

ACTIONS DE PROMOTIONS DE LA SANTÉ EN QUARTIER PRIORITAIRES POLITIQUE DE LA VILLE

Identification des freins et des leviers à leur mise en place et repérage d'actions inspirantes






ACTIONS DE PROMOTIONS DE LA SANTÉ EN QUARTIER PRIORITAIRES POLITIQUE DE LA VILLE

*Identification des freins et des leviers
à leur mise en place et repérage d'actions inspirantes*

SOMMAIRE

Sommaire

INTRODUCTION	5
.....	
QUARTIERS PRIORITAIRES POLITIQUE DE LA VILLE - SITUATION EN NORMANDIE	6
.....	
ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION - ENJEUX SANTÉ EN NORMANDIE	10
.....	
ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION - LA SITUATION EN QPV ET LA QUESTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ	12
.....	
OUTILS SANTÉ MOBILISABLES AU SERVICES DES QUARTIERS - ASV, RTPS, CLS, CLSM	14
.....	
ACTIONS DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION DE LA SANTÉ - LES ACTIONS SANTÉ MENÉES À DESTINATION DES QPV NORMANDS	18
.....	
ACTIONS DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION DE LA SANTÉ - FREINS ET LEVIERS À LEUR MISE EN ŒUVRE EN QUARTIERS PRIORITAIRES	19
.....	
QUELQUES ACTIONS INSPIRANTES	21
.....	
PISTES D'ACTIONS	25
.....	

RÉDACTION

Rédaction

Pascale DESPRES, ORS-CREAI Normandie

Annabelle YON, ORS-CREAI Normandie

Avec la participation de Khalid YAOUHI, Master 2 Ingénierie et Expertise des Politiques Sociales Locales

Un travail mené par l'Observatoire régional de la santé à la demande et avec le financement de la Région Normandie.

INTRODUCTION

Introduction

Les constats posés en matière de santé des Normands ont conduit la Région Normandie à définir une stratégie régionale dans ce domaine afin de contribuer dans ses champs de compétences à l'amélioration de la situation régionale.

Dans le document stratégique « La Région investit dans la santé des Normands 2017-2021 », Hervé MORIN, Président de la Région Normandie rappelle ainsi :

« Aujourd'hui certains défis sont à relever pour que l'ensemble des facteurs participant à la bonne santé des normands soient pris en compte d'une part, et que, d'autre part, la santé constitue un facteur de croissance, de dynamisme et d'attractivité pour notre région... Si la santé relève d'abord de la compétence de l'Etat, la Région souhaite se mobiliser sur ce sujet et porter sa stratégie sur l'ensemble du mandat. »

La Région Normandie intervient en effet sur différents champs en faveur de la santé et du bien-être des Normands au travers d'un ensemble de politiques régionales. Elle est également partenaire d'autres politiques publiques, et notamment la politique de la ville pour laquelle un service dédié a été mis en place.

Dans ce contexte de recherche de convergence des politiques publiques et de leur déclinaison locale en direction des populations les plus vulnérables, elle a donné mission à l'Observatoire régional de la santé de conduire une étude visant à repérer les démarches santé ville au bénéfice des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), avec un double objectif :

- Décrire et valoriser les actions de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre en direction des publics des quartiers prioritaires,
- Identifier les freins et les leviers à leur mise en place.

CADRAGE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE

Périmètre

Le travail de repérage des actions s'est concentré sur les actions mises en place par les Ateliers santé ville (ASV) et les Réseaux territoriaux de promotion de la santé (RTPS) ayant un territoire couvrant un ou plusieurs des 62 quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) normands.

Il a également pris en compte les actions portées par les principaux acteurs régionaux susceptibles de déployer des actions sur ces territoires.

Méthode d'investigation

Dans un premier temps, un travail d'analyse documentaire a été conduit. Il a porté sur les rapports d'activités des ASV et RTPS et les contrats locaux de santé (CLS) ciblés par l'étude. L'outil OSCARS (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé) a permis de compléter les informations disponibles pour la Seine-Maritime et l'Eure.

Ensuite, l'équipe de l'observatoire a mené une série d'entretiens qualitatifs semi-directifs auprès d'un échantillon d'acteurs des cinq départements normands (coordonnateurs d'ASV ou de RTPS implantés sur des territoires en politique de la ville, techniciens de la politique de la ville, délégués du Préfet). Au total, vingt et un entretiens ont été réalisés.

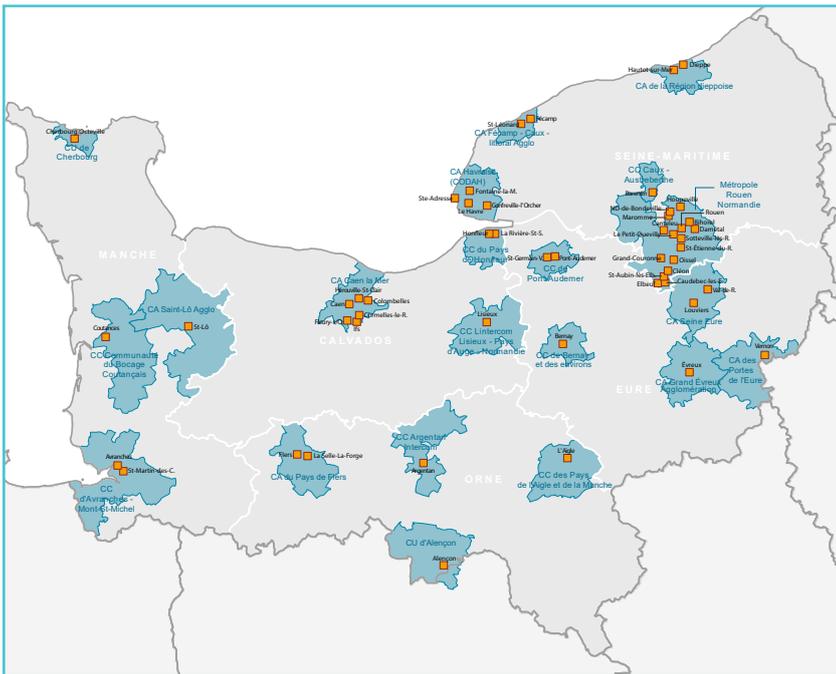
Au-delà du repérage d'actions inspirantes et des thématiques les plus traitées, l'analyse documentaire et des entretiens a permis de repérer les partenariats en place ou à développer, les principaux freins aux actions santé en direction des habitants des quartiers prioritaires et à l'inverse les leviers activables.

Calendrier

Les travaux ont été conduits de novembre 2017 à février 2018.

QUARTIERS PRIORITAIRES EN POLITIQUE DE LA VILLE

Situation en Normandie



62 quartiers
194 425 habitants
5,8 % de la population
normande

- Commune ayant un ou plusieurs QPV
- Intercommunalité concernée par un ou plusieurs QPV

Source : CGET, Atlas des quartiers prioritaires de la politique de la ville
Périmètres des intercommunalité au 1^{er} janvier 2015

DES QUARTIERS INSCRITS DANS UN TERRITOIRE LARGE

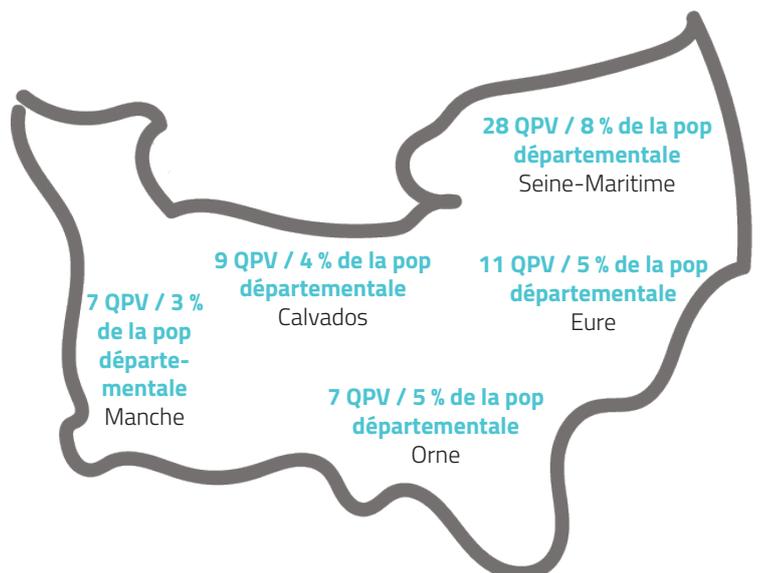
La France compte 1 514 quartiers prioritaires sur son territoire, dont près de 5 % sont situés en Normandie. Ces quartiers prioritaires, définis au 1^{er} janvier 2015 et remplaçant les zones urbaines sensibles et les quartiers bénéficiant des anciens contrats urbains de cohésion sociale, ne sont pas des îlots isolés mais s'inscrivent dans un territoire plus large, une communauté de communes ou d'agglomération, un département, une région.

Plus de 5 millions de français sont domiciliés dans ces quartiers soit plus de 7 % de la population nationale. En Normandie, 194 425 habitants (Insee RP 2013) sont dans cette situation représentant ainsi près de 6 % de la population régionale.

UN POIDS IMPORTANT DE LA POPULATION RÉSIDANT EN QPV EN SEINE-MARITIME

En Normandie, les 62 quartiers se répartissent inégalement sur le territoire avec une sur-représentation de ces derniers dans le département de la Seine-Maritime. Plus précisément, 28 quartiers sont présents dans ce département contre 11 dans le département de l'Eure, 9 dans le Calvados et 7 dans les départements de l'Orne et de la Manche.

Ainsi, en Seine-Maritime, la population domiciliée dans un QPV représente 8 % de l'ensemble de la population départementale, soit une proportion supérieure à celle observée en moyenne au plan national. La part de la population domiciliée en QPV pour les autres départements s'échelonnent de 3 % à 5 % (cf. carte ci-contre).



Source : CGET - ONPV

DES QUARTIERS PRIORITAIRES DÉFINIS SUR UN CRITÈRE UNIQUE QUI REFLÈTENT DES CARACTÉRISTIQUES URBAINES, ÉCONOMIQUES ET SOCIALES DIFFÉRENTES

Les QPV sont définis sur le critère unique de concentration de pauvreté. Le taux de pauvreté constaté dans les QPV est trois fois plus élevé qu'en moyenne sur l'ensemble du territoire. En Normandie, le taux de pauvreté des QPV atteint 44 %, soit un taux légèrement supérieur à celui observé sur l'ensemble des QPV français (42 %). Ce taux de pauvreté s'échelonne de 40 % à 51 % selon les départements normands.

Ces territoires cumulent ainsi des indicateurs de cadre de vie, d'emploi et de cohésion sociale dégradés comparativement à l'ensemble de la région. Par exemple, les taux d'emploi dans les QPV sont inférieurs de respectivement 20 et 17 points chez les femmes et les hommes par rapport à la moyenne régionale (cf. tableau ci-contre).

Les différents indicateurs de cadre de vie, cohésion sociale et d'emploi recueillis pour l'ensemble des quartiers prioritaires cachent toutefois des disparités importantes entre ces quartiers. Les différentes caractéristiques urbaines, économiques et sociales de ces quartiers ont été qualifiées par les travaux du CGET et l'Observatoire national de la politique de la ville via la construction de trois typologies "Cadre de vie", "Cohésion sociale" et "Emploi".

En Normandie, prédominance des quartiers HLM de petites unités urbaines et quartiers HLM périphériques

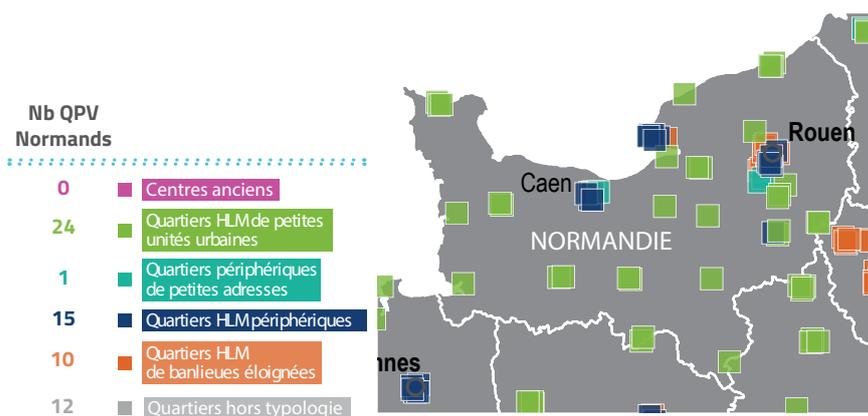
En Normandie, 24 quartiers prioritaires politique de la ville regroupant un tiers de la population des QPV sont des quartiers HLM de petites unités urbaines (quartiers présentant peu de logements anciens, proches du centre de l'unité urbaine et regroupant moins de 200 000 habitants). Les quartiers HLM périphériques sont également fortement représentés (15 quartiers normands) et regroupent près de 40 % de la population domiciliée en QPV en région. Ces quartiers se caractérisent par une proportion de logements sociaux très importante, la présence de grands ensembles et une situation géographique plus éloignée de la mairie. A l'inverse, les quartiers périphériques de petites adresses et les centres anciens sont peu ou pas représentés.

Principaux indicateurs en QPV

	QPV Normands	Normandie
Jeunes de 0-14 ans	25,3 %	18,5 %
Réussite au brevet	78,0 %	84,8 %
Taux de pauvreté	43,8 %	13,5 %
Taux d'emploi des femmes	39,5 %	59,8 %
Taux d'emploi des hommes	49,9 %	66,0 %
Taux de vacance	7,3 %	7,3 %
Logements sociaux	25,7 %	15,3 %

Sources : INSEE - RP et FiLoSoFi, Ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, SOeS – répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux
Exploitation : CGET – Atlas des quartiers prioritaires de la politique de la ville

Typologie Cadre de Vie



Sources : INSEE, SOeS
Exploitation : CGET – Observatoire national de la politique de la ville ONPV

Pour accéder au détail de la typologie du CGET : <http://www.onpv.fr/publications>

Qu'est-ce qu'une typologie ?

Une typologie ou classification est une méthode statistique permettant d'explorer les liaisons entre variables et les ressemblances entre les quartiers et de répartir les quartiers, dans un certain nombre de classes homogènes.

QUARTIERS PRIORITAIRES EN POLITIQUE DE LA VILLE

Situation en Normandie

En Normandie, prédominance des quartiers intégrés dans un environnement mixte en termes de cohésion sociale

La cohésion sociale a été approchée par des indicateurs d'égalité femmes/hommes, d'accès aux services de proximité, de composition familiale ou bien encore de pauvreté et d'évolution des revenus.

Plus de la moitié des QPV normands (pouvant être classés dans la typologie Cohésion sociale) sont des quartiers dits intégrés dans un environnement mixte.

Cette catégorie se compose de QPV implantés dans des communes présentant une part de population en QPV plus faible qu'en moyenne, par une mixité sociale à l'école plus importante, par une plus faible proportion de familles très nombreuses (ménages de plus de 6 personnes) et par un écart entre taux d'emploi des hommes et femmes moins élevé. Cette mixité plus importante n'exclut cependant pas des écarts de pauvreté important par rapport à l'unité urbaine et des écarts de revenus qui se creusent depuis plusieurs années.

En terme d'emploi : trois-quarts des QPV normands en difficulté dans un environnement industriel

La typologie emploi, qui s'appuie sur des indicateurs de taux d'emploi, de chômage, de précarité et d'évolution d'emploi, a permis de classer les QPV en 3 classes.

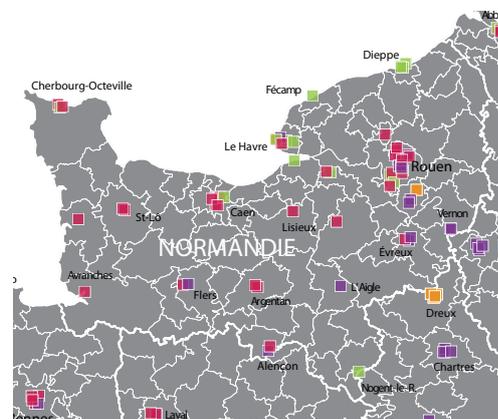
En Normandie, les trois-quarts des quartiers (qui ont pu être classés) sont dits en difficulté dans un environnement industriel.

Cette catégorie se compose de QPV implantés dans un environnement défavorisé par rapport à l'emploi, avec une sur-représentation du secteur industriel dans la zone d'emploi (secteur très impacté par les destructions d'emploi), un taux d'emploi faible et une proportion d'emploi précaire élevée.

Typologie Cohésion sociale

Nb QPV Normands

- 22 ■ Quartiers intégrés dans un environnement mixte
- 7 ■ Petits quartiers en grande précarité qui se fondent dans leur environnement
- 9 ■ Quartiers ségrégués
- 1 ■ Grands quartiers défavorisés
- 23 ■ Quartiers hors typologie



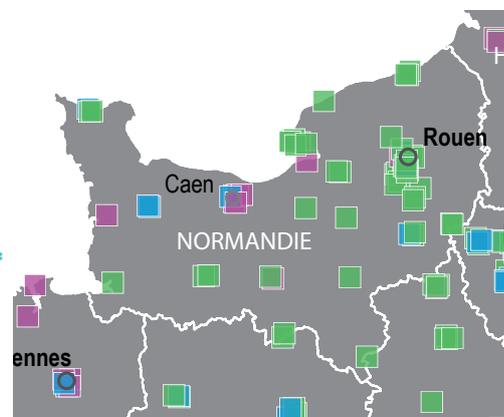
Sources : INSEE, Depp, CNAF, Pôle emploi, La poste, Ministère de l'intérieur, Drees
Exploitation : CGET – Observatoire national de la politique de la ville ONPV

Pour accéder au détail de la typologie du CGET : <http://www.onpv.fr/publications>

Typologie Emploi

Nb QPV Normands

- 3 ■ Quartiers qui profitent d'un environnement dynamique
- 5 ■ Quartiers en décrochage
- 30 ■ Quartiers en difficulté dans un environnement industriel
- 24 ■ Quartiers hors typologie



Sources : INSEE
Exploitation : CGET – Observatoire national de la politique de la ville ONPV

Pour accéder au détail de la typologie du CGET : <http://www.onpv.fr/publications>

PAROLES D'ACTEURS

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES DES HABITANTS

Si les données dites objectivées issues des sources statistiques nationales sont les bases d'une connaissance des des populations domiciliées dans les QPV, les données dites de perception ou bien encore "les paroles d'acteurs" sont essentielles pour la mise en œuvre d'un diagnostic partagé fin et pour déterminer les priorités et adapter aux mieux les actions à destination de ces publics.

Ainsi les acteurs rencontrés pour cette étude ont mis en avant un certain nombre de caractéristiques socio-démographiques :

- Une **grande précarité** des populations : les professionnels rencontrés ont également mis en avant la présence de **situations de plus en plus extrêmes (évoquant « l'extrême pauvreté » de la population) avec des inégalités qui se creusent,**
- Une jeunesse importante de la population (avec certains quartiers qui doivent faire face à une croissance démographique importante) mais également un vieillissement de la population dans certains quartiers,
- Une forte proportion de **familles monoparentales**, avec une prédominance des femmes concernées,
- Une faible proportion de diplômés et également **le faible niveau de diplôme** (sous-qualification pour l'emploi) avec un phénomène de **déscolarisation** prégnant,
- Une population éloignée de l'emploi ou avec un profil de **travailleurs pauvres**.

De ces caractéristiques socio-démographiques découlent un certain nombre de fragilités des populations domiciliées en QPV. Toutefois, si les QPV cumulent des fragilités, il s'y concentre également de nombreux atouts mis en exergue par les professionnels rencontrés.

FRAGILITÉ DES TERRITOIRES

- Une population en grande précarité éloignée des messages de prévention et de la santé et ayant un faible accès aux soins et au droit commun, un constat également partagé pour les autres territoires précarisés hors QPV,
- Des habitants difficiles à mobiliser et en situation de renoncement notamment vis à vis de leur santé,
- Une faible mobilité de la population avec des situations d'isolement fréquentes et de pertes d'opportunité notamment en terme de scolarisation et d'emploi,
- Des territoires parfois enclavés ou avec une topographie difficile,
- Un environnement urbain parfois délabré (bâti notamment),
- Une démographie médicale préoccupante (sous-démographie et vieillissement des professionnels de santé) et qui mobilise les énergies,
- Une complexité des problématiques à traiter nécessitant une priorisation des orientations.

ATOUS DES TERRITOIRES

- Un tissu associatif très présent mais qui reste fragile dans un contexte budgétaire contraint,
- La mobilisation forte des collectivités et des élus pour ces territoires et d'un ensemble d'institutions et d'acteurs locaux (CD, Caf, Bailleurs sociaux, Éducation nationale...),
- Des dynamiques partenariales importantes qui sont néanmoins variables dans le temps et tributaires des professionnels engagés,
- La jeunesse de la population insufflant une dynamique importante,
- Une mobilisation importante de petits groupes d'habitants qui participent activement à de nombreuses actions et peuvent se positionner en relais ou support auprès des autres habitants difficiles à toucher,
- Des projets de rénovation urbaine sur certains territoires qui servent de socles aux discussions,
- Un réseau de transport souvent bien développé et plus généralement des infrastructures mobilisables à l'échelle de la ville ou de l'EPCI avec une gestion urbaine de proximité.

ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

Enjeux santé en Normandie

UNE SITUATION SANITAIRE RÉGIONALE TRÈS PRÉOCCUPANTE

Une espérance de vie à la naissance parmi les plus faibles de métropole

Avec une espérance de vie à la naissance de 78,1 ans chez les hommes en 2016, la Normandie se place en seconde position des régions métropolitaines ayant la plus faible espérance de vie (après les Hauts-de-France). Chez les femmes, l'espérance de vie de 84,8 ans situe également la Normandie au bas du classement, après les Hauts-de-France et la région Grand Est.

Une surmortalité prématurée particulièrement importante

Plus de 20 % des décès recensés en moyenne chaque année en région surviennent avant 65 ans. En France où l'espérance de vie à la naissance est de 85,3 ans chez les femmes et 79,3 ans chez les hommes, les décès qui se produisent avant 65 ans sont considérés comme prématurés.

La Normandie se caractérise par une mortalité prématurée particulièrement élevée avec une surmortalité de près de 15 % chez les hommes et de plus de 8 % chez les femmes par rapport au niveau national (à structure d'âge comparable). Les écarts sont particulièrement marqués entre la métropole et la région en ce qui concerne la mortalité prématurée par cancers et par maladies de l'appareil circulatoire.

Des écarts constatés avec le niveau national qui se creusent

Force est de constater que les gains de mortalité observés depuis 30 ans partout en France, sous l'effet combiné des progrès de la médecine et la mise en place des politiques publiques de prévention, restent inférieurs en région par rapport au plan national. En effet, malgré des taux de mortalité en forte diminution, l'écart constaté entre la Normandie et la France métropolitaine s'est accentué.

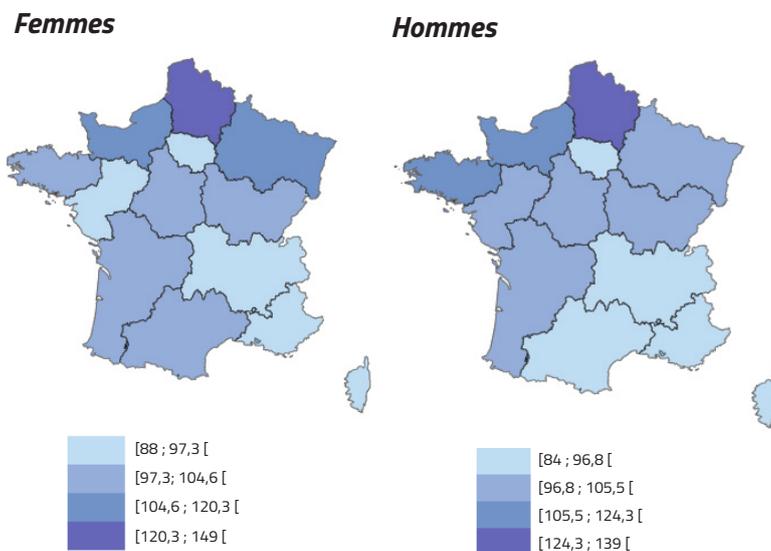
Plus précisément, la surmortalité par cancers et par maladies de l'appareil circulatoire constatée en région par rapport à la France métropolitaine s'est accrue.

Espérance de vie à la naissance en 2016

	Normandie	France métropolitaine
Femmes	84,8 ans	85,3 ans
Hommes	78,1 ans	79,3 ans

Source et exploitation : INSEE

Indice comparatif de mortalité prématurée par région (2012-2014 / Base 100 - pop Ref RP 2006)



Sources : INSEE, INSERM cépiDc - Exploitation : FNORS
 Définition : un Indice Comparatif de Mortalité prématurée égal à 115 signifie que le territoire considéré présente une surmortalité de 15 % par rapport à la France (ICM = 100). Un ICM inférieur à 100 correspond à une sous-mortalité

DES DISPARITÉS TERRITORIALES MARQUÉES INDISSOCIABLES D'UN CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE TRÈS CONTRASTÉ

Eure et Seine-Maritime, des départements particulièrement concernés par un état de santé dégradé

La situation sanitaire constatée en moyenne en Normandie cache des disparités territoriales marquées. Si la surmortalité masculine est observée quel que soit le département de domicile considéré, la situation est particulièrement dégradée pour les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime.

Chez les femmes, seuls ces deux derniers départements présentent une surmortalité par rapport au niveau national. Les femmes domiciliées dans les départements du Calvados et de la Manche ne se distinguent pas de manière significative du niveau national, celles domiciliées dans le département de l'Orne présentent quant à elles une sous-mortalité par rapport à la France métropolitaine.

Des disparités infra-départementales très présentes

Au niveau infra-départemental, les contrastes sont très marqués pour les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à dominante urbaine et leur périphérie avec des situations de surmortalité et de sous-mortalité en leur sein (agglomération rouennaise et havraise notamment) et des sous-mortalités constatées dans les EPCI situés en périphérie de ces grandes agglomérations.

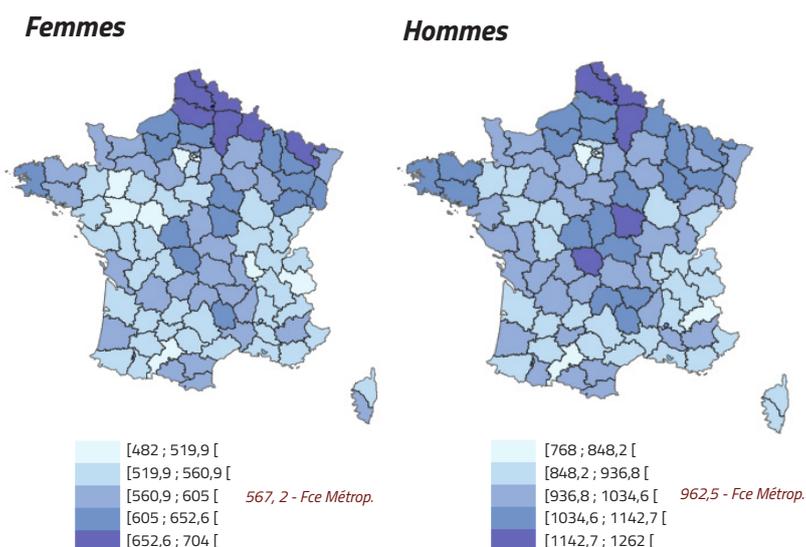
Un contexte démographique et socio-économique inégal

Le territoire normand, comme celui de toutes autres régions, présente de fortes disparités démographiques et socio-économiques. Ainsi, la région, qui compte plus de 3,330 millions d'habitants, reste un territoire à dominante rurale qui se caractérise par une répartition inégale de la population avec la présence de trois grands pôles principaux de concentration de la population (Le Havre, Rouen, et Caen). La Normandie présente un dynamisme démographique modéré et une veillessement accéléré de la population dans les départements de l'Orne et de la Manche. A l'inverse, le département de l'Eure se caractérise par une population plus jeune qu'en moyenne en région.

D'un point de vue social, la Normandie se caractérise par une part importante d'ouvriers dans la population active ayant un emploi. Une part de chômeurs globalement similaire à celle observée en moyenne en région est constatée avec néanmoins des disparités infrarégionales marquées avec les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime particulièrement concernés.

Plus précisément, les populations les plus défavorisées sont situées en majorité en zones urbaines et dans certaines zones plus rurales (Orne, Manche et Nord-Est de la Seine-Maritime). A l'inverse, les populations les plus favorisées se situent en zone proche ou grande périphérie urbaine.

Taux comparatif de mortalité générale par département (2012-2014 / p. 100 000 hab. - pop Ref RP 2006)



Sources : INSEE, INSERM cèpiDc - Exploitation : FNORS
Définition TCM : Taux que l'on observerait dans le territoire étudié s'il avait la même structure par âge que la population de référence, population France entière au recensement 2006.

ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

La situation en QPV et la question des inégalités sociales de santé

UN DIAGNOSTIC SANTÉ DIFFICILE SUR LES QUARTIERS PRIORITAIRES POLITIQUE DE LA VILLE

Décrire l'état de santé des habitants des quartiers prioritaires est peu aisé en raison du peu de source de données disponibles à une échelle aussi fine. Au delà du manque de données, la question de la validité des statistiques à de tels échelons se pose sans compter la nécessaire prise en compte du secret statistique.

Ainsi, pour décrire l'état de santé de ces populations, il est nécessaire de s'appuyer sur une analyse fine des déterminants de la santé par une sélection d'indicateurs en découlant (scolarisation, niveau de diplôme, part des bénéficiaires de la CMU-c, taux de pauvreté et d'emplois précaires...) et de s'appuyer sur des diagnostics partagés.

PAROLES D'ACTEURS ÉTAT DE SANTÉ DES HABITANTS

Les acteurs ont fait état à plusieurs reprises de situations "catastrophiques" de santé décrivant des problèmes d'hygiène, d'accès aux soins, de comportements à risque (addiction notamment) et de santé mentale. Ils ont notamment évoqué l'importance des grossesses précoces et une population en perte totale d'estime de soi.

Si ces constats sont à nuancer avec la présence de situations contrastées entre les quartiers, la majorité des populations qui habitent ces quartiers reste, selon les acteurs interrogés, très éloignée des concepts de santé globale (bien-être physique, mental et social) provoquant ainsi une inadéquation entre les représentations et les priorités des populations et celles des professionnels.

DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ MARQUÉES

13 ans

Nombre d'années
de vie en moins chez
les hommes les plus
modestes par rapport
aux plus aisés

Si la description de l'état de santé dans les quartiers prioritaires est difficile, la notion d'inégalités sociales de santé est documentée depuis un grand nombre d'années. En effet, de nombreuses études internationales, nationales et même régionales ont étudié et mis en avant les relations étroites entre précarité et santé.

Comme l'attestent des indicateurs de santé publique (allongement de l'espérance de vie, net recul de la mortalité infantile, etc.), l'état de santé de la population générale s'améliore. Toutefois, force est de constater que cette amélioration ne profite pas à tous de manière équitable. Comme le rappellent les auteurs de l'ouvrage "Réduire les inégalités sociales de santé"¹ ;

« Au-delà des écarts entre la population la plus favorisée et celle la plus défavorisée qui sont les plus grands, les épidémiologistes ont, en outre, pu objectiver des écarts existants pour l'ensemble de la hiérarchie sociale, selon la catégorie socioprofessionnelle, le revenu, la situation familiale, etc. Les inégalités sociales de santé suivent donc une distribution socialement stratifiée au sein de la population. Ce « gradient social » existe aussi tant dans l'adoption de comportements favorables à la santé que dans la réceptivité aux messages de prévention. Dès lors, toute politique de santé publique se doit de prendre en compte les données de ce constat, afin de ne pas creuser les écarts ».

¹ Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.) (2010) Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action.

Une espérance de vie moins élevée chez les personnes en situation de précarité

Ainsi, on constate une espérance de vie plus faible chez les personnes en situation de précarité et les catégories socio-professionnelles peu élevées. Les dernières données publiées par l'Insee en début d'année 2018² font état d'un écart d'espérance de vie de plus de 13 années entre les plus aisés et les plus modestes. Parmi les personnes les plus aisées (en moyenne 5 800 euros par mois), les hommes ont une espérance de vie à la naissance de 84,4 ans. À l'extrême opposé, parmi les personnes les plus modestes (470 euros par mois), les hommes ont une espérance de vie de 71,7 ans. Chez les femmes l'écart constaté entre les plus modestes et plus aisées est moins important mais atteint néanmoins 8 années.

Un moindre recours aux soins et aux droits en général

D'un point de vue général, les publics précaires présentent un moindre recours aux soins et aux droits en générale. Plus précisément, les personnes en situation de fragilité socio-économique (publics proportionnellement plus fréquents en quartiers prioritaires politique de la ville) suivent moins les recommandations de dépistage, ont un moindre recours aux médecins généralistes et spécialistes, présentent des retards de soins et des renoncements aux soins plus fréquents.

Des comportements à risques plus marqués

En fonction de la position sociale, la profession et le niveau d'éducation, des comportements de santé à risque seront plus ou moins marqués. Ainsi, les personnes moins diplômées et les ouvriers déclarent des consommations de tabac élevées, les jeunes en situation d'échec scolaire ont des rapports vis à vis des drogues plus à risque et les consommations régulières d'alcool sont plus élevées chez les chômeurs contrairement aux actifs (après 25 ans).

Les modalités de prises en charges et de sortie des comportements à risque seront également différentes selon la position sociale. Pour exemple, si à 17 ans, selon les dernières données publiées par l'Office national des drogues et des toxicomanies (Ofdt), l'expérimentation de cannabis est plus fréquente chez les jeunes issus de milieux favorisés, les stratégies de sorties de consommations de ces mêmes jeunes seront néanmoins plus efficaces que pour des jeunes en situations de fragilité socio-économique. Ainsi, globalement, un usage problématique et de dépendance est plus fréquent chez les jeunes issus des milieux modestes.

Une santé mentale et physique plus dégradée

Les personnes en situation de précarité présentent une qualité de vie moindre (mesurée à l'aide de score de qualité

de vie dans la majorité des enquêtes). Cette fragilité socio-économique est également associée à des situations de détresse psychologique plus fréquentes et une perception globale de l'état de santé plus dégradée. Des maladies chroniques ou de caractères durables sont également plus fréquemment déclarées chez les personnes en situation de fragilités socio-économiques.

Des inégalités sociales présentent également chez les plus jeunes

Que ce soit pour le recours aux soins ou aux droits, les comportements ou bien encore la santé physique et la santé mentale, les inégalités qui sont constatées chez les adultes se retrouvent également chez les plus jeunes. L'enquête santé³ menée par l'ORS-CREAI auprès d'un échantillon de Bas-Normands en 2012 a mis en évidence un lien fort entre fragilité socio-économique et état de santé au sens large (comportement de santé, santé mentale, santé physique) et ce également chez les plus jeunes. En effet, les jeunes Bas-Normands (moins de 30 ans) en situation de fragilité socio-économique présentaient un état de santé ou des comportements de santé plus défavorables : perception de l'état de santé plus dégradée, maladies chroniques plus fréquentes, santé mentale plus fragile, consommation tabagique importante, moindre recours aux soins et conduites addictives à risque chez les jeunes étudiants et/ou au chômage.

² Blanpain N., « L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes », Insee Première, n° 1686, Insee, 02-2018.

³ Beynier D., Despres P. dir. « Enquête santé des Bas-Normands. Recueil d'analyses thématiques 2012-2015 ». Hérouville-Saint-Clair : Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie, 2016 : 125 p.

OUTILS SANTÉ MOBILISABLES AU SERVICES DES QUARTIERS

ASV, RTPS, CLS, CLSM

LES ATELIERS SANTÉ VILLE ET LES RÉSEAUX TERRITORIAUX DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Historique, missions et territoires

Mis en place par le Comité interministériel de la Ville en 1999, l'Atelier santé ville (ASV) se situe à la croisée de la politique de la ville et des politiques de santé. Fondé sur une démarche locale, il contribue à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

La démarche ASV s'insère dans le contrat de ville afin d'animer, d'adapter et de renforcer la politique de santé publique au niveau local. Avec la mise en place des Agences régionales de santé (ARS), le développement des Contrats locaux de santé (CLS) et la mise en place du Réseau normand des référents territoriaux en promotion de la santé (RTPS), le cadre de référence des ASV a évolué et la nécessité d'articulation des différents dispositifs en santé s'est renforcée.

Ainsi, les ASV et les RTPS* normands poursuivent des missions similaires (cf. ci-contre), les premiers à l'échelle communale ou intercommunale, le second sur des territoires prioritaires pour l'ARS et la Région Normandie au regard d'indicateurs de santé.

*Le réseau des RTPS est en cours de structuration sur les bases des organisations précédemment en place dans les deux ex-régions normandes.

Missions des ASV et RTPS

Établir un diagnostic local partagé

Coordonner les acteurs et favoriser le travail en réseau

Élaborer et suivre des programmes d'actions concertées

Renforcer les compétences des acteurs locaux

Source : Arbre des objectifs - Travail collaboratif en réseau ASV et RLPS HN - 2010

PAROLES D'ACTEURS MISSIONS DES ASV ET RTPS

- **L'importance de la phase de diagnostic et de son actualisation en termes de mobilisation**
La réalisation du diagnostic local de santé partagé est une mission essentielle des ASV et RTPS afin de déterminer un programme d'actions prioritaires concerté et adapté au territoire. Cette phase de diagnostic (renouvelée régulièrement dans la mesure du possible et des moyens) permet également une meilleure lisibilité des dispositifs ASV et RTPS et permet ainsi de mobiliser les acteurs d'un territoire autour d'un projet commun et de maintenir une dynamique de réseau.
- **La coordination d'un réseau d'acteurs et/ou l'animation d'actions**
L'animation d'un réseau de professionnels afin de créer une culture commune autour de la promotion de la santé et ainsi favoriser la mise en place d'actions de santé à destination de la population se traduit par la mise en relation des acteurs du territoire (interinstitutionnels et pluri-professionnels) et l'interconnaissance des actions engagées, par la mise en place de groupes de travail thématiques, par la participation à la co-construction d'actions pérennes, par le portage d'actions expérimentales et également par l'animation en direct de certaines des actions (notamment pour pallier le manque de professionnels et faciliter la lisibilité et la reconnaissance des ASV et RTPS).
- **Un objectif commun : une acculturation au concept de santé globale et une culture réseau à maintenir dans la durée**
Les ASV et RTPS accompagnent et appuient d'un point de vue méthodologique les acteurs d'un territoire dans la mise en place d'actions de santé notamment dans leur demande de financement. L'organisation de formations et la diffusion de l'information locale et régionale (actions, formations, veille documentaire) permet, selon les acteurs rencontrés, une montée en compétences des professionnels d'un territoire autour du concept de santé globale mais également de maintenir une culture réseau dans la durée.

Co-financements des ASV et RTPS

Les ateliers santé ville et les réseaux territoriaux de promotion de la santé bénéficient de co-financements distincts.

L'État et les communes ou établissements publics de coopération intercommunale (EPCI)

sont les principaux financeurs pour les ASV avec un appui de l'Agence régionale de santé (ARS).

Les RTPS sont quand à eux financés

par l'ARS et la Région avec un soutien des EPCI et/ou des établissements de santé.

ASV	RTPS
État (BOP 147)- Commune ou EPCI Autres organismes (ARS)	Région - ARS Porteur : EPCI ou établissement de santé

CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

Élaboré et mis en œuvre de manière participative, le Contrat local de santé est un outil conçu pour répondre aux enjeux de santé globaux sur un territoire donné.

Il poursuit un objectif de mise en cohérence intersectorielle des actions à une échelle locale : logement, transports, activité physique, restauration collective en particulier en milieu scolaire...

Conclu à une échelle communale ou intercommunale, il permet de décliner les priorités du Projet régional de santé de l'ARS et de s'attacher à articuler les actions de promotion de la santé avec le dispositif de soins et les organisations médico-sociales de proximité.

CONSEIL LOCAL EN SANTÉ MENTALE

Outil de prévention et de promotion de la santé mentale, le Conseil local de santé mentale (CLSM) constitue une plateforme de concertation et de coordination d'un territoire défini par ses acteurs. Cette plateforme est présidée par un élu local, co-animée par la psychiatrie publique et

associe les usagers et les aidants. Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées. Associant les acteurs sanitaires et sociaux, le CLSM permet une approche locale et participative et vise des objectifs stratégiques : mettre en place une observation en santé mentale, permettre l'accès et la continuité des soins, favoriser l'inclusion sociale, l'autonomie et

la pleine citoyenneté des usagers, participer aux actions contre la stigmatisation et les discriminations et plus généralement, promouvoir la santé mentale.

En 2007, un programme d'appui au développement et au renforcement des CLSM a été initié et soutenu par le Commissariat général à l'égalité des territoires et la Délégation générale de la santé.

PAROLES D'ACTEURS

LES DISPOSITIFS DE CONTRACTUALISATIONS ET LEUR PORTAGE POLITIQUE

- **Des dispositifs de contractualisation qui facilitent la réflexion entre partenaires et la mise en place d'actions pérennes**

Les acteurs rencontrés œuvrant sur un territoire ayant des dispositifs de contractualisation comme les CLS ou les CLSM ont mis en avant leur effet "locomotive" en termes de réflexion entre partenaires et sur la mise en œuvre d'actions de santé pérennes sur leur territoire. Si ces dispositifs de contractualisation facilitent le travail en réseau et l'acculturation de l'ensemble des acteurs (collectivités, institutions, professionnels, population), leur mise en place, leur suivi et coordination nécessitent néanmoins un temps de travail important souvent porté par le coordinateur de l'ASV ou RTPS du territoire concerné.

- **Le portage des collectivités : de véritables leviers pour la mise en place d'actions de santé et la mise en œuvre des partenariats importants**

Les ASV, RTPS, CLS et CLSM sont des outils santé mobilisables à destination des quartiers prioritaires. Les collectivités sont identifiées par les acteurs rencontrés comme un levier indispensable à leur mise en place et leur pérennisation. Le levier financier est bien sûr mis en avant mais également l'impact des collectivités pour lever et maintenir dans la durée des partenariats importants.

OUTILS SANTÉ MOBILISABLES AU SERVICES DES QUARTIERS

ASV, RTPS, CLS, CLSM

DESCRIPTION DU DISPOSITIF NORMAND

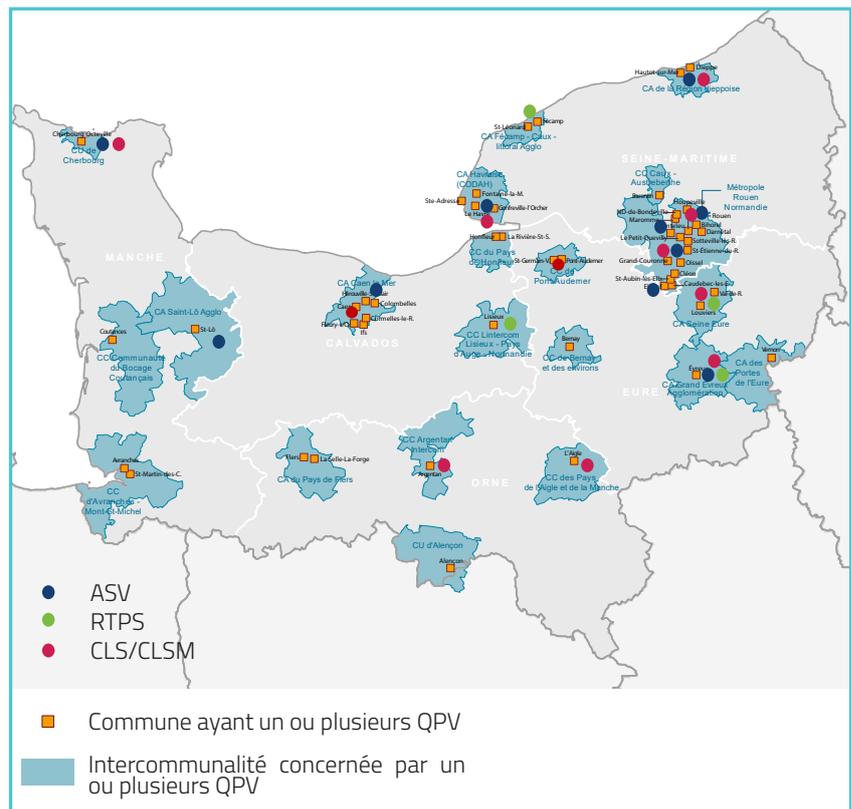
En début d'année 2018, la région Normandie disposait de 10 ASV (6 en Seine-Maritime, 2 dans la Manche, 1 dans le Calvados et 1 dans l'Eure) et de 4 RTPS ayant un territoire d'actions qui couvre en partie un QPV (sur les 5 RTPS normands implantés à cette date)¹. Par ailleurs, 11 Contrats locaux de santé ont été signés entre l'ARS et les collectivités ayant un territoire d'actions qui couvre en partie un QPV (sur 13 au total) : 4 en Seine-Maritime, 3 dans l'Eure, 2 dans l'Orne, 1 dans la Manche et 1 dans le Calvados. Deux Conseils locaux de santé mentale sont également actifs (Cherbourg et Caen). Au plan national, 170 CLSM sont recensés.

ZOOM SUR LES ASV ET LES RTPS EN NORMANDIE : DISPARITÉS ET POINTS COMMUNS

Des disparités marquées entre les différents territoires : historique, moyen humain, logistique et financier

Les ASV et RTPS implantés sur le territoire normand présentent des disparités certaines en termes d'ancienneté, de culture réseau et de dimension intercommunale. Ces outils, s'ils poursuivent les mêmes objectifs et remplissent les mêmes missions, ont leurs propres histoires et structurations qui impactent inévitablement leur activité. Plus précisément, certains dispositifs sont depuis longtemps implantés et reconnus sur leur territoire favorisant

ASV, RTPS et autres contractualisation santé sur les territoires couvrant un QPV en Normandie (janvier 2018)



Sources : CGET – Atlas des quartiers prioritaires de la politique de la ville, ARS et Région Normandie

¹Le déploiement de 5 RTPS supplémentaires sur des territoires prioritaires est prévu pour l'année 2018.

ainsi une dynamique partenariale importante et la mise en place d'actions de santé pérennes. D'autres dispositifs sont plus récents ou ont connu des périodes de transition importantes (modification des territoires d'intervention, changement de coordonnateurs, ...) impactant ainsi leur activité (phase de diagnostic, lancement ou relance d'une dynamique de travail en réseau ou de mise en œuvre d'un programme d'actions concertées sur un territoire). Les disparités sont également présentes en termes de moyens

humains, logistiques et plus généralement financiers. Des situations très différentes sont ainsi constatées entre les territoires en fonction notamment de la dimension communale ou intercommunale du portage du dispositif. Ainsi, certains ASV ou RTPS bénéficient de moyens financiers importants qui se traduisent par du temps de coordination, d'animation et des moyens logistiques importants (notamment en terme de locaux et de communication). Certains ont notamment la possibilité de financer en propre certaines actions de santé

permettant ainsi de soutenir et maintenir des dynamiques territoriales dans le temps.

En sus de cet aspect financier, des disparités sont observées en matière d'implantation dans l'organigramme de la communalité ou de l'intercommunalité (facteur favorisant un travail souvent très étroit avec les différents services) et dans l'implication des élus dans le dispositif. Si la majorité des dispositifs rencontrés font état d'un portage politique fort, certains sont davantage isolés et contraints en terme de moyens humains, logistiques et financiers mobilisables.

La nécessaire implication des élus et des collectivités : point commun des outils santé mobilisables au service des QPV

Si des disparités peuvent être constatées en terme de reconnaissance des dispositifs et de plus généralement de portage politique, la nécessaire implication des élus et des collectivités a été soulignée par l'ensemble des acteurs rencontrés. L'investissement des élus pour leur quartier et leur prise en considération de l'ensemble de la population vulnérable, et ce quel que soit le quartier, a été mis en avant.

Ligne directrice et thématiques prioritaires communes aux ASV et RTPS

Comme évoqué dans la partie consacrée aux missions et fonctionnements des Ateliers santé ville et Réseaux territoriaux de promotion de la santé, les actions menées et/ou portées et/ou accompagnées par ces dispositifs et leurs coordonnateurs sont en cohérence avec les priorités dégagées lors de la phase de diagnostic.

L'analyse des rapports d'activité de ces dispositifs normands et bien évidemment la rencontre avec les acteurs des territoires ont permis de dégager les thématiques prioritaires développées et soutenues par ces dispositifs. Tout d'abord, les ASV et RTPS dans la mise en œuvre des actions et/ou dans le soutien apporté aux porteurs de projet travaillent les actions de santé sous l'angle du **développement des compétences psychosociales** (cf. encart ci-contre) et ce quel que soit la thématique traitée. Les compétences psychosociales sont en effet en ligne directrice de l'ensemble de actions menées par ces dispositifs.

COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES (OMS)

« Capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. »

Des compétences liées à l'estime de soi et aux compétences relationnelles :

- Savoir résoudre les problèmes / Savoir prendre des décisions,
- Avoir une pensée critique / Avoir une pensée créatrice,
- Savoir communiquer efficacement / Être habile dans les relations interpersonnelles,
- Avoir conscience de soi / Avoir de l'empathie pour les autres,
- Savoir gérer son stress/Savoir gérer ses émotions.

Thématiques prioritaires des ASV et RTPS



Les thématiques prioritaires travaillées par ces dispositifs peuvent varier d'un quartier à l'autre en fonction des diagnostics réalisés. Néanmoins, certaines thématiques restent très fréquemment investies comme les addictions (avec ou sans produits), la santé mentale, la vie affective relationnelle et sexuelle, la parentalité ou bien encore l'accès aux soins (dépistages) et le parcours de santé. D'autres thématiques sont également investies par les ASV et RTPS (cf. nuage de mots).

ACTEURS RESSOURCES ET PARTENAIRES PRIVILÉGIÉS

Des partenariats bien ancrés au local

Les partenariats développés par les ASV et RTPS sont nombreux et ancrés dans le territoire local. Les principaux partenaires locaux évoqués sont en premier lieu les centres sociaux, les associations locales, l'Éducation Nationale (via les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté inter-degré CESC et Programmes de réussite éducative PRE) et les établissements hospitaliers ou unités hospitalières (addictologie par exemple). Ont également été cités comme partenaires locaux privilégiés : les services des Centres communaux d'actions sociales, les missions locales, les centres médico-sociaux, les Caisses primaires d'assurance maladie, les épiceries solidaires, les Permanences d'accès aux soins de santé, les Centres médico-psycho-pédagogiques, les Centres locaux d'information et de coordination pour personnes âgées, les centres de planification, les Caisses d'allocations familiales, les Programmes de réussite éducative ou bien encore les Délégués du Préfet à la politique de la ville.

Des structures régionales ressources en soutien

Les structures ressources régionales sont également des partenaires privilégiés des ASV et RTPS dans la mise œuvre de leur mission. Ont particulièrement été cités : la Mutualité Française, l'Instance régionale de promotion de la santé (Ireps), l'Espace régional d'éducation thérapeutique (ERET), l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie ou bien encore l'Agence régionale de santé et les Directions départementales de la cohésion sociale dans le cadre de l'articulation des dispositifs.

Des partenariats à impulser et/ou renforcer

Malgré le nombre important de partenaires cités, certaines collaborations restent à impulser ou à développer. Ce constat, partagé par une grande majorité de professionnels rencontrés, est toutefois fortement tributaire de l'historique de chaque dispositif et des caractéristiques de chaque territoire.

En résumé, les partenariats à impulser et/ou renforcer les plus fréquemment cités sont :

- Les bailleurs sociaux et promoteurs privés,
- Le secteur du handicap et les établissements médico-sociaux,
- Les professionnels du soin et prof intervenant à domicile (infirmiers, assistants sociaux),
- Le secteur de l'insertion professionnelle dans son ensemble,
- Les commerces de proximité,
- Les centres de loisirs et centres de formation,
- Les associations d'entraide (ex : colis alimentaires).

PAROLES D'ACTEURS PARTENARIAT

Les centres sociaux : un acteur au contact des publics primordial pour la mise en place d'actions de santé.

Des situations partenariales contrastées selon l'histoire du dispositif (ancienneté des dispositifs, soutien) et les outils santé à disposition du territoire (présence de contractualisation type CLS, CLSM).

ACTIONS DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION DE LA SANTÉ

Les actions santé menées à destination des QPV Normands

PLUS DE 200 ACTIONS DE SANTÉ RECENSÉES SUR LES DEUX DERNIÈRES ANNÉES

A partir de l'analyse des rapports d'activités des ASV et RTPS, des bilans des contrats locaux de santé, des contrats de ville ou bien encore de l'outil OSCAR (outil dématérialisé de recensement des actions de promotion de la santé financé par l'ARS), 231 actions de santé à destination des quartiers prioritaires politique de la ville ont été recensées et détaillées, montrant ainsi que si ces quartiers concentrent des difficultés, ils s'y concentrent également un nombre important d'actions, souvent novatrices. Ce recensement ne se veut pas exhaustif. Il permet néanmoins d'apprécier les publics cibles (jeunes/enfants, parents-familles et femmes) et les thématiques principales traitées (cf. tableau ci-contre).

Un panel de ces actions vous est présenté en fin de document (p. 21). Choies pour leur caractère inspirant, ces dernières sont à destination des populations, des professionnels ou bien des deux à la fois.

Pincipales thématiques des actions de santé réalisées en QPV (2016-2017)

Nutrition	26 %
Santé mentale	18 %
Conduites addictives	16 %
Santé globale	13 %
Compétences psycho-sociales	12 %
Hygiène - santé bucco-dentaire	6 %
Accès aux soins	6 %
Parentalité	5 %
Vie affective, relationnelle et sexuelle	5 %
Environnement	4 %

Sources : rapports d'activité, Bilan CLS, Contrat de ville, OSCAR

ACTIONS DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION DE LA SANTÉ

Freins et leviers à leur mise en œuvre en Quartiers Prioritaires

FREINS

Du côté des professionnels

La disponibilité et la formation des acteurs

Dans un contexte budgétaire très contraint, constat est fait que les acteurs du champ sanitaire, social et médico-social ont de moins en moins de disponibilités pour participer à des temps de formation, à la mise en œuvre et/ou au suivi d'actions de promotion et de prévention de la santé. Ce manque de temps s'explique par un recentrage des activités des professionnels sur leurs missions socles, sur leur "cœur de métier".

S'ajoutent à ce phénomène, le turnover professionnel important qui impacte fortement la mise en œuvre des actions auprès des publics mais également la montée en compétences des acteurs d'un territoire. En effet, il est souvent nécessaire de re-former des nouveaux professionnels sur un territoire, ce qui impacte de ce fait inévitablement les échanges et/ou la conduite des projets.

La mobilisation des professionnels de santé

La Normandie présente depuis de nombreuses années une sous-démographie médicale très marquée que cela soit en termes de professionnels de 1^{er} recours (médecins généralistes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes) ou en termes de médecins spécialistes. Au-delà de cette sous-démographie médicale, le vieillissement des professionnels de santé est également une problématique importante. En effet, la Normandie manque de professionnels de santé et une part importante des

professionnels présents sont proches de la retraite.

Si des mesures pour contrer cette sous-démographie médicale et son impact sur les populations ont été initiées en région notamment avec le déploiement des Pôles de santé libéraux et ambulatoires (PSLA), il n'en reste pas moins que les professionnels de santé sont peu nombreux et donc difficilement mobilisables. Bien sûr, certains sont très investis dans le déploiement d'actions de santé dans les territoires notamment prioritaires. Néanmoins, cette sous-démographie médicale est un réel frein à la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé sur les territoires et concentre souvent les énergies notamment à l'échelle des élus d'un territoire.

Du côté des populations

Un repérage des habitants et mobilisation difficile de ces derniers

Un repli important de la population a été constaté sur certains territoires (notamment Fécamp, Evreux, Flers, Cherbourg) et sur certaines tranches d'âge en particulier (notamment les personnes âgées). Ainsi, ces habitants isolés sont très difficiles à repérer et donc à mobiliser dans le cadre d'actions de promotion et de prévention de la santé. Les acteurs rencontrés ont fréquemment évoqué ces populations dites "invisibles" (cf. encart ci-contre).

Au-delà du repérage de certaines populations, la mobilisation des habitants dans son ensemble restent un frein indéniable à la mise en place d'action de santé. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette difficile mobilisation. La représentation parfois négative des institutions ou le manque de confiance dans ces dernières peut freiner la participation aux actions. La topographie parfois difficile des quartiers prioritaires (quartiers géographiquement isolés ou surélevés) est également mis en avant comme un frein aux déplacements des populations (Lisieux, Saint-Lô, Canteleu, Grammont) et donc à la participation aux actions. Cette difficile mobilité physique s'accompagne d'une faible mobilité sociale. La grande précarité des publics est pointée comme l'un des principaux freins à la mobilisation des populations.

Une grande précarité des publics

La grande précarité des populations a été mis en avant par l'ensemble des acteurs rencontrés, parlant même de situations de pauvreté extrêmes. Ainsi, au-delà du renoncement aux soins ■■■

LES POPULATIONS PEU OU PAS TOUCHÉES PAR LES ACTIONS

- Les jeunes actifs précaires
- Les personnes en chantiers d'insertion et/ou bénéficiaires du RSA
- Les parents, concentrés sur les besoins de leurs enfants
- Les hommes (quel que soit l'âge)
- Les personnes âgées isolées
- Les migrants
- Les personnes sans domicile fixe ou en hébergement provisoire
- Plus généralement, les personnes qui ne fréquentent ni les centres sociaux, ni les associations de quartier...

ACTIONS DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION DE LA SANTÉ

Freins et leviers à leur mise en œuvre en Quartiers Prioritaires

- pour raisons financières, l'éloignement d'une partie de la population des concepts de santé globale, de promotion et de prévention de la santé a été pointé. Dès les années quarante, A. Maslow théorisait d'ailleurs la nécessité des humains de répondre en premier lieu à leurs besoins physiologiques avant de répondre aux suivants¹.

Du côté des outils et des moyens

Un manque de visibilité des actions et des missions de coordination

Les acteurs interrogés ont mis en avant le manque de visibilité dont pouvaient souffrir certaines actions de promotion et de prévention de la santé à destination des publics des QPV. Au-delà du manque de moyens de communication parfois constaté, la difficile compréhension de ce qu'est une action d'éducation et de promotion de la santé est soulignée. Plus généralement, la connaissance parfois imparfaite des missions des ASV et RTPS (notamment celle de coordination) est notée.

Un portage politique variable et des temporalités multiples

La mise en réseau, la coordination des acteurs et la mise en place d'actions de santé pérennes sur

un territoire nécessitent beaucoup de temps et un portage politique appuyé qui peut s'avérer variable en fonction des territoires (historique des dispositifs de coordination, moyens humains et financiers, reconnaissance institutionnelle...).

De nombreux acteurs reconstruits ont évoqué ce "travail de fourmi" nécessaire pour impulser une dynamique sur un territoire qui peut parfois être en contradiction avec les temporalités plus contraintes des collectivités (co-porteurs et financeurs d'actions de santé ou plus généralement des ASV et RTPS).

Des moyens financiers contraints : frein en toile de fond à la mise en œuvre d'action

Le contexte budgétaire, le ressèment de la géographie prioritaire et la remontée de certains crédits Politique de la Ville en 2017 impactent fortement la mise en place d'actions, le maintien de dispositifs de coordination et indirectement implique sur certains territoires la perte de dynamique territoriale. Certains acteurs ont à ce titre souligné le découragement de certains professionnels face à ces contraintes financières.

¹ Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.

LEVIERS

- Un **réseau d'acteurs constitué, animé et formé** du fait de l'existence de **dispositifs de coordination pérennes** sur les territoires

Organisation de temps d'échanges inter-professionnels et de temps de formations permettant la montée en compétence des acteurs, la mise en relation et la mise en place d'actions pérennes. Une organisation et coordination impulsées et facilitées par la présence de dispositifs de coordination sur le territoire (ASV, RTPS).

- Le **soutien des élus** et le travail collaboratif avec les services des collectivités

La reconnaissance et le soutien des dispositifs de coordination par les collectivités leur assurent une solidité et facilitent le déploiement d'actions de santé.

- Une fonction de coordination des dispositifs ancrée sur le **terrain**

- Une **visibilité** et une **communication** sur les dispositifs et les actions

Diffusion de newsletter à l'échelle locale, communication sur les actions inspirantes envers les populations mais également les acteurs du territoire et collectivités.

- Un **diagnostic du territoire partagé** et renouvelé

- Un partenariat fort avec les **centres sociaux** implantés sur les territoires

Un partenariat efficace pour mobiliser les populations (même si les publics touchés sont souvent les mêmes). S'appuyer sur des personnes relais et de confiance ayant une relation directe avec les habitants (travailleurs sociaux, éducateurs sportifs...)

- Une **pérennisation des moyens** et de l'**engagement** des institutions et acteurs

Une pérennisation des moyens qui permet la mise en place d'actions mais également le maintien d'une dynamique de réseau. L'intercommunalité est dans ce cas un atout certain.

- L'existence d'une **autre démarche de contractualisation santé** (CLS/CLSM) ou dans d'autre domaine (programme de rénovation urbaine)

Une dynamique partenariale autour d'un projet mais qui peut peser sur la fonction de coordination des dispositifs ASV et RTPS.

- Un rapprochement avec d'autres dispositifs de coordination (dispositifs en milieu scolaire : PRE, Réseau d'éducation prioritaire Rep et Rep+, CESC)

Les p'tits déj de la prévention à Rouen

Renforcer les connaissances et le travail en réseau des acteurs de proximité.

Constitué en juin 2011 dans le prolongement d'une formation du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), le groupe de travail "Prévention des addictions" réunit une quinzaine de professionnels du territoire. Ce groupe avait fait un double constat : à la fois une omniprésence de conduites addictives sur les quartiers avec association de produits et en parallèle une méconnaissance globale des structures spécialisées par les professionnels du territoire.

Afin de permettre des échanges entre professionnels de champs d'intervention différents et œuvrant sur un même territoire, de développer leur connaissance du réseau spécialisé et de les outiller, l'action « Les p'tits déj de la prévention » a été mise en place à partir de 2013.

Soutenue par l'ARS, le CGET et la ville de Rouen, elle est portée par l'Atelier santé ville de Rouen, en co-coordination avec La Boussole pour les addictions. Initialement centrée sur la prévention des addictions, elle s'est depuis élargie pour prendre en compte l'ensemble des questions de santé mentale.

A raison d'une fois par trimestre environ, sont organisés des temps formatifs et d'échanges destinés aux professionnels ou intervenants des territoires de l'ASV (Hauts de Rouen et quartier Grammont). Les thématiques abordées sont déterminées en amont par le groupe de travail dans le cadre d'une programmation à l'année.

Sur une matinée, ces rencontres prennent la forme conviviale d'un petit déjeuner et réunissent 25 professionnels en moyenne à chaque session, au sein des équipements municipaux implantés dans les quartiers de Grammont et des Hauts de Rouen. Des intervenants spécialisés, experts sur la thématique abordée animent les séances (La Boussole, CHU, Maison de l'Adolescent, CMP, ANPAA...).

Ces matinées qui rencontrent un vif succès, ont fait l'objet d'une évaluation en 2015. Les professionnels interrogés y voient principalement une opportunité d'avoir un temps de réflexion, de

recul voire de repositionnement et d'approfondir leurs connaissances sur les thèmes abordés mais également sur le réseau d'acteurs ressources de leur territoire.

■■■ Nathalie ARMANGUE, coordinatrice de l'ASV de Rouen

Ateliers situations complexes en santé mentale sur le territoire elbeuvien

Renforcer le travail en réseau pour améliorer les parcours de santé mentale sur le territoire.

Cette action initiée par l'Atelier santé ville du territoire elbeuvien, a débuté en 2014 avant d'être relancée en 2016-2017. Sur ce territoire, certains professionnels avaient exprimé leur ressenti d'être bien souvent isolés, voire dans l'impasse, face à un public aux prises avec des difficultés de plus en plus complexes.

Afin de favoriser globalement la mise en œuvre de parcours de santé mentale adaptés, cette initiative, inscrite dans le programme d'actions de l'ASV, repose sur une ensemble d'objectifs intermédiaires :

- partager les difficultés rencontrées dans les pratiques des professionnels,
- questionner ces pratiques et en découvrir d'autres,
- rencontrer des professionnels et ainsi augmenter la connaissance et la structuration du réseau,
- rechercher de nouvelles pistes de travail et de collaborations.

Pour ce faire, la coordinatrice de l'ASV organise et anime, au moins 3 fois par an, des ateliers d'échanges à destination des professionnels du territoire elbeuvien (sanitaire, social, médicosocial, éducatif). Ces séances visent à construire une réflexion partagée à partir soit d'une situation concrète présentée de manière anonyme par l'un des participants, soit d'une difficulté rencontrée en pratique, actuellement ou par le passé.

Ces réunions se déroulent au sein des locaux des nombreux partenaires du territoire engagés dans la démarche¹ ce qui permet de travailler la dynamique de réseau et une meilleure connaissance des missions de chacun.

Cette action permet de favoriser l'interconnaissance, de créer des liens directs et de mieux repérer les partenaires ressources, en partant d'une analyse partagée des parcours, des difficultés et des points de rupture. Sur cette base, le groupe construit de manière pluridisciplinaire une lecture commune et se projette vers de nouveaux modes de faire, avec de nouvelles possibilités de coopération. Cette dynamique permet en sus de faciliter la gestion de certaines situations de crise.

En 2017, 5 séances ont été organisées avec une bonne participation notamment des structures qui interviennent dans le champ de la santé mentale. Une attention est portée sur le nombre de participants (20 maximum) et le maintien d'un climat de confiance réciproque, afin de faciliter les dynamiques d'échanges.

■■■ Salomé CASSÉ, coordonnatrice de l'ASV du territoire elbeuvien

¹ CH du Rouvray (CMP des Feugrais, Entre Temps), SAMSAH la Clé, Association La Passerelle, Ensemble, Répsy76, services des villes et CCAS couvert par l'ASV, UTAS des Boucles de la seine, Mission locale, UDAF, CLIC Repèr'âge, FIA Normandie, CSAPA Hospitalier, Inser santé, Bien à la maison, AID76, Association des paralysés de France.

Une plateforme mobilité au sein de l'agglomération Seine-Eure

Agir sur les capacités de mobilité des personnes en leur apportant des solutions concrètes et adaptées.

Cette initiative est née d'un constat : une partie des habitants de l'agglomération en particulier les moins formés (niveau V et V bis) et les jeunes, avaient des difficultés d'accès à l'emploi renforcées par le manque de mobilité physique et psychologique. Pour améliorer l'insertion sociale et professionnelle de ces populations en inclusion, une

QUELQUES ACTIONS INSPIRANTES

réflexion spécifique sur les questions de mobilité a donc été menée. Ce travail a conduit à la mise en place d'un ensemble de réponses sur le territoire de l'agglomération : mise à disposition de deux-roues motorisés (cyclomoteurs, scooters), véhicules sans permis, transports à la demande, ateliers d'autoréparation de deux roues et mise en place d'un programme d'actions d'accompagnement, d'éducation et d'apprentissage à la mobilité (mise en place de diagnostics mobilité, ateliers de formation à la mobilité et modules de formation sur la mobilité cognitive...). Par ailleurs, deux auto-écoles associatives mettent en œuvre une formation adaptée aux publics en difficulté pour l'obtention du permis de conduire B. L'une est plutôt basée dans le nord du territoire et l'autre dans le sud du territoire afin de toucher tous les publics de l'agglomération et ainsi éviter les problèmes de déplacements.

Ces réponses, initialement destinées aux habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville et des personnes en insertion professionnelle, sont désormais proposées à l'ensemble des habitants de l'agglomération. Les professionnels de santé et de l'emploi ont été sensibilisés à cette question et informés des solutions mises en place et de leurs modalités d'utilisation par le biais de formations « mobilité ». Ils ont également la possibilité d'être directement prescripteurs de l'un de ces services en direction de leurs publics.

Cette plateforme de services mobilité est majoritairement financée par la communauté d'agglomération mais est également soutenue par la Région Normandie, le Département de l'Eure et l'Etat au titre du contrat de ville.

Elle s'appuie sur un large partenariat. Les acteurs locaux de l'insertion sociale et professionnelle, de la lutte contre l'exclusion se mobilisent ici pour améliorer la mobilité des habitants les plus en difficulté.

Un premier bilan a été mené sur l'année 2016 : 168 personnes ont été accueillies sur ces actions de soutien à la mobilité, dont plus d'un tiers (61) réside dans l'un des trois quartiers prioritaires de la politique de la ville. Le bilan 2017 est toujours en cours, cette initiative sera adaptée (mise en œuvre de nouvelles actions) et reconduite à l'identique en 2018 et 2019.

■ ■ ■ Charline CAPEL, coordinatrice RTPS Seine-Eure

O'Tour de la danse, dans le Pays des Hautes Falaises (à Fécamp)

Expérimenter d'autres possibles pour développer des compétences santé.

Cette initiative a été mise en œuvre dans un triple objectif :

- améliorer la santé psychique et physique des jeunes par une activité physique,
- promouvoir le mieux-être par le développement de compétences psychosociales (compétences physiques, émotionnelles et sociales),
- et enfin, favoriser la mobilité et l'insertion sociale.

Sur le plan opérationnel, il s'agit de proposer un stage de danse contemporaine de 4 jours à Lille avec des danseurs professionnels. Douze jeunes filles (13 - 17 ans) pratiquant la danse dans leur association de quartier sont ainsi accompagnées dans cette démarche d'expérimentation d'autres possibles (nouvelle façon de danser, de s'exprimer, nouvelle activité physique). Ce séjour est également l'occasion de proposer la découverte d'une ville (Lille) et de nouveaux lieux artistiques (musée, opéra...).

Dans un premier temps, les jeunes filles sont sélectionnées à l'issue d'un entretien de motivation avec les responsables du projet. Lors des entretiens de motivation, chaque jeune se fixe un ou plusieurs objectifs au regard du stage : « travailler ma concentration et ma souplesse », « combattre ma timidité et m'ouvrir aux autres », « me repérer dans le métro ; prendre le train pour la première fois », « me relâcher et oublier mes soucis »... Chaque objectif est réévalué individuellement avec les encadrants en fin de stage.

Ensuite, 4 séances de préparation sont organisées afin de présenter le projet, de faire des recherches sur la danse contemporaine, de travailler les questions de mobilité (repère des trajets de métro, travail sur cartographie), d'organiser la logistique du déplacement et du séjour (préparation de la valise, recherche des sorties culturelles et de la restauration au regard du budget) et d'informer les parents.

La troisième étape consiste à effectuer le stage de danse de 4 jours

(7 heures / jour). Cette phase du projet permet de travailler la conscience du corps, de soi, de ses émotions, le lâcher-prise, les compétences cognitives, l'estime et la confiance en soi. En parallèle, les jeunes filles bénéficient de visites culturelles de la ville.

Enfin, le projet prévoit un temps d'évaluation sur la base d'entretiens individuels au retour du stage, de la prise en compte du ressenti des encadrants et de questionnaires avant / après.

Soutenue par le Réseau Territorial de Promotion de la Santé Fécamp Caux Littoral, la Direction départementale de la cohésion sociale et la ville de Fécamp, l'Agence régionale de santé de Normandie, cette action a touché 18 jeunes filles du quartier prioritaire Ramponeau sur les deux dernières années. Fécamp Dance, la Compagnie la plaine de joie, opérateurs artistiques participent également à cette initiative.

L'atout du projet réside dans le fait de partir d'une activité, d'une passion des jeunes filles pour travailler d'autres compétences santé et sociales. Le partenariat avec l'association du quartier est également primordial car il permet le lien avec les jeunes. Une réflexion est en cours pour transposer cette initiative auprès d'un public masculin.

■ ■ ■ Fanny BELLENGER, coordinatrice RTPS Fécamp Caux Littoral et Côte d'Albâtre

Les cafés de la santé, une initiative de la CODAH

Informier les habitants des quartiers pour un meilleur accès à la santé.

Les diagnostics réalisés dans le cadre de l'Atelier santé ville ont souligné que certains habitants des quartiers prioritaires manquaient d'informations en matière de santé et restaient en dehors des parcours de soins. L'Atelier santé ville avait fait le constat dans ces différents travaux, d'une population en situation de fragilité sur ce territoire, en difficultés d'accès aux soins, et présentant différentes problématiques (équilibre alimentaire, des conduites à risques, des problèmes d'hygiène de vie, des formes de souffrance psychologique, etc.)

Dans ce contexte et pour répondre aux besoins repérés d'accompagnement dans la démarche de soins ou visant l'adoption de comportements favorables à la santé, les coordinateurs en concertation avec les partenaires (CMS, centre social, CPAM, professionnels de santé, associations,...) du territoire ont proposé de mettre en place des rendez-vous santé à destination des habitants.

Avec la mise en place de temps d'informations pratiques autour des questions de santé, le projet « Café de la santé » a ainsi été lancé à titre expérimental en janvier 2017 sur ce territoire. Reconnue pertinente, cette action a été ensuite généralisée. Le déploiement harmonisé du projet a été organisé sur l'ensemble des territoires de l'Atelier santé ville dès janvier 2018. La dynamique se poursuit avec l'objectif d'améliorer le suivi de l'action (inscription obligatoire) et la communication en démultipliant les vecteurs, et la perspective de trouver différents lieux à chaque fois afin de faire connaître les partenaires du territoire¹.

Chaque mois, sur chacun des six territoires de l'ASV (Gonfreville-l'Orcher, Centre Ancien/Quartiers Sud, Mont Gaillard/Mare Rouge, Bois de Bléville, Bléville et Caucriauville), les habitants sont désormais invités à participer, sur simple inscription, à un « café de la santé » sur un thème spécifique, en lien avec leur quotidien (ex : Qu'est-ce que la PMI ?, Savoir lire les résultats d'une prise de sang...).

Ces temps sont animés par un professionnel le plus souvent issu du territoire. Deux formats de rendez-vous sont possibles : soit une information (durée maximum d'une heure et demi), soit un atelier (durée maximum de deux heures et demi). La programmation est travaillée avec les partenaires du territoire et est donc adaptée à chaque quartier en fonction des éléments du diagnostic partagé.

En moyenne, quinze personnes par quartier participent à chacun de ces rendez-vous.

La communauté d'agglomération finance cette initiative.

■■■ Julie HANCHI AMOUR, superviseur ASV CODAH

¹ cliquer pour accéder à la campagne de communication.

Bien dans son logement, Bien dans son quartier, Bien dans sa ville à Saint-Étienne-du-Rouvray

Une initiative au plus près des habitants et de leurs besoins.

Afin d'agir pour des comportements favorables à la santé tout particulièrement en direction des populations les plus vulnérables, la ville de Saint Etienne du Rouvray a mis en place ce projet depuis de nombreuses années. Sur le plan opérationnel, il s'agit de mener des actions de sensibilisation à la santé environnementale et aux risques sanitaires liés à l'environnement.

Cette démarche a été menée en lien avec l'Atelier santé ville afin de favoriser la participation des habitants et de renforcer les dispositifs d'accès aux soins et à la prévention sur les quartiers en géographie prioritaire.

Elle repose sur l'animation du groupe de travail "Trucs et astuces" qui s'inscrit dans le prolongement des travaux de diagnostic menés dans le cadre de la Gestion urbaine de proximité (GUP). Le groupe est composé des bailleurs sociaux, des services de la ville et de partenaires spécifiques notamment sur certains secteurs, les conseils citoyens.

Plusieurs thématiques y sont traitées : air intérieur, conteneurs enterrés, produits ménagers, entretiens de jardin... Chaque année, le groupe définit ainsi un programme d'actions prioritaires sous forme notamment de stands installés au cœur de quartiers et pouvant être intégrés à des fêtes de quartiers ou autres événements locaux. Des ateliers d'échanges de pratiques, avec mise à disposition d'outils, sont également organisés avec l'appui de nombreux partenaires*. Des repas conviviaux et partagés sont organisés avant ou après les animations.

En 2016, le groupe de travail s'est réuni à 4 reprises et 12 demi-journées ont été déployées sur le territoire, en direction des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Cette initiative est soutenue par l'ARS, le CGET, la ville et les bailleurs sociaux.

Elle permet de véritables échanges entre les professionnels (notamment de santé) et les habitants. En partant des questions de santé environnementale, il est ensuite plus facile d'évoquer d'autres

sujets, d'autres préoccupations. Son format (actions de rue, au plus près des habitants), son renouvellement tous les ans et la participation de plusieurs associations, lui donnent aujourd'hui une certaine notoriété qui facilite la mobilisation des habitants, y compris les jeunes.

■■■ Chloé STEPHAN, coordinatrice de l'ASV de St-Etienne-du-Rouvray

² *Le Champ des possibles et La Boîte à vers, Ressourcerie Résiste, Guillaume Tricot Apiculteur, La Boussole, Asthme 76, La Glèbe, Centre Brassens, Conseil citoyen, Cardere, professionnels de santé, Développement social...*

Envie de Bien-être du côté de Flers

Travailler en groupe les pratiques favorables au bien-être physique et psychologique.

Mise en place à l'origine pour 6 mois à partir de janvier 2017, cette action a été construite pour favoriser et développer le mieux-être d'un collectif de personnes fréquentant le centre social implanté à la lisière d'un quartier prioritaire de la politique de la ville et porteur du projet.

Deux axes de travail ont été privilégiés :

- Contribuer à la prise de conscience des nombreux facteurs qui influent sur le bien-être d'un individu ;
- Et responsabiliser les participants aux pratiques quotidiennes favorisant le bien-être physique et mental (hygiène, alimentation, activités physiques...).

Cette action est née d'un travail de diagnostic partagé qui a impliqué des habitants et des professionnels sociaux et de santé du quartier Saint Michel. Plusieurs constats ont ainsi été posés : un nombre important de personnes en surpoids voire obèses, des situations critiques en matière d'hygiène, des problèmes d'addictions, d'isolement...

Le projet a donc été pensé pour répondre à un ensemble de problématiques par la mise en place d'ateliers collectifs ciblant différents domaines : activité physique en douceur, bien-être à table, hygiène corporelle, relaxation... Ces ateliers sont encadrés par des professionnels partenaires du territoire (autoentrepreneurs, salarié d'un club

QUELQUES ACTIONS INSPIRANTES

sportif, cabinet de sophrologie...). Entre chaque séance (59 au total), les participants sont invités à réaliser des ateliers en autonomie par groupe de deux ou trois, afin de favoriser la création de liens au sein du groupe.

L'action a touché une dizaine de femmes volontaires âgées de 27 à 77 ans dont 3 issues du quartier prioritaire Saint Michel.

Au terme des 6 premiers mois, la démarche d'évaluation de l'action a permis de préciser qu'une majorité des personnes impliquées (8 sur 10) a participé à au moins la moitié des activités proposées (6 ont même participé à l'intégralité du programme). La moitié des participantes a réalisé en sus, des ateliers en autonomie. Chaque atelier a également fait l'objet d'une évaluation qualitative afin d'identifier les axes d'amélioration possibles. Le caractère essentiel de la dimension partenariale du projet a été également mis en avant.

L'action a été prolongée pour une nouvelle période de 6 mois (de septembre 2017 à février 2018) auprès de ce premier groupe de bénéficiaires car le temps nécessaire pour obtenir des résultats a été jugé insuffisant. Certains contenus ont été modifiés pour tenir compte des éléments d'évaluation. La période estivale a permis de travailler sur les questions d'autonomie des membres du groupe.

■ ■ ■ Delphine VICTOR, responsable du Centre social Saint-Michel de Flers Agglo

Impro'vise-toi : valorisation de soi par l'expression théâtrale à Lisieux

L'expression théâtrale au service du renforcement de l'estime de soi.

Le développement de formes de repli, d'intolérance diverses, constaté sur le territoire, renforcé par un contexte socio-économique particulièrement difficile, génère pour de nombreux jeunes des obstacles majeurs à leur insertion. Le service jeunesse de la ville et Centre hospitalier Robert

BISSON de Lisieux ont donc lancé cette action en 2016, en tenant compte des enseignements d'une première initiative intitulée « Je suis, tu es, nous sommes » menée en 2015.

Co-construit par le référent territorial et le service jeunesse de la ville, ce projet a pour objectif principal de permettre aux adolescents de renforcer leur estime de soi en développant leurs aptitudes à avoir conscience d'eux-mêmes, leur pensée critique et leurs aptitudes relationnelles. Il permet également de travailler avec les jeunes sur les questions d'égalité femme-homme.

L'action s'est déroulée à la MJC de quartier, sur une semaine, autour de la mise œuvre d'un stage d'improvisation. Un atelier théâtre le matin a été complété l'après-midi d'ateliers dédiés à la création d'un support de communication pour le spectacle (vidéo), de saynètes autour des questions de genre et d'égalité et à la préparation de la salle de spectacle. Un goûter préparé et cuisiné par les jeunes a été également organisé après la représentation. Les participants ont été récompensés de leur investissement par des cadeaux offerts par la ville de Lisieux. Un DVD du spectacle a également été produit.

Douze jeunes âgés de 12 à 17 ans et résidant en quartier prioritaire ont participé activement à la première édition. Cette taille de groupe a permis de favoriser le débat et l'échange.

Soutenue par l'Agence régionale de santé et la ville, cette action, gratuite pour les participants, a mobilisé une compagnie de théâtre ainsi que les animateurs du service jeunesse. Ce cadre partenarial est l'une des forces du projet. Pour 2018, il est envisagé de revoir ces jeunes afin d'évaluer les effets de plus long terme, leur ressenti deux ans après et d'envisager les modalités d'une réédition.

■ ■ ■ Aurélie LAUNAY, Coordinatrice du réseau territorial de promotion de la santé lexovien

ACTIVER LES LEVIERS, LIMITER LES FREINS

- Associer en amont les habitants aux démarches santé.
- Faire du lien avec les autres dimensions des contrats de ville (réussite éducative, projet de rénovation urbaine, actions pour l'insertion professionnelle) et les projets portant sur d'autres quartiers fragiles.
- Soutenir en continu une acculturation au concept de santé globale (élus, professionnels, bénévoles, habitants) et la montée en compétence des acteurs.
- Placer le portage politique comme levier à la mise en place d'actions au bénéfice des populations vulnérables.
- Assurer une fonction de coordination locale : pérennisation des postes de coordonnateur en restant vigilant sur le renforcement de leurs compétences, sur leur position dans l'organigramme du porteur et aussi sur leur localisation géographique (au contact des publics et des acteurs).

PRÉCONISATIONS

Au niveau régional

- Expérimenter un travail avec des conseils citoyens sur les questions de santé (diagnostic, réflexion sur les besoins, les priorités, les actions et les moyens de mobiliser les populations).
- Organiser des temps de sensibilisation et formation croisées inter-acteurs et inter-territoires (partage d'expériences).
- Valoriser les expériences inspirantes.
- Communiquer sur la plus value des dispositifs de coordination et la mobilisation des acteurs régionaux dans ces dispositifs.

Au niveau local

- Développer et s'appuyer sur les initiatives de contractualisation (CLS / CLSM / Contrat enfance jeunesse / Projet ANRU).
- S'appuyer sur des actions centrées sur la préoccupation et la vie quotidienne des habitants (qualité de vie, développement durable, lien social : activités «prétextes» pour introduire la thématique santé) et s'appuyer sur des adultes relais ou des actions à destination des enfants pour toucher l'ensemble des familles.
- Faire coexister des actions de santé pérennes (démarche santé globale durable) et des actions plus visibles (événementiels) qui permettent de faire connaître les dispositifs et l'implication de la collectivité.

Nos plus vifs remerciements aux acteurs rencontrés et plus particulièrement aux coordinateurs des ASV et RTPS ainsi qu'aux chargés de missions politique de la ville et aux délégués du préfet en charge de la politique de la ville pour le temps qu'ils ont consacré à ce travail.

Crédit images :
ORS-CREAI Normandie

Copyrights :
© Adobe InDesign
© Adobe Illustrator

Mars 2018

Directeur de publication : Pierre-Jean LANCERY, président de l'ORS-CREAI Normandie

Coordination de la publication : Pascale DESPRES et Annabelle YON avec la participation de Khalid YAOUHI

ASSOCIATION ORS-CREAI NORMANDIE

3 place de l'Europe
14 200 Hérouville-Saint-Clair
02 31 75 15 20
contact@orscreainormandie.org
www.orscreainormandie.org