AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2015-2016

Étude de faisabilité d'un observatoire de santé et qualité de vie à l'échelle des quartiers prioritaires de « Mont-de-Marsan Agglomération »

Soutenu en septembre 2016

Monsieur Gilles Cosson

Maître de stage

Madame Muriel Crozes

Guidant universitaire

Madame Isabelle Ahsbahs

REMERCIEMENTS

Un très grand merci à ma guidante universitaire, Isabelle Ahsbahs, pour ses précieux conseils, sa disponibilité et son soutien pour mener à bien ce travail.

Je remercie également ma maître de stage, Muriel Crozes, pour le suivi et l'aide apportée tout au long de ce projet.

Merci également à l'équipe du service de la « politique de la ville et du renouvellement urbain » de l'agglomération montoise de m'avoir accueilli, son Directeur Guillaume Buchaniek, Nadia Cheddad pour sa collaboration efficace et enthousiaste, ainsi que l'ensemble de ses collègues, sans qui ce travail n'aurait pas abouti.

Mes remerciements vont aussi à mes collègues de l'IREPS Aquitaine, Vincent Van Lacken et Arnaud Wiehn pour le partage de leurs connaissances et compétences, ainsi qu'à l'équipe de l'antenne des Landes, Sylvie, Céline, Stéphanie, Séverine, Thomas, pour leur accompagnement bienveillant tout au long de la réalisation de ce travail.

Enfin, merci à mes proches, indispensables pour le soutien patient et sans faille qu'ils m'ont apporté, ainsi que pour leurs compétences en orthographe et dans la langue de Shakespeare.

Introduction **5**
1 - Contexte **6**
1.1 - La politique de la ville **6**
1.1.1 - Quarante années de politiques publiques ciblées *6*
1.1.2 - La nouvelle politique de la ville *7*
1.2 - Le projet politique de la ville de l'agglomération montoise **8**
1.2.1 - Les quartiers de la nouvelle géographie prioritaire *8*
1.2.2 - Le contrat de ville de Mont-de-Marsan Agglomération *10*
1.3 - L'observatoire de santé et qualité de vie des quartiers prioritaires **11**
1.3.1 - La place de la santé dans le contrat de ville *11*
1.3.2 - Les objectifs du dispositif « observatoire de santé » *13*
1.3.3 - La mission de stage *14*
2 - Méthodes **14**
2.1 - Construction d'un protocole et validation institutionnelle **14**
2.1.1 - Les modalités de recueil de données quantitatives *16*
2.1.2 - Une approche qualitative *17*
2.2 - Le recueil de données **17**
2.2.1 - Une technique d'enquête qualitative : Le focus group *18*
2.2.1.1 - La méthode 18
2.2.1.2 - L'exploitation des données 19
2.2.2 - Le questionnaire « Profil de santé de Duke » *20*
2.2.2.1 - Une méthode de mesure de la qualité de vie des habitants 20
2.2.2.2 - Recueil des données : les scores de qualité de vie 22
3 - Résultats **22**
3.1 - Le tableau de bord de l'observatoire **22**
3.2 - Les entretiens focus group **25**
3.3 - L'enquête sur la qualité de vie liée à la santé **29**
4 - Discussion **30**
4.1 - La démarche de projet mise en œuvre **30**
4.2 - L'approche qualitative **31**
4.2.1 - Le recueil de données par entretiens *31*
4.2.2 - L'approche par la qualité de vie *31*
4.3 - Perspectives et propositions **32**
Conclusion **33**

annexes **37**
Annexe I : Calendrier prévisionnel de la mission de stage **37**
Annexe II : Schéma de gouvernance du contrat de ville de l'agglomération montoise **38**
Annexe III : Listing des participants aux *focus group* **39**
Annexe IV : Grille d'entretien des *focus group* **40**
Annexe V : Questionnaire "profil de santé de Duke" **42**

INTRODUCTION

La politique de la ville, apparue en France au début des années quatre-vingts, désigne la politique mise en place par les pouvoirs publics afin de revaloriser les zones urbaines en difficulté et de réduire les inégalités entre les territoires. Comprenant toute une série de mesures et dispositifs qui se sont succédés et superposés depuis une trentaine d'années, la politique de la ville a été dernièrement réformée par la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014.

Porteuse d'une ambition forte à la fois de meilleure efficacité et de simplification des dispositifs, cette réforme redéfinit la géographie prioritaire et fait du contrat de ville le cadre unique de référence en matière de politique de la ville pour les six années qui viennent. Mise en œuvre par les collectivités territoriales, c'est la Communauté d'Agglomération du Marsan, dénommée « Mont-de-Marsan Agglomération », qui porte le contrat de ville 2015-2020 montois sur les deux territoires prioritaires ; le quartier du Peyrouat-Gouaillardet-Hélène Boucher (Mont-de-Marsan) et le quartier de La Moustey (Saint-Pierre-du-Mont). Le contrat de ville comprend trois piliers fortement articulés entre eux, dont le pilier « cohésion sociale » qui inclut la thématique santé.

Le service de la politique de la ville et du développement urbain de l'agglomération, en charge du pilotage stratégique, de l'animation et de la coordination de la démarche, a identifié le besoin de disposer d'un outil qui concourt à la réalisation de ces missions, sous la forme d'un dispositif « Observatoire » pour le volet santé de la démarche. En réponse à cette demande, j'ai pu postuler dans le cadre de mon stage de Master et valider la réalisation d'une « étude de la faisabilité d'un observatoire de santé et qualité de vie à l'échelle des quartiers prioritaires du contrat de ville de l'agglomération du Marsan ».

Il s'agissait, avec les acteurs du contrat de ville dans les quartiers, institutions, professionnels intervenants et habitants concernés, de définir les conditions de mise en place d'un dispositif « observatoire », puis de construire et de valider un périmètre d'observation, pour proposer son installation et sa pérennisation au sein du contrat de ville, au service du développement des différents axes et objectifs de la politique de la ville dans les quartiers prioritaires de l'agglomération montoise.

1 -Contexte

1.1 - La politique de la ville

1.1.1 - Quarante années de politiques publiques ciblées

La politique de la ville désigne la politique mise en place par les pouvoirs publics afin de revaloriser les zones urbaines en difficultés et réduire les inégalités entre les territoires. Les impératifs de reconstruction de l'après-guerre ont nécessité la réalisation de grands ensembles urbains d'habitat social érigés à la périphérie des grandes villes qui ont fait émerger, dès les années 1970, ce que l'on a appelé à l'époque les « problèmes des banlieues ». Cette évolution a très tôt amené les pouvoirs publics à prendre conscience de ces difficultés et de la nécessité de concevoir et mettre en œuvre au profit de ces territoires des politiques publiques « d'exception », centrées sur un objectif de réduction des inégalités territoriales au travers d'actions spécifiques en faveur des quartiers en difficulté (1).

Plusieurs dispositifs législatifs et réglementaires se sont ainsi succédés et superposés depuis les années 1980 :

Dès l'origine, par la signature de conventions entre l'Etat et les collectivités, des politiques contractuelles sont mises en place dans les quartiers défavorisés sous la forme d'actions pour le développement social des quartiers (DSQ).

En 1993, après une phase expérimentale durant laquelle ils coexistent avec les procédures de DSQ, des contrats de ville de première génération leurs succèdent et se recentrent sur les quartiers. Il s'agit de formaliser l'engagement conjoint entre une ou plusieurs collectivités locales et l'Etat de mettre en œuvre un programme pluriannuel (5 ans puis 7 ans sur 2000-2006) de développement social urbain (DSU). Les objectifs assignés à ces premiers contrats de ville portent sur la rénovation urbaine et le cadre de vie, la prévention de la délinquance et le développement de l'insertion par l'économique.

Dans les années 2000, plusieurs lois sont votées qui s'adaptent aux évolutions des politiques publiques de solidarité urbaine et viennent donner une nouvelle impulsion à la politique de la ville au travers notamment d'une politique volontariste de rénovation urbaine qui s'appuie sur le développement de la coopération intercommunale et l'essor des agglomérations :
- la loi de juillet 1999 qui transfère la compétence politique de la ville aux communautés d'agglomération,
- la loi dite « SRU » de solidarité renouvellement urbain du 13 décembre 2000, qui fixe un seuil minimum de 20% de logements sociaux dans les communes de plus de 50 000 habitants,
- la loi d'orientation, de programmation et de rénovation urbaine du 1er août 2003 qui relance des programmes volontaristes de rénovation de l'habitat dans les quartiers et crée l'agence nationale de rénovation urbaine (ANRU),
- la loi pour l'égalité des chances du 31 mars 2006 qui accroit les moyens et prolonge certaines dispositions de la loi de 2003 et qui est à l'origine de l'installation de l'Agence nationale pour la Cohésion Sociale et pour l'Egalité des chances (ACSE).

Ensuite, signés en 2007 pour une durée de 3 ans renouvelable, et prolongés jusqu'au 31 décembre 2014, la politique de la ville est mise en œuvre dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) qui viennent renforcer le cadre contractuel et élargir les missions des contrats de ville en définissant des programmes d'actions pluriannuels qui se déclinent dans

cinq champs thématiques prioritaires :

- Education,
- Emploi et développement économique,
- Habitat et cadre de vie,
- Citoyenneté et prévention de la délinquance,
- Santé.

1.1.2 - La nouvelle politique de la ville

Aujourd'hui, la politique de la ville se déploie dans le cadre de la Loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine (2), qui substitue aux CUCS des contrats de ville nouvelle génération, portés pour six ans, durée d'une mandature, par les intercommunalités. Cette réforme, qui vient à la suite du bilan critique issu du rapport de la Cour des comptes « La politique de la ville, une décennie de réformes » publié en juillet 2012 (3), vise à une meilleure efficacité et plus de cohérence dans la mise en œuvre des mesures de la politique de la ville.
Elle fait du contrat de ville le cadre unique de référence en matière de politique de la ville et définit une nouvelle géographie prioritaire de la politique de la ville fondée sur l'identification de quartiers « prioritaires » selon un critère unique de pauvreté monétaire, en ciblant les territoires urbains accueillant une part importante de personnes à bas revenus, c'est-à-dire de population ayant des ressources inférieures à 60 % d'un revenu médian de référence (1).
Dans sa philosophie générale et ses modalités d'application, cette nouvelle loi conserve les caractéristiques spécifiques propres à la politique de la ville, à savoir qu'il s'agit d'une politique :
- *Contractuelle* entre l'Etat et les collectivités territoriales ;

- *Territorialisée*, en ciblant les territoires les plus en difficulté ;

- *Spécifique* et *complémentaire* des politiques publiques de droit commun ;

- *Transversale*, puisqu'elle agit dans différents domaines à la fois (éducation, emploi, santé, etc.) ;

- *Partenariale*, en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, institutionnels et associatifs, d'un territoire ;

- *Réparatrice*, en visant à réduire les écarts observés entre les quartiers en difficulté et les autres quartiers des agglomérations dans lesquels ils se situent.

En même temps qu'une réforme des périmètres éligibles à la géographie prioritaire, qui redessine la carte nationale des quartiers éligibles à la politique de la ville (4), La loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine de 2014 redéfinit les thématiques et structure les contrats de ville autour de trois piliers :

- Emploi et développement économique,
- Habitat, cadre de vie et renouvellement urbain,
- Cohésion sociale.

On notera que la thématique santé, qui était clairement affichée parmi les champs prioritaires

d'intervention dans le cadre des CUCS, n'a plus le même niveau de priorisation dans la loi de 2014. Aujourd'hui en effet, la santé est une sous-thématique intégrée au pilier « cohésion sociale », ce qui n'est parfois pas neutre en termes de mobilisation de la collectivité qui porte le contrat de ville, lorsque la volonté affirmée d'investir pleinement cette thématique peut faire plus ou moins défaut au sein des instances décisionnelles.

« Mont-de-Marsan Agglomération », dans le cadre de son Contrat de ville 2015-2020 (5), renouvelle au contraire un engagement volontariste en faveur d'un axe santé structuré et actif au sein des deux quartiers prioritaires.

A ces trois thématiques structurantes s'ajoutent quatre axes transversaux :

- Jeunesse,
- Egalité entre les hommes et les femmes,
- Lutte contre les discriminations,
- Citoyenneté et valeurs républicaines.

En outre, la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014 pose comme principe, dans son article 1, de mobiliser prioritairement les actions relevant des politiques publiques de droit commun et de déployer subsidiairement, lorsque la nature de la situation l'exige, les dispositifs propres de la politique de la ville dans le cadre du contrat de ville (2).

Enfin, la loi de 2014 installe un principe de co-construction avec l'ensemble des acteurs notamment associatifs présents sur les quartiers, ce qui inclut la participation des habitants à la mise en œuvre des axes du contrat de ville au travers notamment de l'installation, dans chacun des deux quartiers prioritaires, de Conseils citoyens intégrés à la gouvernance du contrat de ville et positionnés comme un déterminant fort de l'atteinte des objectifs de revalorisation des territoires et de réduction des inégalités que porte la loi dans son article 1 (2).

1.2 - Le projet politique de la ville de l'agglomération montoise

1.2.1 - Les quartiers de la nouvelle géographie prioritaire

En application de la loi du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, le décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 détermine la liste des nouveaux territoires prioritaires de la politique de la ville et en délimite les périmètres définitifs (4).

Identifiée dans ce nouveau cadre règlementaire selon un critère unique de pauvreté monétaire, l'intercommunalité « Mont-de-Marsan Agglomération » compte aujourd'hui 2 quartiers identifiés prioritaires :

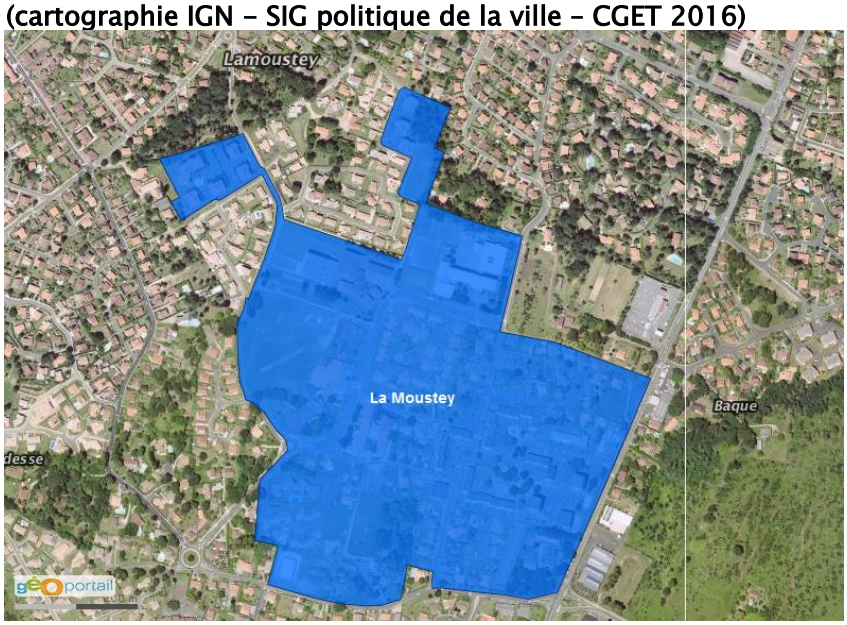
- **Le quartier du Peyrouat et les extensions Gouaillardet et Hélène Boucher sur la commune de Mont-de-Marsan :**

<u>Schéma 1</u> : Zonage prioritaire du quartier du Peyrouat et extensions (cartographie IGN – SIG politique de la ville – CGET 2016)

Situé entre le centre-ville et la Base Aérienne, le quartier du Peyrouat couvre environ 200 ha et regroupe 2290 habitants et plus de 1 050 logements sociaux.
Conçue entre 1962 et 1973, la cité du Peyrouat est occupée à l'origine par une population de salariés à revenus moyens (fonctionnaires et militaires notamment) qui, au cours des deux décennies suivantes, a progressivement été remplacée au fil des attributions de logements par des ménages de plus en plus modestes.
En 1989, une opération de développement social des quartiers (DSQ) a été engagée pour améliorer l'image du quartier, améliorer les conditions de vie et attirer de nouvelles populations mais cette opération, restée inachevée, n'a pas eu les effets escomptés. La désaffection pour la cité s'est trouvée renforcée ces dernières années par l'accueil de ménages de plus en plus en difficultés économiques et sociales.
Après la mise en œuvre d'un Programme National de Réhabilitation Urbaine (PNRU) du quartier arrivé à son terme en 2014 et la poursuite de la rénovation urbaine par l'attribution d'un nouveau programme NPNRU 2014-2024, le quartier du Peyrouat se caractérise encore aujourd'hui par une population qui présente un ensemble d'indicateurs de précarité économique et sociale préoccupant.
Aujourd'hui, le projet de territoire sur le quartier du Peyrouat vise d'une part à poursuivre le projet de réussite éducative (PRE) avec de l'accompagnement à la scolarité et des activités socio-éducatives sur des temps périscolaires et extrascolaires. Et d'autre part à assurer la gestion urbaine de proximité, l'insertion sociale et l'accompagnement vers l'emploi, la culture et l'éducation à la citoyenneté, en mobilisant les habitants à participer au respect de leur cadre de vie et à la pratique du « vivre ensemble ».

- **Le quartier La Moustey sur la commune de Saint-Pierre-du-Mont :**

Schéma 2 : Zonage prioritaire du quartier La Moustey
(cartographie IGN – SIG politique de la ville – CGET 2016)



Le quartier La Moustey compte actuellement une population de 1320 habitants et regroupe 307 logements sociaux, soit 74% du parc d'habitat social de la ville de Saint-Pierre-du-Mont. Cet habitat, composé de grands immeubles collectifs, a subi également, à l'instar du Peyrouat, un phénomène de mutation sociale avec le départ progressif des primo habitants fonctionnaires et employés et l'arrivée de ménages de plus en plus précarisés.
Le projet territorial sur ce quartier vise d'une part, à assurer la gestion urbaine de proximité et la tranquillité publique, la réussite éducative et le soutien à la parentalité, l'insertion sociale, l'accompagnement vers l'emploi et la prise en compte des difficultés périphériques freinant l'accès à l'emploi, à la culture et à la citoyenneté. Pour cela, il s'appuie sur la mise en place de dispositifs d'évaluation des dysfonctionnements menaçant la cohabitation et la sécurité des habitants, sur l'amélioration des moyens de soutien à la parentalité, sur l'alphabétisation dans l'accompagnement à l'emploi, et la participation accrue des habitants du quartier aux activités et manifestations organisées par la commune. Cette politique cherche d'autre part, à améliorer l'intégration urbaine et l'image résidentielle de la cite par l'engagement d'une réflexion sur la requalification des espaces publics.

1.2.2 - Le contrat de ville de Mont-de-Marsan Agglomération

Comme le prévoit la loi du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, le contrat de ville de l'agglomération montoise, signé par les partenaires le 29 septembre 2015, est le cadre unique de déploiement des mesures de la politique de la ville de « Mont-de-Marsan Agglomération » pour les six années qui viennent (2015-2020).

La structuration retenue reprend l'architecture en 3 piliers qui prévaut au sein de la loi, et articule ainsi le contrat de ville autour des trois dimensions urbaines, économiques et sociales,

en lien également avec les axes transversaux posés dans la loi : Jeunesse, égalité entre les femmes et les hommes, lutte contre les discriminations et citoyenneté et valeurs républicaines.

A la faveur d'une phase de préfiguration pilotée conjointement par les services de l'Etat et de l'intercommunalité « Mont-de-Marsan Agglomération », les contours du contrat de ville nouvelle génération ont été élaborés par la mise en œuvre d'une méthodologie en plusieurs étapes :

- Le passage de la compétence politique de la ville de la commune de Mont-de-Marsan à l'intercommunalité « Mont-de-Marsan Agglomération ».
- La prise en compte de la nouvelle géographie prioritaire qui a modifié les contours des territoires éligibles aux dispositifs politiques de la ville, en intégrant principalement des extensions nouvelles aux quartiers du Peyrouat et inversement en sortant des territoires du nouveau périmètre réglementaire, devenant ainsi des « territoires de veille » pouvant continuer à bénéficier de certains dispositifs et d'un accompagnement spécifique.
- Le recensement et le partage des principaux éléments d'un diagnostic des territoires.
- La mise en place de cinq comités (groupes de travail) sur des thématiques positionnées en cohérence avec les axes du contrat de ville, également co-animés par l'Etat et l'Agglomération :
    - Développement économique, emploi et insertion,
    - Habitat et cadre de vie,
    - Proximité et quotidienneté,
    - Education et parentalité,
    - Santé.
- L'installation d'un Conseil citoyen dans les deux quartiers prioritaires (Peyrouat et extensions et La Moustey). Conformément aux dispositions légales, les habitants membres des Conseils citoyens sont conviés à participer aux groupes de travail du contrat de ville et plus généralement sont associés à l'ensemble de sa mise en œuvre.

1.3 - L'observatoire de santé et qualité de vie des quartiers prioritaires

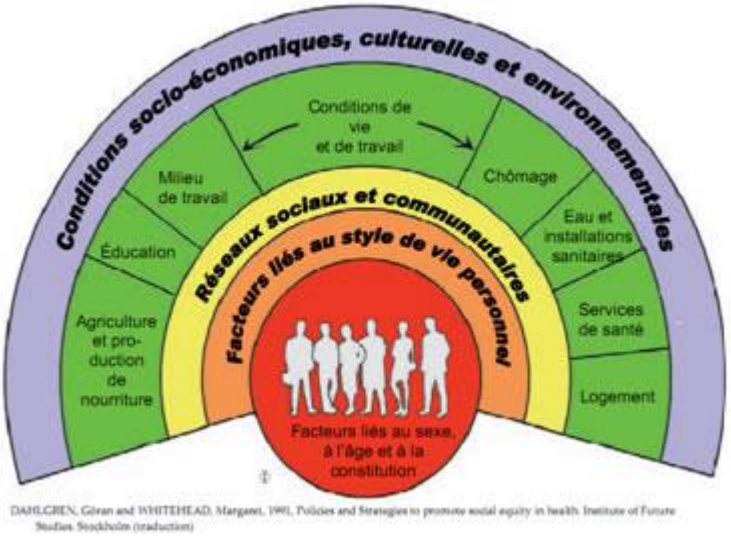
1.3.1 - La place de la santé dans le contrat de ville

Intégré à la démarche de contractualisation Etat et collectivités territoriales dans le cadre des contrats de ville nouvelle génération au sein de la dimension « cohésion sociale », la thématique santé n'est plus aujourd'hui positionnée par le législateur au même niveau qu'auparavant dans les anciens Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS). Il n'en demeure pas moins qu'en matière de santé publique locale, même si l'Etat conserve la majeure partie des compétences, certaines sont dévolues aux collectivités, qui détiennent par ailleurs la responsabilité du cadre de vie.

En l'espèce, la santé doit être comprise au sens de la Promotion de la santé, définie par l'OMS en 1986 dans la charte d'Ottawa (6). Il s'agit d'une dimension qui relève d'une multiplicité de déterminants individuels, sociaux, économiques et environnementaux.

Le modèle de *Dahlgren et Whitehead* présente les déterminants de la santé en 4 niveaux interdépendants les uns des autres et qui interagissent entre-eux (7) :

Schéma 3 : Modèle de *Dahlgren et withehead*, les déterminants de la santé.



DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991, Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies. Stockholm (traduction)

- Le premier niveau « Facteurs liés au style de vie personnel » concerne les comportements et styles de vie personnels ;
- Le second niveau « Réseaux sociaux et communautaires » comprend les influences sociales et collectives ;
- Le troisième niveau « Conditions de vie et de travail » se rapporte aux facteurs liés à l'accès au travail, l'accès aux services et aux équipements ;
- Le quatrième niveau « Conditions socio-économiques, culturelles et environnementales » englobe les facteurs qui influencent la société dans son ensemble.

Ainsi, la santé doit être considérée dans une perspective dynamique plutôt que statique et résulte, selon cette vision, d'une interaction constante entre l'individu et le milieu dans lequel il vit. La santé n'est plus définie uniquement comme l'absence de maladie, mais comme une ressource de la vie quotidienne, sur laquelle de surcroit les individus ou les communautés ont un « pouvoir d'agir » et de décision (on parle « d'empowerment ») (8).

Dans le déploiement des politiques publiques locales, la santé n'est pas une compétence obligatoire au sens stricte pour les collectivités. Lorsqu'elles s'en saisissent, c'est souvent le résultat d'une volonté des élus d'en faire un axe à part entière de développement des politiques qui sont conduites sur leurs territoires. S'il est vrai que la thématique santé est très souvent appréhendée par les élus, légitimement par ailleurs, sous l'angle plus particulier d'une politique de maintien d'une offre de soins disponibles et d'une diversité de professionnels de santé médicaux et paramédicaux suffisants dans les quartiers, les collectivités sont pourtant à la croisée d'un ensemble de politiques susceptibles d'impacter la santé des populations par une action sur les déterminants de santé dans leur ensemble. Ainsi, leurs compétences en matière d'aménagement du territoire, de transport et de mobilité, de politiques éducatives autour de la parentalité et d'aménagement des temps périscolaires, de l'offre sportive et de loisirs, de restauration scolaire, leurs permettent d'agir concrètement sur le cadre de vie des populations

et par là, d'améliorer l'environnement de vie et avoir ainsi une influence sur des comportements plus favorables à la santé.

La volonté de l'agglomération montoise d'être attentive à cette dimension globale de la santé pour mieux la prendre en compte dans les politiques mises en œuvre dépasse les compétences réglementaires des différents acteurs et dispositifs pris individuellement. C'est aussi le sens de la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014, intégré dans les contrats de ville nouvelle génération, d'être au carrefour des initiatives multiples déployées sur les territoires prioritaires et de faire fonction d'assembleur des acteurs et des actions en organisant la coopération et la mobilisation autour d'objectifs partagés de santé globale au service des territoires les plus précaires.

Dès lors, en appui à la réflexion de la commune de Mont-de-Marsan dans un premier temps puis porté aujourd'hui avec volontarisme au sein de l'agglomération dans le cadre du développement de son projet de territoire, le contrat de ville de « Mont-de-Marsan Agglomération » intègre un enjeu fort autour de la santé et se positionne au carrefour des dynamiques existantes en matière de services sanitaires et socio-éducatifs, de prévention, d'accompagnement éducatif et de soutien à la parentalité, d'offre et d'accès aux soins, de cadre de vie et de renouvellement urbain.

Au service de cette volonté et pour répondre à la demande de la collectivité, il a semblé pertinent, au démarrage de cette nouvelle contractualisation, de réfléchir à la mise en place d'un dispositif « observatoire de santé » à la fois de suivi, de pilotage et de cohérence des politiques au service des élus du territoire mais aussi d'information, de mobilisation et de participation des acteurs et des habitants des territoires, qui intègre d'emblée la dimension globale de la santé et de ses déterminants multiples.

1.3.2 - Les objectifs du dispositif « observatoire de santé »

« L'observatoire de santé et qualité de vie à l'échelle des quartiers prioritaires de Mont-de-Marsan Agglomération » est positionné comme un outil d'animation territoriale de santé, dynamique et installé dans la durée, qui devra collecter et mutualiser les informations pour concourir à :

- Observer des indicateurs santé et qualité de vie dans les quartiers prioritaires du contrat de ville ;
- Aider à la décision et à la définition des priorités de santé dans les stratégies du contrat de ville ;
- Suivre et aider à l'évaluation des programmes d'acteurs et des actions des opérateurs (quantitatif/qualitatif) ;
- Evaluer la qualité de vie des habitants des quartiers prioritaires ;
- Mesurer la réduction des Inégalités Sociales et territoriales de Santé en faveur des quartiers prioritaires ;
- Améliorer le partenariat ;
- Faire vivre la démocratie locale en favorisant et en organisant la participation des habitants.

1.3.3 - La mission de stage

Dans le cadre de l'étude de faisabilité de la mise en place d'un dispositif d'observation « santé et qualité de vie », ma mission de stage se décline dans les objectifs suivants :

Objectif général :

- Installer et mettre en œuvre un observatoire de santé et qualité de vie dans les quartiers prioritaires du Contrat de Ville de l'agglomération du Marsan (dispositif d'observation, de veille, de concertation et de pilotage).

Objectifs spécifiques :

- Définir les conditions de mise en place d'un observatoire de santé et qualité de vie,
- Construire et valider le périmètre d'observation (les champs, catégories et indicateurs de suivi) avec les acteurs du Contrat de Ville dans les quartiers prioritaires, institutions, professionnels intervenants et habitants concernés.

Objectifs opérationnels :

- Constituer un groupe de projet « observatoire de santé » (niveau institutionnel),
- Mettre en place et animer un groupe de travail thématique « observatoire de santé » des utilisateurs (producteurs de données) institutionnels, des intervenants et des habitants,
- Organiser une phase de recueil de données (approche quantitative),
- Rencontrer et interroger les intervenants et les habitants (approche qualitative),
- Construire et valider une méthode et une grille d'indicateurs (tableau de bord) d'observation et de veille.

2 -Méthodes

2.1 - Construction d'un protocole et validation institutionnelle

Le contrat de ville 2015-2020 a été signé par « Mont de Marsan Agglomération » en octobre 2015. Il constitue pour les 5 années à venir le cadre opérationnel de développement des interventions au sein des nouveaux quartiers prioritaires de la politique de la ville prévu par la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014.

En collaboration avec le service politique de la ville et développement urbain de l'agglomération en charge de la mise en œuvre et du suivi des axes du contrat de ville, nous avons proposé un protocole d'étude de faisabilité de l'observatoire dans le souci d'une démarche simple et opérante.

Tableau 1 : Méthode et étapes du protocole de l'étude de faisabilité

	ETAPES	OUTILS METHODOLOGIQUES	QUESTIONNEMENTS	ACTEURS MOBILISES
APPROCHE QUANTITATIVE	*ANALYSE* statistiques territorialisées comparatives (région, département, agglomération, quartiers)	- Recueil des données - Analyse - Corrélation - Comparaison	- Objectiver les problématiques - Mesurer la réalité santé/social des QP - Identifier des corrélations et des facteurs en interactions	Partenaires fournisseurs de données (INSEE, ORSA, CAF, DIRECCTE, E.N, CCASS, …)
APPROCHE QUALITATIVE	*ENQUETE* Auprès des intervenants santé/social institutionnels et associatifs et des habitants	Entretiens focus-group	- Données perceptuelles d'appréhension des situations - Différentes approches - Impacts des interventions - Outils de mesure	- Equipes d'animation agglomération - Professionnels intervenants dans les quartiers (CD, CPAM, associations, …) - Habitants
	CONSULTATION Auprès des habitants	Auto-questionnaire qualité de vie « Profil de santé de Duke »	*Qualité de vie* : - Perception de leur situation - Facteurs explicatifs exprimés - Conséquences perçues sur la vie quotidienne	Les habitants (et/ou leurs représentants au sein des Conseils Citoyens)
	REINVESTISSEMENT Retour vers les acteurs et les habitants	Observatoire santé des quartiers prioritaires	- Observer/connaitre - Informer - Piloter/évaluer	

Ce protocole, assorti d'un calendrier prévisionnel de la mission de stage (cf. annexe I), a été validé par le directeur du service politique de la ville et l'élue en charge de la compétence politique de la ville au sein de l'agglomération, à l'occasion d'un comité de pilotage (COPIL) « observatoire de santé » qui s'est tenu dans les locaux de l'agglomération le 18 novembre 2015.

A l'occasion de cette première réunion formelle de pilotage, les objectifs de départ concernant la relation avec les producteurs de données et les moyens d'intégration du dispositif « observatoire » à la mise en œuvre du contrat de ville ont été modifiés. Ainsi, la phase de relation avec les organismes producteurs de données n'a pas été validée telle que proposée initialement. En effet, l'ensemble des informations quantitatives attendues, données « classiques » d'épidémiologie santé-sociale, sont soit en la possession de la collectivité, soit font déjà l'objet de conventions antérieures, soit sont en mesure de lui être fournis à la demande. Nous avons dès lors proposé de travailler non pas sur le volet production/fourniture des données mais sur la validation d'éléments de cadrage qui permettent de faire des choix pour ne retenir dans le suivi de l'observatoire que les indicateurs les plus pertinents et disponibles à un coût acceptable.

De la même manière, un des objectifs positionné au départ proposait la constitution d'un

groupe de travail thématique spécifique « observatoire de santé » qui devait se rajouter aux instances de gouvernance du contrat de ville. Nous y avions vu la possibilité de mieux mobiliser l'ensemble des opérateurs concernés par l'observatoire et de permettre à ce processus singulier de mise en œuvre du contrat de ville d'être concrètement à la croisée des dispositifs existants et des processus déjà en place. Cette option, pour ne pas alourdir la gouvernance du contrat de ville, n'a pas été validée par le COPIL qui a au contraire souhaité intégrer l'observatoire au sein des instances, des procédures et des modalités de travail existantes déjà positionnées.

Aussi, le 16 décembre 2015, nous avons présenté pour validation le dispositif de l'observatoire de santé au groupe « équipe projet », qui constitue le niveau « opérationnel » du COPIL, instance de gouvernance institutionnelle du contrat de ville, et qui regroupe le délégué du Préfet, la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et Protection des Populations (DDCSPP), le Conseil Départemental et l'Agglomération (cf. annexe II).

Cette étape a permis d'inclure officiellement la démarche « observatoire » dans les axes de développement initiaux du contrat de ville, dans sa forme, ses modalités et ses principes de fonctionnement.

2.1.1 - Les modalités de recueil de données quantitatives

En complément des axes thématiques qui ont été priorisés dans le contrat de ville de « Mont-de-Marsan Agglomération », il est apparu nécessaire d'apporter des éléments de contexte/cadrage afin de décrire la population résidant dans les quartiers prioritaires mais aussi pour mieux appréhender la réalité sanitaire observée en la repositionnant par rapport à des échelles géographiques plus vastes (régionale et/ou départementale et/ou par rapport à la commune de rattachement) et ainsi faciliter la compréhension et l'interprétation des indicateurs de santé sélectionnés à l'échelle des villes de Mont-de-Marsan et Saint-Pierre-du-Mont, de l'agglomération, du département des Landes ou de la région Aquitaine.

Cette phase de l'étude s'appuie sur les données de statistiques territorialisées comparatives selon le niveau existant des données disponibles (région, département, agglomération, communes, quartiers). L'ensemble de ces données est issu des systèmes d'informations statistiques des différentes institutions et partenaires fournisseurs de données que sont, pour les principaux et selon leur attributions, les données du système d'information géographique (SIG) sur les quartiers de la politique de la ville du Commissariat Général à l'Egalité des Territoires (CGET) collationnées dans les indicateurs clés de la politique de la ville par l'INSEE (chiffres-clés CGET) (9), les données de la Direction Régionale Jeunesse et Sports et Cohésion Sociale (DRJSCS) dans ses champs d'intervention (panorama statistique aquitaine 2014, DRJSCS) (10) et les principaux fournisseurs de données locaux, notamment CIAS, CARSAT, DIRECCTE, en lien avec les compétences santé travaillées dans le contrat de ville.

Dans une phase préparatoire à cette démarche, nous avons donc effectué un travail de recherche et de collecte de ces principaux indicateurs statistiques politique de la ville, santé, social, emploi, éducation, logement, sécurité, par compilation des chiffres-clés et données disponibles de l'état de santé des populations.

Cette première étape nous a permis de proposer un document « tableau de bord de l'observatoire de santé et qualité de vie », qui a servi de document de travail (cf. tableau 3) pour alimenter la réflexion de l'agglomération sur le choix d'indicateurs les plus pertinents, fiables

et disponibles pour décrire l'état de santé de la population.

Sur la base de ces premières propositions, le tableau de bord doit être enrichi d'un certain nombre d'informations complémentaires et/ou des données quantitatives manquantes en fonction du contexte local, du déploiement du contrat de ville et de l'objectif de suivi évaluatif des actions mise en œuvre dans les quartiers prioritaires. Une attention particulière est portée sur la prise en compte de l'ensemble des axes thématiques du contrat de ville.

Une version « finalisée » du « tableau de bord de l'observatoire de santé et qualité de vie », qui intègre l'ensemble des informations statistiques recherchées, doit encore être travaillée pour être proposé aux instances de gouvernance du contrat de ville pour information et validation courant septembre.

2.1.2 - Une approche qualitative

Par opposition aux enquêtes quantitatives reposant sur un questionnaire et en complément indispensable aux données quantitatives, les enquêtes qualitatives réalisées auprès d'acteurs professionnels et associatifs ou encore auprès de la population, permettent d'interpréter et de comprendre les observations issues des approches quantitatives. Elles permettent également de repérer les besoins et demandes de la population, des dysfonctionnements dans les dispositifs de santé qui ne sont pas identifiés au travers des seules données statistiques ou encore de recenser les ressources et actions existantes sur le territoire. En complément, les enquêtes qualitatives ont un rôle essentiel dans la mobilisation et l'implication autour de la démarche, en cohérence avec l'objectif, tant du contrat de ville que de l'observatoire, de favoriser la participation des habitants.

Les approches qualitatives peuvent être mises en œuvre selon plusieurs méthodes. Parmi les différents types de recueil de données, on peut distinguer les entretiens individuels, parmi lesquels on trouve les enquêtes « Connaissances-Attitudes-Pratiques » (CAP), les entretiens non directifs, semi-directifs ou directifs, et les entretiens dit collectifs, dont l'entretien *focus group* (ou groupe focal), qui est une technique d'entretien de groupe, un « groupe expression », qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé et fait partie des techniques d'enquête qualitative. Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues (11).

Cette modalité qualitative d'enquête nous est apparue la mieux adaptée aux objectifs poursuivis dans le cadre de notre démarche.

En outre, afin de renforcer la démarche dans une approche globale de la santé et d'élargir l'observation vers une notion de santé « bien-être » en incluant la perception directe des habitants, nous avons proposé d'ajouter une modalité au dispositif « observatoire » par la passation d'une enquête qualitative à l'aide de l'outil « Profil de santé de Duke » (12) de mesure de la qualité de vie des habitants des quartiers prioritaires.

2.2 - Le recueil de données

Notre méthode a donc reposée sur l'articulation classique entre deux types d'approches : un recueil d'indicateurs quantitatifs collecté auprès des principaux producteurs de données et une démarche qualitative en parallèle qui permet d'enrichir, interpréter et comprendre les données

issues de l'approche quantitative.

Concernant le « tableau de bord de l'observatoire », de nombreuses données sont collectées et déjà disponibles au sein des services de l'agglomération pour alimenter les programmes et piloter les actions de la politique de la ville dans les quartiers mais elles sont dispersées, proviennent de différentes sources, sont difficiles à lire, à suivre et à exploiter.

A la demande des services de l'agglomération en charge de la mise en œuvre de la politique de la ville, nous avons proposé un outil qui permette une vue d'ensemble des différentes données, qui puisse être renseigné dans la durée, utilisable aisément, modifiable si besoin et qui soit exploitable régulièrement, et au moins une fois par an, pour répondre à l'objectif de meilleure connaissance et de suivi longitudinal des principaux indicateurs de pilotage du volet santé du contrat de ville.

Cette approche quantitative a été combinée à un volet d'enquête qualitatif, la spécificité de la démarche tenant dans la combinaison des entretiens *focus group* et de l'enquête « Profil de santé de Duke » de mesure de la qualité de vie des habitants.

2.2.1 - Une technique d'enquête qualitative : Le focus group

2.2.1.1 - La méthode

Technique de recherche qualitative, le groupe focal est constituée de manière formelle et structurée pour aborder une question spécifique dans un délai précis et ce, conformément à des règles explicites de procédure. De cette manière, nous souhaitions pouvoir identifier et confronter plusieurs points de vue, de telle sorte que les participants réagissent aux différentes prises de parole pour les reprendre et les compléter et ainsi enrichir le dialogue et la diversité des données recueillies. De surcroit, le groupe focal favorise l'appropriation du projet par la communauté mobilisée dans la démarche.

Afin de représenter l'ensemble des acteurs au sens large intervenants au sein des quartiers prioritaires, y compris les habitants ou leurs représentants, nous avons validé avec le service politique de la ville de l'agglomération un processus comportant trois *focus group* sur le même thème de « l'observatoire des santé et qualité de vie des quartiers prioritaires de Mont-de-Marsan Agglomération » auprès de trois groupes différents (cf. annexe III) :

- les associations, incluant la coordination de l'Atelier Santé Ville (ASV) à l'échelle des deux quartiers prioritaires et l'animatrice de santé publique du centre hospitalier de Mont-de-Marsan et coordinatrice de la communauté hospitalière de territoires (CHT) des Landes ;
- les habitants, incluant les membres des Conseils citoyens issus du Contrat de ville et les « adultes relais » du service politique de la ville au sein des quartiers ;
- les travailleurs sociaux.

Au préalable, une grille d'entretien, du plus général au plus spécifique, a été élaborée à partir des questionnements et des champs thématiques repris du Contrat de ville, en lien avec ses objectifs et ceux de l'observatoire (cf. annexe IV).

Chaque grand questionnement a également été balisé en sous-thématiques afin de faciliter le suivi des échanges et la prise de notes de l'observateur et favoriser la progression des débats en lien avec les thématiques identifiées. L'animation de type « remue-méninges » nous a permis, par les relances et les reformulations, d'entretenir la dynamique de groupe, de favoriser la production d'idée et l'expression de tous les participants (13, 14).

Ont ainsi été abordées avec les participants au cours de chaque *focus group* :

- Une première question très générale sur leur représentation d'un dispositif « observatoire de santé et qualité de vie » afin de connaitre à la fois leur définition d'un tel dispositif et ce qu'ils en pensent, leur avis ;
- Une deuxième question portant sur les principales fonctions que les participants voyaient à assigner à un tel observatoire de santé, en reprenant les différents objectifs déjà positionnés avec l'agglomération dans la commande incluse dans la mission de stage ;
- Une troisième question permettant de replacer la réflexion des participants dans les dimensions et grandes thématiques positionnées dans le cadre des contrats de ville prévus par la loi du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine ;
- Une quatrième et dernière question permettant de recentrer précisément les échanges sur l'ensemble des problématiques identifiées dans le cadre du contrat de ville 2015-2020 de Mont-de-Marsan Agglomération, afin de pouvoir les aborder sans en oublier au fil des débats et identifier éventuellement de nouvelles propositions.

2.2.1.2 – L'exploitation des données

La méthode que nous avons utilisée pour analyser les données recueillies dans les *focus group* est basée sur la transcription des *verbatim* issus des notes de l'observateur, complétées de celles de l'animateur et des temps de débriefing entre l'animateur et l'observateur à l'issue de chaque réunion.

Il s'agit dans un premier temps de procéder à une sorte de codage des *verbatim* en différentes parties de texte ou d'expression entière puis de les classer dans des catégories de sens (ou noyaux de sens) prédéfinies en fonction de l'idée qu'elles véhiculent. Nous obtenons ainsi un ensemble de catégories thématiques différentiées dans le discours des participants. Ces différentes catégories peuvent ensuite être regroupées en thèmes plus généraux, qui correspondent en l'occurrence aux grandes thématiques abordées dans le contrat de ville, et parfois en sous-catégories plus détaillées ou n'apparaissant pas dans la grille de lecture pré établie.

Nous avons ensuite quantifié le nombre de fois où chaque thématique a été abordée par les participants afin de mesurer de manière empirique l'importance accordée à ce thème dans la réflexion. L'ensemble des thématiques a également été reclassé dans les dimensions et axes du contrat de ville pour en visualiser la répartition et replacer la démarche dans la mise en œuvre et les objectifs du contrat de ville de l'agglomération montoise.

2.2.2 - Le questionnaire « Profil de santé de Duke »

2.2.2.1 - Une méthode de mesure de la qualité de vie des habitants

Si la santé, à l'instar de la définition qu'en donne l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1946 en préambule de sa constitution, est un « état de bien-être complet physique, mental et social », dépassant « l'absence de maladies ou d'infirmités » dans une perception plus positive, il est nécessaire d'y inclure les notions de bien-être et d'adaptation à son environnement au travers de déterminants multiples de la santé. Cette première définition, outre qu'elle contient en germe l'évolution actuelle vers le concept de promotion de la santé édicté dans la Charte d'Ottawa (OMS, 1986), implique de s'interroger sur la place du patient-sujet dans la construction de « sa » propre santé, en ce sens que c'est la perception « subjective » de l'individu qui va permettre de définir sa santé.

Dans la logique de ce raisonnement, nous avons proposé dans le cadre de l'observatoire de santé, en population générale hors pathologie spécifique ou recherche clinique, de mesurer la perception de la qualité de vie des habitants des quartiers prioritaires, en utilisant l'auto-questionnaire « Profil de santé de Duke » (Duke Health Profile – DUHP), développé aux Etats-Unis par le centre médical de l'université de Duke et l'Ecole de Santé Publique de l'université de Caroline du Nord, adapté et validé en français en 1997 (12) (Annexe V).

Selon la définition de l'OMS (1993), la qualité de vie est définie comme la « perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lesquels il vit, et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement ». Cette définition présente la qualité de vie comme une mesure dynamique, évolutive de la santé perçue par un individu dans son environnement, et relate bien le caractère multidimensionnel de ce concept, qui fait écho au déterminants multiples de la promotion de la santé.

Parmi les très nombreux questionnaires génériques sur la qualité de vie traduits et validés en français disponibles, nous avons donc choisi le questionnaire « profil de santé de Duke » (DUHP).

Comparativement à d'autres échelles de qualité de vie, comme par exemple l'Indicateur de Santé Perceptuelle de Nottingham (ISPN), le DUHP est plus simple à administrer car ne comportant que 17 questions (38 questions pour l'ISPN). De plus, l'ISPN mesure des dimensions en lien avec la santé (mobilité, isolation sociale, douleur, réactions émotionnelles, énergie, sommeil) moins pertinentes dans le cadre de notre étude, moins nombreuses et ne recouvrant pas les champs de la promotion de la santé comme le propose le questionnaire DUHP. En effet, ce dernier explore 5 dimensions principales (physique, mentale, sociale, santé perçue, incapacité), 4 dimensions recombinant les items des dimensions principales (anxiété, dépression, estime de soi, douleur) et 1 dimension de santé générale (calculée en faisant la somme des dimensions physique, mentale et sociale).

Ce tableau, extrait du rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) de janvier 2013 sur « qualité de vie et infarctus du myocarde » propose quelques exemples pour comparaison :

Tableau 2 : Questionnaires sur la qualité de vie, thématique de santé générale (exemples)

Thème	Questionnaire/ utilisation	Objectif/ patients	Nombre d'items	Référence/ outils	Référence/ bibliographie
Générique	EuroQol-5D (EQ 5D) Auto-administré	Simple et rapide d'utilisation Mobilité, prendre soin de soi, activités quotidiennes, douleur/gêne et angoisse/dépression	5	EuroQol Group Executive Office http://www.euroqol.org/	Ellis *et al.*, 2005.
Générique	SF 36 SF 36 V2 Auto-administré	Evalue la santé physique et mentale d'un individu. 8 dimensions de la santé (activités physiques, activités sociales, résistance morale, physique et émotionnelle pour accomplir les tâches quotidiennes, douleur physique, santé mentale générale, vitalité, perception de l'état de santé en général). Indice pour la santé physique et mentale (0-100).	36	Medical Outcomes Trust http://www.sf-36.org/	Aaronson *et al.*, 1992 Lepiège *et al.*, 1995 Lepiège *et al.*, 2001
Générique	Indicateur de santé perceptuelle de Nottingham (ISPN)	Perception de la santé physique, psychique et émotionnelle. 6 dimensions : le sommeil (5 questions), la mobilité physique (8 questions), l'énergie (3 questions), la douleur (8 questions), les réactions émotionnelles (9 questions), l'isolement social (5 questions). Très simple à utiliser (oui/non) Utilisé dans le cadre du travail	38	Comité régional d'éducation pour la santé du Nord-Pas-de-Calais, 2000 http://formathon.fr/formation_cres/Docs/Biblio/Outils/Nottingham.pdf	Bucquet *et al.*, 1990
Générique	Profil de santé de Duke Auto-administré	Qualité de vie en rapport avec la santé, notamment en cas de maladie Chronique. 10 dimensions : physique, mentale, sociale, générale, santé perçue, estime de soi, anxiété, dépression, douleur, incapacité	17	Comité régional d'éducation pour la santé du Nord-Pas-de-Calais, 2001. http://formathon.fr/formation_cres/Docs/Biblio/Outils/DUKE.pdf	Guillemin *et al.*, 1997

2.2.2.2 - Recueil des données : les scores de qualité de vie

En accord avec le directeur du service politique de la ville et la collaboration des équipes de travailleurs sociaux de l'agglomération relais dans les quartiers, nous avons réalisé l'enquête de mesure de la qualité de vie par passation des questionnaires « Profil de santé de Duke » dans les deux quartiers prioritaires de l'agglomération montoise, auprès de 200 habitants (100 personnes par quartiers). Les auto-questionnaires de l'enquête ont donc été passés avec l'aide des adultes relais sur les quartiers, répartis sur 7 semaines, durant les mois de mars à début juin.

Plusieurs modalités de passation ont été choisies en fonction des lieux de présence privilégiés des habitants :

- Lors de rencontres déjà organisées avec les habitants dans le cadre des différents dispositifs politique de la ville ;
- Via les associations et régies de quartiers ;
- Auprès des parents sur le temps de la sortie des écoles ;
- Dans les quartiers, « en marchant » ou au porte-à-porte.

Les questionnaires renseignés anonymement nous ont été retournés au fur et à mesure de leur passation, avec la seule annotation supplémentaire de l'indication du quartier de provenance afin de pouvoir les dénombrer et les analyser ensuite à l'aide de ce critère. Enfin, pour le bon déroulement de l'enquête et pour réduire les biais liés à l'enquêteur, ceux-ci ont eu pour consigne de ne pas influencer le répondant, même lorsque, dans le souci de ne pas les exclure, les questions étaient lues à certaines personnes en raison de difficulté avec la lecture ou la compréhension de la langue française.

3 -Résultats

3.1 - Le tableau de bord de l'observatoire

A l'origine de la collaboration avec l'intercommunalité et intégrée dans les objectifs de la mission de stage qui a été validée par la suite, nous trouvons la demande du directeur du service politique de la ville de pouvoir disposer, dans le cadre de la mise en œuvre du contrat de ville 2015-2020 de « Mont-de-Marsan Agglomération », de données statistiques exploitables sur la santé des populations des quartiers prioritaires du Peyrouat et de La Moustey.

Concernant la politique de la ville, une somme considérable de données est en effet disponible auprès de multiples organismes et si l'alimentation des dispositifs en statistiques et indicateurs chiffrés est possible ponctuellement en fonction des besoins, la demande a été motivée par la nécessité d'avoir une visibilité transversale de l'état de santé et des dynamiques d'évolution des quartiers prioritaires seuls et au regard du reste du territoire dans lequel ils s'insèrent (commune de rattachement, agglomération, département).

Pour rappel, plusieurs objectifs sont à l'origine de cette demande et de la motivation à disposer d'un dispositif « observatoire de santé » au service de la « politique de la ville » de

l'agglomération montoise dont les principaux sont :

- Observer des indicateurs de santé dans les quartiers prioritaires ;
- Aider au pilotage du contrat de ville ;
- Suivre et aider à l'évaluation des programmes et des actions mis en œuvre dans les quartiers.

Le partage de la connaissance, l'amélioration du partenariat, l'acculturation des élus, la capitalisation pour le projet de territoire au-delà de la stricte « politique de la ville » sont également quelques-uns des attendus sous-jacents à disposer d'un outil « observatoire de santé » pérenne et exploitable.

Pour répondre au mieux aux objectifs, nous avons réalisé une recherche d'informations et de données statistiques auprès de différentes sources et fournisseurs de données disponibles que sont principalement l'INSEE (données carroyées par territoire et indicateurs clés de la politique de la ville) (http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=quartiers-politique-ville.htm) et les données du Système d'Information Géographique (SIG) de la politique de la ville (atlas des quartiers prioritaires, caractéristiques sociodémographiques des ménages 2012, indicateurs clés pour la politique de la ville 2011, données RP 2010 emploi, éducation, cadre de vie, revenu et niveau de vie 2012, prestations sociales CMUC 2015) (http://sig.ville.gouv.fr/Synthese/QP040004).

Grace à ces différentes recherches, nous avons pu opérer un travail de synthèse des différentes sources afin de les regrouper dans un document unique « tableau de bord de l'observatoire de santé des quartiers politique de la ville de Mont-de-Marsan Agglomération », assorti d'une méthode comparative simple (par un code de trois couleurs) de suivi longitudinal des différents indicateurs positionnés.

Tableau 3 : Tableau de bord « Observatoire santé-qualité de vie » du contrat de ville de Mont-de-Marsan Agglomération (document de travail/proposition d'un code couleur)

Thématiques	Indicateurs De suivi	Région	Département	Agglo	Total QPV	% QPV dans agglo	PEYROUAT			MOUSTEY	Territoires de veille		
							Peyrouat	H.Boucher	Gouaillardet		Majouraou	Bosquet	Pémegnan
Données démographiques	total												
	- 14 ans												
	+ 60 ans												
	Familles mono												
	Etc.												
Emploi et développement de l'activité	CAT A												
	CAT A dont femmes												
	Etc.												
Données san-	% bénéficiaires CAF												

té/sociales /qualité de vie	Taux CMU-C												
	% ménages revenus 100% CAF												
	Etc.												
Habitat et cadre de vie	Mixité sociale												
	Transports												
	Etc.												
Education et parentalité	Nombre familles monoparentales												
	Evolution réussite scolaire												
Prévention de la délinquance et accès aux droits													
Etc.													
Thématiques transversales													
Jeunesse													
Egalité H/F													
Lutte contre les discriminations													
Citoyenneté et valeurs républicaines													
Participation													

<u>Lorsque la comparaison est pertinente et/ou possible</u> :

Situation plus favorable (rapportée à la moyenne de l'agglomération)	
Situation dans la moyenne de l'agglomération	
Situation plus défavorable (rapportée à la moyenne de l'agglomération)	

Cet outil « tableau de bord » a été présenté le 11 février 2016 aux membres du groupe de travail santé du contrat de ville qui l'ont validé.

En collaboration avec la direction et les élus de la politique de la ville de l'agglomération, un travail complémentaire d'ajout d'indicateurs est en cours afin d'enrichir les indicateurs du tableau de bord, notamment de données complémentaires de suivi en lien avec les thématiques abordées lors des entretiens *focus group*. Le document définitif doit être à disposition du service courant septembre pour commencer à être alimenté.

3.2 - Les entretiens *focus group*

Trois *focus group* ont été réalisés avec les habitants et les différents acteurs du secteur social et de la santé présents sur les quartiers, répartis comme suit :

- Jeudi 28 avril 2016 dans les locaux de la régie de quartier de La Moustey, 12 personnes ont participé à ce groupe focal, avec les représentants des ***associations*** présentes sur les deux quartiers, la coordinatrice de l'Atelier Santé Ville (ASV) redimensionné sur la nouvelle géographie prioritaire et l'animatrice de santé publique du CHG de Mont de Marsan et coordinatrice de prévention pour la communauté hospitalière de territoire des Landes ;
- Vendredi 29 avril 2016 dans les locaux du point info ANRU du quartier du Peyrouat, 5 personnes ont participé, avec des ***habitants***, des membres des Conseils Citoyens et des adultes relais présents sur les quartiers ;
- Mardi 03 mai 2016 dans le local du CMS du quartier du Peyrouat, avec la participation de 6 ***travailleurs sociaux*** intervenants sur les deux quartiers.

Les trois *focus group* ont été réalisés sur les deux quartiers prioritaires en fonction des possibilités de mise à disposition des salles de réunion.

En introduction de chaque réunion, les participants ont été remerciés de leur participation et le cadre général de l'étude ainsi que les objectifs assignés aux groupes focaux ont été précisés. Un point introductif a été également ajouté sur le positionnement de l'observatoire de santé dans une perspective de promotion de la santé, nécessitant de la part des participants une réflexion qui ne se limite pas à des questions de santé physique mais cherche à appréhender l'ensemble du spectre des déterminants de la santé.

Chaque *focus group* s'est déroulé durant les deux heures qui avaient été prévues, en suivant la grille d'entretien qui a été réalisée. Nous avons veillé à ce que chaque participant puisse s'exprimer sur les différentes thématiques abordées.

L'ensemble des notes prises par l'observateur, complété de celles de l'animateur et des temps de débriefing entre l'animateur et l'observateur à l'issue de chaque réunion, a été recueilli et analysé par unités de sens thématiques et sous-thématiques en fonction de l'idée exprimée.

Après reclassement en fonction du nombre d'occurrences (fréquence d'apparition) et des axes thématiques du contrat de ville, nous obtenons les tableaux suivants :

Tableau 4 : « Unités de sens » extraites des échanges des focus group :
Classification par sous-thèmes et fréquence d'apparition

N = 147		Fréquence d'apparition	Exemples de *verbatim*
Représentation, intérêt, avis sur l'observatoire de SQV		4	*- L'observatoire doit être neutre, bienveillant et précis* *- faire attention à ne pas multiplier les réunions* *- si ça n'est pas quelque chose en plus*
Intégration de l'observatoire à la Politique de la ville et au Contrat de ville		6	*- il doit accompagner la politique de la ville dans les quartiers* *- il peut donner de la cohérence au contrat de ville* *- il y a un enjeu fort de coordination avec les adultes et les habitants relais politique de la ville* *- il doit être en lien avec les axes du contrat de ville*

L'observation, le repérage de l'existant		12	*- construire des projets en partant de l'existant* *- pour agir, il faut bien observer* *- impératif de connaitre les problèmes des habitants*
Le pilotage		6	*- mieux connaitre ce qui se fait sur les quartiers pour piloter les actions* *- l'observatoire permet de savoir à quoi servent toutes les actions* *- suivre le déroulement des actions* *- faciliter l'évaluation des actions pour être plus pertinent*
La coordination		3	*- interroger tous les acteurs de la santé et du social du territoire pour donner du sens aux actions Politique de la ville*
Le recueil des besoins		18	*- on pourra proposer des activités en fonction des besoins des habitants* *- mieux recueillir les besoins pour être plus efficace* *- proposer des actions en cohérence avec les besoins observés*
La communication		14	*- communiquer plus et mieux sur ce qui se passe dans les quartiers* *- la communication c'est le nerf de la guerre* *- c'est un enjeu transversal qui construit aussi du lien social*
La fonction de programmation		3	*- recueillir des informations pour orienter les activités* *- permettra de distinguer les actions de sensibilisation des actions de prévention*
Le partenariat		4	*- il est important de favoriser les actions et les projets en partenariat*
Offre de prévention, éducation et promotion de la santé, le suivi des actions		5	*- pouvoir adapter les actions en fonction des demandes des habitants* *- aide à l'évaluation et mesure des effets sur plusieurs années* *- identifier des difficultés d'accès à la prévention* *- [connaitre] le nombre d'actions proposées dans les quartiers*
Mobilisation		15	*- l'observatoire doit partir de l'interrogation des habitants pour les intéresser* *- le contrat de ville pose un enjeu de démocratie locale* *- [parvenir à] une mobilisation entre acteurs institutionnels, associatifs et avec les habitants*
Citoyenneté et valeurs républicaines, vivre ensemble, lien social		9	*- il faut proposer des actions qui favorisent le vivre ensemble et le lien social* *- le lien intergénérationnel est très important* *- il faut réfléchir avec la notion de sphère familiale*
Lutte contre les inégalités		2	*- [permettre le] repérage des personnes âgées isolées, non touchées par les activités sur les quartiers* *- pouvoir agir sur la discrimination sociale envers les habitants des quartiers prioritaires*
Accès aux droits		4	*- servir à repérer les renoncements aux soins* *- pouvoir identifier les difficultés d'accès à une complémentaire santé* *- prendre en compte la question des travailleurs pauvres*

			et des retraités précaires
Offre de soins, accès aux soins		17	*- inclure le nombre de bénéficiaires de la CMU et CMU-C* *- [connaitre] le nombre de PRE pour lesquels le parcours préconise des orientations santé* *- …combien de dispositifs Pack Santé sont réalisés ?* *- via le centre hospitalier, il pourrait y avoir un rapprochement avec le DIM (données informatisées médicales)* *- [avoir] enfin une maison de santé pluridisciplinaire est un vrai plus pour la santé des habitants, […] aussi pour l'attractivité du quartier et le cadre de vie*
Jeunesse, éducation		5	*- suivre le décrochage scolaire* *- intérêt de connaitre le nombre de suivis Mission Locale et le nombre de « Garanties Jeunes » mis en place* *- mesurer les taux de déscolarisation et d'absentéisme* *- pourquoi le nombre de demandes instruites par le FLAF sur l'agglomération est-il en baisse ?*
Aménagement, logement, cadre de vie		8	*- mieux traiter les problèmes d'incivilités et de voisinage* *- [suivre] le nombre de conflits de voisinage* *- intégrer dans l'observatoire certaines données de la GUP (gestion urbaine de proximité), notamment celles sur les actes d'incivilité*
Mobilité, transports		2	*- il y a un besoin de visibilité pour orienter les aides à la mobilité* *- importance de connaitre les freins à l'insertion liés à la mobilité*
Développement durable, environnement		4	*- mesurer l'impact sur la qualité de vie de la réhabilitation du Peyrouat en éco-quartier* *- [lutter contre] les dépôts sauvages en fonction du nombre de ramassage des encombrants et des déchets verts*
Egalité hommes/femmes		3	*- intérêt pour la question des violences conjugales* *- mesurer le nombre de mains courantes, de plaintes et d'orientation de suivis médico-psychologiques*
Emploi		3	*- [connaitre] le taux de chômage* *- le nombre de demandeurs d'emploi, avec des critères d'âge et de durée de chômage*

Tableau 5 : Classification par thématiques extraites des échanges des focus group : Fréquence d'apparition et distribution dans les 3 dimensions du contrat de ville

N = 147	Fréquence d'apparition	Dimensions du Contrat de Ville		
		Emploi Développement économique	**Habitat cadre de vie renouvellement urbain**	**Cohésion sociale**
Le dispositif « observatoire de santé et qualité de vie »	10			
Les fonctions et objectifs de l'observatoire	91	8	35	48
Les problématiques de santé et QV à observer	46	3	15	28
		11	**50**	**76**

Une lecture du tableau 4 fait apparaitre des thématiques plus fréquemment abordées.

Ainsi, un enjeu fort apparait autour du recueil et de la prise en compte des besoins des habitants avec 20% des citations dans la partie « fonctions et objectifs de l'observatoire » (tableau 4). En outre, cette thématique est majoritairement distribuée dans le tableau 5 dans la dimension « cohésion sociale » du contrat de ville et les participants relèvent globalement la nécessité d'orienter les actions de santé dans les quartiers en fonction des besoins ; *« nous devons toujours agir avec les habitants en fonction de leurs besoins », « avant de répondre aux besoins des habitants, il faut d'abord leur demander », « l'observatoire doit permettre d'identifier les principaux problèmes de santé rencontrés dans les quartiers »*.

Cette préoccupation fait le lien avec les thématiques également fréquemment abordées de la communication et de la mobilisation des habitants. Les participants ont pu incidemment évoquer le recueil des besoins ; *« l'observatoire doit partir de l'interrogation des habitants pour les intéresser »,* mais déplorent surtout le déficit global de communication au sein des quartiers au détriment de l'efficacité des multiples dispositifs déployés dans le cadre de la politique de la ville ; *« communiquer plus et mieux sur ce qui se passe dans les quartiers », « beaucoup de choses sont proposées mais la communication vers les habitants est compliquée »*.

La question connexe de la mobilisation, et au-delà du principe de participation des habitants, ressort également comme un enjeu à la fois éthique et méthodologique de démocratie locale, qui pourrait être amélioré en renforçant justement le volet communication et transmission des informations entre les différents acteurs intervenants, en incluant les habitants ; *« [parvenir à] une mobilisation entre acteurs institutionnels, associatifs et avec les habitants ».*

Un autre thème qui est ressorti de l'analyse des échanges est celui de « l'offre de soins, accès aux soins ». Cette thématique, qui apparait dans 37% des citations pour la dimension de l'observatoire « problématiques de santé à observer » (tableau 4), se retrouve quasi exclusivement distribuée au sein du pilier « cohésion sociale » du contrat de ville sous le chapeau « Santé/prévention » mais un participant intègre sa remarque dans la thématique « habitat et cadre de vie » du contrat de ville en notant ; *« avoir enfin une maison de santé pluridisciplinaire est un vrai plus pour la santé des habitants, […] aussi pour l'attractivité du quartier et le cadre de vie ».*

3.3 - L'enquête sur la qualité de vie liée à la santé

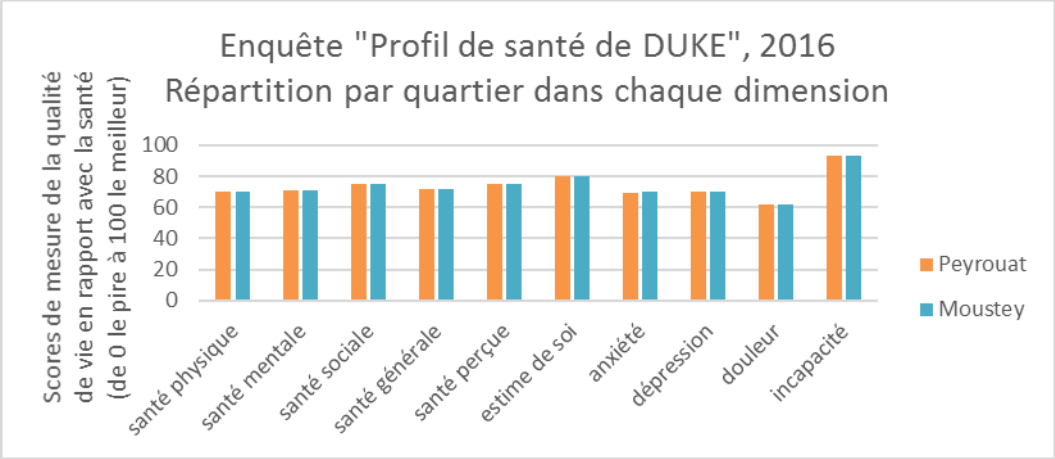
L'enquête de mesure de la qualité de vie « Profil de santé de Duke » a été menée dans les deux quartiers prioritaires de l'agglomération. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré auprès des habitants. Pour des raisons pratiques, de coût et d'efficacité, nous avons fait le choix de ne pas utiliser la voie postale pour réaliser l'enquête. Les questionnaires ont donc été proposés directement aux habitants par des intervenants adultes relais au sein des quartiers.

Nous avons traité l'ensemble des données recueillies à l'aide des tableurs du logiciel Excel, dans un premier niveau d'analyse à plat, puis à l'aide des formules validées dans l'outil « Duke » pour chaque dimension de la santé mesurée, enfin en opérant certains croisements qui prennent en compte l'âge, le sexe et le quartier en les combinant entre-eux et avec les 10 dimensions de la santé proposées par le questionnaire.

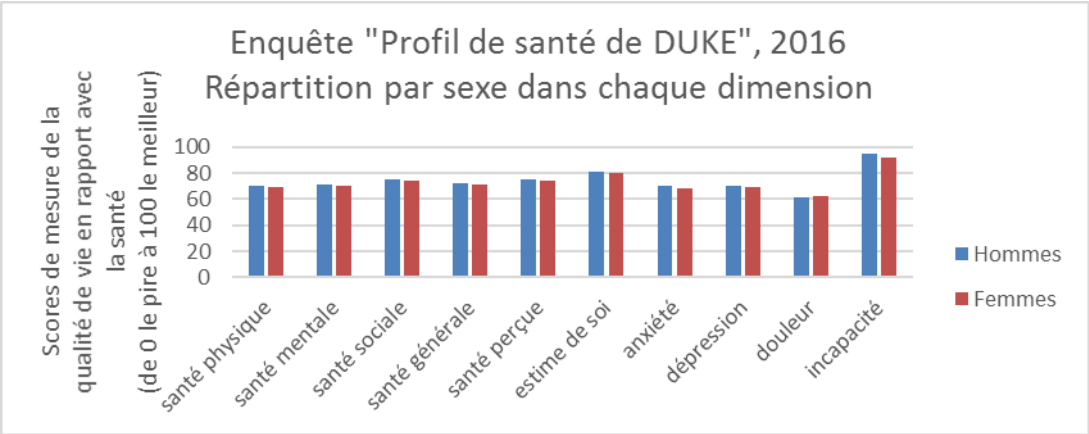
Au final, 197 personnes, 104 hommes et 93 femmes, ont été interrogées (3 questionnaires n'ont pas été complètement renseignés et n'ont donc pas été comptabilisés), soit un taux de retour très élevé de 98,5% permis par le mode de passation choisi.

Sur le quartier du Peyrouat, 56,7% des enquêtés sont des hommes, au contraire de La Moustey où les femmes représentent 62,2% des répondants. Si la moyenne d'âge globale des répondants est identique pour les deux quartiers (environ 33 ans), la répartition des âges est différente, la part des plus de 56 ans étant plus importante sur le peyrouat qu'à La Moustey (12,6% vs 6%), ce qui est cohérent avec la pyramide des âges en population générale par quartiers.

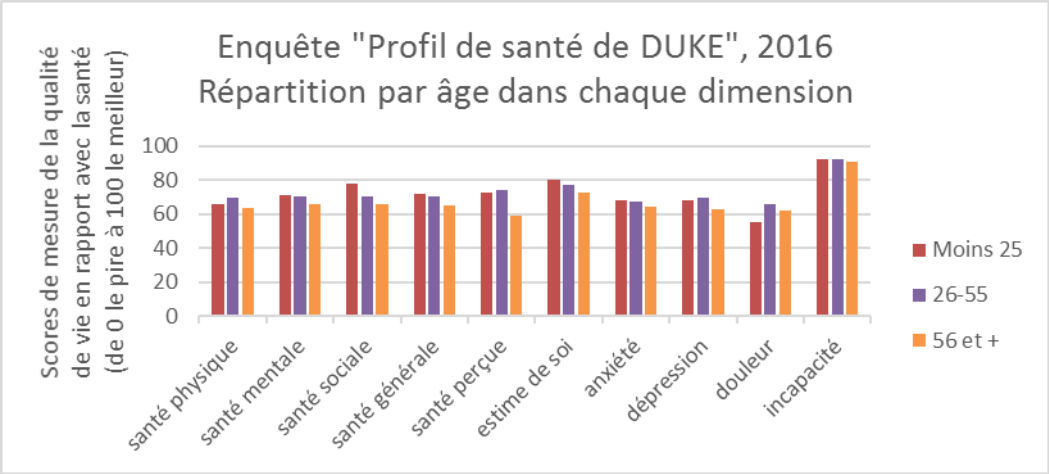
L'examen par quartiers des réponses dans les dix dimensions de la santé proposées par l'enquête ne montre pas de différences significatives :



La répartition des scores de qualité de vie par sexe dans chaque dimension fait apparaitre des valeurs systématiquement plus faibles pour les femmes que pour les hommes (excepté pour la dimension « douleur »), sans que cette différence ne soit très marquée. Il sera intéressant, en lien notamment avec la thématique transversale du contrat de ville d' « égalité entre les femmes et les hommes » de confirmer ou d'infirmer cette observation à l'occasion de l'enquête « qualité de vie » programmée en 2017 :



Par contre, lorsque l'on regarde le déterminant de l'âge, celui-ci apparait, dans chaque dimension mesurée, exceptée pour « douleur », comme un facteur déterminant d'une dégradation significative de la qualité de vie exprimée par les répondants. Ainsi, entre la classe d'âge des « moins de 25 ans » et celle des « 56 et + », on perd 6,6 points dans la dimension « santé générale » (71,6% vs 65%), on perd également 7,7 points dans la dimension « estime de soi » (80% vs 72,3%), encore 11,8 points de moins dans la dimension « santé sociale » (77,7% vs 65,8%) et jusqu'à 13,7 points de moins dans la dimension « santé perçue » (72,5% vs 58,8%) :



4 -Discussion

4.1 - La démarche de projet mise en œuvre

Nous avons été accueillis dans le cadre du stage par le service en charge de la politique de la ville au sein de l'agglomération montoise, au moment où le contrat de ville, co-signé le 29 octobre 2015 par l'État et les collectivités territoriales pour la période 2015-2020, était mis en place. Le projet d'une étude de faisabilité d'un observatoire de santé des quartiers prioritaires de l'agglomération est issu de la volonté initiale du directeur de la politique de la ville et des élus communautaires en compétence sur ces sujets de disposer d'un outil de suivi et de pilotage des actions de santé déployées dans les quartiers. Il s'agissait au départ de construire un outil « tableau de bord de suivi » des principaux indicateurs de l'état de santé des habitants des quartiers prioritaires. La proposition d'adjoindre à la démarche un volet qualitatif a été

immédiatement validée par le directeur et l'élue déléguée à la politique de la ville, ce qui a apporté un véritable soutien au développement du projet par la suite.

L'organisation et la réalisation des différentes étapes du projet, entretiens *focus group*, passation de l'enquête « qualité de vie », ont ainsi pu être réalisées en étroite collaboration avec les personnels, responsables et animateurs, du service politique de la ville de l'agglomération.

Cependant, les modalités initialement proposées de créer des instances spécifiques, COPIL et groupe de travail de l'observatoire de santé, intégrées à la gouvernance du contrat de ville, visaient à accroitre le partage d'information, une culture commune de promotion de la santé et l'effectivité d'une démarche participative ; ces propositions n'ayant pas été retenues, il en a certainement résulté moins d'échanges et d'opportunité de partage d'informations, moins de production de connaissances et moins de motivation des personnes, acteurs associatifs, institutionnels et habitants, à s'investir dans la démarche. Le choix de renouveler régulièrement l'enquête « qualité de vie » et des entretiens collectifs dans le cadre de l'observatoire de santé, outre la nécessité d'analyser une évolution des réponses dans le temps, pourra participer à développer des espaces de concertation nécessaire.

4.2 - L'approche qualitative

4.2.1 - Le recueil de données par entretiens

La mise en place des conseils citoyens prévus par la loi du 21 février 2014 a eu lieu récemment et la mobilisation des habitants des quartiers au sein de ces instances officielles connait quelques difficultés. La création d'espaces de concertation opérants avec les habitants est un enjeu fort de la politique de la ville et les modalités de rencontre et de recueil des besoins prévus dans le cadre de l'observatoire de santé peuvent y concourir. En cohérence avec ce constat, le *focus group* « habitants » n'a pas réussi à bien mobiliser. En effet, contrairement aux autres acteurs, les habitants se rendent difficilement à une réunion organisée dans un autre quartier que le leur. La réunion se déroulant sur le Peyrouat, aucun habitant de La Moustey ne s'est déplacé. Il faudra à l'avenir prévoir de doubler les réunions incluant des habitants afin, dans la mesure du possible, d'en organiser une dans chaque quartier. Il est impératif également de concevoir des modalités d'information adaptées permettant une communication plus mobilisatrice et à même de favoriser la participation.

Pour autant, les *focus group* « associations » et « travailleurs sociaux », au-delà même de la question de l'observatoire qui les a mobilisés, ont été très appréciés par les participants, qui ont unanimement soulignés l'intérêt de confronter les points de vue et de débattre des problématiques de santé de populations qu'ils ont à connaitre avec des missions différentes mais un « sujet » commun.

4.2.2 - L'approche par la qualité de vie

Le concept de qualité de vie est extrêmement large et influencé de manière complexe par un grand nombre de facteurs à la fois physiques, psychologiques, sociaux et environnementaux. Ainsi la qualité de vie liée à la santé est un concept proche de la santé globale en promotion de la santé. Cependant, comme le précise l'OMS dans sa définition déjà citée, en utilisant la notion de perception, la mesure de la qualité de vie introduit le point de vue de la personne sur sa propre santé.

Cette approche qualitative de la santé, qui nous est apparue pertinente dans le cadre de la mise en place du contrat de ville nouvelle génération, a été intégrée à l'étude des conditions d'implantation de l'observatoire de santé des quartiers « politique de la ville » de l'agglomération montoise. Nous avons conduit une enquête sur la qualité de vie des habitants des quartiers prioritaires, à l'aide des questionnaires de l'outil « Profil de santé de Duke ».

Pour cette première année, les enseignements de l'enquête sont modestes dans la mesure où nous ne disposons pas d'autres éléments de comparaison que le sexe et l'âge des répondants, ainsi que le quartier d'origine que nous avons rajouté. En effet, un indicateur seul n'a pas de sens et ne peut pas être interprété s'il n'est pas illustré, soit par un état des lieux de la situation à un moment donnée, alors la valeur observée sera mise en regard avec les valeurs du même indicateur observées à une autre échelle géographique, soit par une analyse de l'évolution dans le temps de la valeur relevée par cet indicateur, par exemple année après année. C'est pourquoi dans le cadre de notre projet et de la pérennisation de l'observatoire, nous avons proposé de renouveler l'étude une fois par an afin d'obtenir des éléments de comparaison dans le temps. De même, il pourra également être envisagé de proposer le questionnaire « Duke » auprès d'un panel « témoin » d'habitants de la commune de rattachement, hors quartiers prioritaires.

Quoi qu'il soit décidé, les conditions de passation dans les quartiers devront être reproduites le plus à l'identique possible, sauf l'impossibilité de recruter les mêmes habitants d'une année sur l'autre, ce qui constituera un biais de sélection réel mais sans véritable conséquence sur la validité de l'enquête compte-tenu de ses objectifs et des enseignements attendus.

4.3 - Perspectives et propositions

Le dispositif « observatoire de santé et qualité de vie à l'échelle des quartiers prioritaires de Mont-de-Marsan Agglomération », encore fragile dans sa phase d'installation, s'inscrit cependant dans un environnement favorable en cette période de mise en place d'une politique de la ville renouvelée. Il bénéficie également du soutien du directeur et des techniciens du service politique de la ville ainsi que de la bienveillance des élus intercommunautaires.

En fonction de l'état d'avancée actuelle du projet, les étapes à finaliser sont de :

- Présenter l'ensemble des résultats aux instances de gouvernance du contrat de ville ;
- Proposer un retour des *focus group*, en cherchant à installer une dynamique de participation et des espaces de concertation ;
- Organiser un retour d'information des résultats de l'enquête « qualité de vie » auprès des habitants des quartiers ;
- Finaliser la construction du tableau de bord et préciser les modalités de son alimentation régulière pour une utilisation opérationnelle auprès des acteurs de terrain (construction de diagnostics territoriaux, réorientation des actions,…) ;
- Inclure vraisemblablement les activités liées au fonctionnement de l'observatoire de santé dans l'appel à projets commun « politique de la ville » Etat/agglomération, pour en assurer l'effectivité.

CONCLUSION

La loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine redéfinit le contexte général d'intervention et revoit en profondeur les instruments de la politique de la ville, notamment en se recentrant sur la réduction des écarts entre les quartiers prioritaires et les autres, en inscrivant le principe d'une coconstruction de la politique de la ville avec les habitants et en instaurant un contrat de ville unique qui permet la mobilisation de l'ensemble des politiques publiques mises en œuvre dans les quartiers prioritaires.

Au démarrage de son contrat de ville 2015-2020, avec une géographie prioritaire renouvelée et malgré un positionnement moins favorable de la thématique « santé » dans cette nouvelle politique de la ville, l'intercommunalité « Mont-de-Marsan Agglomération » a souhaité poursuivre son engagement dans le domaine de la santé, au travers notamment de sa demande initiale de pouvoir disposer d'un tableau de bord relevant les indicateurs des principaux déterminants de la santé des habitants des quartiers politique de la ville.

Cet outil statistique constitue maintenant le volet quantitatif du dispositif mis en place, et l'étude de faisabilité s'est enrichie d'un processus d'observation plus qualitatif des besoins et des attentes des habitants et des acteurs santé-social intervenants dans les quartiers, par la réalisation de réunions *focus group* et la passation d'une enquête de mesure de la qualité de vie en rapport avec la santé des habitants des quartiers prioritaires.

Ainsi, au-delà de la réalisation des objectifs de suivi des principaux indicateurs de santé globale et de pilotage des actions mises en œuvre au titre de la politique de la ville, le nouveau dispositif « observatoire de santé et qualité de vie à l'échelle des quartiers prioritaires de Mont-de-Marsan Agglomération » recouvre également des enjeux de démocratie sanitaire et de participation des habitants qui permettent de concourir à l'instauration des conditions d'un véritable débat sur la situation sanitaire et sociale dans ces quartiers.

Au terme de notre mission de stage, nous pouvons mesurer que « l'observatoire de santé et qualité de vie » de l'agglomération montoise rencontre aujourd'hui un contexte d'installation favorable et qu'il se trouve dans une dynamique d'évolution positive, qui doit cependant être soutenue dans la durée par son inscription résolue dans la dynamique locale du contrat de ville, au service de l'amélioration de l'état de santé des populations en difficultés et de l'égalité entre les territoires.

Index des tables

Tableau 1 : Méthode/étapes du protocole de l'étude de faisabilité.

Tableau 2 : Questionnaires sur la qualité de vie, thématique de santé générale (exemples).

Tableau 3 : Tableau de bord « Observatoire santé-qualité de vie » du contrat de ville de Mont-de-Marsan Agglomération (document de travail).

Tableau 4 : « Unités de sens » extraites des échanges des *focus group* : Classification par sous-thèmes et fréquence d'apparition.

Tableau 5 : Classification par thématiques extraites des échanges des *focus group* : Fréquence d'apparition et distribution dans les 3 dimensions du contrat de ville.

Index des illustrations

Schéma 1 : Zonage prioritaire du quartier du Peyrouat et ses extensions (Mont-de-Marsan).

Schéma 2 : Zonage prioritaire du quartier de La Moustey (Saint-Pierre-du-Mont).

Schéma 3 : Modèle de *Dahlgren* et *Whitehead*, les déterminants de la santé.

Bibliographie

(1). Ministère des droits des femmes, de la ville, de la jeunesse et des sports. Qu'est-ce que la politique de la ville ? [En ligne]. Disponibilité sur internet : http://www.ville.gouv.fr/?l-essentiel-de-lapolitique-de-la

(2). Légifrance. Loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine. [En ligne]. Disponibilité sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028636804&categorieLien=id

(3) Cour des comptes. La politique de la ville une décennie de réformes. [En ligne] Disponibilité sur internet : https://www.ccomptes.fr/Presse/Communiques-de-presse/La-politique-de-la-ville-une-decennie-de-reformes

(4) Légifrance. Décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 fixant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements métropolitains. [En ligne]. Disponibilité sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030007934&categorieLien=id

(5). Mont-de-Marsan Agglomération. Contrat de ville 2015-2020. [En ligne]. Disponibilité sur internet : http://www.montdemarsan-agglo.fr/agglo/document?id=1313&id_attribute=48

(6). Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève. 21 nov 1986, [En ligne]. Disponibilité sur internet : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

(7). Dahlgren G, Whitehead M, What can we do about inequalities in health. The lancet, 1991, N°338: p. 1059-1063.

(8). Cultures & santé. L'empowerment. Dossier thématique. [En ligne]. Disponible sur internet : http://www.cultures-sante.be/nos-outils/112-nos-outils/dossier-thematique/255-lempowerment.html

(9). INSEE. Base de données infra communales sur les quartiers de la politique de la ville [En ligne]. Disponibilité sur internet : http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=quartiers-politique-ville.htm

(10). Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. DRJSCS. Panorama statistique 2014 [En ligne]. Disponible sur internet : http://aquitaine-limousin-poitou-charentes.drdjscs.gouv.fr/spip.php?article752

(11). Médecins du Monde. Méthodologies qualitatives. Le focus group. [En ligne]. Disponibilité sur internet : https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/guidecollecte_qualitativefr

(12). Guillemin F, Paul-Dauphin A, Virion JM, Bouchet C, Briançon S. Le profil de santé de Duke : un instrument générique de mesure de qualité de vie. Santé Publique 1997; 9(1): 35-44.

(13). Douiller A, Coupat P, Demond E, Gras S, Patuano C, Rebuffel D. 25 techniques d'animation pour promouvoir la santé. Brignais: Le Coudrier; 2012.

(14). CRES Languedoc-Roussillon. Techniques d'animation en éducation pour la santé, Fiches synthétiques proposées par le Comité régional d'éducation pour la santé Languedoc-Roussillon. Montpellier. 2009.

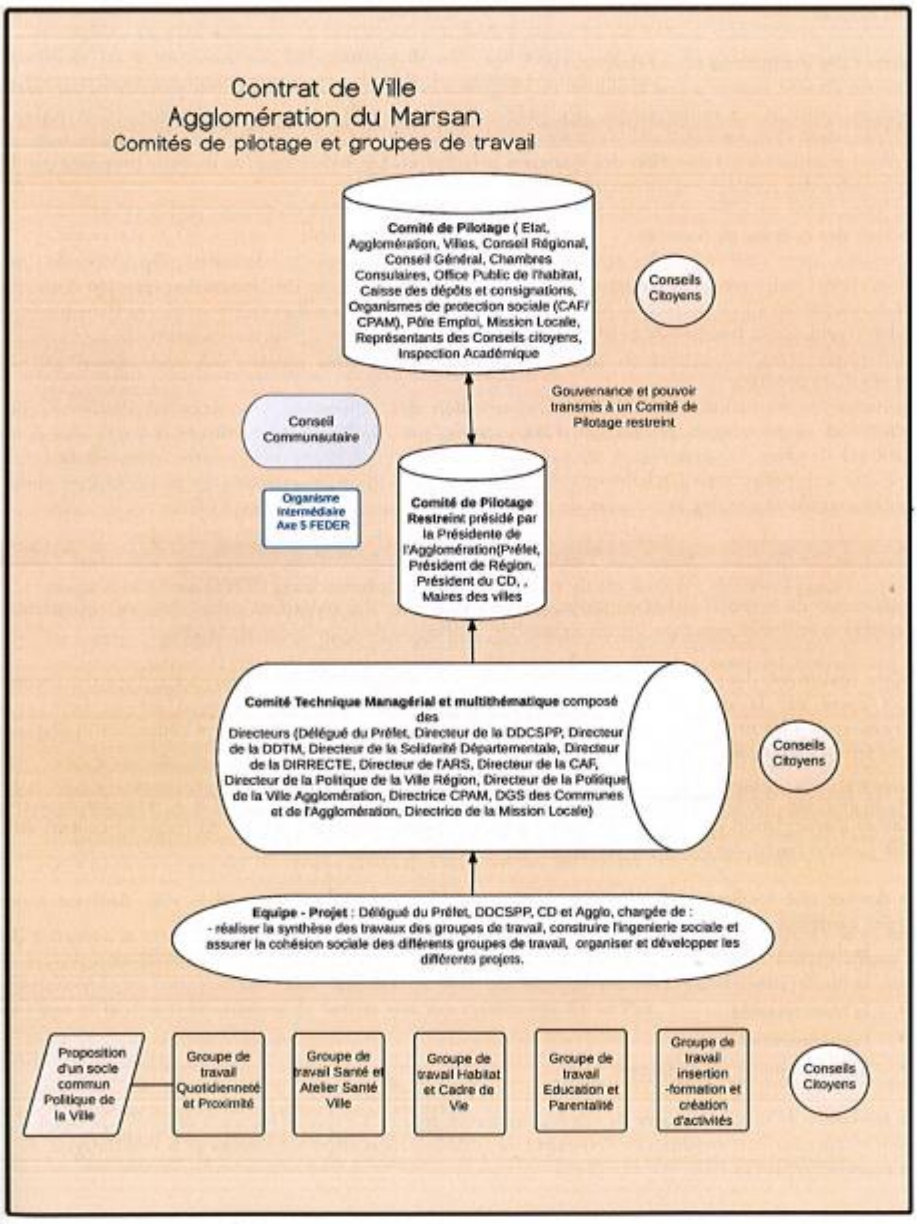
ANNEXES

Annexe I : Calendrier prévisionnel de la mission de stage

ETAPES	2015		2016					
	Nov.	Déc.	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
Validation plan d'action	**18 nov.**							
Présentation dans le cadre du contrat de ville								
Equipe projet		**16 déc.**						
Comité technique managérial			**Fin janv.**					
Mobilisation du contrat de ville								
Groupes de travail santé (x4)								
Equipe service politique de la ville (en continu)								
Phase d'analyse quantitative								
- Construction tableau de bord - Choix des indicateurs								
- Rencontre des organismes - Recueil des données								
Phase d'enquête et consultation qualitative								
Construction questionnaire et grille d'entretien								
Passation questionnaire et réalisation des entretiens								
Analyse, compilation								
Rédaction document de restitution								
Restitution aux acteurs du contrat de ville et réinvestissement								**Fin juin**

Annexe II : Schéma de gouvernance du contrat de ville de l'agglomération montoise

SCHEMA DE GOUVERNANCE DU CONTRAT DE VILLE DE L'AGGLOMERATION MONTOISE



Annexe III : Listing des participants aux *focus group*

Contrat de ville 2015-2020 de Mont-de-Marsan Agglomération

« Observatoire de Santé et Qualité de Vie »

Listing des participants **invités** aux réunions *focus-group*

Associations + ASV+ santé publique CH
Coordinatrice de l'ASV (Mont-de-Marsan Agglomération)
Animatrice de santé publique Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan
« Association de quartier » de La Moustey (AQM)
Association de prévention en addictologie « LA SOURCE » des Landes
Association « Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles » (CIDFF 40)
Association « Conseil Départemental d'Accès au Droit » des Landes (CDAD 40)
Association « Instance Régionale d'Education et Promotion de la Santé Aquitaine » (IREPS Aquitaine)
Association « Mouvement Français pour le Planning Familial » des Landes (MFPF 40)
Association de quartier « Bois et Services »
Association « Génération du Marsan »
Association « Mouvement pour le Respect et l'Amitié entre les Peuples » des Landes (MRAP 40)
Association omnisports du stade montois

Habitants + Conseils citoyens
12 habitants
Accompagnatrice des Conseils Citoyens (Mont-de-Marsan Agglo)
+ Adultes relais
5 adultes relais (Mont-de-Marsan Agglomération)

Travailleurs sociaux
Responsable Pôle solidarité du Conseil Départemental des Landes (CD 40)
Assistante sociale (AS) CD 40 « Peyrouat secteur Hélène Boucher »
AS CD 40 « Peyrouat secteur Hélène Boucher »
AS CD 40 « secteur Peyrouat »
AS CD 40 « secteur Peyrouat »
AS CD 40 « La Moustey »
AS CD 40 « La Moustey »
AS CD 40 « La Moustey »
Directrice du CCAS de Mont-de-Marsan
Prévention spécialisée du CD 40
Prévention spécialisée du CD 40
Coordinatrice de la plateforme sociale du CIAS du Marsan

Annexe IV : Grille d'entretien des *focus group*

Observatoire de santé et qualité de vie à l'échelle des quartiers prioritaires
Mont de Marsan agglomération

Conducteur/grille d'entretien des *focus group*

- **Associations** + coordinatrice ASV + animatrices de santé publique CHG Mont de Marsan
  Jeudi 28 avril 2016 de 10h à 12h au Chalet quartier La Moustey
- **Habitants** + membres des Conseils Citoyens + adultes relais
  Vendredi 29 avril 2016 de 9h à 11h au point info ANRU (Entrée quartier du Peyrouat, avenue Rozanoff)
- **Travailleurs sociaux**
  Mardi 03 mai 2016 de 10h à 12h au local de Fabres (à côté du CMS du Peyrouat)

Rappel du contexte
- Le contrat de ville 2015-2020
- Les quartiers prioritaires politiques de la ville

Les objectifs
- Recueillir les attentes des différents acteurs sur la mise en place du dispositif
- Partager les objectifs assignés au dispositif observatoire
- Identifier les problématiques de santé (besoins)

Animation : Gilles Cosson, Nadia Cheddad (Politique de la ville, Mont-de-Marsan Agglomération)
Fonction et structure des participants : *Voir feuille d'émargement*

Questionnements	Echanges-réponses
« Si je vous dis : observatoire de santé et qualité de vie à l'échelle des quartiers prioritaires, ça vous fait pensez à quoi ? » « Ça veut dire quoi pour vous ? »	

Questionnements	Echanges-réponses
« Concernant les différents objectifs assignés à un tel dispositif observatoire de santé, vous diriez quoi ? » « Quelles fonctions ? »	• Observation • Aide au pilotage • Suivi des programmes d'actions • Aide à l'évaluation des programmes / de la qualité de vie • Mesurer la réduction des ISS • Améliorer le partenariat • Favoriser la participation des habitants / démocratie locale

Questionnements	Echanges-réponses
« Concernant les champs d'observation, quels pourraient-ils être ? » (les dimensions observées, les grandes thématiques)	**Dimension sociale** : santé sociale, éducation parentalité, accès aux droits, prévention délinquance **Dimension urbaine** : habitat cadre de vie, proximité quotidienneté **Dimension économique** : emploi et développement de l'activité **Axes transversaux :** Jeunesse Egalité hommes / femmes Lutte contre les discriminations Citoyenneté / valeurs républicaines Participation

Questionnements	Echanges-réponses
« A l'échelle des quartiers prioritaires, quels types de problématiques de santé et qualité de vie pouvez-vous identifier ? »	• Accès aux droits • Offre et accès aux soins • Morbidité et consommation de soins • Offre de services et coordination • Epidémiologie et hygiène • Aménagement et logement • Offre de prévention, éducation et promotion de la santé • Développement durable et environnement • Mobilisation des habitants

Annexe V : Questionnaire « Profil de santé de Duke »

« Observatoire de santé et qualité de vie » - Mont-de-Marsan Agglomération - 2016

QUESTIONNAIRE « PROFIL DE SANTE DE DUKE »

Instructions : Voici une série de questions sur votre santé telle que vous la ressentez. Veillez lire attentivement chacune de ces questions. Cochez la réponse qui vous convient le mieux. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

		OUI, c'est tout à fait mon cas	C'est à peu près mon cas	NON, ce n'est pas mon cas
1	Je me trouve bien comme je suis	☐	☐	☐
2	Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	☐	☐	☐
3	Au fond, je suis bien portant(e)	☐	☐	☐
4	Je me décourage trop facilement	☐	☐	☐
5	J'ai du mal à me concentrer	☐	☐	☐
6	Je suis content(e) de ma vie de famille	☐	☐	☐
7	Je suis à l'aise avec les autres	☐	☐	☐

	AUJOURD'HUI	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
8	Vous auriez du mal à monter un étage	☐	☐	☐
9	Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	☐	☐	☐

	AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
10	Vous avez eu des problèmes de sommeil	☐	☐	☐
11	Vous avez eu des douleurs quelque part	☐	☐	☐
12	Vous avez eu l'impression d'être vite fatigué(e)	☐	☐	☐
13	Vous avez été triste ou déprimé(e)	☐	☐	☐
14	Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)	☐	☐	☐

	AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
15	Vous avez rencontré des parents ou des ami(e)s (conversation, visite)	☐	☐	☐
16	Vous avez eu des activités de groupe (réunion, activités religieuses, association…) ou de loisirs (cinéma, sport, soirées…)	☐	☐	☐

	AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS	Pas du tout	1 – 4 jours	5 – 7 jours
17	Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé (maladie ou accident)	☐	☐	☐

Votre sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Votre âge : _____ ans

MERCI

Ne pas supprimer cette page ni ce cadre qui n'est pas imprimé

RESUME

Le service « politique de la ville et renouvellement urbain » de l'agglomération montoise, conscient de l'importance des questions de santé dans les politiques publiques mises en œuvre dans le cadre de la politique de la ville, a souhaité la création d'un « observatoire de santé à l'échelle des quartiers prioritaires de Mont-de-Marsan Agglomération », afin de disposer d'un outil de connaissance, de suivi et de pilotage des actions mises en place dans les quartiers prioritaires. Initialement limité à l'alimentation régulière d'un tableau de bord de recueil des principaux indicateurs de santé disponibles, le projet s'est élargi à la mise en place d'un volet participatif de recueil de données qualitatives auprès des habitants et des acteurs intervenants dans les quartiers. Ainsi, des entretiens *focus group* et une enquête de mesure de la qualité de vie des habitants ont été réalisés. En cours de restitution, ces différentes actions ont vocation à être pérennisées au sein de l'observatoire, à la fois pour obtenir des éléments de comparaison dans le temps et pour créer des dynamiques participatives et de concertation qui permettent de faire le lien avec l'ensemble des dispositifs déjà en place sur les territoires « politique de la ville » concernés.

MOTS CLEFS : POLITIQUE DE LA VILLE, OBSERVATOIRE DE SANTE, QUARTIERS PRIORITAIRES, QUALITE DE VIE, HABITANTS

ABSTRACT

The service "city policy and urban renewal" of Mont-de-Marsan town, aware of the importance of health issues in public policies in the framework of the policy of the city, decided to create a "health observatory at the level of priority areas of Mont-de-Marsan agglomeration" in order to have a tool of knowledge, monitoring and control of actions implemented in priority. Initially limited to the regular collection of the principal indicators of health available, the project was extended to the establishment of a participatory component of qualitative data collected from the inhabitants and intervening actors in the districts. Thus, focus group interviews and a survey measuring the quality of life of the residents have been conducted. Still in progress and soon to be restituted , these actions are intended to be sustained in the observatory, both to obtain elements of comparison in time and to create the dynamic and participatory consultations that make the link with all the devices already at work on 'urban policy' territories concerned.

KEYWORDS : URBAN POLICY, HEALTH OBSERVATORY, PRIORITY DISTRICTS, QUALITY OF LIFE, RESIDENTS

INTITULE ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :

Mont de Marsan Agglomération,
575 avenue du Maréchal Foch, BP 70171, 40003 Mont-de-Marsan cedex