

ça change la Ville



Saint-Etienne-du-Rouvray

Synthèse des 2^{es} Assises de la solidarité, sur le thème de la santé

Jeudi 23 et vendredi 24 avril 2015

Projet de Ville:

Depuis 2011, la Ville de Saint-Étienne-du-Rouvray organise régulièrement des Assises en lien avec les cinq projets thématiques soutenant son projet de Ville: solidarité, éducation, développement durable, citoyenneté et aménagement urbain.

En avril 2015, une invitation était donc lancée aux professionnels et aux habitants pour réfléchir ensemble à un point essentiel dans le domaine de la solidarité: la santé des habitants.

Ce rendez-vous, réunissant près de 150 personnes sur deux jours, est venu conclure un cycle de trois années (2012/2015) pour Saint-Étienne-du-Rouvray, marqué par la mise en place d'un premier contrat local de santé (CLS).

Alors qu'un deuxième CLS est actuellement envisagé avec l'agence régionale de santé, ces assises ont réaffirmé le besoin d'un maillage fort du territoire associant l'ensemble des partenaires et la nécessité de permettre aux habitants de s'investir sur ce terrain. C'est, sans nul doute, à cette condition que la volonté politique de réduire les inégalités de santé et d'accès aux soins pourra devenir réalité.



La santé, une question d'abord politique

Au cœur de cette deuxième édition des Assises de la solidarité, les problématiques de santé ont fait l'objet d'une série d'exposés. Des universitaires, mais aussi des services municipaux venus de plusieurs régions de France, ont cherché, lors de la première journée, jeudi 23 avril, à comprendre les processus qui génèrent, encore aujourd'hui, des inégalités sociales et territoriales de santé. Réflexions et débats ont souligné la dimension politique du sujet.

De la question de l'accès aux soins au poids des déterminants de santé sur la durée de vie ou la réussite éducative, tous les échanges qui ont eu lieu dans l'amphithéâtre de la faculté des sciences, au Madrillet, ont mis en exergue la même évidence, soulignée d'emblée par Hubert Wulfranc, le maire de Saint-Étienne-du-Rouvray: « *La question de la santé est d'abord une question politique, au sens noble du terme.* »

C'est pourquoi, bien qu'elle ne fasse pas partie des compétences municipales, la santé ne peut pas laisser les élus locaux indifférents. Si ceux de Saint-Étienne-du-Rouvray – « où les inégalités de santé

sont majeures », a insisté le maire – ont depuis longtemps cherché des solutions, ils ont d'abord connu des échecs, a reconnu l' élu. Avant d'ajouter: « *Pour nous qui plaçons la question des solidarités au cœur de notre engagement, d'avoir échoué constituait vraiment un problème...* »

Proximité et efficacité

La création des agences régionales de santé (ARS) et la signature du premier contrat local de santé (CLS), en 2012, ont, cependant, constitué un début de réponse, a noté Hubert Wulfranc: « *Grâce à la volonté politique et aux outils qui ont été déployés, la mayonnaise a pris. Nous avons identifié un champ d'action, celui ►*

► *de la prévention, nous avons tissé un réseau d'experts pour construire des parcours de santé et, même si nous voyons bien qu'il reste des ruptures de réponses par rapport à la population, nous savons que nous progressons dans la prise en compte des besoins des Stéphanois.* »

Ce bilan d'étape, Amaury de Saint-Quentin, le directeur général de l'Agence régionale de santé de Haute-Normandie, l'a validé, saluant « *le dynamisme de la mairie de Saint-Étienne-du-Rouvray et la démarche collective et partenariale qu'elle a su initier* ».

Dans un secteur où il est essentiel de rechercher des complémentarités entre les acteurs pour impulser des politiques cohérentes, le directeur général de l'ARS a rendu hommage à l'engagement des élus

locaux en général et au dynamisme des équipes stéphanoises en particulier. « *Qui mieux que les élus locaux connaissent les problématiques locales que toute politique de santé doit prendre en compte ?* » a ainsi interrogé Amaury de Saint-Quentin. *Par leur connaissance des réalités locales et par leur capacité à mobiliser, les élus locaux participent activement à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.* »

Agir collectivement

C'est ce qui explique l'engagement des élus de Haute-Normandie, région dans laquelle les signatures de CLS se succèdent à un rythme accéléré depuis 2010. Ce qui entraîne de nombreux partenariats, entre les services municipaux – en charge de

l'habitat, des transports, de l'action sociale – ou encore avec l'Éducation nationale, le conseil départemental, la Caf, la CPAM... Même le président de l'université de Rouen, Cafer Ozkul, a tenu à mettre en avant le rôle qui était le sien dans la lutte contre les inégalités de santé: « *Avec nos facultés de médecine et de pharmacie, nous essayons de combler les déficits liés aux déserts médicaux, a-t-il plaidé. Nous faisons le maximum pour former les médecins et universitiser les métiers médicaux.* »

La qualité et la diversité des interventions qui ont rythmé les Assises de la solidarité ont, par la suite, prouvé que mettre la coordination des politiques publiques au service de la santé n'était pas, en Haute-Normandie, une utopie, mais bien une réalité concrète qui fait sens.

La réduction des inégalités et déterminants de santé, place des collectivités

Éric Breton, grand témoin de la journée, enseignant-chercheur, titulaire de la chaire INPES « promotion de la santé » à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), a démontré, dans son exposé, que la santé n'était pas qu'une question de soin, qu'il fallait croiser des données socio-économiques pour en décortiquer les déterminants et que toute politique de réduction des inégalités ne pouvait qu'être transversale.

« *La santé, ce n'est pas que le stéthoscope* ». L'image a le mérite d'être claire. Elle a permis en tout cas à Éric Breton de planter le décor d'un débat qu'il ne veut pas limiter à la question de la désertification médicale ou de la formation des professionnels.

Chiffres à l'appui, le chercheur a montré que les pays qui comptent le plus grand nombre de médecins par habitant ne sont pas ceux où l'on vit le plus vieux: 4,21 médecins pour 10 000 habitants en Russie où l'espérance de vie est de 65 ans, alors que le Chili affiche une longévité de 77 ans, avec seulement 1,13 médecin pour 10 000 habitants. Le meilleur exemple est, enfin, celui du Japon: 1,9 médecin

pour une espérance de vie de 81 ans. En France, la situation est intermédiaire avec 3,3 médecins pour 10 000 habitants et 79 ans d'espérance moyenne de vie.

Si ce ne sont la présence médicale et l'accès aux soins qui sont déterminants, serait-ce le budget consacré à la santé qui expliquerait la bonne santé des uns, la mortalité plus précoce des autres? En aucune manière répond l'enseignant: le Japon totalise 3 204 € de dépenses de santé par habitant, quand la France dépasse les 4 000 € et les États-Unis les 8 360...

Faut-il, alors, incriminer les comportements? s'est interrogé l'orateur. Avec peu d'activité physique, une consommation importante d'alcool et de tabac, les

Japonais battent à nouveau en brèche les idées reçues... C'est donc ailleurs qu'il faut aller chercher les clés du problème. Du côté des facteurs sociaux et environnementaux: ressources financières, situation professionnelle, conditions de travail, salubrité de l'habitat... pèsent à 80 % dans la constitution des inégalités de santé. « *C'est donc hors du système curatif que se trouvent les leviers les plus puissants de réduction des inégalités de santé* », a insisté Éric Breton.

Niveau scolaire, cohésion et position sociales

« *Il y a une relation entre le niveau d'intégration sociale et le risque de mortalité* ►



► *par cancer, par suicide et par accidents* », telles sont les conclusions sans appel de l'étude Gazel réalisée en France entre 1993 et 1999 : plus leur réseau social est faible, plus les hommes que l'enquête a suivis risquent d'avoir un cancer, un accident ou de se suicider. Et, une fois soignés pour un cancer, ceux qui récidivent sont majoritairement les patients les plus isolés socialement.

Plus généralement, a estimé Éric Breton, « *la position sociale dans la société va déterminer les chances d'avoir une vie longue et en bonne santé* ». Une réalité qui n'appartient pas au passé car, si l'espérance de vie a augmenté pour tout le monde, en France, ces dernières décennies, les écarts sont restés les mêmes d'une catégorie socioprofessionnelle (CSP) à l'autre. La France est d'ailleurs le pays de l'Europe de l'ouest où les écarts sont les plus importants entre CSP.

Intimement lié à la position sociale, le niveau d'éducation pèse aussi sur les inégalités de santé : « *Dans une société postindustrielle, les ouvriers illettrés n'ont pas de place sur le marché du travail, note le chercheur, échouer au niveau scolaire, c'est une condamnation à mort. D'ailleurs, les gens qui n'ont pas le bac constituent un groupe à haut risque de mortalité prématurée.* »

Favoriser l'accès de chacun à un meilleur niveau scolaire semble être l'un des chemins pour améliorer la santé de tous. Encore très prégnantes, ces inégalités so-

ciales et éducatives interrogent d'autant plus cruellement la question de la justice sociale qu'elles s'expriment dès le plus jeune âge.

Faire appel à l'intelligence collective

Fort des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, formulées en 2009 dans un rapport sur les déterminants de la santé, Éric Breton s'est attaché à montrer que la résolution des inégalités de santé exigeait « *de s'attaquer aux conditions de vie quotidiennes* », de mettre en place des politiques publiques transversales et d'associer les habitants à la conception même des dispositifs dont ils ont besoin. Et c'est à ce niveau-là que les collectivités ont un rôle à jouer, selon le chercheur. « *Elles peuvent*

améliorer la participation des habitants à la prise de décision et éviter que ce système d'expert, où les analyses se font portes closes, se perpétue. »

Partager le pouvoir et faire appel à l'intelligence collective, telles sont les ambitions de l'expérimentation que pilote, dans le Pays de Redon Bretagne sud, l'équipe de l'École des hautes études en santé publique. « *Il s'agit d'une recherche interventionnelle sur le déploiement d'une stratégie locale de réduction des inégalités familiales face au cancer, a indiqué l'universitaire. Après avoir dressé un diagnostic de territoire, nous avons construit*

un programme "Ensemble la santé pour tous", dont l'ambition est d'aller chercher la capacité d'action des gens. »

Déployer des mesures universelles proportionnées, pour s'attaquer aux inégalités scolaires sans stigmatiser ; développer des actions fondées sur les ressources du territoire, sur les compétences et l'enthousiasme des habitants ; construire des dispositifs en fonction des ressources dont ils disposent et à partir de leurs aspirations et non en fonction de statistiques... telles sont quelques-unes des pistes testées à Redon.

« **Si on est capable de donner à la population des conditions d'accès à un meilleur niveau scolaire, on aura des impacts positifs sur la santé** »
Éric Breton

« *Pour faire avancer les déterminants sociaux de la santé, a conclu Éric Breton, il faut rompre avec la religion des chiffres, prendre en compte des situations et des témoignages et avoir pour priorité d'aider les habitants à trouver eux-mêmes les solutions qui leur conviennent, en fonction de leurs conditions quotidiennes d'existence.* »

Le rôle des collectivités locales, face à ces enjeux, est primordial, puisqu'elles peuvent peser sur ces conditions quotidiennes d'existence, par leur action sur l'environnement urbain, scolaire, associatif...

De l'apparition du sida à celle des trithérapies : illustration du poids des inégalités sociales de santé

Parmi les théories qui expliquent les inégalités de santé, celle formalisée en 1995 par Link et Pheland, des chercheurs américains, prouve que la position dans la hiérarchie sociale détermine l'accès aux ressources (qu'il s'agisse de connaissances, de relations sociales, de pouvoir...).

Pour l'illustrer, Éric Breton a pris le cas du sida : « Dans les premiers temps de l'apparition du sida, au début des années 1980, la mortalité était très élevée, quelle que soit la catégorie sociale, car personne ne savait ce qui causait l'effondrement du système

immunitaire. Riches et pauvres étaient à égalité. Quand, en 1984, la cause du VIH est identifiée, la mortalité a faibli dans les catégories socioprofessionnelles supérieures, car l'accès à l'information et aux moyens de se protéger y a été plus rapide, contrairement aux CSP du bas de l'échelle. »

Avec l'apparition des trithérapies, en 1996, les inégalités se sont encore accentuées, une conséquence des inégalités d'accès aux soins, par manque d'information et/ou de moyens financiers.

Le rôle des communes : affirmation et légitimité de leurs interventions

Laurent El Ghozi, élu de Nanterre en région parisienne et président de l'association « Élus, santé publique et territoire » (ESPT), qui regroupe 65 communes, a d'abord fait le point sur les compétences des collectivités locales en matière de santé, suite aux dernières lois votées. Avec des exemples précis de dispositifs mis en place à l'échelle de certaines communes, il a ensuite mis en lumière le rôle de ces dernières pour contribuer à réduire les inégalités sociales de santé.

Peu connue du grand public, la loi « hôpital, patient, santé, territoire » (HPST), sur laquelle est rapidement revenu Laurent El Ghozi, a eu d'importantes répercussions sur l'organisation locale de la santé. Depuis son adoption, en 2009, « les agences régionales de santé (ARS), a insisté l'élu de

portante], sur les questions de santé ». Un outil de pouvoir qui doit impérativement composer avec les collectivités locales, pour atteindre les objectifs de la loi HPST : réduire les inégalités de santé et développer la démocratie sanitaire.

Les contrats locaux de santé (CLS), nés de cette loi de 2009, ont ainsi doté les communes de leviers efficaces, selon Laurent El Ghozi. Construits à partir d'un diagnostic participatif partagé (élaboré par l'ARS, la collectivité territoriale concernée et ses partenaires), les CLS décrivent, d'abord, la situation sanitaire, économique et sociale et l'offre en santé du territoire donné.

Ils constituent non seulement un lieu d'expression et de démocratie sanitaire, mais aussi le support à la mise en œuvre concrète de démarches santé adaptées aux besoins des populations les plus vulnérables. Les CLS apparaissent, par conséquent, comme un moyen de partager une vision territorialisée de la santé, capable de prendre en compte la question des déterminants de la santé, sans se limiter à la question de l'offre de soin.

Les intentions du nouveau projet de loi santé, en cours d'examen par le Parlement au moment des Assises, semblent s'inscrire dans la même logique, d'après Laurent El Ghozi, avec des ambitions très fortes à différents niveaux : pour identifier les déterminants de santé ; pour réduire ►

« Je fais confiance à la démocratie en santé, c'est un levier pour mobiliser les acteurs, pour changer les pratiques. La construction d'un environnement favorable à la santé dépend de chacun »
Laurent El Ghozi

Nanterre, se sont imposées comme un outil de pouvoir, au fonctionnement léonin [N.D.L.R. : se réservant la part la plus im-

► les inégalités sociales et territoriales, grâce notamment à la création d'un Institut national des données de santé; pour mener des actions de prévention collective; pour tisser des liens avec les usagers; pour encourager la participation de la population... « *Nous sommes dans de bonnes intentions, en phase avec ce que veulent les élus locaux* », a jugé le président de l'ESPT, tout en se disant vigilant sur la concrétisation des engagements pris et sur la place réelle accordée aux collectivités locales.

Le rôle des collectivités

Dans un contexte marqué par de fortes contraintes budgétaires et une tendance à la raréfaction de l'offre de soins sur certains territoires, le rôle des élus locaux apparaît fondamental pour éviter que les inégalités sociales et territoriales de santé continuent à se creuser.

Parce que le local est le lieu d'articulation de toutes les politiques publiques, dans les domaines de l'action sociale, de l'éducation, du sport, de l'aménagement urbain. « *La santé se fabrique dans la ville*, a souligné le président d'ESPT. *C'est le seul lieu possible de mise en place de politiques*

ayant pour but de réduire les inégalités sociales de santé. »

Les services municipaux doivent, par conséquent, se préoccuper de ces questions pour éviter que ne s'accroissent les inégalités, les injustices et leur reproduction. « *Parce que vos parents sont pauvres et en mauvaise santé, vous le serez aussi? s'est indigné Laurent El Ghozi. La transmission intergénérationnelle est la pire des injustices! Les instances locales doivent prendre leurs responsabilités.* »

Dans le prolongement des enseignements tirés par la politique de la ville, qui a inventé l'intersectorialité, les collectivités territoriales doivent donc continuer à prendre en compte l'éducation, l'insertion, la sécurité et l'habitat pour construire des dispositifs qui contribuent à améliorer la santé des habitants de leur territoire.

« Ce que vous faites sans nous, vous le faites contre nous »

Convaincus de l'importance d'associer les habitants à la mise en place des politiques de santé, Laurent El Ghozi a, enfin, présenté quelques exemples concrets d'actions menées à Nanterre, à l'occasion de plu-

sieurs « ateliers santé », dont les thématiques avaient été choisies en fonction des priorités des habitants. De la santé mentale à la santé bucco-dentaire, ces ateliers ont à la fois associé les habitants et impulsé des dynamiques intersectorielles. Cartes géographiques à l'appui, la mairie de Nanterre ne s'est pas contentée d'enregistrer une baisse du nombre de caries chez les enfants qu'elle a suivis à l'occasion de ses campagnes bucco-dentaires, elle a aussi veillé à ce que l'écart entre les écoles en zones d'éducation prioritaires (ZEP) et les autres se réduise, pour atteindre un double objectif: la diminution globale des caries et la réduction des inégalités. « *Grâce à ces cartes, a précisé l'élu, nous suivons les évolutions, nous évaluons les dispositifs et nous demandons de mettre le paquet sur certaines écoles en fonction des évolutions.* »

Idem pour le Programme national nutrition santé (PNNS), pour la mise en place duquel la mairie de Nanterre a associé les parents et les conseils d'école, afin de collecter les indices de masse corporelle dans tous les établissements pour, ensuite, adapter les messages et les plans d'actions.



En chiffres

130 contrats locaux de santé signés depuis 2009, dont 62 en Île-de-France et 7 en Haute-Normandie

Le contrat local de santé Stéphanaïis : un projet transversal

De la naissance à la fin de vie, du domicile à la maison de retraite, en passant par l'école ou les équipements sportifs, les problématiques de santé sont inscrites dans le quotidien des habitants. Les contrats locaux de santé exigent par conséquent la mise en place de politiques transversales. C'est ce qui a été fait à Saint-Étienne-du-Rouvray. Coordonnateur santé, responsable de l'« atelier santé ville » et du contrat local de santé (CLS), Pierre Creusé a ainsi sollicité la participation de ses collègues pour donner à voir la diversité des projets impulsés dans le cadre du CLS de la commune.



Chez soi

Parce que tout commence à domicile, la municipalité a décidé de prendre à bras-le-corps la question de l'habitat dégradé. Elle a donc créé, dans le cadre de son contrat local de santé, un comité communal de l'habitat dégradé (CCHD). Celui-ci a pour mission de coordonner l'action des acteurs municipaux qui, quel que soit leur champ d'intervention, se rendent au domicile des administrés. « La mise en place d'une base de données partagée permet désormais d'identifier les situations de mal logement, a expliqué Sylvie Sellier, responsable de la division hygiène et environnement à la mairie. Les situations repérées font, ensuite, l'objet d'un examen interservices et d'une recherche collégiale de solutions pour les situations les plus difficiles. »

Grâce à ce CCHD, la Ville – dont les ser-

vices intervenaient déjà sur la gestion des déchets ou la qualité de l'air intérieur – a pu impulser une nouvelle dynamique, plus transversale et plus réactive sur la question des conditions de vie à domicile. « Le CLS nous a permis de donner un cadre et une légitimité à notre intervention dans certaines situations », a conclu Sylvie Sellier.

À l'école

Diminuer les inégalités sociales de santé, cela passe forcément par l'école. Et notamment par la restauration scolaire, comme l'a rappelé Christian Debruyne. Responsable du département des restaurants municipaux, il a témoigné des efforts consentis par Saint-Étienne-du-Rouvray, depuis quinze ans, pour promouvoir une politique du bien manger. « La commune a toujours réfléchi aux questions de nutrition, en s'appuyant depuis le début

des années 2000 sur des études sur l'obésité, a-t-il commencé par noter. En 2003, à travers le programme national nutrition santé (PNNS), nous avons été une des villes pilotes de Haute-Normandie à mettre en place – en partenariat avec la CPAM et l'Éducation nationale, notamment – des animations sur différents thèmes allant du bien bouger à la critique des publicités... »

Des actions que la Ville n'a pas voulu limiter à l'école stricto sensu, puisqu'elle a également souhaité que les habitudes alimentaires prônées à la cantine trouvent un écho à la maison. « Nous avons diffusé plusieurs questionnaires pour mesurer l'impact de nos actions auprès des parents et des enfants, a poursuivi Christian Debruyne. Et nous avons constaté qu'elles avaient des conséquences sur les parents. »

Ce retour positif a encouragé les services municipaux à poursuivre sur la même voie. Dans le cadre du programme de « réussite éducative », d'abord, puis à l'occasion de la réforme des rythmes scolaires. « Nous menons des actions sur la pause méridienne auprès des 1 200 élèves demi-pensionnaires en élémentaires, avec des ateliers animés par des animateurs qui ont été formés », a précisé le responsable des restaurants municipaux. Au-delà de cet effort de sensibilisation des enfants et des familles, qui semble porter ses fruits, la municipalité actionne aussi d'autres leviers pour intervenir sur les déterminants de l'alimentation : elle est attentive à la qualité des produits servis par les restaurants ►

► municipaux, elle sensibilise les familles à la nécessité de consommer des produits de saison ou encore elle aménage les salles de restauration pour que la pause méridienne soit un véritable moment de convivialité et de partage.

Conscients que rien n'est acquis et qu'il faut continuer à faire de la pédagogie, à l'école et auprès des parents, les services municipaux ont profité du CLS pour renforcer leurs dispositifs dans le domaine de l'alimentation.

Chez le médecin

C'est également sur le front de la désertification médicale que les villes, bien que mal armées, cherchent de plus en plus des solutions innovantes susceptibles d'encourager les professionnels de santé à s'installer sur leur territoire.

Associé aux réflexions du CLS, l'OR2S, en lien avec le département des affaires économiques de Saint-Étienne-du-Rouvray a ainsi mené une étude sur les aspirations des professionnels de santé concernant leurs conditions d'exercice. S'est alors posée la question de la création d'une maison de santé pluridisciplinaire permettant aux professionnels de travailler ensemble. « Cette option

a été écartée pour deux raisons, a expliqué Lucile Frétny, responsable des affaires économiques. *D'une part, les médecins que nous avons interrogés nous ont fait part de leur attachement au statut de profession libérale; d'autre part, le retour d'expérience d'autres collectivités locales nous a révélé un bilan mitigé.* » Une analyse, contestée par plusieurs participants aux Assises mettant en avant le fait que les jeunes générations de médecins notamment aspiraient à travailler différemment.

La Ville a préféré de son côté essayer d'animer un réseau de professionnels de santé. « *Ce qui est attractif pour eux, a plaidé Lucile Frétny, c'est avant tout le projet, le réseau et la dynamique locale.* »

Pour les seniors

Déjà fortement mobilisée au service de la prévention, du maintien de l'autonomie et de la lutte contre l'isolement des personnes âgées, la mairie a profité du contrat local de santé pour consolider ses actions: « *Nous étions déjà convaincus que le maintien dans*

la vie sociale constituait un enjeu de santé, a souligné Anne-Claire Charlet, la responsable de la division solidarité. C'est pourquoi nous avons développé des outils divers en faveur du lien social. » De l'animation des foyers restaurants à la politique nutritionnelle qui y est déployée, en passant par l'organisation d'ateliers de gymnastique douce, dans toutes les activités qu'elle organise, la division solidarité se montre très attentive aux problématiques de santé.

« **La mobilisation de tous les services, la sollicitation des habitants et la présence de nos partenaires sont autant d'éléments essentiels pour construire une politique de santé qui s'adresse à tous** »
Pierre Creusé, coordonnateur santé, responsable de l'atelier santé ville et du contrat local de santé de la commune



Contrat local de santé: définition et objectifs

« Améliorer le bien-être physique et mental et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé », tels sont les deux principaux objectifs des contrats locaux de santé, selon Corinne Leroy, venue représenter le pôle prévention et promotion de la santé de l'ARS Haute-Normandie. Pour les atteindre, les collectivités qui s'engagent dans un CLS mettent en place des dispositifs qui leur permettent d'intervenir sur plusieurs champs (la prévention, l'accès aux soins et la promotion de la santé, l'offre de soins et l'accompagnement médico-social) et qui relèvent « d'une approche populationnelle, a insisté Corinne Leroy. Il s'agit pour nous d'adapter les programmes d'action aux populations, avec toujours une priorité aux personnes en situation de précarité ».

Outil de déclinaison de la politique de santé au niveau local, les CLS doivent effectivement s'adapter au contexte, aux enjeux et

aux priorités de chaque collectivité. « Nous ne partons jamais de zéro, a indiqué la représentante de l'ARS Haute-Normandie. L'ARS établit un cadrage en concertation avec la Ville et prend en compte toute une série d'indicateurs locaux, y compris ceux qui ne font pas directement partie du champ de la santé. »

Pour garantir une approche transversale des problématiques de santé et veiller à l'articulation des différentes politiques publiques en œuvre sur le territoire, les instances de pilotages des CLS sont plurielles. Le rectorat, le conseil départemental, les hôpitaux et la CPAM sont ainsi associés au comité de pilotage. Sur le terrain, au niveau des équipes projet, une étroite collaboration entre les représentants des différents pôles de l'ARS et ceux des différents services municipaux est recommandée. Plus le travail est partenarial, plus les résultats sont probants.

Haute-Normandie: les CLS en chiffres

Sept CLS ont été signés en Haute-Normandie, avec la Communauté d'agglomération Seine-Eure (Case), Saint-Étienne-du-Rouvray, la Communauté d'agglomération havraise (CODAH), Dieppe, Rouen, Pont-Audemer et Évreux. À l'horizon 2015-16, 5 nouveaux contrats devraient être conclus, avec Bernay, Elbeuf, le Pays de Bresle-Yères, le Pays Vexin nord et Vernon.



Au menu, de grands posters

Supports d'échange pour animer la pause déjeuner, de grands posters avaient été installés dans le hall de l'université des sciences, jeudi 23 avril. Pédagogiques, ils avaient été conçus par plusieurs collectivités territoriales soucieuses de partager leurs expériences en matière de politique de santé.

La communauté d'agglomération de Dunkerque y a, par exemple, présenté deux expérimentations: son dispositif de lutte contre l'habitat indigne, qui permet à ses équipes de visiter chaque an-

née quelque 170 logements signalés pour des manquements à la réglementation; ainsi qu'une initiative destinée à favoriser l'accès des jeunes des territoires sensibles de Dunkerque à des activités sportives et culturelles, dans un but de bien-être et de santé.

La ville de Bezons, de son côté, a mis en avant son centre de santé, où se côtoient 5 généralistes et quelques spécialistes (ophtalmo, ORL, gynéco, dermato, psychiatre) qui travaillent en réseau avec les hôpitaux du secteur.



Zoom sur trois projets bénéfiques à la santé des populations

> Habitat intergénérationnel

Heureux de constater que leur action était reconnue pour ses bénéfices en matière de santé, Carole Poméon et Philippe Boquien, membres de l'association Habitat et humanisme, ont présenté les missions de leur organisation.

Avec pour triple objectif de favoriser l'insertion par le logement, de lutter contre la précarité et l'isolement, l'association Habitat et humanisme utilise le logement comme facteur de cohésion. En recrutant et regroupant des publics jugés prioritaires (jeunes adultes, familles monoparentales, seniors isolés), elle mise sur les dynamiques induites par des mixités, sociale, générationnelle et familiale.

Concrètement, l'association recherche des résidences en centre-ville dans lesquelles elle propose des logements individuels,

durables ou temporaires, à des familles, des jeunes ou des personnes âgées qui en ont besoin et qui se déclarent motivés par le projet solidaire atypique qui leur est présenté.

Sur l'exemple de la résidence de Rennes « Huma-cité », les personnes doivent à la fois pouvoir jouir de leur autonomie et de leur intimité, tout en disposant de lieu de vie commun. « *Les liens de solidarité qui se tissent entre les résidents peuvent prévenir des situations de fragilité*, insiste Carole Poméon. *Notamment à des moments décisifs*

de la vie, à la naissance d'un enfant, lors du départ du domicile familial ou encore à l'entrée en retraite. » L'implication des résidents et l'animation assurée par l'association ont prouvé que la rencontre, la convivialité et la solidarité, encouragées dans l'habitat intergénérationnel étaient vecteurs de confiance en soi et donc d'amélioration des conditions de vie.

> Un pas vers la santé

Afin de promouvoir la marche à Grenoble, le Dr Faouzia Perrin s'est lancée dans un projet destiné à transformer l'environnement urbain pour susciter des changements de comportement chez les Grenoblois.

Engagée depuis longtemps dans la mise en œuvre de politiques de santé, la Ville de Grenoble a voté en 2011 un plan municipal intersectoriel pour donner plus de cohérence à toutes les initiatives menées sur son territoire en matière de santé.

Parmi les axes de travail retenus, plutôt que de vouloir changer les comportements, c'est davantage la volonté de « créer des environnements favorables à la santé » qui s'est imposée. Avec comme ambition très concrète d'encourager, par des aménagements urbains adaptés, les Grenoblois à marcher.

Le travail transversal impulsé par Faouzia Perrin s'est traduit par l'implantation, dans

la ville, d'une signalétique piétonne qui indique les temps de parcours nécessaires pour se rendre d'un endroit à l'autre, en concentrant le dispositif sur des distances situées dans une fourchette de 1 à 2 km.

« *Nous voulions prouver aux habitants que les principaux lieux de la ville sont plus près les uns des autres que ce qu'on croit*, explique Faouzia Perrin. *Et nous voulions aussi resituer l'exercice physique dans le cadre de la vie quotidienne.* » Loin d'exiger des Grenoblois qu'ils réalisent des exploits sportifs, cette initiative mise sur les atouts de la simple marche : peu contraignante, contrairement aux régimes alimentaires, plus facile à promouvoir que des pratiques sportives

qui nécessitent une inscription dans un club et une organisation particulière, la marche entraîne pourtant des effets positifs sur le métabolisme et le bien-être.

Fort de ces constats, la Ville a mis en place, avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et le CHU, un comité de pilotage, elle a repéré des itinéraires, en fonction des distances et des connexions avec les transports en commun. La principale difficulté rencontrée aura été de trouver des volontaires pour porter des podomètres et d'évaluer l'usage du dispositif, le bilan semble positif : « *C'est une opération qui séduit*, a conclu son initiatrice. *Elle a un impact très net.* »

> Soutien aux familles et à la parentalité

Corinne Roehrig, membre du comité départemental d'éducation pour la santé (Codes) des Alpes-Maritimes, est venue présenter un programme de soutien aux familles et à la parentalité qui, importé des États-Unis, a déjà fait ses preuves dans les quelque 35 pays où il a été déployé.

Soutenir la parentalité pour promouvoir la santé des enfants et des parents et éviter par conséquent les conduites addictives ou l'échec scolaire, tel est en filigrane l'objectif du programme américain créé par le Pr Karol Kumpfer dans les années 1980.

Basé sur des données probantes et par conséquent validé scientifiquement, il part du principe qu'il faut valoriser les points forts et les savoir-faire des familles pour renforcer leur capacité à résister, y compris psychiquement, aux épreuves de la vie.

Concrètement, le programme prévoit la constitution de groupes de parents et d'enfants, qui réunissent, à l'occasion de 14 ateliers de deux heures, 8 à 10 familles, dont les enfants sont âgés de 6 à 11 ans. Si 50 % des séances séparent enfants et parents, 50 % les réunissent. « *Tandis que*

dans le groupe parent, on renforce les habilités des parents et on expérimente de nouvelles stratégies éducatives; dans le groupe des enfants, on développe les compétences psychosociales, telles que l'apprentissage du langage, de l'écoute ou la capacité à accepter les critiques. Dans le groupe familial, enfin, on travaille à construire et consolider les liens familiaux, a précisé Corinne Roehrig. »

À chaque fois, le positionnement des animateurs, qui suivent des guides précis, est éducatif et bienveillant. Ils ne se placent jamais dans une posture psychologique, mais cherchent à aider les familles à développer par elles-mêmes leurs propres habiletés.

Augmentation du sentiment d'efficacité des parents, diminution du stress et de la consommation d'alcool, augmentation des

résultats scolaires, recul du stress, baisse des dépressions et des troubles du comportement chez les enfants, ces ateliers obtiennent des résultats tangibles positifs.

Récemment introduit en France, par l'INPES, ce programme, dont les guides ont été adaptés aux principales spécificités éducatives de notre pays, a d'abord été testé, dans les Alpes-Maritimes, dans la commune de Mouans-Sartoux, en 2011 et 2012, puis à Carros et Grasse, en 2013 et 2014. Suite à la participation assidue de 38 familles, aux profils divers car « *il faut éviter de faire de la stigmatisation* », insiste Corinne Roehrig, les compétences des enfants, évaluées par les parents, ont progressé de 21 %, celles des parents de 40 %. Le programme devrait être prochainement déployé à l'échelle nationale.



L'évaluation d'impact sur la santé : une aide à la décision

À l'occasion de l'aménagement de la halte ferroviaire de Pontchaillou, la Ville de Rennes a réalisé une évaluation d'impact sur la santé. Pauline Mordelet, ingénieure chargée de mission santé-environnement à Rennes, a présenté les atouts et les contraintes de cette démarche exigeante, promue par l'Organisation mondiale de la santé, mais peu répandue en France.

L'aménagement de la halte ferroviaire Pontchaillou a pour objectif de rendre cet équipement à la fois plus attractif et plus accessible, y compris aux personnes à mobilité réduite. Encore faut-il s'assurer que le projet, examiné dans toutes ses dimensions, n'ait pas d'impact négatif sur la santé, voire qu'il contribue à réduire les inégalités sociales de santé. Pour s'en assurer, la Ville de Rennes a initié en 2011 une évaluation d'impact sur la santé (EIS), en partenariat avec l'École en hautes études en santé publique (EHESP), Rennes métropole, l'association S2D et l'ARS de Bretagne. Pendant six mois, 100 éléments du projet ont donc été évalués au regard

des déterminants de santé.

Au final, 41 recommandations ont été émises pour renforcer l'impact positif du projet sur la santé et pour réduire ses impacts négatifs. Ces recommandations ont trait à différentes problématiques : déplacements et sécurité ; espaces publics ; impacts sur l'environnement (bruit, qualité des eaux, de l'air) ; appropriation du projet par la population ou encore création d'un bâtiment multiservices, dédié à la promotion de la santé. À l'exception de cette dernière mesure, qui ne verra pas le jour, ces recommandations ont été soumises, courant 2012, aux maîtres d'ouvrage (RFF, le CHU, la Ville de Rennes) ; leur mise en

œuvre a fait l'objet d'un suivi. Aux yeux de Pauline Mordelet, l'évaluation d'impacts sur la santé apporte une réelle plus-value en termes de santé, laquelle dépasse les limites du projet. Elle encourage les échanges entre les services municipaux et peut être à l'origine, comme à Rennes, de la prise en compte par le contrat local de santé des enjeux de l'urbanisme sur la santé. Une convention de coopération pour la promotion d'un urbanisme favorable à la santé a même été signée en novembre 2014 entre l'ARS Bretagne, l'EHESP, l'association S2D, la Ville de Rennes et Rennes métropole.

Synthèse de la journée

La mobilisation incontournable des habitants

Face à un système qui produit des inégalités de classe et des injustices sociales d'autant plus insupportables qu'elles touchent à la santé et se transmettent de génération en génération, Laurent El Ghozi a tenu à rappeler, en conclusion de cette première journée des Assises, le rôle de donneur de sens que le maire doit incarner : « *Pour que des choses se fassent, pour qu'il y ait des évolutions, a-t-il insisté, il faut que le maire les impulse.* »

« **L'état de santé des populations doit devenir l'indicateur de réussite des politiques publiques** »

Laurent El Ghozi, conseiller municipal à Nanterre, président de l'association Élus, santé publique et territoire

Par conséquent, si les ateliers santé ville et les contrats locaux de santé apparaissent aux yeux du président de l'association « Élus, santé publique et territoire » comme « *Élus, santé publique et territoire* » comme de bons outils, encore faut-il, selon lui, que les mairies s'en saisissent réellement ». Cela suppose, tout d'abord, comme l'ont confirmé tous les exemples étudiés pendant les Assises, l'émergence de nouvelles habitudes de travail, décroisées et capables de prendre en compte la multitude des facteurs impliqués dans la santé. Cela exige aussi de « faire avec les habitants » : « *Il faut donner la parole aux patients, usagers et citoyens*, a martelé l'élus de Nanterre. *Pour s'appuyer sur leur parole et s'engager à la respecter.* »

Également convaincu que tout ce que la puissance publique fait sans les habitants, elle risque de le faire contre eux, Éric Breton a aussi souhaité tirer pour principale leçon

de cette journée de réflexion que les acteurs locaux devaient systématiquement associer la population aux dispositifs qu'ils initient. Pour preuve, les résultats obtenus par les contrats locaux de santé (quand ils sont utilisés comme des outils de mobilisation), par les résidences intergénérationnelles ou encore par le programme de soutien à la parentalité. Et l'enseignant-chercheur de citer une expérience menée au Royaume-Uni, entre 1995 et 2000, dans deux quartiers

très défavorisés : « *Inquiètes de voir la population sombrer, deux infirmières de PMI avaient voulu inciter la population à réagir*, a raconté Éric Breton. *Bien que sceptiques sur les initiatives jugées prioritaires par les habitants, elles ont accepté de prendre en compte leur souhait d'impulser, avant tout, une campagne de nettoyage des trottoirs, pour éliminer les crottes de chien !* » Contre toute attente, cette initiative ayant généré un véritable sentiment de fierté avait alors enclenché une dynamique positive, inversant la courbe des indicateurs de criminalité, de morbidité, d'échec scolaire... « *Quand on lâche le contrôle et que les services publics soutiennent les initiatives locales*, a conclu

l'universitaire, *on est sur la bonne voie !* » Consciente que c'est là l'un des principaux défis à relever, Nathalie Viard, directrice de la santé publique à l'agence régionale de

santé de Haute-Normandie, a souhaité, de son côté, que l'implication des habitants, encore difficile, se renforce dans le cadre des CLS, de même que la mobilisation de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Tout en rendant hommage à la

« **Les inégalités sociales constituent un enjeu de santé publique et de cohésion sociale. Les expériences présentées ici visent à les réduire. Il nous faut nous appuyer sur ces retours d'expérience** »

Nathalie Viard, directrice de la santé publique à l'agence régionale de santé de Haute-Normandie

municipalité de Saint-Étienne-du-Rouvray, « *petit laboratoire, qui a su associer tous ses services et les acteurs locaux* », Nathalie Viard a estimé que les présentations faites lors de ces Assises allaient aider l'ARS « à étayer son plaidoyer en faveur d'une santé qui ne se résume pas à la question de l'offre de soin ».

« **Quand on lâche le contrôle et que les services publics soutiennent les initiatives locales, on est sur la bonne voie !** »

Éric Breton, enseignant-chercheur, titulaire de la chaire INPES « Promotion de la santé », à l'EHESP



Politiques publiques : une approche plus globale de la santé

Lors de la deuxième journée consacrée à ces Assises de la solidarité, professionnels et habitants étaient conviés à une réflexion sur « les terrains de la santé ». Lors de trois ateliers, les participants ont mesuré – à partir de l'exemple stéphanois et des actions mises en place localement – le fait que la santé, c'est bien plus qu'un bon accès aux soins.

« La santé, ce n'est pas que l'absence de maladie ou d'infirmité. Elle peut être vue de manière positive », indique Marion Galmiche, chargée d'animation à l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps). La preuve, quand elle se tourne vers l'assemblée présente au centre socioculturel Jean-Prévost pour le deuxième jour des Assises de la solidarité et demande au public ce qui lui fait penser à la santé, les réponses sont « la forêt », « la piscine », « le champ de courses », « les transports en commun et l'absence de voitures ». Et non l'hôpital, les médicaments, les soins...

Dans l'esprit de tous, la bonne santé est donc d'abord et avant tout un ensemble de facteurs favorables. Certes, l'âge, le sexe, l'hérédité sont déterminants mais leur impact sur la santé est estimé à 15 % seulement (source: Canada institute for advanced research). L'environnement physique et les secteurs de soins jouent eux aussi un rôle. Mais c'est surtout l'environnement social et économique qui influence le plus la santé des populations (50 % selon la même source). Aujourd'hui, les politiques publiques sou-

haitent agir sur tous ces éléments – sociaux, culturels, environnementaux – pour favoriser la bonne santé des populations.

« La santé est un état complet de bien-être physique, mental, social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »
Définition de l'OMS, 1946

« L'approche de la santé est plus globale et multifactorielle, poursuit Marion Galmiche. Les collectivités font désormais appel à tous les champs de l'action publique. Il s'agit de décloisonner les secteurs du social, ►

► du sanitaire, du médico-social, de la prévention pour que les professionnels se coordonnent. C'est cette logique-là qui est derrière le contrat local de santé et le parcours de santé. Et Saint-Étienne-du-Rouvray s'est emparée du sujet. »



Le parcours de santé est l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par un sujet dans un système sanitaire et social organisé, dans un temps et un espace donnés. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé, articulant prévention, les soins, le médico-social et le social. »
Agence régionale de santé

À Saint-Étienne-du-Rouvray, en effet, le contrat local de santé actionne tous ces leviers. Sur le terrain, c'est Pierre Creusé, le coordonnateur santé qui l'anime. À lui de mettre en œuvre des actions de proximité. « Nous maillons l'ensemble du territoire, nous rencontrons les habitants pour faire remonter les informations et pour faire la promotion de nos actions. Nous mobilisons l'ensemble des acteurs pour dynamiser la ville. »

Dans le contrat local de santé, la Ville a fixé six axes de travail et des actions pour chacun d'eux. Le premier, c'est l'accès aux soins. Dans ce cadre, le centre commu-

nal d'action sociale (CCAS) entouré des acteurs locaux a travaillé avec la caisse d'assurance maladie pour que les Stéphanois accèdent à la CMU-C et à l'aide à la complémentaire santé mais aussi les packs santé jeunesse pour les 16-25 ans ou encore La Semaine du sport

et du bien-être. La nutrition est un autre axe important. Des ateliers cuisine ont été mis en place et les enfants ont rencontré des producteurs locaux. Les addictions, le vieillissement, des souffrances psychosociales et l'habitat/l'environnement sont les quatre autres domaines sur lesquels la Ville souhaite agir. Pour ce dernier, par exemple, la collectivité a monté un



Le contrat local de santé est un outil qui permet d'avoir une cohérence dans les actions de prévention. »
Pierre Creusé, coordonnateur santé de Saint-Étienne-du-Rouvray

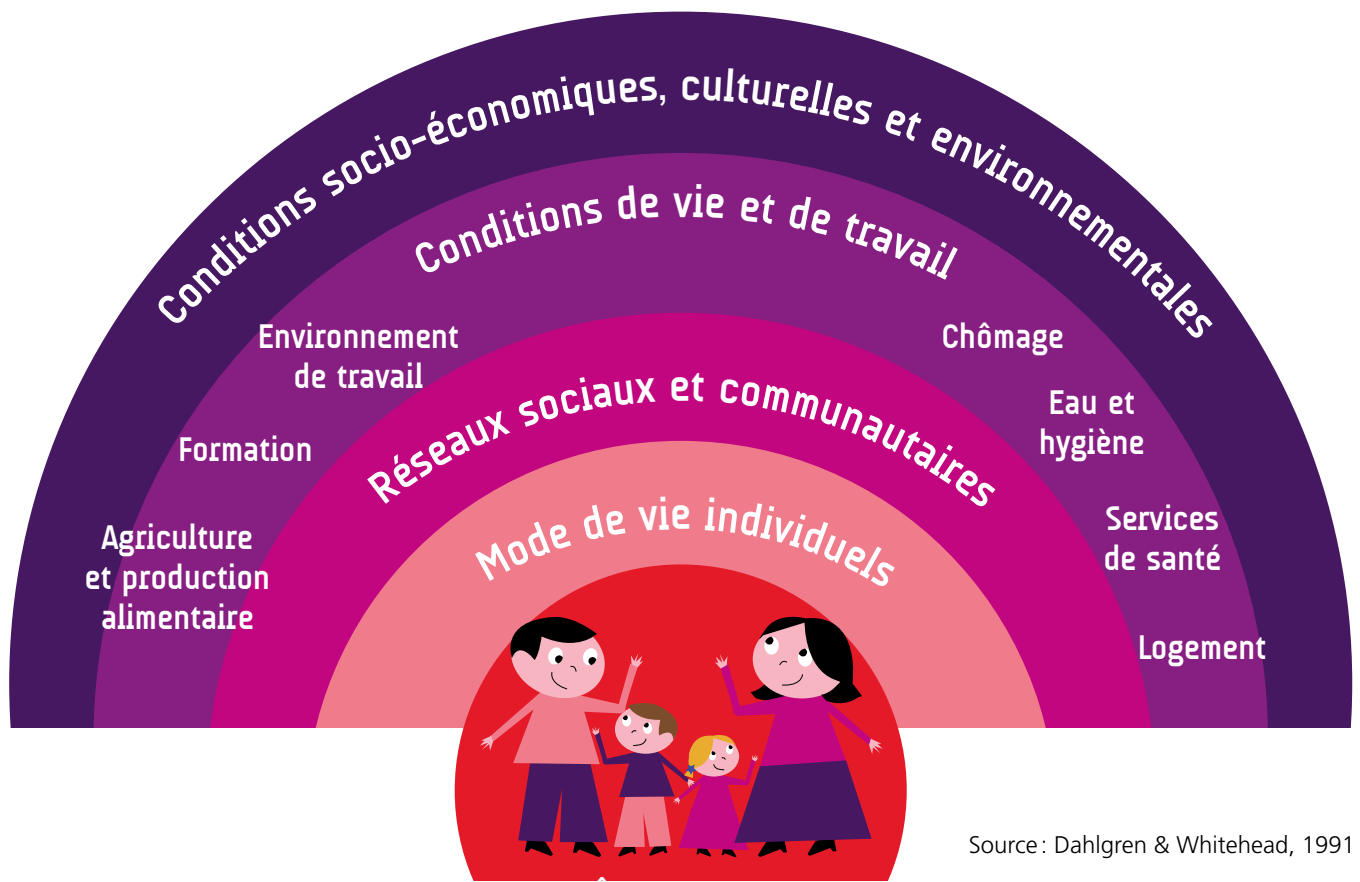
comité communal de l'habitat dégradé (lire aussi page 6). Parce que réhabiliter les logements, c'est aussi créer un milieu favorable à la santé. Au total, entre 2012 et 2015, le contrat local de santé et l'atelier santé ville ont mené 300 actions, touché 18 500 Stéphanois, 50 professionnels de santé. « Le contrat local de santé, c'est un dispositif qui permet d'innover, d'apprendre à se connaître, de mixer les compétences... mais ça se fait dans le temps, insiste Pierre Creusé.



Il faut agir sur les déterminants de la santé, et pas uniquement sur la santé en termes de soins. »
Marion Galmiche, Ireps



La santé : une approche multifactorielle



L'OR2S ausculte la santé des Stéphanois

« L'analyse de la santé de la Ville ne passe plus uniquement par des données sanitaires, elle passe aussi par l'observation des déterminants qui influencent la santé d'une population, indique François Michelot, démographe à l'Observatoire régional de la santé et du social, OR2S. Ces déterminants sont les données physiologiques, la composition de la famille, la communauté, l'emploi : employé, ouvrier ou cadre, l'environnement, et bien sûr l'offre de soins. Tous ces facteurs sont sources d'inégalités. »

C'est cette approche qui a guidé l'étude du démographe sur la santé des habitants de Saint-Étienne-du-Rouvray. Or dans la ville

aux 28 118 habitants, la population est assez jeune. Surtout du côté du Château blanc, alors que les plus âgés sont plus concentrés vers le champ de courses. Mais « le vieillissement va s'accélérer », prévient le démographe. Aussi deux tiers des Stéphanois sont-ils des employés ou des ouvriers qui se soignent souvent moins bien que les cadres. Faute de moyens. Et comme partout en Haute-Normandie, on déplore une surmortalité chez les moins de 65 ans. « Le décalage s'accroît entre la France et Saint-Étienne-du-Rouvray. Mais ce sont aussi les chiffres de la région. » La surmortalité par diabète est également plus importante qu'ailleurs.



• **Plus d'infos :**

Le détail du programme et des ressources complémentaires sont disponibles sur le site internet saintetiennedurouvray.fr/pages/assises-de-la-solidarite-2015-comment-va-la-sante

Ces Assises de la solidarité, sur le thème de la santé, ont été organisées par la Ville de Saint-Étienne-du-Rouvray, en collaboration avec l'Agence régionale de santé de Haute-Normandie (ARS) et l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Haute-Normandie (Ireps). Saint-Étienne-du-Rouvray est membre du réseau français des Villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).