

## Des éléments de présentation de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

"Du PRSP au Schéma régional de prévention"  
Quelles préconisations des acteurs de la région PACA ?  
3 décembre 2009 - Marseille

1

## La loi HPST : fruit d'une réflexion ancienne dans un contexte de réformes

- Loi organique du 1er août 2001 relative aux lois de finances (LOLF)
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- Loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales
- La révision générale des politiques publiques (RGPP)
- La T2A, les Etats généraux de l'organisation de la santé
- Les rapports Larcher, Ritter, Flajolet

"Du PRSP au Schéma régional de prévention"  
Quelles préconisations des acteurs de la région PACA ?  
3 décembre 2009 - Marseille

2

## La loi HPST : ambition d'une loi de refondation du système de santé

- 3 ambitions :**
  - Renforcer l'efficacité et l'efficience du système de santé
  - Mieux répondre aux besoins de santé de la population
  - En confortant les grands principes de solidarité et équité qui le sous-tendent depuis 1945
- 4 défis :**
  - De santé publique :** poids croissant des maladies chroniques, de la dépendance
  - Economique :** indispensable équilibre des dépenses et des ressources, impérative amélioration de l'efficience des dépenses notamment dans le vecteur hospitalier
  - D'accès aux soins :** augmentation des inégalités, risque de dévirements médicaux
  - D'organisation :** enchevêtrement des compétences et stratification entraînent manque de lisibilité et d'efficacité globale

"Du PRSP au Schéma régional de prévention"  
Quelles préconisations des acteurs de la région PACA ?  
3 décembre 2009 - Marseille

3

## La loi HPST : quelques maîtres mots

- Globalisation :** prévention/soins ambulatoires et hospitaliers/médico-social
- Régulation :** répartition de l'offre, maîtrise des dépenses
- Territorialisation :** adaptation des réponses aux spécificités régionales et locales
- Simplification :** mettre fin aux cloisonnements sectoriels et aux cloisonnements structurels

"Du PRSP au Schéma régional de prévention"  
Quelles préconisations des acteurs de la région PACA ?  
3 décembre 2009 - Marseille

4

## La loi HPST : 4 titres (1)

- Titre 1er : modernisation des établissements de santé**
  - organisation interne des hôpitaux, pouvoirs renforcés de la direction, pilotage recentré sur le projet médical, renforcement des liens médecine de ville/hôpital, gradation des soins
- Titre II : accès de tous à des soins de qualité**
  - accès aux soins de ville, répartition des équipements et des professionnels de santé, démographie médicale, permanence des soins, fluidité des parcours

"Du PRSP au Schéma régional de prévention"  
Quelles préconisations des acteurs de la région PACA ?  
3 décembre 2009 - Marseille

5

## La loi HPST: 4 titres (2)

- Titre III : prévention et santé publique**
  - Parmi les dispositions spécifiques : alcool, tabac, prévention de l'obésité, éducation thérapeutique, etc
  - Titre très réduit par rapport aux travaux initiaux ; la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 sera révisée courant 2010
- Titre IV : organisation territoriale du système de santé**
  - Création des Agences régionales de santé ;
  - Réunion des moyens de l'Etat et de l'assurance maladie au niveau régional en simplifiant les structures, meilleur pilotage, meilleure réponse aux besoins de chaque territoire

"Du PRSP au Schéma régional de prévention"  
Quelles préconisations des acteurs de la région PACA ?  
3 décembre 2009 - Marseille

6



## L'ARS : clef de voûte (1)

- ↳ Elle est un établissement public doté de l'autonomie administrative et financière
- ↳ Elle se substitue à la DRASS et aux DDASS pour leur partie sanitaire, GRSP, ARH, URCAM, CRAM (partie sanitaire)  
Parallèlement, création de la DRJSCS et des DDCS ou DDCSPP (selon la taille du département)
- ↳ Elle est dirigée par un directeur général nommé en conseil des ministres
- ↳ Elle comporte un conseil de surveillance, présidé par le préfet de région, comprenant des représentants de l'Etat, des membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie, des représentants des collectivités locales, des représentants de patients, personnes âgées, personnes handicapées, et au moins une personne qualifiée

*"Du PRSP au Schéma régional de prévention  
Quelles préconisations des acteurs de la région PACA"*  
3 décembre 2009 - Marseille

7



## L'ARS : clef de voûte (2)

- ↳ Elle s'appuie sur :
  - Une conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA), organisme consultatif qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé sur les 3 champs (prévention/prise en charge sanitaire/médoco-social)
  - 2 commissions de coordination des politiques publiques de santé associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale. Elles sont compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité :
    - dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la PMI
    - dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médoco-sociaux
- ↳ Elle met en place des délégations territoriales dans les départements

*"Du PRSP au Schéma régional de prévention  
Quelles préconisations des acteurs de la région PACA"*  
3 décembre 2009 - Marseille

8



## L'ARS : clef de voûte (3)

- ↳ 4 principes directeurs
  - une approche globale de la santé (préventif, curatif, médoco-social)
  - la territorialisation : une approche des besoins au plus près des personnes et des territoires
  - la responsabilisation
  - l'alliance des forces de l'assurance maladie et de l'Etat
- ↳ 2 grandes missions :
  - le pilotage de la santé publique
  - la régulation
- ↳ 3 champs d'intervention :
  - l'amélioration du niveau de santé des populations : prévention, environnement, observation et veille sanitaire
  - les soins hospitaliers et de ville
  - l'accompagnement médoco-social

*"Du PRSP au Schéma régional de prévention  
Quelles préconisations des acteurs de la région PACA"*  
3 décembre 2009 - Marseille

9



## Le projet régional de santé (1)

- ↳ Il définit les objectifs pluriannuels des actions de l'ARS et les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé
- ↳ Il est constitué :
  - d'un plan stratégique régional de santé fixant les orientations et objectifs de santé
  - de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, organisation des soins et organisation médoco-sociale
  - de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application des schémas, dont un programme relatif à l'accès et à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, et un programme relatif au développement de la télémédecine

*"Du PRSP au Schéma régional de prévention  
Quelles préconisations des acteurs de la région PACA"*  
3 décembre 2009 - Marseille

10



## Le projet régional de santé (2)

- ↳ La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé
- ↳ Le plan stratégique régional prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion
- ↳ Le projet régional de santé fait l'objet d'un avis de :
  - la CRSA
  - des collectivités territoriales
  - du représentant de l'Etat dans la région

*"Du PRSP au Schéma régional de prévention  
Quelles préconisations des acteurs de la région PACA"*  
3 décembre 2009 - Marseille

11



## Territoires de santé et conférences de territoire

- ↳ L'ARS définit les territoires de santé pertinents :
  - en matière de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, prise en charge et accompagnement médoco-social et accès aux soins de premiers recours,
  - après avis du préfet de région, de la CRSA et des conseils généraux pour les activités de leur compétence
- ↳ La conférence de territoire :
  - est constituée par le directeur de l'ARS
  - contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique
- ↳ La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé, conclus par l'ARS avec les collectivités locales et leurs groupements sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médoco-social

*"Du PRSP au Schéma régional de prévention  
Quelles préconisations des acteurs de la région PACA"*  
3 décembre 2009 - Marseille

12



## Le lien santé/social : une cohérence organisée par la loi HPST

- ↳ dans le fonctionnement institutionnel
  - présidence du Conseil de Surveillance par Le Préfet de Région
  - participation du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) au Comité Administratif Régional
  - participation du Directeur Régional Jeunesse Sports et Cohésion Sociale au Conseil de Surveillance de l'ARS ? Aux commissions de coordination des politiques publiques de santé ?
- ↳ dans les missions de l'ARS
  - le projet régional de santé comporte un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
  - le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion

## Le lien santé/social : des pistes de progrès

- ↳ renforcer l'attention du secteur sanitaire aux spécificités de l'accueil des personnes en situation de précarité (lutte contre les discriminations)
- ↳ intégrer les préoccupations de santé dans les actions d'insertion sociale
  - convention ARS/DRJSCS fixant les priorités respectives ?
- ↳ mieux organiser l'expression des usagers en situation de précarité
  - rôle de la CRSA ?
- ↳ Appliquer les concepts et méthodes de la promotion de la santé au secteur social
  - A expertiser

## = La Santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :

- Se loger
- Accéder à l'éducation
- Se nourrir convenablement
- Disposer d'un certain revenu
- Bénéficier d'un écosystème stable
- Compter sur un apport durable de ressources
- Avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable =

Charte d'Ottawa 21/11/1986

Zeina Mansour  
CRES Paca

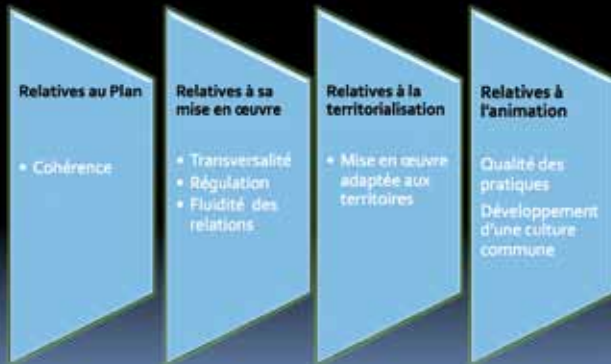
**DÉMARCHE DES FORUMS  
TERRITORIAUX ET SYNTHÈSE  
DES SÉMINAIRES RÉGIONAUX**

## Evaluation intermédiaire du PRSP juin 2008

- Axe 1**
  - La conception et la structuration du Plan, notamment: la réalisation du diagnostic, la structure du Plan et la logique d'intervention
- Axe 2**
  - Les modalités de mise en œuvre en termes de procédures, de processus, d'animation, de suivi, d'évaluation, de communication et de formalisation du partenariat
- Axe 3**
  - Les impacts du Plan sur les acteurs institutionnels et les acteurs de terrain

## Evaluation intermédiaire du PRSP -

### Recommandations



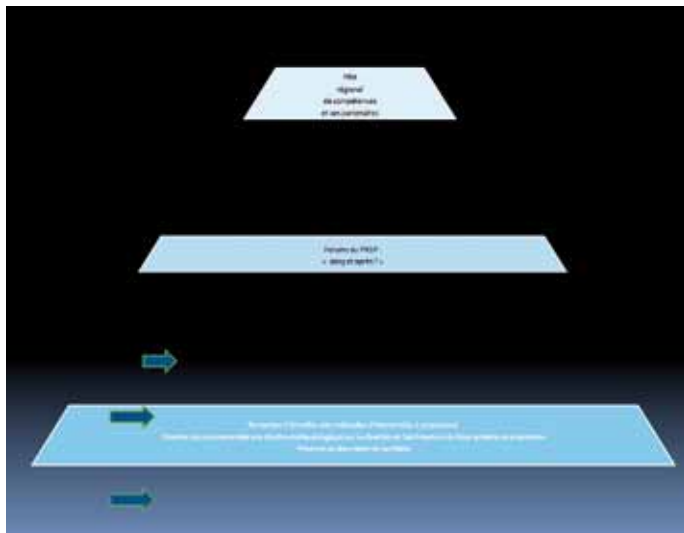
## Evaluation intermédiaire du PRSP -

### Recommandations

Nécessité de renforcer l'échange de pratiques entre les différents acteurs afin...

... de leur permettre d'acquérir une plus grande culture commune sur les problématiques et méthodes d'intervention promues dans le PRSP

... de mieux repérer et valoriser des actions locales et/ou innovantes



## Forums locaux et séminaires régionaux

- Le pôle régional de compétences en EPS
- Les plates-formes départementales DDASS et CPAM
- Les pilotes de programmes intéressés
- La DRASS
- Le GRSP

## Forums locaux

Echanger/Former sur les méthodologies, les modèles, d'éducation à la santé et de promotion de la santé, leur utilisation passée au cours du PRSP 2005-2009 et leur évolution possible dans les années futures

Repérer et valoriser des actions locales et régionales modélisables à fort potentiel d'exemplarité et de généralisation, sur des processus méthodologiques structurants au sein du PRSP 2005-2009

## Forums locaux



## Séminaires régionaux

Echanger/Former sur les méthodologies, les modèles, d'éducation à la santé et de promotion de la santé, leur utilisation passée au cours du PRSP 2005-2009 et leur évolution possible dans les années futures

Echanger/Former sur les besoins et les priorités de santé pour les 5 années à venir et les transversalités à développer dans le cadre du futur Schéma de prévention du Projet Régional de Santé

## Séminaires régionaux

Du PRSP au schéma régional de prévention : quelles préconisations des acteurs de la région PACA ?

Quelle architecture pour le futur schéma de prévention ?

Transversalité entre la prévention, le soin et le médico-social ?

Niveaux de territoires et spécificités

## Quelle architecture pour le futur schéma de prévention

invité: Dr C. Gerhardt, INPES

Bilan de l'actuel PRSP et de sa mise en œuvre

- > Programmes
- > Pilotage
- > Moyens financiers
- > Contraintes
- > Procédures

- > Evaluation
- > Pérennisation des structures
- > Prise en compte des territoires
- > Mutualisation des dynamiques
- > Création d'OSCARS



## Transversalité et articulation entre la prévention, le soin et le médico-social

invité J. Avril, DRASS

Le SROS et le schéma médico social actuel  
L'articulation actuelle de ces schémas avec la prévention  
Les possibilités d'articulation pour demain

Quelles articulations dans la pratique actuelle avec le soin et le médico social ?

Quels facteurs facilitants et quels freins identifier pour une meilleure articulation demain ?

Quelle organisation mettre en place ?

## Transversalité et articulation entre la prévention, le soin et le médico-social

- Assurer la transversalité du Plan Stratégique Régional de Santé sur les 3 volets
- Assurer, au niveau de l'ARS, des formations communes et décloisonnées. Multiplier les temps d'échanges et de réflexion
- Disposer d'équipes de référents thématiques et d'animateurs territoriaux ayant les 3 compétences et partageant une culture commune transversale
- Prévoir une programmation glissante pour un dialogue permanent entre la stratégie régionale et les remontées locales
- Organiser un système d'information et d'analyse transversal
- Promouvoir et soutenir les réseaux et la démarche communautaire
- Assurer la formation commune et continue des acteurs



## Niveaux de territoire et spécificités Articulation entre le local et le régional

Invité: Dr Laurent el Ghozi, Président  
« Elus, santé, territoires »

- > Le niveau pertinent de territoire
- > Transparence, concertation et confiance réciproque
- > Démarche fondée sur des relations, des échanges (ex. diagnostics partagés)
- > Equipes pluridisciplinaires garantissant la complémentarité des compétences
- > Animation territoriale transversale: soin, prévention, médico social
- > Formations croisées
- > Lien sanitaire et social: cassure?

## Articulation entre le local et le régional



REDUIRE LES INEGALITES

ASSURER LA TRANSVERSALITE

REDUIRE LE NOMBRE DE PROGRAMMES

## Portes d'entrée populationnelles du SRP



En conclusion ...

.... Rendez-vous dans 5 ans....

# Actions de santé publique : Partenariat et place des collectivités territoriales ?

Forum Départemental  
dans les Alpes de Haute Provence  
18 juin 2009 à Digne les Bains



## Actions de santé publique : Partenariat et place des collectivités territoriales ?

- Forte mobilisation
- Fil conducteur de la journée :
  - ➡ sensibilité des acteurs locaux au concept de santé globale

## Le département des Alpes de Haute Provence

- ◆ 7000 km<sup>2</sup>
- ◆ 154 000 habitants
- ◆ 200 communes
- ◆ Grande superficie avec géographie variée
- ◆ Déplacements difficiles
- ◆ Habitants dispersés et isolés

## Actions de santé publique : Partenariat et place des collectivités territoriales ?

- ◆ Pourquoi ce thème?
  - Peu de projets financés dans le cadre du PRSP
  - Peu de collectivités impliquées
  - Peu de projets multi partenariaux

## Actions de santé publique : Partenariat et place des collectivités territoriales ?

### 1- Communications

- ◆ Le développement des politiques de santé publique dans le département des Alpes de Haute Provence.
- ◆ Partenariat et place des collectivités territoriales dans le développement des actions de santé publique
- ◆ Table ronde sur le développement des politiques de santé au niveau d'un territoire

## Actions de santé publique : Partenariat et place des collectivités territoriales ?

### 2- Ateliers de réflexion

- ◆ Optimiser le partenariat et la place des collectivités territoriales dans le développement du PRSP
  - ◆ Freins et leviers au développement des projets partenariaux
  - ◆ Acteurs de terrain et collectivités territoriales ; quelles articulations pour la mise en place d'actions de santé publique dans les territoires?

## Ce qui fait consensus

- ◆ Besoin de formation pour professionnaliser tous les acteurs
- ◆ Meilleure connaissance mutuelle avec l'organisation d'échanges de pratique
- ◆ Envie de travailler ensemble localement avec une vision intersectorielle de la santé
- ◆ Meilleure coordination des actions

## Ce qui pose problème

- ◆ Le secteur associatif a du mal à se voir imposer des directives sans y être associé
- ◆ La non pérennité des financements
- ◆ La limite du curseur entre trop de formalité et trop de liberté
- ◆ Les dynamiques de pouvoir

## Perspectives

- ◆ Dans les territoires définies par la loi, mobiliser tous les acteurs qui peuvent contribuer directement ou indirectement à l'amélioration de la santé
- ◆ Contribuer au positionnement des collectivités pour qu'elles développent des PLSP
- ◆ Faciliter les relations entre acteurs de terrain, collectivités territoriales et interlocuteurs ARS

## FORUM REGIONAL

DU 3 DECEMBRE 2009

Nathalie MOLAS GALI DDASS 13 - Sylvaine ROUSTAN CODES 13

**Quelles préconisations des acteurs de la région PACA pour le futur schéma régional de prévention ?**

**Emergence d'une dynamique locale :  
Liens entre les plans locaux et le programme régional de santé**



## **EXEMPLES DE DYNAMISME LOCAL**

- ◆ Le réseau périnatalité de Salon de Provence

## **EXEMPLES DE DYNAMISME LOCAL**

- ◆ Le réseau périnatalité de Salon de Provence
- ◆ Le réseau périnatalité d'Aix en Provence

## **EXEMPLES DE DYNAMISME LOCAL**

- ◆ Le réseau périnatalité de Salon de Provence
- ◆ Le réseau périnatalité d'Aix en Provence
- ◆ L'accès aux soins des plus démunis à Salon

## **EXEMPLES DE DYNAMISME LOCAL**

- ◆ Le réseau périnatalité de Salon de Provence
- ◆ Le réseau périnatalité d'Aix en Provence
- ◆ L'accès aux soins des plus démunis à Salon
- ◆ Le réseau santé précarité de La Ciotat

## **EXEMPLES DE DYNAMISME LOCAL**

- ◆ Le réseau périnatalité de Salon de Provence
- ◆ Le réseau périnatalité d'Aix en Provence
- ◆ L'accès aux soins des plus démunis à Salon
- ◆ Le réseau santé précarité de La Ciotat
- ◆ Le quartier kalliste à Marseille

## **EXEMPLES DE DYNAMISME LOCAL**

- ◆ Le réseau périnatalité de Salon de Provence
- ◆ Le réseau périnatalité d'Aix en Provence
- ◆ L'accès aux soins des plus démunis à Salon
- ◆ Le réseau santé précarité de La Ciotat
- ◆ Le quartier kalliste à Marseille
- ◆ L'action de l'IFSI à Marseille

## CONCLUSION

- ◆ les réseaux présentés illustrent la richesse et la diversité des dynamiques partenariales

## CONCLUSION

- ◆ les réseaux présentés illustrent la richesse et la diversité des dynamiques partenariales
- ◆ l'articulation entre les niveaux local et régional à venir : les contrats locaux de santé

## LE PROJET PILOTE « TERRITOIRE DE SANTE : PREFIGURATION D'UN CONTRAT LOCAL DE SANTE AVEC LA VILLE DE MARSEILLE » Novembre 2009

## RAPPEL DU CADRE

- ◆ **Le périmètre : Le territoire sanitaire**
- ◆ **Les objectifs territoriaux**
- ◆ Préfigurer un contrat local de santé, établissant les priorités définies d'un commun accord entre les membres de la future ARS, la caisse primaire d'assurance maladie et la Ville de Marseille, sur 8 thématiques préalablement ciblées ;
- ◆ Etablir les modalités d'une gouvernance territoriale partagée et les évaluer ;
- ◆ Sur les 8 thématiques retenues, définir des plans d'actions et leurs indicateurs d'évaluation ;
- ◆ Choisir et initier certaines actions dès 2009, pour lesquelles une mise en œuvre transversale (en mode ARS, et en intersectoriel) apportera une plus-value significative ;

## 8 THEMATIQUES POUR PREFIGURER UN CONTRAT LOCAL DE SANTE AVEC LA VILLE DE MARSEILLE

- ◆ santé et habitat,
- ◆ santé mentale
- ◆ vieillissement,
- ◆ VIH/hépatites,
- ◆ addictions,
- ◆ accès aux soins,
- ◆ nutrition,
- ◆ vigilance sanitaire.

## LES MODALITES DE PILOTAGE ET D'ANIMATION

- ◆ Une instance de dialogue et de concertation, le Comité de pilotage décisionnel : DRASS, ARH, GRSP, URCAM, Préfet ACSE, DDASS, CPAM, RSI (régime social des indépendants), Ville de Marseille, Conseil général ;
- ◆ Un comité de pilotage restreint (DDASS, Ville, CPAM),

## LES MODALITES DE PILOTAGE ET D'ANIMATION

- Une équipe projet constituée de la chef de projet, d'un représentant de la Ville, et des animateurs des groupes de travail ;
- Des groupes de travail chargés de proposer au COPIL, pour chaque thématique, le contenu du contrat local en santé ;
- Un groupe de travail « évaluation » sur le processus et sur les actions

25

Mirella FLOCH LAVIT - DDASS des  
Bouches du Rhône

## LES ETAPES DE TRAVAIL

- **Février 2009** : négociations sur les contours du projet, intégration de la commande nationale (projets pilotes « Territoire de santé ») et mise en place des instances ;
- **Avril à décembre 2009** :
  - détermination, par chaque groupe de travail, à partir des éléments de diagnostic existants, des problématiques relevant de sa thématique, à Marseille ; proposition d'axes prioritaires et d'un plan d'actions ; propositions sur la démocratie sanitaire ; écriture du contenu du CLS ; dans la mesure du possible, mise en œuvre de quelques actions ;
  - négociations sur le cadre juridique du contrat et les signataires

26

Mirella FLOCH LAVIT - DDASS des  
Bouches du Rhône

## LES ETAPES DE TRAVAIL

- En parallèle, d'avril à décembre 2009 :
  - Elaboration d'un référentiel d'auto-évaluation du processus ;
  - Accompagnement des groupes de travail pour définir des indicateurs d'évaluation de actions qu'ils proposent.
- Décembre 2009 à février 2010 : évaluation du projet par l'IGAS ; modélisation

27

Mirella FLOCH LAVIT - DDASS des  
Bouches du Rhône

## LA DEMOCRATIE SANITAIRE LOCALE : LES ACQUIS ET LES MARGES DE PROGRES

- **LES ACQUIS** :
  - Les collectivités locales : l'élue à la santé de la Ville, vice présidente du GRSP, co-pilote le projet. Elle co-pilote également avec l'Etat 3 ASV (ateliers santé ville). Le Conseil Général participe aux travaux ;
  - Les « forces vives » locales : en amont du projet, professionnels sanitaires et sociaux, et habitants, ont été associés au diagnostic dans le cadre de l'élaboration des SROSS, du PRSP, des Plans locaux en santé publique (PLSP) issus des ASV, et à la détermination de plans d'actions pour les PLSP ;
- Une présentation du projet devant la CRS

28

Mirella FLOCH LAVIT - DDASS des  
Bouches du Rhône

## LA DEMOCRATIE SANITAIRE LOCALE

- **DES MARGES DE PROGRES** : un projet ayant vocation à s'inscrire dans le temps. Le COPIL a demandé aux groupes de travail de :
  - s'appuyer sur les mobilisations d'acteurs déjà en œuvre dans des démarches telles que les ateliers santé ville (ASV), certains comités de pilotage (santé mentale/ précarité, addictions etc...), les instances locales ;
  - élargir au besoin le groupe de travail à quelques acteurs incontournables, professionnels, voire habitants si possible ;
  - indiquer les modalités d'une inscription progressive et dans la durée de la démocratie sanitaire.

29

Mirella FLOCH LAVIT - DDASS des  
Bouches du Rhône

## LES RESULTATS ATTENDUS EN TERME DE SANTE PUBLIQUE

- Une réelle territorialisation des politiques de santé, à laquelle les collectivités soient pleinement associées, fondée sur un contrat local de santé ;
- A partir des enjeux respectifs des acteurs institutionnels, identifier de concert des besoins, puis des axes, sur lesquels initier ou développer en commun des actions, en cohérence avec les orientations régionales ;
- Articuler les interventions publiques et mobiliser ensemble des financements sur les actions prioritaires ;

30

Mirella FLOCH LAVIT - DDASS des  
Bouches du Rhône



## LES RESULTATS ATTENDUS EN TERME DE SANTE PUBLIQUE

- Maintenir l'articulation entre la santé publique et le social (volet santé des CUCS notamment), pour une meilleure prise en charge des personnes ;
- Mettre en œuvre des plans d'actions transversaux et inter-sectoriels, en décloisonnant les champs d'intervention : offre de soins, médico-social, santé environnement, promotion de la santé, vigilance sanitaire, mais aussi problématiques liées au logement, à la rénovation urbaine, etc ...

31

Mirella FLOCH LAVIT - IDASS des  
Bouches du Rhône

## LES AMELIORATIONS ATTENDUES A L 'ECHELLE DU TERRITOIRE

- Une impulsion et un développement du travail en réseau par les acteurs de terrain ;
- Une meilleure articulation et cohérence entre les priorités régionales et territoriales ;
- Une concentration des moyens d'intervention sur des cibles d'actions concertées.

32

Mirella FLOCH LAVIT - IDASS des  
Bouches du Rhône

## LES FACTEURS DE REUSSITE IDENTIFIES A CE JOUR

- EN AMONT DU CLS
- Conduire une réflexion interne à l'ARS pour établir un premier diagnostic des besoins du territoire et identifier des priorités (pose la question des bases de données territorialisées)
- Etendre l'analyse aux déterminants de santé et aux inégalités de santé
- Déterminer les moyens en personnel (temps de travail, pluri disciplinarité des équipes...) et les moyens financiers nécessaires aussi bien à l'élaboration du CLS qu'aux actions qui en découleront ;

33

Mirella FLOCH LAVIT - IDASS des  
Bouches du Rhône

## LES FACTEURS DE REUSSITE

- LES INSTANCES
- Constituer un comité de pilotage territorial ARS/Collectivité locale/Préfet, dont le niveau de représentation permette des prises de décision opérantes ;
- Etablir une lettre de mission claire au chef de projet et à son homologue de la collectivité locale ;
- Se doter d'une équipe projet pluri disciplinaire pour élaborer le CLS puis suivre sa mise en œuvre et son actualisation : maillage des cultures, gain en intelligence collective, partage sur les priorités et les modes d'intervention...

34

Mirella FLOCH LAVIT - IDASS des  
Bouches du Rhône

## LES FACTEURS DE REUSSITE

- LA METHODOLOGIE
- Intégrer la notion de temporalité pour un diagnostic et l'élaboration d'un plan d'actions de qualité incluant la consultation des acteurs de terrain et des habitants (gage de meilleure appropriation) ;
- S'appuyer sur les ressources locales existantes (coordonnateurs ASV notamment) ;

35

Mirella FLOCH LAVIT - IDASS des  
Bouches du Rhône

## LES FACTEURS DE REUSSITE

- Analyser régulièrement les écarts possibles entre les décisions du COPIL et leur mise en œuvre pour ajuster le projet (enjeux de chacun, contexte politique et institutionnel) ;
- Définir des indicateurs d'évaluation du processus d'une part et du plan d'actions d'autre part ;
- Etablir un plan de communication, à l'interne comme à l'externe .

36

Mirella FLOCH LAVIT - IDASS des  
Bouches du Rhône

## ENJEUX ET PERSPECTIVES

- La loi HPST et les collectivités locales : mouvement descendant ? croisement des mouvements descendant et ascendant ? territoire de mise en œuvre du PRS ? associé au diagnostic et aux objectifs ?

- Projet régional de santé =**

Plan stratégique régional de santé (orientations et objectifs de santé)

↓  
Schémas régionaux de mise en œuvre (prévention, organisation de soins, organisation médico-sociale)

↓  
Programmes : modalités spécifiques d'application des schémas

La programmation *peut* prendre la forme de programmes territoriaux de santé *pouvant* donner lieu à des contrats locaux de santé

## ENJEUX ET PERSPECTIVES

- Le territoire d'intervention : la commune (ASV ; CUCS...) ? La communauté d'agglomération (territoire de proximité actuel en PACA) ? ;
- Le maintien souhaitable d'une articulation entre le sanitaire et le social : des modalités à construire entre l'ARS et le Préfet (DDJCS, CUCS...);
- ... et d'une transversalité entre l'ARS et les services de l'Etat (Education nationale, emploi, cadre de vie...) : le Préfet signataire du CLS au côté du DGARS

## FORUM REGIONAL

DU 3 DECEMBRE 2009

**Quelles préconisations des acteurs de la région PACA pour le futur schéma régional de prévention ?**

**Emergence d'une dynamique locale :  
Liens entre les plans locaux et le  
programme régional de santé**

### EXEMPLES DE DYNAMISME LOCAL

- Le réseau périnatalité de Salon de Provence

### EXEMPLES DE DYNAMISME LOCAL

- ☒ Le réseau périnatalité de Salon de Provence
- ☒ Le réseau périnatalité d'Aix en Provence

### EXEMPLES DE DYNAMISME LOCAL

- ☒ Le réseau périnatalité de Salon de Provence
- ☒ Le réseau périnatalité d'Aix en Provence
- ☒ L'accès aux soins des plus démunis à Salon

### EXEMPLES DE DYNAMISME LOCAL

- ☒ Le réseau périnatalité de Salon de Provence
- ☒ Le réseau périnatalité d'Aix en Provence
- ☒ L'accès aux soins des plus démunis à Salon
- ☒ Le réseau santé précarité de La Ciotat

### EXEMPLES DE DYNAMISME LOCAL

- ☒ Le réseau périnatalité de Salon de Provence
- ☒ Le réseau périnatalité d'Aix en Provence
- ☒ L'accès aux soins des plus démunis à Salon
- ☒ Le réseau santé précarité de La Ciotat
- ☒ Le quartier kalliste à Marseille

### EXEMPLES DE DYNAMISME LOCAL

- ☒ Le réseau périnatalité de Salon de Provence
- ☒ Le réseau périnatalité d'Aix en Provence
- ☒ L'accès aux soins des plus démunis à Salon
- ☒ Le réseau santé précarité de La Ciotat
- ☒ Le quartier kalliste à Marseille
- ☒ L'action de l'IFSI à Marseille

### CONCLUSION

- ☒ les réseaux présentés illustrent la richesse et la diversité des dynamiques partenariales



## CONCLUSION

- ☑ les réseaux présentés illustrent la richesse et la diversité des dynamiques partenariales
- ☑ l'articulation entre les niveaux local et régional à venir : les contrats locaux de santé

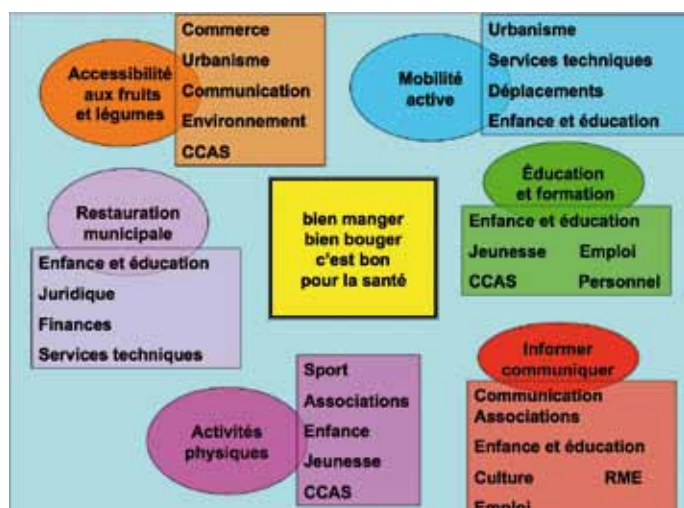
## Prévention et promotion de la santé, rôle et place d'une ville.



Gilles PEROLE  
Adjoint à l'enfance  
et à l'éducation

## Mouans-Sartoux

- Ville active PNNS depuis 2005
- Programme financé par le GRSP depuis 2007  
« Bien manger, bien bouger, c'est bon pour la santé! »



## Accessibilité aux fruits et légumes

- 2 marchés par semaine
- Aide à l'installation d'AMAP
- Un jardin de Cocagne en bio
- Aide au maintien d'un maraicher sur la commune



## Accessibilité aux fruits et légumes

- Préservation de terres agricoles dans le PLU
- Aide alimentaire du CCAS et projet d'épicerie sociale



## Mobilité active

« Marchons vers l'école »



Education au vélo dans les écoles



« tous en selle »

Vélos de service pour le personnel

## Mobilité active

- Schéma directeur des pistes cyclables et des chemins piétonniers.
- Mise en œuvre d'une politique de déplacement actif



## Activités physiques

- De nombreux équipements
- De nombreux adhérents dans les associations
- Terrains de proximité
- 1 plateau sportif par école



## Activités physiques

- Aires de jeux dans les parcs et les cours d'école
- Prise en compte de la pratique d'activités physiques dans les ALSH
- Actions auprès du personnel municipal



## Informier, communiquer

- Conférences
- Affichages
- Plaquettes





## Informer, communiquer

- Maison de l'emploi
- Fontaines à eau



## Informer, communiquer

- Apéritifs PNNS



## Informer, communiquer

- Actions dans les structures
- Conférence
- Les journées des enfants, des séniors du personnel municipal



## Education

### Partenariat écoles

- Arrêt de la collation
- « Un fruit pour la récré »
- Jardin Educatif à Compostage



## Education

- Encadrement ALSH
- Formation des animateurs
- Projet Educatif Local



## Restauration municipale

- Engagements pour une restauration municipale respectueuse de la santé et de l'environnement





## Restauration municipale

Respect des 9 repères du PNNS

- 3 des 5 portions de fruits et légumes servies au restaurant scolaire
- Aliments bruts
- Diminution sel et sucre



## Restauration municipale

Respect des 9 repères du PNNS

- Pain Bio farine type 80 à -18g sel/kg
- Laitages naturels
- Fontaines à eau



## Restauration municipale

- 23% des aliments Bio en 2009
- 43% des aliments Bio en 2010
- 97% des élèves déjeunent à l'école.

**mouans-sartoux**  
la santé  
**Toujours plus de bio  
dans les cantines**



## LE PROJET PILOTE « TERRITOIRE DE SANTE : PREFIGURATION D'UN CONTRAT LOCAL DE SANTE AVEC LA VILLE DE MARSEILLE » Novembre 2009

## RAPPEL DU CADRE

- Le périmètre : La Ville de Marseille
- Les objectifs stratégiques :
- Préfigurer un contrat local de santé, établissant les priorités définies d'un commun accord entre les membres de la future ARS, la caisse primaire d'assurance maladie et la Ville de Marseille, sur 8 thématiques préalablement ciblées ;
- Etablir les modalités d'une gouvernance territoriale partagée et les évaluer ;
- Sur les 8 thématiques retenues, définir des plans d'actions et leurs indicateurs d'évaluation ;
- Clore et initier certaines actions dès 2009, pour lesquelles une mise en œuvre transversale (en mode ARS, et en intersectoriel) apportera une plus-value significative ;

## 8 THEMATIQUES POUR PREFIGURER UN CONTRAT LOCAL DE SANTE AVEC LA VILLE DE MARSEILLE

- + santé et habitat,
- + santé mentale
- + vieillissement,
- + VIH/hepatites,
- + addictions,
- + accès aux soins,
- + nutrition,
- + vigilance sanitaire

## LES MODALITES DE PILOTAGE ET D'ANIMATION

- Une instance de dialogue et de concertation, le Comité de pilotage décisionnel : DRASS, ARH, GRSP, URCAM, Préfet ACSE, DDASS, CPAM, RSI (régime social des indépendants), Ville de Marseille, Conseil général ;
- Un comité de pilotage restreint (DDASS, Ville, CPAM),

## LES MODALITES DE PILOTAGE ET D'ANIMATION

- Une équipe projet constituée de la chef de projet, d'un représentant de la Ville, et des animateurs des groupes de travail ;
- Des groupes de travail chargés de proposer au COPIL, pour chaque thématique, le contenu du contrat local en santé ;
- Un groupe de travail « évaluation » sur le processus et sur les actions

## LES ETAPES DE TRAVAIL

- Février 2009 : négociations sur les contours du projet, intégration de la commande nationale (projets pilotes « Territoire de santé ») et mise en place des instances ;
- Avril à décembre 2009 :
  - détermination, par chaque groupe de travail, à partir des éléments de diagnostic existants, des problématiques relevant de sa thématique, à Marseille ; proposition d'axes prioritaires et d'un plan d'actions ; propositions sur la démocratie sanitaire ; écriture du contenu du CLS ; dans la mesure du possible, mise en œuvre de quelques actions ;
  - négociations sur le cadre juridique du contrat et les signatures.

## LES ETAPES DE TRAVAIL

- En parallèle, d'avril à décembre 2009 :
  - Elaboration d'un référentiel d'auto-évaluation du processus ;
  - Accompagnement des groupes de travail pour définir des indicateurs d'évaluation de actions qu'ils proposent.
- Décembre 2009 à février 2010 : évaluation du projet par FIGAS, modélisation

## LA DEMOCRATIE SANITAIRE LOCALE : LES ACQUIS ET LES MARGES DE PROGRES

- LES ACQUIS :
  - Les collectivités locales : l'élu(e) à la santé de la Ville, vice présidente du GRSP, co-pilote le projet. Elle co-pilote également avec l'Etat 3 ASV (ateliers santé ville). Le Conseil Général participe aux travaux ;
  - Les « forces vives » locales : en amont du projet, professionnels sanitaires et sociaux, et habitants, ont été associés au diagnostic dans le cadre de l'élaboration des SROSS, du PRSP, des Plans locaux en santé publique (PLSP) issus des ASV, et à la détermination de plans d'actions pour les PLSP ;
  - Une présentation du projet devant la CRS



## LA DEMOCRATIE SANITAIRE LOCALE

- DES MARGES DE PROGRES : un projet ayant vocation à s'inscrire dans le temps. Le COPIL a demandé aux groupes de travail de :
- appuyer sur les mobilisations d'acteurs déjà en œuvre dans des démarches telles que les ateliers santé ville (ASV), certains comités de pilotage (santé mentale/précarité, addictions etc...), les instances locales ;
- élargir au besoin le groupe de travail à quelques acteurs incontournables, professionnels, voire habitants si possible ;
- indiquer les modalités d'une inscription progressive et dans la durée de la démocratie sanitaire.

## LES RESULTATS ATTENDUS EN TERME DE SANTE PUBLIQUE

- Une réelle territorialisation des politiques de santé, à laquelle les collectivités soient pleinement associées, fondée sur un contrat local de santé ;
- A partir des enjeux respectifs des acteurs institutionnels, identifier de concert des besoins, puis des axes, sur lesquels initier ou développer en commun des actions, en cohérence avec les orientations régionales ;
- Articuler les interventions publiques et mobiliser ensemble des financements sur les actions prioritaires ;

## LES RESULTATS ATTENDUS EN TERME DE SANTE PUBLIQUE

- Maintenir l'articulation entre la santé publique et le social (volet santé des CUCS notamment), pour une meilleure prise en charge des personnes ;
- Mettre en œuvre des plans d'actions transversaux et inter-sectoriels, en décloisonnant les champs d'intervention : offre de soins, médico-social, santé environnement, promotion de la santé, vigilance sanitaire, mais aussi problématiques liées au logement, à la rénovation urbaine, etc...

## LES AMELIORATIONS ATTENDUES A L'ECHELLE DU TERRITOIRE

- Une impulsion et un développement du travail en réseau par les acteurs de terrain ;
- Une meilleure articulation et cohérence entre les priorités régionales et territoriales ;
- Une concentration des moyens d'intervention sur des cibles d'actions concertées.

## LES FACTEURS DE REUSSITE IDENTIFIES A CE JOUR

- ENAMONT DU CLS
- Conduire une réflexion interne à l'ARS pour établir un premier diagnostic des besoins du territoire et identifier des priorités (pose la question des bases de données territorialisées) ;
- Etendre l'analyse aux déterminants de santé et aux inégalités de santé ;
- Déterminer les moyens en personnel (temps de travail, pluri-disciplinarité des équipes...) et les moyens financiers nécessaires aussi bien à l'élaboration du CLS qu'aux actions qui en découlent ;

## LES FACTEURS DE REUSSITE

- LES INSTANCES
- Constituer un comité de pilotage territorial ARS/Collectivité locale/Préfet, dont le niveau de représentation permette des prises de décision opérantes ;
- Établir une lettre de mission claire au chef de projet et à son homologue de la collectivité locale ;
- Se doter d'une équipe projet pluri-disciplinaire pour élaborer le CLS puis suivre sa mise en œuvre et son actualisation : maillage des cultures, gain en intelligence collective, partage sur les priorités et les modes d'intervention...



## LES FACTEURS DE REUSSITE

### LA METHODOLOGIE

- Intégrer la notion de temporalité pour un diagnostic et l'élaboration d'un plan d'actions de qualité incluant la consultation des acteurs de terrain et des habitants (enjeu de meilleure appropriation).
- S'appuyer sur les ressources locales existantes (coordonnateurs ASV notamment) ;

## LES FACTEURS DE REUSSITE

- Analyser régulièrement les écarts possibles entre les décisions du COPIL et leur mise en oeuvre pour ajuster le projet (enjeux de chacun, contexte politique et institutionnel) ;
- Définir des indicateurs d'évaluation du processus d'une part et du plan d'actions d'autre part ;
- Établir un plan de communication, à l'interne comme à l'externe

## ENJEUX ET PERSPECTIVES

- La loi HPST et les collectivités locales : mouvement descendant ? croisement des mouvements descendant et ascendant ? territoire de mise en oeuvre du PRS ? associé au diagnostic et aux objectifs ?

### Projet régional de santé

Plan stratégique régional de santé (orientations et objectifs de santé)



Schémas régionaux de mise en oeuvre (prévention, organisation de soins, organisation médico-sociale)



Programmes : modalités spécifiques d'application des schémas

La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé

## ENJEUX ET PERSPECTIVES

- Le territoire d'intervention : la commune (ASV, CUCS...) ? La communauté d'agglomération (territoire de proximité actuel en PACA) ? ;
- Le maintien souhaitable d'une articulation entre le sanitaire et le social : des modalités à construire entre l'ARS et le Préfet (DDICS, CUCS...) ;
- ... et d'une transversalité entre l'ARS et les services de l'Etat (Éducation nationale, emploi, cadre de vie...) : le Préfet signataire du C.L.S. au côté du DGARS

## « Prévention et inégalités sociales de santé

»

Restitution du Forum territorial d'échanges en  
Vaucluse

Avignon – 10 septembre 2009

Programme régional de santé publique



Alain Doullier, directeur du CODES de  
Vaucluse.

Frédéric Riand, inspecteur principal de  
l'action sanitaire et sociale, Ddass de Vaucluse

FORUM - Prévention  
et inégalités sociales de santé -  
Vaucluse – 10 septembre 2009

### Organisation du Forum du 10 septembre

- Introduction technique et institutionnelle de la journée  
Danielle MARQUIS, Inspecteur de santé publique à la Drass Paca.
- Table ronde d'intervenants locaux, régionaux et nationaux  
Sociologue, Maire d'une commune dotée d'un ASV,  
responsable d'une association accueillant des personnes SDF,  
chercheur.
- Ateliers d'échanges :
  - agir sur les comportements des personnes
  - agir sur l'environnement des personnes





## 4 recommandations introductives

Danielle MARQUIS, Inspecteur de santé publique à la Drass Paca.

1. Améliorer et affiner l'observation, la connaissance et la compréhension des situations d'inégalités sociales
2. Adapter la mise en œuvre des dispositifs de santé et des méthodes d'intervention au plus près de la population : réduire les inégalités mais aussi veiller à ne pas les accentuer (exemple du PNNS qui doit veiller à la réceptivité des messages).
3. Concevoir d'autres approches, plus globales, qui prennent en compte l'ensemble des mécanismes représentant des freins à la santé.
4. Inclure la préoccupation santé dans l'ensemble des politiques publiques : l'enjeu est bien de développer la dynamique partenariale.



## 7 recommandations sociologiques

Éric LEGRAND, Sociologue consultant en promotion de la santé

Un point central :

1. Les enjeux de la redistribution des richesses, de l'amélioration des revenus, de l'éducation et de la formation professionnelle sont centraux dans la genèse des inégalités sociales de santé.

Des axes stratégiques globaux :

2. Les modes de vie et les comportements individuels n'expliquent que 25% des inégalités sociales de santé ; il est nécessaire de repenser les priorités des actions de prévention en France en les centrant moins sur les individus et plus sur l'environnement.
  3. Comme l'incite les exemples de pays étrangers, la santé doit être « décloisonnée » : la plupart des secteurs des politiques publiques doivent prendre en compte les effets sur les inégalités de santé (éducation, petite enfance, solidarité, économie...).
- L'action sur la santé doit être inter sectorielle et pluri disciplinaire.



## 7 recommandations sociologiques (suite)

Éric LEGRAND, Sociologue consultant en promotion de la santé

Des axes pour l'éducation pour la santé

4. La construction des inégalités sociales de santé se fait par accumulation d'avantages et de désavantages tout au long de la vie ; une éducation pour la santé doit donc être conçue tout au long de la vie et plus particulièrement active aux périodes charnières de la construction de l'individu : passage de l'enfance à l'adolescence, passage au collège, à la vie active, période de chômage, passage à la retraite...
5. Développer davantage de programmes qui permettent de renforcer la confiance en soi, les capacités à prendre la parole, à relativiser l'échec. Le sentiment de maîtriser sa destinée permet d'atténuer l'impact des inégalités.
6. Développer le sentiment d'appartenance : favoriser la valorisation individuelle et collective, développer des lieux de convivialités, et d'une manière plus « politique », favoriser la vie associative et la présence des services publics joue dans la perception d'une meilleure santé.
7. Le renforcement des réseaux et des actions communautaires permet de développer l'entraide et le soutien et ainsi de freiner d'éventuelles spirales descendantes. Nos actions doivent développer les valeurs de solidarité, d'entraide, d'inter connaissance, et favoriser le soutien social.



## 7 recommandations de l'atelier « agir sur les comportements »

1. Inscrire les actions de prévention dans la durée avec la mise en place de conventions pluriannuelles d'objectifs,
2. Mettre en place une politique commune et cohérente sur un territoire en concertation avec les politiques, institutions et financeurs afin que l'intérêt de la population soit au cœur des discussions et des décisions,
3. Proposer des actions de santé globale et les intégrer dans les activités quotidiennes du public,
4. Réaliser des diagnostics partagés entre acteurs et habitants,
5. Développer le travail en réseau/en partenariat,
6. Développer des actions sur les compétences psychosociales y compris pour les plus jeunes,
7. Privilégier des messages rassurants, non axés sur la peur.



## 5 recommandations de l'atelier « agir sur l'environnement »

1. S'assurer d'une accessibilité réelle des services et des soins.
2. Réaliser des diagnostics locaux et partagés, pour s'adapter aux spécificités locales et aux demandes.
3. Délivrer des recommandations qui prennent en compte l'environnement des personnes. (si on conseille de faire du sport, des équipements sportifs sont-ils accessibles ? Etc.)
4. Favoriser le travail en transversalité, intersectoriel.
5. Construire les actions et les services non pas seulement « pour » mais « avec » les publics concernés.



## Conclusion

Il est étonnant de constater, malgré la diversité de l'origine des intervenants (institutionnels, sociologue, acteurs de prévention), que leurs recommandations convergent pour la plupart d'entre elles autour de ces 4 priorités :

- Inscrire la santé comme une préoccupation transversale des politiques publiques : habitat, sports, éducation, jeunesse, famille, économie...
- Travailler au plus près de la population, partir davantage de leurs besoins et de leurs attentes ; consacrer en particulier du temps et des moyens à des phases (souvent absentes) de diagnostic local et participatif.
- Concevoir des approches de santé plus globales, qui ne se focalisent pas que sur la santé mais aussi sur les déterminants (habitat, revenu, éducation...).
- Ne pas inscrire les actions de prévention uniquement dans des registres de modification des comportements mais plutôt de renforcement des capacités des personnes.

Si la réalité de beaucoup d'actions de santé publique est encore loin de ces recommandations, les faire évoluer dans ce sens semble cependant un objectif réalisable...





**Réduire les inégalités sociales de santé dans deux quartiers en grande difficulté**

Programme expérimental de promotion de la santé des enfants et des familles démunies

jeudi 3 décembre 2009

GRSP



**Origine du projet**

- Nécessité d'agir sur les inégalités de santé
- Des facteurs explicatifs nombreux et intriqués
- Limites de l'approche privilégiant l'angle de l'accès aux soins
- Une réflexion régionale préalable et ancienne
- Appui sur une forte dynamique locale (ASV)
- Opportunité de l'appel à projets du Haut Commissariat



**Saint-Mauront Belle de Mai : la santé, on s'y met tous !**

- **Objectif général**  
Réduire les inégalités de santé auxquels sont confrontés les enfants et les familles démunies en agissant simultanément sur plusieurs déterminants de santé
- **Trois modalités d'intervention**
  - **coordination** et concomitance des actions
  - **mobilitation** initiale des habitants et participation à l'ensemble du projet
  - **expérimentation** de certaines actions, outils ou procédures



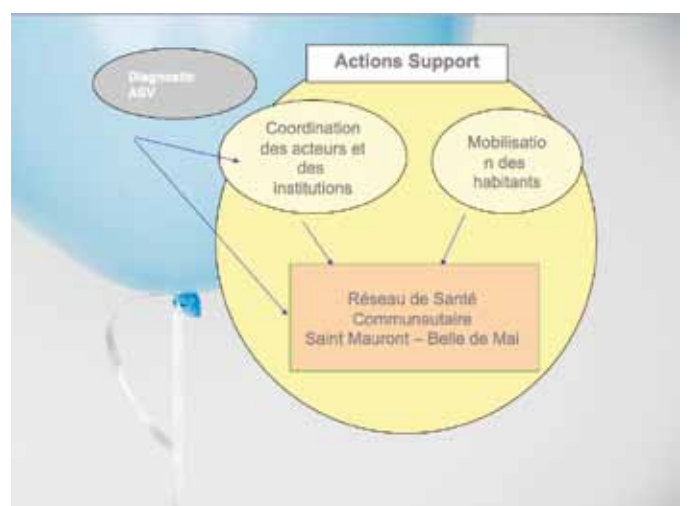
**Déterminants de santé visés par le projet**

- **Environnement physique et matériel** : prévention des risques d'exposition au plomb
- **Environnement social** :
  - accès aux droits et à l'offre de santé
  - accès au primo-dépistage du saturnisme infantile
  - simplification de l'obtention de la CMU-C
  - solidarité de quartier
  - relations filles garçons
- **Comportements individuels** :
  - suivi des orientations post bilans de 4 et 6 ans
  - consultation dentiste dans le cadre M'T dents



**Mise en œuvre et évaluation**

- Deux actions support
- Sept actions thématiques
- Un partenariat élargi : GRSP, Ville de Marseille, Conseil Général, DDASS, DRASS, Inspection Académique, DRDFE, CPAM, CAF, GIP politique de la ville Marseille, APHM, plusieurs associations...
- Un effort budgétaire conséquent : 460.000 euros sur trois années
- Une évaluation conduite avec l'appui d'une équipe universitaire





## Mobilisation des habitants

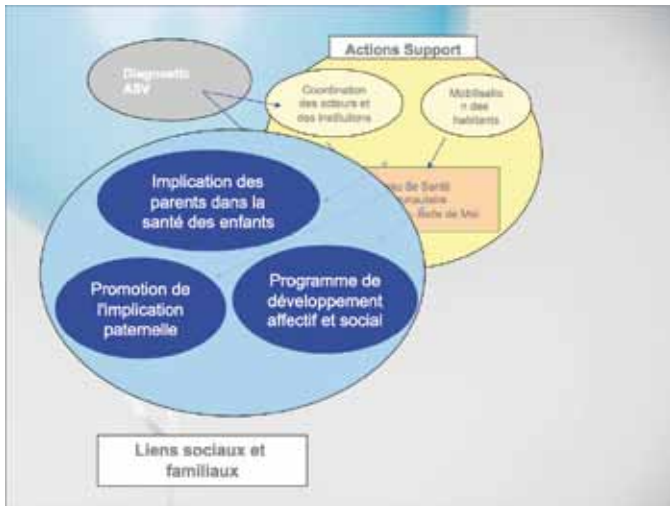


- Mise en œuvre par l'Université du Citoyen en 3 étapes :
  - immersion dans le quartier : mai à août 2008
  - cycle de 4 assemblées plénières : octobre 2008 à avril 2009
  - constitution d'un conseil de citoyens : 8 personnes
- Principales préoccupations :
  - logement inadéquat, habitat insalubre et conséquences sur la santé
  - insécurité du cadre de vie (insécurité routière à la sortie des écoles, incivilités), manque d'espace vert, d'espaces de loisirs,
  - difficulté de communication entre les parents et les écoles, demande d'espaces d'échanges, d'accompagnement des parents
  - difficultés dans l'accès aux droits et aux soins
  - barrière de la langue pour de nombreux publics

## Animation du réseau



- Confiée par le GIP Politique de la Ville à l'Université du Citoyen avec un appui et une supervision assurés par le coordo. ASV et le chef de projet CUCS
- 5 réunions plénières depuis janvier 2009 :
  - constitution de 3 groupes de travail thématiques : santé nutritionnelle et cantines scolaires », « santé et habitat » et « information des habitants et des professionnels sur le projet de santé communautaire »
  - thèmes des plénières : offre de formation, infos sur les projets de rénovation urbaine en cours et leurs conséquences en terme de santé et de cadre de vie, couverture santé, cantine scolaire
- mise en place d'une lettre mensuelle, constitution d'un répertoire des acteurs et d'une plaquette pour les familles
- Soirée pour les professionnels de santé du quartier en juin 2009 :
  - thèmes : prévention du saturnisme infantile et amélioration du suivi des bilans de santé en milieu scolaire



## Programme de développement affectif et social (PRODAS)



### Objectifs :

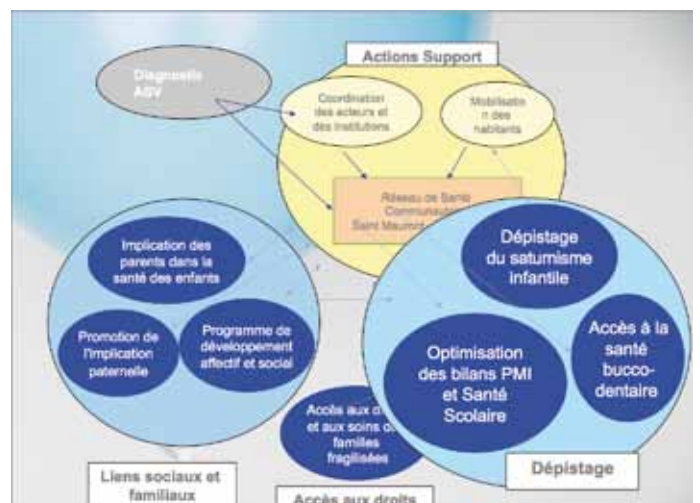
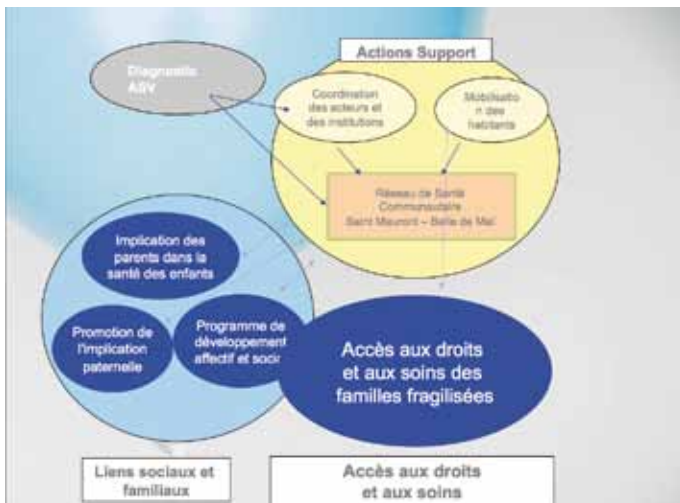
- Mettre en œuvre dans les classes de CP des quartiers SMI-BdM du 3ème arrdt de Marseille un programme pilote permettant aux enfants :
- d'appréhender les expériences affectives et sociales de la vie
  - de trouver des solutions alternatives aux comportements violents

### Points forts en 2008/2009 :

- Intérêt marqué des enseignants pour le programme
- Mise en œuvre des séances dans les 15 classes du quartier soit environ 375 élèves
- Forte mobilisation des Coordonnateurs REP et de l'Inspection Académique
- Formation incluse dans le programme annuel de formation (PDF) avec remplacement des enseignants
- L'expérimentation permet d'évaluer ici l'adaptation locale du PRODAS dont l'efficacité a déjà été évaluée par ailleurs

### Points de vigilance 2009/2010 :

- Mobilisation des enseignants de CE1 des écoles concernées avant leur formation, puis mise en œuvre dans les classes : retrait d'une école
- Poursuite de la mise en œuvre du PRODAS par les enseignants déjà formés : oui pour une majorité, bien que non accompagnés par le MFPF13
- Prise en charge des journées d'analyse de la pratique
- Animation en demi-groupe hors ZEP impossible





## Optimisation des bilans PMI 3/4 ans et santé scolaire 5/6 ans



### Objectifs :

Améliorer le suivi des préconisations de soins demandées au cours des visites de 3/4 ans et de 5/6 ans effectuées par les médecins de PMI et santé scolaire

### Points forts

- Recrutement d'une médiatrice santé pour rencontrer et accompagner les familles les plus en difficulté
- Recours possible au Fonds d'Action sanitaire et sociale de la CPCAM (budget spécifique) pour la prise en charge des enfants des familles sans couverture complémentaire,
- Procédure pour la relance des bilans et leur suivi en cours d'expérimentation
- Possibilité pour les médecins scolaires de prescrire les bilans d'orthophonie et les plombées

### Points de vigilance

- Remise aux familles d'un bon de prise en charge lors des bilans, à l'étude
- Garantie que les familles ne se verront pas opposer un refus de soins par un médecin spécialiste
- Complexité de l'évaluation du chaînage et du suivi des bilans de PMI et de santé scolaire

## Evaluation de l'expérimentation

Cellule d'Evaluation médicale - Faculté de médecine / Assistance Publique Hôpitaux de Marseille



### 1- Définir le projet pour l'évaluer

*Une démarche communautaire (Potvin et Richard, 2001) : combinaison de stratégies multiples et participatives.*



## Evaluation de l'expérimentation



### 2- Les buts poursuivis

- Déterminer les changements opérés sur le quartier grâce à la **participation des professionnels et habitants.**
- Déterminer les changements opérés par actions qui agissent sur **différents déterminants de santé.**

➡ Une démarche nécessairement pluri-méthodologique.

➡ Des exigences à la fois pragmatique et éthique.

## Evaluation de l'expérimentation



### 3- Le protocole d'évaluation

- **Evaluation globale** : définition conceptuelle du projet et de l'évaluation de son efficacité.

➡ Démarche inductive (qualitative et quantitative) pour comprendre et retranscrire les conditions de changements au sein de la démarche participative.

- **Evaluation des actions** : co-construction d'indicateurs en partenariat avec les responsables d'action.

➡ Indicateurs et outils utiles et opérationnels pour les professionnels; valides au niveau scientifique.

## Premiers résultats



- L'action MT'Dents mise en œuvre par la Caisse primaire d'assurance Maladie des Bouches du Rhône et l'ERSM (financement CNAMTS) concerne 375 enfants de CP des quartiers St Mauront / Belle de Mai.
- Les résultats de cette action montrent une évolution du taux de recours à l'Examen Bucco-Dentaire (EBD) qui passe de 6% avant l'action pour ces quartiers à, selon les données, 34% (attestés par le « retour des pommes » dans la classe après consultation du dentiste) ou 27% (requête assurance-maladie).

## Perspectives et interrogations



- ☐ **Mobilisation importante des habitants des deux quartiers** : présentation orale de propositions concrètes lors du COPIL du 5 mai 2009 par une représentante des habitants membre du Conseil citoyen, présence aux séances plénières du réseau depuis juin 2009
- ☐ Constitution et implication forte du **Conseil Citoyen** constitué à ce jour de 8 personnes qui sont force de propositions pour le réseau de santé communautaire notamment sur le volet communication auprès des habitants
- ☐ **Intérêt du réseau** comme lieu de rencontre entre conseil des citoyens et professionnels impliqués dans le projet avec d'ores et déjà une prise en compte des observations des habitants pour favoriser la mise en œuvre de certaines actions
- ☐ Le travail mené auprès des habitants nous conforte dans la pertinence de la démarche du projet (implication des habitants+++)
- ☐ **Mobilisation des professionnels de santé** : réunion d'information (saturisme et bilans 4/6 ans auprès des médecins généralistes libéraux des deux quartiers le 16 juin 2009 : 29 participants, intérêt manifeste pour le projet, mais à amplifier), seconde réunion envisagée début 2010.

## Perspectives et interrogations



- Mobilisation institutionnelle forte (recrutement, signature de conventions) et mobilisation dans la durée (participation aux réunions en équipe projet et sur le terrain)
- Adhésion forte des enseignants et des enfants dans le cadre du PRODAS
- Perception positive du projet par l'ensemble des partenaires, mais **risque de saturation** dans les équipements sociaux et les écoles, très sollicités dans la mise en œuvre du projet
- Recherche de financements supplémentaires nécessaire
- Investissement lourd en terme de pilotage
- Intérêt de l'appui au pilotage et du recul sur le projet apportés par l'équipe d'évaluation (Cellule d'évaluation médicale de l'APHM).

*Dans une perspective de généralisation nécessité d'un pilotage institutionnel fort : quel sera le positionnement de l'ARS dans le pilotage d'une action territoriale agissant sur des déterminants sanitaires et sociaux?*

Opération réalisée avec le soutien et la collaboration de :



## L'importance du diagnostic dans l'élaboration d'un projet de santé : Comment nous faciliter la tâche ?

Restitution du forum territorial du 26 Juin 2009 à Gap



## Pour commencer...

**La réalisation d'un bon diagnostic passe avant tout par la récolte de données locales...**



## Comment obtenir des données locales ?

- 1- Constitution d'une banque de données**  
entre institutionnels : récolte des informations et recensement dans le cadre d'une plate-forme commune  
→ accès facilité et centralisé pour les promoteurs
- 2- Pas d'obligation de s'appuyer sur des études épidémiologiques**  
→ données micro-locales suffisantes
- 3- Traduction locale des constats nationaux** (INPES, INSEE, ORS, etc...) à partir de sa propre expérience de terrain et celle des partenaires  
→ confrontation et analyse fine (...éviter le scientisme !)



## Méthodes proposées

### 1- le diagnostic partagé

- grilles d'entretien partagé
- focus group
- enquêtes par questionnaires
- méthodes d'immersion et d'observation
- commande d'étude



## Méthodes proposées (2)

### 2- la demande d'objectivation

- travail de consultation large et d'enquêtes
  - vérification des hypothèses et des problèmes
- participation des usagers / de la population dans le diagnostic
  - importance de la démarche de collaboration
- prise en compte de la notion de temps
  - le diagnostic s'inscrit dans la durée (2 à 8 mois selon les projets !)
- utilisation de l'outil de catégorisation des résultats
  - mieux comprendre la complexité des déterminants de santé

## Rédaction du diagnostic

→ Document d'environ 3 pages comprenant les éléments suivants :

- 1- Détermination des besoins en s'appuyant sur :
  - une approche épidémiologique
  - une approche psychologique (perception des individus)
  - une approche communautaire
  - des consultations des professionnels et institutionnels
- 2- Analyse globale de ces données
  - dégager les problèmes prioritaires de la population ou du territoire

## L'expérience d'un diagnostic réalisé à Briançon (alimentation des jeunes)

→ Difficultés rencontrées :

### sur la forme :

- Recueil de données mais manque d'analyse et de suivi par manque de temps et manque d'outils
- Peu d'étude d'impact
- Facteurs qui ne permettent pas la modélisation de l'action.

→ *Quel dispositif local pourrait venir en appui à cette expérience intéressante menée par des acteurs de terrain pour les accompagner jusqu'au bout de leur démarche et en tirer une méthodologie modélisable? animation territoriale?*

## L'expérience d'un diagnostic réalisé à Briançon (alimentation des jeunes)

→ Difficultés rencontrées :

### sur le fond :

- Difficulté d'implication des parents (souvent problématique dans le domaine de la prévention)
- Faiblesse de l'impact

→ *Comment pourrait-on mieux potentialiser cette étude ? Comment généraliser à d'autres classes?*

**Merci de votre attention !**