

Introduction

La santé, définie comme un des 5 axes prioritaires des Contrats urbains de cohésion sociale, est depuis toujours restée un parent pauvre de la Politique de la ville. Les démarches de projet relevant de la santé sont généralement ponctuelles ou relativement éparses.

Les enjeux sont pourtant forts et rappelés régulièrement par les acteurs de terrain : prévention des conduites à risques, problématiques touchant les enfants et les jeunes (obésité, santé bucco-dentaire, ophtalmologie...), questions de mal être et de santé mentale...

Mais, en même temps, plusieurs freins ralentissent la mobilisation : la non-visibilité de la pertinence d'une intervention locale sur une thématique dont le champ de compétences paraît relever soit d'autres niveaux, soit de spécialistes ; la difficulté à saisir finement les problématiques de santé et les leviers sur lesquels agir ; la considération encore fort répandue d'une définition stricte de la santé se rapportant à une absence de maladie...

En novembre 2007, le Pôle de ressources Ville et développement social a proposé un cycle de qualification, en partenariat avec la DDASS 95, le CODESS 95 et l'Institut Renaudot. Construit à l'attention des chefs de projet des Contrats urbains de cohésion sociale, des coordinateurs d'Ateliers santé ville, des élus et chargés de mission santé, il visait à doter les participants d'une culture commune en termes de compréhension des enjeux de santé dans le Val d'Oise, d'intérêt de l'implication de l'échelon local dans l'élaboration et la mise en place de politiques de santé, de connaissance des ressources « santé » d'un territoire.

Au-delà, il s'agissait de soutenir les acteurs dans leur réflexion et de les outiller pour une mise en action au niveau local. Comment impulser une dynamique, co-construire avec les habitants, mettre en lien des acteurs de santé des territoires ?

Ce dossier reprend les principaux apports du cycle, animé par Gaëlle Langlois, de l'Institut Renaudot, ainsi que le fruit des échanges et travaux réalisés par le groupe.

La mobilisation des Villes en matière de santé :

À PARTIR DE L'INTERVENTION DE MARC SCHÖENE, PRÉSIDENT DE L'INSTITUT RENAUDOT

Une prise de conscience d'une nécessaire proximité pour toucher les populations

Pourquoi une ville ou une collectivité doivent-elles investir la thématique de la santé ? Pour quels enjeux ? Avec quelle plus value ?

Cette réflexion émerge au sein de l'Organisation Mondiale de la Santé dans les années 1980 avant, progressivement mais non sans difficulté, de se développer en France, grâce à une évolution du paysage en santé publique et en Politique de la ville.

La notion de « Villes-Santé » (lancée en 1984 lors de la conférence de Toronto), puis le programme qui a été créé en 1986 par l'Organisation Mondiale de la Santé, ont posé quelques jalons importants pour une intervention locale en matière de santé. Reposant sur une analyse critique de sa propre politique conduite jusque-là, l'OMS reconnaissait alors que son objectif de « santé pour tous en 2000 » n'allait pas être atteint. Plusieurs facteurs expliquaient ce constat :

- Les politiques de santé lancées par les États membres de l'OMS ne touchaient pas les populations à qui elles s'adressaient, car trop éloignées, trop verticales, rigides aussi dans leur conception et leur mise en œuvre. Les réponses des États resteraient insuffisantes tant que les acteurs de proximité - les Villes - ne s'approprieraient pas les questions de santé.
- La courbe d'urbanisation, du rural vers l'urbain, prenait des proportions impressionnantes (avec des prévisions de doublement de la population vivant en ville entre 1990 et 2005, passant de 2,4 milliards à 5,5 milliards. Cette tendance allait s'accélérer dans les pays en développement, dont la population urbaine devait passer de 63% de l'ensemble des citoyens du monde en 1990 à 80% en 2025). Or, si la vie en ville comporte de nombreux aspects bénéfiques, elle entraîne aussi des effets néfastes en ce qui concerne l'environnement, la pollution, l'assainissement, le logement, le bien-être des citoyens. Ces conséquences sont accentuées par la pauvreté et la dégradation des conditions de vie, problèmes majeurs dans les villes du monde entier.

La notion de « Villes-Santé » a découlé de cette analyse, en s'inspirant du principe selon lequel la ville est l'échelon de gouvernement situé le plus près de la population, et donc le mieux placé pour influencer sur les déterminants de la santé. Cette approche posait l'acteur local comme central, tout en précisant le concept de santé.

[HTTP://WWW.WHO.INT/FR/](http://www.who.int/fr/)

Site Internet de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Ressource



quel intérêt ?

Le concept de santé reprecisé

La santé fait l'objet de définitions hétérogènes, ayant des incidences sur la manière d'intervenir et sur les acteurs concernés. Elle peut être synonyme « d'absence de maladie ». Elle fait dans ce cas référence au système de soins et concerne l'infirmière, le médecin, le professionnel de la santé, l'institution sanitaire. Des méthodes médicales de plus en plus perfectionnées sont utilisées pour traiter la maladie, et des techniques de prévention (telles que la vaccination et le dépistage) sont jugées primordiales pour l'acquisition et le maintien de la santé. Dans une telle optique, les services de santé ont pour responsabilité d'améliorer et d'entretenir la santé. Mais une telle définition apparaît restrictive.

L'OMS a proposé, dans sa Constitution, une autre définition : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* ». La santé n'est plus ici seulement un état de non-maladie, mais un état comportant un certain nombre d'éléments ayant trait aux conditions de vie, à l'emploi ou à l'inactivité, aux services et au soutien disponibles, et aux conditions de l'environnement. Immédiatement, le faisceau des acteurs concernés s'élargit, ainsi que les domaines auxquels la santé fait référence.

LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Dans le modèle de l'OMS, on considère la santé comme le résultat de l'action de tous les facteurs influant sur la vie des individus, des familles et des groupes, de différentes manières et par différentes voies. Au centre, se trouvent les individus avec leur patrimoine génétique. Autour d'eux, se placent les éléments ayant une influence sur la santé et qui sont modifiables.

La première couche est celle du comportement personnel et du mode de vie, qui peuvent favoriser ou mettre en danger la santé. À ce niveau, les individus subissent l'influence de leurs relations amicales et des normes du groupe social dont ils font partie.

La suivante est celle des influences sociales et de la collectivité, qui peuvent être une source de soutien mutuel pour ceux qui se trouvent dans une situation défavorable, mais peuvent aussi parfois n'être d'aucun secours, voire néfastes.

La troisième couche présente les facteurs structurels : logement, conditions de travail, accès aux services et moyens essentiels.

Coiffant l'ensemble, on trouve les facteurs qui touchent les sociétés dans leur globalité : les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales.

In *Plan d'action des villes pour la santé et le développement durable*, OMS, 2000

Dans cette conception plus globale de la santé, les Villes ont toute leur place puisqu'elles possèdent des compétences liées aux déterminants de santé. Une Ville « fait » alors de la santé quand elle :

- favorise le développement de pistes cyclables,
- réfléchit au type de produit polluant qu'elle utilise pour ses espaces verts,
- facilite l'accès des handicapés à tous les lieux publics...

Pour développer la notion de « Villes-Santé », l'OMS a soutenu un programme pilote (limité à l'origine à la période 1987-1992) prévoyant l'élaboration, pour les villes européennes, de modèles de pratique pour la promotion de la santé et la mise en oeuvre d'une politique favorable à la santé. Les villes participant au programme devaient :

- prendre l'engagement politique de favoriser la santé dans le cadre de la ville,
- attirer l'attention sur les questions de santé dans la ville, notamment par un effort de communication,
- opérer les changements institutionnels favorisant les activités intersectorielles et la participation de l'ensemble du corps social,
- adopter des mesures novatrices visant à améliorer la santé et l'environnement.

Les moyens pour mettre en oeuvre cette ambition devaient être effectifs : un bureau spécial, du personnel et un budget appropriés...

Ce programme a eu un impact important dans la prise de conscience de l'enjeu d'appréhender la santé à l'échelon local, mais aussi de la capacité, à ce niveau, à organiser la coopération et structurer des interventions au plus près des réalités des populations. Pourtant, il n'a mobilisé que peu de villes françaises (62).

[HTTP://WWW.VILLES-SANTE.COM/](http://www.villes-sante.com/)
LE RÉSEAU FRANÇAIS DES VILLES-SANTÉ DE L'OMS

Le site internet du réseau Français des Villes-Santé de l'OMS présente l'OMS, le projet Villes-Santé, le réseau français et les 62 Villes adhérentes avec, pour certaines d'entre elles, les actions entreprises. Il comporte également un annuaire des référents du réseau par ville en France et apporte un éclairage sur les autres réseaux existants en Europe et dans le monde.

Ressource

Une évolution du paysage législatif et institutionnel incitatrice

En France, l'investissement des villes en faveur de politiques de santé publique n'est que progressif et ne va pas de soi.

Au regard des lois de décentralisation, les villes n'ont de compétences réglementaires en termes de santé que sur les questions d'hygiène. Et certaines d'entre elles délèguent encore cette compétence aux services départementaux. Sinon, peu de prérogatives leur sont dévolues hors de cette dimension sanitaire.

Si elles gèrent encore des centres de soins ou centres médicaux de santé, tout autre investissement donne souvent lieu de la part d'élus à considérer qu'ils doivent s'investir pour pallier une carence d'un autre acteur : État, Conseil général.

Pourtant, au-delà de la question de la compétence stricte, soucieuses d'apporter des réponses de proximité et globales aux problèmes de santé des habitants (notamment à ceux qui sont en situation de précarité), des villes se sont engagées en faveur de politiques de santé, en s'appuyant sur des actions de prévention, d'éducation à la santé, des pratiques communautaires, confortant la valeur ajoutée de l'échelon communal dans le cadre des politiques de santé publique.

Dans ce sens, la Loi de santé publique du 9 août 2004 va proposer des avancées intéressantes. Modifiant assez considérablement le Code de la santé, cette loi dessine un nouveau paysage de la santé publique et clarifie le rôle et les responsabilités respectives de chaque acteur appelé à agir en la matière. Elle réaffirme le principe de l'égalité d'accès aux soins et pose les bases d'un accès à l'éducation à la santé pour tous. Elle affirme la responsabilité de l'État qui fixe les objectifs pluriannuels d'amélioration de l'état de santé de la population française, et qui définit les plans stratégiques jugés prioritaires. En même temps, elle confirme le niveau régional comme l'échelon territorial optimal de définition et de coordination de la mise en place de cette politique, tout en donnant la possibilité au local de s'insérer dans cette démarche régionale.

Elle propose pour cela d'organiser la mise en œuvre de la politique de santé publique dans le cadre de plans régionaux de santé (PRSP), élaborés en interaction avec les conférences régionales de santé (CRS) et mis en œuvre par les groupements régionaux de santé (GRSP - voir plus loin).

La Loi pose par ailleurs l'importance des partenariats. Seul, l'État ne peut rien faire. D'où la nécessité et l'opportunité du renforcement des partenariats pour mettre en place une politique ambitieuse de santé publique. Si celui-ci concerne les services de l'État, l'ARH, les organismes d'assurance maladie, ils touchent aussi les collectivités territoriales, ainsi que les associations de santé publique, les professionnels du secteur sanitaire et social, ainsi que le grand public.

Territorialisation, partenariat, prise en compte des déterminants de santé pour intervenir..., la reconnaissance des différentes échelles et du rôle des différents acteurs s'opère.

Quant à la Politique de la ville, qui vise à réinsérer durablement dans la ville les quartiers en difficulté en mettant en œuvre un projet global de développement social, économique et urbain de territoire, elle n'a pas considéré, pendant longtemps, la santé comme un enjeu primordial.

Il a fallu attendre la seconde génération des Contrats de ville (2000-2006) pour qu'elle en devienne un axe prioritaire. Les Ateliers santé ville (voir plus loin), développés à partir de 2000 dans le cadre de ce volet et de la loi de lutte contre les exclusions (juillet 1998, avec la mise en place des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins - PRAPS - en faveur des personnes en situation précaire) vont être l'outil opérationnel de ces démarches territoriales pour le développement de projets locaux de santé publique.

Les Contrats urbains de cohésion sociale, inscrits dans la continuité du Contrat de ville, et signés pour une durée de 3 ans reconductibles, fixent 5 priorités d'intervention pour les acteurs locaux, parmi lesquelles la santé. Il s'agit de réduire les inégalités sociales et spatiales de santé et de permettre un égal accès aux soins à tous en répartissant mieux l'offre médicale à l'échelle des quartiers en difficulté.

Il y a donc bien, depuis quelques années, une convergence d'incitations pour les villes à intervenir, même si cette évolution reste relativement lente.

La plus-value de l'engagement d'une Ville

L'intervention du local - considéré comme l'entité infra départementale (géographiquement : une commune, un quartier ; administrativement : un hôpital, un centre de soins ; politiquement : la commune, la communauté d'agglomération...) - apporte une plus-value à plusieurs niveaux dans le cadre d'une politique de santé :

- **En termes de mobilisation**, le local est le niveau le plus proche des habitants concernés, il connaît les habitants « ressources » ou peut faire « relais » auprès d'autres habitants. La dynamique locale des acteurs de santé de proximité favorise l'ajustement et la promotion du système de santé au plus près des réalités des groupes sociaux les plus vulnérables.
Ainsi, par exemple, dans la plupart des départements, des programmes de dépistage sont mis en place en matière de cancer du sein. Pour cela, les femmes reçoivent un courrier pour une visite de dépistage. Sur le terrain, dans une ville, un travail de proximité auprès d'une association a aidé à comprendre que des femmes, recevant la convocation, croyaient comprendre qu'elles avaient un cancer du sein. À partir de ce type d'information, le travail de relais de la campagne de dépistage a pu s'appréhender différemment : via une mobilisation des associations de femmes, de jeunes, une autre manière d'intervenir des professionnels... Le rôle de la Ville est d'adapter les programmes nationaux aux spécificités locales et conjointement de faire remonter au niveau régional les besoins spécifiques du territoire local pour faire évoluer les priorités départementales et régionales.
- **En termes de développement et d'organisation de l'offre**. Le nombre de centres de PMI, de centres de santé, les services d'hygiène et de santé, leur emplacement, contribuent à élargir, ou non, l'offre proposée aux habitants, besoins qui seraient non couverts sans eux. L'intervention d'une ville contribue à améliorer la santé (ex. taux de vaccination supérieur à la moyenne départementale, meilleur suivi des grossesses de la part de la PMI, intervention de lutte contre le saturnisme de plus grande ampleur que face aux seuls moyens limités d'une DDASS...).
Mais les intentions de couverture territoriale et d'engagement local se heurtent de plus en plus à la réalité de services de santé de proximité en baisse.
L'impact de l'intervention de la commune se mesure ici en termes d'accès plus conséquent aux services.
- **En termes de réponses à inventer localement face à de nouvelles problématiques**. Au fil des ans, les villes sont confrontées à des questions de santé mêlant problèmes sanitaires, sociaux, plus larges donc que la dimension curative et soins (sida, toxicomanie, santé mentale...). Ces questions émergentes ne peuvent être traitées de manière individuelle et remettent en cause la relation entre le système de santé et le patient. Il faut alors développer d'autres stratégies d'intervention travaillant sur le registre de la proximité, de la prévention communautaire et de la réduction des risques. Le local, de par sa proximité, mais aussi sa capacité à organiser et structurer des stratégies partagées entre acteurs, devient un niveau d'intervention central.
- **En termes de connaissance et de construction du partenariat**. Dans un certain nombre de cas, les réponses traditionnelles du système de soins sont insuffisantes. Elles ont donc besoin d'être confrontées à une approche nouvelle : il s'agit d'abord de repérer, par un diagnostic, les problèmes de santé qui se posent à la population. Ensuite, réunir des professionnels, des institutions (pas seulement les institutions classiques de santé publique) doit permettre de construire collectivement des réponses et des actions plus élaborées. Les associations et les citoyens eux-mêmes doivent être associés : ils ont leur propre expertise, leur manière de dire leur fonctionnement, sans lesquels il est difficile de trouver des réponses adaptées.
Le local est le niveau privilégié de la construction et de la structuration et de la coordination de cette coopération.
La commune peut alors favoriser l'interconnaissance entre les partenaires et la mise en cohérence entre les différentes interventions médico-socio-éducatives. L'implication des villes dans les ASV marque notamment ce rôle de coordination des différents intervenants sur les questions de santé globale.

Par exemple, concernant la question du mal être et de la santé mentale, de nombreuses villes sont confrontées à des problèmes pouvant se traduire par des problèmes de comportement violents, sociaux divers. Traiter ces situations impose des actions conjointes de différents secteurs et acteurs : bailleurs, professionnels du social, de la santé mentale, police... d'où la nécessité de mutualiser et d'échanger. Mais des obstacles restent à lever. La mise en œuvre du partenariat est difficile entre des professionnels aux domaines d'intervention jusque là fort segmentés. De même, un maillon essentiel de cette chaîne d'acteurs : le médecin libéral, payé à l'acte, ne dispose pas de moyens pour se mobiliser en santé publique en dehors de son cabinet. Son implication sur un temps de travail relève du militantisme.

- **En termes de compétence globale.** Au-delà des réponses curatives des institutions sanitaires et de soins, l'approche territorialisée et globale est mise en valeur dès lors que l'on considère les « déterminants de santé », qui dépendent de la plupart des secteurs de la vie de la Cité : économie, emploi, loisirs, culture, logement, transports.... L'élu local, qui intervient sur la plupart de ces domaines est donc naturellement un intervenant majeur pour la santé.
- **En termes d'enjeu politique.** L'état de santé des populations devient un enjeu politique. Les élus se trouvent placés devant un dilemme : soit ils en renvoient la responsabilité à l'État, mais risquent de subir le coût politique du malaise social ressenti localement, soit ils s'engagent pour agir auprès des citoyens de leur ville. Par ailleurs, l'amélioration de la santé des populations suppose de concevoir autrement les politiques publiques, en suscitant de nouvelles formes de participation aux décisions, afin que les actions en découlant suscitent elles-mêmes la participation des individus. Là encore, le local s'affirme comme un terrain privilégié de cette expérimentation.

Le principal enjeu aujourd'hui est de faire en sorte que la santé soit traitée par la société locale, au même titre que l'urbanisme, la culture ou le sport. Les décideurs locaux, le maire et son équipe ont un rôle important, notamment d'interpellation, de coordination, d'impulsion. Il est nécessaire, au niveau local, de faire sortir la question de la santé publique des mains des seuls professionnels ou institutions spécialisées qui sont principalement orientés vers le soin, la relation individuelle, mais se situent encore peu dans une approche collective.

Après le partage d'une vision commune des besoins, la question de l'agir ensemble se pose. C'est une autre des difficultés que de parvenir à réunir les conditions de la mobilisation des professionnels de secteurs différents. Une culture partagée reste à construire et cette construction sera différente selon le territoire, ses ressources et besoins.

Enjeux de santé et ressources disponibles

**Quelles sont, à l'échelle
des territoires
d'intervention des acteurs
locaux, les principales
problématiques ou enjeux
en matière de santé sur
lesquels porter l'effort ?
Sur quels acteurs,
dispositifs et ressources
s'appuyer ?**

S'investir sur les questions de santé nécessite d'analyser sur son territoire d'intervention les enjeux de santé. Le cycle de qualification a été l'occasion de s'interroger avec la DDASS et le CODES 95 sur les principales problématiques de santé du département et les ressources (acteurs, dispositifs...) disponibles sur le territoire.

Des diagnostics et études réalisées à l'échelle régionale ou départementale apportent des éléments de connaissance utiles pour l'action. Ils méritent néanmoins d'être confrontés, confortés, affinés dans le cadre d'une observation des besoins, demandes et ressources au niveau local, qui peut être effective dans le cadre d'un Atelier santé ville, mais également par l'équipe d'un CCAS ou d'une autre structure.

En effet, si les institutions départementale et régionale doivent aider les acteurs locaux à prendre en compte les besoins identifiés à ces niveaux territoriaux, les acteurs locaux, et en premier lieu, les communes, ont un rôle essentiel pour identifier et faire remonter aux échelons départementaux et régionaux les besoins spécifiques du local.

Santé publique : des priorités identifiées au niveau régional

La Loi de santé publique du 9 août 2004 a posé le niveau régional comme échelon d'intervention en santé publique.

C'est donc sur la base d'un diagnostic régional partagé - notamment à partir de plans d'actions et de programmes de prévention existants et de la synthèse des consultations départementales et locales - que les objectifs de santé publique ont été définis.

Ceux-ci constituent la base du Plan Régional de santé Publique (PRSP) qui fixe les grandes orientations et fédère les actions des opérateurs et des financeurs. Le Plan Régional pour la Santé est défini pour la période 2006 à 2010.

En Ile-de-France, douze thématiques majeures de santé ont été posées : les addictions, l'alimentation, la nutrition, le cancer, la périnatalité, les personnes âgées, les populations vulnérables, la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, la santé et l'environnement, la santé mentale, le VIH, les IST, les hépatites, les violences, accidents, traumatismes, l'IVG, la contraception.

sur le territoire

LES SPÉCIFICITÉS RÉGIONALES DE SANTÉ EN ILE-DE-FRANCE

Les plans stratégiques de la Loi de santé publique	Les spécificités régionales de santé identifiées	Les axes d'intervention retenus
Lutter contre le cancer	Une mortalité féminine légèrement supérieure à la moyenne nationale	Cancer
Lutter pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives	Une importante mortalité attribuable aux consommations d'alcool et de tabac Un malaise pluri-factoriel dans un groupe significatif de jeunes de 14 à 18 ans (niveau élevé des conduites à risques)	Addictions
	Les troubles mentaux, premier motif d'admission en affection longue durée des Franciliens de 5 à 44 ans	Santé mentale
	50% des actes médico-légaux d'examen de victimes de coups et blessures ou d'agression sexuelle ont lieu en Ile-de-France	Violence et santé
	Une concentration de 45% des cas de sida diagnostiqués en France, faisant de l'Ile-de-France la région la plus touchée	VIH / Sida - IST - Hépatites
	Des problèmes de surpoids et d'obésité avec des courbes d'augmentation parallèles à celles observées aux États-Unis	Alimentation - nutrition
	Un recours à l'IVG plus élevé en Ile-de-France, des difficultés dans l'accès à la contraception d'urgence	IVG - contraception
	Une mortalité maternelle supérieure à la moyenne nationale Des insuffisances dans le dépistage et la prise en charge précoce du handicap	Périnatalité
Lutter pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques	Une population de plus en plus âgée et isolée, avec une augmentation importante de la population âgée dépendante	Santé des personnes âgées - Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques
Lutter pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement	L'existence d'habitats dégradés conduisant à la persistance de cas de saturnisme infantile à Paris et petite couronne Une pollution atmosphérique urbaine, notamment particulaire, qui demeure préoccupante en termes de conséquences sanitaires Une pollution photo-oxydante Du bruit (mais l'impact réel sur la santé est difficile à mettre en évidence en termes d'épidémiologie) Un passé fortement industrialisé de la région, avec une pollution des sols Une proximité de sites industriels Des problèmes liés à la qualité de l'eau en zone rurale Des modes de vie pouvant avoir un retentissement sur la santé	Environnement et santé
	De fortes disparités départementales et locales, associées le plus souvent aux inégalités sociales de santé	Santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale

De ce diagnostic et de quelques autres considérations - prise en compte du contexte local et sociétal, choix des critères de priorisation des axes (critères épidémiologiques, d'évitabilité et d'efficacité, d'ampleur, d'exemplarité), réunions de concertation -, 5 axes prioritaires ont été définis :

- lutter contre le cancer,
- accompagner les phases de fragilisation du parcours de vie ou à la suite d'événements de santé fragilisants,
- promouvoir les comportements favorables à la santé,
- promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale,
- réduire les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux.

Ces axes sont déclinés en 30 objectifs opérationnels et des actions.

PLAN RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ILE-DE-FRANCE 2006-2010

Document cadre officiel du PRSP, composé de 5 chapitres :

- La politique de santé publique et le plan régional de santé publique
- Le diagnostic régional partagé
- Axes prioritaires et objectifs du plan, programmes spécifiques
- Les conditions de mise en oeuvre du plan, outil et leviers
- Annexes

http://www.ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/1_prsp.pdf

LE PLAN RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE, SITUATION INITIALE EN 2006 - DOCUMENT DU PROGRAMME D'ÉTUDES ET DE STATISTIQUES DU PRSP (MARS 2008)

Ce document pose un état des lieux initial au démarrage du PRSP (2006-2010), avant de disposer d'un socle d'informations pour guider l'évaluation du Plan. Il est composé de deux parties :

- Les grandes caractéristiques de l'état de santé des franciliens
- La restitution - objectif par objectif (le PRSP en compte 30), d'informations spécifiques pour appréhender concrètement la situation de chaque objectif au démarrage du PRSP

<http://www.grsp-idf.fr/pdf/PRSP-2006-2010-en-IDF-situation-initiale-en-2006.pdf>

Ressources

Une articulation avec les enjeux départementaux

Au regard des priorités nationales, régionales, et des spécificités val d'oisiennes, 7 priorités en termes de santé ont été identifiées dans le département. Elles concernent :

- les addictions :
 - alcool : c'est la substance psychoactive la plus consommée, même si une stabilisation des comportements et une baisse des volumes sont constatées. Par contre, les écarts de consommation entre les sexes se réduisent.
 - tabac : 2e substance la plus consommée après l'alcool (il concerne 33% des hommes et 26% des femmes). Si la consommation baisse avec l'âge, un doublement des décès masculins et un décuplement des décès féminins liés au tabac sont projetés à l'horizon 2025.
 - drogues illicites : parmi elles, le cannabis arrive en tête, avec en Ile-de-France, une expérimentation et une consommation particulièrement élevées chez les 15-44 ans.

- le cancer, première cause de décès en Ile-de-France. Dans le Val d'Oise, constat d'une surmortalité par cancer du poumon chez les hommes mais une mortalité par cancer du sein la plus faible de la région (notamment grâce aux effets des campagnes de dépistage dans le département, pilote en la matière depuis 1991),
- la nutrition,
- la santé mentale (une inquiétude concernant la santé mentale et sa prise en charge, avec des degrés de gravité variables : stress au travail, déplacement des maux physiques vers les maux psychologiques, tentative de suicide, demande d'écoute des jeunes....),
- la tuberculose (le Val d'Oise est le plus touché des départements de la grande couronne),
- le VIH-IST (le Val d'Oise est le département de la grande couronne le plus touché).
- le PRAPS : Les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en direction des personnes en situation de précarité ont été institués par la loi du 29 juillet 1998.
Il s'agit d'un outil de concertation et de coordination permettant d'associer de multiples partenaires : associations, mutuelles, organismes d'assurance maladie, hôpitaux, organismes professionnels, collectivités locales et services de l'Etat. Leur objectif est d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité.

Comment, sur le plan local, agir sur des pathologies telles le cancer, la tuberculose ? Pour chacune d'elle, il existe des facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir. L'impact du système de santé n'intervient que pour 20% de l'état de santé. 80% proviennent d'autres facteurs, des déterminants de santé (logement, accès à l'information, emploi...).

L'objectif de la promotion de la santé est ainsi d'améliorer la santé, le bien-être, en amont des phénomènes de morbidité et de mortalité. C'est à des niveaux intermédiaires que les acteurs locaux peuvent agir : amélioration de la salubrité ou de la sécurité dans un quartier, amélioration des conditions de vie dans un établissement scolaire ou un lieu de travail, augmentation de l'estime de soi dans des groupes marginalisés, renforcement du dialogue entre habitants et services, diminution de certains comportements à risque, développement de l'entraide et de la solidarité, meilleure appréhension des mécanismes sociaux liés à la santé, augmentation de l'autonomie et de la capacité d'agir sur certains déterminants...

Néanmoins, l'une des principales difficultés auxquelles sont confrontés les acteurs locaux consiste à affiner des données au niveau local. Or, peu d'indicateurs et de données sont disponibles à une échelle infradépartementale. Quelques éléments peuvent cependant être utiles :

- les données de la PMI et de la santé scolaire concernant les dépistages de 4 ans, de 6 ans, puis au collège, peuvent donner des informations à l'échelle des quartiers puisqu'elles sont récoltées par école ;
- les données du Conseil Général et de la CRAMIF sur le nombre de personnes bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie - APA - et les prestations proposées.

DIAGNOSTIC SUR LA SANTÉ EN VAL D'OISE (2004)

La Direction de la prévention et de la santé du Conseil général du Val d'Oise a réalisé en 2004, avec l'Observatoire départemental et le CODESS 95 un diagnostic des principales problématiques en matière de santé dans le Val d'Oise. Il reprend notamment des données épidémiologiques recensées à l'échelle de l'Île-de-France et des données propres au département, complétées par un travail d'entretiens auprès de personnes ressources afin de saisir leur perception de la santé dans le Val d'Oise.

Synthèse disponible auprès du CODESS 95
codess@valdoise.fr

Quelles ressources « santé » sur le territoire ?

Le Groupe Régional de Santé Publique

Pour mettre en œuvre un Plan Régional de Santé Publique, un Groupe Régional de Santé Publique - GRSP - (Groupement d'intérêt public avec l'État qui dispose de 50 % des voix) arrête les conditions de réalisation des programmes, décide des projets éligibles à un financement, développe les coopérations, favorise les rapprochements entre les acteurs locaux de l'observation et contribue à l'évaluation des intervenants.

Le GRSP en Ile-de-France réunit principalement l'État, l'Assurance maladie et les collectivités territoriales ayant souhaité adhérer (Conseil régional, Conseils généraux des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis et du Val d'Oise, communes d'Aubervilliers, de Nanterre, d'Evry et d'Argenteuil).

Il intervient selon deux modalités de financement :

- des dispositifs structurels, visant à soutenir la permanence, la professionnalisation et le maillage territorial des programmes prioritaires de la Région (fonds principalement mobilisés sur les thématiques : VIH-IST, PRAPS, santé mentale, addictions et cancer),
- des appels à projets annuels lancés pour susciter des actions ponctuelles, nouvelles ou innovantes. Un guide du promoteur est téléchargeable en fin d'année. Il reprend les axes et actions dans lesquels les projets doivent s'inscrire. Habituellement, le dossier peut être retourné entre fin décembre et fin janvier.

Des ressources sont affectées pour leur mise en œuvre : crédits de l'État et d'assurance maladie. Les autres membres du GRSP apportent aussi une contribution.



La Délégation Inter-Services Santé Publique

Du point de vue départemental, une Délégation Inter-Services Santé publique (DIS) est pilotée par la DDASS. Elle se réunit au moins deux fois par an. Sont membres pour l'État : la DDJS, l'Inspection académique, la Délégation départementale aux droits des femmes. Cette délégation Inter-Services est élargie au Conseil général, la CPAM 95 et aux membres du GRSP.

Pour assurer au mieux ses missions et optimiser son action, la DIS assure un pilotage stratégique de la déclinaison territoriale du PRSP dans une composition élargie. Dans ce cadre, diverses instances opérationnelles pourraient être concernées : les Ateliers santé ville, les groupes thématiques de réflexion que la DDASS souhaite mettre en place sur divers sujets : VIH-IST, addiction, saturnisme...

Un soutien méthodologique aux porteurs de projet : Le CODESS du Val d'Oise

Depuis plusieurs années, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé incite à la création dans chaque région d'un « pôle compétence régional » pour mutualiser les principales compétences en éducation pour la santé et les mettre à disposition des acteurs de terrain. En Ile-de-France, le réseau CRESIF - CODESS 95 a été choisi pour mettre en œuvre ce pôle. Dans le Val d'Oise, le CODESS assure cette mission (documentation, appui méthodologique au montage de projet, formation...) et développe une culture en éducation et de promotion de la santé auprès des professionnels sociaux médicaux et éducatifs du département, mais aussi auprès de la population.

Pour cela, il :

- relaye les actions décidées à l'échelon national (INPES, FNES), interrégional et régional (CRES) en les adaptant à l'échelon local,
- repère les thèmes prioritaires au niveau départemental et développe des actions en éducation et de promotion de la santé, en fonction des besoins locaux,
- mène en partenariat avec d'autres structures des actions d'information et d'éducation auprès du public,
- propose un appui méthodologique aux porteurs de projet (fixation des objectifs, choix des méthodes d'actions, des outils..., appui de la conception à l'évaluation du projet),
- forme les professionnels divers en éducation pour la santé (plusieurs entrées : méthodologiques, populationnelles, thématiques),
- accueille le public et les professionnels au sein d'un centre de ressources documentaires. Il y propose des outils et supports pédagogiques, des recherches, des orientations et des conseils. Des outils sont aussi consultables en ligne : www.prosante-if.org.

Deux exemples d'actions de terrain portées ou accompagnées par le CODESS 95

Actions collectives d'éducation et de promotion de la santé auprès des personnes en situation de précarité

- Éléments de contexte : une démarche globale du Conseil général pour favoriser l'accès aux structures de santé, une enquête réalisée auprès des travailleurs sociaux
- Objectif principal : donner les moyens à la population en situation de précarité et de vulnérabilité sociale de développer les comportements favorables en matière de santé
- Public ciblé : bénéficiaires du RMI ou de l'API et plus généralement des minima sociaux
- Moyens de réalisation : deux chargées de projet développent des ateliers « santé », « image de soi »...
- Critères d'évaluation : qualitatifs et quantitatifs. Ils portent sur le processus et l'impact de l'action. Exemples d'indicateurs : nombre de séances organisées, nombre de personnes touchées, mobilisation des professionnels de proximité, démarches entreprises par les personnes suite à l'action...

« Aujourd'hui je ne fume pas » (Projet régional)

- Éléments de contexte : les données sur le tabagisme des adolescents issues du Baromètre santé 2000
- Objectif général : encourager l'adoption d'un comportement éclairé chez les lycéens en limitant l'initiation tabagique et en favorisant l'aide et l'accès au sevrage
- Objectifs spécifiques : constituer au sein de 5 lycées un groupe de pilotage de personnes volontaires de l'établissement, informer et sensibiliser les lycéens, mettre en place une prévention plus individualisée
- Public cible : jeunes de 15 à 20 ans rencontrés dans les lycées volontaires
- Moyens de réalisation : organisation de séances collectives d'information, stand d'information
- Evaluation : divers indicateurs pour évaluer le processus et des comparaisons entre les résultats des enquêtes baromètre santé jeunes.

Les Ateliers santé ville (ASV)

Dans le département du Val d'Oise, en matière de Politique de la ville, 11 Contrats Urbains de Cohésion Sociale ont été signés, pour 27 communes. 5 Contrats sont de nature intercommunale, 6 sont mono-communaux (Cf ci-dessous). Pourtant, tous les contrats signés ne comportent pas de volet santé. Quels types d'action sont proposés dans ceux qui en affichent ? Principalement des démarches sur les addictions et prises de risque, la nutrition, des actions de prévention, l'accès aux soins, la souffrance psychique (jeunes notamment), les infections sexuellement transmissibles.

L'Atelier santé ville (ASV) est l'outil privilégié du volet santé d'un CUCS. Il est défini comme le point de convergence de deux politiques, fondé à partir du volet santé de la Politique de la ville et du volet santé de la loi contre les exclusions.

Cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets de santé publique, faisant l'interface entre les élus des villes et la politique de santé de l'Etat, il a, entre autres missions, la charge de décliner les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins dans le cadre des Plans Régionaux de Santé Publique.

Les territoires en Contrat Urbain de Cohésion Sociale (2007-2009)



Les thèmes de travail d'un ASV concernent :

- la connaissance de l'état de santé de la population des communes ayant au moins un site prioritaire,
- la définition des objectifs d'amélioration de l'état de santé en associant notamment les déterminants de santé qui conditionnent collectivement une amélioration de l'état de santé,
- l'accessibilité aux droits sociaux, aux soins, à la prévention et à la santé,
- l'analyse des principaux dysfonctionnements de l'accès à la prévention et aux soins,
- les questions concernant les pratiques professionnelles sanitaires, sociales et d'insertion,
- la qualité et l'organisation de l'offre de soins,
- les besoins en formation des professionnels accueillant les publics en situation de précarité.

L'ensemble de la démarche met la prévention et la promotion de la santé au cœur de la cohérence sociale du projet territorial en ce qu'elles doivent à la fois s'articuler avec la qualité de l'offre de soins et avec les autres politiques publiques qui concourent à l'amélioration de la santé de la population.

SOIT 5 CUCS INTERCOMMUNALES :

- **Agglomération d'Argenteuil-Bezons**
- **Agglomération de Cergy-Pontoise**
(Cergy, Eragny-sur-Oise, Jouy-le-Moutier, Osny, Pontoise, St-Ouen-l'Aumône, Vauréal)
- **Agglomération de la Vallée de Montmorency**
(Deuil-la-Barre, Montmagny, St-Gratien, Soisy-sous-Montmorency)
- **Agglomération Val-et-Forêt**
(Eaubonne, Ermont, Franconville, Sannois)
- **Agglomération Val-de-France**
(Arnouville-lès-Gonesse, Garges-lès-Gonesse, Sarcelles, Villiers-le-Bel)

ET 6 CUCS COMMUNALES :

- Fosses
- Gonesse
- Goussainville
- Montigny-lès-Cormeilles
- Persan
- Taverny

Les projets locaux de santé publique développés par les ASV sont les instruments appropriés pour répondre aux besoins de santé au plus près des populations en permettant de définir des stratégies d'intervention concertées avec les ressources de proximité (services municipaux, professionnels de santé publics privés, établissements de santé, centres de santé, PMI, et plus largement centres sociaux, Missions locales, Anpe, foyers, associations...).

Les Ateliers santé ville reposent sur une fonction de coordination, d'animation territoriale, de mise en lien au sein des services municipaux (potentiellement tous concernés par la question de la santé au niveau local) et avec les acteurs associatifs, institutionnels intervenant par ailleurs sur le territoire ou sur des thématiques spécifiques.

Bien évidemment, hormis ces instances et dispositifs d'appui, d'autres ressources existent au plan local ou départemental. Associations intervenant dans le registre de la santé (sida, toxicomanie et addictions...) ou inscrites dans une relation de proximité avec les habitants (animation de quartier, socio-culturelle), Missions locales, réseaux professionnels ou institutionnels (par ex. Ville-hôpital), établissements sanitaires et sociaux... Ce sont autant d'acteurs porteurs d'actions, de dynamiques et d'expertises sur lesquelles il est pertinent de s'appuyer.

Les habitants eux aussi doivent être considérés dans une dimension de ressource et non seulement de population envers qui intervenir. Ils disposent d'une perception propre des enjeux de santé, et véhiculent une influence entre pairs, dans des réseaux de solidarité, de voisinage...

UNE ILLUSTRATION D'ASV : LA VILLE DE MONTREUIL

Le contexte : Montreuil, Ville de Seine-Saint-Denis d'environ 100.000 habitants.
Un principe de territorialisation en 5 secteurs et 14 quartiers avec, à chaque fois une équipe municipale de secteur (animée par un coordinateur de quartier)
Un taux de chômeurs longue durée important (53%) et une explosion du nombre de bénéficiaires du RMI.
De nombreux indicateurs sociaux et économiques dans le rouge.
Une démographie médicale faible.
Une ville pauvre.
Une bonne connaissance des indicateurs sanitaires et sociaux due à un travail statistique de la DDASS.

Le démarrage : Une bonne connaissance de l'état de santé de la population de Montreuil grâce à une étude réalisée en 1996.
la prise de conscience du fort impact des déterminants de santé.
Une politique sectorielle de santé initiée en 1999 avec des orientations proches de celles qui seront décrites par la suite dans la circulaire de lancement des ASV. D'où l'acte de candidature de la part de la Ville.
Des actions développées dans le cadre du volet santé du Contrat de ville 2000-2006 : lutte et prévention dans la durée les phénomènes d'exclusions ; animation de projets depuis plusieurs années (un réseau de santé mentale, un groupe de travail alcoolisme, un groupe de travail sur le VIH).
Une actualisation du diagnostic santé en 2001 avec 3 priorités dégagées : la santé des jeunes, l'amélioration de la coordination inter-structures ville / hôpital, la formation et la communication.
Au démarrage de l'ASV, un portage départemental et un soutien forts de la DDASS et du centre de ressources Profession Banlieue (missionné pour accompagner la création des ASV).
Un recrutement de la coordinatrice en 2002.

Premières missions et actions :

Le repérage et observation des territoires, des acteurs locaux et des ressources mobilisables.
La promotion de la démarche et du positionnement de coordinatrice (et non d'intervenante santé).
La mise en place d'un comité de suivi ASV - définition d'un cahier des charges partagé.
L'animation d'un groupe de travail VIH.
La mise en place de consultations santé approfondies des CMS (consultations globales pour les jeunes).
La réalisation d'un annuaire santé, utile en termes de connaissance et dans le processus de construction de réseau.

La nécessité d'une structuration :

Face aux interpellations et sollicitations croissantes, nécessité de fixer un cadre d'intervention de la coordinatrice et d'une structuration de la démarche.
Validation en Bureau municipal d'un document cadre de l'ASV, (missions, instances, place et rôle de chacun).
Depuis 2002, une programmation en plusieurs approches : publics, thématiques ou territoriales. Par ex., journée mondiale de lutte contre le sida, plan pluriannuel de lutte contre l'obésité, groupe de travail santé et migrants, collectifs santé territoriaux (avec les infirmières scolaires de secteur, le centre de soins, le centre de PMI, l'assistante sociale de secteur, le coordinateur de quartier, le centre social...).

Actuellement, une évolution des missions :

Le maintien du réseau existant et extension des partenariats selon les leviers disponibles (libéraux).
La coordinatrice de l'ASV est devenue référente santé du CUCS.
Un recrutement d'un agent de Santé communautaire pour animer des actions de proximité.

Contact : Nathalie Jegou, coordinatrice de l'ASV de Montreuil,
mail : nathalie.jegou@mairie-montreuil93.fr

Quelques conditions d'une mise en œuvre au niveau local

S'il est essentiel de comprendre l'évolution du paysage en santé publique, les problématiques de santé d'un territoire, il est tout aussi important d'être en capacité de créer les conditions d'une mise en mouvement d'un territoire et de ses acteurs sur les questions de santé.

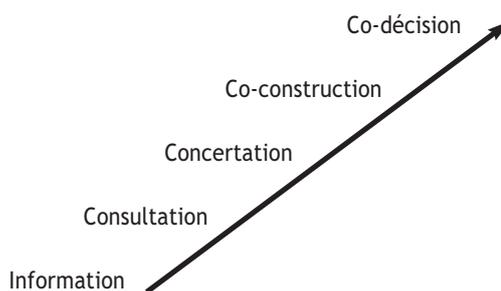
À partir des questions soulevées par les participants du cycle de qualification, trois entrées ont été abordées :

- la co-construction avec les habitants,
- l'impulsion d'une dynamique de santé à l'échelle locale,
- la mobilisation des professions libérales.

Est ici présenté le travail d'analyse des participants, éléments non exhaustifs mais qui peuvent permettre d'initier une réflexion sur un territoire.

La co-construction avec les habitants : l'exemple des Ateliers de l'avenir

Différents niveaux de participation de la population peuvent être identifiés à partir d'un outil élaboré par Hart : l'échelle de la participation. Cet outil permet en effet de s'interroger sur le niveau de participation souhaité par les professionnels, par les institutions et par les habitants eux-mêmes dans les projets de santé mis en œuvre sur les territoires.



Parmi les outils utilisés afin d'impulser ou de soutenir la participation des habitants, et qui peuvent être appliqués dans le champ de la santé, les « Ateliers de l'avenir » ont été décrits. Ils s'appuient sur une technique bien précise, élaborée en Allemagne, avant d'être pratiquée en France. Leur principe se fonde sur la conviction que la population d'une ville, d'un quartier, que l'on pense souvent silencieuse, a en réalité beaucoup de choses à dire sur son environnement, ses besoins, ses expériences. En donnant la parole à la population, on s'aperçoit qu'elle constitue un gigantesque réservoir d'idées et de potentialités pour l'avenir.

Cette technique d'atelier permet de passer de l'expression des difficultés et du mal-être à une phase d'utopie créatrice, pour déboucher sur des projets concrets. Il doit aussi permettre la confrontation d'idées entre les différents acteurs du territoire concerné tels que les élus, les habitants et les professionnels du social, de la santé, de la culture, de l'économie sociale, de l'urbanisme...., dans une finalité de construction collective de solutions pour l'avenir.

Dans la pratique, les Ateliers de l'avenir peuvent se dérouler sur deux journées et réunissent une communauté de personnes qui vivent, travaillent, militent sur un territoire (élus, professionnels, habitants). Ils se déroulent en trois phases distinctes :

1. La phase critique

Dresser le diagnostic de « ce qui ne va plus » ou « ne va pas » et qui rend la vie quotidienne difficile (formulation par exemple sur des post it, réunis sur de grandes feuilles par thème...). Une règle : pas de dénonciation, d'injure.

Exemples : lors d'un Atelier de l'avenir organisé pour favoriser l'émergence de dynamiques de santé sur un quartier, mise à jour de thématiques fortes à partir de phrases écrites sur des post it :

- la précarité, le mal être (« je souffre, seul(e), « la vie est trop chère », il faut un toit et un travail coûte que coûte »...),
- le manque de respect et de communication entre habitants et institutions (« manque d'aide, de soutien, de solidarité », « isolement », « discrimination »...),
- les difficultés d'accès aux soins et de relations aux professionnels (« difficultés avec les médecins », « manque de structures et de professionnels », « refus de la CMU », « barrage de la langue »...),
- les problèmes de cadre de vie (« ramassage de poubelles inefficace », « espaces collectifs insalubres », « transports insuffisants en particulier les week-end et les soirs », « manque d'aide administrative »...).

2. La phase imaginative

Partant des problématiques retenues, puis de leur retournement en thématiques positives, émission de propositions d'un « idéal que les personnes imaginent pour leur quartier/pour leur santé », sans censure d'ordre pratique. Le rêve et l'utopie créatrice sont encouragés. Le groupe restitue cet idéal avec le support qu'il souhaite (carte, chanson, recette... : exemple page suivante).

Recette « Salade de soins »

Ingrédients :

- Des habitants bien frais,
- Des professionnels de santé en nombre,
- Des locaux accueillants et adaptés.

Prendre 20 000 habitants,

- Choisir 2 centres de soins, un dans chaque quartier,
- Eplucher sans les peler, 3 ou 4 médecins généralistes, 1 ou 2 pédiatres, 1 gériatologue, sans oublier 1 ophtalmo et 1 gynéco bien tendres.
- Pour les attendrir, si besoin, mettre quelques bons kilos de structures relais aux compétences variées, les faire revenir jusqu'à 22 heures (voire plus selon les besoins) dans des locaux accueillants et adaptés.
- Mélanger et réserver.

A part, préparer la sauce :

- 800 ml. de disponibilité, 20 cuillères à soupe d'écoute, 3 bons verres de convivialité...

et.....DEGUSTEZ !!!

3. La phase constructive

Il s'agit de revenir au principe de réalité pour chercher comment progresser vers l'idéal. Les participants envisagent et élaborent des projets et pistes pour les actions prioritaires retenues. Des fiches actions sont construites avec les personnes présentes. A la fin de l'atelier, des groupes de travail peuvent être constitués avec un premier échéancier.

Exemples de plans d'action proposés à l'issue de la phase constructive d'Atelier de l'avenir :

- la création d'une maison du bien-être,
 - avec un premier cadre proposé (un espace ouvert à tous, d'accueil, d'écoute, d'orientation, d'initiatives, de mutualisation des ressources en prévention ; un lieu où les gens peuvent se poser, se reposer... ; des salles aménagées pour la remise en forme et favorisant l'intergénérationnel),
 - et des éléments de méthode définis (partir et renforcer les initiatives existantes - ateliers, forums santé, projet parentalité - ; identifier et dépasser les blocages d'actions passées réussies mais qui ont dû s'arrêter ; élargir le groupe qui porte le projet...),
- la mise en place d'adultes relais,
 - missions : médiateurs en santé, formés, aux compétences multiples, reconnus par les habitants et les institutions (fonctions de médiation en santé, bien être, accès aux soins, lien social),
 - démarche proposée : réfléchir plus en avant avec l'ensemble des acteurs concernés ; impliquer les associations et institutions de santé engagées sur le quartier, identifier les formations possibles ; réfléchir au portage...).

Par la suite, une restitution de l'atelier (compte-rendu illustré de photos, reprenant intégralement la production collective par exemple) est remise aux participants lors d'un moment fort et chaleureux. Cette rencontre marque le lancement des groupes de travail pour la concrétisation des projets.

Une telle démarche ne s'improvise pas et se construit bien en amont des 2 journées d'animation. Ainsi, plusieurs réunions préparatoires aident à rassurer les institutions et élus, à construire un programme, à se mettre d'accord sur les niveaux de participation et de coproduction recherchés... Elles sont aussi utiles pour définir et mettre en place les conditions de mobilisation des habitants : les vecteurs d'information, le rôle des équipements publics, l'organisation d'un mode de garde des enfants, la prise en charge du repas du midi...

L'impulsion d'une dynamique de santé à l'échelle locale

Production d'un exercice lors du cycle de qualification

Pourquoi impulser une dynamique locale ?

- Pour créer une culture, une vision et un intérêt partagés autour de l'approche globale de la santé,
- Pour mettre en mouvement un territoire et développer une intervention locale coordonnée et transversale, afin d'agir sur le bien-être des habitants,
- Pour faire évoluer des pratiques et travailler la cohérence des interventions,
- Pour être en capacité de produire des réponses dans la proximité, à partir du croisement de la réalité locale avec les priorités régionales ou nationales,
- Pour créer les conditions de la mobilisation des habitants,
- Pour, au-delà de la question des compétences réglementaires, activer les multiples compétences que porte le niveau local pour agir sur la santé au sens global.

Avec qui ?

- Les structures et acteurs traditionnels de la santé et du soin (médecins, pharmaciens, centres de santé, hôpitaux, infirmières scolaires, associations intervenant sur le registre de la santé...),
- L'ensemble des professionnels relevant de thématiques touchant aux déterminants de la santé : social, éducatif, insertion, habitat, animation, prévention...,
- Les habitants.

À quelles conditions ? (non exhaustives)

- Un engagement fort du politique, mais aussi de l'équipe municipale,
- La production d'éléments de connaissance en termes de santé et d'acteurs en présence, pour mesurer, mobiliser, mettre en débat, initier,
- La mobilisation des habitants (avec une définition claire des niveaux de participation recherchés),
- La construction d'un intérêt commun pour asseoir par la suite un engagement pérenne,
- La création d'un partenariat large, ouvert et transversal, mais structuré et coordonné,
- L'appui sur les réseaux et acteurs existants (en termes de mobilisation pour la définition, la mise en oeuvre des actions et l'association des habitants...),
- La prise en compte des notions de processus et de temps : construire une dynamique de santé relève de démarches qui nécessitent du temps et s'organisent en différentes étapes,
- Une attention à ne pas sur-solliciter les acteurs pour éviter l'essoufflement.

La mobilisation des professionnels de la santé exerçant en libéral

Production d'un exercice lors du cycle de qualification

Pourquoi faut-il mobiliser les libéraux ?

- Ils sont un maillon essentiel de la santé sur un territoire (ils prennent en charge 90% de la population d'un territoire).
- La confiance envers le médecin de famille, le pharmacien reste forte.
- Le libéral est dépositaire d'une neutralité.
- Le choix de son médecin relève de la liberté des personnes.
- Pour faire bouger les failles d'un système, ils sont indispensables.
- Ils disposent de connaissances, de compétences, de savoir faire.

Quel intérêt ont-ils à travailler avec nous ?

- Le donnant-donnant. Ils vont se mobiliser s'ils trouvent un bénéfice, par exemple en étant mieux outillés : information, documentation, meilleure orientation des patients.
- Une dynamique collective peut rompre l'isolement dans lequel ils se trouvent.
- La prise en charge de l'exercice du libéral peut être facilitée.
- Les conditions matérielles du travail, de sécurisation des cabinets peuvent être améliorées.
- Un appui au fonctionnement administratif peut être proposé (accès au droit, remontées par les Villes d'informations vers la DDASS, la Sécurité sociale...).

Comment on essaie de les impliquer ?

- En se déplaçant, allant vers eux...
- En commençant avec quelques convaincus.
- En s'introduisant dans des réseaux de pairs.
- En prévoyant des rencontres sur des temps hors visites en cabinets.

Qu'est-ce qui freine cette mobilisation ?

- Le paiement à l'acte.
- L'éducation et la prévention demandent du temps, les libéraux se situent dans le concret, le pragmatique (leur donner des outils à un moment déjà un peu avancé du projet).
- Un système qui repose sur la pratique individuelle, alors que le réseau est une pratique collective.
- La question de la formation initiale.
- Le manque de reconnaissance, par les autres acteurs, de leurs difficultés au quotidien.

Comment faire autrement ?

- Mieux communiquer, valoriser les résultats positifs d'une collaboration.
- Donner plus de capacités aux médecins de pouvoir disposer d'outils pour la prise en charge sociale.
- Proposer un guichet unique sur le volet social, mais aussi une orientation et une connaissance des ressources des territoires.
- Mieux connaître leurs modes de fonctionnement, leurs contraintes.
- Trouver des modes de financement de leur implication.

