territoire peut être tout autant productrice de stress que de confort, d'ennui et de pénibilité que de satisfaction et de tranquillité. Agir sur les transports, c'est prendre en compte des notions aussi diverses que l'efficacité, le confort et le service rendu, la sécurité, la manière dont les horaires sont pensés. C'est aussi le bruit, l'air, la pollution, la fatigue, etc. Bien entendu, si cette organisation est réfléchie en amont, appréhendée sous le prisme de la santé, de la recherche du maximum de bien-être pour l'usager, une politique pertinente peut alors se mettre en place. Une politique, en lien avec les usagers, qui vise la réduction des inégalités sociales, pour tous. À commencer par l'employé qui habite loin, travaille avec des horaires décalés et devra, en outre, bénéficier d'une sécurité dans ses déplacements.

S. H. : La politique des transports est une compétence territoriale. Quelles sont vos priorités d'action dans ce domaine ?

Les problèmes de mobilité doivent avant tout être appréhendés en terme d'équité. Il s'agit entre autres de garantir à tous une accessibilité optimale, une qualité renforcée des conditions de transport, une exposition moindre aux pollutions. Le soutien à des politiques novatrices dans ce domaine fait partie des priorités de notre réseau. Mais agir sur la santé via l'organisation des transports, c'est aussi réfléchir à la promotion de l'activité physique, aux mobilités douces telles que le vélo, la marche, etc. Il ne s'agit pas de condamner l'usage de la voiture, mais d'offrir d'autres possibilités de déplacement. En ville, l'installation d'une signalétique qui vous informe sur les temps de

trajet à pied, en vélo, bus ou tramway, peut être un dispositif incitatif permettant au citoyen d'organiser différemment son déplacement et d'en tirer un bénéfice pour sa santé.

S. H. : Outre les transports, quels sont les autres déterminants de santé sur lesquels les villes ont une influence ?

L'urbanisme et l'habitat sont des secteurs sensibles pour créer du bien-être au profit de la population. Ainsi, de nombreuses municipalités expérimentent des habitats adaptés aux personnes âgées avec des espaces privés et d'autres ouverts, permettant à cette population de garder un territoire propre mais de profiter d'une convivialité et de services adaptés ; à souligner que ces expériences n'ont rien de commun avec les appartements thérapeutiques. Parmi ces expériences en cours, la maison des « Baba-Yaga » ouvre la voie à un espace de vie pour les femmes retraitées (NDLR : avec un studio individuel et de vastes espaces communs, située à Montreuil en Seine-Saint-Denis).

S. H. : Constatez-vous un intérêt croissant de la part des municipalités pour la mise en place d'une politique « Villes-Santé » ?

Ce concept est incontestablement dans l'air du temps. L'action municipale transversale croisant des compétences au service du bien-être de nos concitoyens intéresse beaucoup d'élus. Et la population exprime une très forte demande sur cette thématique de la santé. Par ailleurs, la médiatisation de la concurrence entre territoires, le classement des villes où il fait bon vivre, la recherche d'une meilleure qualité de vie rendent ce concept particulièrement d'actualité. La santé s'apprécie comme un indicateur. Il y a donc un mouvement dans de nombreux territoires pour que cette démarche soit organisée au niveau de la collectivité. L'attention aux plus fragiles – du fait de l'âge, de la précarité – se porte sur les conditions de logement, de déplacements, d'accès aux loisirs, etc. Le bien-être de la population suscite réflexions et actions. Au final, il s'agit bien de placer la santé au cœur des politiques publiques locales.

Propos recueillis par Denis Dangaix

Réseau européen des Villes-Santé de l'OMS : 1 300 membres dans 29 pays

Après la signature de la charte d'Ottawa sur la promotion de la santé en 1986, le Bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a engagé de nouveaux partenariats, en particulier pour œuvrer en direction des populations les plus fragiles. Souhaitant aller au-delà du travail déjà initié avec les professionnels du soin, l'OMS a créé un réseau regroupant élus et techniciens des municipalités ; l'objectif est de mettre en place des politiques locales favorisant une approche positive et large, donc globale, de la santé et luttant contre les inégalités.

Actuellement, le réseau européen des Villes-Santé de l'OMS compte environ mille trois cents communes adhérentes (vingt-neuf pays couverts au total, en Europe ainsi qu'en Turquie et en Russie). Quarante-vingt-dix d'entre elles sont davantage impliquées comme « villes pilotes » de l'OMS (en France, il s'agit de Dunkerque, Grasse, Nancy, Nantes et Rennes). En 2008,

dans sa déclaration dite de Zagreb, le réseau a défini ses principaux thèmes d'action jusqu'en 2013 (*lire l'encadré ci-dessous*). Le concept central est de placer la santé dans toutes les politiques locales. Ainsi, par exemple, tout plan d'urbanisation devrait inclure une réflexion sur son impact sur la santé des populations. En outre, l'OMS préconise que toute politique locale comporte un volet de lutte contre les inégalités sociales de santé. Des synergies sont à mettre en place entre les Villes-Santé et les initiatives concernant le développement durable et l'Agenda 21, qui ont de nombreux principes en commun.

Dans certains pays comme ceux du nord de l'Europe et contrairement à la France, les municipalités ont des compétences explicites en santé publique. Par exemple, dans ces pays, les actions souvent portées en France par les comités départementaux d'éducation pour la santé relèvent des compétences des municipalités. Au Danemark, les Villes-Santé ont développé un axe fort de promotion de la santé sur les lieux de

travail. Aux Pays-Bas, la plupart des grandes agglomérations ont leur propre équipe d'observation en santé, pour mieux comprendre l'état de santé et les inégalités de chaque quartier, ce qui facilite la décision politique concernant les priorités locales de santé publique. En revanche, au Royaume-Uni et dans les pays du sud et de l'est de l'Europe, la plupart des politiques municipales d'amélioration de la santé demeurent des démarches volontaristes.

Les Villes-Santé pilotes élaborent des concepts pour expérimenter de nouveaux modes d'intervention et diffusent les innovations qui ont fait leurs preuves. La France fait partie du comité consultatif du réseau européen, élu par les municipalités et les réseaux nationaux accrédités ; ce comité définit avec l'OMS les thèmes prioritaires d'action pour les Villes-Santé.

Zoë Heritage

Chargée de mission,

Réseau français des Villes-Santé de l'OMS.

Déclaration de Zagreb :

« La santé dans toutes les politiques locales »

La Déclaration de Zagreb définit, pour la période 2009-2013, la stratégie d'intervention du réseau européen des Villes-Santé de l'OMS. Le thème général est la santé et l'équité en santé dans toutes les politiques locales, parce que la santé des populations ne dépend pas seulement des activités du secteur sanitaire, mais aussi, et dans une large mesure, des politiques et des actions menées dans d'autres secteurs.

1. Instaurer un contexte de sollicitude et de soutien

Une Ville-Santé est une ville pour tous ses citoyens. Elle prend en compte leurs divers besoins et attentes, y est sensible et y répond. Par exemple : les politiques en faveur des personnes vulnérables, des enfants, etc.

2. Une vie saine

Une Ville-Santé ménage les conditions et opportunités qui encouragent, permettent et favorisent les modes de vie sains dans les populations, quels que soient leur âge et leurs catégories sociales. Par exemple, les politiques sur la prévention des addictions, des maladies chroniques, des traumatismes.

3. Un environnement et un aménagement urbains respectueux de la santé

Une Ville-Santé offre un milieu physique et un environnement bâti qui encouragent, permettent et favorisent la santé, les activités récréatives et le bien-être, la sécurité, l'interaction sociale, l'accessibilité et la mobilité, un sentiment de fierté et une identité culturelle. Par exemple, des choix d'urbanisme favorables à la santé, la réduction de l'exposition à la pollution.

Z. H.

Deux colloques sur les villes et la santé

À signaler : deux colloques organisés en France qui vont aborder la question des villes et de la santé :

- **Territoire, travail et santé**, 10^e Colloque francophone des Villes-Santé de l'OMS, Montpellier, du 24 au 26 novembre 2010. Organisé par le S2D/Centre collaborateur de l'OMS. Programme et inscriptions : www.s2d-ccvs.fr

- **Ville, santé et qualité de vie**, Palais du Luxembourg, Paris, les 4 et 5 février 2011. Colloque organisé par la Société française de santé publique et le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. Il abordera plus particulièrement la santé liée à l'environnement urbain.

Pour en savoir plus :

<http://www.sfsp.fr> (puis rubrique « manifestations ») ou <http://www.villes-sante.com>

La santé dans la politique de la ville : une histoire et des perspectives

Ce n'est que depuis une douzaine d'années que la question de la santé est devenue centrale dans la politique de la ville. Catherine Richard, du Secrétariat général des comités interministériels des villes, explique comment la santé, consacrée comme l'une des priorités thématiques des contrats de ville, s'est appuyée sur les textes législatifs pour s'y intégrer et se développer *in fine*. Des anciens contrats de ville aux futurs contrats locaux de santé, l'implication politique des villes reste déterminante.

Le thème de la santé monte en puissance dans la politique de la ville à partir de 1990 avec le Plan santé-ville (1) qui couvre une première période jusqu'en 1996. Le bilan (2), mitigé, souligne la difficulté d'inscrire la santé dans la politique de la ville : la prise en compte de la santé reste marginale et les actions novatrices qui émergent ne sont pas pérennisées (3). Par ailleurs, la participation des plus démunis n'est pas suffisamment sollicitée dans ce plan. Deux avancées toutefois : d'une part, un début de mobilisation des acteurs et d'implication de professionnels de la santé par la création de réseaux de santé de proximité¹, d'autre part, les axes explorés font référence aux préconisations de la charte d'Ottawa de transformer les pratiques par la formation ; ce qui favorise une approche décloisonnée du social et du sanitaire, du préventif et du curatif.

Les thèmes qui structurent alors les projets de santé des contrats de ville s'inscrivent déjà dans l'accès aux soins, la promotion de la santé, la participation de la population, en s'articulant avec les contrats thématiques concernant la prévention de la délinquance, la sécurité et le développement social. C'est aussi le point de départ de recherches sur la précarité (4), la discrimination positive, les inégalités sociales face à la santé dans le cadre urbain. Ces conventions des contrats de ville révèlent :

- l'insuffisance du développement et du niveau de qualité des actions de santé intégrées à la politique de la ville ;
- le faible degré d'intégration des territoires dans les politiques de santé concourant à la lutte contre les exclusions.

Programmation locale et territoriale de santé

Après le Plan santé-ville, une seconde phase démarre fin 1998 : le Comité interministériel des villes (CIV) fait de la politique de la ville une priorité pour le XII^e Plan (2000-2006) et place le contrat de ville au cœur des processus. Avec quatre priorités : garantir le pacte républicain ; renforcer la cohésion sociale ; mobiliser autour d'un projet collectif ; construire un nouvel espace démocratique avec les habitants. Et un an plus tard (fin 1999), le CIV inaugure un vaste programme de renouvellement urbain² visant à rénover en profondeur le cadre urbain des quartiers les plus dégradés ainsi que les conditions de vie de leurs habitants.

Ces nouvelles dispositions de la politique de la ville prennent en compte localement les déterminants de l'état de santé³, en travaillant à l'amélioration des conditions de vie de la population dans les quartiers et avec leur participation. Il s'agit de développer des projets suivant une approche collective de la santé, à partir d'une connaissance étayée de la santé des populations, sur un territoire limité géographiquement, et de donner une place spécifique au volet santé des contrats de ville. Une circulaire interministérielle du 13 juin 2000 fixe un cadre opérationnel, appelé démarche atelier Santé-Ville (ASV). Une autre circulaire détermine le suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation de précarité ; elle inclut le cahier des charges des ASV qui est une déclinaison des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps)⁴ à destination des habitants dans le cadre de la politique de la ville.

Ce nouveau cadre permet, à partir de 2000, à trois politiques de converger sur un même territoire : affaires sociales (avec son volet santé de la lutte contre les exclusions), santé et précarité et politique de la ville⁵ et ses territoires. Il a fait émerger des questions sur le fonctionnement du système de santé, les pratiques des professionnels et des institutions, les compétences des collectivités territoriales, les partenariats qui sont placés au cœur des missions des ASV face aux cloisonnements des services et des savoirs professionnels, etc. Plusieurs questions émergent : les actions existantes ont-elles un impact sur l'amélioration de la santé des habitants ? Réduisent-elles les inégalités sociales et territoriales de santé ? Quels sont les obstacles à l'accès à la prévention et aux soins ? Et quelles sont les ressources mobilisables ?

2002-2006 : vers une politique de rénovation urbaine

La période 2002-2006 est marquée par une politique volontariste de rénovation urbaine, complétée par la mise en œuvre d'un plan de cohésion sociale et la promulgation de la loi sur l'égalité des chances. L'adjonction, en 2002, de la « rénovation urbaine » à l'intitulé du ministère délégué à la Ville marque une nouvelle étape concrétisée par l'adoption – le 1^{er} août 2003 – de la loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine (5) qui vise en priorité la réduction des inégalités et des écarts de développement dans les zones urbaines sensibles (Zus). Cette évolution conduira à l'intégration, en 2004, de la politique de la ville au sein du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Cohésion sociale. L'objectif est de « permettre à

chacun d'accéder à une offre de soins de proximité et de qualité, à la fois curative et préventive (...) » (6) ; et, en Zus, de « tenir compte de la spécificité des populations qui y résident et améliorer ainsi (...) l'état sanitaire général de la population ». En 2004, l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (Anru) est créée. Sa mission : contribuer, dans un objectif de mixité sociale et de développement durable, à la réalisation du Programme national de rénovation urbaine.

Parallèlement, des critiques fortes, rassemblées notamment par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) (7), font valoir que cette politique ne règle pas les problèmes suivants concernant les quartiers de banlieue : la nécessité d'une politique de la ville fortement affirmée au niveau interministériel et relayée au niveau ministériel ; la persistance d'un système d'information lacunaire ; une mobilisation des crédits de droit commun inégale et dans l'ensemble insuffisante des services de l'État, au regard du poids de la précarité observée dans les Zus ; une difficulté de mobilisation du fait d'un pilotage insuffisamment volontariste ; et enfin, une faible connaissance de l'impact des actions sur les territoires. L'Igas recommande un suivi des crédits de l'État

dans un document de politique transversale (DPT) spécifique à la politique de la ville ; ce qui sera fait, avec le ministère de la Santé, pour le dépistage des cancers féminins, en particulier le cancer du sein, et pour l'offre de soins afin de combler les lacunes des professions libérales dans ce domaine.

En 2004, une première étude (8) dresse un état des lieux des ateliers Santé-Ville (9) alors que les groupements régionaux de santé publique (GRSP) issus de la nouvelle loi du 9 août 2004 se mettent en place. Une autre étude sur les ASV (10) a posé les jalons de la démarche territoriale des ASV de 2001 à 2003.

Les écarts territoriaux de la politique de la ville

En août 2003, un Observatoire national des zones urbaines sensibles (Onzus) est créé⁶. Il a la charge de « mesurer l'évolution des inégalités sociales et des écarts de développement dans chacune des zones urbaines sensibles, de suivre la mise en œuvre des politiques publiques conduites en leur faveur, de mesurer les moyens spécifiques mis en œuvre et d'évaluer les effets par rapport aux objectifs et aux indicateurs de résultats mentionnés à l'annexe 4 de la loi ».

Travailler sur les écarts suppose alors d'agir sur les inégalités sociales de santé au niveau local et sur les déterminants sociaux de la santé, et donc d'avoir une connaissance du « territoire » infra-communal. En effet, compte tenu des inégalités territoriales entre régions (11), le risque est que les politiques régionales de santé publique se concentrent sur la maîtrise des facteurs environnementaux, infectieux, et apportent peu d'éléments pour des interventions sur les facteurs sociaux déterminants de la santé, sur l'accès à la prévention et aux soins des publics en situation de précarité. Aucune analyse n'existant sur les territoires Zus, la Div a, en 2005, fait évaluer (12) les principaux facteurs sociodémographiques, économiques et territoriaux à l'origine de ces inégalités. Il en ressort que, pour une population ouvrière similaire, les indicateurs sociaux défavorables sont plus importants en Zus qu'en non-Zus, et que la densité des professionnels de santé est deux fois moindre en Zus que dans le reste du territoire (13). Par ailleurs, les enfants scolarisés en Zus sont plus souvent diagnostiqués avec des problèmes dentaires, de surpoids ou d'obésité, de troubles du langage. Les adultes ont un recours beaucoup plus fréquent

■ Références bibliographiques

Les sites mentionnés ont été consultés le 28/09/2010.

- (1) *Villes en santé*. Les éditions d'Ensembles, juin 1996.
- (2) Arène M. L'importance de la santé dans la politique de la ville. *Prévenir*, 1996, n° 31 : p. 21-32.
- (3) Donzelot J., Estèbe P. *L'État animateur : essai sur la politique de la ville*. Paris : Esprit, coll. Ville et société, 1994 : 238 p.
- (4) Chauvin P., Lebas J. dir. *Précarité et santé*. Paris : Flammarion Médecine Sciences, 1998 : 300 p.
- (5) Loi n° 2003-710 du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine. En ligne : <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/loiborloo01082003.pdf>
- (6) Annexe 4, volet « santé » de la loi n° 2003-710 du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine.
- (7) Rapport n° 2004 168 de l'Igas, avril 2005. Fourcade M., Le Coz G., Lejeune D., Vilchion D. *Évaluation de la mobilisation des crédits de droit commun de l'État et contribution à l'évaluation des contrats de ville sur trois territoires*. En ligne : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054004450/0000.pdf>
- (8) Bertolotto F., avec la collaboration du

- Dr C. Mannoni et M.-L. Stefanelli et la participation de C. Richard, chargée de mission en santé à la Div. *Étude auprès de 27 ateliers Santé-Ville. État des lieux sur la construction de la démarche ASV en octobre-novembre 2003. Recommandations pour une Journée nationale*. Rapport remis le 15 mars 2004. En ligne : <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/EtudeASV10-03.pdf>
- (9) Délégation interministérielle à la ville. *Les élus et les programmes territoriaux de santé publique. Bilan et perspectives des Ateliers Santé-Ville*. Actes du séminaire, Paris, 27/01/2005. Saint-Denis La Plaine : Div, 2005 : 62 p. En ligne : http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/elus_sante.pdf
- (10) Délégation interministérielle à la ville. *Les Ateliers Santé-Ville : territoires, santé publique et politiques de santé au niveau local. Document d'étape*. Saint-Denis La Plaine : Div, coll. Études et recherches, 2004 : 142 p. En ligne : www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/ateliers-sante-ville_cle-7f2ca8.pdf
- (11) Salem G., Rican S., Jouglia É. *Atlas de la santé en France* (vol. 1 : les causes de décès). Montrouge : John Libbey Eurotext, 2000 : 189 p.
- (12) Chauvin P., Parizot I. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Étude SIRS. Paris : Inserm, 2005 : p. 18-35.
- (13) Observatoire national des zones urbaines

- sensibles. *La démographie des médecins dans les zones urbaines sensibles au 1^{er} janvier 2007*. Rapport 2008 de l'Onzus. Saint-Denis La Plaine : Div, 2008 : p. 134-141. En ligne : <http://i.ville.gouv.fr/Data/inserrhitiien.php?id=4150>
- (14) Délégation interministérielle à la ville. *Ateliers Santé-Ville. Une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*. Saint-Denis La Plaine : Div, coll. Repères, 2007 : 285 p. En ligne : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/atelier-sante-ville-reperes_cle25cbf4.pdf
- (15) Délégation interministérielle à la ville. *Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*. Actes du Séminaire organisé par la Div, Bordeaux, 6-8/10/2008. Saint-Denis La Plaine : Div, coll. Rencontres des acteurs de la ville, 2009 : 330 p. En ligne : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/DIV_BAT_PPT_090409_BD_pap-V2_cle5abb92.pdf
- (16) *Politique de la ville, territoires, politique de santé : agir ensemble au niveau local*. Actes de la journée nationale, Paris, 5/12/2008. En ligne : (partie 1) http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/partie_1_actes.pdf (partie 2) http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/partie_2_actes.pdf

aux urgences hospitalières et au médecin généraliste mais plus rare aux spécialistes. Les habitants des Zus renoncent significativement plus souvent à des soins pour des raisons financières.

Suite à la crise des banlieues de novembre 2005, le Premier ministre annonce, le 1^{er} décembre 2005, de nouvelles mesures pour assurer l'égalité des chances et notamment l'installation, en janvier 2006, de préfets délégués pour l'égalité des chances dans les six départements qui connaissent les difficultés les plus graves : Bouches-du-Rhône, Essonne, Nord, Rhône, Seine-Saint-Denis, Val-d'Oise. La loi sur l'égalité des chances (mars 2006) crée l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé), mise en place au 1^{er} janvier 2007, qui regroupe les financements de l'État, de l'Union européenne et d'autres partenaires. La santé est affirmée comme l'un des cinq thèmes prioritaires de la politique de la ville pour la cohésion sociale, afin d'encourager les acteurs locaux à mieux prendre en compte la prévention et l'accès aux soins pour les habitants des quartiers en difficulté.

Stratégies territoriales des politiques de santé et de la ville

La politique de santé et la politique de la ville convergent pour prendre en compte la situation de certains territoires, où se concentrent des difficultés sociales et urbaines, et faire de la démarche des ateliers Santé-Ville l'une des déclinaisons territoriales des plans régionaux de santé publique (PRSP).

Suite à la loi sur l'égalité des chances, le CIV du 9 mars 2006 a intégré la santé comme l'une des cinq priorités des nouveaux contrats urbains de cohésion sociale (Cucs), avec un objectif de développement des ASV⁷ sur l'ensemble des territoires ayant au moins une Zus. Ainsi, près de cinq cents contrats urbains de cohésion sociale seront signés pour la période 2006-2009, concernant deux mille deux cents quartiers dont sept cent quarante Zus. Ces cinq priorités des nouveaux contrats urbains de cohésion sociale sont : l'amélioration de l'habitat et du cadre de vie ; l'accès à l'emploi et le développement économique ; l'action éducative ; la citoyenneté et la prévention de la délinquance ; l'accès à la prévention et aux soins : ASV en lien avec les programmes régionaux de santé publique (PRSP et Praps II).

Ces nouvelles orientations ont resserré la géographie d'intervention (Zus) et

ciblé davantage les publics compte tenu des caractéristiques des quartiers⁸. On passe d'une logique d'intervention territorialisée à une logique davantage centrée sur les publics, à l'instar de ce que font les Anglo-Saxons.

Pour développer une politique de santé publique au plus près des habitants, la démarche des ASV a été généralisée dans le cadre de l'élaboration des contrats urbains de cohésion sociale (14). À partir de 2006, cent soixante nouveaux ASV ont ainsi été créés (sur deux cent quarante-cinq existants au 1^{er} janvier 2010) pour couvrir à terme l'ensemble des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Le développement de ces projets locaux se fait en lien avec les objectifs régionaux et les plans nationaux de santé. À partir de 2007, la Div a établi des éléments de labellisation des ASV à destination des services déconcentrés de l'État.

Du volet santé des Cucs aux contrats locaux de santé

En juin 2008, le Comité interministériel des villes inscrit trois priorités concernant le volet santé de la Dynamique Espoir Banlieue :

- établir des contrats locaux de santé publique et développer des observatoires locaux de santé, à partir des ASV ;
- développer une remontée d'informations sur le refus de soins aux bénéficiaires de la CMU ;
- implanter des maisons de santé pluri-professionnelles dans les zones défavorisées.

Sur le terrain, des rencontres territoriales, des débats locaux et des auditions sont organisés pour identifier les besoins en santé publique et mieux prendre en compte les situations locales des quartiers « populaires » dans la programmation. La Div devient le Secrétariat général des comités interministériels des villes, lequel assure le suivi des mesures en relation avec les autres ministères, leurs avancées et les réalisations sur les territoires d'expérimentation de la Dynamique Espoir Banlieue (les deux cent quinze quartiers de l'Anru). Les « contrats locaux de santé publique » deviennent « contrats locaux de santé ». Ils s'inscrivent dans la nouvelle loi de santé publique « Hôpital, patients, santé et territoires » pour l'application territoriale du projet régional de santé, et ce, par l'élaboration de programmes territoriaux de santé des collectivités locales et leur groupement si elles le veulent. L'année 2009 aura été notamment consacrée à des expérimentations régionales

(15, 16), premier pas pragmatique d'une contractualisation d'une politique de santé entre l'État et les villes. L'analyse du volet santé des Cucs apportera la énième preuve de la plus-value de cette démarche mais sera peu valorisée.

La mise en place des agences régionales de santé (ARS) et des directions régionales de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) complète ce dispositif. Pour la politique de la ville, l'enjeu premier est la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé – par les élus des collectivités locales – pour l'élaboration des futurs contrats locaux de santé. Au final, la santé dans la politique de la ville a fortement progressé grâce aux outils et aux expérimentations mis en œuvre. Mais cette progression est fragile dans le contexte des réformes en cours des collectivités territoriales. Et la coopération entre l'État, les ARS et les collectivités territoriales dans les régions doit se construire pour atteindre un objectif qui pourrait être d'obtenir une meilleure place de la France dans le classement des pays riches dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Catherine Richard

Chargée de mission en santé publique,
Secrétariat général des comités interministériels
des villes, La Plaine Saint-Denis.

1. Circulaires DGS n° 74 bis du 2 décembre 1993 et n° 88 du 1^{er} décembre 1994 relatives à la mise en place de réseaux de santé de proximité.

2. Cinquante grands projets de ville (GPV), soixante-dix opérations de renouvellement urbain (ORU) et quatre projets outre-mer sont retenus et font l'objet de conventions spécifiques.

3. Un des rapports largement diffusés du Haut Comité de la santé publique (HCSP) avait fait prendre conscience des problématiques liées à la précarité, aux déterminants, processus, trajectoires de vie et conséquences (La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes : ENSP, 1998 : 368 p.)

4. Institués par l'article 71 de la loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 2008 relative à la lutte contre les exclusions.

5. Les contrats de ville 2000-2006. Atlas régional. Saint-Denis La Plaine : Les éditions de la Div, 2002 : p. 8. « Les ASV visent à promouvoir le développement de programmes locaux de santé en améliorant la cohérence et la pertinence des actions conduites sur un territoire. Fin 2001, vingt-sept communes se sont engagées dans cette démarche sur deux régions pilotes en 2001 (Paca-IDF). Cette notion de projet territorial de santé s'inscrit désormais dans l'action de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. »

6. Les rapports de l'Observatoire national des Zus paraissent en décembre de chaque année depuis 2004 et sont consultables sur le site www.ville.gouv.fr.

7. Circulaire Div relative à l'élaboration des contrats urbains de cohésion sociale du 24 mai 2006 et fiche « Programmation santé des contrats urbains de cohésion sociale ».

8. Trois cent cinquante zones urbaines sensibles connaissent, à partir de cinq indicateurs statistiques, les problèmes les plus aigus.

Un contrat local de santé entre l'État et la ville de Marseille

Marseille est la première ville de France à avoir signé un contrat local de santé avec l'État, dans la foulée de la création des agences régionales de santé. Philippe Baraize, médecin-directeur de la santé publique de la ville, en présente la stratégie et les objectifs.

Le 22 juin 2010 a été signé le premier contrat local de santé (CLS)¹ entre l'État et le maire de Marseille. C'est l'aboutissement d'une collaboration de longue haleine et d'une forte mobilisation de la municipalité autour des questions de santé. Le positionnement de la ville est ainsi présenté dans la partie introductive du contrat :

« La Ville constitue l'échelon territorial le plus proche de la population. Cette situation privilégiée lui confère les moyens d'appréhender le territoire de façon cohérente, dans le respect de son hétérogénéité et de ses spécificités. Dans ce contexte, le territoire local, lieu privilégié de synergie opérationnelle entre les acteurs, favorisant la proximité et l'écoute du citoyen, est approprié au développement d'une politique de santé participative en direction de l'ensemble des populations. (...) Quant aux acteurs locaux, ils constituent des relais et des partenaires incontournables pour l'identification et la réalisation des actions. »

« Les initiatives prises localement prennent bien évidemment en compte les spécificités du territoire mais se réfèrent aussi aux priorités définies au niveau national et déclinées régionalement. Les actions se développent ainsi en partenariat avec l'ensemble des autres acteurs institutionnels impliqués sur le territoire. »

Marseille : une forte mobilisation pour la santé

L'engagement marseillais pour la santé s'est concrétisé par la prise d'initiatives coordonnées pour analyser de façon approfondie la situation locale et faciliter l'implication de l'ensemble des acteurs dans la résolution des problèmes constatés.

Ainsi, en 2004, à l'initiative de la ville et en collaboration avec l'Observatoire régional de la santé Paca, le « Bilan Santé Marseille » a été publié, comparant la situation locale avec celle de la France métropolitaine, de la région, du département et des dix plus grandes métropoles françaises. Les informations ont aussi été traitées au niveau infra-communal, certains indicateurs ayant pu être analysés par arrondissement. Globalement, la situation marseillaise est plutôt satisfaisante mais présente des éléments incontestables de fragilité tels que l'objectivation d'inégalités de santé sur le territoire de la ville (dichotomie nord-sud) qui recourent les contrastes sociodémographiques et qui sont le plus souvent en discordance avec la répartition de l'offre de soins, notamment en ce qui concerne les professionnels libéraux.

Face à ce constat, la municipalité a défini et implémenté une politique locale de santé publique pour répondre aux enjeux sanitaires locaux, en mettant en œuvre ses prérogatives en matière de police sanitaire, en initiant l'émergence d'actions en phase avec la réalité du terrain, en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, en facilitant les partenariats et en développant les réseaux, en sensibilisant et en responsabilisant les populations sur les problématiques sanitaires.

Les actions sont menées sur l'ensemble du territoire de la ville avec une attention particulière accordée aux quartiers les moins favorisés, qui se concrétise par un appui constant aux trois ateliers Santé-Ville marseillais : deux territoriaux (Nord : deux cent mille habitants concernés ; Centre : cent vingt mille) et un thématique (santé

mentale). De nombreux projets se sont ainsi développés en matière d'accès aux droits et aux soins, d'éducation pour la santé, d'environnement et d'amélioration du cadre de vie, de réduction des risques, de santé mentale et de souffrance psychosociale. Ce dispositif fait le lien entre les problématiques de santé et les contrats urbains de cohésion sociale. La collaboration entre l'État et la ville s'est révélée profitable pour les acteurs et la population qui ont bénéficié de la synergie existante au plan méthodologique mais aussi en termes de moyens mis à disposition, notamment financiers.

À Marseille comme ailleurs, les ateliers Santé-Ville ont permis de professionnaliser et de contractualiser les initiatives des quartiers en matière de santé. Même si beaucoup reste à faire, ils ont facilité la prise en compte des préoccupations locales dans le cadre des politiques engagées au niveau régional. Principale réserve : les ateliers Santé-Ville ne concernent qu'une partie du territoire communal alors que, par définition, le maire travaille pour l'ensemble de ses administrés, même si l'une des priorités les plus marquantes reste la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Par ailleurs, les passerelles vers l'organisation des soins sont souvent virtuelles et paraissent difficiles à franchir dans le cadre fixé par les ateliers Santé-Ville.

La préparation du contrat local de santé

Au moment de la mise en place de la nouvelle organisation en matière de gestion de la santé qui s'est concrétisée par la création des agences régionales de santé (ARS), il est rapidement apparu que l'identification du rôle que pou-

vaient occuper les collectivités locales dans le dispositif ne faisait pas partie des préoccupations majeures. Malgré cela, poussés notamment par l'expérience acquise localement, les services déconcentrés de l'État en région Paca ont lancé une réflexion sur les déclinaisons à l'échelon infrarégional du nouveau schéma organisationnel². En raison de l'expérience commune acquise, ils ont proposé à la ville de Marseille de s'associer à cette initiative. Dans ce nouveau contexte, la ville a réaffirmé sa forte spécificité à faire valoir l'importante mobilisation locale, notamment celle des acteurs de terrain, à pérenniser les acquis, voire même à étendre le champ commun d'action avec l'État. Une négociation entre les deux parties³ s'est engagée, début 2009, pour expérimenter la préparation et la mise en œuvre d'un contrat local de santé, avec le parti pris de construire le projet à partir de la réalisation d'actions concrètes, avec un bénéfice direct et immédiat pour la population.

La base de l'accord comprend les éléments suivants :

- en considérant les enjeux respectifs des partenaires, identification des besoins, des axes de travail, des actions et moyens pérennes pour améliorer la santé des Marseillais à partir des éléments de diagnostic et d'évaluation disponibles, avec les meilleures articulation et cohérence possibles entre les priorités régionales et territoriales ;
- approche à la fois transversale (reprenant l'ensemble des prérogatives des ARS en matière d'offres de soins, de promotion de la santé, de prise en charge médico-sociale, de veille sanitaire) et intersectorielle (concernant les secteurs d'intervention de la ville pouvant avoir un impact sur la santé : urbanisme/logement, environnement, social, etc.) favorisant le décloisonnement des champs d'intervention ;
- élaboration d'un plan d'action sur huit thématiques (accès aux soins, santé mentale, addictions, VIH/hépatites, nutrition, vigilance sanitaire, santé et habitat, vieillissement) avec une concentration des moyens d'intervention sur des cibles d'actions concertées ;
- mobilisation conjointe des financements sur les actions prioritaires, dans le cadre des programmes de droit commun respectifs des co-contractants et des contrats urbains de cohésion sociale ;

- définition des éléments visant à instaurer la mise en place d'une gouvernance partagée reposant notamment sur la définition en commun des diagnostics et des priorités ainsi que des plans d'actions et de leurs financements ;
- développement du travail en réseau par les acteurs de terrain ;
- implication de la préfecture de région aux côtés de l'ARS pour maintenir l'articulation entre la santé publique et le social (volet santé des contrats urbains de cohésion sociale notamment), pour une meilleure prise en charge des personnes.

Le contenu du plan d'actions a été élaboré conjointement, de février à décembre 2009, avec la définition du cadre des projets pour six des thématiques pressenties. Pour les deux autres, santé/habitat et veille sanitaire, il s'est agi surtout de réaffirmer les engagements en cours dans le cadre du Plan d'éradication de l'habitat indigne et de pérenniser, voire de renforcer, le travail commun de suivi de la situation sanitaire locale. Le cadre de mise en œuvre du contrat a été arrêté en juin 2010 et le contrat local de santé fonctionnera en gouvernance partagée basée sur la concertation, le partage des informations et des décisions. Les instances de pilotage intègrent l'ensemble des représentants des différentes institutions parties prenantes du projet.

Bilan et perspectives

La préparation de ce contrat n'a pas toujours été un long fleuve tranquille. Il a fallu concilier des intérêts parfois divergents et des façons différentes de travailler et d'appréhender les priorités. Il a été nécessaire de prendre en compte les différences de culture et de savoir-faire entre les partenaires. La poursuite de cet apprentissage est une garantie de succès pour le processus en cours. Par ailleurs, il a fallu trouver ensemble des réponses adaptées aux points non documentés : pertinence du niveau territorial choisi, contour du contrat local de santé (types d'activités concernés, modalités de partenariat, etc.), rôle et missions des collectivités locales dans le nouveau paysage de l'organisation sanitaire.

Même s'il est clairement stipulé dans le contrat local de santé que les actions devront être conduites avec et par les

acteurs de terrain, ces derniers n'ont pas été directement impliqués dans le processus d'élaboration du contrat. Cependant, les échanges sont constants avec l'ensemble des intervenants (professionnels, associations, etc.) dans le cadre des ateliers Santé-Ville et d'autres dispositifs. Pour assurer le succès des actions pressenties, tous les acteurs incontournables seront appelés à se mobiliser. Dans ce domaine, la participation des professionnels de santé libéraux est fondamentale mais elle reste classiquement très limitée ; et le contexte ne laisse pas présager une inversion de cette tendance. Néanmoins, tout devra être fait pour faciliter leur mobilisation en tant qu'acteurs majeurs de santé publique qu'ils sont de fait.

La municipalité souhaite que le contrat local de santé soit à l'origine d'une nouvelle dynamique, facilitant la prise en compte dans le projet national et régional des problèmes spécifiques de Marseille, deuxième ville de France, à la fois ville et banlieue selon son profil géographique et sociologique. Cette mobilisation des élus locaux et de l'État est porteuse de promesses et constitue un gage de réussite. Bien sûr, cet engagement devra être confirmé par la mise à disposition effective des moyens pressentis qui devront être à la hauteur des ambitions portées par le plan d'actions. C'est à cette condition que l'originalité et la pertinence de ce dispositif permettront aux Marseillais de bénéficier de conditions socio-sanitaires meilleures.

Philippe Baraize

Médecin-directeur,
direction de la Santé publique,
ville de Marseille.

1. Pour 2009-2011.

2. En décembre 2008, ils répondent ainsi, en choisissant le thème « Territoires de santé », à un appel à projet lancé par le ministère de la Santé et des Sports et le ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, dans le cadre de la préparation à la mise en œuvre des agences régionales de santé.

3. À laquelle s'est associée la caisse primaire d'Assurance Maladie des Bouches-du-Rhône.

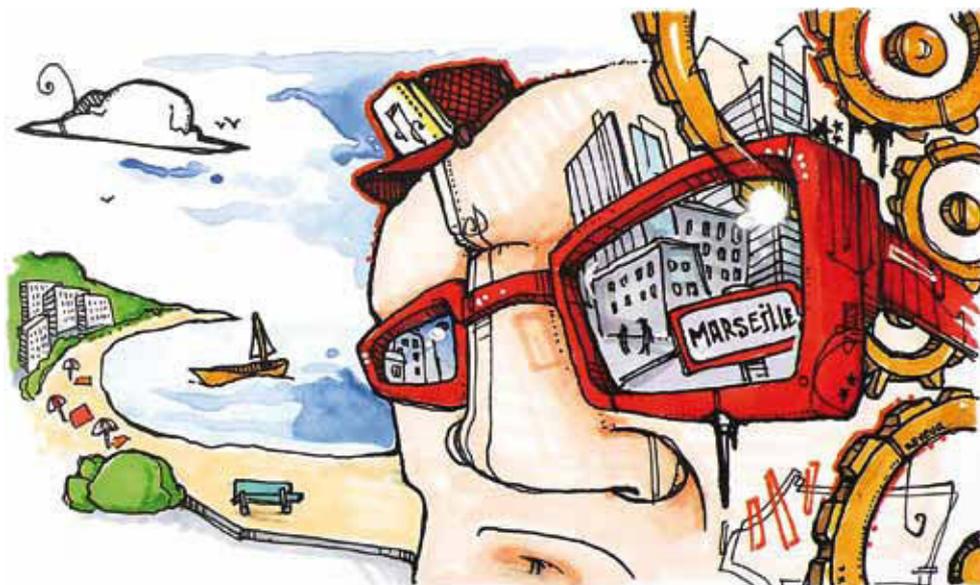
La santé mentale à Marseille : une démarche, des pratiques et des partenariats

Comme de nombreuses autres villes, Marseille, au travers de ses élus et de ses services, est confrontée à la question de la santé mentale par le biais de situations complexes, graves, récurrentes, génératrices de tensions et restant souvent sans solution. Afin de développer dans un esprit partenarial une politique d'action en la matière, la ville s'est appuyée sur une démarche d'état des lieux, confiée à l'Observatoire régional de la santé Paca¹, et s'est, dans un même temps, concertée avec plus de quatre-vingts acteurs locaux.

À l'initiative du docteur Gaunet-Escarras, adjointe au maire, déléguée à la Santé, à l'Hygiène et à la Prévention des risques sanitaires chez l'adolescent, un conseil d'orientation en santé mentale a été ensuite constitué le 17 octobre 2006. Il réunit des élus, des partenaires institutionnels, des professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social, des représentants de la police, des bailleurs sociaux, des associations d'usagers et des familles, des chercheurs, etc. Cette instance, qui veut être un espace de partage des constats, de concertation, de réflexion, d'élaboration collective et d'action, est pilotée avec les représentants de la psychiatrie publique². Sollicités et mobilisés tout au long de l'année dans le cadre de groupes de travail mais aussi de conception et de mise en œuvre d'actions, les membres du conseil d'orientation se retrouvent en assemblée plénière une fois par an. Ils ont donné priorité à trois axes de travail :

- la gestion des situations complexes et/ou de crise ;
- l'insertion des personnes en situation de handicap psychique dans la cité, notamment la question du logement/hébergement ;
- la qualification des acteurs locaux, la construction d'une culture partagée et de réseaux professionnels.

Chacun de ces axes se décline en actions et crée des partenariats institutionnels et opérationnels inédits. Ainsi, au plus près des territoires, la ville coordonne et anime deux dispositifs de gestion des situations complexes et/ou de crise, qui sont actuellement en cours d'évaluation. Depuis 2008, plus de quarante situa-



tions concernant différents problèmes – incurie, troubles du voisinage, violences agies ou subies, etc. – ont été ainsi traitées et sont, pour certaines d'entre elles, toujours suivies dans ces espaces de collaboration entre la psychiatrie publique, plusieurs services de la ville, les opérateurs de l'habitat, les services sociaux et la police.

Un autre axe fort du conseil d'orientation en santé mentale, inscrit dans le cadre du contrat local de santé signé entre la ville et l'agence régionale de santé, est l'insertion dans le logement des personnes en situation de handicap psychique. L'atelier Santé-Ville santé mentale offre ici un cadre de travail efficace pour, à la fois organiser l'accès au logement à partir d'un dispositif d'intermédiation locative³ et structurer les partenariats entre les secteurs de psychiatrie et les opérateurs de l'habitat. Par ailleurs, dans une zone Programme de renouvellement urbain (PRU), la question du maintien à domicile suscite la constitution d'un réseau entre les bailleurs sociaux, les secteurs de psychiatrie et les services sociaux.

La démarche engagée permet de reconnaître que la « santé mentale » correspond à un vaste champ d'expériences dont la globalité ne peut être réduite à la maladie mentale. Elle vient

qualifier les manifestations de souffrance, de détresse des individus en difficulté dans leurs relations avec les autres et leur environnement. La dynamique nous confronte à l'hétérogénéité des acteurs concernés, à leurs champs de compétences, à leurs postulats distincts, à leurs controverses mais souvent aussi de façon paradoxale à leur volonté de sortir de l'impuissance, d'engager un débat, d'ouvrir des passerelles et des pratiques nouvelles à l'échelle d'un territoire de référence : la ville.

Dans un contexte de changements annoncés par les réformes en cours, le conseil d'orientation en santé mentale constitue un creuset où peuvent se réfléchir, entre acteurs présents sur un même territoire, les possibles incidences. À cet effet, il est important que la santé mentale reste au niveau de la ville un objet de la politique locale et du débat public.

Mylène Frappas

Chargée de mission,
service de la Santé publique et des Handicapés,
ville de Marseille.

1. L'étude est consultable sur www.orspaca.org.

2. Territoire couvert par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et deux centres hospitaliers spécialisés, 16 secteurs au total.

3. Dispositif lié à la loi Dalo, initié par la direction départementale de la Cohésion sociale.

Villes : intégrer la santé dans l'urbanisme, avec la participation des habitants

La ville est un espace qui peut favoriser ou défavoriser la santé, selon son aménagement et son organisation. De nombreuses études scientifiques démontrent la forte corrélation entre cadre de vie, urbanisme et santé. Les modes de déplacement favorables à la santé, les espaces verts, la convivialité, les liens sociaux et la participation de la population influent positivement sur la santé des habitants. Partant de deux exemples concrets, l'urbaniste suisse Marcos Weil explique comment une démarche participative, associant les habitants en amont d'une décision, peut contribuer à améliorer la qualité de vie, et donc la santé de ses habitants.

La démonstration qu'il existait des relations pathogènes entre l'organisation des villes et la santé des populations fut l'une des raisons d'être de l'invention de l'urbanisme comme discipline au début du XIX^e siècle. Aujourd'hui, la relation entre ville et santé conduit les urbanistes praticiens sur la voie de la participation, soit la prise en compte de l'avis des populations concernées par la transformation de leur environnement, seul moyen de concrétiser, à l'échelle locale, des objectifs unanimement souhaités mais qui peinent à être relayés au niveau décisionnel.

Les urbanistes le répètent depuis trente ans, voire plus, les innombrables enquêtes sur les relations entre ville et santé le confirment tous les jours : la ville contemporaine, celle qui se fait tous les jours, n'est pas la ville souhaitable pour la santé de la population et est – sur certains aspects – plus malsaine que la ville d'hier. Les principes d'un urbanisme salubre contemporain sont connus. Attestés par les recherches ou relevant plus simplement d'un solide bon sens, ils peuvent être condensés dans les quatre objectifs suivants.

- Favoriser la production de « quartiers de courtes distances » offrant une densité de destinations facilement accessibles à pied et à vélo pour satisfaire les besoins quotidiens, sans être dépendant d'une voiture.

L'activité physique de moyenne intensité (marche, vélo), intégrée aux parcours quotidiens, est un moyen de lutter

contre la sédentarité. Les bénéfices sur la santé sont autant individuels (réduction des risques cardio-vasculaires) que collectifs (diminution de la pollution, du bruit, des accidents).

- Aménager des espaces publics et collectifs à toutes les échelles (de l'immeuble au territoire) afin de répondre aux besoins et aux attentes des différentes catégories de personnes : pieds d'immeubles sécurisés afin que les enfants puissent y jouer en toute quiétude, terrains de sport proches des habitations pour que les adolescents puissent s'y rendre régulièrement, parcs facilement accessibles pour les personnes âgées, etc., et pour favoriser la cohésion et la mixité sociale.

La convivialité des espaces publics favorise le développement des relations sociales et permet de lutter contre la ségrégation, la solitude et l'exclusion. En termes de santé, la cohésion sociale renforce le sentiment d'appartenance à un groupe et, à ce titre, contribue à améliorer l'estime de soi et la responsabilisation individuelle (1).

- Offrir aux modes de déplacement doux ou actifs (piétons, cyclistes) des aménagements sûrs, confortables et continus. Non seulement équiper les principaux axes routiers pour les rendre plus attractifs pour les déplacements actifs, mais irriguer toute la ville par un réseau dense de cheminements alternatifs aux parcours le long des routes.

Des rues et des zones à vitesse limitée diminuent la fréquence et la gravité des

accidents. Des cheminements en site propre à l'écart de la circulation accroissent de manière significative la sécurité des parcours, principalement pour les personnes les plus fragiles (enfants, personnes âgées et à mobilité réduite). Le risque d'accident est d'autant plus faible que la densité des piétons et des cyclistes sur la route est grande.

- Augmenter la présence d'éléments naturels (eau, arbres) dans les espaces qui en sont peu pourvus (centre-ville dense) et doter largement les nouveaux quartiers en espaces verts, bois, étangs, rivières, etc.

La présence d'éléments naturels dans le cadre de vie favorise le sentiment de bien-être, diminue l'anxiété, la colère et le stress. Le contact avec un environnement naturel a un impact positif sur la pression sanguine, le cholestérol et la vision de la vie.

Intégrer le facteur « santé » dans la pratique de l'urbanisme

Ces principes d'aménagement relèvent des « règles de l'art » classiques de l'urbanisme. Ils répondent à des demandes sociales toujours plus pressantes. Et pourtant, ils sont de plus en plus difficiles à concrétiser. Tout se passe comme s'ils étaient purement et simplement ignorés par les mécanismes de production de la ville réelle qui, au contraire et de manière largement incontrôlée, fabriquent des espaces urbains de plus en plus automobiles, privés, hostiles aux piétons et aux

vélos, et pauvres en modes de présence de la nature. Entre les objectifs et les réalités, un abîme s'est creusé, semant le doute et la résignation. Dans la pratique de l'urbanisme, cette lacune de gouvernement est de plus en plus souvent le premier problème à résoudre : inutile de débattre d'objectifs tant que la population a le sentiment que la réalité lui échappe et qu'elle ne pourra pas infléchir les tendances en cours. Dans mon expérience d'urbaniste praticien, c'est ce qui fait l'importance des démarches participatives : facteurs à la fois de santé et d'efficacité, elles sont un moyen de combler le vide en mobilisant des acteurs sur des leviers d'action.

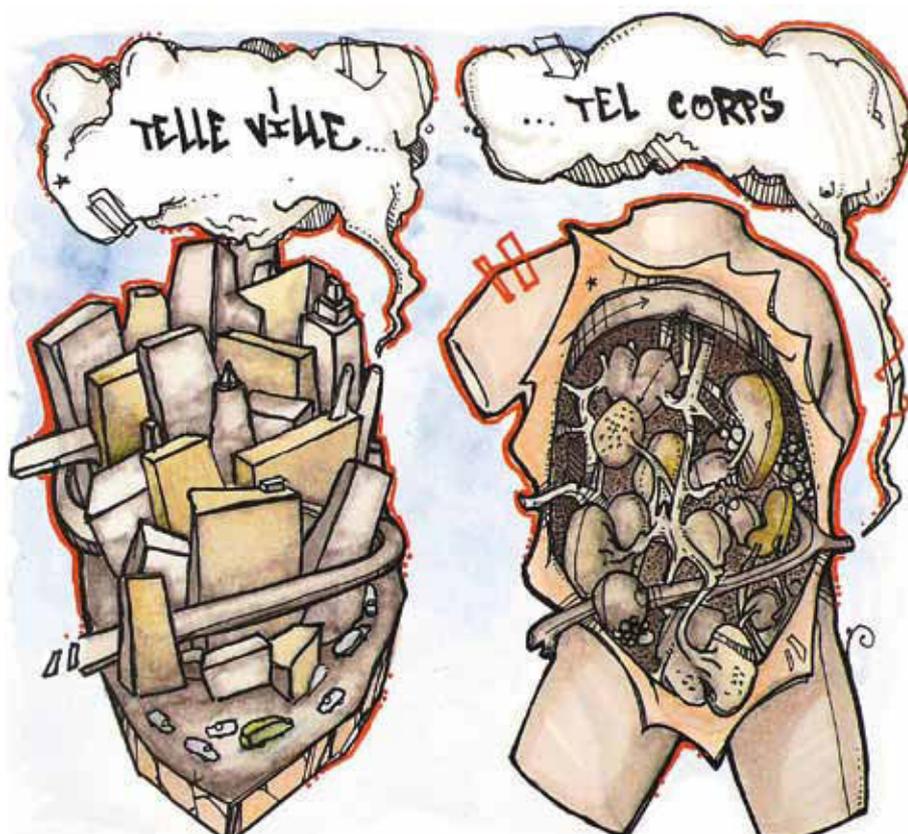
Deux expériences récentes permettent d'illustrer l'intérêt mais aussi les limites de telles démarches.

Rencontre citadins-agriculteurs

La première expérience a consisté à renouer le dialogue entre agriculteurs et citadins. Satigny est une commune agricole et viticole du canton de Genève ayant connu ces dernières années un développement résidentiel rapide et important. Des tensions, voire des frictions, entre agriculteurs et résidents sont apparues. Des citadins venus « habiter à la campagne » ne connaissent pas les exigences liées à la production agricole et les exploitants se plaignent d'un manque de respect de leur travail (pique-nique dans les champs, chiens laissés en liberté à travers les prés, intrusion dans les fermes, etc.). Réciproquement, les néo-ruraux se sentent mal accueillis par les villageois plus anciens.

Trois ateliers d'échanges et de travail ont été organisés pour renouer le dialogue entre ces deux populations qui se côtoient, partagent un même territoire, mais se connaissent peu. L'objectif était de définir un programme d'actions répondant aux attentes des uns et des autres.

Un premier résultat concret de la démarche a été l'organisation, en septembre 2010, d'un grand marché assurant aux exploitants locaux un contact direct avec les habitants. D'autres actions vont suivre, comme une meilleure information concernant les produits et les prestations offerts par les agriculteurs, ou encore la création d'un



groupe de travail intéressé à la mise en place d'une agriculture contractuelle de proximité (contrat liant directement agriculteurs et consommateurs : pour les uns, c'est la garantie d'une production locale dans le respect des conditions sociales et environnementales et, pour les autres, une garantie de vendre leur production à un juste prix).

Au-delà de ces actions concrètes, la démarche a aussi permis :

- de renforcer le sentiment d'appartenance et de solidarité. En ancrant les actions sur « leur » environnement proche, résidents et agriculteurs ont exprimé leur satisfaction d'appartenir à une même communauté qui partage un même territoire ;
- de favoriser la participation active qui permet de s'approprier l'initiative : les participants n'ont pas uniquement défini des actions que d'autres devaient mettre en place ; un groupe a pris en charge l'organisation et l'animation du marché, d'autres villageois se sont mobilisés pour développer un projet d'agriculture contractuelle.

Dans ce cadre, les élus et l'urbaniste ont surtout joué un rôle de facilitateur. Ce type d'intervention répond très exactement à la notion d'un urbanisme

« à pensée faible », tel que le définit Yves Chalas (2) : « *Le débat public tel qu'il est idéalement envisagé dans l'urbanisme à pensée faible n'est pas un débat sur le projet mais un débat pour le projet, c'est-à-dire un débat qui sert à la découverte du projet lui-même. (...) Car il est postulé que tout un chacun détient au moins une part de la compréhension des problèmes qui se posent et également une part des solutions possibles à produire.* »

Jardin public : avec la participation des habitants

La seconde expérience concerne la programmation de l'aménagement d'un espace public. Onex est une commune de la banlieue de Genève abritant un important quartier d'habitat social. La démarche de programmation d'un nouveau jardin public s'est engagée par des consultations de différents groupes d'usagers : aînés, adolescents, enfants, associations de quartier, instituteurs, etc. Chacun a pu exprimer librement ses attentes et ses craintes. Ces paroles ont ensuite été restituées lors d'une assemblée plénière mettant en évidence la nécessité d'un partage de l'espace, de façon à ce que les usages revendiqués par les uns n'excluent pas ceux des autres.



Associer la population à l'aménagement de son cadre de vie

Les espaces collectifs sont un lieu privilégié pour renforcer le sentiment d'attachement au lieu où l'on habite. Ce n'est toutefois pas l'aménagement urbain qui crée la cohésion sociale. Ce sont les individus eux-mêmes qui choisissent de créer ou non du lien social. Dans ce sens, l'urbanisme offre une opportunité majeure pour agir sur l'espace quotidien et ouvrir la possibilité d'un choix créateur d'un « vivre ensemble » pour une population.

Les aménagements urbains ont des incidences en termes de bien-être et de santé. Mais l'aménagement des espaces collectifs peut contribuer d'une manière encore plus importante au bien-être et au bien-être ensemble, si chacun de ces aménagements est l'occasion de discuter et de débattre avec les habitants. C'est en devenant acteurs et porteurs de projets, en participant aux choix d'aménagement de son cadre de vie, que l'on se sentira réellement intégré à sa communauté.

C'est dans cette perspective que je situe mon travail d'urbaniste et de paysagiste. Pas seulement celui d'un expert, mais aussi, et de plus en plus, celui d'un médiateur qui peut aider habitants et autorités à trouver un terrain d'entente et un espace de dialogue. À ce titre, je revendique l'urbanisme non comme une science appliquée mais comme une expérience impliquée.

Marcos Weil

Urbaniste-paysagiste, Urbaplan,
Genève (Suisse).

La démarche a notamment débouché sur l'implantation d'un kiosque multi-usages (lieu de rencontres et de fêtes, buvette, local pour matériel ludique et chaises longues, etc.). Ce kiosque est géré par une entreprise de réinsertion sociale et une association de quartier. Cette dernière n'en a pas l'usage exclusif mais le met à disposition des habitants. Le dialogue instauré a permis de créer des liens entre des groupes dont les relations pouvaient potentiellement être conflictuelles. De plus, la présence de l'association dans l'espace public contribue à « apaiser » un lieu qui reste sensible. Dans le contexte d'une cité souvent stigmatisée, la démarche a permis aux participants de se sentir habitants de leur quartier et pas seulement occupants d'un logement. Un premier pas important vers le « vivre ensemble ».

La participation et ses limites

Les démarches participatives ne sont pas une panacée. Comme toute action humaine, elles n'apportent aucune garantie de réussite, les résultats dépendant d'une savante alchimie qui ne peut être totalement maîtrisée. Par ailleurs, ces processus ne suppriment pas les conflits (la ville est parfois un lieu de conflits). Cependant, ils permettent d'offrir un espace et un temps pour les formuler et les affronter, dans un climat qui favorise

l'émergence des points de convergence, plutôt que d'alimenter les ressentiments. Selon Yves Chalas, dans un processus de co-production, l'enjeu réside dans la définition de l'assemblée car c'est elle qui va « produire l'assemblage ».

Sur la base de nos expériences, on peut tirer quelques enseignements :

- fixer des règles claires afin que chacun sache ce qu'il peut réellement attendre comme résultats ;
- bien cerner l'objet sur lequel porte la concertation et s'assurer qu'une réelle marge de manœuvre existe pour permettre des résultats : cela nous amène à privilégier des interventions à l'échelle locale ;
- s'assurer que la démarche puisse aboutir à des actions concrètes, faute de quoi il existe un risque de décrédibiliser le processus (démarche-alibi) ;
- enfin, aucune situation n'est jamais acquise définitivement. Toutes évoluent et les interventions exigent donc d'être recommencées et renouvelées.

Lorsque les bonnes conditions sont réunies, les démarches participatives peuvent réduire la distance entre l'administration et la réalité quotidienne et ainsi réconcilier les habitants avec leur territoire et avec les élus qui les administrent.

► Références bibliographiques

- (1) Barton H., Tsouros C. *Urbanisme et santé. Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*. S2D – Association internationale pour la promotion de la santé et du développement durable, 2004 : 194 p.
- (2) Chalas Y. *L'urbanisme à pensée faible*. Les Rencontres de Bellepierre, 2007 : 9 p.
- En ligne : <http://www.lrdp.fr/articles.php?lng=fr&pg=356>

Le logement, déterminant majeur de santé maîtrisé par les villes

Même si les villes ne disposent pas de toutes les compétences pour agir sur la santé de leurs habitants, elles ont les moyens d'agir sur leurs conditions de logement, déterminant majeur de santé corrélé aux conditions socio-économiques des populations. Les villes doivent travailler de façon transversale en associant leurs services et les professionnels de santé mais aussi les constructeurs et les bailleurs. De nombreuses communes se sont lancées dans cette voie. Les élus locaux doivent se former pour mettre en œuvre une politique de l'habitat qui améliore la santé des habitants, souligne Laurent El Ghozi, médecin et élu à Nanterre, dans les Hauts-de-Seine.

Chacun le sait, les villes et leurs groupements n'ont pratiquement aucune compétence légale en « santé » – entendue en termes d'accès aux soins et non d'approche globale et de qualité de vie – et pourtant celle-ci est devenue une préoccupation croissante des habitants qui sont bien conscients des risques et des enjeux. Les conditions de logement sont un déterminant majeur – fortement corrélées aux conditions socio-économiques – de l'état de santé physique, psychique, social et environnemental de chacun, une des composantes essentielles de ce qui détermine le « bien-être » : les élus locaux ne peuvent s'en désintéresser. Il y a donc là un levier majeur pour conduire une politique locale de santé et réduire les inégalités sociales de santé.

Les liens entre santé et habitat sont connus depuis longtemps mais mal documentés, d'autant qu'apparaissent de nouveaux risques. Il est pourtant important que ces liens soient bien identifiés car ils affectent en priorité les plus fragiles, les femmes enceintes, les personnes âgées, les enfants en bas âge, entraînant des conséquences néfastes tout au long de la vie.

Un toit

Nous évoquerons rapidement les différents risques pour la santé liés à l'habitat, en soulignant où et comment peut se situer l'intervention des villes et en rappelant que le droit à un logement sain est un droit universel.

Le premier danger, majeur, est de ne pas avoir de logement : inutile d'insister sur les multiples pathologies physiques, psychiques et sociales, sur la dégradation durable du corps et de l'esprit qu'entraîne le fait de vivre à la rue. D'où la première règle : « *Housing first* », pas de santé sans logement, et une première exigence pour les élus : construire des logements, accessibles à tous, adaptés pour certains.

La salubrité de l'habitat

L'habitat indigne concerne plus de cinq cent mille logements en France. Outre le sentiment invalidant d'indignité qu'il provoque, ses conséquences pathologiques sont nombreuses. Le Plan national santé-environnement (PNSE 2) affirme la nécessité d'un programme national de traitement de l'habitat indigne, dont il rappelle que la mise en œuvre relève des pouvoirs de police administrative du maire ou du préfet.

Le saturnisme, ou intoxication par le plomb contenu essentiellement dans les peintures (en principe interdites depuis 1948) dégradées, provoque des lésions irréversibles du système nerveux central des enfants, avec des conséquences sur leur développement intellectuel, scolaire, social et professionnel définitives. Une jeune femme exposée peut en outre transmettre à ses propres enfants cette pathologie. Cela constitue une forme de « double peine » qui enferme les familles dans une pau-

vreté transgénérationnelle insupportable, d'autant que l'on connaît les mesures à prendre, que la loi impose aux communes et aux bailleurs depuis plus de quinze ans. La première priorité est d'informer tous les acteurs et d'abord la population des risques encourus. Il faut ensuite recenser les logements « à risque », un par un, et dépister systématiquement les enfants qui y vivent, les soigner si besoin, reloger les familles et imposer les travaux nécessaires.

Cette politique prioritaire a été mise en place de manière exemplaire à Aubervilliers depuis des années. À Nanterre, un programme a été décidé, en 2007, associant les services de la santé, de l'habitat, le centre communal d'action sociale (CCAS), ainsi que la direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (Ddass), le service de protection maternelle et infantile (PMI), la direction départementale de l'Équipement (DDE), la protection de l'enfance, etc. Tandis qu'une cartographie exhaustive de la ville était réalisée, une enquête, accompagnée d'une exposition pédagogique était réalisée en PMI par une médiatrice sanitaire spécialement recrutée et formée. En douze mois, plus de cinq cents parents ont été informés : près des deux tiers ignoraient tout de ce risque. Mille deux cent cinquante questionnaires « enfant » ont été renseignés, débouchant sur une centaine de dépistages. Simultanément, les professionnels concernés ont reçu



une information, les relogements nécessaires ont été engagés et une aide aux travaux a été proposée.

Le coût pour Nanterre est de soixante et un mille euros par an, dont treize mille de subvention du groupement régional de santé publique (GRSP). Cette action exige un partenariat inter-institutionnel solide et un engagement dans la durée.

Ces programmes restent le modèle de l'intervention obligatoirement couplée sur le logement, l'action sociale et la santé, reposant sur un partenariat État/conseil général/ville pour éradiquer une pathologie sévère.

La qualité des logements

Cependant, de nombreux autres problèmes de santé liés à l'habitat commencent à être documentés avec des conséquences graves pour les populations qui y sont soumises. La surpopulation affecte principalement les familles pauvres et touche 25 % des logements : elle altère les chances de développement social, scolaire, l'équilibre familial et entraîne souvent des pathologies, liées en particulier à l'humidité par condensation.

Bien d'autres caractéristiques du logement sont également pathogènes : l'humidité touche, selon l'enquête « Logement 2006 » de l'Institut national de la statistique et des études écono-

miques (Insee), 20 % des logements avec, là encore, aggravation des inégalités de santé : 28 % pour le décile le plus modeste *versus* 12 % pour le allergies, reconnues comme la première cause d'absentéisme scolaire, avec des conséquences à long terme. La lutte contre l'humidité dans le logement est une des priorités du PNSE 2 dont les villes ne peuvent s'exonérer : repérage, prévention et traitement, accompagnement social et sanitaire, dispositif de « sortie de l'insalubrité ».

D'autres caractéristiques ont une influence : le bruit, endogène et exogène ; l'exposition, l'absence de lumière, l'absence d'ensoleillement ; la qualité de l'eau distribuée, dont la tuyauterie en plomb doit être partout supprimée ; enfin, l'accès à l'énergie, le chauffage, nécessitent une bonne information des habitants, la réhabilitation du parc ancien énergétivore, l'isolation et, si besoin, un soutien financier aux plus démunis pour leur permettre de chauffer leur logement.

Les facteurs liés aux conditions socio-économiques

Il s'agit donc d'une multitude de facteurs, presque toujours étroitement liés aux conditions socio-économiques des habitants et dont dépend leur bien-être dans leur logement et le développement des enfants : certains sont sous la responsabilité directe des élus locaux et la plupart, complexes, dépendent de

plusieurs intervenants. Dans tous les cas, la ville a le devoir de s'y impliquer et de mobiliser les autres partenaires.

Enfin, une nouvelle préoccupation grandissante est la qualité de l'air intérieur. Ses conséquences sur la santé sont encore bien mal connues, malgré les travaux des laboratoires de grandes villes comme celui de Paris qui met au point et propose des outils de dépistage, ou ceux de l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur (Oqai).

Pour l'Oqai, trois catégories de composants chimiques sont potentiellement dangereuses pour la santé et présentes pratiquement partout. Il importe donc de les connaître, de les dépister et d'en prévenir l'utilisation intensive sans précaution qui en est faite dans le bâtiment :

- les benzènes, présents dans les peintures et les vernis, pouvant provoquer leucémies et cancers ;
- les formaldéhydes, dans les agglomérés, les colles, les mousses, les peintures, responsables d'irritations cutanées et broncho-pulmonaires, d'asthme et de certains cancers ;
- les phtalates, émanant des plastiques, PVC, colles, considérés comme perturbateurs endocriniens.

Il faut aujourd'hui développer les analyses, sensibiliser le public et les constructeurs, éliminer les produits les plus toxiques des lieux où vivent les publics les plus sensibles comme les jeunes enfants.

Reste encore à évoquer les accidents domestiques, dont la prévention relève d'abord de campagnes de sensibilisation dont l'impact est d'autant plus grand qu'elles se déroulent à proximité et impliquent les acteurs locaux, l'école, les associations d'habitants, etc., mais qui nécessitent également des aménagements du bâti et du cadre de vie.

Enfin, outre le meilleur logement possible pour tous, une politique logement-habitat doit prévoir des logements adaptés à chaque catégorie de handicap ou de difficultés de vie de manière à préserver la santé plus fragile de ces personnes.

Ainsi, il n'y a pas de bonne santé sans logement sain et décent ; les pathologies liées au logement sont fré-

quentes, souvent graves, en particulier par leurs effets à long terme, de mieux en mieux connues mais justifiant pour certaines des recherches approfondies. Elles sont le plus souvent socialement liées, source d'aggravation des inégalités sociales de santé.

Des axes d'intervention

Les élus locaux disposent d'outils d'intervention et doivent penser le logement également en termes de bonne santé, de bien-être global, de développement harmonieux et de diminution des inégalités de santé. Leur action peut s'orienter selon quatre axes :

- mieux (et plus) construire : cahier des charges incluant le choix de matériaux et produits non polluants, contrôle rigoureux de leur respect, exigences en termes d'isolation thermique et phonique, etc. ;
- dépister, repérer les facteurs potentiels d'altération de la santé : se donner les moyens de connaître, d'informer et d'agir. La ville peut s'appuyer sur les universitaires-chercheurs en proposant des objets de recherche concrets, sur leur territoire, en lien avec les politiques qu'elle souhaite conduire ;
- protéger et réparer ce qui peut l'être, imposer les travaux si nécessaire ;
- prévenir : informer et former les acteurs municipaux, les professionnels de santé, construire une culture commune, en y associant la population.

Ce travail, complexe, est obligatoirement transversal, inter-institutionnel. Il implique de nombreux professionnels éloignés les uns des autres ; et seule une politique municipale volontariste peut leur permettre de collaborer. Ce travail doit s'appuyer sur les attentes de la population et être engagé sur le long terme.

Une politique globale

Agir sur un déterminant de la santé aussi massif que le logement doit s'intégrer dans une démarche plus globale, promue par la présidence finlandaise de l'Union européenne, qui vise à intégrer la santé dans toutes les politiques (ISTP) : elle peut s'appuyer sur les méthodes de l'Évaluation de l'impact en santé (EIS) développée depuis quelques années au Canada (article 54 de la loi de santé publique du Québec de 2002) et dont quelques villes se sont saisies : l'objectif est d'interroger l'impact sur la santé de toutes les décisions

prises, aussi bien au niveau national que dans une collectivité locale, mais aussi l'impact de la santé sur les autres politiques.

Ainsi, l'Angleterre a adopté un système d'évaluation du logement axé sur la santé et la sécurité (*Housing Health and Safety Rating System – HHSRS*) permettant d'évaluer le risque sanitaire lié au logement en fonction de sa gravité potentielle et non au regard de normes. Cela a fait évoluer les priorités en matière de logement et a permis d'affirmer qu'une dépense pour un meilleur logement est un investissement pour la santé publique.

Dans nos collectivités, plusieurs dispositifs et outils sont mobilisables à ces fins et doivent intégrer la préoccupation « santé », dans une logique intersectorielle :

- les services municipaux, bien plus largement que le service de la santé : service communal d'hygiène et santé (SCHS), centre communal d'action sociale (CCAS), services Habitat, Politique de la ville ;
- la démarche du contrat urbain de cohésion sociale (Cucs), qui oblige à croiser les cinq thématiques (éducation, emploi-formation professionnelle, prévention-sécurité, logement et santé), doit être privilégiée. Ainsi, 45 % des ateliers Santé-Ville des Cucs comportent un volet « habitat » : information sur les risques pour la santé, PNSE, qualité de l'air et surtout insalubrité et saturnisme ;
- la rénovation urbaine et tous les projets (Agence nationale pour la rénovation urbaine et grands projets urbains) devraient obligatoirement élaborer un volet santé ;
- le programme local de l'habitat (PLH) ;
- les opérations programmées d'amélioration de l'habitat (Opah) ;
- le plan d'aménagement et de développement durable (Padd), en lien avec les objectifs du PNSE ;
- le plan local d'urbanisme (PLU) ;
- le plan de déplacements urbains (PDU) ;
- et, plus globalement, l'Agenda 21.

Dans tous ces travaux que beaucoup de villes sont en train d'élaborer, des objectifs d'amélioration de la santé et de réduction des inégalités sociales de santé doivent trouver leur place,

permettant d'agir sur tous les déterminants qu'ils concernent. Ainsi, par exemple, le Projet santé de la Communauté urbaine de Strasbourg s'est donné pour objectif de réduire les inégalités en partant des déterminants : le logement est sa première priorité (*lire l'article page 32*).

L'habitat, un enjeu d'avenir

Les nouvelles agences régionales de santé auront à construire et à mettre en place avec les collectivités locales des contrats locaux de santé : ce devrait être le lieu d'intégration de toutes les politiques sectorielles qui contribuent à améliorer la santé. Ce travail devra donc associer les principaux bailleurs, les professionnels de l'habitat, les constructeurs et les promoteurs. La mobilisation des acteurs et de la population est incontournable : l'exemple des ateliers Habitat-Santé conduits avec les habitants de Lille est prometteur.

Enfin, on le voit bien, les villes doivent pouvoir trouver des ressources, échanger leurs expériences, apprendre à mieux évaluer les risques et à répondre aux inquiétudes souvent légitimes de leurs concitoyens. De plus en plus de réseaux, d'associations, de chercheurs s'intéressent à ces questions, qu'il faut mutualiser et mobiliser. Citons, par exemple, le Réseau international santé-environnement (Rise), le Réseau francilien de recherche santé, environnement, toxicologie (SEnT), les réseaux locaux Asthme avec visite au domicile pour évaluer les risques...

Parce que l'habitat est un des tout premiers déterminants de la santé, fortement corrélé socialement, avec des conséquences négatives sur le développement psychosocial, scolaire, etc., à long terme, les élus locaux doivent se former et pouvoir se saisir résolument de la politique de l'habitat pour améliorer la santé des habitants, peser sur les décisions publiques, contraindre les industriels à réduire les risques, travailler avec les bailleurs et les constructeurs pour offrir un logement sain à tous, gage d'une meilleure santé pour chacun.

Laurent El Ghozi

Médecin,
conseiller municipal délégué, Nanterre,
Président de Élus, santé publique
& territoires.

Communauté urbaine de Strasbourg : inscrire la santé dans toutes les politiques

Le plan santé élaboré par la communauté urbaine de Strasbourg a pour objet d'inscrire la santé dans l'ensemble des politiques menées. L'objectif est de travailler sur les déterminants de santé – urbanisme, logement, dispositifs sanitaires et sociaux – pour améliorer la santé globale des habitants et réduire les inégalités de santé. François-Paul Debionne souligne le défi que représente le développement de la santé dans les compétences d'une communauté urbaine et donne des exemples de réalisations concrètes.

La communauté urbaine de Strasbourg (CUS) regroupe vingt-huit communes et quatre cent cinquante et un mille habitants. Elle s'est dotée, en 2003, d'une compétence d'étude sur la santé qui devait se concrétiser par la réalisation d'un document de diagnostic et d'orientations communautaires (Ddoc) santé, projet non réalisé avant l'alternance politique intervenue en mars 2008. À son installation à la tête du conseil de communauté, le nouveau président a annoncé la mise en chantier d'un plan santé, fondé sur « *l'intérêt pour une réflexion et une stratégie partagées au sein de l'agglomération pour les questions de santé publique, souvent en lien avec l'environnement et l'écologie, ainsi que les pratiques sportives* ». La désignation d'un vice-président en charge de la santé a permis de personnaliser le portage de cette politique, intégrant la réduction des inégalités sociales et de santé. Le plan santé a été structuré en quatre axes : développement de volets santé au sein des compétences de la communauté urbaine de Strasbourg, développement de coopérations intercommunales, fédération d'initiatives citoyennes, promotion de la santé des personnels des collectivités territoriales.

Une stratégie pour développer la santé dans les compétences de la communauté urbaine

Sans attendre l'aboutissement d'un diagnostic initial, le vice-président santé a pris l'attache des autres vice-présidents, en charge de la structuration de

politiques à moyen ou long terme. Il s'agissait de promouvoir la santé à travers chacune des compétences communautaires constituant un déterminant de santé. C'est ainsi que le programme local de l'habitat (PLH) a été enrichi d'un axe santé visant à faciliter l'obtention d'un logement pour les personnes de santé précaire, à implanter les services de santé au cœur des quartiers d'habitation (création de Maisons de santé urbaines), à développer les habitats favorables à la santé et à anticiper les risques sanitaires (matériaux adéquats et prévention de la pollution de l'air intérieur). La révision du plan de déplacements urbains (PDU) intègre la promotion de la mobilité active comme facteur de prévention. Le contrat intercommunal de sécurité et de prévention (CIPS) comporte une nouvelle dynamique de partenariats territoriaux pour la prévention des addictions. Enfin, l'élaboration du plan climat territorial (PCT) a renforcé les projets concrets concernant l'environnement et la santé, notamment en termes de qualité de l'air (dont les particules) et de circuits courts en vue de la restauration scolaire.

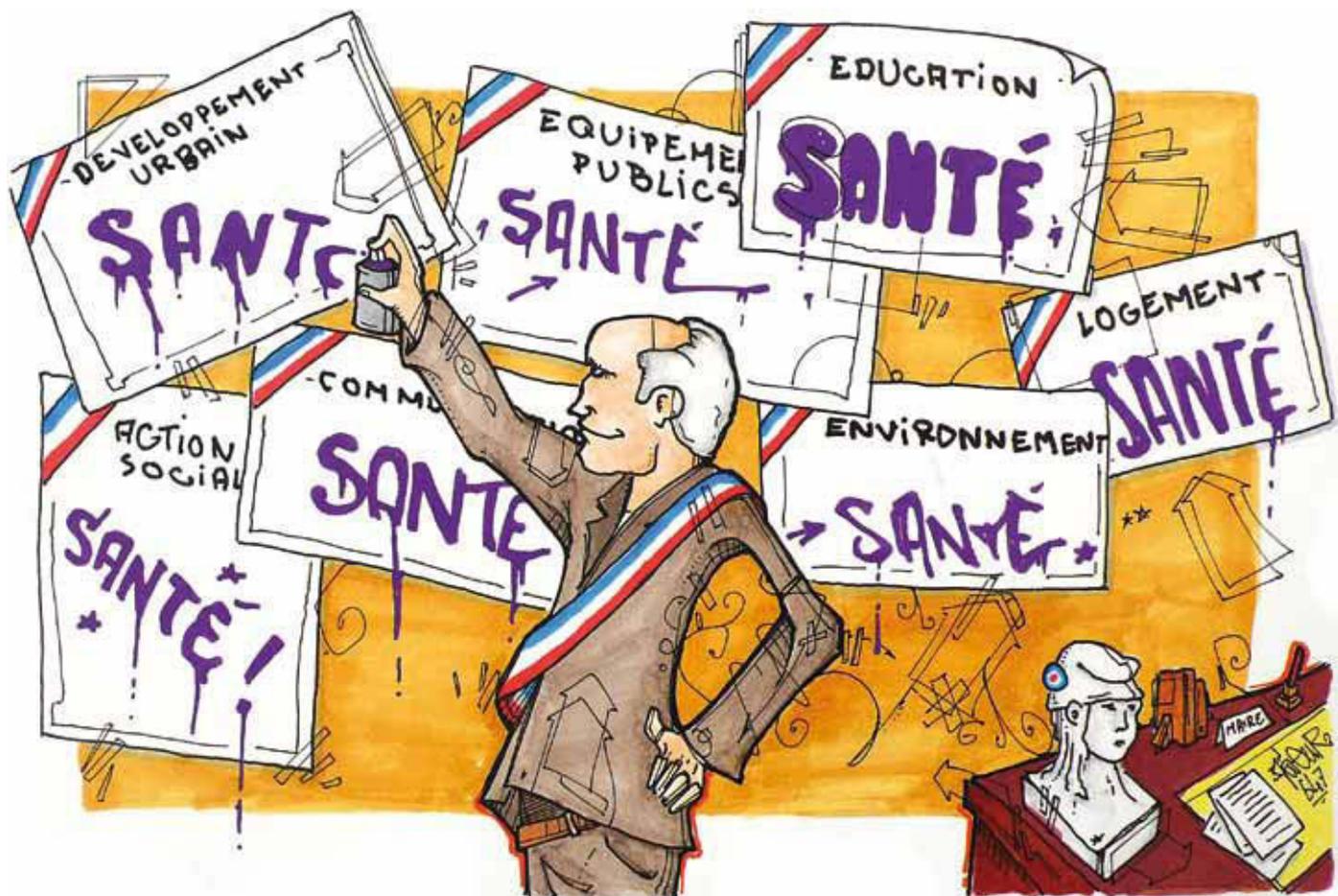
Fruits de concertations impliquant élus, professionnels et habitants, ces documents de programmation sont soumis à l'approbation du conseil de communauté, voire de chacun des conseils municipaux. Les actions qui en résultent peuvent être de mise en œuvre immédiate (équipe mobile d'intervention pour la prévention des

addictions) ou préparer une évolution des aménagements de l'espace urbain et semi-urbain en vue de faciliter l'activité physique au quotidien.

Une stratégie pour susciter des coopérations intercommunales

Les actions d'éducation à la santé ne relevant pas d'une compétence communautaire, l'implication des communes de la communauté urbaine de Strasbourg requiert leur propre décision politique. Pour susciter des coopérations intercommunales, le vice-président santé a rencontré les vingt-huit maires afin de recueillir leurs préoccupations, de valoriser leurs initiatives de promotion de la santé, d'identifier ensemble des possibilités d'actions intercommunales et de présenter un cadre de coopération pour la santé. Il a prolongé ces dialogues en mairie par une rencontre avec les directeurs généraux des services, à même d'apporter des compléments d'information et désireux d'être épaulés dans la prise en compte des questions de santé au travail. Ces rencontres « entre élus », en présence du chargé de mission et du chef de service santé de la ville de Strasbourg, ont permis une réflexion sur les orientations.

La synthèse des informations ainsi recueillies va être validée prochainement par une délibération du conseil de communauté relative au plan santé. Mais on peut d'ores et déjà souligner la prise de conscience, par les maires, de leur rôle incontestable sur des détermi-



nants de santé : l'aménagement urbain pour des déplacements sécurisés, les modalités d'organisation de la restauration scolaire, le soutien à la pratique d'activités physiques à travers des équipements, de la signalisation, etc., étaient déjà dans leurs préoccupations, avant même que leurs conséquences en termes de santé aient été identifiées.

En prenant en compte les actions déjà entreprises et les souhaits formulés par les communes, une seconde étape de concertation a pris la forme de l'installation, en juin 2010, d'un groupe « Élus, santé et territoire de la communauté urbaine de Strasbourg ». Une nouvelle réunion, en octobre, a permis d'affiner les propositions de coopération entre communes volontaires.

L'élaboration complexe d'un plan à plusieurs vitesses

La primeur donnée à l'implication d'élus au titre de leurs compétences thématiques et territoriales bouscule la méthodologie classique de projet. Des propositions concrètes d'actions doivent être actées dans les documents de programmation des politiques communautaires au moment de leur élaboration, alors même que le document de

diagnostic et d'orientations communautaires (Ddoc) santé, qui en donnera les fondements, n'est pas achevé. En revanche, le choix politique d'intégrer le point de vue des maires dans ce Ddoc, source de plus de complexité, apparaît prometteur en termes d'accroche pour leur implication effective sur une thématique éloignée de leurs compétences, mais très proche de leur sphère d'influence.

C'est dire l'importance de la réalisation du Ddoc, rapprochant des données quantitatives, sociodémographiques et sanitaires et un état des lieux des initiatives et des coopérations. S'élabore ainsi un plan santé à plusieurs vitesses, où l'engagement des vice-présidents de la communauté urbaine de Strasbourg et la réflexion des maires, devront aboutir à une nouvelle délibération santé du conseil de communauté, actant le diagnostic et les orientations qui en découlent.

Sans attendre la finalisation du plan santé, on observe une progression rapide de l'élaboration de fiches actions au sein des programmes votés (PLH) et des contrats signés (CIPS), ainsi que l'ébauche de pistes santé dans d'autres

politiques : le plan local d'urbanisme (PLU), la coopération transfrontalière au sein de l'Eurodistrict, etc.

Les défis en cours

Les défis en cours ont trait à l'immensité du champ des possibles : toute politique publique peut comporter un volet santé ! Quel compromis est possible entre l'inventivité des élus et la réactivité des services qui assument déjà l'existant ? L'on constate la multiplicité des démarches de projet simultanées au sein de la collectivité, y compris ceux qui partagent le même objectif de réduction des inégalités sociales et de santé, tels que le projet social et santé de territoire (ville de Strasbourg) et le projet urbain de cohésion sociale (ville et communauté urbaine de Strasbourg). C'est dire la nécessité de faire reconnaître le plan santé parmi les projets prioritaires à même de bénéficier du soutien effectif de l'ensemble de l'administration, suite à une hiérarchisation des priorités.

Un autre défi résultant du volontarisme politique a trait à l'importance de l'obtention de résultats rapides dans un champ où l'évaluation n'est pertinente qu'à moyen terme.

Enfin, se pose la question des contraintes financières : franchir les arbitrages budgétaires requiert un accord de fond des directions concernées. La référence à la santé peut devenir un atout supplémentaire pour l'aménagement du territoire, l'organisation d'une journée intergénérationnelle, etc.

Les leviers internes pour agir

L'implication motrice des élus est irremplaçable : un élu qui s'adresse à d'autres élus a bien plus de poids qu'un technicien ; l'action des services est confortée par une force de conviction portée au sommet, un affichage original. De même, le soutien de la direction générale des services conditionne la transversalité inter-services, avec à la clé la désignation de correspondants dans toutes les directions, l'attention portée aux modalités d'arbitrage budgétaire, l'inscription du plan santé dans les projets stratégiques prioritaires. À Strasbourg, l'existence d'un service santé au sein de la ville confère un support essentiel au développement de nouvelles orientations et apporte ainsi des ressources à l'ensemble de la communauté urbaine de Strasbourg. Enfin, l'expérience acquise en matière d'observation sanitaire et sociale au niveau des communes et des quartiers constitue un atout pour objectiver les inégalités sociales et territoriales de santé, et pour consolider les évaluations. Disposant d'un service de santé scolaire et de santé dentaire, la collectivité peut fournir des chiffres sur l'obésité et sur les caries dentaires dans toutes les écoles de la ville, qui montrent des inégalités de un à cinq. Cela rejoint un axe prioritaire porté par les partenaires institutionnels, dont l'agence régionale de santé (ARS) et les grandes villes de la région, réunis au sein d'une plateforme régionale d'observation sanitaire et sociale, avec l'implication déterminante de l'observatoire régional de la santé. À souligner aussi la coopération constante du service santé, au sein de la direction des Solidarités et de la Santé, avec les services en charge de l'action sociale, de l'insertion, de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées...

Les facteurs externes

Parmi les facteurs favorisant cette mobilisation des communes, figure le partenariat avec les institutions et les associations, afin de construire

ensemble la reconnaissance par l'État du rôle d'acteur local de promotion de la santé tenu par les collectivités territoriales. Des atouts précieux pour que les collectivités puissent participer à l'élaboration du projet régional de santé (PRS) et voient leurs initiatives soutenues *via* les contrats locaux de santé.

La capacité de réactivité des communes est l'objet d'un test grandeur nature à travers les sollicitations adressées par l'ARS dans le cadre de l'état des lieux préparatoire au PRS, notamment recenser l'ensemble des actions d'éducation et de promotion de la santé entreprises au niveau communal. Les modalités retenues par l'ARS pour réelement associer les collectivités territoriales à la gouvernance et à la mise en œuvre seront connues avant la fin 2010. À l'heure actuelle, cette perspective est envisagée comme une ouverture à transformer en contrat local de santé.

Un autre cadre de synergies existe à travers la politique de la ville, copilotée avec le sous-préfet chargé de mission. Très positif pour le développement d'ateliers Santé-Ville au sein des cinq quartiers de Strasbourg en zones urbaines sensibles de priorité 1, ce cadre est mis en difficulté par le moindre intérêt accordé par l'État aux quartiers en zones urbaines sensibles 2 et 3, répartis dans plusieurs communes de la communauté urbaine de Strasbourg. La réforme de la géographie de la politique de la ville et la possibilité de coopérations intercommunales mieux soutenues restent au rang d'attente.

Pour relever de tels défis, les partages d'expériences entre acteurs et les formations sont très précieux, qu'il s'agisse du colloque annuel du Centre national de la fonction publique territoriale, des rencontres entre Villes-Santé OMS, de l'association Élus, santé publique & territoires, du congrès de la Société française de santé publique, des Journées de l'Institut Renaudot, de séminaires de la Délégation interministérielle à la ville, des Journées de la prévention de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, etc., ou encore des modules de formation continue organisés par l'Institut national des études territoriales, de l'enseignement de la santé publique, etc.

Les freins et les facteurs de complexité

Après les facteurs favorisant, abordons les freins et les facteurs de complexité ! La santé est de la compétence d'un État qui se réforme en réduisant ses moyens humains. Les collectivités territoriales paraissent mieux placées que l'État pour agir sur l'environnement et la santé par des politiques transversales : plusieurs leviers peuvent être actionnés facilement en interne. Travailler ensemble devrait donc être une évidence.

Or, l'ouverture à la promotion de la santé sur un territoire élargi est envisagée plus par des gains de productivité et une réorientation des services que par la création de postes et l'octroi de financements supplémentaires. Toutes les politiques favorables à la santé ont vocation à être financées pour l'essentiel sur les enveloppes logement, environnement, etc., et non pas sur des enveloppes santé. Il faut donc une large adhésion des élus et des services à cette redistribution.

Quels que soient les modèles méthodologiques, le poids de l'agenda politique bouscule les étapes des démarches de projet. Si la complémentarité élus et professionnels apparaît essentielle, la coordination entre élus s'avère indispensable : il faut que les maires et les présidents des communautés d'agglomération soient vraiment des chefs d'orchestre pour traduire dans les faits cette approche de promotion de la santé. Un travail de longue haleine, qui mérite d'être reconnu comme indispensable.

François-Paul Debionne

Chef du service Santé publique et environnementale, ville et communauté urbaine de Strasbourg¹.

1. Rattaché à la direction de l'Action sociale de Strasbourg, le service Promotion de la santé a pris le nom de service Santé publique et environnementale en 2010, en fusionnant avec le service Hygiène et santé, au sein d'une nouvelle direction des Solidarités et de la Santé. La nouvelle organisation ouvre des possibilités d'implication au niveau de la communauté urbaine de Strasbourg, dans le cadre de mutualisation des services avec d'autres communes.

Nantes : une organisation en réseaux pour promouvoir la santé

Membre du dispositif Villes-Santé de l'OMS, la ville de Nantes s'est dotée d'un réseau local de promotion de la santé. Le réseau de santé mentale fait collaborer professionnels de santé et bailleurs sociaux afin de favoriser l'accès au logement par les personnes isolées présentant des troubles psychiques. Un autre réseau s'est mis en place autour de la santé des jeunes. Enfin, la ville s'est dotée d'un conseil des personnes handicapées, qui agit pour améliorer l'accessibilité à l'espace public et à l'emploi, avec la participation des usagers, comme l'explique le médecin-directeur de la ville, Hélène Lepoivre.

Un des enjeux majeurs de la mise en œuvre d'une politique locale de promotion de la santé et du bien-être est la mobilisation d'acteurs qui agissent dans d'autres champs que celui de la santé/maladie. La prise en compte des déterminants sociaux de la santé dépasse en effet le modèle biomédical et les compétences sanitaires de l'État, relevant en grande partie de politiques phares des villes : éducation, famille, cohésion sociale, sports, habitat, transports. Agir sur ces déterminants nécessite de faire travailler ensemble des acteurs issus d'horizons différents, dans des postures et des cultures parfois même opposées, chacun devant y trouver son compte.

Dans cette approche globale de la santé et de la qualité de vie propre au concept Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les réseaux locaux sont des outils pertinents pour soutenir les professionnels, produire de la réflexion et mettre en cohérence l'action. Ils permettent de répondre à plusieurs questions : comment impliquer durablement les acteurs ? Comment agir de façon efficace et coordonnée ? Quelle est la plus-value pour la ville et pour les partenaires externes ? Quelles sont les limites ?

Genèse d'un réseau local

Un réseau local en santé est la coopération d'acteurs – professionnels, associatifs, citoyens – préoccupés par des problématiques diverses mais en rapport avec la santé, soucieux de les partager et convaincus que les traiter de

façon coordonnée sera plus efficace. Le « réseau » n'est pas un groupe projet, il se constitue à partir d'une problématique : l'isolement des personnes âgées, les obstacles à l'accès aux soins, l'hypercoolisation des jeunes, la souffrance psychique, etc. Les acteurs proches de la santé, c'est-à-dire issus du champ social et de l'insertion, se mobilisent aisément, surtout sur les territoires ; il est en revanche plus difficile, et c'est le défi, de convaincre les professionnels d'autres secteurs, parfois éloignés de l'idée qu'ils agissent aussi sur la santé (culture, jeunesse, urbanisme, etc.). Un plaidoyer est à développer autour de l'intérêt de regarder leur action sous l'angle de l'amélioration, ou non, de la santé. La contribution d'experts comme, par exemple, des sociologues ou des géographes, peut aussi enrichir la réflexion.

Les villes ont un nombre important de politiques, d'activités et d'agents de proximité. Elles ont légitimité à organiser les partenariats internes et externes en réseau, pour s'inscrire dans le projet des Villes-Santé. Elles sont par ailleurs encouragées par l'État à développer des réseaux locaux tels que les ateliers Santé-Ville (ASV), le volet santé des contrats urbains de cohésion sociale (Cucs), les conseils locaux en santé mentale (CLSM) figurant dans le Plan santé mentale 2005-2008, ou les chartes « Villes actives » du deuxième Plan national nutrition-santé (PNNS2, 2006-2010). Le Plan national santé-environnement (PNSE2) recommande égale-

ment la mise en place de plans locaux qui s'appuient sur des réseaux.

Le réseau local suit un processus de maturation qui s'inscrit dans le temps, avec une première phase d'élaboration d'une culture commune par la rencontre, la réflexion et la formation des acteurs. La production du réseau comprend en interne la construction collective d'outils : partage d'expériences, diffusion d'informations (guide), formations, élaboration de procédures et de bonnes pratiques. Enfin, le réseau peut se donner des objectifs tournés vers l'extérieur : actions de communication, de plaidoyer, formations ou actions de prévention en direction d'un public cible.

Le réseau santé mentale de la ville de Nantes

Ce réseau a été créé en 1995 à la suite de l'interpellation de la ville par un bailleur social sur la situation de personnes isolées présentant des troubles psychiques. Il associe les services de psychiatrie publique et, au fur et à mesure, d'autres bailleurs, des services sociaux, de la police, des associations et des services prévention et logement de la ville. L'une des premières actions a été une formation pratique à la gestion des situations, qui a conduit à la mise en place d'une instance de concertation favorisant l'accès et le maintien dans le logement et s'appuyant sur une charte déontologique. Le réseau a également mené des actions de communication visant à améliorer

l'image de la santé mentale auprès de la population générale.

Une des fonctions essentielles d'un réseau est la mise en cohérence des actions engagées. Plus le nombre d'acteurs concernés est élevé, comme sur la nutrition par exemple, plus cette cohérence est nécessaire. Faire circuler l'information, donner des idées, créer des groupes projet, favoriser la convivialité, tout cela permet de construire ensemble. Le fonctionnement en transversalité ne va pas de soi, surtout à l'échelle d'une grosse structure telle qu'une ville, dont le penchant naturel est de revenir à un fonctionnement compartimenté. La formalisation du réseau, c'est-à-dire un nom, des objectifs, un animateur et idéalement des ressources, favorise le décloisonnement et la coopération en mode projet.

Le réseau nutrition

Ce réseau, créé en 2009 dans le cadre de la charte « Villes actives » du

PNNS, a dans un premier temps réalisé un état des lieux des nombreuses actions menées : de la cantine scolaire aux petits déjeuners pédagogiques en passant par les jardins familiaux, l'animation sportive, etc. Le besoin de partager des valeurs communes pour les actions de prévention a émergé car il est, en effet, facile d'être contre-productif tout en croyant bien faire, les messages normatifs ou culpabilisants étant assez courants sur le thème de la nutrition. Un séminaire a permis aux acteurs de s'approprier collectivement les concepts de la promotion de la santé appliqués à la nutrition et les professionnels ont développé davantage d'actions de qualité et se sont associés pour des actions grand public. Une limite du partenariat et du travail en réseau est le *turnover* des professionnels qui peut atteindre 25 % par an dans certains secteurs ou territoires, et fragilise le réseau s'il n'est pas formalisé et clairement inscrit dans un plan d'action. Le travail partenarial pluridis-

ciplinaire permet de mieux comprendre les enjeux de la santé et favorise la prise de conscience de chacun d'être acteur dans la démarche de promotion de la santé. C'est un processus long qui doit s'ajuster aux mandats des élus, les résultats n'étant pas immédiatement visibles.

Le réseau prévention santé jeunes

Ce réseau, comprenant des professionnels des secteurs de la prévention, du soin, de l'insertion des jeunes, de l'éducation, du socioculturel, est interpellé *via* le réseau local de l'atelier Santé-Ville d'un quartier nord de Nantes sur la question de l'alcool : des jeunes du quartier souhaitent organiser une animation avec un concert de rock et vendre de l'alcool. L'association accompagnant les jeunes s'inquiète des risques liés à l'alcool et cherche des arguments contre la vente. Après réflexion collective, un groupe issu du réseau propose d'accompagner le concert et la vente d'alcool dans le cadre d'un projet de prévention des risques, avec Sida Info Service, l'antenne départementale de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa 44), Avenir santé et dicoLSF. Les organisateurs du concert bénéficient d'outils du réseau dont une formation aux gestes de premier secours incluant une sensibilisation aux prises de risques. Le concert s'est déroulé en novembre 2009, de 16 h à 1 h 30 du matin, avec quatre cents participants. De la bière ainsi que des boissons non alcoolisées à des prix attractifs et des sandwiches sucrés et salés ont été vendus. Un espace prévention a été animé par les associations partenaires. Il n'a pas rapporté de problèmes liés à une hyperalcoolisation, les vigiles ne sont pas intervenus, soulignant qu'il n'y a pas eu de consommation d'alcool sur les parkings. La valeur ajoutée du réseau a été, au-delà de la réactivité et de l'opérationnalité de l'intervention, la cohérence apportée par la création de liens entre les acteurs en présence, qui a permis une posture partagée de réduction des risques et une gestion sereine et contrôlée de l'événement.

Hélène Lepoivre

Médecin-directeur, Mission santé publique, ville de Nantes.

Le conseil nantais des personnes handicapées

Depuis de nombreuses années, la ville de Nantes développe une politique d'intégration des personnes handicapées dans la cité. Le réseau peut être une force pour obtenir la prise en compte de ces publics dans tous les aspects quotidiens parce qu'il permet une réactivité sur le terrain, dans le concret, et qu'il donne la parole aux usagers eux-mêmes en tant qu'individus ayant des problèmes à résoudre et aux associations militantes.

La ville conduit un plan d'action axé sur la citoyenneté et l'accessibilité et, depuis juin 2009, sur le regard et le vivre ensemble avec la création du conseil des personnes handicapées. Cette instance consultative ouverte aux Nantais associe élus, techniciens, citoyens, militants et associations.

S'appuyant sur les réflexions et débats concernant les sujets de la vie quotidienne, la ville a mis en œuvre un accès facilité à l'information sur le site de la ville et un accueil des personnes sourdes en mairie. Les enfants handicapés sont accueillis dans les crèches et les écoles par du personnel formé, avec au moins un groupe scolaire par quartier accessible aux enfants ayant un handicap moteur, et une offre de loisirs en développement. Enfin, la ville a comme objectif de favoriser l'accès des personnes handicapées à l'emploi. L'accessibilité à l'espace public et aux transports collectifs est une priorité du conseil, quel que soit le type de handicap. Les « diagnostics en marchant » qui repèrent les dysfonctionnements d'un parcours du domicile à l'arrêt de bus, ainsi que les visites de terrain organisées avec les partenaires, permettent de proposer des aménagements après expertise et concertation. Un nouveau regard sur le handicap est apporté, par exemple au travers d'un parcours de difficultés pour fauteuil roulant permettant de sensibiliser les personnes valides au cheminement des personnes à mobilité réduite. Enfin, sur le plan de la culture, du sport et des loisirs, l'accessibilité aux équipements et un plan de développement handisport sont deux des objectifs fixés.

Le conseil nantais des personnes handicapées est aussi une instance de coproduction de projets qui s'élaborent dans une dizaine d'ateliers dans le cadre d'une démarche de dialogue citoyen. La participation systématique des personnes en situation de handicap s'inscrit dans les objectifs définis par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

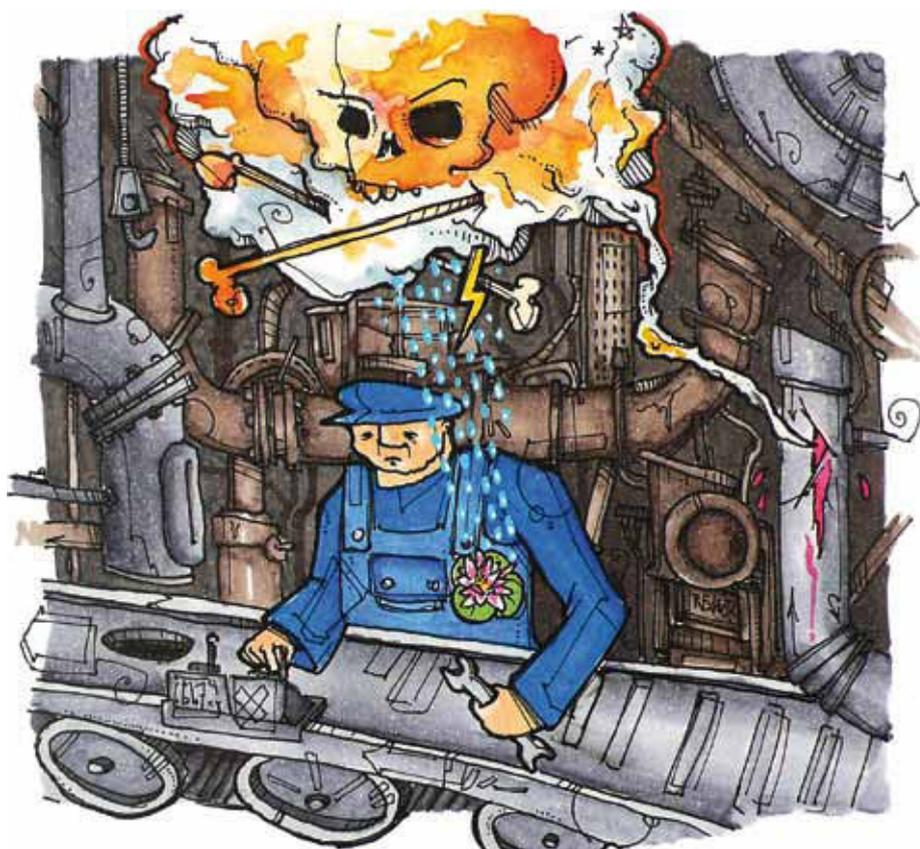
H. L.

En Seine-Saint-Denis, une recherche-action sur les cancers professionnels

Les conditions de travail sont un déterminant majeur de la santé de la population. C'est aussi l'un des déterminants de santé le plus difficile à faire évoluer. Dans le département de Seine-Saint-Denis, marqué par une forte surmortalité chez les ouvriers, l'Inserm et le conseil général mènent depuis huit ans une recherche-action sur les cancers professionnels. Sur la base d'une enquête détaillée auprès de plus de neuf cents malades atteints de cancers, il en ressort une forte exposition des actifs aux substances cancérigènes sur certains sites et un déficit majeur d'information et de formation, comme le soulignent Michèle Vincenti-Delmas et Annie Thébaud-Mony. Cette recherche-action a aussi permis d'améliorer la déclaration et la reconnaissance des cancers professionnels.

La lutte contre les inégalités sociales de santé est au cœur des politiques de santé publique et de l'agenda politique. Elle ne se situe pas uniquement sur un plan médical et sanitaire mais *via* une politique transversale, intersectorielle, qui permet d'agir sur plusieurs déterminants de la santé, lesquels se situent dans d'autres champs que le sanitaire. Cette lutte est inscrite dans les grands enjeux de la politique départementale du conseil général de Seine-Saint-Denis.

Les inégalités, qu'elles soient sociales, économiques, territoriales ou environnementales, ont des conséquences sur la santé, et les inégalités sociales et territoriales de santé sont l'une des problématiques majeures de santé identifiées aujourd'hui ; elles sont particulièrement présentes, depuis de nombreuses années, dans la population du département. Le tableau de bord de la santé réalisé par l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France (Orsif), en 2004, met particulièrement en évidence la situation spécifique du département et de sa population dans ce domaine. Les données réactualisées en 2008 montrent la persistance d'une situation alarmante avec une surmortalité prématurée importante dont les cancers représentent la première cause et notamment les cancers du poumon pour 25 % des décès prématurés par cancer (<http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/tab93/tab93.html>).



Un projet scientifique porté par un engagement politique

Il est rare qu'une collectivité locale s'engage dans le soutien à un projet de recherche-action sur les inégalités sociales de santé. Il est plus rare encore que cette recherche-action donne lieu à des développements concrets. Cela se passe en Seine-Saint-Denis autour des cancers professionnels. Ce pro-

gramme a été initié par une période d'observation et de problématisation de la question par plusieurs acteurs d'origines et d'institutions différentes du champ de la santé publique et de la santé au travail. Les principaux constats ont mis en évidence :

- une importante sous-déclaration et sous-reconnaissance des cancers d'origine professionnelle ;

- une surmortalité par cancers forte, significative et durable, notamment dans la population masculine, avec une surmortalité prématurée importante ;
- une forte corrélation entre les caractéristiques socio-démographiques du département et la mortalité par cancer ; on note une importante surmortalité avec un pourcentage important de population d'origine ouvrière sur un territoire marqué par des nuisances majeures liées à une forte histoire industrielle.

Ces constats ont été partagés entre institutions publiques, acteurs scientifiques et professionnels de santé, dans des espaces de réflexion et de travail opportunément ouverts par le département (conseil général) et l'État (direction départementale des Affaires sanitaires et sociales de Seine-Saint-Denis). Ils ont fait émerger la volonté de construire un programme de recherche-action sur les cancers d'origine professionnelle pour lutter contre leur invisibilité et en améliorer la connaissance, la reconnaissance et la prévention, particulièrement pour les populations ouvrières les plus lourdement exposées à des cancérigènes en milieu de travail.

Corrélation entre cancers et situation socio-économique dégradée

Le lien déterminant entre les inégalités sociales de santé et les cancers d'origine professionnelle a déjà été souligné par Pierre Aïach (Inserm), dès 1987 (1-4), et par Manolis Kogevinas au Centre international de recherche sur le cancer (5-9). En 1997, l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France a publié un rapport sur la mortalité par cancer en Ile-de-France, qui montre la corrélation, au niveau cantonal, entre la mortalité par cancer et le profil socio-démographique des populations sur les territoires et qui témoigne de la situation spécifique du département de Seine-Saint-Denis (6). Des données plus récentes montrent que le risque de mourir d'un cancer avant 65 ans est dix fois plus élevé chez les ouvriers que chez les cadres (Rapport Igas, 2008), la France ayant le triste record de mortalité masculine prématurée en Europe (7, 10).

Mobiliser tous les acteurs concernés

La mise en œuvre de cette démarche a été facilitée dans le département de

Seine-Saint-Denis par une tradition de programmes de santé publique et de construction de partenariats entre différents acteurs. Celle-ci s'est organisée autour des compétences des institutions publiques, d'observations scientifiques de types épidémiologique et sociologique mais aussi des orientations et volontés politiques.

En 1998, le conseil général s'est donc emparé de cette question – qui traduit une problématique plus générale de droit à la santé pour tous – avec la volonté politique de développer des programmes d'action pour mobiliser l'ensemble des acteurs concernés. Cette volonté s'est traduite par le vote à l'unanimité de l'Assemblée départementale du soutien au projet de « recherche-action » sur les cancers professionnels. La mobilisation des partenaires a abouti à la création d'une association chargée de porter des objectifs de recherche et d'action avec la direction et l'autorité scientifique d'une chercheuse de l'Inserm reconnue pour ses travaux sur ce domaine et engagée de longue date dans ce projet.

En janvier 2000, la création de l'association Scop 93 réunit des institutions départementales, régionales et nationales de santé au travail, de santé publique et de recherche, pour réaliser des travaux de production de connaissances contribuant à l'amélioration des connaissances épidémiologiques sur les cancers professionnels en Seine-Saint-Denis, l'amélioration de la reconnaissance et de l'indemnisation des victimes de cancer professionnel, et enfin à la prévention. Mieux reconnaître les cancers, mieux les identifier pour mieux les prévenir est alors l'ambition du programme soutenu par le département, le ministère du Travail et la direction régionale du travail, l'Université Paris XIII, la Ligue contre le cancer et l'Inserm.

Des résultats pour agir sur la prévention, la reconnaissance et l'indemnisation

Au terme de quelques années, les résultats portés par ce dispositif ont montré l'impact des situations de travail et des formes d'organisation du travail sur les expositions des salariés aux substances cancérigènes (11, 12). Aujourd'hui, les résultats portent sur plus de huit années d'étude : plus de

mille cinq cents patients signalés dont 61 % ont pu être interrogés sur leur parcours professionnel. La moitié des patients était âgée de moins de 60 ans au moment du diagnostic et un tiers d'entre eux était encore en activité ; 84 % des patients étudiés ont présenté dans leur activité professionnelle des expositions à des cancérigènes avérés inscrits sur la liste¹ du Centre international de recherche sur le cancer (Circ) et dans plus de la moitié des situations, il s'agissait d'expositions multiples, fortes et durables. Par exemple, 55 % des patients ont été exposés à plus de trois substances cancérigènes pour une durée moyenne d'exposition de plus de vingt-cinq ans. La reconstitution des parcours montre que 65 % des postes occupés par l'ensemble des patients sont des postes d'ouvriers.

Cette reconstitution des parcours professionnels témoigne également de l'impact de la précarisation du travail à l'œuvre depuis trente ans, avec une multiplication des emplois et des postes de travail, notamment pour les plus précaires. Dans l'enquête permanente, le nombre moyen d'emplois occupés par un même patient est de six. Quant aux situations d'exposition aux cancérigènes, les plus représentées dans l'enquête se situent dans les fonctions qui contribuent indirectement à la production (exemples : maintenance industrielle, réparation automobile), les chantiers du bâtiment et des travaux publics qui combinent tout un ensemble de fonctions – comme la démolition, la rénovation, la construction, la reconstruction – et de métiers – comme les maçons, les plombiers et les électriciens –, mais aussi les activités de nettoyage et de gestion des déchets – comme le nettoyage des avions et la gestion des déchets chimiques. Il s'agit de fonctions le plus souvent sous-traitées et confiées à des intérimaires, fonctions souvent peu prises en compte par les acteurs de la prévention (8).

Ces résultats sont autant de pistes d'actions pour les acteurs de la prévention que sont les inspecteurs du travail, les syndicats, les élus, les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, les services de santé au travail. De nombreuses rencontres et présentations des résultats aux acteurs de la prévention au travail, et notamment aux inspecteurs du travail, ont été orga-

nisées pour développer l'information des acteurs et ouvrir de nouvelles pistes de travail.

Parallèlement, et afin de ne pas perdre la dimension participative et ancrée dans la réalité des conditions de travail, le conseil général a soutenu la création d'un réseau élargi à d'autres acteurs entre 2006 et 2008. Ce réseau s'est alors engagé dans une réflexion et une mobilisation collective avec l'ensemble des acteurs du monde du travail dont notamment des acteurs syndicaux, des élus et des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail pour favoriser l'information et la prise en compte du droit à la santé des salariés à partir de leurs connaissances sur ces questions. Plusieurs débats ont été organisés entre 2006 et 2008. En mai 2008, à la suite des échanges dans le réseau, les organisations syndicales se sont engagées avec les associations, les mutuelles, le conseil général et le Giscop 93, dans l'organisation d'une journée qui a rassemblé plus d'une centaine de personnes représentantes des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et des comités d'hygiène et de sécurité (14).

Amélioration de la déclaration et de la reconnaissance des cancers

Une retombée significative et tangible de cette recherche est son impact sur les conditions de déclaration et de reconnaissance des cancers professionnels, avec des conséquences directes pour les malades suivis qui ont bénéficié de ce soutien pour les procédures d'indemnisation au titre de la maladie professionnelle. À ce jour, deux cent trois patients ont bénéficié d'une procédure de reconnaissance soit 68 % des patients qui ont fait une déclaration, mais seulement 42 % des patients qui auraient pu en bénéficier au regard de leur pathologie et de leurs conditions de travail. Cette étude a mis également en évidence les écarts entre les procédures et dispositifs législatifs et administratifs et leur utilisation réelle par les patients et les salariés.

Le dispositif mis en place est maintenant reconnu et bénéficie de soutiens financiers pour plusieurs projets de recherche portés par les autorités scientifiques françaises, notamment l'Agence nationale de la recherche et l'Institut



national du Cancer qui ont inclus dans leur programme les questions des cancers professionnels. L'ensemble des partenaires initiaux est resté actif et mobilisé autour du projet qui a su élargir son partenariat et la base des acteurs engagés. La nécessité d'approfondir les axes de recherche et de renforcer l'assise du dispositif a été reconnue et a conduit ses promoteurs à une transformation juridique en un groupement d'intérêt scientifique (le Giscop 93) porté par l'Université Paris XIII dans son projet d'établissement, et par le ministère du Travail. On peut aussi souligner que dans le premier Plan cancer national publié en 2003, avait été également inscrite la référence à la nécessité d'améliorer les connaissances, de « créer les moyens d'une véritable action de prévention de terrain en matière de cancer » et de « renforcer la lutte contre les cancers professionnels », notamment par la mise en réseau des structures et professionnels concernés. C'était bien l'objectif initial de l'association Scop 93 à sa création en 2000. Les recommandations issues du rapport Grünfeld (13) pour le second plan cancer, en 2009, rejoignent ces pistes d'actions sur la prise en compte des expositions cancérigènes en milieu de travail.

Les résultats portés par ce dispositif témoignent de l'impact des situations

de travail et des formes d'organisation du travail sur les expositions des salariés aux substances cancérigènes, le poids sous-estimé des poly-expositions et le déficit majeur d'information et de formation des premiers acteurs des entreprises que sont les salariés. Le travail réalisé a produit également des résultats importants sur les conditions de déclaration et de reconnaissance des cancers professionnels avec des conséquences directes pour les malades suivis qui ont bénéficié de ce soutien pour les procédures d'indemnisation de maladie professionnelle. Ce projet joue donc pleinement son rôle de veille à l'articulation de la recherche et de l'action. Son action contribue directement et indirectement à la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Ce dispositif a permis d'engager des travaux dans le cadre de ces différents axes de recherche. La problématique, les méthodes de recherche et les résultats ont une portée généralisable, en ce sens que les connaissances produites mettent en relation les parcours de travail, les expositions professionnelles aux cancérigènes dans ces parcours, les logiques de fonctionnement du système de réparation ainsi que ses dysfonctionnements et les obstacles à la prévention. Les résultats obtenus dans le cadre de la Seine-Saint-Denis ren-

voient aux logiques structurelles d'organisation du travail et de l'emploi et aux caractéristiques des dispositifs réglementaires et institutionnels de reconnaissance et de prévention des cancers professionnels à l'échelle nationale. L'étude des conditions institutionnelles de la réparation et de la prévention des cancers professionnels est conduite dans un référentiel unique, constitué par le réseau des institutions d'assurance maladie, de médecine du travail et d'inspection du travail de la Seine-Saint-Denis. Enfin, les coopérations acquises avec ces différentes institutions permettent d'assurer non seulement l'étude des dispositifs en vigueur, mais aussi leur évolution et un suivi des retombées de la recherche sur la connaissance des parcours de travail et des expositions, ainsi que sur la reconnaissance et la prévention des cancers professionnels.

La démarche et les espaces de réflexion croisés, opportunément ouverts et appropriés par des acteurs d'horizons et de disciplines multiples,

ont favorisé et facilité l'initiation de ce projet construit dans la convergence des constats et d'analyses. Il s'est développé avec le soutien d'une volonté politique locale et nationale qui s'est maintenue au cours du temps, dépassant en cela le seul temps du mandat politique et les clivages partisans. Dans cette dynamique, l'action politique a soutenu le projet de recherche qui a pu passer outre un certain nombre de difficultés liées à son originalité d'approche transversale entre sciences sociales, sciences de la vie et santé publique. Ce soutien s'est manifesté tant sur le plan financier que formel par des accords conventionnels dans le cadre de partenariats institutionnels inscrits dans une certaine durée (1).

En retraçant les parcours professionnels de salariés atteints de cancers, la démarche du Giscop 93 a non seulement rendu visible le risque cancérigène en entreprise mais aussi créé un réseau militant pour sa prévention en Seine-Saint-Denis.

La question des risques dans l'environnement professionnel et des moyens de leur connaissance et de leur prévention en vue de la protection des salariés doit participer à la réflexion et au débat sur les droits du travail, ainsi que sur les conditions d'exercice de l'activité professionnelle.

Michèle Vincenti-Delmas

Médecin de santé publique,
conseil général de Seine-Saint-Denis,

Annie Thébaud-Mony

Directrice de recherche, Inserm,
Directrice du Giscop 93, Bobigny.

1. Selon les résultats de l'étude Sumer publiés en 2006, près de 2,4 millions de travailleurs français, soit 13,5% des salariés, sont quotidiennement exposés à des substances cancérigènes sur leur lieu de travail. Les différentes études estiment qu'environ un cancer sur dix a une origine professionnelle. Chez les ouvriers, cette proportion serait deux fois plus importante. Les cancers professionnels sont encore trop rarement reconnus comme tels. Selon le ministère du Travail, seuls 4,4 à 8,7% des cancers d'origine professionnelle sont indemnisés par les organismes de protection sociale.

Pour en savoir plus

<http://www.univ-paris13.fr/giscop/>

► Références bibliographiques

Les sites mentionnés ont été consultés le 06/09/2010.

(1) Aiach P., Carr-Hill R., Curtis S., Illsley R. Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne. Analyse et étude comparative. Paris : Inserm/La Documentation française, coll. Analyses et prospective, 1988 : 205 p.

(2) Aiach P. La société au miroir des inégalités. Revue *Prévenir*, n° thématique « Inégalités, santé, exclusions », 1995, n° 28 : p. 29-35.

(3) Aiach P. Processus cumulatifs et effets multiplicateurs. In : *Le Nord-Pas-de-Calais et le cancer : « comprendre pour mieux agir »*. Actes de la journée scientifique du 27 mars 2001, MRPS, PRS cancer, Lille.

(4) Aiach P. De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques. In : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. dir. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte/Inserm, coll. Recherches, 2000 : p. 83-91.

(5) Kogevinas M., Pearce N., Susser M., Boffetta P. *Social Inequalities and Cancer*. Lyon : IARC Scientific Publications, 1997, n° 138 : 397 p.

En ligne : <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/epi/sp138/index.php>

(6) Pépin P. Caractéristiques socio-démogra-

phiques et niveau de mortalité prématurée par cancer. In : *La mortalité par cancer en Ile-de-France 1993-1994*. ORS-Ile de France, 1997 : p. 91-101.

(7) La mortalité prématurée en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2003, n° 30-31 : p. 133-152. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2003/30_31/beh_30_31_2003.pdf

(8) Héry M. Besoins de recherche en santé au travail pour les salariés d'entreprises de sous-traitance interne. Revue *Pistes*, 2002, vol. 4, n° 1 : p. 1-10.

En ligne : <http://www.pistes.uqam.ca/v4n1/articles/v4n1a1.htm>

(9) Boffetta P., Kogevinas M., Westerholm P., Saracci R. Exposure to occupational carcinogens and social class differences in cancer occurrence. In : Kogevinas M., Pearce N., Susser M., Boffetta P. *Social Inequalities and Cancer*. IARC Scientific Publications, 1997, n° 138 : p. 331-341.

En ligne : <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/epi/sp138/sp138-chap15.pdf>

(10) Kunst A.-E., Groenohof F., Mackenbach J.-P. Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens. In : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. dir. *Les inégalités sociales*

de santé. Paris : La Découverte/Inserm, coll. Recherches, 2000 : p. 53-68.

(11) Thébaud-Mony A., Boujasson L., Levy M., Lepetit C., Goulimaly P., Carteron H., et al. Parcours-travail et cancers professionnels. Recherche-action en Seine-Saint-Denis (France). Revue *Pistes* (Perspectives interdisciplinaires sur la santé et le travail, université du Québec à Montréal), 2003, vol. 5, n° 1 : p. 1-26.

En Ligne : <http://pette/pistes/v5n1/articles/v5n1a2.htm>

(12) Breaux J.L., Andeol M., Spano J.P., Bobbio A., Boujasson L., Carteron H. Occupational cancer surveillance in the Paris suburb of Seine-Saint-Denis, France: Results of the preliminary methodological study. *Proceedings of American Society of Clinical Oncology*, 2002, vol. 21 [communication].

(13) Grünfeld J.-P. *Rapport au président de la République. Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013*, février 2009 : 104 p.

En ligne : www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Grunfeld_-_recommandations_pour_la_plan_cancer_2009_2013_-_mars_2009.pdf

(14) Prévenir les cancers professionnels en Seine-Saint-Denis. *Lettre du réseau de prévention des cancers professionnels*, décembre 2007, n° 3 : 16 p.

Les étapes pour développer un plan local de santé

Développer un plan local de santé exige une méthodologie rigoureuse et l'association de l'ensemble des décideurs et des acteurs, habitants compris. Corinne Praznocy, de l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, présente la marche à suivre et détaille les cinq phases incontournables : diagnostic partagé, définition des priorités, plan d'action, mise en œuvre et évaluation. Cette démarche est essentielle car le plan local de santé devrait être la pièce maîtresse de la coopération entre les villes et l'État via les agences régionales de santé.

Dans un contexte d'inégalités de santé croissantes, l'élaboration de programmes territoriaux de santé publique, fondés sur les priorités locales, est un des éléments participant à la réduction de ces inégalités. Différentes démarches portées par les villes ou leurs groupements, et initiatrices d'actions de santé existent en France : ateliers Santé-Ville (ASV) ou volets santé des contrats urbains de cohésion sociale (Cucs), Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé, volets santé des Agendas 21 (1). L'essor de ces démarches reflète un engagement volontaire des communes – sans compétence directe en santé publique¹ – mais dont les champs réglementaires d'intervention touchent à de nombreux déterminants de santé. Toutes ces démarches s'appuient sur la méthodologie de programmation en santé publique : diagnostic partagé, définition des priorités, plan d'action, mise en œuvre, évaluation.

Les différentes démarches bénéficient de cadres de références, d'objectifs et d'éléments de méthode pour guider la mise en œuvre de leurs plans² (2-4). On y retrouve des principes structurants communs : la volonté de mobiliser la population et les acteurs locaux, à toutes les phases du programme, l'organisation du pilotage et la transversalité de la démarche.

Le diagnostic, une étape primordiale

Le diagnostic (*lire l'article sur Amiens pages 43-44*) est la première étape à mettre en œuvre pour être en capacité de produire un plan local de

santé. C'est un processus d'aide à la décision, mais également de mise en débat et de communication autour des questions de santé. Ces diagnostics peuvent être réalisés par des observatoires régionaux de santé ou des bureaux d'études ou en interne – en particulier quand la ville a mis en place un observatoire local de santé³ (*lire l'article sur Brest page 43*) – avec un appui méthodologique externe ou non. La définition en amont du périmètre géographique, thématique et populationnel est un élément essentiel qui va guider toute la planification.

Les éléments que l'on devrait trouver dans les diagnostics partagés sont les suivants, en particulier dans une approche globale de la santé et de ses déterminants :

- contexte géographique et historique du territoire ;
- données démographiques, sociales, sanitaires, environnementales ;
- données relatives au développement et à l'aménagement du territoire ;
- recensement des structures, des professionnels de santé et de prévention et de leurs maillages ;
- recensement des actions existantes ;
- enquêtes et entretiens auprès des acteurs de santé et des habitants ;
- ressources et potentiels du territoire et de ses acteurs ;
- synthèse des problématiques du territoire.

La complémentarité des approches quantitatives et qualitatives est indispensable. En effet, certaines priorités, fortement ressenties sur le terrain mais n'émergeant pas forcément des don-

nées chiffrées (problématiques complexes comme la santé mentale, problématiques émergentes touchant à l'environnement, ou tout simplement sujets pour lesquels il n'y a pas de données disponibles), sont mises en évidence par une approche qualitative. D'autres, *a contrario*, sont confortées par les chiffres et obtiennent ainsi une légitimité forte. La démarche qualitative permet également de connaître les pratiques et les représentations des habitants.

Un des intérêts du diagnostic est de favoriser une démarche de mobilisation, d'enclencher une dynamique locale autour de la santé et de faire se rencontrer des acteurs locaux. Cependant, le diagnostic reste encore trop souvent cloisonné et les objectifs de transversalité et d'intersectorialité ne sont pas formulés. En particulier, peu d'enquêtes ou d'entretiens sont menés auprès de professionnels autres que ceux du secteur social ou sanitaire. La participation de la collectivité aux instances de pilotage et de suivi, au travers de ses services (et pas seulement de ses services de santé) et de ses élus (et pas seulement de l'élu en charge de la santé), est un élément essentiel pour l'appropriation du diagnostic, pour la connaissance des acteurs et pour la suite de la programmation. C'est un atout également pour que la dynamique perdure, dynamique souvent fragile car reposant en général sur peu d'acteurs et de moyens.

De nombreux diagnostics locaux ont maintenant été réalisés, ils se heurtent cependant à des limites : accès aux

données au niveau local et surtout infra-communal, interprétation de données portant sur de faibles effectifs, évaluation de certaines actions (quel indicateur sanitaire suivre pour évaluer l'impact des politiques publiques d'aménagement du territoire, de protection de l'environnement, d'amélioration des conditions de logement ?). Les grands producteurs de données comme l'Insee mettent de plus en plus à disposition des systèmes d'observation disponibles à différentes échelles sur Internet. D'autres données, très intéressantes à un niveau local, demandent de mettre en place des conventions avec les organismes producteurs (caisse primaire d'Assurance Maladie, Éducation nationale, conseil général, caisse d'allocation familiale, centre communal d'action sociale, etc.).

Un état des lieux de l'observation en santé et de ses déterminants en région vient d'être publié par la Fédération nationale des observatoires nationaux de santé (Fnors), complété par un répertoire des organismes et des structures d'observation de la santé et de ses déterminants pour chacune des régions françaises (5). Un guide à destination des maîtres d'ouvrage d'un diagnostic local de santé est également en cours de rédaction, afin de faciliter l'élaboration du cahier des charges des démarches locales de diagnostic (6).

Du diagnostic au plan d'action et à l'évaluation

À partir des éléments quantitatifs et qualitatifs recueillis lors du diagnostic et validés par l'ensemble des acteurs locaux, des ressources sont identifiées, des problématiques émergent, qui donnent lieu ensuite à la définition des priorités locales puis à la planification d'actions. Différents outils de détermination des priorités existent (7), qui suivent la démarche suivante : accord sur les valeurs (diminution des inégalités, approche globale, etc.), définition et pondération de critères (fréquence du problème, populations les plus touchées, gravité, sensibilité de la population, capacité à répondre, etc.), tri des problématiques et ordonnancement, détermination des priorités, formulation des objectifs, programmation du plan d'action. Par exemple, une problématique importante identifiée avec une grande capacité du territoire à y répondre sera considérée comme une priorité élevée dans l'établissement du programme. Ces hiérarchisations s'articulent avec les logiques de financements, les dispositifs dans lesquels s'insérer (contractualisation avec l'agence régionale de santé dans le cadre des contrats locaux de santé par exemple), les questions d'opportunités et de moyens, de volonté politique, mais aussi de légitimité. L'important étant que les choix faits soient transparents et motivés, auprès de tous

les partenaires impliqués dans la démarche, dont les habitants. En 2007, l'Inpes a adapté, pour la France, l'*Guide de catégorisation des résultats* développé par Promotion Santé Suisse⁴. Ce guide peut être utilisé aux différentes phases du projet, dont l'évaluation (8) des actions (processus et/ou résultats) (9,10). Cette phase d'évaluation (11), encore peu souvent mise en œuvre, doit être réfléchie et conçue en amont. Elle peut s'appuyer sur l'actualisation d'indicateurs du diagnostic ou son renouvellement, ou sur un observatoire local de santé. Certaines collectivités se sont en effet dotées de cet outil afin d'assurer une veille sanitaire sur leur territoire et d'évaluer plus efficacement leurs politiques de santé (*lire les articles sur Grenoble et Toulouse pages 44 et 45*).

Corinne Praznocy

Chargée d'études,
Observatoire régional de santé
d'Ile-de-France, Paris.

1. Hormis les tâches d'hygiène publique.
2. Circulaire n° DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire.
3. Certains territoires, en avance sur l'observation locale, ont mis en place des outils méthodologiques reproductibles d'un quartier à l'autre, permettant ainsi de comparer entre elles différentes zones géographiques. Voir, par exemple, le diagnostic-santé Quartier Chemin de l'Île, réalisé par l'observatoire local de santé de la ville de Nanterre en 2009.
4. www.promotionsante.ch

► Références bibliographiques

Les sites mentionnés ont été consultés le 08/09/2010.

- (1) Praznocy C., Grémy I. *Dynamiques territoriales de santé en Ile-de-France*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2009 : 8 p. En ligne : www.ors-idf.org/etudes/pdf/8pDynamiquesTerritoriales.pdf
- (2) *Observation locale et politique de la ville : note stratégique et Guide méthodologique*. Saint-Denis La Plaine : Div, 2008 : 163 p. En ligne : i.ville.gouv.fr/divbib/doc/guide_obs_locale.pdf
- (3) *Vers un profil santé de ville. Système local d'observation en santé*. Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, 2005 : 65 p. En ligne : www.villes-sante.com/datas/doc_pdf/Vers_un_Profil_Sante_de_Ville.pdf
- (4) *Projets territoriaux de développement durable et Agendas 21 locaux – Cadre de référence*, ministère de l'Écologie et du Développement durable, février 2007.
- (5) Fédération nationale des observatoires régionaux de santé. *État des lieux de l'observation en*

santé et de ses déterminants en région. Paris : Fnors, 2010 : 107 p.

- En ligne : www.fnors.org
- (6) *Guide à destination des maîtres d'ouvrage d'un diagnostic local de santé*. Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, (à paraître).
 - (7) Pineault R., Daveluy C. *La planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies*. Chapitre 3, éditions Agence d'ARC Inc., 1995.
 - (8) Cloetta B., Spörri-Fahrni A., Spencer B., Ackermann G., Broesskamp-Stone U., Ruckstuhl B. *Guide pour la catégorisation des résultats. Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention*. Berne : Promotion Santé Suisse, 2005 : 27 p. En ligne : http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/f/betriebliche_gesundheitsfoerderung/Tipps_Tools/N107713_Ergebnismodell_fr.pdf
 - (9) *L'évaluation en 9 étapes. Document pratique pour l'évaluation des actions santé et social*.

Lyon : ERSP Rhône-Alpes, 2008 : 36 p.

En ligne : http://www.ersp.org/evaluation/pdf/eval_9_etapes_08.pdf

(10) Nock F. *Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé*. Paris : Mutualité française, 2006 : 119 p.

(11) Dossier « Éducation pour la santé, les défis de l'évaluation ». *La Santé de l'homme*, juillet-août 2007, n° 390 : p. 11-55.

Références complémentaires :

- De Maria F., Grémy I. *Apports des collectivités territoriales à la politique de santé publique – Bilan depuis la loi du 9 août 2004*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2008 : 4 p. En ligne : www.ors-idf.org/etudes/pdf/AppColl-PolSP.pdf
- Radal F., Fontaine D. *Évaluations des diagnostics locaux de santé réalisés par l'Observatoire régional de santé Rhône-Alpes*. Lyon : Observatoire régional de santé Rhône-Alpes, 2008 : 28 p. En ligne : www.ors-rhone-alpes.org/pdf/eval_diagnostics.pdf

Un observatoire de la santé infra-communal à Brest

La ville de Brest a construit un premier observatoire local de la santé en 2008. L'objectif est de partager la connaissance sanitaire sur le territoire, d'aider à la prise de décision et d'apprécier les évolutions locales. Cet observatoire à l'échelon communal et infra-communal doit guider la politique locale de santé publique et l'adapter aux spécificités locales.

Ce travail piloté dans le cadre de l'atelier Santé-Ville a associé des données quantitatives et qualitatives. Très peu de données sont disponibles au niveau infra-communal. Les principaux fournisseurs de données ont été la Caisse primaire d'assurance maladie du Nord-Finistère et l'Association du dépistage du cancer (Adec 29). L'Observatoire régional de santé de Bretagne a complété les données en termes de mortalité-morbidité. Il a bénéficié aussi d'observations locales déjà nombreuses, dont un observatoire social, animées par l'Agence d'urbanisme de Brest (ADEUPa), qui a alimenté les aspects démographique et socio-économique notamment à l'échelle du quartier Iris (îlots regroupés pour des indicateurs statistiques) de l'Insee. Afin d'optimiser la lisibilité des données, une présentation en « fiche-type » thématique a été retenue. En outre, une présentation des données en « toile d'araignée » par quartier permet de situer chacun d'eux par rapport à l'ensemble de la ville. Au total, les grands points retenus sont une espérance de vie plus basse chez les Brestois malgré une offre de soins et un niveau socio-économique supérieurs à la moyenne française. La première cause de mortalité est le cancer (surmortalité pour les sièges aérodigestif supé-

rieur, pulmonaire, sein et mélanome), avant les maladies cardio-vasculaires. Les autres causes de surmortalité sont liées aux suicides et aux traumatismes. La surmortalité masculine brestoise pourrait être rapprochée d'une surconsommation d'alcool, de tabac, d'une plus forte proportion de stress retrouvée dans l'enquête Santé mentale en population générale (mars 2008, échantillon représentatif de neuf cents Brestois).

Au niveau infra-communal, il existe une grande variabilité entre quartiers, autour de plusieurs thématiques :

- la précarité (de 6 à 20 % de bénéficiaires de la CMU) ;
- le vieillissement (deux fois supérieur à la moyenne dans trois quartiers) ;
- le handicap (de 1 à 13 %, avec des taux plus élevés dans les quartiers en difficultés sociales) ;
- les maladies chroniques (affections de longue durée liées aux plus de 55 ans) ;
- la participation aux campagnes de dépistage organisées (de 44 à 74 %, avec une participation faible dans les quartiers précaires et aisés du centre-ville) ;
- la répartition de l'offre de soins, concentrée sur les grands axes routiers et le centre-ville.

Quel que soit son quartier, un Brestois consulte son médecin généraliste quatre fois par an, six fois s'il est bénéficiaire de la CMU complémentaire, douze fois s'il a plus de 65 ans.

Les données de cet observatoire ont été présentées aux élus et partenaires et rendues publiques. Elles sont consultables sur le site participatif (www.forumsantebrest.net).



En 2010, une nouvelle version est en cours avec un focus sur les cancers par quartier (première cause de décès), en partenariat avec le registre des cancers digestifs, le Crisap (données des anatomopathologistes) et l'Adec (association de dépistage).

Patricia Saraux

Médecin, service Santé publique, ville de Brest.

Hortense Karanga

Étudiante géographe de la santé,

Université Paris X,

Maryse Larpent

Direction ADEUPa, Brest,

Julie Le Goïc

Élue santé, adjointe au maire, ville de Brest.

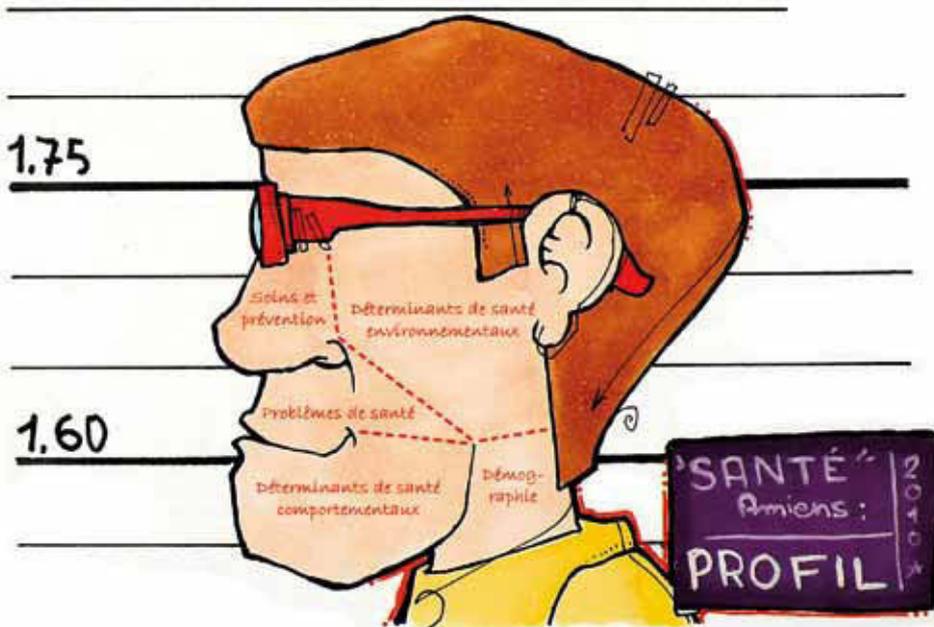
Le Profil santé d'Amiens : un outil au service de la gouvernance

Le « Profil santé » d'Amiens est un outil d'information sur l'état de santé des habitants, à la disposition des élus et des acteurs de santé amiénois. Cette base de données a été élaborée en 2006 par le service municipal de santé publique d'Amiens, avec l'Observatoire régional de la santé et du social (OR2S) de Picardie qui

en fournit les données depuis deux ans. Le profil santé poursuit trois objectifs :

- mieux connaître, le plus objectivement possible, l'état de santé des Amiénois ;
- être un des éléments alimentant la réflexion et l'analyse par la fusion des indicateurs de ressenti et des données épidémiologiques ;

• être simple, efficace et inscrit dans la durée. Cet outil couvre l'ensemble du territoire communal et a été élaboré avec les principaux acteurs institutionnels et associatifs¹. Il s'appuie sur deux types de démarche en termes d'observation en santé : l'une de type « descendante » (recueil de données épidémiologiques objec-



tives), l'autre de type « ascendante » prenant en compte les besoins évoqués par la population lors de la démarche atelier Santé-Ville (démocratie sanitaire et santé communautaire). Le Profil santé couvre cinq axes : les problèmes de santé (mortalité, morbidité, santé des jeunes, des personnes âgées, etc.) ; l'offre, la consommation de soins et la prévention ; les déterminants de santé comportementaux ; les déterminants de santé environnementaux ; la démographie et la situation socio-économique. Il compte

aujourd'hui plus de soixante-dix fiches soit en format papier (classeur) ou dématérialisé (www.pls-amiens.fr). Chaque année, une dizaine de fiches (actualisation ou création) est produite.

Le Profil santé d'Amiens présente plusieurs atouts :

- pour les décideurs, c'est une aide à la gouvernance et à la décision – par la prise en compte de l'ampleur des problèmes identifiés – dans la définition des priorités et l'argumentation des

choix opérés. Une aide aussi à la gestion des projets par l'identification de l'échelon du territoire communal à retenir (ville ou quartier) et/ou l'évaluation de leur coût ;

- pour les acteurs de terrain, il permet un accès à des données dont ils ne pourraient pas bénéficier par ailleurs et aide à alimenter la réflexion en fondant une argumentation lors de la rédaction des projets.

En 2009-2010, cet outil a été particulièrement précieux pour fournir des données lors de la création du service municipal de santé publique, de la maison prévention santé et de la mise en œuvre de la collecte des déchets d'activités de soins à risques infectieux (Dasri).

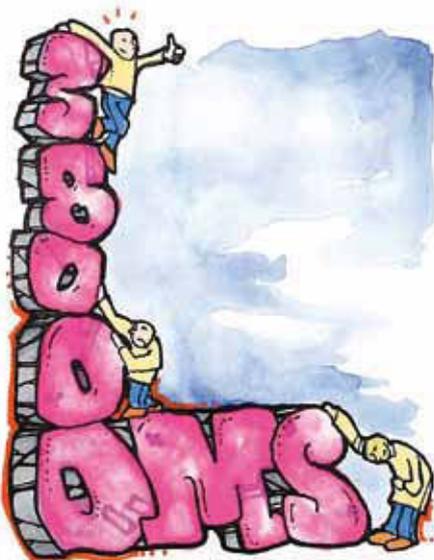
Comme tout outil, le Profil santé d'Amiens a ses limites. Il n'a pas la prétention d'être un outil scientifique. La contribution des sources détentrices des données n'est pas aisée. D'importantes difficultés à disposer des données selon l'échelon territorial observé (quartier) sont rencontrées. Enfin et surtout, il ne peut pas être considéré comme un outil d'évaluation. Tout l'enjeu actuel réside en son inscription comme un élément à part entière du contrat local de santé qui sera conjointement élaboré avec l'État.

Patrick Kerros

Chef de service,
service municipal de Santé publique, Amiens.

1. Agence régionale de santé de Picardie, conseil général de la Somme, Caisse primaire d'assurance maladie de la Somme, OR2S de Picardie, Registre du cancer de la Somme, etc.

Vers un plan municipal de santé à Grenoble



Grenoble est membre du réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 2002 et en assure la vice-présidence en 2010. Suivant les préconisations de ce réseau, la municipalité a renforcé sa politique et son engagement en santé publique à travers l'adoption de la *Déclaration de Zagreb* et la mise en place d'un comité de pilotage Villes-Santé début 2010.

Le premier comité de pilotage Villes-Santé a validé le cadre d'un plan municipal de santé. L'élaboration de ce plan est une démarche forte pour la ville face aux enjeux actuels des inégalités sociales et territoriales de santé et dans un environnement sanitaire en profonde mutation. Treize axes stratégiques constituent ce plan, inspirés des vingt et un buts européens de « La santé pour tous au XXI^e siècle » de l'OMS.

Un deuxième comité de pilotage permettra, à l'automne 2010, de valider le programme de travail, le plan de communication et le calendrier. Les axes stratégiques seront développés en fonction des domaines de compétences de la ville et de ses partenaires :

- si l'axe correspond à une mission de santé publique de la ville ou une mission sociale du centre communal d'action sociale (CCAS), une synthèse de l'existant sera à valoriser et à partager avec les partenaires habituels ;
- si l'axe est celui d'un domaine majoritairement porté par une autre institution, il s'agira alors de mettre en place une commission rassemblant les techniciens des institutions engagées et les représentants d'habitants. Un travail préparatoire d'état des lieux, sur les bases des connaissances et des expériences existantes au niveau

local et croisées avec les données et les plans régionaux et nationaux, sera établi pour alimenter les discussions de la commission ;

- si l'axe correspond à un domaine porté par différents acteurs impliqués, un travail d'état des lieux sera réalisé, puis complété et problématisé par un groupe de travail rassemblant les représentants des structures directement impliquées. Ce groupe pourra être élargi en conférence d'acteurs avec la participation des personnes concernées ;
- si l'axe correspond à un domaine où un service de la ville est déjà engagé mais dont la compé-

tence est du ressort principal de l'État (notamment les questions relatives au système de soins), une synthèse des freins et leviers identifiés au plan local sera à valoriser et à partager avec les partenaires habituels.

La participation de la population sera recherchée en amont de l'adoption du plan municipal de santé via les associations partenaires de la direction Santé publique et environnementale (DSPE) et les lieux existants de concertation utilisés par les services. Les associations concernées seront invitées aux commissions et groupes de travail.

Le plan municipal de santé, piloté par l'élu adjoint à la Santé et la direction Santé publique et environnementale, permettra à la ville de Grenoble de se doter d'un cadre structurant dans la perspective d'un contrat local de santé avec l'agence régionale de santé nouvellement constituée.

Faouzia Perrin

Médecin-directeur,

Lucie Patois

Chargée de mission « observation santé »,
direction Santé publique et environnementale,
ville de Grenoble.

Un diagnostic partagé pour élaborer le plan municipal de santé de Toulouse

En choisissant d'élaborer et de mettre en place un plan municipal de santé publique, la ville de Toulouse signe sa volonté d'être un acteur à part entière du paysage local de la santé publique¹, à l'interface entre politiques nationale et régionale de santé et besoins et attentes de santé prioritaires de ses habitants.

Un comité de pilotage présidé par le maire et composé d'élus et de partenaires a validé la démarche qui se déroule en deux temps :

- un premier temps d'analyse de situation (le diagnostic partagé) ;
- un second temps de mise en œuvre (le plan d'action).

Un comité technique conduit les travaux et est chargé de la réalisation et du suivi des actions.

Première étape du plan, le diagnostic partagé est en cours depuis le début de l'année 2010. Il repose sur différents outils et temps de consultation afin de mobiliser autour de cette démarche nouvelle et volontariste. Il répond également à la nécessité de dégager des priorités en s'appuyant sur un faisceau d'informations quantitatives et qualitatives.

- Le Profil santé de la ville, volet quantitatif du diagnostic, a été réalisé par l'Observatoire régional de santé Midi-Pyrénées sur la base des données et indicateurs immédiatement accessibles sur la ville et ses quartiers. Il permet de caractériser le territoire en termes de déterminants et d'état de santé.
- Les « ateliers de secteur », première initiative du volet qualitatif, est une démarche de consultation de proximité dans chacun des six secteurs de démocratie locale de Toulouse. Il permet

d'appréhender le regard que les acteurs (élus, professionnels de l'éducation, du social, de la culture, de la santé, associations) de chaque territoire portent sur la santé des Toulousains ;

- Les groupes « d'analyse de l'existant » réunissent les principaux acteurs et partenaires autour de cinq thématiques prioritaires pour repérer les principaux types d'intervention sur le territoire, identifier leurs forces et leurs faiblesses et, si possible, les initiatives susceptibles d'améliorer ces constats.

- La conférence citoyenne vient compléter ce volet qualitatif, tout en présentant une finalité particulière. Dispositif ponctuel de démocratie participative, elle confie à un groupe de vingt citoyens, non spécialistes de la question mais représentant la population du territoire dans sa diversité, le soin de donner un avis collectif sur un enjeu d'intérêt général. Cet avis, construit autour de sessions de formation et de débat, a pour vocation d'éclairer la décision publique et sera remis sous forme écrite aux élus.

Le Profil santé a permis de confirmer la diversité sociale de la commune. Les indicateurs de santé mobilisés illustrent aussi les disparités de santé infra-communales, marqueurs des inégalités géographiques et sociales de santé. De fait, ces inégalités sont un enjeu essentiel du plan de santé et sont au cœur de la démarche. À cette phase de « diagnostic », méthodes qualitatives et quantitatives sont les « outils » mobilisés afin d'appréhender globalement la santé des habitants, bien au-delà des « représentations » classiques et des connaissances du seul champ biomédical. Elles mettent en jeu et alimentent la réflexion sur les déterminants de santé à l'origine de ces disparités de santé, avec le double



objectif de mobiliser les services de la collectivité et leurs partenaires autour de priorités dans un premier temps, puis de définir et réaliser des actions dans un second temps. *Remake* toulousain du « penser global, agir local », l'approche a aussi l'ambition de renforcer la légitimité de l'action de santé publique de la collectivité par la promotion de la santé.

Ivan Theis

Médecin de santé publique,

Valérie Cicchelerio

Directrice, Service communal d'hygiène
et de santé, Toulouse.

1. Elle assure également, en liaison avec les services de l'État, la coordination de trois ateliers Santé-Ville dans les quartiers Nord, Empalot et Grand-Mirail.

Contact :

Monique Durrieu, adjointe au maire,
déléguée à la Santé publique.

Aix-les-Bains : rendre l'environnement favorable à la santé

La ville d'Aix-les-Bains, qui fait partie du réseau français des Villes-Santé de l'OMS, a mis en place, depuis une dizaine d'années, des actions pour rendre l'environnement plus sain : murs antibruit, vélos et scooters électriques, zéro utilisation de produits phytosanitaires dans les espaces publics, information et diagnostic radon. Entretien avec Dominique Dord, maire d'Aix-les-Bains.

La Santé de l'homme : Comment rendre l'environnement communal plus favorable à la santé des habitants ?

Nous essayons de rendre l'environnement urbain plus favorable à la santé en privilégiant les actions de prévention très en amont, avec une volonté clairement affichée puisque l'adjointe en charge de ces questions cumule les portefeuilles de la santé et de la citoyenneté. La plupart de nos actions sont en effet dictées par les demandes des citoyens. C'est ainsi que nous a été remontée la préoccupation des habitants pour l'environnement sonore.

S. H. : Pourquoi la lutte contre les nuisances sonores est-elle une priorité à Aix-les-Bains ?

Le bruit génère stress et mal-être. Or, notre commune, ville thermale et touristique, est traversée dans son centre par une ligne internationale de fret ferroviaire, soit un train toutes les dix minutes la nuit. Pour réduire cette nuisance, nous avons été la première collectivité de province à notamment mettre en place, avec l'aide des ministères de la Santé et de l'Environnement, une action pour résorber un point noir concernant le bruit, en construisant deux kilomètres d'écrans acoustiques le long de la voie ferrée, dispositif complété par d'autres mesures. Depuis dix ans, cela représente un investissement de plus de cinq millions d'euros. C'était une priorité formulée par la population via nos réunions régulières de quartier, nos forums citoyenneté et les plaintes que je reçois.

Par ailleurs, en réponse à une autre demande formulée par nos concitoyens, nous avons réduit les nuisances sonores générées par les établissements de nuit du type « discothèques ». Au préalable, nous avons pendant six mois mesuré le niveau sonore via des

balises implantées en différents points de la ville ; ceci nous a permis d'identifier les secteurs les plus sensibles, puis d'agir auprès de ces établissements, d'abord en leur rappelant la réglementation, ensuite par des procédures administratives et judiciaires allant jusqu'à la fermeture pour les établissements qui ne voulaient pas jouer le jeu.

C'est aussi pour lutter contre les nuisances sonores des deux-roues motorisées que nous avons mis en place, en 2007, une aide financière de deux cent cinquante à quatre cents euros pour aider à l'acquisition d'un deux-roues électrique, scooter mais aussi vélo : quatre cents euros pour le scooter et deux cent cinquante euros pour le vélo à assistance électrique. Nous avons été, en France, la première collectivité à le faire et à ce jour, nous avons délivré plus de cent cinquante subventions, en majorité au profit des vélos électriques, un résultat significatif si on le rapporte à la population de la ville, soit vingt-huit mille habitants. Les deux-roues électriques sont accueillis et rechargés gratuitement dans tous les parkings gardiennés de la commune. Le surcoût de cette subvention pour le budget communal est assez faible au regard des investissements pour l'automobile : la création d'une place de parking souterrain coûte en effet plus de quinze mille euros à la collectivité.

En parallèle de ce dispositif contre les nuisances sonores, nous avons développé d'autres actions pour mieux concilier transports, santé et environnement : un réseau de pistes vertes pour accroître le déplacement des vélos, manière d'inciter les habitants à pratiquer une activité physique douce ; des lignes pédibus qui permettent aux enfants accompagnés par des adultes d'aller à l'école à pied via un parcours sécurisé, etc.

S. H. : Quelles sont vos autres priorités en santé environnementale ?

Pour réduire l'exposition des habitants à la pollution environnementale, nous avons adopté, pour ce qui nous concerne, l'objectif « zéro phyto » : plus d'utilisation de produits phytosanitaires dans les jardins, parcs, cours d'écoles, aires de jeux et autres lieux publics. Nous avons remplacé ces produits chimiques par l'entretien manuel et des techniques alter-

natives, par exemple la plantation d'herbes « folles » au lieu du gazon, consommateur de produits phytosanitaires et d'eau. Nous avons travaillé avec les employés municipaux au changement des habitudes prises, ces derniers ne sont désormais plus exposés aux produits phytosanitaires, tout comme les habitants qui ne sont plus exposés à la pollution générée par l'épandage de produits toxiques. Ce dispositif a exigé beaucoup de communication et de pédagogie. Dans le même domaine, nous luttons préventivement contre l'installation de l'ambroisie, plante très fortement allergène dont la présence est accentuée et croissante en région Rhône-Alpes.

Enfin, nous menons une action de pointe contre le radon, gaz radioactif que l'on trouve à l'état naturel dans les sols, classé cancérigène prioritaire par l'OMS et source de pollution invisible pour les habitations. Nous avons sensibilisé et informé les citoyens, puis nous avons ouvert à chaque habitant la possibilité de faire réaliser gratuitement une analyse radon chez lui. À ce jour, deux cents analyses ont été réalisées. Dans le cas où du radon a été détecté, les habitants concernés ont pu rencontrer, sans frais, des experts pour trouver la meilleure réponse possible en matière d'aménagement et de matériaux. Et comme nous sommes membres du réseau français Villes-Santé de l'OMS, nous avons pu échanger les connaissances et les pratiques en la matière en organisant dans notre commune un colloque international sur le radon. Appartenir à ce réseau nous apporte en outre une assistance technique et stratégique.

S. H. : Dans quelle mesure la santé publique est-elle une composante de la politique d'une ville ?

La santé urbaine est un concept encore nouveau qui répond concrètement à la sensibilité toujours croissante de nos concitoyens à leur environnement. Pour les élus, c'est un champ de travail infini, dont chaque étape est une satisfaction. Propreté, fleurissement, bruit, fontaines ou cours d'eau, équipements publics, cantines scolaires, personnes âgées, petite enfance, etc. Aucune politique ne peut s'exonérer d'une vision de la santé publique.

Propos recueillis par Yves Géry

Un institut de promotion de la santé pour Saint-Quentin-en-Yvelines

La communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines développe une approche globale de promotion de la santé de ses habitants. Après avoir recensé leurs besoins via un observatoire local de santé, elle s'est dotée, il y a dix ans, d'un institut de promotion de la santé qui fédère l'ensemble des acteurs du médical et du social. Symbole de ce travail en réseau, un centre, Gérondicap, offrant aux personnes âgées handicapées et à leur entourage des services adaptés comme un accueil de jour, vient d'être ouvert en octobre 2010. Entretien avec Robert Cadalbert, président de la communauté d'agglomération.

La Santé de l'homme : Comment promouvoir la santé des habitants d'une communauté d'agglomération comme la vôtre, regroupant cent cinquante mille habitants sur un espace très étendu ?

Saint-Quentin-en-Yvelines est une ancienne ville nouvelle constituée de sept communes dont quatre d'environ trente mille habitants. Nous n'avons pas de ville-centre, la difficulté est de trouver un niveau d'intervention de proximité, au plus près des besoins. Pendant vingt ans, nous avons régulièrement posé la première pierre d'un futur hôpital... qui n'a jamais vu le jour ! Alors nous avons exploré les besoins, ouvert un observatoire de santé, listé les manques dans certains domaines comme la santé mentale, l'intervention sur la précarité, la santé des jeunes, la santé des personnes âgées et en situation de handicap. Comme nous n'avons pas de compétences pour intervenir à ces différents niveaux et qu'aucune commune ne pouvait faire seule un tel travail, nous nous sommes adossés à la politique de la ville et au contrat urbain de cohésion sociale (Cucs) et, en 2001, nous avons ouvert un institut de promotion de la santé.

S. H. : Comment fonctionne cet institut ?

Il est formé d'une équipe de cinq professionnels dirigés par un médecin de santé publique. Ce n'est pas une structure de prise en charge ; elle a pour unique objectif de fédérer l'ensemble des professionnels intervenants. Nous avons constaté lors de notre diagnostic que ces pro-

fessionnels – hôpital public, professionnels libéraux (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, etc.) et associations – travaillaient peu ou pas ensemble, non par défaut de volonté, mais par manque de temps et d'organisation. L'institut de promotion de la santé fédère les compétences et fait ainsi le lien entre le social et le médical sur la santé mentale, la santé des jeunes et des aînés, etc. Il a notamment permis aux médecins et infirmières scolaires de travailler ensemble sur toute la communauté d'agglomération. Ce même institut a mis en relation les professionnels de la santé bucco-dentaire qui interviennent dans les quartiers et les infirmières des foyers de travailleurs. Cela a permis aux dentistes de l'association de prévention bucco-dentaire de mener des actions de dépistage et de soin dans ces foyers. Autre exemple, l'institut de promotion de la santé épaula le réseau de santé mentale du Sud-Yvelines et a fait le lien avec la Maison des adolescents. Notre objectif est que tous les gens de terrain travaillent ensemble.

S. H. : Pourquoi une telle démarche de promotion de la santé ?

Élus, décideurs mais aussi associations, nous avons pris conscience que les facteurs de santé et de prévention les plus importants étaient liés à l'aménagement du territoire. Or, notre « ville nouvelle » avait été conçue dans les années 1960 avec le seul objectif de rapprocher habitat et emploi. C'est un déterminant de santé majeur certes, mais pas suffisant ! Le premier critère du bien-être d'une population sur un territoire, c'est la qualité de son aménagement : présence des services publics et d'intérêt général, transports, qualité de mise en valeur de l'environnement. Notre adhésion au réseau Villes-Santé de l'OMS est en cohérence avec cette démarche.

S. H. : Quel dispositif avez-vous mis en place en direction des personnes âgées ou en situation de handicap ?

Nous avons pris acte de la coupure qui existait entre le médical et le social et travaillé sur un objectif majeur : comment permettre à ces personnes de préserver leur qualité de vie en restant le plus longtemps possible à domicile ? Pour ce faire, nous avons créé un dispositif pilote et très innovant appelé Gérondicap. Il

intègre plusieurs actions réalisées en partenariat :

- la mise en place de formations pour les professionnels des services à la personne qui interviennent à domicile. Nous avons créé une fédération d'associations qui pilote ces formations dont l'objectif est de professionnaliser ces intervenants ;
- l'ouverture d'un centre d'accueil de jour pour soulager les aidants qui peuvent ainsi « souffler », accomplir leurs formalités et aussi mieux s'occuper d'elles ;
- l'ouverture d'un centre technique d'information pour aider les personnes âgées, handicapées et leurs aidants à adapter leur logement à la perte d'autonomie, le centre technique le plus proche étant localisé à Paris. Nous avons passé des conventions avec les industriels pour pouvoir disposer du matériel le plus innovant. Cette stratégie est source d'économies importantes pour la puissance publique, car permettre le maintien de ces personnes à leur domicile évite une coûteuse prise en charge à l'hôpital.

Par ailleurs, dans le cadre de l'institut de promotion de la santé, un dispositif d'appui aux soins palliatifs a été mis en place.

Ces piliers opérationnels de notre dispositif Gérondicap sont réunis en un même lieu, le centre du Mérantais, qui a ouvert ses portes il y a six mois, et que complètent d'autres structures comme le centre de coordination et d'information gérontologique et nombre d'associations telles Handicap Sud-Yvelines. Enfin, nous situant dans une approche globale de santé, nous nous préoccupons aussi du bien-être mental et, dans le cadre de notre politique culturelle qui incite à l'activité et développe le lien social, nous avons le projet de créer un centre d'art-thérapie.

Propos recueillis par Yves Géry

Pour en savoir plus sur Gérondicap :
Tél. : 01 34 98 30 42
Contact : Anne Baekelandt

Pour en savoir plus

En complément du dossier consacré à la thématique des Villes-Santé, ce « Pour en savoir plus » propose une sélection de ressources bibliographiques. Dans un premier temps, le choix a été fait de réunir les textes officiels : déclaration de l'OMS, cadres d'action et recommandations. Les références ont été ensuite organisées en sous-ensembles thématiques : aspects sociétaux de la santé publique dans les villes, politiques publiques et actions menées, développement durable et santé. Enfin, des sites Internet et des organismes ressources clés ont été recensés. Les sites Internet ont été consultés le 3 septembre 2010.

► Cadres d'action, recommandations

- Organisation mondiale de la santé (OMS). Bureau Europe. *Déclaration de Zagreb sur les Villes-Santé*. Copenhague : OMS, 2009 : 8 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/101080/E92475.pdf
- Organisation mondiale de la santé (OMS). *Plan d'action des villes pour la santé et le développement durable*. Copenhague : OMS, 2000 : 106 p. En ligne : http://www.sante.dz/jms2010/docu-tile/plan_action_ville_dev_durable.pdf
- Organisation mondiale de la santé (OMS). *Développement viable et santé : concepts, principes et cadre d'action pour les villes européennes*. Copenhague : OMS, coll. Développement viable et santé en Europe, n° 1, 1997 : 56 p. En ligne : <http://www.euro.who.int/document/e74294.pdf>
- Barton H., Tsouros C. *Urbanisme et Santé. Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*. Copenhague : OMS, 2004 : 192 p. En ligne : http://www.s2d-ccvs.fr/datas/doc_pdf/Urbanisme%20et%20sante.pdf



- Association S2D. *Villes-Santé : Agir ensemble pour l'avenir. Renforcer ce qui relie, Réduire ce qui sépare*. 9^{ème} colloque international des Villes-Santé de l'OMS et des Villes et villages en santé. Dunkerque, 10-12 décembre 2008. En ligne : <http://www.s2d-ccvs.fr/datas/actions/actes%20colloques%20francophones/9emecolloqueDK/actesdunkerque.htm>



- Organisation mondiale de la santé (OMS). *Vingt étapes pour réussir un projet Villes-Santé*. Genève : OMS, 1992 : 34 p. En ligne : <http://www.s2d-ccvs.fr/datas/publications/20%20Etapes.pdf>

► Villes et santé publique : aspects sociétaux

- Hass S., Vigneron E. *Les villes moyennes et la santé*. Paris : La Documentation française, 2008 : 126 p.
- Au bonheur des citadins, la santé et la ville [Dossier]. *Revue Sociologie Santé*, 1994, n° 11 : 174 p.
- La promotion de la santé à l'épreuve des territoires. *La Santé de l'homme*, mai-juin 2006, n° 383 : p. 15-39. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/383.htm>

► Politiques et actions

- Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé. *Villes-Santé en actions*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010 : 97 p. En ligne : http://www.villes-sante.com/datas/doc_som/doc_actu/EVENEMENTS/VS%20en%20actions/livre%20VS%20en%20actions.pdf
- Mannoni C. *La démarche atelier Santé-Ville : des jalons pour agir*. Saint-Denis : Profession Banlieue, 2008 : 218 p.
- Jakowleff A., Laneyrie J.-M. *Ateliers Santé-Ville. Une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*. Saint-

Denis : Div, 2007 : 286 p. En ligne : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/atelier-sante-ville-reperes_cle25cbf4.pdf

- Fassin D., dir. *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris : La Découverte, coll. Recherches, 1998 : 272 p.
- Institut national d'éducation et de prévention pour la santé. *Agir avec les collectivités territoriales pour améliorer la qualité de vie des populations*. Les Journées de la prévention 2010, Paris, 8 avril 2010. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/2010/s2.asp>
- Association internationale pour la promotion de la santé et du développement durable. *Les études d'impact sur la santé pour les villes*. Rennes : Association S2D, 2006 : 8 p. En ligne : http://www.s2d-ccvs.fr/datas/doc_pdf/Brochure%20EIS.pdf
- Réseau français des Villes-Santé. *Vers un profil santé de ville. Système local d'observation en santé*. Nancy : Réseau français des Villes-Santé, 2005 : 64 p. En ligne : http://www.villes-sante.com/datas/doc_pdf/Vers%20un%20Profil%20Sante%20de%20Ville.pdf
- Edwards P., Tsouros A. *Promouvoir l'activité physique et la vie active en ville. Le rôle des autorités locales*. Copenhague : OMS/ministère de la Santé et des Sports, 2009 : 54 p. En ligne : <http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/OMS64pagesWebLight-2.pdf>
- Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé. *Ville, mobilité et*



santé. Actes du 1^{er} colloque, Paris, 31 mars 2010 : 75 p.

En ligne : http://www.villes-sante.com/datas/doc_som/doc_actu/EVENEMENTS/Coll%20mobilite%2031.03.10/Transcription%20colloque%2031032010.pdf

► Villes, développement durable et santé

• Élus, santé publique & territoires. *Politique de santé et développement durable : comment croiser ces deux impératifs au niveau local ?* Actes du colloque, Lille, 7 avril 2009 : 100 p.

En ligne : http://www.espt.asso.fr/images/2009politiquesant%E9etdd_web.pdf

• Institut des villes. *Villes, santé et développement durable*. Paris : La Documentation française, coll. Villes et société, 2007 : 552 p.

• Association S2D. *Santé et développement durable. Des plans d'actions pour les Villes-Santé de l'OMS*. Rennes : Association S2D, juillet 2008 : 8 p.

En ligne : http://www.sante.dz/jms2010/docu-tile/plan_action_vs.pdf

• Lorach J.-M. *Inégalités de santé et action territoriale : situation et perspectives offertes par les principes de développement durable. Développement durable et territoire*, mars 2004 : 12 p. En ligne : <http://developpementdurable.revues.org/document1032.html>

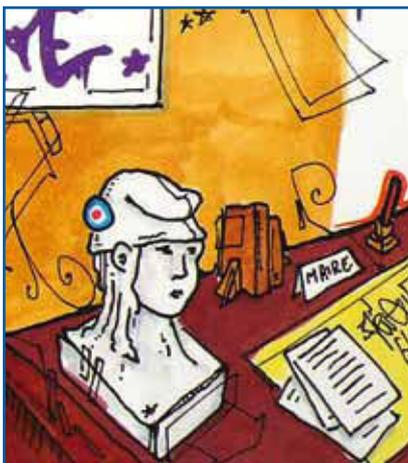
• Organisation mondiale de la santé (OMS). *Participation de la population à la santé locale et au développement durable. Approches et techniques*. Genève : OMS, Collection européenne développement durable et santé, n° 4, 2000 : 98 p.

En ligne : http://www.s2d-ccvs.fr/datas/doc_pdf/Participation%20.pdf

► Organismes

• Réseau français des Villes-Santé de l'OMS

Les objectifs du réseau Villes-Santé sont d'améliorer les conditions de vie, de travail, la qualité de l'environnement, les relations sociales et la culture au sein des villes dans le but de promouvoir



voir la santé de tous. En France, le réseau créé en 1990 est composé actuellement de soixante-dix villes et de deux communautés d'agglomération. Le site Villes-Santé présente les publications réalisées par le réseau sur la nutrition, la prévention du cancer, la santé des gens du voyage, etc. Il met également à disposition une base de données qui recense l'ensemble des actions de terrain menées, sous la rubrique « les villes du réseau et leurs actions ».

En ligne : <http://www.villes-sante.com/>

• Institut des villes

L'Institut des villes est un lieu d'échanges et de débats entre responsables politiques sur la thématique de la politique de la ville, et notamment sur la promotion de la santé en ville et du développement durable. La rubrique « Ressources » du site donne accès à un ensemble de ressources documentaires classées par thèmes. Voir notamment la thématique : « Villes et politiques locales de santé et de développement durable ».

Institut des villes

194, avenue du Président Wilson
93217 La Plaine Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 17 46 46

En ligne : <http://www.institut-des-villes.org/>

• Élus, santé publique & territoires

Élus, santé publique & territoires est une association nationale de villes pour le développement de la santé publique. Créée en 2005 à l'initiative d'élus locaux, l'association regroupe les élus désireux de développer des programmes de santé publique sur leur territoire. Elle est un lieu d'échange autour des problématiques de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités de santé. Le site propose une veille documentaire et juridique et de nombreuses publications (études, articles) téléchargeables.

Élus, santé publique & territoires
11, rue des Anciennes Mairies
92000 Nanterre – Tél. : 01 47 24 67 58

En ligne : <http://www.espt.asso.fr/>

• Association internationale pour la promotion de la santé et le développement durable (S2D)

S2D est une association qui héberge le centre collaborateur francophone de l'OMS des Villes-Santé. Elle diffuse la politique développée par l'OMS aux réseaux et collectivités locales francophones. Le site propose de nombreuses ressources disponibles en ligne ainsi qu'un bulletin de veille mis à jour régulièrement.

S2D

10, rue Jean Boucher – 35000 Rennes
Tél. : 02 99 50 33 95

En ligne : <http://www.s2d-ccvs.fr/>

• Union nationale des acteurs et des structures du développement local (Unadel)

L'Unadel est un réseau associatif des acteurs et des structures du développement local. Sa mission est de mettre à disposition l'information pour les adhérents et les particuliers, mais aussi de produire des études et d'être un lieu d'échanges et de débats (organisation de journées d'études, partenariats pour des colloques). À noter, un répertoire régulièrement mis à jour de sites web proposant des ressources sur la thématique.

Unadel

1, rue Sainte-Lucie – 75015 Paris
Tél. : 33 1 45 75 91 55

En ligne : <http://www.unadel.asso.fr/base/index.php>



► Réseau des villes actives du PNNS

Créé en 2004, le Réseau des villes actives du Programme national nutrition-santé (PNNS) a pour objectif de promouvoir les messages de santé publique du PNNS. Il a pour mission le partage et la mutualisation d'outils ou de projets, ainsi que la diffusion d'informations. Le site du réseau présente les actions menées dans les villes de France.

En ligne : <http://www.villesactivespnns.fr/>

Laetitia Haroutunian

Documentaliste, Inpes.

L'allaitement maternel Vécu et opinions des mères en 2009

L'Inpes a réalisé une étude pour connaître le vécu et les opinions des femmes en matière d'allaitement. Sept sur dix déclarent avoir allaité ou essayé d'allaiter, avec pour motivation la santé de l'enfant. La première raison qui motive l'arrêt de l'allaitement est la reprise du travail. L'enquête a aussi sondé le vécu psychologique de l'allaitement : bien-être, pudeur et sentiment de culpabilité.

La pratique de l'allaitement maternel se développe en France : le pourcentage de mères qui allaitent leur bébé à la sortie de la maternité est passé de 52,5 % en 1998 à 62,5 % en 2003 (1). Elle demeure cependant sensiblement moindre que dans d'autres pays européens (2). En raison des avantages de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant et de la mère, les objectifs du Programme national nutrition-santé 2 (PNNS) sont de passer d'environ 55 % du taux d'allaitement maternel exclusif en 2005 à 70 % en 2010, et d'augmenter la durée de l'allaitement chez les femmes qui allaitent. Pour atteindre ces objectifs, il est prévu d'agir à la fois au niveau des professionnels des secteurs social et sanitaire, des femmes et des familles, mais aussi du domaine législatif (3).

Dans ce contexte, avant d'entreprendre toute action d'envergure allant dans le sens d'une promotion de l'allaitement, l'Inpes a mené une étude explorant la perception des femmes sur l'allaitement et leurs pratiques dans ce domaine. Il y était aussi question de tester l'impact éventuel de la durée du congé maternité sur l'allaitement et l'accueil d'une campagne de communication sur l'allaitement. L'enquête a été menée par téléphone par l'institut BVA, du 23 novembre au 16 décembre 2009, auprès d'un échantillon national de 1 008 femmes âgées de 18 à 49 ans et ayant au moins un enfant âgé de moins de 6 ans (*lire l'encadré sur la méthodologie page 51*).

Parmi l'ensemble des femmes interrogées, 70 % déclarent avoir déjà allaité ou essayé d'allaiter au moins un de

leurs enfants, surtout les Parisiennes (79 %), les cadres supérieures (82 % *vs* 48 % des ouvrières), les salariées issues du secteur public (76 % *vs* 65 % des salariées du secteur privé), les diplômées d'un baccalauréat ou plus (74 % *vs* 60 % des non titulaires du bac) et celles disposant des plus hauts revenus (76 % *vs* 65 % des plus faibles revenus). Parmi les femmes qui déclarent avoir déjà allaité, 25 % déclarent l'avoir fait exclusivement au sein au moins jusqu'aux 6 mois de l'enfant (recommandation de l'OMS)¹. Par ailleurs, la durée médiane de l'allaitement exclusif est de douze semaines.

Parmi les femmes n'ayant pas allaité, 52 % expliquent que cette décision est liée à une absence d'envie, 24 % à des raisons de santé, 10 % à une mauvaise expérience passée, 7 % à des douleurs ou une fatigue, 5 % parce que cela excluait les autres membres de la famille et 3 % à cause de la gêne éprouvée par le regard des autres.

Motivations et difficultés

Les femmes disent avoir allaité surtout pour la santé de l'enfant : 56 % évoquent la composition « idéale » du lait maternel et 46 % le bénéfice pour les « défenses immunitaires »². L'allaitement maternel comme moyen de rapprocher mère et enfant représente 29 % des réponses, allaiter « sans raison particulière » 16 %, parce que « c'est naturel » 11 %, pour l'aspect pratique 12 %, et pour l'économie financière engendrée 7 %.

Les difficultés rencontrées pendant l'allaitement sont : les douleurs au sein

(55 %), une fatigue (45 %), des douleurs au dos (22 %), le fait que le bébé avait du mal à téter (30 %), des critiques de l'entourage (15 %) et un sentiment d'isolement (14 %). Mais 15 % des mères n'ont ressenti aucune difficulté particulière. Le manque d'information ou de soutien de la part du personnel médical s'est révélé mineur (2 %). À ce propos, 31 % des femmes ont eu recours à un spécialiste au début de l'allaitement, surtout celles disposant des plus hauts revenus (39 % *vs* 18 % des plus faibles revenus). Un numéro de téléphone pour un accès à des informations ou à un soutien sur l'allaitement aurait intéressé 42 % des femmes.

Les raisons ayant poussé les mères à cesser d'allaiter sont : la reprise du travail pour 29 % (surtout les cadres pour lesquelles ce pourcentage atteint 40 % ; et 38 % pour les diplômées d'un bac ou plus), une période jugée suffisante (24 %), le manque de lait ou le fait de ne pas savoir la quantité bue par le bébé (19 %) et 14 % des femmes citent des douleurs ou une fatigue liée à l'allaitement.

Une influence de la durée du congé maternité

Sur l'ensemble de l'échantillon, que les femmes aient allaité ou pas, une majorité (85 %) considère que la durée du congé maternité est un élément important (« très » ou « assez » important) dans la décision d'une femme d'allaiter son enfant, surtout pour les femmes ayant les revenus les plus faibles (93 % *vs* 74 % des plus hauts revenus) et les moins diplômées (91 % des non titulaires d'un bac *vs* 82 % des titulaires

d'un bac ou plus). La durée idéale de ce congé serait comprise entre quatre et six mois.

Dans les faits, 69 % de femmes ont arrêté d'allaiter lors de la reprise de leur travail ; parmi celles-ci, 58 % estiment qu'elles auraient allaité plus longtemps si le congé maternité avait été plus long et 19 % des femmes qui n'ont pas allaité estiment qu'elles l'auraient fait si ce congé avait été plus long.

Allaitement, pudeur et sentiment de culpabilité

Le sentiment de bien-être dans différentes situations a été testé dans cette étude. Ainsi, 68 % des femmes ayant déjà allaité et 55 % n'ayant pas allaité déclarent se sentir « *tout à fait à l'aise* » face à une femme allaitant son enfant à la télévision ou sur une affiche ; voir une femme allaiter dans un lieu public met tout à fait à l'aise 59 % des femmes ayant déjà allaité et 42 % des femmes qui n'ont jamais allaité ; 36 % des femmes qui ont déjà allaité sont tout à fait à l'aise à le faire en dehors de chez elles. Dans ces trois situations, les femmes disposant des plus faibles revenus ont tendance à être les plus nombreuses à exprimer un sentiment de malaise.

Enfin, une majorité de femmes (88 %) approuverait la diffusion d'une campagne de promotion de l'allaitement, mais elles sont 52 % à considérer que ce type de campagne risquerait de culpabiliser les femmes ne souhaitant pas allaiter ou ne pouvant pas allaiter, surtout celles disposant des plus hauts revenus (55 % *vs* 37 % des plus faibles revenus).

Pistes pour l'action

L'influence du statut social sur les pratiques de l'allaitement déjà observée par ailleurs est confirmée dans cette étude. Ce sont, en effet, les mères issues des catégories les plus favorisées sur le plan socioculturel qui déclarent avoir allaité leur enfant. Quant à la durée d'allaitement exclusif telle que recommandée par l'OMS, la France se situerait toujours, selon cette étude, parmi les pays européens où les femmes allaitent le moins longtemps.

Il est difficile de conclure, via les résultats de cette étude, à une réelle influence du congé maternité sur la durée d'allaitement. Cependant, la durée considérée idéale (quatre à six mois) étant supérieure à un congé maternité classique, il semble que, pour

une proportion de femmes (difficile à évaluer *via* cette enquête), un congé plus long favoriserait l'allaitement. Par ailleurs, les femmes issues des catégories les plus modestes sont plus nombreuses à estimer que cette durée est décisive dans le choix d'allaiter ; ce sont aussi celles qui proportionnellement allaiteraient le moins. Il serait donc pertinent de considérer la durée du congé maternité comme un levier éventuel de l'allaitement.

Cette étude met en évidence la nécessité d'une information accessible ou d'un soutien par un professionnel de l'allaitement pour 42 % des femmes interrogées. Une campagne de communication sur ce thème serait aussi bien accueillie, mais avec un risque non négligeable de culpabiliser les femmes ne pouvant ou ne voulant pas allaiter. Il est donc plus prudent pour le moment de s'orienter, en France, vers le développement d'une information et d'un soutien de proximité des mères afin de les accompagner dans leur démarche d'allaiter.

Corinne Delamaire

Docteur en nutrition, chargée d'expertise en promotion de la santé, Inpes.

Méthodologie d'une enquête auprès de 1 000 femmes

L'échantillon des 1 008 femmes interrogées dans cette étude a été construit selon la méthode des quotas appliqués à l'âge de l'interviewée, la profession et la catégorie sociale du chef de famille, après stratification par région et catégorie d'agglomération. Le caractère déclaratif des réponses obtenues constitue une des limites classiques de la méthode utilisée pour mener cette enquête. La crainte d'être mal jugé peut conduire l'individu à montrer une opinion plutôt positive vis-à-vis de certaines questions ; ceci est surtout vrai lorsque la personne est interrogée en face-à-face, ce qui ne constitue pas le cas de cette enquête. Le sujet abordé étant assez intime pour les femmes, nous avons considéré qu'il était plus pertinent de mener l'enquête par téléphone. De plus, tous les enquêteurs étaient des femmes afin de faciliter les échanges. Une seconde limite porte sur la méthode de constitution de l'échantillon par quotas qui diminue le niveau de représentativité de l'échantillon par rapport à une méthode aléatoire par tirage au sort. Les caractéristiques de l'échantillon fournies par l'institut BVA sont toutefois assez proches des données de recensement, excepté pour le pourcentage de femmes ayant au moins le baccalauréat, supérieur à la réalité (72 % *vs* 53 %)¹. Une dernière limite porte sur l'exhaustivité concernant les réponses aux questions sur la durée de l'allaitement et l'influence du congé parental sur celle-ci. Ces questions ne concernaient en effet que l'enfant le plus jeune des femmes interrogées (au cas où celles-ci avaient plus d'un enfant de moins de 6 ans², ceci dans l'optique de ne pas alourdir le questionnaire).

C.D.

1. Chiffre estimé à partir des données du recensement de 2007. L'institut BVA a constaté qu'habituellement 69 % des femmes de cette tranche d'âge déclarent ce niveau de diplôme par téléphone contre 54 % lors des enquêtes en face-à-face. Cette sur-déclaration se retrouve dans d'autres études par téléphone.
2. Dans cet échantillon, 33 % des femmes avaient deux enfants de moins de 6 ans, 5 % trois enfants de moins de 6 ans et 0,2 % (soit deux femmes) en avaient quatre.

1. Quelques connaissances ont été testées via cette étude, dont cette recommandation de l'OMS : « *allaiter au sein au moins jusqu'aux 6 mois de l'enfant* », qui est connue par 49 % des femmes interrogées.

2. La question est ouverte et les réponses, qui peuvent être multiples, sont spontanées : « Pour quelles raisons avez-vous allaité [prénoms des enfants concernés] ? »

► Références bibliographiques

- (1) Blondel B., Supernant K., du Mazaubrun C., Bréart G. *Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998*. Inserm, Drees, Rapport publié en 2005.
- (2) Istituto per l'Infanzia, IRCCS Burlo Garofolo, Unit for Health Services Research and International Health, WHO Collaborating Centre for Maternal and Child Health. *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: review of interventions*. Promotion of Breastfeeding in Europe. EU project Contract N. SPC 2002359, dec. 2003.
- (3) Ministère de la Santé et des Solidarités. *Deuxième Programme national nutrition-santé 2006-2010. Actions et mesures*. Paris : ministère délégué à la Santé, septembre 2006 : 51 p.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/htm/>

Les propositions du groupe de travail du PNNS

Dans le cadre du Programme national nutrition-santé, un groupe d'experts a, à la demande du directeur général de la Santé, dressé l'état des lieux de l'allaitement maternel et formulé des propositions pour le promouvoir, au vu de l'intérêt qu'il représente pour la santé de l'enfant. Le groupe de travail préconise notamment de mettre en place, aux niveaux national, régional et dans les maternités, un coordonnateur, une commission nationale et des référents, d'améliorer la formation des professionnels et d'allonger, de dix à quatorze semaines, la durée du congé maternité rémunéré pour la période post-natale. L'ensemble des propositions prend en compte « le respect absolu des convictions de chaque femme ».

Le lait maternel est l'aliment naturel du nourrisson. L'allaitement est une pratique intime, dont la décision est de la responsabilité de chaque femme, une pratique à replacer dans l'histoire et la culture de chaque société. C'est aussi une question de santé publique, à la lumière des bénéfices pour la santé de l'enfant allaité et de sa mère (1).

Dans le respect absolu des convictions de chaque femme, et pour lui permettre de prendre sa décision dans les meilleures conditions possibles, il est de la responsabilité des professionnels de santé de donner une information claire et objective sur la pratique de l'allaitement et ses bénéfices.

Une enquête réalisée pour l'Inpes par l'institut de sondage BVA, du

23 novembre au 16 décembre 2009, chez 1 008 femmes ayant un enfant de moins de 6 ans, précise la perception à l'égard de l'allaitement et les attentes des femmes. Les raisons qui ont incité 70 % de femmes à allaiter au moins un de leurs enfants sont, dans l'ordre : la santé de l'enfant, la composition « idéale » du lait maternel, le bénéfice pour l'enfant en termes de « défenses immunitaires », le rapprochement mère/enfant, « par choix », « parce que c'est naturel ».

Selon ces femmes, quatre leviers d'action apparaissent pour améliorer la situation :

- un accompagnement lors de la période d'allaitement ;
- un congé maternité d'une durée de six mois ;
- la nécessité d'informer plus particu-

lièrement les femmes issues de foyers moins favorisés ;

- mettre en avant les bénéfices du lait maternel pour la santé de l'enfant et de sa mère. (*Lire l'article page 50*).

Saisi de la demande par la Direction générale de la santé (DGS) en janvier 2009, le groupe de travail du Programme national nutrition-santé (PNNS) sur la promotion de l'allaitement (*NDLR : constitué des auteurs du présent article*) a, d'avril 2009 à mars 2010, analysé les conditions d'amélioration de son initiation en maternité et du prolongement de sa durée. Trente-trois structures ont été auditionnées : associations de promotion de l'allaitement, organisations professionnelles, sociétés savantes, réseaux de soins, conseils ordinaires, Assurance maladie, organismes de formation, organisations humanitaires, organes de presse, instituts de santé publique et directions ministérielles, notamment.

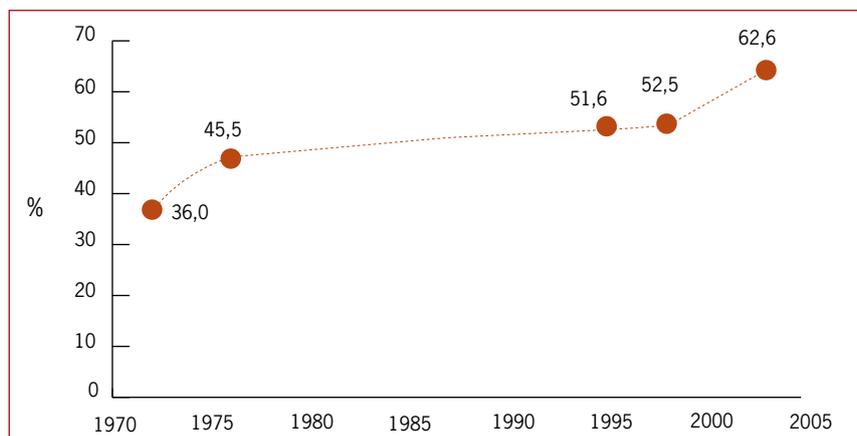
Les propositions du groupe de travail s'inscrivent dans les objectifs spécifiques à l'enfant du PNNS 2 et ont été validées par le comité de pilotage du Programme, le 18 décembre 2009. Le rapport a été remis à la DGS en mars 2010.

État des lieux de l'allaitement en France

Taux d'initiation de l'allaitement en maternité

Selon les enquêtes nationales périnatales, le taux d'enfants allaités en

Figure 1. Évolution de la prévalence de l'initiation de l'allaitement (exclusif et partiel) en maternité en France de 1972 à 2003



maternité a lentement augmenté de 1972 à 2003 (Figure 1). Les femmes qui allaitent sont souvent plus âgées, primipares, étrangères, avec une profession qualifiée et ont accouché dans les maternités de grande taille. La prévalence de l'allaitement augmente avec l'âge gestationnel de l'enfant et son poids à la naissance, mais diminue pour les enfants de quatre kilos ou plus.

L'enquête nationale périnatale de 2003 montre des variations importantes des taux d'initiation d'allaitement entre les régions, avec les taux les plus bas en Picardie, Pays de la Loire, Auvergne et Nord-Pas-de-Calais, et les plus élevés en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Ile-de-France, Alsace, Franche-Comté et Rhône-Alpes (Figure 2).

Situation par rapport aux autres pays européens

En 2003, le taux d'initiation de l'allaitement en Europe variait de moins de 40 % (Irlande) à plus de 95 % (pays scandinaves) (Figure 3). Quatorze pays (dont l'Allemagne, l'Italie, le Portugal et la Suisse) avaient un taux supérieur à 90 % et cinq pays (dont l'Espagne, les Pays-Bas et la Grande-Bretagne) un taux de 70 à 90 % (2). Malgré l'augmentation récente, la prévalence de l'allaitement en France se situait parmi les plus faibles d'Europe.

Durée de l'allaitement

On ne dispose pas de données au niveau national sur la durée de l'allaitement. Sa durée médiane a été estimée à dix semaines en 1998, mais il semble exister d'importantes disparités régionales.

Les déterminants de l'allaitement (3)

Facteurs ayant une association positive avec l'initiation et/ou la durée de l'allaitement maternel

Facteurs liés à la mère

- mère plus âgée, mariée, primipare, d'un niveau de scolarité supérieur, socio-économiquement plus favorisée ;
- avoir été allaitée, avoir vu allaiter, expérience positive d'allaitement ;
- grossesse planifiée, désir et intention prénatale d'allaiter, décision précoce, perception de facilité ;
- participation à des cours de préparation à la naissance ;

- confiance en soi, sentiment d'auto-efficacité ;
- absence de difficultés d'allaitement ;
- cohabitation mère-enfant 24 h/24 h à la maternité.

Facteurs liés à l'enfant et à son état de santé

- technique de succion correcte.

Facteurs liés à l'entourage

- soutien du partenaire, partenaire favorable à l'allaitement ;
- soutien émotionnel de l'entourage ;
- soutien téléphonique des paires (autres femmes allaitantes ou ayant allaité).

Facteurs liés aux pratiques de soins et au système de santé

- mise au sein précoce, tétées fréquentes, à la demande ;
- soutien de professionnels de santé formés.

Facteurs liés aux politiques de santé

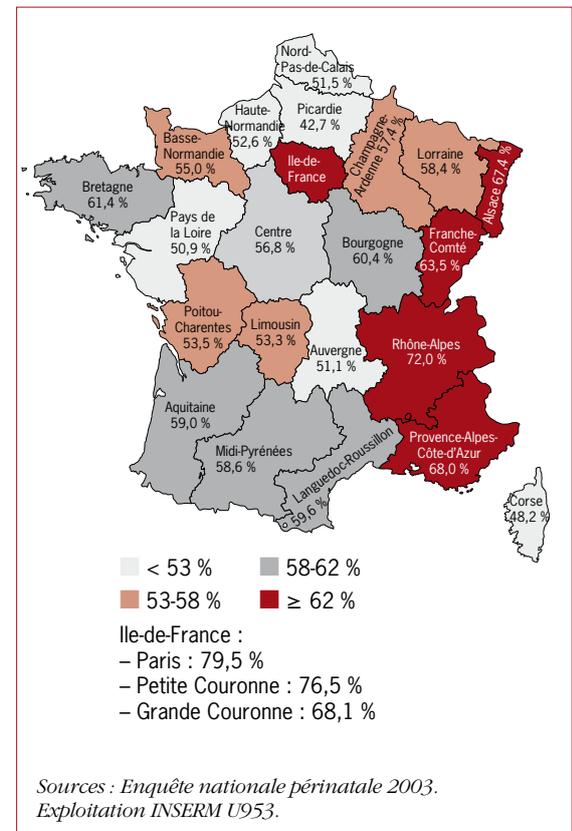
- accès à un congé maternité rémunéré prolongé ;
- initiative Hôpital ami des bébés.

Facteurs ayant une association négative avec l'initiation et/ou la durée de l'allaitement maternel

Facteurs liés à la mère

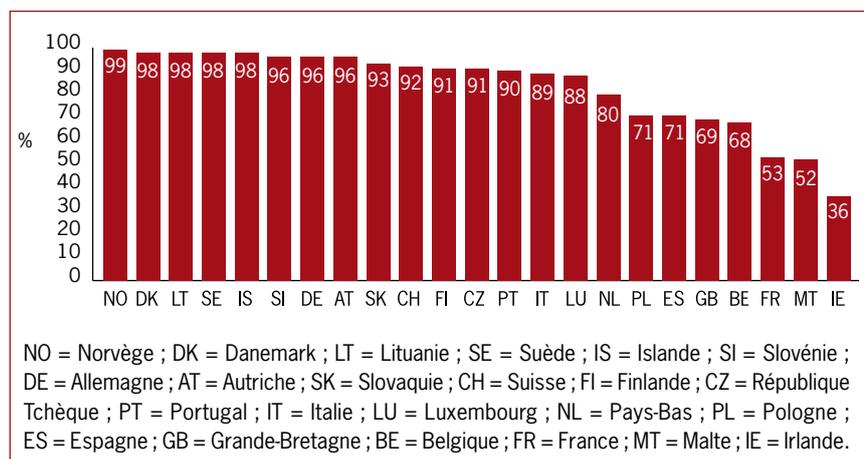
- mère très jeune, seule, de plus faible statut socio-économique, récemment immigrée, ayant déménagé en raison de la naissance de l'enfant ;
- expérience antérieure d'allaitement négative ;
- ambivalence dans le désir d'allaiter, décision tardive ;

Figure 2. Prévalence régionale de l'initiation de l'allaitement en France selon l'Enquête nationale périnatale 2003



- manque d'informations sur la durée optimale de l'allaitement ;
- perception d'une insuffisance de lait, incertitude concernant la quantité de lait prise ;
- manque de confiance en soi, gêne d'allaiter en public, dépression du post-partum ;
- expérience initiale négative, difficultés d'allaitement ;

Figure 3. Prévalence de l'initiation de l'allaitement dans vingt-trois pays européens en 2003



- obésité, tabagisme ;
- environnement au travail défavorable à l'allaitement.

Facteurs liés à l'enfant et à son état de santé

- faible prise de poids de l'enfant ;
- problème de succion.

Facteurs liés à l'entourage

- absence de soutien du partenaire, perception négative de l'allaitement de la part de celui-ci.

Facteurs liés aux pratiques de soins et au système de santé

- mise au sein différée, allaitement à horaires fixes ;
- recours aux compléments non médicalement indiqués à la maternité et après ;
- distribution d'échantillons de lait artificiel à la maternité ;
- défaut de formation et manque de soutien des professionnels de santé.

Facteurs liés aux politiques de santé

- congé maternité court et peu rémunéré.

Les propositions du rapport

Les objectifs

- porter un autre regard sur l'allaitement ;
- informer les femmes, les pères, les familles et les employeurs des bénéfices de l'allaitement ;
- respecter le droit, pour toutes les femmes, d'avoir accès à des services de maternité et de soins post-nataux soutenant effectivement l'allaitement ;
- protéger le droit des femmes à allaiter et le droit des enfants à être allaités ;
- évaluer et suivre l'efficacité des mesures mises en place pour faciliter l'allaitement ;
- encourager et soutenir la recherche sur l'allaitement.

Les moyens

L'organisation au niveau national, régional et local

- mettre en place un coordinateur national de l'allaitement. C'est un impératif pour proposer des actions propres à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement ;
- mettre en place un Comité national de l'allaitement (CNA), intégré à la Commission nationale de la naissance ;



© Prod. Numér'ik

- mettre en place dans chaque agence régionale de santé (ARS) un référent pour l'allaitement, en étroite relation avec les réseaux de périnatalité et les commissions régionales de la naissance ;
- mettre en place, dans chaque maternité, un référent pour l'allaitement, chargé de coordonner les actions permettant à chaque mère qui le souhaite d'initier l'allaitement dans les meilleures conditions et de l'inscrire dans la durée en fonction de son projet ;
- mettre en place un système de surveillance épidémiologique national ;
- améliorer la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé ;
- respecter l'ensemble des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

La grossesse et les maternités

- mettre en œuvre des standards de pratiques optimales, initiative Hôpital ami des bébés (Ihab) (4), à intégrer dans les critères d'accréditation des maternités par la Haute Autorité de santé ;
- généraliser l'entretien prénatal individuel du 4^e mois et en consacrer une partie à l'information sur l'allaitement ;

- développer l'offre de préparation à la naissance et à la parentalité ;
- inciter les maternités à proposer des groupes de préparation à l'allaitement ;
- valoriser l'organisation et l'initiation de l'allaitement au titre de la tarification à l'activité.

Le retour à domicile

- accompagner chaque couple mère/enfant dès la sortie de la maternité (PMI, libéraux, associations) ;
- mettre en place dans chaque unité territoriale de PMI un référent pour l'allaitement ;
- proposer à chaque femme une consultation d'allaitement par un professionnel de santé formé, entre J8 et J15, remboursée à 100 %, faisant l'objet d'une nomenclature spéciale ;
- rendre obligatoire, dans les structures d'accueil de nourrissons et de jeunes enfants et chez les assistantes maternelles, l'application des recommandations publiées par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments en 2005 sur le recueil, le transport et la conservation du lait maternel ;
- faire figurer les standards de croissance de l'OMS dans les carnets de santé.

Le travail

- informer les employeurs publics et privés des avantages, pour eux-mêmes et pour leurs employées, de la poursuite de l'allaitement après la reprise du travail ;
- respecter les droits des femmes qui allaitent après la reprise du travail et garantir aux femmes qui optent pour un travail à temps partiel ou un congé parental, la garantie de leur emploi et de leur projet de carrière professionnelle ;
- allonger la durée du congé maternité rémunéré dans sa période post-natale de dix à quatorze semaines. Un congé post-natal plus long est un élément décisif pour une poursuite plus satisfaisante de l'allaitement dont la prévalence s'effondre aujourd'hui environ dix semaines après la naissance.

L'information des femmes, de leur entourage et du public

- donner des informations et des conseils sur l'allaitement, accessibles à l'entourage des femmes qui allaitent ;

- créer et diffuser des documents d'information sur l'allaitement clairs, appropriés et cohérents, sous la coordination du CNA ;
- créer un site Internet, coordonné par le CNA, exposant les recommandations nationales, européennes et internationales ;
- mettre en place une éducation scolaire primaire et secondaire et des campagnes de communication sur l'allaitement.

Les populations fragiles

- *Pour les populations défavorisées :*
 - encourager les groupes de paroles de mère à mère selon le modèle des groupes de pairs « *Peer Counselors* » (modèle PRALL) ;
 - compléter l'éventuelle distribution gratuite de lait artificiel dans ces populations par des initiatives visant à promouvoir l'allaitement ;
 - mettre en place avec les services de PMI et les réseaux de périnatalité un suivi de soins et une aide sociale, surtout en cas de sortie précoce ;

– prendre en charge à 100 % les éventuels coûts inhérents à l'utilisation de tire-lait, dont les consommables.

• Pour les enfants prématurés et de petit poids de naissance :

- recourir préférentiellement au lait de femme pour ces enfants fragiles ;
- maintenir la proximité mère/enfant, avec une aide pour le transport et le logement si l'enfant est hospitalisé loin du domicile ;
- aider et soutenir les lactariums.

Cécile Dazelle

Collège national des sages-femmes,

Nathalie Gelbert

Association française de pédiatrie ambulatoire,

Gisèle Gremmo-Féger

Coordinatrice, Diplôme interuniversitaire de lactation humaine et allaitement maternel,

Alfred Manela

Collège national des gynécologues et obstétriciens français,

Landy Razanamahefa

Direction générale de la santé,

Daniel Rieu, Dominique Turck

(coordonnateur), **Michel Vidailhet**

Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie.

Un guide de l'allaitement maternel

Réalisé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), *Le guide de l'allaitement maternel* répond à un besoin d'accompagnement des femmes dans la pratique et la poursuite de l'allaitement. Il est destiné aux femmes (enceintes ou qui allaitent), de tout niveau socioéconomique, qui souhaitent obtenir des informations simples et illustrées, des réponses à leurs questions les plus fréquentes, des conseils pratiques, des ressources et des adresses utiles pour un allaitement maternel au jour le jour.

Le guide a été élaboré par un groupe de travail pluri-professionnel composé de femmes qui allaitent, de professionnels de santé, de consultantes en lactation, de membres d'associations et d'institutions. Il se fonde à la fois sur une revue de la littérature et une analyse comparative de dix-huit documents (brochures, guides) produits en France et à l'étranger. Un groupe de lecture (associations, sociétés savantes ou acteurs de terrain) a relu et commenté ce guide permettant d'en améliorer l'adéquation avec les besoins. En outre, un pré-test a été réalisé auprès de vingt-sept femmes de toutes catégories socioprofessionnelles. Il a montré que cet outil constitue une réponse à leurs attentes et a été jugé très complet en termes d'informations et apprécié pour sa proximité avec leurs préoccupations.

Disponible au format électronique depuis fin 2009 sur le site Internet de l'Inpes <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1265.pdf>, il a fait l'objet d'une édition papier à 1,7 million d'exemplaires et d'une diffusion, auprès du grand public et des professionnels, au cours du premier semestre 2010. Il est remis par les professionnels de santé lors du suivi de la grossesse ou lors du suivi du bébé.

Carolina Belomo de Souza

Nutritionniste, responsable scientifique du *Guide de l'allaitement maternel*, chargée de mission en éducation et promotion de la santé, Inpes.



► Références bibliographiques

(1) ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostoni C., Braegger C., Decsi T., Kolacek S., Koletzko B., Michaelsen K.F., et al. Breastfeeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2009, vol. 49 : p. 112-125.

(2) Cattaneo A., Yngve A., Koletzko B, Guzman L.R. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. *Public Health Nutrition*, 2005 ; vol. 8, n° 1 : p. 39-46.

(3) Noirhomme-Renard F., Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2009, vol. 22, n° 3 : p. 112-120.

(4) Unicef, World Health Organization. *Baby-Friendly hospital initiative, revised, updated and expanded for integrated care. Section 1: Background and implementation*. 2009. Original BFHI Guidelines developed 1992. http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html

La santé, un enjeu de société

Catherine Halpern



L'ouvrage énumère d'abord différentes définitions de la santé, de la santé mentale et du concept de maladie, puis aborde la question du handicap et du vieillissement. Il fait ensuite place aux acteurs de santé en décrivant les relations soignants/soignés. La question des inégalités sociales de santé, de la santé au travail et des défis de la prévention achève le recueil. La parole est ainsi donnée à des spécialistes de diverses disciplines : historiens, sociologues, économistes de la santé, psychologues, médecins, infirmiers, ergonomes, etc. Cet ouvrage s'adresse à tous, du particulier soucieux de mieux comprendre une question centrale de nos existences, au professionnel désireux de nourrir sa réflexion sur un domaine en permanent changement.

Sandra Kerzanet

Auxerre : Sciences humaines éditions, coll. Synthèse, 2010, 352 pages, 25 €.

La gestion des crises sanitaires

Patrick Peretti-Watel



Cet ouvrage est une compilation d'articles et d'extraits d'articles rédigés par des spécialistes de la gestion du risque sanitaire. Dans un premier temps, les auteurs abordent les causes et les conséquences de l'émergence de ces crises, causes à la fois techniques, économiques et sociétales. De multiples exemples de crises sont analysés : peste, grippe espagnole, ESB, etc. La deuxième partie est consacrée à la notion de gestion des crises : comment les risques sont-ils évalués ? Quelle est l'influence du politique ? Et quelle communication est effectuée en temps de

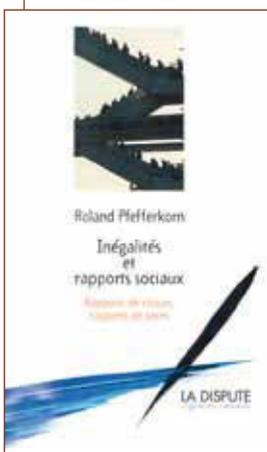
crise ? Enfin, la troisième partie aborde la question du public et de ses incertitudes face au risque, notamment la question du refus de suivre un plan de crise (à l'instar du refus du public français de se faire vacciner lors du plan contre la grippe H1N1), de la notion de confiance face aux autorités publiques et des représentations sociales du risque.

Laetitia Haroutunian

Paris : La Documentation française, coll. Problèmes politiques et sociaux, 2010, n° 971, 112 pages, 9,90 €.

Inégalités et rapports sociaux. Rapports de classes, rapports de sexes

Roland Pfefferkorn



L'émergence de la problématique du Genre à partir de la fin des années 1970 a coïncidé avec le recul de la problématique des classes. Ce basculement est une manifestation de la tendance récurrente de la recherche, mais aussi des médias et des discours politiques, à expliquer le mouvement des sociétés à partir d'un seul type de rapports sociaux, en écartant les autres.

Le livre de Roland Pfefferkorn, professeur de sociologie à l'université Marc-Bloch de Strasbourg et membre du laboratoire Cultures et sociétés en Europe du CNRS, dresse un bilan des principales approches sociologiques

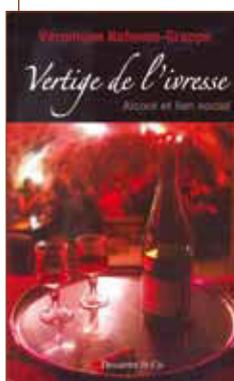
des rapports de classes et de sexes. Il débouche sur un ensemble original et argumenté de propositions pour sortir des représentations unilatérales de la société et inscrire ces rapports dans le temps et dans l'espace.

S. K.

Paris : La Dispute, coll. Le genre du monde, 2007, 412 pages, 25 €.

Vertige de l'ivresse : alcool et lien social

Véronique Nahoum-Grappe



L'auteur s'interroge : « Pourquoi dire "À votre santé" en levant un verre rempli du plus vieux poison connu autour de la Méditerranée, le plus banal qui soit, l'alcool ? » La vie quotidienne nous met sans cesse un verre dans la main, sans que l'on y prête une grande attention : fêter un succès, marquer un bon moment, consoler un chagrin, une douleur, calmer une angoisse, augmenter un plaisir, remplir un vide. Si toutes les raisons de boire sont si contrastées, c'est que la fonction de l'alcool dans une manière de « faire société » est plus profonde et importante qu'il n'y paraît. La médecine, la psychiatrie, complétées par les sciences

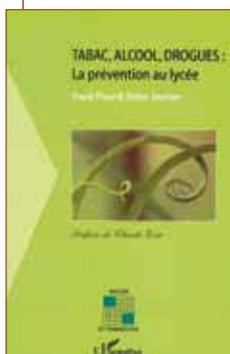
sociales, peuvent apporter des éléments de compréhension. Véronique Nahoum-Grappe, anthropologue à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), spécialiste, entre autres, d'études sur l'ivresse, décrit « le boire social » dans toutes ses occurrences quotidiennes autant que dans ses extravagances portées par les icônes cinématographiques ou littéraires. Que ce soit le rituel de la tournée, les scènes d'ivresse ou, tout simplement, les gestes du boire où la consommation d'alcool rectifie le jeu des positions et des hiérarchies sociales, elle montre à quel point l'usage de l'alcool trouble les conduites mais fait néanmoins partie des fondements identitaires et collectifs de la société.

S. K.

Paris : Descartes & Cie, coll. Essais, 2010, 252 pages, 20 €.

Tabac, alcool, drogues : la prévention au lycée

Frank Pizon, Didier Jourdan, Claude Evin (préf.)



La prévention des addictions auprès des jeunes est l'une des priorités de santé publique et, parmi celles-ci, l'addiction au tabac fait l'objet d'une attention toute particulière. Les auteurs soulignent la difficulté de définir le rôle du système éducatif dans ce domaine. La prévention apparaît comme l'une des multiples missions périphériques de l'École. La façon dont les professionnels du système éducatif abordent cette question et les pratiques mises en œuvre restent encore mal connues.

Cet ouvrage fait le point sur la question de la prévention des addictions à partir d'un travail de terrain réalisé dans dix-huit lycées et à partir d'outils théoriques issus tant des sciences de l'éducation que de la santé publique. Il conduit à proposer des pistes pour améliorer la prise en compte de cette problématique. La perspective générale est celle d'une éducation à la liberté dont la finalité est de contribuer à l'émancipation de tous vis-à-vis des diverses formes d'aliénation.

S. K.

Paris : L'Harmattan, coll. *Savoir et formation*, 2010, 251 pages, 24,50 €.

Mémento Alcool. Édition 2010

Institut de recherches scientifiques sur les boissons (Ireb)



Cette nouvelle édition du *Mémento alcool* propose sept chapitres et une vingtaine de graphiques et tableaux sur la consommation globale, les usages par sexe et par âge, l'évolution des usages à risques, les consommations des jeunes, la sécurité routière, des comparaisons européennes ainsi que des données sur les connaissances et les comportements des Français vis-à-vis de l'alcool.

Plusieurs études ont permis de mettre à jour cette édition 2010, notamment l'évolution des modes de consommation, mesurée lors de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée tous les deux ans par l'Institut de recherches et de documentation en économie de la santé (Irdes), ainsi que les dernières enquêtes réalisées auprès des jeunes (Ireb 2007, Espad 2007, Escapad 2008).

Ce mémento rappelle aussi quelques repères pratiques sur les unités d'alcool, le taux d'alcoolémie et le temps d'élimination de l'alcool dans le sang.

S. K.

Paris : Ireb, juin 2010, 16 pages.

En ligne : http://www.ireb.com/sites/default/files/memento/Memento%202010_0.pdf [dernière consultation le 08/09/2010]

Politiques de santé et développement durable. Comment croiser ces deux impératifs au niveau local ?

Association nationale des villes pour le développement durable



Actes de la Journée nationale d'étude qui s'est tenue à Lille, le 7 avril 2009. Les délégations Santé et Développement durable de la ville de Lille, ainsi que les représentants de l'association Élus, santé publique & territoires ont réuni, pour cette conférence, des collectivités locales, des associations et des experts locaux et nationaux. Les actes relatent les échanges et les débats de cette journée et présentent les avancées des travaux menés par la ville de Lille, ainsi que

les expériences nationales en matière d'habitat, de bâtiments publics, de santé au travail, de consommation durable et de démocratie sanitaire.

S. K.

Nanterre : Élus, santé publique & territoires, 99 pages.
En ligne : <http://www.espt.asso.fr>, rubrique Publications [dernière consultation le 08/09/2010]

L'estime de soi : une controverse éducative

Jean-Pierre Famose, Jean Bertsch



L'amélioration de la valeur de soi constitue un des objectifs de nombreux programmes éducatifs à travers le monde. L'ouvrage tend à prouver que cet engouement pour l'estime de soi est sujet à controverses. En effet, des chercheurs contestent la stratégie d'intervention unique et préconisent des efforts centrés sur l'acquisition de compétences dans différents domaines socialement importants, ce qui induit une valorisation de l'estime de soi et apporte des améliorations dans sa vie propre.

Dans cet ouvrage, les auteurs font une analyse critique des différentes thèses et des arguments qui alimentent cette controverse. Ils proposent une explication alternative aux raisons avancées jusqu'à présent dans la construction de l'estime de soi.

S. K.

Paris : Puf, coll. *Quadrige*, 2009, 224 pages, 15 €.

Comités régionaux d'éducation pour la santé (Cres) Instances régionales d'éducation pour la santé (Ireps)

<p>ALSACE</p> <p><i>Pdt</i> Joseph Becker <i>Dir.</i> Dr Nicole Schauder Hôpital civil de Strasbourg Ancienne clinique ophtalmologique - 1^{er} étage 1, place de l'Hôpital - BP 426 67091 Strasbourg Cedex Tél. : 03.88.11.52.41 Fax : 03.88.11.52.46 Mèl : info@cresalsace.org www.cresalsace.org</p>	<p>BOURGOGNE</p> <p><i>Pdt</i> Dr Jean-Claude Guillemant 34, rue des planchettes 21000 Dijon Tél. et fax : 03.80.66.73.48 Mèl : cores.bourgogne@wanadoo.fr www.educationsante-bourgogne.org</p>	<p>CORSE</p> <p><i>Pdt</i> Pierre-Jean Rubini <i>Dir.</i> Céline Dani Résidence Les Jardins de Boticcione - Bât. A1 Bd Louis Campi 20090 Ajaccio Tél. : 04.95.21.47.99 Fax : 04.95.28.36.76 Mèl : contact@ireps-corse.fr www.ireps-corse.fr</p>	<p>LORRAINE</p> <p><i>Pdt</i> Dr Jeanne Meyer <i>Dir.</i> Olivier Aromatario 1, rue de la Forêt 54520 Laxou Tél. : 03.83.47.83.10 Fax : 03.83.47.83.20 Mèl : creslor@wanadoo.fr</p>	<p>PICARDIE</p> <p><i>Pdt</i> Pr Gérard Dubois <i>Dir.</i> Philippe Lorenzo Espace Industriel Nord 67, rue de Poulainville 80080 Amiens Tél. : 03.22.71.78.00 Fax : 03.22.71.78.04 Mèl : cres@crespicardie.org www.crespicardie.org</p>	<p>REUNION</p> <p><i>Pdt</i> Dr Benjamin Bryden <i>Dir.</i> Cécile Pedre 13, rue Roland-Garros 97460 Étang-Saint-Paul Tél. : 02.62.71.10.88 Fax : 02.62.71.16.66 Mèl : accueil.ireps.reunion@orange.fr www.irepsreunion.org</p>
<p>AQUITAINE</p> <p><i>Pdt</i> Pr François Dubis <i>Dir.</i> Colette Laugier Craes-Crips 6, quai de Paludate 33800 Bordeaux Tél. : 05.56.33.34.10 Fax : 05.56.33.34.19 Mèl : contact@craes-crips.com www.educationsante-aquitaine.fr</p>	<p>BRETAGNE</p> <p><i>Pdt</i> Dr Jeanine Pommier <i>Dir.</i> Christine Ferron 4 A, rue du Bignon 35000 Rennes Tél. : 02.99.50.64.33 Mèl : contact@irepsbretagne.fr www.irepsbretagne.fr</p>	<p>FRANCHE-COMTE</p> <p><i>Pdt</i> Jeanette Gros <i>Dir.</i> Pascale Angiolini 3, rue Rodin 25000 Besançon Tél. : 03.81.41.90.90 Fax : 03.81.41.93.93 Mèl : contact@ireps-fc.fr www.ireps-fc.fr</p>	<p>MIDI-PYRENEES</p> <p><i>Pdt</i> Dr Anne-Marie Rajon <i>Dir.</i> Laurence Birelchic 77, allée de Brienne 31000 Toulouse Tél. : 05.61.23.44.28 Fax : 05.61.22.69.98 Mèl : cres.midi-pyrenees@wanadoo.fr</p>	<p>POITOU-CHARENTES</p> <p><i>Pdt</i> Eric-Pascal Satre <i>Dir.</i> Isabelle Escure 17, rue Salvador-Allende 86000 Poitiers Tél. : 05.49.41.37.49 Fax : 05.49.47.33.90 Mèl : cres@educationsante-pch.org</p>	<p>GUYANE</p> <p><i>Pdt</i> Robert Ulic <i>Dir.</i> Stéphanie Lang Association Guyane Promo Santé 59, avenue Voltaire 97300 Cayenne Tél. : 0594.30.13.64 Fax : 0594.35.84.80 Mèl : guyane.promosante@orange.fr</p>
<p>AUVERGNE</p> <p><i>Pdt</i> Gilbert Gondat <i>Dir.</i> Ginette Beugnot le Roch 30, rue Étienne-Dolet 63000 Clermont-Ferrand Tél. : 04.73.91.96.67 Fax : 04.73.93.42.56 Mèl : auvergnepromotionsante@wanadoo.fr www.auvergne-promotion-sante.fr</p>	<p>CENTRE</p> <p><i>Pdt</i> Pr Emmanuel Rusch <i>Dir.</i> Luc Favier Fraps UFR de médecine 10, bd Tonnelé 37000 Tours Tél. : 02.47.37.69.85 Fax : 02.47.37.28.73 Mèl : fraps@orange.fr www.frapscentre.org</p>	<p>HAUTE-NORMANDIE</p> <p><i>Pdt</i> Bernard Lamday <i>Dir.</i> Marion Boucher Le Bras Immeuble le Bretagne 57, avenue de Bretagne 76100 Rouen Tél. : 02.32.18.07.60 Fax : 02.32.18.07.61 Mèl : cres.haute.normandie@wanadoo.fr www.cres-rouen.org</p>	<p>NORD-PAS-DE-CALAIS</p> <p><i>Pdt</i> Pr Jean-Marie Haquenoer <i>Dir.</i> Loïc Cloutier Parc Eurasanté 235, allée de la Recherche BP 86 59373 Loos Cedex Tél. : 03.20.15.49.40 Fax : 03.20.15.49.41 Mèl : ireps-npdc@orange.fr www.ireps-npdc.org</p>	<p>COTE D'AZUR</p> <p><i>Pdt</i> Pr Jean-Marc Garnier <i>Dir.</i> Zeina Mansour 178, cours Lieutaud 13006 Marseille Tél. : 04.91.36.56.95 Fax : 04.91.36.56.99 Mèl : cres-paca@wanadoo.fr www.cres-paca.org</p>	<p>MARTINIQUE</p> <p><i>Pdt</i> Dr Didier Chatot-Henry Centre d'affaires Agora Bât. G - niveau 0 - BP 1193 Étang z'abricot - Pointe des Ives 97200 Fort-de-France Tél. : 0596.63.82.62 Fax : 0596.60.59.77 Mèl : cres.martinique@orange.fr http://martinique.fnes.fr</p>
<p>BASSE-NORMANDIE</p> <p><i>Pdt</i> Dr Pascal Faivre-d'Arcier <i>Dir.</i> Jean-Luc Veret 1, place de l'Europe 14200 Hérouville-St-Clair Tél. : 02.31.43.83.61 Fax : 02.31.43.83.47 Mèl : cores.bn@wanadoo.fr</p>	<p>CHAMPAGNE-ARDENNE</p> <p><i>Pdt</i> Yvonne Logeart <i>Dir.</i> Kévin Gouraud 89, rue Étienne Oehmichen 51000 Châlons-en-Champagne Tél. : 03.26.68.28.06 Fax : 03.26.68.97.60 Mèl : cres.cha@wanadoo.fr http://champagne-ardenne.fnes.fr</p>	<p>LANGUEDOC-ROUSSILLON</p> <p><i>Pdt</i> Dr Claude Terral Hôpital la Colombe 39, avenue Charles-Flahault 34295 Montpellier Cedex 5 Tél. : 04.67.04.88.50 Fax : 04.67.52.02.57 Mèl : cres.Lr@wanadoo.fr www.cres.lr.org</p>	<p>PAYS-DE-LA-LOIRE</p> <p><i>Pdt</i> Pr Pierre Lombrail <i>Dir.</i> Dr Patrick Lamour Hôpital Saint-Jacques 85, rue Saint-Jacques 44093 Nantes Cedex 1 Tél. : 02.40.31.16.90 Fax : 02.40.31.16.99 Mèl : ireps@irepspd.org www.santepaysdelaloire.com</p>	<p>RHONE-ALPES</p> <p><i>Pdt</i> Jacques Fabry <i>Dir.</i> Olivier François 9, quai Jean-Moulin 69001 Lyon Tél. : 04.72.00.55.70 Fax : 04.72.00.07.53 Mèl : contact@education-sante-ra.org www.education-sante-ra.org</p>	<p>GUADELOUPE</p> <p><i>Pdt</i> Roberte Hamoussin-Métrégiste <i>Dir.</i> Pascale Melot 6, résidence Casse Rue Daniel Beuperthuy 97100 Basse-Terre Tél. : 0590.81.09.24 Fax : 0590.81.30.04 Mèl : ireps@ireps.gp http://guadeloupe.fnes.fr</p>

Comités départementaux d'éducation pour la santé

<p>Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnes)</p> <p><i>Pdt</i> : Pr Jean-Louis San Marco <i>Vice Pdt</i> : Loïc Cloutier Délégué : Eric Bourgairel Siège social Immeuble Etoile Pleyel 42, bd de la Libération 93200 Saint-Denis Tél. : 01.42.43.77.23 Fax : 01.42.43.79.41 Mèl : fnes@fnes.info www.fnes.info</p>	<p>04 ALPES DE HAUTE-PROVENCE</p> <p><i>Pdt</i> Dr Georges Guigou <i>Dir.</i> Anne-Marie Saugeron Centre médico-social 42, bd Victor Hugo 04000 Digne-les-Bains Tél. : 04.92.32.61.69 Fax : 04.92.32.61.72 Mèl : codes.ahp@wanadoo.fr</p>	<p>08 ARDENNES</p> <p><i>Pdt</i> Dr Catherine Juillard <i>Dir.</i> Françoise Maitre 21, rue Irénée Carré 08000 Charleville-Mézières Tél. : 03.24.33.97.70 Fax : 03.24.33.84.34 Mèl : CO.DES.08@wanadoo.fr http://champagne-ardenne.fnes.fr</p>	<p>13 BOUCHES-DU-RHÔNE</p> <p><i>Pdt</i> Pr Jean-Louis San Marco <i>Dir.</i> Nathalie Merle Centre médico-social 8, rue Jules Moule 13006 Marseille Tél. : 04.91.04.97.30 Fax : 04.91.04.97.25 Mèl : contact@codes13.org www.codes13.org</p>	<p>18 CHER</p> <p><i>Pdt</i> Dr Michel Verdier <i>Dir.</i> Marie Côté 4, cours Avaricum 18000 Bourges Tél. : 02.48.24.38.96 Fax : 02.48.24.37.30 Mèl : codesducher@wanadoo.fr</p>	<p>24 DORDOGNE</p> <p><i>Pdt</i> Dr Justiane Dereine DDASS 48 bis, rue Paul-Louis Courier 24016 Périgueux Cedex Tél. : 05.53.07.68.57 Fax : 05.53.06.10.60 Mèl : codes24@wanadoo.fr www.educationsante-aquitaine.fr</p>
<p>01 AIN</p> <p><i>Pdt</i> Jean-Claude Degout <i>Dir.</i> Juliette Fovet-Julieron Adessa Education Santé Ain Parc Les Bruyères 293, rue Lavoisier 01960 Peronnas Tél. : 04.74.23.13.14 Fax : 04.74.50.42.98 Mèl : ades01@wanadoo.fr http://ain.education-sante-ra.org</p>	<p>05 HAUTES-ALPES</p> <p><i>Pdt</i> Dr Gilles Lavernhe <i>Dir.</i> Brigitte Necloux Immeuble « Les Lavandes » 1 Place Champsaur 05000 Gap Tél. : 04.92.53.58.72 Fax : 04.92.53.36.27 Mèl : codes05@codes05.org www.codes05.org</p>	<p>09 ARIÈGE</p> <p><i>Pdt</i> Marie-Laure Moneger <i>Dir.</i> Thérèse Fruchet 6, cours Irénée Cros 09000 Foix Tél. : 05.34.09.02.82 Fax : 05.61.05.62.14 Mèl : caes.ariège@wanadoo.fr</p>	<p>14 CALVADOS</p> <p>S'adresser à la région Basse-Normandie</p>	<p>15 CANTAL</p> <p><i>Pdt</i> D^{lle} Danièle Souquière-Degrange Bâtiment de l'Horloge 9, place de la Paix 15012 Aurillac Cedex Tél. : 01.71.48.63.98 Fax : 04.71.48.91.80 Mèl : codes15@wanadoo.fr http://www.codes15.fr</p>	<p>19 CORREZE</p> <p><i>Pdt</i> Dr André Cigana <i>Dir.</i> Isabelle Schill Centre hospitalier Ancienne Entrée 1, bd du Dr Verhaegh 19312 Brive-la-Gaillarde Cedex Tél. : 05.55.17.15.50 Fax : 05.55.17.15.57 Mèl : codes.19@wanadoo.fr</p>
<p>02 AISNE</p> <p><i>Pdt</i> Gérard Dubois 1A, rue Émile Zola Zac Le Champ du Roy 02000 Chambry Tél. : 03.23.79.90.51 Fax : 03.23.79.48.75 Mèl : aïsne@crespicardie.org</p>	<p>06 ALPES-MARITIMES</p> <p><i>Pdt</i> Dr Claude Dreksler <i>Dir.</i> Chantal Patuano 61, route de Grenoble 06002 Nice Tél. : 04.93.18.80.78 Fax : 04.93.29.81.55 Mèl : codes.am@wanadoo.fr</p>	<p>10 AUBE</p> <p><i>Pdt</i> Sylvie Le Dourner <i>Dir.</i> Calby Julien Mezzanine des Halles Rue Claude Huez 10000 Troyes Tél. : 03.25.41.30.30 Fax : 03.25.41.05.05 Mèl : codes10@orange.fr http://champagne-ardenne.fnes.fr</p>	<p>16 CHARENTE</p> <p><i>Pdt</i> Denis Debrosse <i>Dir.</i> Marie Valbre Centre hospitalier de Girac 16470 Saint-Michel Tél. : 05.45.25.30.36 Fax : 05.45.25.30.40 Mèl : codes16@wanadoo.fr</p>	<p>21 COTE-D'OR</p> <p><i>Pdt</i> Dr Pierre Besse <i>Dir.</i> Marie Valbre 15 bis, rue des capucins BP 521 22005 Saint-Brieuc Cedex 1 Tél. : 02.96.78.46.99 Fax : 02.96.78.42.30 Mèl : codes-armor@wanadoo.fr</p>	<p>25 DOUBS</p> <p><i>Pdt</i> André Grosperin <i>Dir.</i> Élisabeth Piquet 4, rue de la Préfecture 25000 Besançon Tél. : 03.81.82.32.79 Fax : 03.81.82.39.20 Mèl : codes25@wanadoo.fr www.codes25.org</p>
<p>03 ALLIER</p> <p><i>Pdt</i> Jean-Marc Lagoutte <i>Dir.</i> Annick Anglarès 2, place Maréchal de Lattre-de-Tassigny - 03000 Moulins Tél. : 04.70.48.44.17 Mèl : abes-codes03@wanadoo.fr</p>	<p>07 ARDECHE</p> <p><i>Pdt</i> Dr Jean-Marie Bobillo <i>Dir.</i> Gisèle Bollon 2, passage de l'Ancien-Théâtre 07000 Privas Tél. : 04.75.64.46.44 Fax : 04.75.64.14.00 Mèl : adessa-codes.07@wanadoo.fr http://perso.wanadoo.fr/adessa</p>	<p>11 AUDE</p> <p><i>Pdt</i> Dr Pierre Dufranc 14, rue du 4 septembre 11000 Carcassonne Tél. : 04.68.71.32.65 Fax : 04.68.71.34.02 Mèl : codes11@wanadoo.fr http://codes11.over-blog.com</p>	<p>17 CHARENTE-MARTIME</p> <p><i>Pdt</i> Véronique Heraud 32, avenue Albert-Einstein 17000 La Rochelle Tél. et fax : 05.46.42.24.44 Mèl : codes17@voila.fr</p>	<p>22 COTES D'ARMOR</p> <p><i>Pdt</i> Anne Galand 15 bis, rue des capucins BP 521 22005 Saint-Brieuc Cedex 1 Tél. : 02.96.78.46.99 Fax : 02.96.78.42.30 Mèl : codes-armor@wanadoo.fr</p>	<p>26 DROME</p> <p><i>Pdt</i> Dr Luc Gabrielle <i>Dir.</i> Laurent Lizé Drôme Prévention Santé 36 B, rue de Biberach 26000 Valence Tél. : 04.75.78.49.00 Fax : 04.75.78.49.05 Mèl : ades26@free.fr</p>
<p>04 ALPES DE HAUTE-PROVENCE</p>	<p>05 HAUTES-ALPES</p>	<p>09 ARIÈGE</p>	<p>14 CALVADOS</p>	<p>15 CANTAL</p>	<p>19 CORREZE</p>
<p>21 COTE-D'OR</p>	<p>25 DOUBS</p>	<p>26 DROME</p>	<p>27 EURE</p> <p>S'adresser au Cres Haute-Normandie</p>	<p>28 EURE-ET-LOIR</p> <p><i>Pdt</i> Dr François Martin <i>Dir.</i> Myriam Neullas CESEL - Hôtel Dieu 34, rue du M^{ou}noury BP 30407 28018 Chartres Cedex Tél. : 02.37.30.32.66 Fax : 02.37.30.32.64 Mèl : cesel@cesel.org</p>	

29 FINISTÈRE

Pdt Henri Hénauff
Dir. Pascale Bargain
911 rue de l'Île d'Houat
29000 Quimper
Tél.: 02.98.90.05.15
Fax: 02.98.90.11.00
Mél: codes29@wanadoo.fr
www.codes29.org

30 GARD

Pdt Christian Polge
7, place de l'Oratoire
30900 Nîmes
Tél.: 04.66.21.10.11
Fax: 04.66.21.69.38
Mél: CDES30@wanadoo.fr

31 HAUTE-GARONNE

S'adresser au Cres
Midi-Pyrénées

32 GERS

Pdt Jean-Pierre Thibaut
Dir. Pascale Ferry
80, rue Victor Hugo
32000 Auch
Tél.: 05.62.05.47.59
Fax: 05.62.61.25.91
Mél: codes32@wanadoo.fr

33 GIRONDE

S'adresser au Cres Aquitaine

34 HÉRAULT

Pdt Dr Éric Perolat
Dir. René Fortes
Résidence Don Bosco
54, chemin de Moularès
34000 Montpellier
Tél.: 04.67.64.07.28
Fax: 04.67.15.07.40
Mél: chesfraps@wanadoo.fr
www.chesfraps.com

35 ILLE-ET-VILAINE

Pdt Gérard Guingouain
Dir. Pascale Gatis
4A, rue du Bignon
35000 Rennes
Tél.: 02.99.67.10.50
Fax: 02.99.22.81.92
Mél: codes.35@wanadoo.fr

36 INDRE

Pdt Francis Martinet
Dir. Séverine Dropsy
73, rue Grande
36019 Chateauroux Cedex
Tél.: 02.54.60.98.75
Fax: 02.54.60.96.23
Mél: codes.36@wanadoo.fr

38 ISÈRE

Pdt Dr Pierre Dell'Accio
Dir. Jean-Philippe Lejard
23, av. Albert 1er-de-Belgique
38000 Grenoble
Tél.: 04.76.87.06.09
Fax: 04.76.47.78.29
Mél: adessigr@wanadoo.fr

39 JURA

Pdt Pierre Benichou
Dir. Agnès Borgia
35, avenue Jean-Moulin
39000 Lons-le-Saunier
Tél.: 03.84.47.21.75
Fax: 03.84.24.89.73

40 LANDES

Pdt Claude Desbordes
Dir. Sylvie Ramis
Hôpital Sainte-Anne
Bâtiment Ritournelle
782, avenue de Nonères
BP 10262
40005 Mont-de-Marsan Cedex
Tél.: 05.58.06.29.67
Mél: contact@codes40.org

41 LOIR-ET-CHER

Pdt Gérard Gouzou
Dir. Evelyne Gond
34, avenue Maunoury
41000 Blois
Tél.: 02.54.74.31.53
Fax: 02.54.56.04.30
Mél: ades41@wanadoo.fr

42 LOIRE

Pdt Dr Gérard Malherb
Dir. Mohamed Boussour
26, avenue de Verdun
42000 Saint-Étienne
Tél.: 04.77.32.59.48
Fax: 04.77.33.89.28
Mél: direction@codes42.org
www.codes42.org

43 HAUTE-LOIRE

Pdt Louis Teyssier
8, rue des Capucins
43000 Le Puy-en-Velay
Tél.: 04.71.04.94.86
Fax: 04.71.04.97.41
Mél: codes43@wanadoo.fr
www.codes43.fr

44 LOIRE-ATLANTIQUE

S'adresser à l'Ireps Pays-de-la-Loire
Pôle Loire-Atlantique
Mél: ireps44@repspd.org

45 LOIRET

Pdt Danièle Desclerc-Dulac
Dir. Romain Lantiesse
Espace Santé
5, rue Jean-Hupeau
45000 Orléans
Tél.: 02.38.54.50.96
Fax: 02.38.54.58.23
Mél: info@codes45.org
www.codes45.org

46 LOT

Pdt Christian Massaloux
Dir. Gilles Nouzies
377, avenue du 7^e R. L.
(2^e étage)
46000 Cahors
Tél.: 05.65.22.64.77
Fax: 05.65.22.64.50
Mél: codes46@wanadoo.fr
http://perso.wanadoo.fr/codes.46/

47 LOT-ET-GARONNE

Pdt Dr Stéphane Hary
Lieu dit « Toucaut »
Route de Cahors
47480 Pont-du-Casse
Tél.: 05.53.66.58.59
Fax: 05.53.47.73.59
Mél: codes47@wanadoo.fr
www.educationsante-aquitaine.fr

48 LOZÈRE

Pdt M.-C. Giraud-Jalabert
1 bis, allée des Soupis
48000 Mende
Tél.: 04.66.65.33.50
Fax: 04.66.49.26.77
Mél: codes48@wanadoo.fr

49 MAINE-ET-LOIRE

Ireps Pays-de-la-Loire
Pôle Maine-et-Loire
Dir. Jimmy Pacaud
15, rue de Jérusalem
49100 Angers
Tél.: 02.41.05.06.49
Fax: 02.41.05.06.45
Mél: ireps49@repspd.org
www.sante-pays-de-la-loire.com

50 MANCHE

S'adresser au Cres
Basse-Normandie

51 MARNE

Pdt Patrick Bourlon
Dir. Anne Paris
Pôle Dunant Éducation
1, rue du docteur Calmette
BP 7
51016 Châlons-en-Champagne
Tél.: 03.26.64.68.75
Fax: 03.26.21.19.14
Mél: codes.51@wanadoo.fr
http://champagne-ardenne.fnes.fr

52 HAUTE-MARNE

Pdt Robert Mercy
Dir. Eva Bardet
5 bis, bd Thiers
52000 Chaumont
Tél.: 03.25.32.63.28
Mél: codes.52@wanadoo.fr
http://champagne-ardenne.fnes.fr

53 MAYENNE

Ireps Pays-de-la-Loire
Pôle Mayenne
Dir. Christel Fouache
90, avenue Chanzy
53000 Laval
Tél.: 02.43.53.46.73
Fax: 02.43.49.20.72
Mél: ireps53@repspd.org

54 MEURTHE-ET-MOSELLE

S'adresser à l'Ireps Lorraine

55 MEUSE

S'adresser à l'Ireps Lorraine

56 MORBIHAN

Pdt Marie-Odile Barbier
Zone tertiaire de Kerfontaine
Rue Loïc Caradez
56400 Pluneret
Tél.: 02.97.29.15.15
Fax: 02.97.29.16.50
Mél: codes.56@wanadoo.fr

57 MOSELLE

Ireps Lorraine
Site de Metz
Pdt Jeanne Meyer
Dir. Olivier Aromatario
20, rue Gambetta
BP 30273
57006 Metz Cedex 1
Tél.: 03.87.68.01.02
Fax: 03.87.68.11.89
Mél: codes57@wanadoo.fr

58 NIEVRE

Résidence Blaise-Pascal
3 bis, rue Lamartine
58000 Nevers
Tél.: 03.86.59.35.19
Fax: 03.86.61.57.18
Mél: codes58@wanadoo.fr

59 NORD

S'adresser à l'Ireps
Nord-Pas-de-Calais

60 OISE

Pdt Alfred Lorriaux
11, rue Jean-Monet
Parc d'activité « Le Chêne bleu »
60000 Beauvais
Tél.: 03.44.10.51.90
Fax: 03.44.10.00.90
Mél: oise@crepicardie.org

61 ORNE

Pdt Pierre Chastresse
14, rue du Cygne
61000 Alençon
Tél.: 02.33.82.77.70
Fax: 02.33.82.77.71
Mél: codes61@wanadoo.fr

62 PAS-DE-CALAIS

Pdt Gérard Pezé
Dir. Virginie Tintinger
3, rue des Agaches – BP 80505
62008 Arras Cedex
Tél.: 03.21.71.34.44
Fax: 03.21.51.25.73
Mél: cdes-62@nordnet.fr

63 PUY-DE-DÔME

Pdt Marie-Gentille Gardies
Dir. Jean-Philippe Cognet
Espace Guy Vigné
30, rue Etienne-Dolet
63000 Clermont-Ferrand
Tél./Fax: 04.73.34.35.06
Mél: codes63@wanadoo.fr

64 PYRÉNÉES-ATLANTIQUES

Pdt Jean-Claude Maupas
Dir. Jeanine Larrousse
15, allée Lamartine
64000 Pau
Tél.: 05.59.62.41.01
Fax: 05.59.40.28.52
Mél: contact.codes64@orange.fr
www.educationsante-aquitaine.fr

65 HAUTES-PYRÉNÉES

Pdt Dr Bernard Dupin
Dir. Claudine Lamet
CPAM
8, place au Bois
65021 Tarbes Cedex 9
Tél.: 05.62.51.76.51
Fax: 05.62.51.76.53
Mél: codes65@wanadoo.fr

66 PYRÉNÉES ORIENTALES

Pdt Dr Marie-José Raynal
12, avenue de Prades
66000 Perpignan
Tél.: 04.68.61.42.95
Fax: 04.68.61.02.07
Mél: codes66.po@wanadoo.fr

67 BAS-RHIN

S'adresser au Cres Alsace

68 HAUT-RHIN

S'adresser au Cres Alsace

69 RHONE

Pdt Dr Bruno Dubessy
Dir. Sylvain Jerabek
292, rue Vendôme
69003 Lyon
Tél.: 04.72.41.66.01
Fax: 04.72.41.66.02
Mél: info@adesr.asso.fr
www.adesr.asso.fr

70 HAUTE-SAONE

Pdt Alain Cussenier
Dir. Michel Jussey
4, cours François-Villon
70000 Vesoul
Tél.: 03.84.76.16.30
Fax: 03.84.75.00.77
Mél: CODES-70@wanadoo.fr

71 SAONE-ET-LOIRE

Pdt Jean-Claude Guillemin
17, place des Tulipiers
71000 Mâcon
Tél.: 03.85.39.42.75
Fax: 03.85.39.37.10
Mél: codes71@wanadoo.fr

72 SARTHE

Pdt Joël Barault
Dir. Laurence Dujardin
92/94, rue Moilière
72000 Le Mans
Tél.: 02.43.50.32.45
Fax: 02.43.50.32.49
Mél: codes72@ahs-sarthe.asso.fr
www.codes72.fr

73 SAVOIE

Pdt Gérard Vanzetto
306, rue Jules Coquin
73000 Chambéry
Tél.: 04.79.69.43.46
Fax: 04.79.62.10.22
Mél: contact@sante-savoie.org
www.sante-savoie.org

74 HAUTE-SAVOIE

Pdt Marc Rabet
Dir. Magali Chatelin
14, avenue de Berthollet
74000 Annecy
Tél.: 04.50.45.20.74
Fax: 04.50.45.34.49
Mél: ades74@voila.fr

76 SEINE-MARITIME

S'adresser au Cres
Haute-Normandie

78 YVELINES

Pdt Jean-Pierre Costeron
Dir. Isabelle Grouas
47, rue du Maréchal-Foch
78000 Versailles
Tél.: 01.39.49.58.93
Fax: 01.39.51.47.48
Mél: CYES@wanadoo.fr
www.cyes.info

79 DEUX-SEVRES

Pdt Philippe Gobert
10 bis, avenue Bujault
79000 Niort
Tél.: 05.49.28.30.25
Fax: 05.49.24.93.66
Mél: codes79@yraud@aol.com

80 SOMME

S'adresser à l'Ireps Picardie

81 TARN

Pdt Fabien Catala
Dir. Marie-Laure Manbes
4, rue Justin-Alibert
81000 Albi
Tél.: 05.63.43.25.15
Fax: 05.63.43.18.08
Mél: codes81@wanadoo.fr

82 TARN-ET-GARONNE

S'adresser au Cres Midi-Pyrénées

83 VAR

Pdt Dr Jacques Lachamp
Dir. Christine Madec
Immeuble le Verdon
82, bd Léon-Bourgeois
83000 Toulon St-Jean du Var
Tél.: 04.94.89.47.98
Fax: 04.94.92.80.98
Mél: codes.var@wanadoo.fr

84 VAUCLUSE

Pdt Dr Claude Soutif
Dir. Alain Douviller
13, rue de la Pépinière
84000 Avignon
Tél.: 04.90.81.02.41
Fax: 04.90.81.06.89
Mél: codes84@wanadoo.fr
www.codes84.fr

85 VENDEE

Ireps Pays-de-la-Loire
Pôle Vendée
Dir. Élise Gauth-Quénec
Maison de la santé
CHD Les Oudaires
Bd Stéphane Moreau
85925 La Roche-sur-Yon Cedex 9
Tél.: 02.51.62.14.29
Fax: 02.51.37.56.34
Mél: ireps85@repspd.org

86 VIENNE

S'adresser au Cres
Poitou-Charentes

87 HAUTE-VIENNE

Pdt Evelyne Robert
5, rue Monte à regret
87000 Limoges
Tél.: 05.55.37.19.57

88 VOSGES

S'adresser à l'Ireps Lorraine

89 YONNE

Pdt Sylvie Pitois
56 bis, avenue Jean-Jaurès
89000 Auxerre
Tél.: 03.86.18.83.83
Fax: 03.86.51.49.89
Mél: codes89@orange.fr

90 TERRITOIRE DE BELFORT

Pdt Dr Albert Pontes
Dir. Valérie Berton
22, rue Gaston-Defferre
90000 Belfort
Tél. et fax: 03.84.54.09.32
Mél: codes90@wanadoo.fr

91 ESSONNE

Pdt Didier Hoeltgen
Dir. Claude Giordanello
Immeuble Boréal
5, place Copernic
Courcouronnes
91023 Evry Cedex
Tél.: 01.60.79.46.46
Fax: 01.60.79.55.27
Mél: codes91@orange.fr
www.codes91.org

93 SEINE-SAINT-DENIS

Pdt Antoine Lazarus
Dir. Laurent Bauer
UFR Médecine
74, rue Marcel-Cachin
93017 Bobigny Cedex
Tél. et fax: 01.48.38.77.01
Mél: codes93@hotmail.com
www.codes93.org

95 VAL-D'OISE

Pdt Hussein Mokhtari
Dir. Isabelle Beulaigne
CODESS 95
2, avenue de la Palette
BP 10215
95024 Cergy-Pontoise Cedex
Tél.: 01.34.25.14.45
Fax: 01.34.25.14.50
Mél: codes95@valdoise.fr
www.codes95.org

MAYOTTE

Pdt Ali Ahmed
cotes
Bâtiment du dispensaire
De M'tsarperé
97600 Mamoudzou
Tél. et fax: 0.269.61.36.04

SAINTE-PIERRE ET MIQUELON

Pdt Dr Bourdeloux
DDASS
Rue Abbé Pierre-Gervain
BP 4200
97500 Saint-Pierre et Miquelon
Tél.: 0.508.21.93.23

NOUVELLE-CALÉDONIE

Dir. Dr Bernard Rouchon
Agence sanitaire et sociale
de la Nouvelle-Calédonie
16, rue du Général Gallieni
BP P4
98851 Nouméa Cedex
Tél.: 00.687.25.07.60
Fax: 00.687.25.07.63
Mél: bernard.rouchon@ass.nc

POLYNÉSIE FRANÇAISE

Dir. Dr R. Wongfai
Rue des Polius-Tahitiens
BP 611 – Papeete
98601 Tahiti
Tél.: 00.689.42.30.30
Fax: 00.689.43.00.74

Le guide de l'allaitement maternel



**our toutes les questions que vous vous posez,
pour vous accompagner au jour le jour :
le *Guide de l'allaitement maternel***

**Un guide gratuit de 64 pages
à demander à votre
professionnel de santé**

