

Santé, vous avez dit santé !

SYNTHÈSE
DE LA RENCONTRE RÉGIONALE
ORGANISÉE LE 20 JUIN 2017
EN PARTENARIAT AVEC LE CENTRE
DE RESSOURCES POLITIQUE
DE LA VILLE PROFESSION BANLIEUE
ET LA PLATEFORME NATIONALE
DE RESSOURCES DES ATELIERS
SANTÉ VILLE (DEVENUE DEPUIS
FABRIQUE TERRITOIRES SANTÉ).

Le cadre de vie 3

La santé mentale 13

PROPOS CONCLUSIFS

L'irremplaçable parole

des habitants eux-mêmes 21

À PARTIR DES INTERVENTIONS DE :

• OLIVIER BOUCHAUD 22

• LUC GINOT 24

Comment penser élaborer
une politique publique de santé
sans recueillir les points de vue
des différentes parties prenantes,
et en particulier ceux
des bénéficiaires, des « usagers »,
comme on les nomme aujourd'hui ?

C'est dans cette volonté que l'Agence
régionale de santé (ARS) d'Île-de-France
a contacté LaFédé, en 2016, afin de mobiliser
des habitants pour l'élaboration du futur
Projet régional de santé (PRS 2, 2018-2022).
L'ARS souhaitait prendre en compte
l'avis de l'ensemble des acteurs concernés,
y compris celui des habitants,
en interrogeant leurs représentations
de la santé et les besoins qu'ils identifiaient
en la matière.

C'est ainsi que huit associations de LaFédé
(situées à Champigny-sur-Marne,
Clichy-sous-Bois, Drancy, Montreuil, Pantin,
Paris 19^e, Rosny-sous-Bois et Saint-Denis)
ont organisé deux réunions
dans leurs structures avec des groupes
d'une dizaine d'habitants afin de réfléchir

avec eux à une définition de la santé
et à ses facteurs d'influence,
ainsi qu'aux possibles actions à mener
pour l'améliorer.

Une rencontre réunissant les huit groupes
a ensuite eu lieu, le 24 janvier 2017,
afin de mettre en commun les différentes
propositions émises et de garder
celles qui constituaient pour les habitants
des axes d'action prioritaires.

Le travail mené a permis de mettre
en évidence le fait que les habitants
ne limitent pas la santé à l'accès aux soins
ou au médecin, mais privilégient une approche
transversale, définissant eux-mêmes la santé
comme « un complet bien-être : physique,
mental et social ».

De nombreux facteurs influençant la santé
ont été mis en avant, parmi lesquels
l'alimentation, le travail, le stress, l'isolement,
le manque de ressources, l'insalubrité
des logements, la mauvaise prise en charge
du vieillissement, la difficile lisibilité
des systèmes de remboursement...

Comment la parole
des habitants peut-elle
redonner sens
à l'action des décideurs
et des professionnels ?

Comment ces habitants
et ces professionnels peuvent-ils,
de leur place respective,
faire bouger les lignes ?

Parmi les différentes thématiques abordées, deux d'entre elles ont été l'objet de vifs échanges :

- **Le cadre de vie** : la question du logement (surpopulation, insalubrité), l'enclavement des quartiers, la propreté et la gestion des déchets ;
- **La santé mentale** : la solitude (celles des femmes et des personnes âgées notamment), le stress, la mauvaise image du psychologue (susceptible de freiner sa consultation).

À la suite de ce premier travail, LaFédé, Profession Banlieue et la Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville ont décidé d'organiser une rencontre régionale à l'attention des élus, des professionnels de la politique de la ville et de la santé et des associations de proximité, afin de questionner ces deux thématiques.

Comment travailler ensemble sur ces questions ? Comment la parole des habitants peut-elle redonner sens à l'action des décideurs et des professionnels ? Comment ces habitants et ces professionnels peuvent-ils, de leur place respective, faire bouger les lignes ?

Cette journée s'est déroulée le 20 juin 2017. Elle était animée par une association d'éducation populaire : La Boîte sans projet ; sans projet, parce que souhaitant faire évoluer les pratiques *en partant de la base*, des demandes du terrain.

Partant de *verbatim* d'habitants mobilisés à la fin 2016, le présent document reprend les principales idées et remarques des deux groupes de travail organisés durant cette rencontre (1. Cadre de vie ; 2. Santé mentale), illustrés par la dessinatrice et architecte Charlotte Cauwer.

Enfin, une synthèse des enjeux de la thématique santé au regard du rôle des habitants d'une part, des politiques publiques d'autre part, reprend les développements des deux intervenants à la rencontre : Olivier Bouchaud, chef de clinique à l'hôpital Avicenne, à Bobigny, et Luc Ginot, directeur de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités à l'ARS d'Ile-de-France.

Comme l'a souligné Luc Ginot, qui concluait cette journée, en travaillant à l'amélioration de la santé des personnes les plus précaires, c'est la santé de l'ensemble de la population qu'on améliore. ●

Le cadre de vie

« C'est l'environnement qui rend malade. »

« Chaque fois qu'on dort dans la chambre,
les enfants tombent malades. »



Indignation,
colère.

LE PROFESSIONNEL

DIAGNOSTIC :
mal-logement,
sentiment d'impuissance
devant le pouvoir
de nuisance des bailleurs.

Que faire ?

**Informers les habitants sur leurs droits
et les accompagner
dans leurs démarches.**

AGIR EN TANT QU'HABITANT

Se solidariser,
aller en justice.

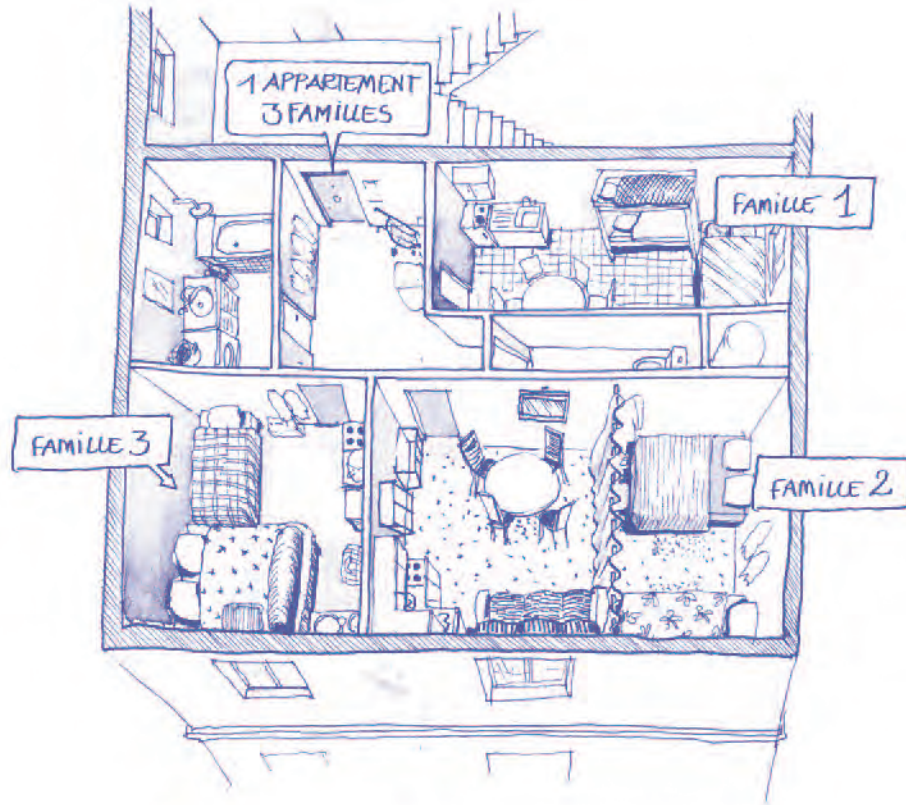
RETOURS D'EXPÉRIENCES

Paris : conseillère médicale
en environnement intérieur.

QU'EST-CE QUI DOIT CHANGER ?

La collusion existant parfois
entre bailleurs sociaux et municipalités.
Le sentiment d'impunité
des bailleurs, notamment privés.

« Quand le ménage n'est pas fait, quand les ascenseurs tombent en panne et que ça n'est pas remplacé, quand il y a des marchands de sommeil qui sous-louent des appartements... C'est tout le quartier qui est insalubre, on n'a plus envie d'embellir chez soi... »



AGIR EN TANT QU'HABITANT

Créer des actions collectives, des mobilisations nouvelles, différentes. Des actions qui soient concrètes et atteignables (pour mener des projets sur le quartier ou interpellier sur un dysfonctionnement). Voir par exemple les actions réalisées par le collectif Plus sans ascenseur : <https://plussansascenseur.fr/>

LE PROFESSIONNEL

Découragement, car ce n'est pas aux habitants d'agir, empathie...

DIAGNOSTIC :
décalage entre la vision et le ressenti des habitants et ceux des institutions : ce qui est fait n'est pas connu ou mal connu par les habitants. Sentiment que le désinvestissement collectif mène au désinvestissement individuel.

Que faire ?

Rendre visible ce qui est fait par les pouvoirs publics ou les bailleurs. Faire passer les informations aux habitants à l'oral (et pas seulement à l'écrit).

PROPOSITION

Récupération par les pouvoirs publics de logements inoccupés, pour augmenter l'offre de logements sociaux ou d'urgence.

QU'EST-CE QUI DOIT CHANGER ?

D'autres élus que celui élu à la santé doivent se mobiliser ; c'est une question transversale et tous les élus doivent se mobiliser.

« Vous avez des personnes qui se retrouvent à l'hôtel social,
qui n'ont pas de logement, qui doivent appeler le 115 tous les soirs...
Et pourtant, ce sont des femmes et des enfants. »

LE PROFESSIONNEL

DIAGNOSTIC :
insuffisance des moyens
alors qu'il y a urgence.
Gâchis de l'utilisation
de l'argent public.

PROPOSITION

Récupération de tous les logements inoccupés.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Exemple à Aulnay-sous-Bois, assuré par le CCAS :
un bailleur met à disposition des appartements passerelles
(en attendant les réponses du 115),
avec un suivi social obligatoire des familles.
Ce dispositif expérimental coûte cependant très cher.

QU'EST-CE QUI DOIT CHANGER ?

Le logement a un impact sur la santé.
Il doit être le premier levier pour travailler cette thématique.
C'est l'exemple du programme national expérimental « Un chez soi d'abord »
mené de 2011 à la fin 2016 dans quatre villes françaises, qui a été pérennisé
et généralisé par décret à l'ensemble du territoire le 1^{er} janvier 2017 :
www.aurore.asso.fr/pole-urgence-sociale-et-hebergement/un-chez-soi-dabord



« On a des crises d'épidémie..., comme la tuberculose, qui se propage.
Pourquoi ? Parce qu'on a trois enfants qui dorment sur le même lit...
Prenez n'importe quelle maladie, il y en a un qui a la grippe, c'est sûr que les trois autres... »



LE PROFESSIONNEL

DIAGNOSTIC :

urgence sanitaire pour
l'accès à la prévention et aux soins.
Méconnaissance.
Défaut de repérage.

Que faire ?

Faire appel à la médiation sociale
pour la question des repérages
des situations sanitaires des familles.
Prévenir avant d'agir.

AGIR EN TANT QU'HABITANT

Avoir recours aux amicales de locataires,
faire appel au collectif.
Devenir habitant-relais capable d'alerter
sur une situation.

PROPOSITIONS

Mener des campagnes de sensibilisation.
Déculpabiliser la population.
Créer des espaces de rencontre.

QU'EST-CE QUI DOIT CHANGER ?

Améliorer la prise en charge et la protection des familles
vivant dans un logement insalubre afin de faciliter la dénonciation
de certaines situations sanitaires sans craindre que l'action publique de l'État
ne se retourne contre les locataires.

« Ma voisine, je l'ai fait interner trois fois [...]. Ce n'est pas une copine, mais je l'ai aidée, en tant qu'être humain. [...] Mais c'est moi, maintenant, qui commence à avoir des problèmes de santé, je suis tout le temps angoissée. »



LE PROFESSIONNEL

DIAGNOSTIC :
réactions en chaîne
liées au voisinage,
contrecoup psychique
des problèmes affectant les voisins.

Que faire ?

Réaliser des actions collectives pour donner des outils, faire connaître aux habitants les dispositifs, les personnes et les services ressources existant. Former et informer les relais (acteurs du quartier) pour faire face à certaines situations de voisinage très difficiles.

PROPOSITIONS

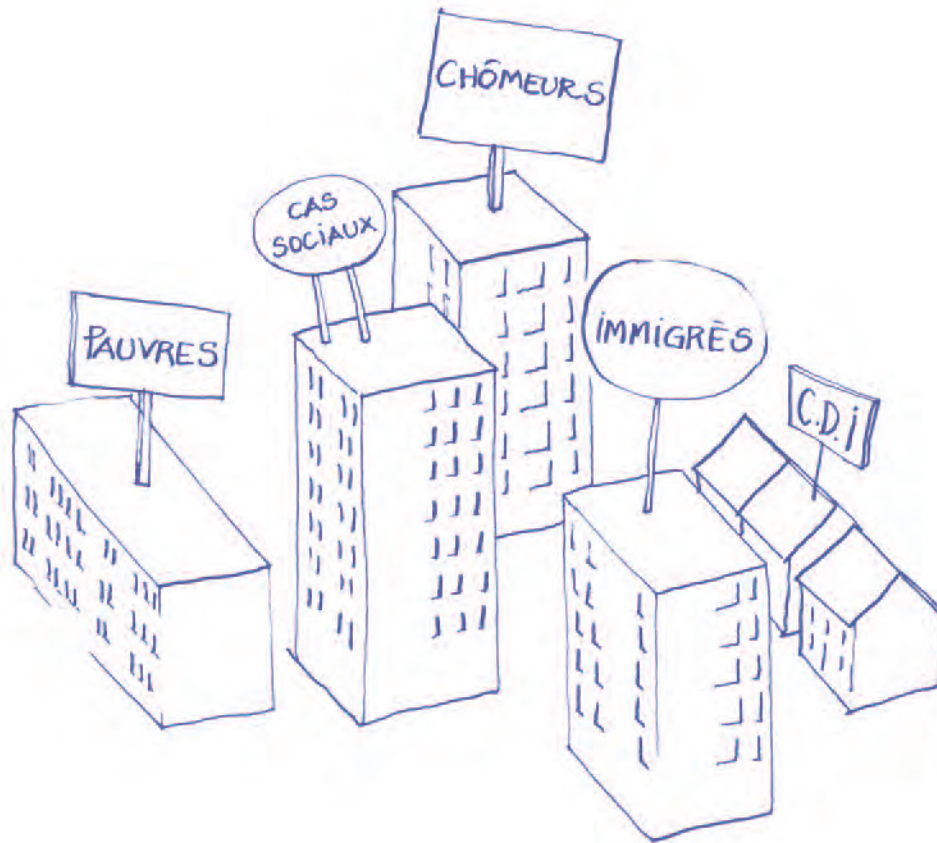
AGIR EN TANT QU'HABITANT

Trouver les relais dans le quartier (gardiens, associations), se faire aider.

Mettre en place des « sas », qui puissent permettre de trouver une oreille attentive avant que cela n'« explose ».
Développer les réunions d'évaluation de situation d'adultes en difficulté (RESAD) et le travail des équipes psychiatriques, en lien avec les bailleurs.

Créer des équipes psychiatriques mobiles. Alors que les acteurs sont mobilisés, de telles équipes sont le maillon manquant dans la prise en charge des problèmes psychiques de certains habitants, que subit et dont pâtit le voisinage.

« Ce serait bien qu'ils tiennent compte aussi de la fragilité des gens qui sont déjà installés. [...] Toute personne dont on veut se débarrasser, dont on pense que, socialement, elle n'est pas à sa place, on la met ici, dans la cité. [...] »



LE PROFESSIONNEL

Injustice.
Violence.
Discrimination.

DIAGNOSTIC :

insatisfaction
face aux politiques publiques,
en écho à des situations vécues;
dont découlent
des sentiments de ras-le-bol
et d'exaspération.

Les attributions de logement créent des ghettos, de l'exclusion,
de la stigmatisation du quartier.

Les habitants sont négligés, oubliés, ils ne sont pas considérés.

Sentiment d'impuissance, d'absence de pouvoir d'agir.
Comment être un vecteur de changement ?

Que faire ?

**Informers les habitants sur le fonctionnement des institutions,
sur les associations, pour renforcer leur sentiment de légitimité.**

PROPOSITIONS

Travailler la santé dans toutes les politiques (des lois spécifiques
aux questions de logement peuvent aussi résoudre certains problèmes).
Mettre en place des collectifs de partenaires, pilotés par le bailleur,
avec comme base les habitants, pour faire travailler ensemble
les différents services concernés.

Utiliser comme leviers, pour tenter de résoudre des situations croisant différentes difficultés
(santé, habitat, mobilité...), les instances multi-partenariales de type
contrats locaux de santé mentale (CLSM) ou réunions d'évaluation de situation d'adultes en difficulté (RESAD).

« Sur le quartier, ils ont rajouté des grillages, on se croirait à Prison Break ! »



Les grillages sont là pour aider la police, pas pour la sécurité des habitants.
La cage, c'est l'enfermement...

LE PROFESSIONNEL

DIAGNOSTIC :

le cadre même des opérations de rénovation urbaine (ORU) crée un sentiment négatif de ségrégation urbaine et de nouveaux problèmes; les badges, par exemple, impliquent des difficultés d'accès pour les infirmières et les aides médicales. Et les véhicules de police sillonnant les quartiers suscitent un climat de tension.

Que faire ?

Associer les habitants aux décisions; voir par exemple quel est l'objectif des grillages et expliquer aux habitants les enjeux motivant les autres acteurs, afin que cet aménagement devienne un projet collectif. Solliciter toutes les associations, dont les associations de médiation, dans l'accompagnement des ORU.

PROPOSITIONS

Faire des évaluations d'impact sur la santé pour chaque projet d'aménagement.
Mieux travailler la concertation et la démocratie participative (exemple des « maisons de projet » dans les nouveaux projets de rénovation urbaine).

QU'EST-CE QUI DOIT CHANGER ?

Multiplier les espaces d'échange et de socialisation.
Porter les revendications des habitants auprès des institutions et travailler sur l'*empowerment* (les compétences individuelles des habitants).
Travailler à une plus grande mobilité géographique des habitants (diversité sociale).

« Et tout d'un coup, ça a commencé, et depuis qu'on a cimenté le jardin...
 On dirait qu'on a fait ça spécialement pour les oiseaux. [...]
 Et dans la cité, chaque pigeon a son nid... »



Manque
d'anticipation
des acteurs publics,
mais aussi
comportements inadaptés
des habitants.

LE PROFESSIONNEL

DIAGNOSTIC :

problèmes d'hygiène
liés à la gestion des déchets.
Situation courante à laquelle
il est difficile d'apporter
des solutions.
Impacts majeurs sur la santé
des personnes (santé mentale, sommeil),
qui ne sont pas toujours perçus par ceux qui ne sont pas à proximité
(siège du bailleur).

Que faire ?

Recenser les pratiques de différentes villes et s'inspirer des bonnes pratiques.
Valoriser les habitants.

PROPOSITIONS

Informar sur les conséquences de certaines pratiques (les risques de donner du pain aux oiseaux, par exemple).
 Mener une réflexion sur le lien entre bétonnage et pigeons ainsi que sur les autres facteurs d'insalubrité (sur lesquels les habitants pourraient agir).
 Faire d'autres propositions que celles ayant trait à la seule gestion des déchets (par exemple, les valoriser en faisant du compost).

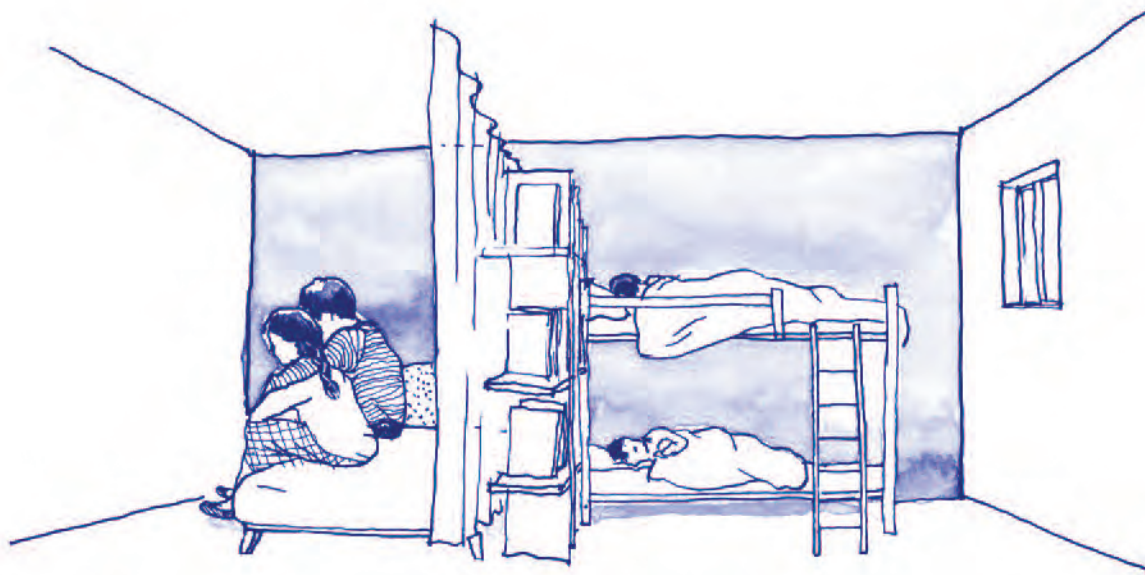
AGIR EN TANT QU'HABITANT

Action collective : cesser de nourrir les pigeons
et organiser une collecte de pain sec
(préparation de pains perdus, par exemple).
Consultation de la ville. Concertation avec le bailleur.

QU'EST-CE QUI DOIT CHANGER ?

Élargir la question de l'hygiène à celle de la qualité du cadre de vie :
favoriser les espaces verts, les espaces de rencontre, la réappropriation de l'espace
par la population, et intégrer ces préoccupations à la politique des bailleurs.
Associer les habitants à l'aménagement (consultation préalable, valorisante et utile).

« Le pauvre, il demande le minimum, juste un logement, des pièces, qu'il vive avec sa femme en intimité. Ils n'ont même pas le droit de faire les trucs naturels... Ses enfants aussi, ils n'ont pas d'intimité... »



Injustice, discrimination.
Incompréhension de choix politiques qui ne satisfont même pas les besoins primaires.

LE PROFESSIONNEL

DIAGNOSTIC :

suroccupation du logement.
Précarité, isolement.
Manque d'intimité entraînant de nombreux autres problèmes : aucune intimité non plus pour le reste de la famille (en particulier les jeunes filles), impacts sur le sommeil, l'éducation, la qualité de l'air...

Que faire ?

Informar la famille sur ses droits et accompagner sa demande de relogement (quelles sont les capacités de la famille à saisir les opportunités ? quelle est sa situation économique ?).

Partager l'information entre professionnels (association, bailleurs) et travailler en partenariat, pour éviter l'épuisement professionnel et favoriser une cohérence, dans l'intérêt des familles.

AGIR EN TANT QU'HABITANT

Faire appel au collectif :
amicale de locataires, comité de quartier.

QU'EST-CE QUI DOIT CHANGER ?

La politique du logement est primordiale et prioritaire : on ne peut pas régler le reste sans cela.

Il faut une politique de logement adaptée et individualisée.

Travailler sur le temps et sans rupture, pour éviter la démobilisation.

Travailler en partenariat, afin de peser plus auprès des décideurs : défenseurs des droits, politiques publiques...

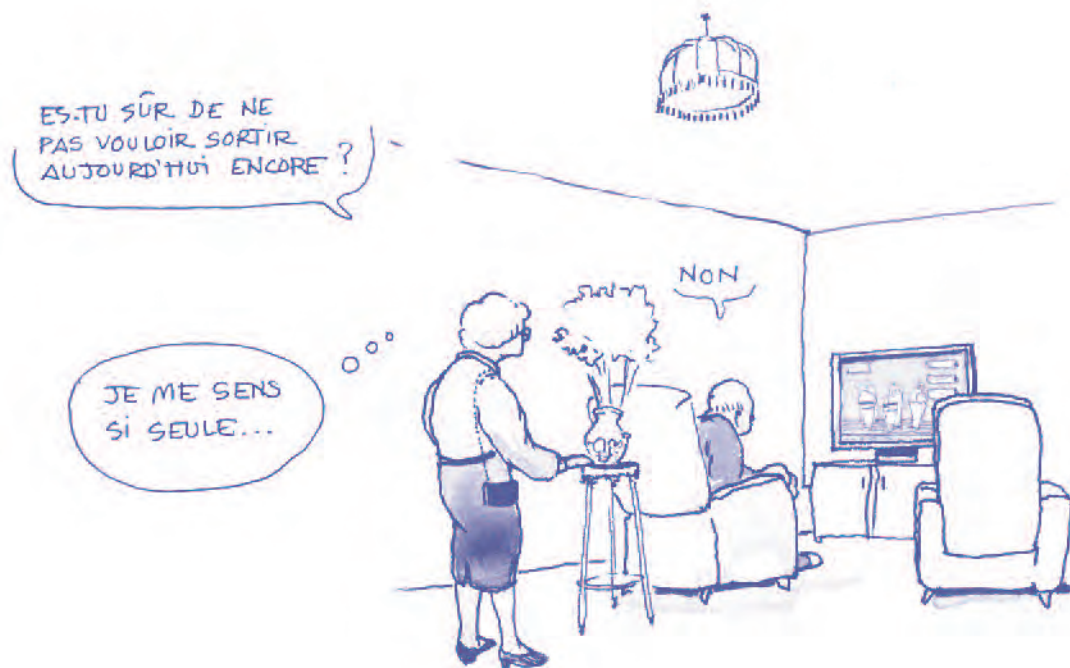
Développer les réunions d'évaluation de situation d'adultes en difficulté (RESAD).

Améliorer la connaissance des dispositifs, des organisations.

La santé mentale

« Des gens sont tombés malades pour ça : la solitude. »

« Parfois mon mari, ce n'est pas un homme, c'est un meuble ! [...] Je me sens isolée. »



AGIR EN TANT QU'HABITANT

Penser aux colocations jeunes/personnes âgées.
Aider au repérage des personnes âgées isolées.

Le passage à la retraite peut être dramatique pour certaines personnes.
Et le mari, comment va-t-il ?
Qu'en pense-t-il ?

LE PROFESSIONNEL

DIAGNOSTIC :

solitude des personnes âgées (mais pas seulement), qui tient aussi à leurs moyens financiers. Les personnes âgées immigrées sont en difficulté encore plus grande pour participer à des activités. Nécessité d'analyser également la situation de l'homme : a-t-il également besoin d'un accompagnement ou bien sa femme est-elle la seule touchée par ce sentiment d'isolement ?

Que faire ?

Développer les actions intergénérationnelles (lecture à la crèche par les personnes âgées, par exemple, rapprocher les personnes âgées des enfants).

Travailler avec les gardiens d'immeuble pour repérer les personnes âgées isolées.
Reconstituer une solidarité dans le quartier.

QU'EST-CE QUI DOIT CHANGER ?

Interpeller les pouvoirs publics sur la disparition des services publics de proximité.
Multiplier les activités et les espaces d'accueil de proximité multi-services.
Favoriser les habitats intergénérationnels.

« Toutes tes journées, tu les passes à faire la cuisine, le ménage, aller chercher les enfants... Il n'y a pas pire solitude que ça : toute ta vie se résume à ta cellule familiale, tu n'as pas d'autre vie, rien... »



Pas d'étonnement...
Sentiment d'échec.

LE PROFESSIONNEL

DIAGNOSTIC :
inégalités femme/homme
dans le partage
des tâches domestiques
toujours très prégnantes.

Que faire ?

Promouvoir l'accès à la formation professionnelle des femmes.
Éduquer à l'égalité femme/homme.
**Développer des actions hors les murs (déambulation, stands...),
pour toucher les femmes.**
**Monter des activités avec les femmes concernées,
pour que ces activités les intéressent vraiment.**

PROPOSITIONS

Mettre en place des gardes d'enfants pendant les activités proposées aux femmes.
Sensibiliser les hommes et mettre aussi en place des activités mixtes.
Travailler l'estime de soi des femmes.
Former les médiatrices aux compétences psychosociales, pour qu'elles puissent accompagner les femmes sur le chemin de leur autonomie.
Élargir les publics des associations (aller vers).

AGIR EN TANT QU'HABITANT

Favoriser les associations de femmes.
Rompre son isolement en participant aux activités
proposées par les associations.

QU'EST-CE QUI DOIT CHANGER ?

Agir sur les représentations genrées.
Adapter les horaires de travail (limites du temps professionnel).
Sensibiliser les hommes.

« [...] la peur d'aller se soigner, la peur d'aller faire [une] démarche et tout...
 La peur d'être ridiculisé, comme on dit. »



LE PROFESSIONNEL

DIAGNOSTIC :

état dépressif,
 difficultés à demander de l'aide,
 peur d'être jugé.
 Les soins psychologiques
 ne sont pas toujours remboursés;
 ils peuvent aussi être stigmatisants.

Que faire ?

**Créer autour de soi un réseau de professionnels compétents
 pour pouvoir orienter les personnes en souffrance.
 S'appuyer sur le conseil local de santé mentale (CLSM).
 Être ouvert d'esprit et sensible à l'interculturel.**

PROPOSITIONS

Rompre l'isolement : médiation socioculturelle, groupes de parole, visites d'habitants...
 Sensibiliser tous les acteurs (enseignants, gardiens, bailleurs...) aux questions de santé.
 Œuvrer à déstigmatiser le fait d'aller voir un psychologue, à demander de l'aide, etc.

AGIR EN TANT QU'HABITANT

S'autoriser à demander de l'aide.
 Ou à lancer des alertes pour autrui.

QU'EST-CE QUI DOIT CHANGER ?

Augmenter les moyens de l'accès aux soins.
 Développer les équipes de psychiatrie mobiles, leur donner plus de moyens.
 Développer l'offre de soins psychologiques en ville, et son remboursement.
 Développer des loisirs, la culture, le sport... pour rompre l'isolement.
 Développer les compétences psychosociales à l'école.
 Organiser des formations auprès des acteurs (repérage, orientation) sur les problématiques
 de santé (avec financement de l'ARS).
 Rapprocher ARS, Éducation nationale et bailleurs pour former tous les acteurs aux questions de santé.

« Et tout ça par manque de ce qu'on vient de dire : médecins, salles de sport, moyens de transport... Ça vous... Le stress permanent donc. On mange une fois par jour peut-être. Ça dépend ! »



LE PROFESSIONNEL

DIAGNOSTIC :
système entier à revoir,
selon des perspectives
macroéconomiques.
Travail de Sisyphe !

Que faire ?

Favoriser un suivi pluridisciplinaire.
Éviter le morcellement des groupes
d'habitants lors des opérations
de rénovation urbaine.
Aller vers.

PROPOSITIONS

- Créer des lieux d'échange entre habitants et décideurs (utiliser les conseils citoyens ?).
- Augmenter les crédits de la politique de la ville.
- Créer des instances « personnes vulnérables », par exemple dans les CCAS, intégrant différents acteurs (la CPAM, la CAF, Pôle Emploi, la Préfecture...).
- Renforcer les services sociaux (actuellement, les associations de médiation constituent le principal ou l'unique lieu d'accueil des personnes à problématiques sociales lourdes).
- Réorganiser des permanences de services publics dans les quartiers.
- Faciliter l'accès aux outils informatiques.

QU'EST-CE QUI DOIT CHANGER ?

- Mieux informer sur les aides existantes.
- Simplifier l'accès aux droits.

« Je plains cette famille, parce que je me dis que ce n'est pas possible...
Moi, j'ai de la place... Je voulais leur proposer de venir habiter chez nous,
mais mon mari ne veut pas. »



LE PROFESSIONNEL

DIAGNOSTIC :

problème de politique publique,
sentiment d'impuissance.

Que faire ?

Accompagner la personne
dans ses démarches de demande de logement ou de relogement.
Être force d'initiative pour que tous les partenaires travaillent ensemble.
Monter des projets innovants de colocations.

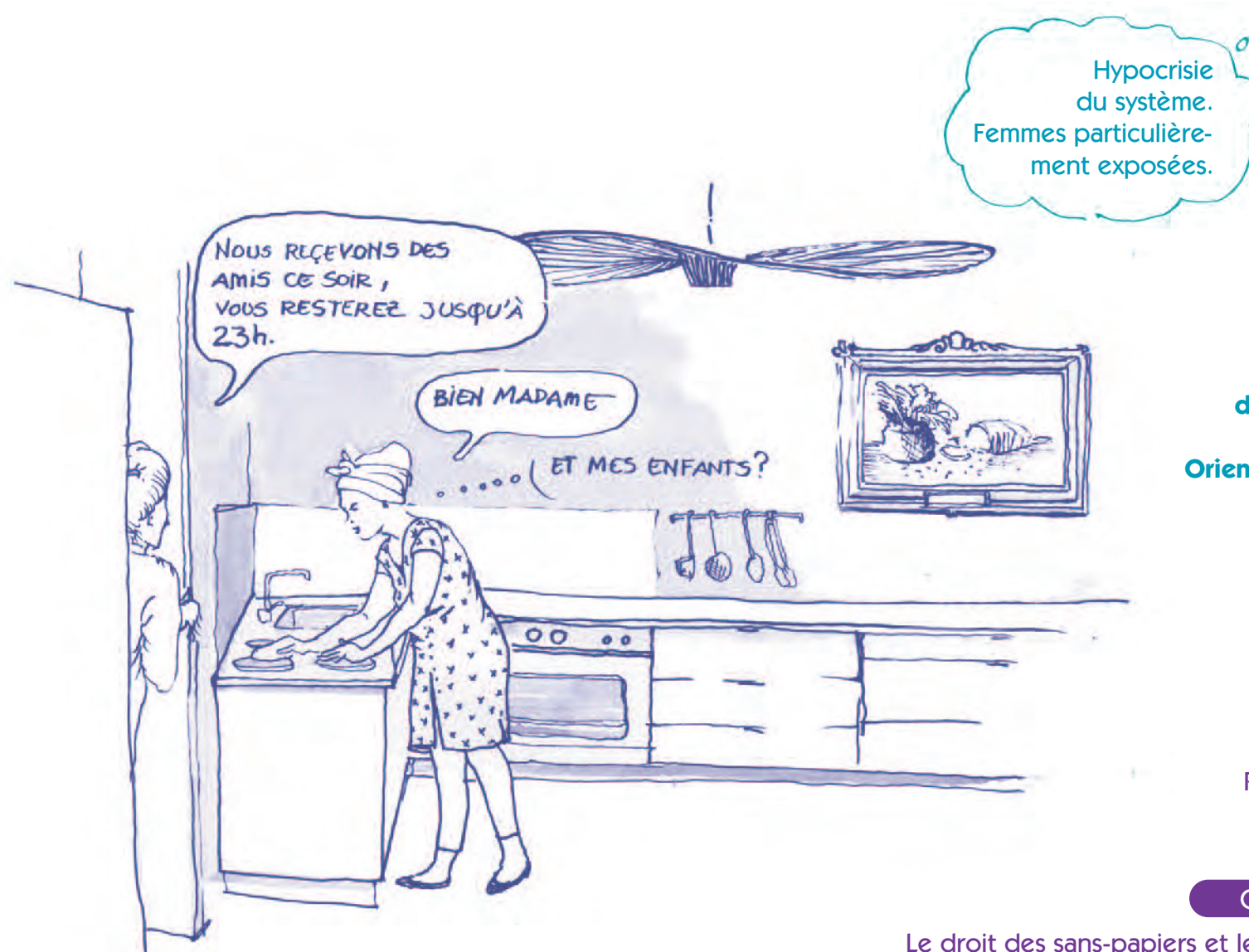
AGIR EN TANT QU'HABITANT

Accueillir chez soi.
Se mobiliser pour que ça change.

QU'EST-CE QUI DOIT CHANGER ?

Redéfinir les normes du logement social et revoir la législation.
Faire intervenir les habitants dans la réflexion.

« Si les sans-papiers veulent travailler, ils trouvent un travail au noir.
Je veux travailler, mais où je travaille, ils ne me considèrent pas comme une femme de ménage
qui travaille bien, non, mais comme une esclave. C'est dur, dur, dur !
S'il y a quelque chose de plus que dur, c'est peut-être l'esclavage. »



LE PROFESSIONNEL

DIAGNOSTIC :
zones de non-droit
entretenues par l'État lui-même :
pas de papiers, pas de résidence,
pas d'emploi déclaré...
pas de droits.

Que faire ?

Accompagner la personne
dans la régularisation de sa situation.
Rencontrer l'employeur.
Orienter la personne vers une association
de soutien aux sans-papiers.

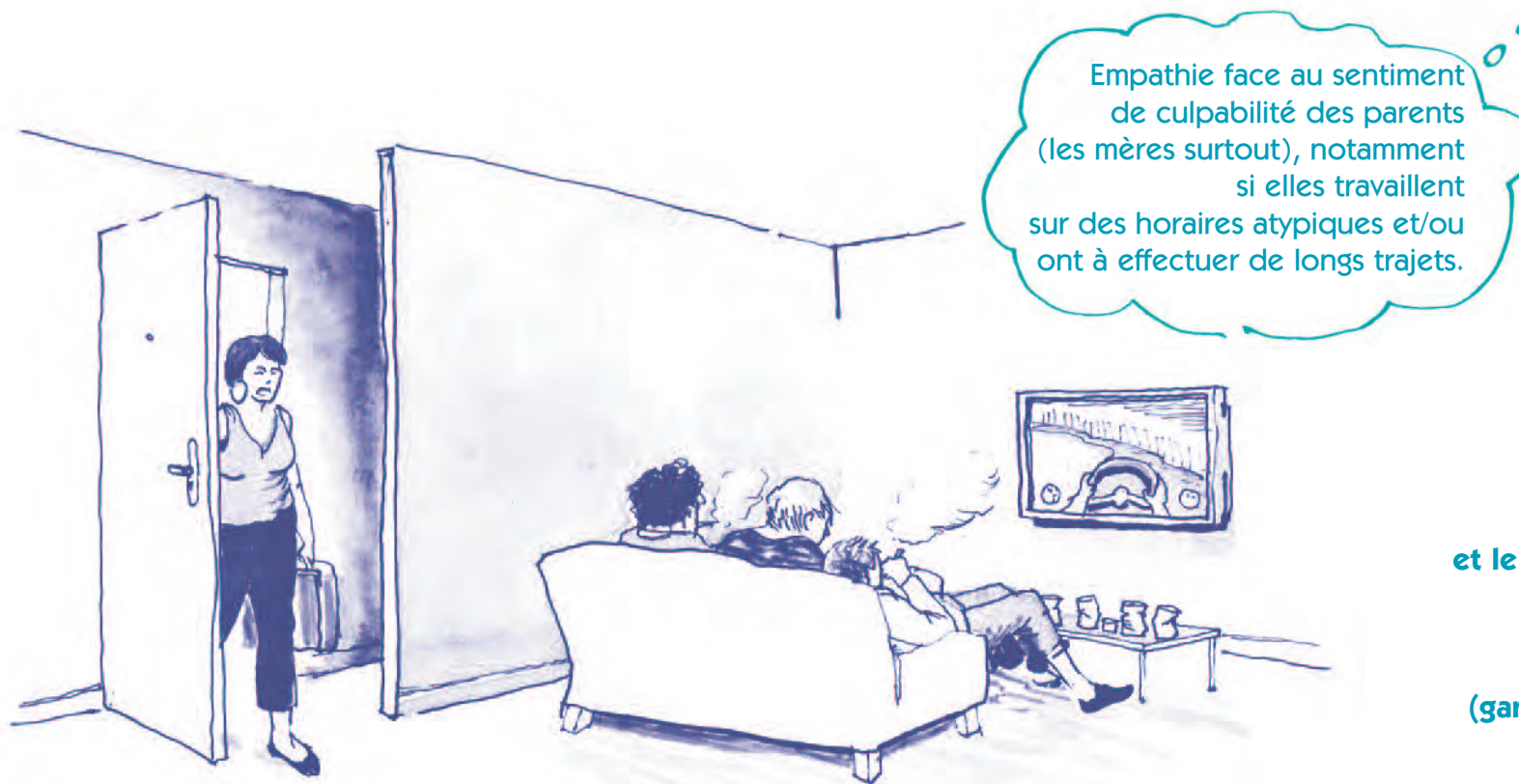
PROPOSITION

Reconnaître les situations de détresse
quel que soit le statut administratif.

QU'EST-CE QUI DOIT CHANGER ?

Le droit des sans-papiers et le cadre réglementaire de leur emploi.

« Les parents s'inquiètent. Ils partent le matin de bonne heure, ils travaillent, c'est du travail pénible. Tu reviens, tu vois un enfant à la maison qui ne fout rien, qui traîne et tout... Et ça t'use, toi, en tant que parent [...]. »



LE PROFESSIONNEL

DIAGNOSTIC :

difficultés d'allier emploi et présence auprès des enfants, grandissant encore lorsque ces enfants deviennent des adolescents. Isolement du parent (qui n'a pas trouvé d'aide dans le quartier).

Que faire ?

Mobiliser les dispositifs d'aide et le réseau de professionnels existants.
Repérer qui peut aider la famille.
Informar la famille des dispositifs et structures d'aide existants (gardes d'enfants, aides aux devoirs...).

PROPOSITIONS

AGIR EN TANT QU'HABITANT

Développer l'entraide.
Mobiliser les pouvoirs publics pour qu'ils améliorent les moyens de transport.

Favoriser la connaissance des dispositifs existants.
Développer les partenariats avec les associations de médiation.
Améliorer les relations entre les partenaires, afin qu'ils se connaissent mieux.
Élargir les horaires des structures d'accueil.
Favoriser l'emploi de proximité.
Renforcer à l'école les compétences psychosociales des enfants, pour qu'ils soient plus autonomes.
Créer des espaces de parole où les parents puissent s'exprimer et constater qu'ils ne sont pas seuls à être confrontés à de telles difficultés.
Renforcer le lien entre les parents et l'école.

PROPOS CONCLUSIFS

L'irremplaçable parole des habitants eux-mêmes

AVEC :

Olivier Bouchaud,

chef de clinique à l'hôpital Avicenne, à Bobigny

Luc Ginot,

directeur de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités
à l'ARS d'Île-de-France

Permettre à la parole des patients d'exister. Du rôle de la médiation sociale et culturelle dans un service hospitalier

TEXTE ÉTABLI À PARTIR DE L'INTERVENTION
D'OLIVIER BOUCHAUD

L'hôpital Avicenne de Bobigny, en Seine-Saint-Denis, accueille dans son service de maladies infectieuses et tropicales près de 80 % de patients migrants. En 2002, Olivier Bouchaud, chef de clinique, décide d'y mettre en place un dispositif de médiation capable de proposer une interface entre les patients et les professionnels du service, au premier rang duquel les soignants.

Pourquoi une médiation en santé ?

La complexité du système de soins français, la position d'infériorité dans laquelle se trouve toujours un patient hospitalisé, affaibli et sous la dépendance du savoir médical (encore plus exacerbée pour un patient d'origine étrangère), l'incompréhension, par l'équipe soignante,

de certains codes culturels (et la perte d'informations qui en résulte, de part et d'autre), la barrière de la langue également (qu'il ne faut pas limiter strictement aux problèmes d'interprétariat, car ils recouvrent un champ beaucoup plus large), rendent alors nécessaire, aux yeux d'Olivier Bouchaud, un tel dispositif.

L'expérience est mise en œuvre en 2002 dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital et dans les locaux de l'association de femmes-relais médiatrices sociales et culturelles de Pantin¹.

Parallèlement, dans le service, le personnel médical et paramédical est formé régulièrement à l'approche transculturelle, à la question de l'altérité, aux problèmes des représentations négatives de celle-ci et à leurs conséquences.

Il s'agit de travailler en amont afin de faire vivre dans le service un climat plus familier aux patients et plus propice à leur rétablissement. Une simple allusion, par exemple, à un voyage réalisé par l'équipe au Mali afin d'y observer le système de soins a pu suffire, quelquefois, à installer la complicité, la confiance entre un patient et le personnel hospitalier.

Une des médiatrices de l'association des femmes-relais de Pantin passe une fois par semaine voir les patients pour discuter. Son rôle est ce que l'on appelle de l'« action cocooning ». Elle se présente en tant que médiatrice et, lorsque le patient le souhaite, fait remonter à l'équipe médicale un élément que le patient n'osait dire, ou expliquer. Parfois, le simple fait de pouvoir dire sa douleur suffit à l'atténuer considérablement.

Dans le cadre de l'infection par le VIH, plusieurs dispositifs sont également mis en place :

- une équipe d'éducation thérapeutique est créée, dirigée par une infirmière formée à la transculturalité, qui fait la liaison avec les interventions de médiation sociale et culturelle ;

¹ Cette association a déposé son bilan en décembre 2017.

- des « femmes-nourricières » passent voir les patients pour leur proposer des repas culturellement adaptés. Ces repas sont cuisinés dans les locaux de l'hôpital. C'est l'occasion d'une discussion avec les patients, qui amorce parfois une médiation.
 « Sur le plan purement nutritionnel, cela n'apporte pas grand-chose, explique Olivier Bouchaud, car les patients restent trop peu de temps pour que l'on puisse constater des effets spécifiques à ces repas "maternants" ; mais, sur le plan du renforcement de l'alliance, c'est-à-dire de la création d'un lien entre les patients et le personnel soignant, c'est extrêmement riche » ;
- en face de l'hôpital, dans un local de 52 m², est créé un accueil de jour pour ces patients atteints du VIH. Cet espace, baptisé « La Maison source », est géré par une médiatrice membre de l'association partenaire, en liaison constante avec l'infirmière d'éducation thérapeutique de l'hôpital. Une diététicienne y intervient également régulièrement.

Tous ces aménagements et l'ouverture de ce lieu dédié ont pour objectif de toucher les patients atteints du VIH, principalement d'origine étrangère, en situation de grande détresse sociale

et psychologique, « pour leur permettre de souffler et de remonter la pente ».

Les difficultés de la médiation

La première difficulté réside dans la nécessité de coordonner des personnes venues d'horizons très différents : associatifs salariés et bénévoles, médecins et personnels hospitaliers, acteurs institutionnels aussi, qui ont parfois du mal à comprendre le rôle des médiateurs.

L'autre difficulté tient aux aléas du monde associatif, à des problèmes de financement, et donc à la précarité statutaire des médiatrices. Ainsi, ces femmes qui soutiennent des gens dans la précarité sont elles-mêmes dans des situations de grande précarité...

Les bénéfices de la médiation

L'« alliance thérapeutique » entre les patients et les soignants que permet la médiation améliore nettement la prise en charge et l'état de santé des patients, mais aussi leurs relations avec le personnel soignant

et avec l'institution. Pour Olivier Bouchaud, il est désormais clair que le succès thérapeutique tient pour moitié à la technicité et pour moitié à la relation ; et que la relation de confiance qui s'établit grâce à la médiation permet entre autres au patient de comprendre son traitement, de l'accepter et de le prendre correctement, d'être soutenu également psychiquement durant cette période d'hospitalisation durant laquelle sa vulnérabilité est grande.

Ainsi, affirme Olivier Bouchaud en concluant, « **la médiation en santé est un magnifique outil de construction de l'alliance thérapeutique entre les patients et les soignants** ». Elle contribue également, et il s'en réjouit, à ouvrir l'hôpital sur la ville. ●

Les politiques publiques peuvent-elles prendre en compte la parole des habitants ?

TEXTE ÉTABLI À PARTIR DE L'INTERVENTION
DE **LUC GINOT**

Le projet régional de santé (PRS) structure les priorités régionales en matière de santé pour les cinq années à venir. Son élaboration est un processus lourd, qui tient compte de directives nationales et de spécificités locales – les collectivités, les hôpitaux, les médecins libéraux, etc. Le document établissant le précédent PRS comptait environ 1 500 pages. Sur cet objet complexe d'apparence sophistiquée, l'ARS d'Île-de-France a fait le choix (elle est la seule à avoir pris ce parti) d'intégrer la parole des habitants, faisant une priorité de l'avis de ceux qui s'expriment ordinairement le moins. Pas un sondage représentatif donc, mais, volontairement, une méthode sélective : s'intéresser aux habitants des quartiers populaires. D'abord pour une raison d'équité : certains Franciliens sont moins entendus que d'autres. Mais aussi, comme cela est parfaitement documenté par les scientifiques, notamment ceux de l'Organisation mondiale de la santé

(OMS), parce que travailler sur la santé des personnes les plus en difficulté permet d'améliorer la santé de tous (alors que l'inverse n'est pas vrai).

Par principe et pure construction, en démocratie, le législateur représente les citoyens. L'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France met en œuvre une politique publique issue de la représentation démocratique ; mais elle tient aussi, pour la raison qui précède, à tenir compte de ce qui lui est dit autrement, qui lui vient directement du terrain, et notamment de la parole de ceux qui sont les plus silencieux, les moins écoutés, les moins bien représentés et entendus dans le jeu démocratique. La prise en compte de la parole des citoyens au niveau politique, social et démocratique, qui s'exprime dans les élections, les manifestations, l'engagement associatif, les conseils de quartier..., ne suffit pas

quand il s'agit des habitants les plus en difficulté financièrement et socialement.

Ce double positionnement d'une agence de l'État comme l'est l'ARS n'est pas facile à mettre en œuvre.

Ainsi, pour le moment, les contrats locaux de santé (CLS), signés par l'ARS avec les élus, les préfets et un certain nombre de décideurs, n'ont pas suffisamment permis qu'émerge en tant que telle la parole des habitants des quartiers populaires.

Ces CLS, au nombre de 64 en Île-de-France, sont implantés dans des territoires défavorisés. Ils ont un ancrage local et ont permis des projets innovants ainsi que l'engagement d'élus et d'associations qui ne se rencontraient pas auparavant et se sont impliqués dans leur mise en œuvre. Mais les professionnels de santé et les habitants ne s'y sont pas assez investis. Les habitants, dans le meilleur des cas, ont été associés au diagnostic, au travers de groupes de parole, sans que cette participation ait pu être pérennisée au-delà de cette phase. L'Agence le regrette et souhaite que les habitants s'investissent également dans l'élaboration de ces contrats.

L'ARS s'est par ailleurs inquiétée de l'impact sur la santé des habitants de l'aménagement

à venir de gares (Grand Paris Express) et de nouveaux quartiers : quel serait l'impact de ces projets sur la santé des habitants ? Et comment éviter de creuser encore un peu plus les inégalités ?

L'étude d'impact en santé (Eis) pour le territoire de Plaine Commune a été positive du point de vue de la prise en compte de la parole des habitants des quartiers populaires. Le travail réalisé s'est appuyé sur trois outils : les données locales, la littérature scientifique, y compris internationale, et des groupes de parole d'habitants, avec une méthode impliquant des personnes en difficulté, des jeunes au chômage, des femmes, dans des quartiers très enclavés de ce territoire.

Ces groupes de parole ont fait émerger une information majeure : le coût des transports conduit à la précarité alimentaire ; il est alternatif à la qualité de l'alimentation. Cette relation a été confirmée par les études scientifiques. La parole des habitants a donc permis d'alerter l'ARS et d'infléchir les recommandations faites aux aménageurs et aux transporteurs : **il faut favoriser l'accès aux tarifs sociaux des transports pour améliorer la santé.**

Que retenir de la démarche de concertation mise en œuvre par l'ARS d'Île-de-France pour l'élaboration du PRS 2018-2022 ?

D'abord, que le point de vue général des habitants sur la santé est en cohérence avec celui des institutions.

Sur la question des personnes âgées, du rôle des médecins traitants ou sur le rôle des habitants comme relais d'information de santé en proximité, les habitants des quartiers populaires s'accordent avec les choix de l'ARS. Mais la concertation avec les habitants a surtout permis de souligner que, si l'on n'en passe pas par cette étape de concertation, et donc par ce que pensent les habitants, on perd en pertinence en termes de santé publique et de prévention.

Quatre questions majeures, que l'ARS n'avait pas anticipées ou avaient sous-estimées dans son projet de PRS et sur lesquelles elle est effectivement en capacité d'intervenir, ont en effet émergé de la concertation menée avec les habitants des quartiers populaires :

1. En matière de santé mentale, il ne suffit pas de dire « allez consulter un psychologue » ; il faut encore réunir les conditions pour que les gens aillent effectivement voir un psychologue. Ce qui implique de défaire des représentations sur ce métier, de valoriser

l'image de ce professionnel, d'expliquer enfin ce que fait un psychologue et quel est l'intérêt d'y aller ; et aussi, comme le montrent les fiches illustrées qui précèdent – mais cela en revanche ne dépend pas directement de l'ARS –, de réduire le coût d'accès aux soins de type psychologique ;

2. La question des personnes âgées, de leur devenir, de leur traitement lors des opérations de renouvellement urbain, est prégnante dans la parole des habitants des quartiers populaires. Jusqu'alors, elle n'a pas été suffisamment considérée par l'ARS ;

3. L'approche genrée de l'activité physique est un autre résultat de la concertation. L'activité physique est importante pour la santé, disent les habitants des quartiers populaires ; mais ils disent aussi la nécessité d'expliquer aux hommes que l'activité physique est importante également pour les femmes. Le discours des hommes sur l'activité physique des femmes est donc également à travailler, en même temps que les représentations des femmes à ce sujet ;

4. La saleté et la dégradation récurrente des lieux de résidence font l'objet de nombre de prises de parole des habitants. Si l'ARS a l'habitude d'intervenir sur l'habitat insalubre, elle n'a aucune expérience valide sur les questions de dégradation

des parties communes. Cette question est donc à travailler.

D'autres problématiques soulevées par les habitants sont plus difficiles à prendre en compte concrètement par l'Agence. C'est notamment celle qui concerne la fermeture des services publics dans les quartiers populaires, qui est vécue comme affectant directement la santé des habitants. Si l'ARS ne peut pas intervenir sur la fermeture des services publics, comment peut-elle travailler cette question et anticiper les difficultés qui en découlent ? Comment inscrire et traiter cette question dans le futur PRS ? La puissance publique se trouve là dans l'embarras.

7 conditions à réunir pour que les politiques publiques s'enrichissent réellement de l'apport des habitants

Fort de l'expérience positive qu'a été la concertation mise en œuvre par l'ARS, Luc Ginot liste sept priorités pour que la parole des habitants soit réellement entendue et prise en compte :

1. Un engagement politique au plus haut niveau. Si le prochain PRS intègre l'apport des habitants, c'est parce que le directeur

général de l'ARS a arbitré en ce sens et a souligné son importance. Il y a donc un engagement politique fort ;

2. Une méthode rigoureuse de recueil de la parole des habitants, qui nécessite des techniques spécifiques, des *verbatim*, toute une méthodologie de l'enquête qualitative... technique dont les administrations publiques, habituées aux statistiques, ne sont pas familières ;

3. Le ciblage des personnes les plus éloignées du débat public. Une réunion de quartier, où s'expriment ceux qui se sont d'ores et déjà approprié le débat public, n'est pas la solution. Il faut des conditions spécifiques favorables, en termes de locaux, d'horaires, etc. ;

4. La légitimation de la parole des habitants pour ce qui concerne les politiques publiques globales. La parole des habitants ne doit pas être cantonnée aux problématiques locales. Le niveau global, qui a une dimension régulatrice et structurante, doit également pouvoir être interrogé par les propos des habitants, même si leurs difficultés ont des qualités spécifiques à leur situation sociale locale ;

5. La déconstruction des représentations et des postures, souvent caricaturales, des uns et des autres. Les habitants, les élus

parfois, pensent que l'administration se résume à deux ou trois technocrates qui ne connaissent rien à la réalité ; et l'administration part du postulat que les habitants et les élus ne savent pas de quoi ils parlent... Ces postures invalident les apports respectifs. Si l'on souhaite que les élus entrent dans le débat, que les habitants s'expriment vraiment, alors ils ont le droit de poser des questions qui dérangent et, pour les élus, de ne pas se contenter de leur rôle d'accompagnement des politiques publiques ;

6. La transparence des débats et l'exhaustivité des informations échangées. Tous les éléments d'information doivent être versés ouvertement au débat, notamment quant aux limites que rencontrent également les administrateurs des politiques publiques. L'ARS ne peut pas contraindre les médecins à l'installation sur un territoire, par exemple, et doit gérer la confrontation entre ce qui est acceptable en termes de sécurité des soins et ce qui l'est en termes de proximité. Mais l'administration a aussi tendance à oublier, ce que lui rappellent à juste titre les habitants et les élus, que certaines villes ne sont pas desservies par le métro, ou que le taux d'équipement en voitures dans certains quartiers de la politique de la ville est inférieur à 30 %. Si l'on souhaite pouvoir s'écouter, chacun doit mettre toutes les informations sur la table ;

7. La prise en compte lucide des points de désaccord qui demeureront nécessairement. Tout ne sera pas réglé par le débat ou la concertation, il faut que les parties en soient conscientes. Cependant, même si les habitants ont le sentiment qu'une toute petite partie seulement de leurs propos a été entendue et prise en compte, c'est déjà important.

Ainsi, pour Luc Ginot, et pour l'ARS d'Île-de-France, la question de la santé est bien une question politique, qui doit donc, comme telle, être versée au débat politique ; ce n'est l'apanage ni des médecins, ni des élus, ni de l'Agence, mais une question pour tous, qui doit être au cœur du débat dans les communes et les quartiers. La concertation menée pour l'élaboration du PRS 2 a été efficace et utile ; elle était nécessaire, et ses enseignements seront intégrés au document programmatique du PRS 2018-2022. ●

SANTÉ, VOUS AVEZ DIT SANTÉ !

LaFédé, mai 2019.

SR et maquette Claire Péraro. Illustrations Charlotte Cauwer.