



## 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-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-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.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

2010-2011

Diagnostic participatif de Thionville :  
De l'élaboration à l'identification  
des priorités

Soutenu en septembre 2011

Mademoiselle Arielle Bernard

Maître de stage :

Monsieur Yves Magrinelli

Guidant universitaire :

Madame Isabelle Millot

## REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait jamais pu voir le jour sans la motivation sans faille et l'engagement d'Yves Magrinelli et de Christelle Lebas ainsi que la bonne humeur de toute l'équipe du 2ème étage du C.C.A.S.

Je voudrais également remercier Isabelle Millot pour ses précieux conseils ainsi que M.Collin pour son intervention personnelle. Leurs implications ont abouti : l'aventure continue !

# Table des matières

<b>Introduction</b>	<b>7</b>
<b>1 –Contexte</b>	<b>9</b>
1.1 –Le Centre Communal d'Actions Sociales	9
1.1.1 –Rôle des C.C.A.S	9
1.1.2 –Organisation du C.C.A.S de Thionville	9
1.1.3 –Orientations du C.C.A.S de Thionville	10
1.1.3.1 –L'analyse des besoins sociaux	10
1.1.3.2 –U.T.O.P.I.A	10
1.2 –Le territoire	11
1.2.1 –Délimitation des quartiers prioritaires	11
1.2.1.1 –Côte des Roses	12
1.2.1.2 –Bel Air	12
1.2.1.3 –Milliaire / Près de St Pierre	12
1.2.1.4 –Basses–Terres	12
1.2.2 –Portrait socio–démographique des quartiers prioritaires	12
1.3 –Les acteurs présents	13
1.3.1 –L'offre de soins	13
1.3.1.1 –L'offre libérale :	13
1.3.1.2 –Établissements de santé :	14
1.3.1.3 –Secteur médico–social :	14
1.3.2 –L'offre du réseau social	15
1.3.2.1 –Les Centres Sociaux et les Maisons de Quartiers	15
1.3.2.2 –Les associations	16
1.4 –Les objectifs du diagnostic	16
<b>2 –Méthodes</b>	<b>17</b>
2.1 –Organisation de la démarche	17
2.1.1 –Présentation générale	17
2.1.2 –Planning	17
2.1.3 –Mobilisation des acteurs professionnels	17
2.1.3.1 –L'équipe projet	17
2.1.3.2 –Le comité de pilotage	18
2.2 –Description de la situation	18
2.2.1 –Données socio–démographiques	19
2.2.2 –Données sanitaires	19
2.3 –Diagnostic de perception	19
2.3.1 –Présentation générale	19
2.3.2 –L'enquête participative	19
2.3.2.1 –Problématique d'investigation	20
2.3.2.2 –Choix de l'outil	21
2.3.2.3 –L'échantillonnage	21
2.3.2.4 –Recueil des données	22
2.3.2.5 –Analyse des données	22
2.4 –Détermination des problèmes prioritaires	23
2.4.1 –Critères de détermination	23
2.4.2 –La participation des acteurs	23

<b>3 –Résultats</b>	<b>25</b>
3.1 –Organisation et planning	25
3.2 –Mobilisation des acteurs professionnels	26
3.2.1 –Équipe projet	26
3.2.1.1 –La mise en place du groupe	26
3.2.1.2 –La co–construction du diagnostic de perception	26
3.2.1.3 –L'état des lieux de l'existant	27
3.2.1.4 –L'identification des priorités	27
3.2.2 –Comité de pilotage	27
3.2.2.1 –La mise en place du groupe	27
3.2.2.2 –La validation des grandes étapes	28
3.2.2.3 –L'identification des priorités	28
3.3 –Description de la situation	29
3.3.1 –Données socio démographiques	29
3.3.2 –Données sanitaires	29
3.4 –Diagnostic de perception	29
3.4.1 –Les entretiens semi–directifs	29
3.4.1.1 –Les entretiens de professionnels	29
3.4.1.2 –Les entretiens de la population	31
3.4.2 –L'analyse des données	33
3.5 –La détermination des problèmes prioritaires	34
<b>4 –Discussion</b>	<b>35</b>
4.1 –Les raisons de l'enquête participative	35
4.1.1 –Intérêts	35
4.1.1.1 –La participation et l'appropriation	35
4.1.1.2 –Une diffusion de l'information optimisée	35
4.1.1.3 –Une méthode fiable	37
4.1.2 –Limites	37
4.1.2.1 –Le cas des personnes silencieuses	37
4.1.2.2 –Un travail spécifique nécessitant des moyens humains	37
4.1.2.3 –Le manque d'originalité	39
4.2 –Le diagnostic est–il participatif ?	39
4.2.1 –Le niveau de participation souhaité et obtenu	39
4.2.1.1 –Les habitants	39
4.2.1.2 –Les professionnels	41
4.2.2 –La participation et son acceptation...	41
4.3 –Suite du projet	43
4.3.1 –Terminer le diagnostic	43
4.3.2 –Vers un projet global de santé publique	43
4.3.3 –Le positionnement politique local	45
<b>Annexe I</b>	<b>I</b>
<b>Annexe II</b>	<b>III</b>
<b>Annexe III</b>	<b>V</b>
<b>Annexe IV</b>	<b>VII</b>

## INTRODUCTION

Le contexte actuel est sans appel : les inégalités sociales en France se creusent depuis les vingt dernières années et le domaine de la santé n'a pas échappé à ce phénomène malgré une politique nationale d'accès aux soins pour tous(1). De plus, la traduction en action des éléments d'un modèle explicatif des inégalités de santé ne coule pas de source(2). Même si depuis la Charte d'Ottawa(3), l'importance de prendre en compte les déterminants de santé, n'est plus à démontrer, il n'est pas forcément pertinent d'appliquer le même modèle sur un même territoire. En effet, compte tenu des inégalités territoriales entre région, le risque est que les politiques régionales de santé publique se concentrent sur les facteurs environnementaux infectieux et mettent de côté les interventions sur les facteurs sociaux déterminants de la santé(4). Cependant, il est important de souligner qu'intervenir en santé publique c'est répondre à un problème exprimé par une demande, et que la sectorisation des territoires est donc nécessaire à une prise en compte la plus fine possible.

En outre, il convient de rappeler que les inégalités de santé ont de nombreux facteurs socio environnementaux tels que les revenus, l'éducation, le travail... On constate alors que l'espace de la ville est le plus adapté à l'application d'une politique de santé efficace(5). Pourtant, si on se base sur les lois de décentralisation de 1983 et 2003, on constate que les collectivités territoriales ont peu de compétences réglementaires en matière de santé (historiquement, les communes exercent depuis le début du 20<sup>ème</sup> siècle des missions d'hygiène et de salubrité publique). Ceci entraîne une grande diversité dans les modes de prise en compte de la santé par les municipalités.

Or, les paramètres qui conditionnent le bien-être et la qualité de vie comme les conditions de logement, de transport ou le bien vivre ensemble sont des facteurs clé de santé pour chacun et dépendent directement de décisions prises au niveau local(6). De plus, la proximité des administrations, institutions et associations favorise une meilleure connaissance des besoins de santé de la population et apporte souvent des réponses plus adaptées(7). Cette territorialisation des politiques de santé se justifie également d'un point de vue sociologique avec la nécessité de faire coïncider un territoire « administratif » et « imaginaire et subjectif » afin de prendre en compte la manière dont la population vit et perçoit le territoire(8). Enfin, ce découpage permet d'appréhender les différentes composantes de la vie d'une personne et d'identifier les différents acteurs opérant sur le terrain afin de travailler d'une manière transversale. C'est dans ce contexte que la ville de Thionville a engagé une réflexion sur le rôle qu'elle pourrait tenir dans le cadre de la santé de ses habitants. Alertée par le Centre Communal d'Actions Sociales (CCAS), d'un manque de prise en compte de la santé dans la politique sociale de la ville, la municipalité a souhaité entreprendre une phase exploratoire avant de prendre la décision de s'impliquer ou non en santé publique. Afin de compenser son manque d'expérience dans ce domaine et dans le but de fournir un travail spécifique, le CCAS a souhaité accueillir un stagiaire en santé publique afin de réaliser un diagnostic local de santé dans le but de proposer des préconisations.

Le diagnostic proposé est une démarche d'analyse de situation donnant lieu à concertation et propre à fonder un processus de programmation de santé. Il se distingue d'un simple état des lieux dans la mesure où il s'est construit grâce à une approche participative afin d'identifier les besoins et les demandes et de contribuer à la mobilisation locale pour la programmation d'actions(9).

# 1 - Contexte

## 1.1 - Le Centre Communal d'Actions Sociales

### 1.1.1 - Rôle des C.C.A.S

Depuis le 6 janvier 1986, l'État a délégué aux CCAS une compétence globale dans le champ de l'action sociale et médico-sociale, consécutivement aux lois de décentralisation. Aujourd'hui ils interviennent dans un large contexte d'interventions de développement social local et s'imposent comme un outil politique incontournable de l'action sociale locale. Ces établissements sont le moyen privilégié par lequel la solidarité publique, nationale et locale peut réellement s'exercer. De manière plus générale, ils assurent des missions légales et facultatives(10).

Les missions légales sont obligatoires et communes à tous les C.C.A.S. Exemple :

- instruction des demandes d'aide sociale et transmission des dossiers pour décision à l'autorité compétente (Conseil Général, Caisse d'Allocation Familiale,...) : Couverture Maladie Universelle (C.M.U.), Allocation Adulte Handicapé (A.A.H.)...
- domiciliation postale des personnes sans résidence stable,
- lutte contre l'exclusion : mise en place d'une politique destinée à connaître, prévenir et faire disparaître toutes les situations pouvant engendrer des exclusions.

Exemple de missions facultatives: :

- secours d'urgence octroyés sur justificatifs: bons alimentaires, instruction et accompagnement pour le revenu de solidarité active
- subventions aux associations à caractère social,
- animations pour les seniors, gestion des structures de petites enfance(11)...

### 1.1.2 - Organisation du C.C.A.S de Thionville

Le CCAS de Thionville, établissement public administratif, est présidé par le Maire et géré par un Conseil d'Administration qui comprend, à parité, des membres du Conseil Municipal et des personnalités locales désignées par le Maire. La parité apporte au CCAS une cohérence d'intervention plus forte puisqu'elle s'inscrit dans la réalité et la diversité de la commune et de la société dans laquelle il s'organise. De plus, elle induit des coopérations négociées et adaptées entre les élus, le monde associatif et les professionnels sociaux qui le composent. Le Conseil d'Administration du CCAS de Thionville est composé de 11 membres : le Maire en tant que Président, 5 élus municipaux et 5 membres nommés. En interne, le CCAS est composé de quatre directions : les seniors, la petite enfance, la solidarité (aide légale et gestion des centres sociaux) et le développement d'actions de proximité. Le diagnostic local de santé a été intégré au pôle « développement d'actions de proximité » aux côtés du logement, de la réinsertion par l'économie et de la vie associative. Malgré l'absence de compétences en santé publique, le projet a été soutenu par le CCAS et le directeur de pôle a entrepris de nombreuses recherches.

### 1.1.3 - Orientations du C.C.A.S de Thionville

La politique de solidarité de la Ville repose sur l'élaboration d'un projet global qui vise à prendre en compte l'ensemble des facteurs d'exclusion que connaissent les populations en difficulté. Le C.C.A.S, en tant qu'organisateur de l'intervention sociale de proximité, participe activement à sa mise en œuvre. En plus de cette fonction, il s'occupe également de valoriser une dimension de veille sociale en matière de connaissance et d'analyse partagée. Pour ce faire, plusieurs démarches ont été mises en place comme l'Analyse des Besoins Sociaux (ABS) ou l'animation du groupe U.T.O.P.I.A (Union Thionilloise pour l'Optimisation des pratiques Inter associatives).

#### 1.1.3.1 - L'analyse des besoins sociaux

Le décret du 6 mai 1995 impose au C.C.A.S de mettre en œuvre l'ABS annuellement afin de déterminer les projets futurs. Selon la Chambre Régionale des Comptes, « l'appréciation du résultat des actions spécifiques conduites par le C.C.A.S doit découler d'une vision globale, en amont, des nécessités de la population ». Cette étude est un outil opérationnel qui, conformément à la législation en vigueur, ne peut être élaboré que collectivement (conseil d'administration, agents du C.C.A.S., partenaires institutionnels et acteurs locaux)(12). Nécessitant des connaissances multiples (en économie, sociologie, cartographie, démographie...), le diagnostic a été confié à une société privée (COMPAS-TIS®) spécialisée dans l'observation et le traitement des mesures des politiques d'actions sociales. Le diagnostic santé s'est appuyé sur les résultats de l'ABS pour établir le portrait socio démographique de la ville, et dans l'avenir, les résultats du diagnostic santé seront intégrés à la base de données statistique issue de l'ABS.

#### 1.1.3.2 - U.T.O.P.I.A

Dans un souci de cohésion sociale, le C.C.A.S a créé, en 2009, l'Union Thionilloise pour l'Optimisation des pratiques Inter associatives. Ce groupement réunit tous les acteurs œuvrant pour enrichir le lien social à Thionville : associations, institutions, élus, travailleurs sociaux... Son objectif est de lutter contre la précarité relationnelle en mettant en place un développement social local et en repensant l'action publique. Cette démarche se base sur les besoins exprimés par la population et définit un projet global avec l'ensemble des partenaires(13). U.T.O.P.I.A se compose de quatre commissions : la commission logement, emploi, santé-vie quotidienne et jeunesse. Chaque groupe possède sa propre organisation interne (modes de communication, fréquence et lieux de réunion...) et est piloté par un responsable élu en son sein. Les partenaires s'engagent à contribuer à la réflexion initiée dans chaque groupe, à échanger avec les partenaires du réseau et à coopérer au montage éventuel des projets coordonnés(13). La commission santé-vie quotidienne réunit 28 membres dont une vingtaine d'associations, le Centre Hospitalier (service social, permanence d'accès aux soins de santé, urgences, centre médico psychologique), le centre médico-social, les centres sociaux. Avant la mise en place du diagnostic santé, aucune initiative importante n'avait été engagée. Les participants avaient surtout utilisé le dispositif pour mieux se connaître et échanger sur leurs pratiques.



### 1.2 - Le territoire

#### 1.2.1 - Délimitation des quartiers prioritaires

Le C.C.A.S a souhaité que le diagnostic porte sur l'ensemble de la commune de Thionville (41000 habitants) mais il a été porté une attention particulière à certains quartiers considérés comme prioritaires de part la concentration des difficultés sociales présentes. En effet, on observe une forte hétérogénéité sociale dans la population thionvilloise, avec d'une part, une population qui profite de la proximité du Luxembourg et des hauts salaires, et de l'autre, une part grandissante de la population (25% en 2007) vivant sous le seuil de pauvreté avec des écarts qui se creusent de plus en plus(12).

L'analyse de la pauvreté réalisée au cours du diagnostic des besoins sociaux sur le territoire communal a ainsi conduit à distinguer trois zones de peuplement :

- zone 1 :relativement homogène, regroupe les populations les plus précaires
- zone 2 : population mixte avec des problématiques variables (concentration relativement élevée de l'habitat social ou du locatif)
- zone 3 : homogène, peu concernée par la pauvreté, populations aisées de catégories socio professionnelles supérieures.

Le présent diagnostic santé s'est donc focalisé sur la zone 1 regroupant les quartiers de Bel Air, Côte des Roses, Milliaire/Près de saint Pierre et Basses Terre (visibles sur l'illustration 1.2.1).

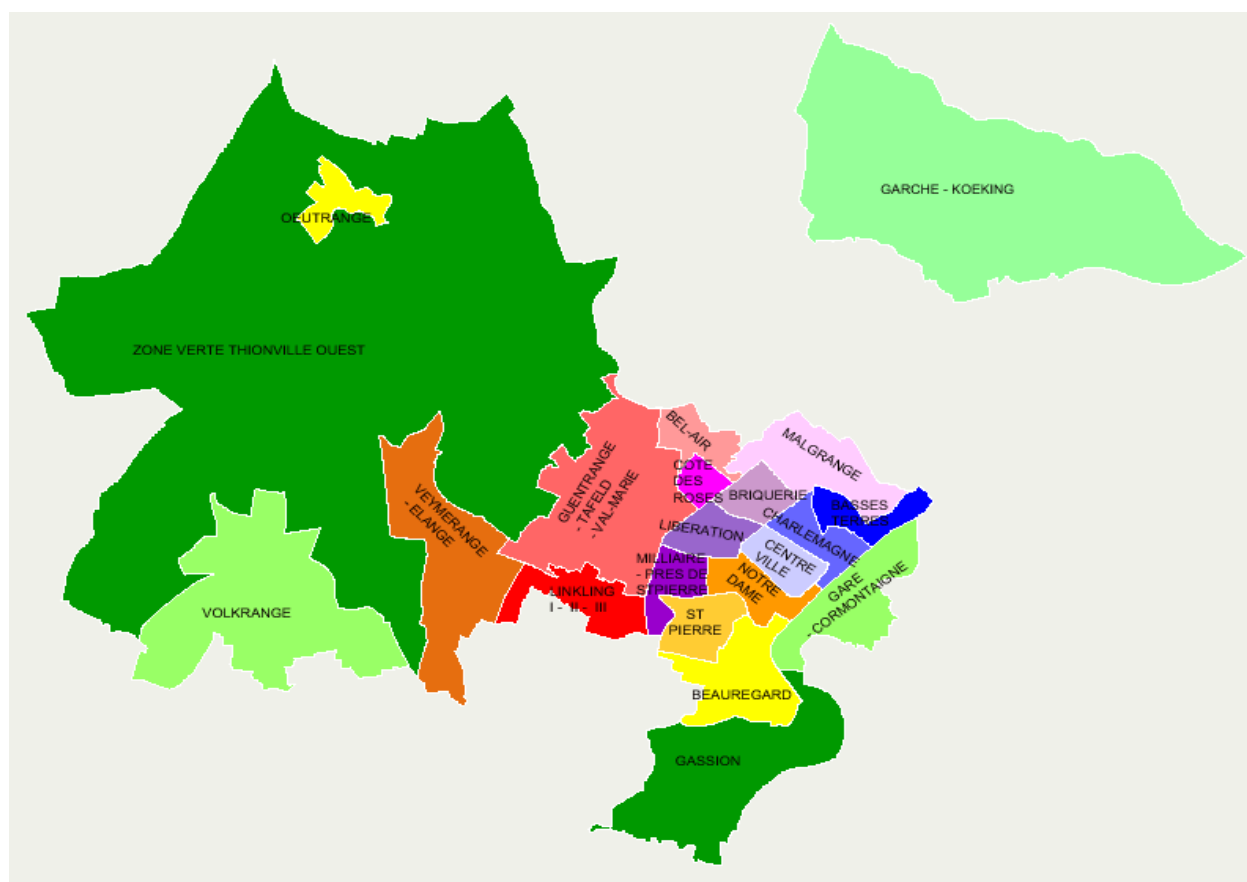


Illustration 1.2.1 : Carte de Thionville

### 1.2.1.1 – Côte des Roses

Le quartier de la Côte des roses, situé au nord de Thionville, est une zone urbaine sensible (ZUS), c'est à dire un territoire infra-urbain défini par les pouvoirs publics pour être la cible prioritaire de la politique de la ville, en fonction des considérations locales liées aux difficultés que connaissent les habitants. De ce fait, le quartier fait l'objet d'un projet de renouvellement urbain mené par l'ANRU (Agence Nationale de Rénovation Urbaine). Ce programme prévoit la démolition de 202 logements et la réhabilitation de 308 autres. Ce quartier souffre d'une mauvaise réputation du fait de son aménagement (hautes tours) et des trafics de stupéfiants qui s'y déroulent. Ses habitants restent cependant très attachés à la culture et aux rapports humains qui y sont institués.

### 1.2.1.2 - Bel Air

Le quartier de Bel-Air, situé au nord-ouest de Thionville est limitrophe de celui de la Côte des Roses, les deux quartiers ont des situations similaires. La particularité de Bel Air est qu'il accueille le CHR qui se trouve au cœur du quartier.

### 1.2.1.3 - Milliaire / Près de St Pierre

Le quartier Milliaire/Près de St Pierre, situé au sud ouest de Thionville est composé de deux secteurs (Milliaire et Près de St Pierre) séparés par une route principale très fréquentée. Ce quartier a également une mauvaise image du fait de la concentration de logements sociaux (68%) et d'un accroissement de la pauvreté. Ce contexte social dégradé se manifeste par un repli des habitants sur eux-même et un délitement du lien social(14).

### 1.2.1.4 - Basses-Terres

Le quartier Basses-Terres se situe à l'est de la ville et est assez proche du centre ville. Construit dans les années 60, il accueille une forte proportion de logements sociaux et est soumis aux même difficultés que les autres quartiers.

## 1.2.2 - Portrait socio-démographique des quartiers prioritaires

A quelques différences près, les quatre quartiers étudiés ont les mêmes caractéristiques socio démographiques : ils accueillent entre 1900 et 2230 habitants chacun (soit environ 5% de la population municipale en 2007 chacun).

- ✓ A contrario de l'ensemble de la ville, ces quartiers voient leur population diminuer (sauf pour Bel Air), souffrant d'une mauvaise image et/ou faisant l'objet d'une rénovation urbaine (-9.8% pour la Côte des Roses et -14.3% pour Milliaire/Près de St Pierre).
- ✓ A eux seuls, les quatre quartiers réunissent 60% du parc locatif social de la ville entraînant une concentration des ménages en difficulté.
- ✓ D'autre part, on observe qu'une part importante des moins de 20 ans vivent dans ces quartiers: entre 28% et 40% de la population pour la Côte des Roses, Bel Air et Basses Terre.
- ✓ La composition des ménages y est également spécifique avec jusqu'à 45% de familles

## Contexte

monoparentales à la Côte des Roses et 36% à 42% pour les autres quartiers prioritaires. Notons qu'il y a plus de 25% de familles monoparentales à Thionville ce qui est nettement supérieur aux moyennes nationales et départementales (20%).

- ✓ La part de la population étrangère thionvilloise se concentre majoritairement à la Côte des Roses (19.5% contre 9.7% sur Thionville). Il s'agit principalement de familles issues des pays du Maghreb et depuis une dizaine d'années, des Balkans.
- ✓ Les employés et les ouvriers sont globalement sous-représentés à Thionville (50% des actifs contre 60% en moyenne départementale). Il existe néanmoins des écarts importants vu que 65% des actifs occupés sont employés ou ouvriers sur les quartiers Côte des Roses, Milliaire Près St Pierre, et Basses Terres.
- ✓ De même sur Basses Terres, Côte des Roses et Bel Air, ils sont entre 25% et 46% d'ouvriers (contre moins de 10% au Centre ville).
- ✓ Les deux quartiers qui ont les taux d'activité féminin (femmes actives de 25 à 54 ans) les plus bas sont la Côte des Roses avec 74.5 % et Bel-Air avec 74.6% (moyenne de 84.3% à Thionville).
- ✓ En 2007, près de 20% des actifs étaient demandeurs d'emploi sur Bel Air et Milliaire/Près de St Pierre et 17% sur la Côte des Roses et Basses-Terres (10% en moyenne communale).
- ✓ La moitié des ménages sur les quartiers Bel Air, Côte des Roses et Milliaire Près de St Pierre vivent sous le seuil de pauvreté (revenu inférieur à 60% du revenu médian national) contre 25% en moyenne sur la ville.
- ✓ Plus de 40% de la part des allocataires de minima sociaux de Thionville se situent dans les quatre quartiers prioritaires : Bel-Air (12%), Milliaire/ Près de St Pierre (12%), la Côte des roses (9%),et Basses-Terres.

### 1.3 - Les acteurs présents

#### 1.3.1 - L'offre de soins

##### 1.3.1.1 - L'offre libérale :

La densité de l'offre de soins de premier recours (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens d'officine) à Thionville est hétérogène. En effet, elle est supérieure à la moyenne départementale pour les médecins (122 contre 102.5), les dentistes (92 contre 58.4) et les pharmacies (34 contre 25) mais est inférieure pour les kinésithérapeutes (49 contre 55.2) et encore plus faible pour les infirmiers (68 contre 117.9). L'écart est encore plus frappant avec 68 infirmiers pour 100 000 habitants contre deux fois plus en France (119.7 pour 100 000 habitants) et une densité de 49 kinésithérapeutes contre 86 en France. On compte également un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui a du mal à subvenir aux besoins manquant cruellement de personnel. Le principal obstacle étant le recrutement des aides soignants attirés par les salaires du Luxembourg voisin.

Il est intéressant de se pencher également sur la répartition géographique des ces professionnels et notamment des médecins généralistes et des pharmacies. On constate alors une forte concentration des cabinets médicaux dans les quartiers du centre ville. En contrepartie, sur les quartiers sensibles on ne compte que deux médecins. De la même manière, on compte 12 pharmacies à Thionville dont la moitié situées en centre ville.

#### 1.3.1.2 - Établissements de santé :

Thionville, du fait de sa position de ville-centre est particulièrement bien équipée en établissements de santé: elle accueille 2 hôpitaux qui dépendent du centre hospitalier régional de Metz-Thionville et 3 cliniques privées.

✓ **L'hôpital Bel-Air** est un établissement de médecine générale avec une capacité de 591 lits. Il possède également un accueil d'urgence générale et pédiatrique, un SMUR, un service d'hospitalisation partielle de chimiothérapie et de traitement de l'insuffisance rénale. Le CHR est également équipé d'un plateau médico technique comprenant 6 salles d'imagerie (IRM, scanner...). Il existe également une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) qui dépend du CHR et est rattachée aux urgences. Cette structure médicosociale a pour but de faciliter l'accès aux soins des plus démunis en dehors des murs de l'hôpital. Ouverte depuis 2000, elle accueille une population précaire pour une prise en charge médicale (soins, orientation, prévention) et sociale (accompagnement dans les démarches de reconnaissance de leurs droits avec une assistante sociale). Elle est très bien coordonnée avec les associations d'aide aux personnes en difficulté.

✓ **L'hôpital Beauregard** compte 118 lits dont 74 en médecine et 44 en psychiatrie. Il possède également un service d'urgence psychiatrique. Le CMP 1<sup>er</sup> secteur (Centre Médico Psychologique) est rattaché à l'hôpital Beauregard mais géographiquement décentralisé. Il regroupe une équipe pluridisciplinaire qui assure des consultations et des suivis.

✓ **La clinique Ambroise Paré** compte 144 lits dont 101 en chirurgie et 43 en soins de suite et de réadaptation.

✓ **La clinique Notre Dame** compte 60 lits en chirurgie.

✓ **La clinique St Elisabeth** compte 40 lits en médecine et 10 en soins de suite et de réadaptation.

#### 1.3.1.3 - Secteur médico-social :

On trouve également un nombre important de centres médico-sociaux à destination des publics fragiles (tableau 1.3.1.3): personnes âgées, protection de l'enfance, jeunes et adultes en précarité.

Le réseau est bien organisé par les différentes instances (Maison départementales des Personnes Handicapées, Conseil Général...) même si les professionnels signalent un manque de coordination entre les associations de familles.

## Contexte

Champs	Type
Aide sociale à l'enfance	MECR (maison d'enfants à caractère social)
Enfance handicapée et inadaptée	I.M.E (institut médico-éducatif) (Côte des roses) I.T.E.P (institut thérapeutique éducatif et pédagogique) (2) (Bel Air) S.E.S.S.A.D (service d'éducation spéciale et de soins à domicile) (3) (Milliaire/ Près de St Pierre)
Enfance handicapée	C.A.M.P.S (centre d'action médico-social précoce)
Adulte handicapé	E.S.A.T (établissement et services d'aide par le travail) (2) Service de suite et réadaptation (Côte des Roses)
Personnes âgées	EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) (3) (1 Bel Air et 2 Côte des Roses) Foyer logement (2) (Milliaire/ Près de St Pierre et Bel Air) Maison de retraite (3) (1 Milliaire/ Près de St Pierre) Service d'aide à domicile (3) (1 Milliaire/ Près de St Pierre)
Difficultés familiales et hébergement social	C.H.R.S (centre d'hébergement et de réinsertion sociale) Hôtel social FJT (Foyer des Jeunes Travailleurs)

*Tableau 1.3.1.3 : Établissements médico-sociaux à Thionville*

*Source: fichier national des établissements sanitaires et sociaux FINESS*

### 1.3.2 - L'offre du réseau social

#### 1.3.2.1 - Les Centres Sociaux et les Maisons de Quartiers

Le C.C.A.S de Thionville soutient financièrement, techniquement et administrativement les structures associatives œuvrant dans 10 thématiques précises dont « la santé et la prévention », « l'accès aux droits » et « l'aide à la personne ». La priorité est donnée aux quartiers sensibles, au travers notamment des Centres Sociaux et des Maisons de Quartiers.

**La Maison de Quartier de la Côte des Roses** est un centre social municipal : les travailleurs sociaux sont employés par la mairie et l'infrastructure appartient à la Ville. Les fils conducteurs de l'action sont la cohésion sociale et familiale, l'accès à la culture, la citoyenneté et l'intégration des populations immigrées et spécialement des femmes. Ce dernier axe prend en compte la santé dans ses actions avec la réalisation d'ateliers cuisine, de cours de gymnastique, de cours de français permettant l'intégration de programmes de prévention sur la nutrition et l'hygiène de vie. Ces actions sont également l'occasion pour les « femmes-relais » (animatrices sociales) de tisser un lien particulier avec les participantes afin d'aborder des thématiques plus sensibles comme l'accès aux soins, la vie conjugale ou l'éducation. Leur objectif long terme étant de développer leurs compétences psychosociales et d'agir ainsi sur leur qualité de vie.

**Le Centre Social « Le Lierre »** situé dans le quartier des Basses-Terres réalise également un travail important auprès des habitants en incluant fortement la thématique santé dans les projets de manière transversale. Ainsi dans le cadre des ateliers d'insertion à destination des

personnes en précarité, des séances de relaxation et des séjours de groupe sont proposés afin d'améliorer le mieux-être et la qualité de vie. De même, dans les programmes de soutien à la parentalité, des séances d'éducatrices nutritionnelles et des ateliers cuisines sont organisés pour renforcer les liens familiaux et promouvoir une meilleure hygiène de vie.

### 1.3.2.2 - Les associations

Thionville dispose d'un réseau associatif important avec plus de 400 entités enregistrées et près de 100 à caractère social. Parmi elles, on peut citer des associations anciennes et bien implantées sur le territoire comme ATHENES ou FOMAL qui œuvrent pour les personnes en très grande précarité en proposant des services d'hébergement d'urgence. Il y a également des associations nationales comme Les Resto du cœur, la Croix Rouge ou la confrérie de St Vincent de Paul qui proposent, de leur côté, une aide alimentaire, vestimentaire et sociale. Orientée vers la promotion de la santé, on peut également citer l'association INTERCOM SANTE 57 qui a pour but d'informer, d'éduquer et de former les habitants et les professionnels thionvillois. Créé par un regroupement de personnes issues du monde de la santé (libéral et hospitalier) et du monde associatif, cette association s'est donnée comme objectif le décloisonnement des milieux médicaux et associatifs pour améliorer le service rendu aux patients. Ils proposent déjà dans leurs locaux, des permanences pour les associations de patients (Dianolor, cœur et Santé Cancer Espoir) et ils recensent sur leur site internet, les actualités régionales en Santé, les cycles de formations, les différentes associations de patients. De manière générale, l'ensemble des acteurs associatifs apprécie le travail en réseau et sont ouverts à des démarches collectives : mutualisation de compétences ou réalisation d'actions communes...

## 1.4 - Les objectifs du diagnostic

L'objectif principal de cette recherche-action est donc de réaliser un diagnostic local participatif sur les quartiers prioritaires de Thionville en vue de proposer un projet de santé global. Compte tenu du temps imparti pour cette étude, il a été décidé que la totalité du diagnostic ne serait pas réalisé et que la dernière partie sur les préconisations ne pourrait pas être proposée.

Étant donné qu'aucune étude sur la santé des thionvillois n'avait été réalisée auparavant, nous avons établi que le premier objectif spécifique serait d'améliorer les connaissances sur la santé des habitants.

Ensuite, Afin de rester au plus près de la démarche besoin/demande /réponse propre à la santé publique, nous avons défini comme deuxième objectif spécifique celui d'identifier les besoins et les attentes des habitants via des entretiens sur le terrain.

Enfin, dans la perspective d'initier une démarche commune à la suite du diagnostic, nous avons choisi comme troisième objectif spécifique celui d'engager une véritable participation de tous les acteurs locaux ainsi que les instances régionales (ARS et Conseil Régional).

## 2 - Méthodes

### 2.1 - Organisation de la démarche

#### 2.1.1 - Présentation générale

Le diagnostic local, première phase d'une intervention en santé, doit se gérer comme un projet en lui-même : il inclut une phase préparatoire, une phase de réalisation et éventuellement de réajustement.

Dans un premier temps, il était important d'évaluer le niveau d'analyse de la situation. Malgré la présence d'études épidémiologiques en Lorraine(15), le territoire de Thionville était vierge de toute étude communautaire en santé, le niveau d'analyse était donc primaire : il fallait définir les problèmes de santé prioritaires en les abordant de manière systémique. Tout en conservant comme fil conducteur la participation des principaux acteurs en santé (démarche indispensable pour une meilleure compréhension de la notion de santé(16)), nous avons donc élaboré le protocole du diagnostic en suivant les étapes conseillées par le « Guide à destination des maîtres d'ouvrage d'un diagnostic local de santé » de la FNORS :

- La description de la situation
- Le diagnostic de perception
- La détermination des problèmes prioritaires
- Bilan et préconisations

#### 2.1.2 - Planning

Compte tenu de la durée limitée disposée (cinq mois), nous avons estimé que la dernière étape concernant le bilan et les préconisations ne pourrait être réalisée. Sachant que la durée raisonnable de réalisation d'un diagnostic est plutôt d'une année(9), nous avons préféré nous limiter à ces trois étapes pour ne pas saboter la démarche participative et privilégier ainsi une implication large des différents acteurs concernés. Il est important de souligner que l'intégralité du diagnostic avait été prévue sur cette période y compris la phase préparatoire.

Le diagramme de Gant a été l'outil de synthèse graphique choisi (Annexe I).

#### 2.1.3 - Mobilisation des acteurs professionnels

L'intervention locale en santé n'a d'intérêt que si elle entraîne une concertation en vue d'une pérennisation du processus. La mobilisation des acteurs locaux permet cette démarche et constitue un des enjeux essentiels du diagnostic. En effet, il ne s'agit pas de faire « à destination » des individus mais « avec » eux donc, il nous paraissait important de les associer au comité de pilotage ou à l'équipe projet(17).

##### 2.1.3.1 - L'équipe projet

L'équipe projet a un but opérationnel : elle produit les éléments du diagnostic, elle recueille des

informations, coordonne les actions... Elle est également un gage de réussite pour la mobilisation ultérieure. Le lien fort unissant la promotion de la santé et le développement social conduit donc naturellement à réunir au sein de ce groupe des profils d'horizons différents(9) : travailleurs sociaux, professionnels de santé, associations...

Pour construire cette équipe en évitant de perdre trop de temps, nous nous sommes appuyés sur le groupe Santé-Vie Quotidienne d'U.T.O.P.I.A en leur présentant notre démarche lors de leur réunion trimestrielle. Nous leur avons expliqué le déroulement du diagnostic et l'importance de leur rôle. La commission, qui ne travaillait pas sur un projet précis à ce moment-là, a accepté de participer au travail. De plus, les partenaires institutionnels tels que l'ARS (Agence Régionale de Santé) ou le Conseil Régional de Lorraine ont été associés à l'équipe afin de faciliter l'articulation avec les orientations au niveau régional en matière de santé publique. Nous avons également choisi de ne pas cloisonner ce groupe et d'y associer d'autres partenaires intéressés en cours de route si nécessaire.

Nous avons décidé que la fréquence des réunions serait plus importante que pour le comité de pilotage et qu'il conviendrait de nous réunir tous les deux mois.

### 2.1.3.2 - Le comité de pilotage

Le comité de pilotage a un but décisionnel. Il valide les grandes étapes, partage les conclusions et agit sur les suites à donner. Il permet de donner un regard extérieur au projet et évite ainsi l'ethnocentrisme d'un unique groupe de travail. Il rassemble généralement des représentants de la localité et des financeurs potentiels qui pourront intervenir dans l'avenir du projet(18).

Dès le début du diagnostic, nous avons donc sollicité, en explicitant notre travail, des personnalités susceptibles d'être intéressées par notre démarche : la responsable de la CPAM de Thionville, la directrice du C.C.A.S, la première adjointe au Maire, les conseillers municipaux délégués à la santé, à la petite enfance et aux seniors et un conseiller municipal chef de service au CHR (promoteur de plusieurs projet en éducation thérapeutique du patient).

Nous leurs avons indiqué qu'ils seraient invités à plusieurs réunions correspondant aux grandes étapes du diagnostic et par la suite à la restitution publique de celui-ci. Les huit personnes invitées ont répondu favorablement à notre proposition.

Nous souhaitons les rencontrer au début du diagnostic puis vers le début du mois de juillet afin de valider les premiers résultats.

## 2.2 - Description de la situation

Toute action de santé doit s'appuyer sur la connaissance du territoire, des relations sociales qui s'y déroulent et des ressources intervenant sur les conditions de vie(16). L'analyse des indicateurs économiques, environnementaux, culturels a pour but d'aider à la détermination des besoins. En effet, la santé ne doit pas être vue sous le seul aspect du soin et il est fondamental de prendre en compte les quatre séries de facteurs déterminants la santé des individus : les facteurs liés à l'environnement, aux facteurs biologiques, au système de santé et au style de vie. En résumé, il faut prendre une « photographie » de la situation sanitaire et sociale, et pour ce faire, une utilisation des données statistiques est nécessaire à partir de données préexistantes(17).



### 2.2.1 - Données socio-démographiques

Afin d'obtenir des renseignements sur l'environnement des individus concernant la démographie (configuration des familles, répartition par catégories d'âge, scolarité...), l'activité et l'économie (chômage, emploi...) le logement et la pauvreté, il a été décidé d'utiliser les données de l'Analyse des Besoins Sociaux effectuée en 2010-2011 et de les compléter si besoin par les chiffres des sites spécifiques (INSEE). Cette étude avait le double intérêt de proposer des données fiables et comparées avec d'autres territoires (département, région, état).

### 2.2.2 - Données sanitaires

Il a été convenu que les données plus spécifiques sur la santé et l'offre de soin seraient extraites de sites spécialisés comme la FNORS (Fédération Nationale des Observatoires de Santé), l'URCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) ou la DRESS (Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques)(19, 20). Nous avons également choisi d'utiliser les travaux de l'ORSAS-Lorraine(15) (Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales). De plus, la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) nous a proposé de nous fournir les données relatives aux indicateurs de santé et nous avons également choisi de faire l'état des lieux de l'existant en matière de programmes de santé en collaboration avec l'équipe projet.

## 2.3 - Diagnostic de perception

### 2.3.1 - Présentation générale

Il est essentiel d'apporter une complémentarité de l'approche quantitative par des données qualitatives. En effet, certaines priorités de terrain ne sont pas relevées dans les données chiffrées mais émergent dans l'approche qualitative (exemple de la santé mentale)(21). Aller à la rencontre de la population et des professionnels apporte des indications supplémentaires sur l'existence ou non de problèmes collectifs ainsi que sur la manière dont ils sont perçus par les individus(16). De plus, cette démarche permet d'obtenir divers éclairage sur la même situation et implique une mobilisation autour du diagnostic(9).

Envisageant la participation comme un processus visant à l'autonomisation des personnes, nous avons souhaité une collaboration active de leur part en appliquant le cadre théorique de l'enquête participative. Notre objectif était de renforcer l'*empowerment* des participants défini comme le processus par lequel les individus accèdent au pouvoir leur permettant de transformer leur vie et leur environnement.

### 2.3.2 - L'enquête participative

L'enquête participative est à la fois une méthode de recherche et un processus d'implication des individus. D'une part, elle permet d'interpréter les données quantitatives, de recenser les ressources existantes et de repérer les besoins et les demandes de la population(9). D'autre part, elle propose aux personnes la possibilité d'analyser leur propre situation et d'élaborer un projet en s'appuyant sur des ressources locales(22).

Le protocole de l'enquête participative a été réalisé en suivant le cadre théorique de référence

qui comprend les quatre phases suivantes(22):

1. le montage méthodologique réalisé avec l'équipe projet permettant de choisir les thèmes, le protocole, l'échantillon de la population enquêté...
2. le déroulement et l'analyse de l'enquête
3. le partage des résultats avec la population
4. l'analyse critique commune et la priorisation des problèmes

L'objectif est d'engendrer une dynamique communautaire grâce à la participation active de tous les acteurs. En effet, comme le souligne l'OMS : « *il paraît presque réactionnaire aujourd'hui de proposer une stratégie de développement qui ne fasse pas appel à la participation, et les principales étapes de développement –recherche, planification, mise en œuvre, évaluation– ont toutes été réorientées pour les rendre participatives* » (23). Plus précisément, pour déterminer les différents niveaux d'implication des individus dans les programmes mis en œuvre, on peut utiliser l'échelle de pouvoir du citoyen sur la décision (formalisé par Hance et al en 1990) suivante :

Échelon	Degré de participation
1er échelon	Le promoteur agit seul, sans communiquer avec les citoyens
2ème échelon	Le promoteur informe les citoyens sans leur demander de se prononcer sur la question
3ème échelon	Le promoteur consulte sans réellement tenir compte des commentaires émis
4ème échelon	Le promoteur consulte et tient compte des commentaires émis
5ème échelon	Le promoteur s'associe à la population pour résoudre le problème
6ème échelon	Le promoteur remet entre les mains des citoyens le pouvoir de prendre seuls les décisions appropriées

*Tableau n°2.3.2 : Les différents niveaux d'implication du citoyen ordinaire (Hance et al, 1990)*

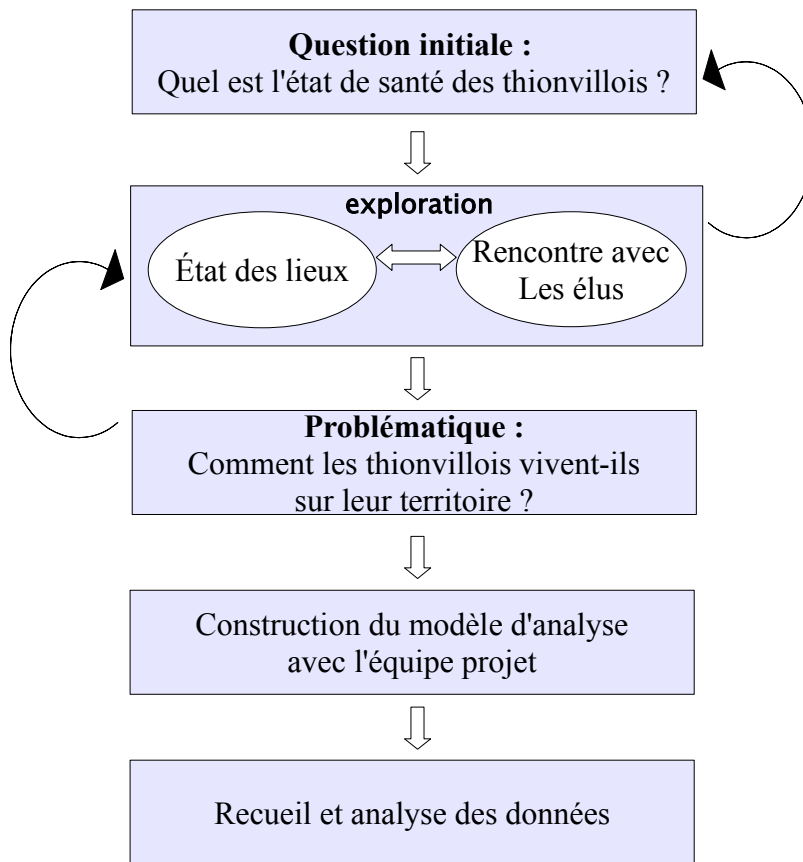
Notre but sera d'atteindre l'échelon de plus haut possible, sachant néanmoins que le 6ème nécessite un travail de fond, nécessitant beaucoup de temps que disponible.

### 2.3.2.1 - Problématique d'investigation

La première étape du montage méthodologique du projet est de construire une problématique et de délimiter le champs de recherche. Cette phase permet de répondre à la question posée et d'établir une relation entre la question et la méthode de recherche. Il a été choisi de s'appuyer sur le modèle de R.Quivy et L.Van Campenhoudt(24) pour cette phase de problématisation. Ce modèle propose une étape importante de reformulation de la question en passant par une phase d'exploration de la littérature ou du terrain et en permettant des réajustements. Pour cette phase exploratoire, nous nous sommes appuyés sur les résultats du diagnostics socio-démographique et sanitaire et nous avons rencontré des élus qui nous ont donné un éclairage supplémentaire sur la ville et ses habitants. Ces recherches nous ont permis d'affiner et de problématiser la question initiale trop générale. Ainsi, nous nous sommes centrés sur

## Méthodes

l'aspect écologique de la santé, en favorisant la compréhension de la relation des individus avec leur milieu : la ville de Thionville.



*Illustrations 2.3.2.1 : Le modèle de R. Quivy et L. Van Campenhoudt*

### 2.3.2.2 - Choix de l'outil

Nous avons choisi l'entretien semi-directif comme méthode de recueil des données. En effet, il répond bien à l'exigence de la recherche qualitative qu'est la considération du point de vue de l'enquêté(25) et il paraît plus intéressant que des questionnaires ou des observations considérés davantage comme un moyen d'obtenir des informations)(17).

Pour réaliser ce type d'entretien, nous avons défini les thèmes principaux en fonction de notre question de recherche : **Comment les thionvillois vivent-ils sur leur territoire ?**

Cette démarche doit permettre des réponses multiples et invite les enquêtés à formuler leurs réponses avec leurs propres mots permettant de mieux appréhender leur ressenti. Le but étant de proposer un entretien ouvert avec des questions larges balayant le champ de la santé, du bien être, des ressources disponibles et exploitables, du ressenti de la population...

### 2.3.2.3 - L'échantillonnage

Typiquement utilisé en recherches qualitatives, nous avons choisi pour la constitution de notre échantillon d'étudier des composantes non strictement représentatives mais caractéristiques de

la population(23). Notre objet n'étant pas de répondre à une exigence de représentativité exhaustive mais d'inclure des composantes caractéristiques de la population étudiée.

Nous avons donc sélectionné des groupes issus de la population d'une part et du monde professionnel et associatif d'autre part. Nous avons établi un échantillon préalable (le plus couramment utilisé en recherche qualitative à visée opératoire) avec des groupes déjà existants et correspondant à des caractéristiques pertinentes en fonction de la question posée(24).

- ✓ Pour le panel des habitants , nous avons privilégié une approche inter générationnelle en organisant des groupes de jeunes, d'adultes et de seniors issus si possible des quartiers prioritaires. Pour cela nous nous sommes rapprochés de la Mission Locale, de la Maison de quartier de la Côte des Roses, du Centre Social Le Lierre et du foyer St Nicolas (à destination des seniors).
- ✓ Pour les professionnels, il a été décidé de ne pas se cloisonner aux professionnels du secteur sanitaire et social afin de conserver la transversalité du projet(21). Nous avons donc contacté un maximum d'acteurs issus des hôpitaux, cliniques, réseaux gériatriques, PMI (Protection Maternelle et Infantile), éducation nationale, associations...

Nous avons constitué le panel des personnes interrogées en collaboration avec l'équipe projet ainsi qu'avec l'aide des élus, souhaitant nous faire bénéficier de leur carnet d'adresse.

Enfin, s'agissant d'un programme communautaire, nous avons préféré, dans la mesure du possible, réaliser des entretiens de groupe de 5 à 10 personnes afin de favoriser le discours collectif(16).

#### 2.3.2.4 - Recueil des données

Pour aborder tous les thèmes et assurer une cohérence dans notre discours, nous avons préparé deux guides d'entretiens : un pour les populations et un pour les professionnels, composés des même thèmes généraux. Ces aides-mémoires permettent de n'oublier aucun thème et sous-thème même si nous nous sommes laissés la liberté de poser des questions supplémentaires non programmées. Nous avons soumis les guides d'entretiens à l'équipe projet lors de la deuxième réunion afin d'en débattre et de les valider. Enfin, dans le but de faciliter la comparaison des réponses et de permettre une utilisation valable des résultats, nous avons abordé les même types de questions auprès des différents publics(26).

#### 2.3.2.5 - Analyse des données

Après la réalisation des entretiens, nous pourrons exploiter les données en trois étapes (24):

- ✓ Retranscription des entretiens : prise en compte la communication verbale et non-verbale (silences, manifestations émotionnelles...).
- ✓ Codage : découpage des unités d'enregistrement (une unité d'enregistrement= un sous-thème). Puis énumération des unités selon la fréquence (plus une unité est employée plus elle est importante pour l'individu) et la direction employée (direction favorable, neutre ou défavorable...).
- ✓ Analyse des résultats et interrogation du sens des entretiens (pour ne pas rester dans la

logique « comptable » du codage).

### 2.4 - Détermination des problèmes prioritaires

Une fois le diagnostic de perception réalisé, nous avons identifié les problèmes relevés sur le territoire. Cette étape de détermination des priorités d'intervention est nécessaire afin de ne pas se contenter de proposer un « catalogue » de problèmes et d'actions à envisager(27). Pour réaliser cette étape, il faut proposer des critères de choix puis organiser une réflexion et des débats en incluant tous les acteurs du diagnostic.

#### 2.4.1 - Critères de détermination

Afin de hiérarchiser et d'argumenter les choix, nous avons proposé trois critères(27,28,29) :

- ✓ l'importance du problème

Nous choisissons de prendre en compte la fréquence du problème qui s'apprécie en terme de taux de mortalité, de morbidité, d'évolution ainsi que la gravité qui s'apprécie en terme économiques et sociaux. Évidemment, ce premier critère prévaut pour les pathologies et leurs déterminants.

- ✓ la perception sociale des problèmes

La prise en compte du ressenti des acteurs vis à vis du problème est un gage d'appropriation et donc de mobilisation dans la mise en œuvre des actions futures. Ainsi, en considérant la perception sociale comme un critère, nous incluons implicitement la capacité d'agir des acteurs. En effet, faire valoir leurs préoccupations et leurs désirs, tout en poursuivant un travail d'élaboration conjoint, leur donnent plus de place et de légitimité dans le processus.

- ✓ les orientations régionales

Travaillant de concert avec l'ARS et le Conseil Régional, nous avons souhaité poursuivre la dynamique existante dans la région en considérant les programmes en cours. Pour se faire, nous avons inclus les instances régionales dans l'équipe projet.

#### 2.4.2 - La participation des acteurs

Cette étape de détermination des choix correspond à la phase de partage des résultats avec l'ensemble des acteurs en santé (population et professionnels) et à l'analyse critique de la recherche participative. A ce stade, il est impératif de : faire un compte rendu des premiers résultats du diagnostic et de déterminer les problèmes de santé prioritaires. L'objectif est de sélectionner les thèmes prioritaires qui conduiront à la construction d'objectifs stratégiques puis opérationnels (étape suivante).

Ainsi, Pour ce faire, nous souhaitons réunir :

- l'équipe projet le 28 juin
- le comité de pilotage le 7 juillet
- la population mi-juillet

### 3 - Résultats

#### 3.1 - Organisation et planning

Il était prévu de réaliser, dans les cinq mois impartis, la phase préparatoire du diagnostic et les recherches méthodologiques qui y sont associées ainsi que les trois premières étapes du diagnostic local à savoir : La description de la situation, le diagnostic de perception et la détermination des problèmes prioritaires.

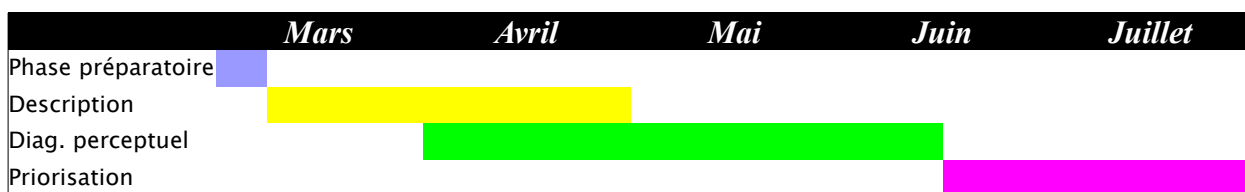
✓ Dans les faits, la phase préparatoire a pris plus de temps que prévu. En effet, il s'est avéré indispensable de bien s'imprégner de l'histoire, du contexte et du fonctionnement de la structure afin d'optimiser l'efficacité de notre travail. Nous avons donc préféré améliorer notre connaissance du milieu, ce qui nous a amené à multiplier les recherches et les échanges avec les élus et les agents du CCAS. De plus, afin de ne pas se tromper de direction, nous avons préféré multiplier les sources bibliographiques pour la construction de notre méthodologie. Les conseils de professionnels de santé publique évoluant dans d'autres régions et autres structures ont également été sollicités afin de garantir la validité des étapes élaborées. Concrètement, la durée de cette étape a été multipliée par deux, repoussant ainsi le démarrage de la phase suivante.

✓ La phase de description de la situation a finalement été prolongée jusqu'à la fin de la période du fait de la difficulté à recueillir certaines données.

✓ Le diagnostic de perception s'est correctement déroulé dans le temps imparti.

✓ La phase de détermination des problèmes prioritaires n'a finalement pas été terminée. En effet, au fur et à mesure du projet, les perspectives d'avenir du diagnostic ont évolué, nous permettant de reconsidérer la méthodologie initiale et de prolonger cette étape.

Planning prévisionnel simplifié:



Planning effectif simplifié:

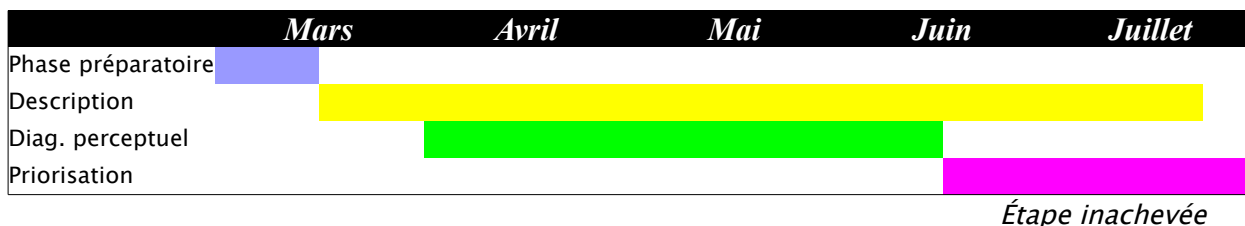


Illustration 3.1 : Plannings prévisionnel et effectif simplifiés

## 3.2 - Mobilisation des acteurs professionnels

### 3.2.1 - Équipe projet

#### 3.2.1.1 - La mise en place du groupe

La présentation du projet a eu lieu lors de la réunion trimestrielle de la commission santé-vie quotidienne du groupe UTOPIA, le 10 mars 2011. Même si nous n'avons pas pu instaurer de cycle régulier de réunions toutes les huit semaines comme souhaité, nous avons pu organiser deux réunions avant la fin du mois de juillet. Nous avons gardé les pratiques de la commission consistant à changer de lieux de rendez-vous à chaque réunion : la première a eu lieu aux AF.A.D (Association Familiale d'Aide à Domicile), la deuxième au C.C.A.S et la troisième au Centre Social Le Lierre.

La réunion du 11 avril 2011 avait pour but de définir le diagnostic de perception et de programmer l'état des lieux de l'existant et la réunion du 28 juin 2011 avait pour but de faire un premier compte rendu du diagnostic et de déterminer les premières priorités.

Au fur et à mesure des réunions, de nouveaux partenaires, rencontrés lors du diagnostic de perception ou lors d'échanges informels ont été conviés afin d'enrichir notre démarche. Ainsi, l'ARS (Agence Régionale de Santé), l'association INTERCOM SANTE ou encore la Mission Santé du Conseil Régional nous ont rejoint lors de la réunion du 28 juin.

Dans la semaine suivant les réunions, un compte rendu était envoyé par mail à l'ensemble de l'équipe. Ainsi, les absents restaient informés, ce qui permettait de garder une dynamique lors de chaque assemblée.

Sur l'ensemble des acteurs impliqués, qu'il s'agisse des 28 membres du groupe UTOPIA ou des collaborateurs externes, l'assiduité n'a pas été la même lors des trois réunions (Annexe IV). De plus, on peut considérer qu'une vingtaine de structures se sont activement impliquée lors des réunions. Des rappels sur l'importance de conserver une dynamique et un rythme de travail régulier à été relayé par les différents acteurs.

#### 3.2.1.2 - La co-construction du diagnostic de perception

Lors de la deuxième réunion du 11 avril 2011, nous avons donc défini conjointement la méthode de recueil des données qualitatives. Nous leur avons proposé d'utiliser l'outil des entretiens semi-directifs en leur expliquant les intérêts et les contraintes. L'équipe a immédiatement validé cette méthode et a exprimé son contentement : en effet, elle avait diffusé quelques mois auparavant un questionnaire à destination des jeunes qui n'avait pas eu l'efficacité attendue.

Par la suite, nous avons construit les grilles d'entretien (Annexe II et III) en s'appuyant sur l'environnement des habitants et en prévoyant un éclairage particulier sur la santé mentale, préoccupation primordiale pour l'équipe. Les thèmes approfondis étaient :

1. le lieu de vie, l'environnement
2. le rapport à la santé (et à la santé mentale)
3. les ressources en matière de santé (disponibles et exploitées)

## Résultats

4. le changement souhaité

5. les pratiques (pour le questionnaire à destination des professionnels)

Enfin, nous avons établi ensemble la liste des personnes et des groupes de population à rencontrer : nous avons prévu de solliciter 19 structures pluridisciplinaires et 5 groupes d'habitants (2 groupes d'adultes en difficulté, 2 groupes de jeunes en réinsertion et 1 groupe de personnes âgées).

### 3.2.1.3 - L'état des lieux de l'existant

Lors de cette même réunion, nous avons discuté de la nécessité d'identifier et de répertorier les structures, les programmes et les actions santé disponibles à Thionville. Outre le fait que cette étape fasse partie intégrante du diagnostic, elle permet également de dynamiser et d'optimiser le réseau. En effet, les débats ont soulevé le manque de communication et de clarté entre les institutions, associations et professionnels, malgré une amélioration notable depuis la création du groupe UTOPIA.

Nous avons donc sollicité l'ensemble des membres de l'équipe en leur demandant de nous indiquer les programmes santé en cours et à venir, le public concerné, les objectifs à atteindre et le mode d'action mis en place. Du mois d'avril au mois de juin, 2/3 des membres ont répondu efficacement à ce mail, nous permettant d'élaborer un état des lieux des principales actions santé organisées.

### 3.2.1.4 - L'identification des priorités

La réunion du 28 juin a permis de présenter les premiers résultats du diagnostic de perception et de débattre des problèmes identifiés sur le territoire. Après avoir accepté les trois critères de choix, l'ensemble de l'équipe s'est fortement investie lors de la détermination des priorités. De plus, l'engagement oral de l'ARS et du Conseil Régional de nous soutenir dans notre démarche a insufflé une dynamique positive. Après deux heures de débat, et un consensus permettant de mettre en avant les problèmes de santé mentale, l'équipe projet a décidé de formuler comme premières priorités :

« la santé mentale » et « la coordination du réseau ».

## 3.2.2 - Comité de pilotage

### 3.2.2.1 - La mise en place du groupe

Tous les participants ont pris le temps de répondre favorablement au courrier explicatif qui leur a été envoyé dès le mois de mars. Par la suite, nous les avons rencontrés individuellement au cours des mois d'avril et de mai pour mieux leur expliquer la démarche. En effet, il nous a été impossible de les réunir avant le mois de juillet du fait de leurs activités respectives.

Lors de la réunion du 7 juillet qui s'est déroulée au C.C.A.S et qui concernait la restitution des premiers résultats, l'ensemble du comité de pilotage s'est déplacé. Le groupe était composé de :

- la 1<sup>ère</sup> adjointe au maire
- l'adjoint délégué à la santé



- l'adjoint délégué à la petite enfance
- l'adjointe déléguée aux seniors
- une conseillère municipale formatrice à l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers)
- un conseiller municipal d'opposition, chef de service de l'hôpital Beauregard
- la directrice du C.C.A.S
- la responsable adjointe de la CPAM de Thionville
- la chargé de mission chargé du diagnostic et son directeur
- Monsieur le Maire et son chef de cabinet (présence non programmée initialement)

### 3.2.2.2 - La validation des grandes étapes

Un document de travail préparatoire répertoriant les problèmes de santé identifiés sur Thionville avait préalablement été envoyé par mail à l'ensemble du comité. Les objectifs de la réunion étaient :

- la validation de la méthodologie
- la validation des premiers résultats
- la validation de la poursuite du diagnostic à la rentrée (et les frais annexes liés)

La méthodologie du diagnostic n'a pas été discutée, les membres du comité ont approuvé la dynamique et la participation large des acteurs qui ont été instaurées.

A contrario, les premiers résultats ont soulevé des débats, notamment sur le problème des refus de certains professionnels de soigner les plus précaires ou sur les délais d'attente des personnes âgées pour rentrer en institution. La présence simultanée de médecins, d'élus et de la responsable de la CPAM a permis d'éclaircir certains problèmes et certaines incompréhensions. La responsable de la CPAM a notamment fait le point sur les moyens récents mis en place pour éviter les déconvenues des médecins face au non remboursement de la CMU (numéro unique renseignant sur la couverture maladie des droits des patients). Les premiers résultats ont néanmoins été validé après le réajustement de certaines données, notamment au niveau des données sanitaires.

Enfin, la poursuite du diagnostic a été validée par le comité. En effet, le temps imparti s'étant révélé insuffisant dès le début du diagnostic, nous avons sollicité sa poursuite par l'embauche de la chargée de mission stagiaire. La présence des élus et du Maire a permis d'accélérer cette décision et d'éviter une cassure dans le processus.

### 3.2.2.3 - L'identification des priorités

Après avoir fait un bref compte rendu de la réunion du 28 juin de l'équipe projet, nous avons proposé les deux premières priorités retenues, à savoir: la coordination des réseaux et la santé mentale. Le comité a rapidement validé ces deux axes qu'ils ont jugé « prévisibles » et en a proposé un troisième:

« la délocalisation de l'offre de soin en direction des publics prioritaires ».

### 3.3 - Description de la situation

#### 3.3.1 - Données socio démographiques

Les données sociodémographiques concernant la démographie (configuration des familles, répartition par catégories d'âge, scolarité...), l'activité et l'économie (chômage, emploi...) le logement et la pauvreté ont été extraites de l'Analyse des Besoins Sociaux.

Les données manquantes concernant le niveau scolaire et la proportion d'étrangers (et leurs origines) ont été trouvées sur les sites spécialisés de l'Éducation Nationale (Académie de Metz-Nancy) et de l'INSEE.

#### 3.3.2 - Données sanitaires

Concernant les Services sanitaires et sociaux, les données sur l'offre de soin en libéral ont été extraites du site de l'URCAM (Cartosanté) et par l'Ordre des pharmaciens. Celles concernant les établissements ont été recueillies sur le site du ministère chargé de la santé et des sports (SAE Statistiques Annuelle des Établissements de Santé) et celles relatives aux établissements médico-sociaux sur le site de l'ARS.

Néanmoins, il a été plus difficile d'obtenir des données sur les indicateurs de santé étant indisponibles sur internet et associées inexorablement au secret professionnel. Nous avons réussi à obtenir les chiffres liés à la mortalité (sexe, classe d'âge et causes principales) en nous mettant en contact direct avec l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale). Nous avons extrait, via *l'Atlas de la Santé des Lorrains* de l'ORSAS, les taux comparatifs d'admission à l'hôpital par sexe sur le « territoire » de Thionville mais pas sur la commune de Thionville. En effet, l'ORSAS a procédé à un découpage territorial et a défini un « territoire de santé et de proximité de Thionville » regroupant 224 648 habitants. Enfin, la CPAM nous a fourni, au bout de trois mois, les chiffres de consommation de soins de ville en isolant les bénéficiaires de la CMU et avec une ALD.

Il nous a été impossible de trouver les données relatives aux consommations de soins hospitaliers : nombre de séjour par âge, sexe et selon les dix premiers motifs.

### 3.4 - Diagnostic de perception

#### 3.4.1 - Les entretiens semi-directifs

##### 3.4.1.1 - Les entretiens de professionnels

Finalement, nous avons pu nous entretenir avec 17 structures répertoriées ci-après dans le tableau 3.4.1.1. Malgré nos multiples relances, nous avons essuyé deux refus : de la part d'infirmières scolaires (aucune réponse) et du personnel du CMP (pas disponibles).

Au total, nous avons interrogé 46 personnes lors d'entretiens individuels ou collectifs. Dans l'ensemble, les personnes étaient intéressées et motivées par le projet surtout si elles le connaissaient préalablement (si membres d'UTOPIA ou par le bouche à oreille). Quelques résistances ont été émises notamment chez les professionnels évoluant dans des structures,

mais après des explications détaillées, la présentation des groupes de travail et l'assurance du soutien des élus, les freins étaient levés.

Les entretiens ont duré une heure en moyenne (50 minutes pour le plus court et 1H40 pour le plus long), ils se sont déroulés sur le lieux de travail des interviewés et étaient intégralement enregistrés (après leur autorisation).

<b>Structure</b>	<b>Population</b>	<b>Personnes ressources</b>	<b>Date de l'entretien</b>
CHR Bel-Air	Toute population	COLSENET A (assistante sociale : A-S) MONTANA A (A-S) KHALFA Dalila (A-S)	24/05/2011
INTERCOM 57	Toute population	Dr HERFELD (généraliste) Mme ESCALIER (infirmière) Dr MEY (dentiste) Dr CUNY (nutritionniste) Dr HAMELIN (pharmacien) Dr HOUPPE-NOUSSE (cardiologue)	18/04/2011
CRECHES « Les Petits Pas »	Petite enfance	Mme CALVET (directrice) Mme DOUAULT (secrétaire)	28/04/2011
PMI Protection maternelle et infantile	Petite enfance	Dr DEUTSCHER (pédiatre) Mme ORIOTTI (puéricultrice)	15/04/2011
APEI - IME Institut médico-éducatif	Enfance handicap	Mme BRUCH (A-S) Mme CASSIN (psychologue) Mme DONATI (chef de service) Dr MERLIN (pédiatre) Mme SANZEY (infirmière)	10/05/2011
F.J.T Foyer des jeunes travailleurs	Jeunesse	Melle THIRIET (conseillère ESF responsable de l'espace santé) M.MARTIN (administrateur)	09/05/2011
Mission locale	Jeunesse	Mme BAUCHAT (A-S) Mme ESPINOLA (conseillère ESF) Mme MASSE (A-S)	12/05/2011
Centre Baudelaire	addictologie	M. Mouchard Hugues (cadre de santé)	26/04/2001
Médecine du travail	adultes	Dr FOURRIER M. SEMIN (directeur)	06/04/2011
Clinique St Elisabeth	seniors	Dr SCHMITT	27/04/2011
Gerontonord / CLIC Centre local d'information et de	seniors	Mme GUILMIN (A-S) Mme LUSTIG (chargée d'accueil) Mme STOCLOSA (infirmière)	09/05/2011

## Résultats

coordination			
PASS Permanence d'accès aux soins de santé	Précarité	Dr LEGAL Mme ARKOUM (A-S)	16/05/2011
ATHENES Association thionvilloise pour l'essor de nouveaux espaces sociaux	Adultes Précarité	Mme HOERNER (Chef de Service) Mme DIEUDONNE (Secrétaire) Mme GIORGIANTONIO (Educatrice Spécialisée) Mme MEFTAH (Monitrice Educatrice : ME) Mme NEBEL (Animatrice) M.OUZZANI (ME) Mme TRELAT (ME)	03/05/2011
Maison de quartier « côte des roses »	Précarité	Mme MOLINA (éducatrice) M.ORTH (éducateur) Mme MANCILLA (éducatrice) Mme COINTEPAS (éducatrice)	16/05/2011
Maison de quartier « le lierre »	Adultes précarité	Mme BUCCI Stéphanie (psychologue)	15/04/2011
A.F.A.D Association familiale d'aide à domicile	Précarité	Patricia Metzger (animatrices d'ateliers d'insertion : TISF)	03/05/2011
GEM THEO Groupe d'entraide Mutuelle	Santé mentale	M. GORI Patrick (président et infirmier psychiatrique)	10/05/2011

*Tableau n°3.4.1.1: Liste des professionnels interviewés pour le diagnostic de perception*

### 3.4.1.2 - Les entretiens de la population

Quatre entretiens de groupes pour un total de 28 personnes ont été réalisés avec la populations. Nous n'avons finalement pas pu réunir un deuxième groupe de jeunes en réinsertion par manque de temps. Néanmoins, nous n'excluons pas de les intégrer dans une prochaine phase de travail.

- **Groupe 1** : Adultes en difficulté au Centre Social Le Lierre (8 femmes de 38 à 55 ans).

Le vendredi 15 avril de 14h à 15h, nous les avons interrogé dans les locaux du Centre Social où elles avaient l'habitude de se rendre. Leur accompagnatrice qui les avait conviées à cette réunion nous a assisté. Nous avons pu aborder tous les thèmes même si de nombreuses digressions ont nécessité des relances.

Cumulant les facteurs de précarité (chômage, ALD, mère célibataire...), ces femmes nous ont apporté des indications précieuses sur leur situation, leurs besoins et leurs demandes. La santé mentale est apparue centrale: « être bien dans sa tête » a été la réponse automatique à la question : « qu'est ce qu'être en bonne santé ? ». Même les deux personnes atteintes de pathologies chroniques (maladie respiratoire et diabète) ont insisté sur l'importance du bien être mental. Lorsque nous leur avons demandé quels changements pourraient améliorer leur santé, les réponses ont toutes fait référence aux loisirs et aux activités festives. Elles ont notamment évoquer le bal populaire de proximité du samedi soir permettant de « décompresser », et favorisant les échanges inter générationnels.

➤ **Groupe 2** : Seniors à l'espace St Nicolas (4 femmes et 3 hommes de 65 à 81 ans).

L'espace St Nicolas est un lieu de rencontres et d'échanges situé au centre ville. Il propose aux seniors des activités ainsi qu'un restaurant chaque midi. Nous avons rencontré ce groupe de retraités le jeudi 5 mai à 11h avant leur déjeuner. Ils étaient curieux de cette démarche et se sont montrés coopératifs quoi que plus pudiques que les autres groupes lors de l'évocation de sujets sensibles comme la dépendance ou la dépression.

Leur expertise nous a surtout renseigné sur l'évolution de la ville, son environnement, les grosses transformations du bassin sidérurgique, les mouvements migratoires... Ils ont évoqué le fait que les conditions de vie actuelles leurs paraissent plus difficiles qu'à leur époque malgré la rudesse de leur travail. Du point de vue de la santé, les seniors ont surtout insisté sur la nécessité de favoriser le lien social afin de ne pas s'enfermer dans la solitude « qu'on croise derrière chaque porte quand on est à la maison ». L'ensemble des participants étaient veufs, et ils ont exprimé cette souffrance en évoquant essentiellement le risque d'isolement grandissant au fur à mesure des années (retraite, problème de mobilité...). L'espace St Nicolas et son personnel ont été évoqués de manière bienveillante et pour certains presque salvatrice :ils leurs ont « évité bien des choses ».

➤ **Groupe 3** : Femmes en difficultés à la maison de quartier de la Côte des Roses (7 femmes de 25 à 65 ans).

Nous avons réuni ce groupe de mamans le jeudi 12 mai de 9h à 11h dans les locaux de leur maison de quartier. Leur animatrice les avaient invitées à cette réunion lors de différents ateliers (cours de français, de cuisine...) mais a préféré ne pas nous accompagner. L'entretien a été plus long que les autres car les sujets évoqués ont soulevé de fortes émotions et le récit de certaines histoire personnelles douloureuses. Nous avons tout de même pu aborder l'ensemble des thèmes.

Ces femmes ont beaucoup parlé de la difficulté à s'insérer dans un nouvel environnement, qu'il s'agisse d'un nouveau quartier ou d'un nouveau pays. Elles ont insisté sur la souffrance entraînée par la distance avec leur famille et pour beaucoup, le fait d'avoir des enfants scolarisés est le seul moyen de briser l'isolement. Du point de vue sanitaire, elles ont déploré le coût des frais dentaires (beaucoup rentre se faire soigner au « bled ») et d'optiques (une partie non négligeable des femmes lisent à l'aide de loupes achetées au marché). Elles ont également avoué ne pas se rendre chez leur gynécologue en dehors du suivi de grossesse, les principaux freins identifiés étant le problème de garde des enfants, l'appréhension du monde médical et l'avance de frais.

## Résultats

- **Groupe 4** : Jeunes en réinsertion à la Mission Locale (2 filles et 4 garçons de 17–24 ans).

Nous avons réuni ce groupe, le vendredi 13 mai de 9h à 10h15 à la Mission Locale. Ils avaient passé la semaine ensemble lors d'ateliers de réinsertion. Cet entretien a été plus difficile que les autres car les jeunes s'exprimaient peu et il a fallu relancer, reformuler et interpréter lors de nombreuses occasions.

Cependant, les jeunes ont également mis en avant l'importance de la santé mentale. Pour eux, celle-ci est directement liée à la situation familiale (qualité de la relation avec leurs parents), sociale (intégration dans un groupe de pairs) et professionnelle. Néanmoins, ils ont été les seuls, parmi les quatre groupes interrogés, à évoquer la maladie (pas forcément la maladie grave) comme réponse à « qu'est ce qu'être en mauvaise santé ? ».

Nous avons également noté une méconnaissance des structures d'orientation et d'information sur la sexualité disponible sur la ville. Les jeunes savaient tous ce qu'était le Planning Familial grâce aux informations reçues au collège mais seul trois d'entre eux pouvaient le situer à Thionville. Le CIDDIST (Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles) était quand à lui connu par deux participant uniquement.

Les principales requête des jeunes rencontrés concernaient le problème de l'emploi et le manque de loisirs accessibles et adaptés.

### 3.4.2 - L'analyse des données

Après la retranscription, le codage et l'analyse des entretiens, nous avons identifié les problèmes de santé du territoire que nous avons choisis de répertorier par tranches d'âges pour une analyse plus fine. Présentation succincte des résultats :

#### **La santé des enfants et des adolescents (0 à 18 ans):**

- 1) Les enfants handicapés et de leurs familles: le manque de structures et de soutiens
- 2) La démographie médicale : le problème pédiatrique
- 3) Comportement à risque chez l'adolescent: le problème de la parentalité
- 4) Les mauvaises habitudes alimentaires

#### **La santé des jeunes :**

- 1) Jeunes en difficulté et ruptures familiales: l'absence de structure d'accueil
- 2) Santé mentale et les comportements à risque: ou comment calmer le stress et les angoisses
- 3) L'accès aux droits : le manque d'information et de soutien
- 4) L'accès aux soins : le manque d'information et d'intérêt

#### **La santé des femmes en difficultés :**

- 1) L'accès aux soins spécialisés : le problème du coût, de l'appréhension et la barrière culturelle
- 2) L'épuisement des mères : le risque d'isolement lié au problème de garde
- 3) Les comportements à risque : la consommation de médicaments et d'alcool en hausse

### **La santé des adultes en difficultés :**

- 1) Santé mentale : le défaut de prise en charge
- 2) Comportements à risque : nomadisme médical et surconsommation de médicaments
- 3) Hygiène de vie: augmentation du surpoids, des pathologies métaboliques et défaut d'hygiène
- 4) L'accès aux soins : la mauvaise image de soins, le problème du coût

### **La santé des seniors :**

- 1) Santé mentale : un diagnostic plus difficile
- 2) L'absence de solution d'hébergement
- 3) Accès aux soins : le problème des petites pensions et des médicaments déremboursés

## **3.5 - La détermination des problèmes prioritaires**

Comme nous l'avons vu, nous avons réuni l'équipe projet le 28 juin pour identifier les priorités. Certains professionnels voulaient aller plus loin : ils évoquaient des actions réalisables pour tel ou tel problèmes (comme programmer des séances de formation sur la santé mentale) sans définir d'objectifs. Il a fallu rappeler l'ordre du jour et faire un point méthodologique pour recadrer le débat.

« La santé mentale » et « la coordination des réseaux » sont ressortis des discussions comme prioritaires. Ces deux thèmes transversaux ont fait l'unanimité de part les problèmes à la chaîne qu'ils entraînent, parce qu'ils permettent de prendre en considération toutes les tranches de la population, et enfin, car ils correspondent bien aux orientations régionales.

Le comité de pilotage, réuni le 7 juillet a validé les deux premiers thèmes et a souhaité rajouter « la délocalisation de l'offre de soins vers les populations prioritaires ». La présence du Maire et de l'ensemble des participants lors de cette réunion a renforcé la légitimité de ce travail et a confirmé leur volonté d'agir.

Finalement, nous n'avons pas réuni les habitants comme prévu au mois de juillet. En effet, une réorientation méthodologique a eu lieu au cours du mois de juin, après que la poursuite du projet est été accepté par la mairie. De ce fait, nous nous sommes autorisés une réflexion supplémentaire sur l'approche participative de cette étape de priorisation et nous avons choisi de prolonger cet de décaler cette étape primordiale afin de renforcer la participation des habitants.

## 4 - Discussion

### 4.1 - Les raisons de l'enquête participative

Nous avons réalisé une enquête participative car cette méthode de recherche permet à la fois de repérer les besoins, les demandes, les ressources et les freins à prendre en compte pour la programmation d'actions en santé. Cette méthodologie permet donc d'envisager globalement la triade des besoins–demandes–réponses, clef de voûte d'une démarche en santé publique.

#### 4.1.1 - Intérêts

##### 4.1.1.1 - La participation et l'appropriation

L'intérêt majeur de la démarche participative est l'appropriation, pour les personnes mobilisées, de leur réalité sur le plan de la santé (22). Le but est de valoriser leur propre expertise et d'élaborer un projet commun. Qu'il s'agisse des professionnels, des élus, des associations ou des habitants, l'objectif est de les impliquer dans le processus de recherche afin de créer une dynamique de développement.

Dans notre cas, les résultats ont été plutôt positifs : la participation des différents groupes de travail et d'habitants a été active. L'engouement n'a cependant pas été immédiat pour tous : de nombreux professionnels ne « voyaient pas ce qu'on pouvait faire sans décisions politiques nationales » et certains travailleurs sociaux ne comprenaient pas ce qu'ils pouvaient apporter à ce projet. Néanmoins, à force d'échanges et grâce au soutien des élus et des partenaires régionaux, les participants ont adopté le projet de manière exponentielle : leur implication et leur motivation est allée en grandissant au fur et à mesure de l'avancé du diagnostic. Pour favoriser cette dynamique, nous les avons intégrés tout au long de la démarche : lors de la construction méthodologique (choix des grilles d'entretiens, panel des personnes interrogées), lors du recueil des expertises (lors des entretiens et des réunions) de travail), lors du choix des priorités.

##### 4.1.1.2 - Une diffusion de l'information optimisée

Grâce à cette méthode de recherche, l'ensemble des acteurs est concerné et l'information circule plus facilement. Qu'il s'agisse de la mise en place de la démarche elle-même ou bien des premiers résultats, une participation large implique un bouche à oreille rapide et bénéfique.

Par exemple, certains professionnels de centres sociaux nous ont rapporté avoir été sollicités par des bénéficiaires qui ne s'étaient pas joints aux entretiens mais qui avaient un avis sur la question à posteriori. D'autre part, nous avons été contactés directement par des professionnels intéressés par la démarche, qui en avaient entendu parler mais qui n'y participaient pas encore (que se soit dans les groupes de travail ou via les entretiens). Enfin, le fait de faire participer l'ensemble des acteurs en santé et plus particulièrement les élus (de la majorité et de l'opposition) a piqué la curiosité du Maire qui s'est joint par surprise à une réunion de travail. Ceci nous a conforté dans notre pratique et nous avons pris soin de prendre en compte les remarques de chacun.

Ayant pris du retard sur notre planning, nous n'avons pas pu évaluer l'impact de notre méthode sur la diffusion des premiers résultats.



#### 4.1.1.3 - Une méthode fiable

L'enquête participative est une méthode connue, fiable et employée par de nombreux experts en santé publique. Elle est abordée dans le Guide à Destination des Maîtres d'Ouvrage de la FNORS(9), elle est régulièrement utilisée par les équipes de l'ORS de Bourgogne pour leurs diagnostics (30), ou encore, elle est conseillée par l'Institut Renaudot. De ce fait, il est plus facile de se documenter sur sa mise en place, que se soit par la bibliographie ou grâce aux échanges entre professionnels. Nous avons donc choisi cette méthode pour optimiser la qualité de notre travail étant donné le temps limité dont nous disposions et surtout l'absence de professionnels en santé publique au sein du CCAS et plus largement de la Mairie.

Globalement, nous avons pu constater que les objectifs initiaux qui étaient « d'améliorer les connaissances sur la santé des habitants » et « d'identifier leurs besoins et leurs attentes » ont été atteints. L'association des méthodes quantitatives et qualitatives nous a permis de prendre une photographie précise de l'état de santé des thionvillois. D'ailleurs, les premiers résultats présentés ont été appréciés par les professionnels de terrain, les élus et les instances régionales qui avaient déjà mis en lumière de leur côté certaines données et qui ont apprécié d'approfondir leurs connaissances sur la situation de la ville. En ce qui concerne les besoins et les attentes, on peut noter que la réalité des habitants correspondait assez bien à celle des travailleurs sociaux mais peut être un peu moins à celle des soignants (plus orientés sur des besoins et des solutions financières). Les réunions ont donc permis de confronter les idées de chacun et d'apporter un nouvel éclairage grâce aux résultats des entretiens de groupes qui n'ont pas été contestés.

#### 4.1.2 - Limites

##### 4.1.2.1 - Le cas des personnes silencieuses

Un des obstacles rencontrés lors de notre démarche participative a été la non participation des « habitant-silencieux ». Cette population, peu connue des services et des institutions, ne s'exprime pas publiquement, ne participe pas à la vie du quartier et est susceptible de rencontrer des difficultés d'accès à la santé (30). Certains professionnels, particulièrement ceux œuvrant à domicile, nous ont parlé de ces personnes difficilement mobilisables et vivant parfois dans des situations d'isolement extrême. Il est clair que nous avons eu des difficultés à repérer des individus susceptibles de représenter ces habitant-silencieux. En effet, les groupes rencontrés lors des entretiens entretenaient tous un lien social, même faible, du fait même qu'ils fréquentaient les structures d'accueil. Plus de temps ainsi qu'un travail plus important de mobilisation et de communication aurait pu minimiser ce biais (9). Néanmoins, la prise de conscience de ce problème au cours de la démarche sera utile à la bonne poursuite du travail.

##### 4.1.2.2 - Un travail spécifique nécessitant des moyens humains

La mise en place d'un diagnostic local de santé partagé nécessite une méthodologie spécifique et des savoirs particuliers dans le champs de la santé publique. La FNORS souligne également l'importance du maître d'ouvrage(9) pour ses compétences dans la mobilisation des acteurs, la mise à disposition des données, l'organisation générale(9)...etc, elle insiste également sur le lien permanent qui le lie à l'opérateur. Dans notre cas, la direction du CCAS et le maître de stage ont rempli ces rôles en soutenant le projet sur le plan politique et logistique. Néanmoins il est important de souligner qu'aucun interlocuteur n'était qualifié en santé publique. De ce fait, la méthodologie du projet a été intégralement réalisée de manière indépendante sous la confiance

(très appréciable) du maître de stage. De plus, étant donné qu'aucun cahier des charges n'avait été produit, nous avons dû prendre plus de temps que prévu lors de la phase initiale pour établir des objectifs, les publics cibles... Cependant, afin d'éviter les erreurs, plusieurs feed-back ont été mis en place (utilisés comme des «gardes-fous») et de nombreux échanges très constructifs ont été organisés avec des professionnels (guidant universitaire, chargé de mission en poste...). Néanmoins on peut affirmer qu'il aurait été bénéfique de travailler en équipe, avec une ou deux personnes formées à cette méthodologie afin de permettre des confrontations de point de vue régulières et ainsi éviter les pertes de temps.

#### 4.1.2.3 - Le manque d'originalité

Du fait de cette situation, nous avons préféré opter pour une démarche classique de diagnostic en combinant une approche quantitative et qualitative. A partir d'outils bibliographiques multiples (guides spécialisés, autres diagnostics) et après avoir fait valider nos étapes par un professionnel de santé publique, nous avons construit la méthodologie présentée ici. Ce parti pris nous a semblé être un point fort vis à vis de la légitimité et de la réussite de la démarche. Néanmoins, nous sommes conscient qu'il peut également s'avérer être une faiblesse du fait de son aspect un peu trop traditionnel.

### 4.2 - Le diagnostic est-il participatif ?

#### 4.2.1 - Le niveau de participation souhaité et obtenu

Le troisième objectif du diagnostic était « d'engager une véritable participation de l'ensemble des acteurs en santé ». Si nous avons mobilisé rapidement les professionnels, élus, institutions et habitants ; ont-ils pour autant été réellement acteurs ?

##### 4.2.1.1 - Les habitants

Nous nous sommes efforcés d'éviter une participation-alibi (17) qui n'aurait fait que faire figurer quelques habitants dans un groupe de travail sans leur donner les moyens d'analyser et de comprendre. Cependant, il n'a pas été évident de les faire participer à toutes les étapes pour autant. En effet, au bout de quelques semaines, lors de la mise en place des premières réunions de travail, il nous a été « conseillé » de fournir des premiers résultats rapidement... Cette requête, purement stratégique sur le plan politique, avait pour but d'asseoir notre présence afin d'assurer la pérennité du projet. Pour nous, cette situation ambiguë et instable était très problématique du point de vue de la participation. En effet, comment impliquer et mobiliser des individus sans avoir l'assurance d'un avenir ! Dans le doute, sans l'assurance d'un portage politique solide, et malgré des soutiens internes forts, nous avons préféré prendre des précautions. Par conséquent, nous n'avons pas mis en place de comité d'habitants afin d'éviter toute manipulation politique et/ou une grosse déception de leur part en cas d'abandon du projet.

Du point de vue méthodologique, cette période a coïncidé avec la phase préparatoire, la phase de description et le diagnostic perceptuel. Or, les deux premières étapes ont moins souffert du manque de participation des habitants.

De ce fait, le niveau de participation des habitants lors des trois premiers mois s'est plus rapproché du niveau 4 : nous consultions et prenions en compte leurs commentaires (sans pour autant les associer à la résolution des problèmes).

#### 4.2.1.2 - Les professionnels

Du point de vue des acteurs professionnels (élus, professionnels du social et de la santé, associations) le niveau de participation a atteint l'échelon 5. Une réelle dynamique commune s'est mise en place et leur implication a été active et efficace. La commission santé-vie quotidienne d'UTOPIA, socle solide du groupe projet, a impulsé le travail en commun et les participants ont construit le projet pas à pas (choix de groupe à interroger, choix des priorités...). Les échanges ne se sont pas limités aux réunions programmées : les apports et autres idées ont également circulé par téléphone, Internet ou lors de rencontres informelles et le promoteur du projet a bien été identifié. Cette dynamique a engendré des attentes fortes qui, associées à la collaboration avec l'ARS et le Conseil Régional et le travail de fond de la direction du CCAS, ont permis de débloquent la situation « politique » au cours du 4ème mois. Les membres du groupes projet nous ont alors exprimés leur grande satisfaction de voir enfin un projet commun se concrétiser (et être soutenu).

A partir du moment où la poursuite du projet à était décidé, nous avons choisi de prendre un temps de recul pour évaluer notre méthodologie en consultant des professionnels expérimentés. Il a alors été décidé de prolonger et de retravailler la phase de détermination des problèmes prioritaires afin de l'envisager de manière optimale sur le plan de la participation générale.

#### 4.2.2 - La participation et son acceptation...

Être en accord avec l'idée d'une participation ne veut pas forcément dire qu'on accepte les contraintes qui y sont associées. Concrètement, mettre en place une participation prend du temps, et la durée de réalisation d'un diagnostic varie généralement entre six mois à trois ans avec une moyenne de un an (9). Il était donc primordial de bien expliquer notre démarche aux maîtres d'ouvrage et aux élus afin de pouvoir réévaluer le délai octroyé en cours de route si nécessaire (cinq mois pour réaliser les quatre premières phases : préparation/description/diagnostic perceptuel/choix des priorités). En effet, si ceux-ci ont accepté avec enthousiasme la méthodologie et l'idée d'une participation large, ils n'ont pas pris pour autant véritablement conscience du temps et de la masse de travail qui en découlait. Ainsi, des échanges réguliers ont été nécessaires pour éviter de brûler des étapes. Par exemple, ils ne souhaitaient réaliser qu'une ou deux réunions pour conclure la phase de choix des priorités (sans forcément y intégrer les habitants), ou encore, ils souhaitaient « proposer » (pour ne pas dire imposer) la méthodologie lors des réunions (niveau de participation proche du 3). N'étant pas tout à fait en adéquation avec notre philosophie de travail, nous avons néanmoins pu, après chaque négociation, aboutir a un consensus, surtout à partir du moment où nous savions que le projet aboutirai.

Par ailleurs, cette frilosité face à la participation touchait également certains professionnels. En effet, si les travailleurs sociaux ne voyaient globalement pas d'inconvénient à prendre en compte l'avis de la population, il n'en été pas de même pour certains soignants, plus habitués à prendre les décisions individuellement. Il a donc été nécessaire de ré expliquer la démarche globale à plusieurs reprises, et un petit rappel des objectifs initiaux étaient systématiquement effectué lors de toutes réunions. Cependant, ces différences de points de vue ont également eu un impact positif : ils ont permis la création d'une culture commune (et pour certain nouvelle) de santé publique.

## 4.3 - Suite du projet

### 4.3.1 - Terminer le diagnostic

Le travail proposé devait initialement comprendre les phases allant de l'élaboration du diagnostic jusqu'à celle des choix des problèmes prioritaires. Nous avons vu que cette dernière avait été retravaillée et rallongée pour permettre un meilleur résultat. Débutée fin juin, et stoppée durant le mois d'août, elle reprendra dès le 1er septembre et s'étendra probablement sur trois mois. En effet, la Mairie a accepté, mi-juin, de prolonger le stage entrepris par un contrat de six mois, permettant la finalisation du diagnostic et la réalisation de missions supplémentaires comme la formalisation de notre collaboration avec l'ARS ou la création d'un observatoire sanitaire et social sur Thionville. Concernant la phase de priorisation, ce gain de temps nous a permis d'opter pour une méthode participative élargie comprenant plusieurs réunions avec tous les acteurs impliqués et d'autres intéressés par le projet.

Premièrement, nous allons rencontrer les habitants (deux ou trois groupes) et organiser une réflexion sur les problèmes prioritaires à l'instar du comité de pilotage et du groupe projet (réunions du 28 juin et du 7 juillet). Puis, nous avons l'intention d'organiser une rencontre importante, réunissant l'ensemble des groupes de travail et plus largement toutes les personnes intéressées. Les objectifs de cette réunion seront de :

- communiquer sur le diagnostic et ses enjeux
- transmettre les premiers résultats du diagnostic (description du territoire et diagnostic de perception)
- proposer un travail collectif sur les priorités et les préconisations (par petits groupes), afin de dégager les objectifs principaux, stratégiques et opérationnels

Bien entendu, des ressources humaines supplémentaires seront nécessaires pour mener à bien cette étape (sa préparation est en cours). Soulignons que cette organisation permet à la fois de déterminer les problèmes prioritaires et proposer des préconisations (deux dernières phases du diagnostic) mais également d'initier la phase opérationnelle. Ainsi la dynamique collective et le soutien politique seront ininterrompus.

### 4.3.2 - Vers un projet global de santé publique

Dès le début de la démarche, nous nous sommes mis en relation avec les instances régionales liées à la santé car nous souhaitons fermement initier une collaboration solide et pérenne. Les déléguées territoriales de l'ARS et la chargée de mission du Conseil régional ont répondu favorablement à nos invitations. De ce fait, nous leur avons présenté le projet, puis, elles ont tout naturellement rejoint le groupe projet.

Nos objectifs étaient :

- de construire un programme allant dans la même direction que les projets régionaux (critère de choix dans la définition des priorités) dans un souci de cohérence
- de créer une collaboration formelle afin de bénéficier de financements

Lors de la réunion de travail du 28 juin, les représentantes des deux institutions se sont engagées à nous soutenir, entraînant une grande satisfaction pour l'ensemble des acteurs (nous travaillons actuellement à la mise en place d'un Contrat Local de Santé avec l'ARS).

Cet engagement, ainsi que l'engouement du milieu sanitaire et social de la ville pour le projet ont fortement pesé dans la balance lors de la décision de créer une branche santé au sein du CCAS. Il est effectivement plus difficile d'interrompre un projet lorsque celui-ci est porté par la population et est soutenu par les institutions... L'intérêt de concrétiser le diagnostic par la programmation d'un projet global de santé publique s'est affirmée et concrétisé lors de la réunion du 7 juillet en présence du Maire.

### 4.3.3 - Le positionnement politique local

Évoluer dans une collectivité territoriale implique également de composer avec les choix et les orientations politiques, celles-ci étant étroitement liés à tous projet engagé.

Au départ, il était question de convaincre les élus de poursuivre le travail sur la santé après le diagnostic. En effet, la position municipale n'était pas claire, car des divergences d'opinion pesaient sur le projet. La plupart souhaitait que le diagnostic soit la base d'une démarche en santé novatrice et globale, mais certains ne se positionnaient pas sur l'avenir, contraints par des décisions financières. Concrètement, nous avons multiplié les rapports, les notes et les rencontres avec les élus pour présenter notre démarche, l'avancé du travail... Notre emploi du temps devait également s'harmoniser avec des réunions municipales, ce qui n'était pas sans difficultés.

Néanmoins, lorsque la décision de poursuivre le projet en créant un poste de chargé de mission et en rattachant la nouvelle branche santé à la direction des actions locales du CCAS, les échanges furent plus détendus. Les élus, satisfaits de cette décision, ont affirmé leur soutien et certains envisagent même la prise en compte automatique de l'axe santé pour tous les pôles du CCAS. Aujourd'hui, le positionnement municipal est plus clair : le projet intéresse, donc il se poursuit, mais sous réserve de résultats et d'une contractualisation avec l'ARS.

## **Index des tables**

Tableau 1.3.1.3 : Établissements médico-sociaux à Thionville	15
Tableau 2.3.2 : Les différents niveaux d'implication du citoyen ordinaire (Hance et al)	20
Tableau 3.4.1.1: Liste des professionnels interviewées pour le diagnostic de perception	30

## **Index des illustrations**

Illustration 1.2.1 : Carte de Thionville	11
Illustrations 2.3.2.1 : Le modèle de R.Quivy et L.Van Campenhoudt	21
Illustration 3.1 : Plannings prévisionnel et effectif simplifiés	25

## Bibliographie

- (1) Bihl A., Pfefferkorn R. *Le système des inégalités*. Paris : La Découverte, 2008. 128p
- (2) Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : 2010. 380p.
- (3) Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé ;1986.
- (4) Richard C. La santé dans la politique de la ville, une histoire et des perspectives. *La Santé de l'homme* [en ligne]. Septembre/Octobre 2010. 409 [consultée le 08/03/2011]. Accessible en ligne : <http://www/inpes.sante.fr>
- (5) César C., Rostan F. Les villes, au coeur de la santé de leurs habitants. *La Santé de l'homme* [en ligne]. Septembre/Octobre 2010. 409 [consultée le 10/03/2011]. Accessible en ligne : <http://www/inpes.sante.fr>
- (6) Dangraix D., Levy-Jurin V. Placer la santé au cœur des politiques de la ville. *La Santé de l'homme* [en ligne]. Septembre/Octobre 2010. 409 [consultée le 08/07/2011]. Accessible en ligne : <http://www/inpes.sante.fr>
- (7) Berlotto F., Schoene M. Santé publique et dynamiques de changement au niveau local Le rôle des municipalités. *Actualité et dossier en santé publique* n°15 [en ligne]. 1996.(14) [consulté le 10/07/2011] Accessible en ligne : <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-15/ad151416.pdf>
- (8) Laurent-Beq A., Le grand E. Développer une approche territorialisée de la santé. *La Santé de l'homme* [en ligne]. Mai/Juin 2006. 383 [consultée le 08/07/2011]. Accessible en ligne : <http://www/inpes.sante.fr/SLH/articles/383/01.htm>
- (9) Guide à destination des maîtres d'ouvrage d'un diagnostic local de santé. [en ligne] [consultée le 05/03/2011]. Accessible en ligne: [http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Fnors\\_guideDLS\\_2010.pdf](http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Fnors_guideDLS_2010.pdf)
- (10) Présentation des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS/CIAS)Historique. Site de l'UNCCAS [consultée le 11/07/2011]. Accessible en ligne: <http://www.unccas.org/unccas/ccas-cias.asp>
- (11) Le centre communal d'action social. Site de la ville de Thionville [consultée le 11/07/2011]. Accessible en ligne: [http://www.thionville.fr/article/65Centre\\_Communal\\_d\\_Action\\_Sociale\\_C\\_C\\_A\\_S](http://www.thionville.fr/article/65Centre_Communal_d_Action_Sociale_C_C_A_S)
- (12) Pauvreté et fragilité des populations sur le territoire thionvillois. COMPAS TISS ; 2011
- (13) Charte UTOPIA, Thionville ; 2009
- (14) Collectif. Animation Collective Familles et Développement Social Local Bilan et perspectives, renouvellement de l'agrément 2011/2015. Thionville : Maison de quartier Jacques Prévert ; 2011.
- (15) Atlas de la santé des lorrains.[consultée le 05/032011]. Accessible en ligne <http://www.orsas.fr/publication/atlas1/index.html> et <http://www.orsas.fr/publications/atlas2/index.html>
- (16) Baumann M, Cannet D, Chalons S, et al. *Santé communautaire et action humanitaire*.



*Le diagnostic de santé d'une population.* Faculté de Médecine de Nancy: 2001. 155p

- (17) Société Française de Santé Publique. De l'assistance au Développement local, des démarches convergentes. *Santé et Société*. 2000; 1-16.
- (18) Garcia CS. Le diagnostic local partagé : un diagnostic co-construit. Institut Renaudot [en ligne]. Avril 2005 [consultée le 02/05/2011]. Accessible en ligne: [http://renaudot.free.fr/lettres/52-Lettre%20ITR\\_0405.pdf](http://renaudot.free.fr/lettres/52-Lettre%20ITR_0405.pdf)
- (19) Revue des Méthodes d'évaluation des besoins de santé. [Page consultée le 05/03/2011] Accessible en ligne: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_ebs.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_ebs.pdf)
- (20) Vers un profil santé de ville, Système local d'observation en santé [Page consultée le 05/03/2011] Accessible en ligne [http://www.villes-sante.com/datas/doc\\_pdf/Vers%20un%20Profil%20Sante%20de%20Ville.pdf](http://www.villes-sante.com/datas/doc_pdf/Vers%20un%20Profil%20Sante%20de%20Ville.pdf)
- (21) Praznocsy C. Les étapes pour développer un plan local de santé, *La Santé de l'homme* [en ligne]. Septembre/Octobre 2010. 409 [consultée le 12/04/2011]. Accessible en ligne : <http://www.inpes.sante.fr/>
- (22) Fiche technique L'enquête participative. [consultée le 12/04/2011]. Accessible en ligne <http://institut-renaudot.fr/12.html>
- (23) L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire : un défi pour les services de santé. Genève : OMS, 1991.
- (24) Quivy R, Van Campehoudt L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : 2006. 288.
- (25) Béaud S, Weber F. *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : La découverte. 356p.
- (26) Collecte de données, méthodologie qualitative [en ligne][consultée le 23/04/2011]. Accessible en ligne : <http://www.medecinsdumonde.org/fr/Publications/Guides-pratiques-MdM>
- (27) Pissarro B. Comment établir des priorités en promotion de la santé ? [en ligne] [consultée le 23/04/2011]. Accessible en ligne : <http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2004-1-page-49.htm>
- (28) Pineault R, Breton M. L'établissement des priorités en santé : un processus technocratique ou politique ?, *Université d'été de Santé publique 2006* [en ligne]. 2006. [consultée le 23/04/2011]. Accessible en ligne : <http://www.Greaus.ca/publication/pdf/pineaultbreton2006.pdf>
- (29) Démarche de priorisation des thématiques de santé en vue de l'élaboration du PRSP en Alsace.[consultée le 23/04/2011] Accessible en ligne : [Grsp-alsace.fr/prsp/cdrsp/prsp-alsace\\_prsp\\_texte\\_05\\_02html](http://Grsp-alsace.fr/prsp/cdrsp/prsp-alsace_prsp_texte_05_02html)
- (30) Un diagnostic santé du sénonais pour la mise en œuvre de l'atelier santé ville. [consultée le 05/03/11] Accessible en ligne: <http://orsbourgogne.free.fr/ASVSens.pdf>
- (31) Intégrer les habitants silencieux à un diagnostic local de santé, présentation d'une recherche-action. [consultée le 08/07/2011] Accessible en ligne <http://www.congresors-territoiresetsante.fr/diaporama/C3.pdf>

## ANNEXE I

### 1. Planning des activités – Diagramme de Gantt

	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet
<b>Phase préparatoire</b>					
Rencontre avec les maîtres d'ouvrage	█				
Rencontre avec les élus	█				
Élaboration du diagnostic	█	█			
<b>Description de la situation</b>					
Étude des données de l'Analyse des besoins sociaux		█	█		
Recherche et exploitation de données			█		
Étude des données de la CPAM			█		
<b>Mobilisation des professionnels</b>					
Groupe projet : réunion "présentation"	█				
Groupe projet : réunion "diagnostic de perception"		█			
Groupe projet : réunion "résultats"				█	
Comité pilotage invitation		█			
Comité pilotage réunion		█			

"présentation"																				
Comité pilotage réunion "validation des résultats"																				
<b>Diagnostic de perception</b>																				
Montage méthodologique																				
Déroulement des entretiens																				
Analyse des entretiens																				
Partage des résultats																				
Priorisation																				

## ANNEXE II

### 1. Grille d'entretien « Professionnels »

#### TOUR DE TABLE

- Quel est votre rôle au sein de la structure ?
- Quelle est votre ancienneté dans la structure et sur Thionville ?
- Pouvez vous me décrire votre mission ?

#### RAPPORT A LA SANTE DES PATIENTS

- Qu'est ce qui attire l'attention de vos usagers ?
- Quels sont les sujets dont ils vous parlent le plus ? En bien et/ou en mal ?

#### BESOINS

- Y a-t-il des problèmes de santé qui reviennent souvent ?
- Et par rapport à la santé mentale ?

#### RESSOURCES DISPONIBLES

- En cas de problèmes vers quelles ressources (personnes/structures) se dirigent vos usagers ?
- Y a-t-il des structures qui vous paraissent trop utilisées ?
- Y a-t-il des structures qui vous paraissent sous-utilisées ?

#### VOTRE PRATIQUE

- Quels sont les points forts/ faibles de votre pratique ?
- Organisez-vous de la prévention ?
- Comment envisagez-vous l'avenir (le vôtre et celui des usagers) ?

#### CHANGEMENT SOUHAITE

1. Qu'est ce qu'il manque à Thionville ?
2. Qu'est ce qui pourrait être changé ou amélioré ?
3. Seriez-vous prêts à vous investir dans ces changements ?

## ANNEXE III

### 1. Grille d'entretien « Habitants »

#### TOUR DE TABLE

- Quel est votre situation personnelle?
- Depuis quand vivez-vous sur Thionville ?

#### LIEU DE VIE

- Qu'est ce qui vous paraît le plus agréable ou intéressant à Thionville?
- Qu'est ce qui vous paraît plus difficile ou plus contraignant?

#### QUOTIDIEN

- Pour vous, que veut dire être en bonne santé?
- A contrario, que veut dire être en mauvaise santé ?
- Au quotidien, qu'est ce qui, pour vous, peut favoriser la santé ?
- A contrario, qu'est ce qui peut faire qu'on se sente moins bien ?
- Quels sont les problèmes de santé rencontrés fréquemment (entourage) ?

#### RESSOURCES DISPONIBLES

- Pour vous sentir bien ou mieux, vers quelles ressources vous dirigez-vous?
- En cas de problèmes vers quelles ressources (personnes/structures) vous dirigez-vous ?

#### CHANGEMENT SOUHAITE

- Si vous deviez identifier des points à changer ou à améliorer pour votre santé à Thionville, quels seraient-ils ?

## ANNEXE IV

### 1. Assiduité des membres de l'équipe projet

STRUCTURE	PRECISIONS	Membre d'UTOPIA	10/03/11	11/04/11	28/06/11
Conseil général	Pôle insertion sociale	X			X
Conseil régional	Mission santé				X
ARS	Agence Régionale de Santé				X
AFAD		X	X	X	X
CHR	Service Assistance sociale	X	X	X	
CMP	Centre Médico psychologique, secteur 1	X			X
ASPEAT		X			X
Gem Théo		X			X
Vie Libre	Association de lutte contre l'alcoolisme	X			X
Conférence St Vincent de Paul		X	X	X	X
Habitat jeunes 3 frontières	Foyer de jeunes travailleurs	X			X
Intercom Santé57					X
FOMAL		X			X
Centre Le Lierre		X	X	X	X
Mission Locale		X	X	X	
ATHENES		X	X	X	
CCAS		X	X	X	X
Centre Beaudelaire		X	X	X	



---

## RÉSUMÉ

Conscient du manque de prise en compte de la santé dans la politique de la ville, le CCAS de Thionville a entrepris la réalisation d'un diagnostic local participatif avant d'entamer un projet global de santé. Les objectifs de celui-ci ont été d'approfondir les connaissances sur la santé des habitants, d'identifier leurs besoins et leurs attentes et d'amorcer une participation de tous les acteurs locaux concernés (professionnels, associations, institutions et habitants).

La première étape a permis d'établir un état des lieux complet de la santé des thionvillois. Puis, dans la perspective d'une réelle appropriation du projet par les acteurs locaux, l'enquête participative a permis, grâce aux entretiens semi-directifs, d'identifier les besoins sur le terrain. Par ailleurs, une réelle dynamique commune s'est créée, facteur essentiel à la réussite du projet, et déterminant pour les étapes à venir (choix des priorités et de programmation).

MOTS CLEFS : POLITIQUE DE LA VILLE, MÉTHODOLOGIE, DÉVELOPPEMENT SOCIAL LOCAL, DIAGNOSTIC, PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

---

## ABSTRACT

Aware of the lack of consideration of health policy in the city, the CCAS of Thionville undertook the implementation of a participatory local diagnosis before starting a project's overall health. The objectives of this were to increase knowledge on the health of residents, identify their needs and expectations and initiate the participation of all local stakeholders (professionals, associations, institutions and residents). The first step has established a complete inventory of the health of Thionville. Then, from the perspective of a real project ownership by local stakeholders, participatory survey has, through semi-structured interviews, to identify needs in the field. In addition, a common dynamic has created real, essential to the success of the project and for determining the next steps (choice of priorities and programming).

---

KEYWORDS : URBAN POLICY, METHODOLOGY, LOCAL SOCIAL DEVELOPMENT, DIAGNOSIS, COMMUNITY PARTICIPATION

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :

C.C.A.S  
19 boulevard Jeanne d'Arc  
57100 Thionville