

NOTE D'ORIENTATIONS

Santé / santé mentale et la politique de la ville

Adoptée à l'Assemblée plénière du 12 octobre 2012.

Il est symptomatique d'observer que les questions sanitaires soient apparues en même temps que la création de la politique de la ville. Dans la plupart des dossiers Habitat Vie Sociale (HVS), - dès 1977 en effet -, la question de **l'accès aux soins**, le sujet de **l'offre de soins dans les quartiers**, la question des dispensaires et/ou des maisons de santé, tout comme celles des tentatives de **diagnostic épidémiologique des populations concernées**, faisaient partie intégrante des éléments de connaissance et des thèmes de préconisations figurant déjà dans ces dossiers emblématiques de la politique de la ville¹.

I. UN INTÉRÊT RÉEL ET MESURÉ DES ÉLUS LOCAUX POUR LA QUESTION

Aujourd'hui encore, à 35 ans de distance, bien qu'ils ne comptaient pas dans les trois priorités particulièrement fléchées par la circulaire de Juillet 2011 (éducation, emploi, sécurité), les thèmes sanitaires, - tant en termes de diagnostic qu'en termes de programmes d'action -, ont été évoqués dans presque tous les contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) expérimentaux, ces documents d'analyse et de propositions censés préfigurer en 2014 les futurs CUCS en réactualisant de ces programmes territoriaux à vocation interministérielle sur les grands territoires concernés par la politique de la ville.

Or, quand bien même la compétence dans ce domaine, au sens juridique du terme, demeure toujours bien celle de l'Etat, les élus et responsables locaux ne sauraient et ne devraient, se désintéresser de cette problématique : la question de la santé des populations, quelque soit l'angle d'approche en effet, croise leurs propres compétences à plusieurs endroits et interroge un grand nombre de politiques locales, elles aussi « plus ou moins municipales » : éducatives, sportives, culturelles, d'animation et de loisirs, en matière de logement, au regard des jeunes comme du vieillissement, par rapport à des populations spécifiques (familles mono-parentales, immigrés, étudiants, jeunes travailleurs, retraités et personnes âgées) ... etc. Au point que plus d'une ville consciente de l'importance de ces sujets s'est déjà inscrite depuis longtemps dans les réseaux existants, et/ou des programmes subséquents initiés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou l'Union Européenne (UE)... Ou bien alors, elles font partie d'associations nationales diverses, principalement l'association « Elus, Santé, Territoires », laquelle impulse énergiquement un grand nombre d'actions dans ce secteur².

¹ Dans le quartier HVS de CLEUNAY à RENNES, où ces questions avaient naturellement été abordées, une réponse a été apportée quelques années plus tard, consistant à choisir ce quartier pour l'implantation d'une clinique mutualiste comprenant un grand nombre de services, dont une importante maternité. Il y aurait sans doute d'autres exemples démontrant, s'il était possible, que l'intérêt constant des élus en faveur d'un quartier, simplement en l'intégrant dans l'ensemble des politiques de droit commun, permet un sérieux rattrapage au bout de 35 ans d'attention particulière. Il en est de même dans tous les autres compartiments de la politique de la ville : dans le cas particulier, ce quartier va devenir le point de départ du nouveau système de «desserte cadencée » de la ville par bus, dans le sens Ouest-Est.

² L'AMF elle-même a cru bon d'organiser en 2011 un colloque sur « les déserts médicaux », auquel le CNV a participé en la personne de Mme Françoise GAUNET-ESCARRAS, adjointe à la santé à la ville de MARSEILLE et Co-présidente, avec Jean-Luc ROELANDT, psychiatre, Directeur du centre collaborateur de l'OMS de LILLE, de notre Groupe de Veille Sanitaire du CNV.

Le Conseil national des villes (CNV) lui-même n'échappe pas à cette contradiction : d'un côté, ses membres sont conscients de l'importance de cet enjeu, mais ils hésitent encore à s'y engager plus, compte-tenu des engagements financiers potentiels ... Et ce, d'autant plus que l'incertitude règne en matière de budgets communaux depuis la réforme de la taxe professionnelle, la promesse de réforme de la dotation de solidarité urbaine (DSU) et du fait de la situation créée par l'attente des évolutions fiscales annoncées, en particulier dans les communes les plus pauvres, celles-là mêmes qui accueillent les populations les plus en difficultés.

D'un autre côté, petit à petit, ils prennent conscience que cette inquiétude financière ne doit plus faire obstacle, à elle seule, à l'impérieuse nécessité de prendre ce sujet « à bras le corps », les inégalités sanitaires coïncidant la plupart du temps, avec les inégalités territoriales qui les stigmatisent déjà. **C'est la raison pour laquelle, en octobre 2011, le CNV a émis un « Manifeste sur la santé dans les quartiers »** dans lequel, pour attirer l'attention des responsables nationaux de cette thématique sur la nécessité de l'intégrer, au même titre que les autres, - l'emploi, la sécurité publique, la sécurité, elles aussi compétences relevant de l'Etat -, dans les futurs plans et programmes stratégiques nationaux, avec une plus grande attention pour ces territoires.

II. DES ORIENTATIONS EN MIROIR DES MANQUES ET INSUFFISANCES RELEVÉS

A ce jour, le CNV pointe plusieurs besoins qui constituent en eux-mêmes des perspectives d'orientations pour l'avenir de cette politique publique :

II.1 Des besoins d'informations divers :

- Réaliser des statistiques infra-communales :

La question de l'impossibilité actuelle d'accès à des séries statistiques infra communales sur ces sujets sanitaires³, question importante, à laquelle les personnes et les services qui travaillent sur ces sujets sont tous confrontés. Le Conseil d'orientation de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS) a récemment inscrit cette question à l'ordre du jour de ses travaux, en lien avec la CNAM et L'INSEE. En l'absence d'informations plus ciblées sur les quartiers, non seulement la comparaison inter quartiers serait rendue impossible, mais encore la question de savoir si comme certains experts l'affirment, il n'existe entre les différents quartiers de nos villes qu'**une différence de degré**, - autrement dit simplement quantitative-, ou si, au contraire, comme d'autres experts en font l'hypothèse, il y aurait, le cas échéant, **une différence de nature**, s'agissant des composants épidémiologiques relatifs aux populations des quartiers concernés⁴. Le CNV se propose de réaliser à son niveau un focus par le biais d'un « état des lieux » des déterminants de santé dans les quartiers de la politique de la ville de la région Nord-Pas de Calais.

- Faire un état d'avancement engagements des dispositifs de la politique de la ville existants : les Ateliers Santé Ville (ASV), les maisons professionnelles de santé et les Contrats Locaux de Santé (CLS).

On dénombrait 264 ASV à la fin 2010. L'objectif de 300 à la fin de 2011 était fixé. A-t-il été véritablement atteint ? La part de budget réservé à ces dispositifs très intelligents ne cesse pourtant de décroître : 6,4 Millions d'euros en 2009, 6,2 en 2010, 6 millions en 2011 en prévisionnel. Qu'en a-t-il été exactement ? Est-ce que les ARS ses ont réellement motivées pour imaginer et prioriser des politiques sanitaires privilégiant les territoires de la politique de la ville dans leurs premiers programmes ?

³ Dans l'arrondissement de LILLE,- et à la demande de l'Etat et de la Communauté Urbaine, l'agence d'urbanisme a pu établir un atlas par quartier dans le cadre de son Observatoire des Evolutions Sociales et Urbaines (OESU) qu'elle a conçu et qu'elle entretient pour suivre les améliorations apportées dans le cadre de la politique de la ville. Ce qui est possible ici, devrait pouvoir l'être là, également !

⁴ Nous avons eu l'occasion de faire une analyse plus précise du contexte particulier des quartiers de la politique de la ville dans la région Nord Pas de Calais dans le cadre de notre DIU, Diplôme Inter Universitaire, intitulé : « SANTE et URBANISME : Plaidoyer pour une articulation des contenus et une meilleure coordination des gouvernances sanitaires à toutes les échelles de territoires ».LILLE, SEPT. 2011, 75 p + annexes + bibliographie.
CNV - SANTE, SANTE MENTALE / Note orientations. 12/10/2012

Il semble bien que non. Encore conviendrait-il de dresser un bilan, non seulement de ces dispositifs-ci, mais aussi de la difficulté de mise en place des CLS, contrats locaux de santé, et CLSM, Contrats locaux de santé mentale, que la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) avait prévu de faire signer entre les Agences régionales de santé (ARS) et les Collectivités territoriales, à la faveur des projets régionaux de santé.

Les ASV, d'une certaine façon, sont aux quartiers ce que devraient être les CLS et CLSM à l'échelle des villes, mieux encore de leurs groupements : les nouveaux dispositifs, - et les plus modernes -, de la nouvelle gouvernance sanitaire. Peut-on affirmer que la situation soit totalement satisfaisante, ou que même l'on soit parvenu à un point d'équilibre irréversible et suffisant ? Il ne le semble pas. Que manque-t-il ? Comment compléter les dispositifs pour s'assurer de leur pérennité ? Si l'on considère que ces nouveaux éléments sont de nature à améliorer les contextes et à permettre de développer des projets susceptibles de réduire les inégalités sanitaires, comment assurer leur installation et leur développement. Sans oublier la question des pôles de santé et des maisons pluridisciplinaires, de statut public ou privé : c'est un thème majeur de prospective.

- Dresser un premier bilan du récent plan de santé mentale :

Celui-ci insiste à plusieurs reprises sur l'intérêt des CLS et CLSM... Combien ont été programmés dans le cadre de l'élaboration des programmes régionaux établis récemment par les ARS ? Leur(s) articulation(s) avec les volets «santé» des CUCS n'est-elle (ne sont-elles) pas des enjeux essentiels pour garantir le succès de cette thématique, dont le suivi des expérimentations menées pour l'actualisation de ces programmes a mis en évidence la montée des besoins et des demandes sur ces questions ? Au moment précis où les contraintes de gestion de budget contraignent plus d'un ménage à sacrifier la santé, ou, du moins, à en amputer sérieusement les dépenses. Au risque de privations dans ce domaine, dont les conséquences à moyen et long termes risquent d'être particulièrement fâcheuses. Un bilan comparé des premières années de fonctionnement des ARS a-t-il pu être effectué par les ministères de tutelle ? Qu'en est-il exactement, notamment au regard de la résorption des déficits sanitaires territoriaux ?

- Travailler les thèmes émergents**, en particulier, ceux qui ont fait leur apparition lors de l'exercice d'actualisation des CUCS, - les 33 « expérimentaux » et les autres -, afin de mieux mettre en évidence la demande sanitaire actuelle dans les quartiers et de pouvoir mieux ajuster les propositions que le CNV pourrait être amené à faire, soit dans le cadre d'une saisine ministérielle spécifique, soit dans le cadre des propositions spontanées inter thématiques que l'instance envisage de produire en forme de bilan du mandat en cours.

II.2 La future contractualisation : une opportunité

Il s'agirait d'intégrer dans les futurs CUCS annoncés en 2014 un chapitre sanitaire assez complet, rentrant si possible dans une vision transversale renouvelée de la politique de la ville, et où les différents apports thématiques concourraient à l'élaboration d'un plan-programme pluriannuel territorialisé avec des engagements sur les objectifs et sur les réductions d'écart sanitaires avec les quartiers « ordinaires » :

- EN PARTANT DE LA DÉFINITION DE LA SANTÉ SELON L'OMS.

Puisque la qualité de vie fait le parcours santé, il importe d'agir « **pour un état de complet bien être physique, mental et social...** » et de favoriser l'approche globale et le parcours santé... réseau de villes-santé/maisons de santé/bilans globaux et parcours de santé/ sensibilisation de tous les secteurs d'action à la santé...

- EN DEVELOPPANT L'IDEE DE « LUTTER CONTRE LES FREINS SOCIO-CULTURELS DE RECOURS AUX SOINS ».

Puisque les populations précaires recourent différemment aux soins, il convient de développer des approches nouvelles pour repérer et atteindre ces publics.... Contrat de

réciprocité par rapport au RSA/ Loisirs et divertissements / Action(s) de solidarité/ Adaptation des structures de santé au public/ Approche communautaire.

- **EN TROUVANT LES PARADES À LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE PLUS FAIBLE.**

Puisque les médecins sont moins présents sur les quartiers prioritaires, il faut trouver les solutions pour combler la plus faible densité médico-sociale... Maisons médicales pluri disciplinaires / Télémédecine / Exercices de généralistes et spécialistes extérieurs en ZUS/ Organisation en zones transfrontalières...

- **EN OPTIMISANT L'ACCÈS AUX DROITS SANITAIRES ET SOCIAUX.**

Puisqu'on observe des freins financiers et une méconnaissance des droits, il est urgent de promouvoir l'accès à la protection sociale... Information des bénéficiaires potentiels (CMU e& AME) / Un seul dispositif : la CMU « élargie »/ Généralisation de l'Aide Complémentaire Santé ? ...

- **EN AGISSANT SUR LE NOMBRE DES ACTEURS ET LA MULTIPLICITÉ DES COMPÉTENCES.**

Puisqu'il y a une profusion d'acteurs⁵, il est nécessaire de clarifier l'action et les compétences de chacun... Plaidoyer pour un annuaire des partenaires régionaux de santé / ASV et APAS, (Appel à projets d'actions de Santé) / Pour une politique de santé contractuelle et territorialisée...

- **EN PRÉVOYANT UN VOLET SPÉCIAL EN SANTÉ MENTALE.**

La santé mentale est tributaire du bien être social et nécessite une action de tous les acteurs de la cité. La souffrance psycho-sociale est la thématique la plus importante rapportée par les habitants dans les ateliers santé ville. Elle intéresse directement les élus dans ses composantes de soins sous contrainte, qui sont souvent l'échec des actions de prévention. Tant dans ses aspects de prévention que d'accès aux soins et de réhabilitation, la cité est interpellée par des souffrances qu'on ne peut plus cacher. Si les troubles psychiques peuvent concerner tout un chacun, les personnes en difficultés sociales sont particulièrement touchées.

Il convient de redéfinir le territoire de la psychiatrie en tenant compte des déterminants de santé des populations, et d'affecter les moyens dans ce cadre. Le travail de proximité avec les acteurs sanitaires et sociaux, les usagers de la santé mentale, les aidants et les élus locaux est déjà effectif dans les conseils locaux de santé mentale, appuyés bien souvent sur les ateliers santé ville et la politique de la ville, plateformes de concertation, de diagnostic, et d'actions concertées au plus près des habitants. Le CNV devrait être associé à la mise en place d'une grande loi de santé publique en santé mentale qui tiendrait enfin compte des besoins locaux, de proximité des populations concernées, dans un but de prévention et d'accès à des soins et de "de-stigmatisation", ainsi que de développement de services "à la porte" pour les personnes en situation de handicap psychique.

Le CNV fera de la santé mentale une orientation prioritaire de la politique de la ville, en mettant en évidence les bonnes pratiques et innovations qui ont vu le jour ces dernières années. Sujet complexe à aborder et parce que cette problématique est encore plus présente dans les quartiers de la politique de la ville, il est important de mieux la connaître pour mieux l'appréhender...

Ces premières orientations nourriront les travaux en cours du CNV, avec, le cas échéant, un focus sur la région du Nord Pas-de-Calais, prise comme terrain d'études, région parmi les régions en plus mauvaise position, cet état de fait étant encore plus précaire s'agissant des quartiers défavorisés lorsque l'on sait la corrélation entre état de santé et conditions de vie. L'intégration plus particulière de dispositions à destination de la jeunesse ainsi que la synthèse d'autres remarques, observations et préconisations plus anciennes du CNV devraient pouvoir nourrir également un futur avis du CNV.

Le CNV ne verrait qu'avantage à être saisi de ces questions, de façon large ou ciblée, par les ministères concernés.

⁵ Groupement Régional de Promotion de la Santé, Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé, IRDES, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé,(INPES), l'Institut National de Veille Sanitaire, INVS, l'Agence Régionale de la Santé, ARS, l'Observatoire Régional de la Santé, ORS...
CNV – SANTE, SANTE MENTALE / Note orientations. 12/10/2012