Recommandations pour un plan d'action
Communauté de communes
Caux Austreberthe

Juillet 2021

Sommaire

INTRODUCTION **5**

1 CE QUE NOUS APPRENNENT LES DIAGNOSTICS : DES PISTES POUR L'ACTION **7**

SYNTHESE DU DIAGNOSTIC QUANTITATIF SUR L'OFFRE DE SANTE ET L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION 9

Une population vieillissante *9*
Des jeunes plutôt diplômés *9*
Davantage de prestations sociales *9*
Offre de soins : une situation qui pourrait de dégrader *10*
Des séjours hospitaliers se déroulant majoritairement dans la Métropole Rouen Normandie *10*
Des taux d'hébergement de personnes âgées dépendantes relativement faibles *11*
Personnes en situation de handicap *11*
Une espérance de vie plus courte qu'aux niveaux régional et national *11*
Cancers et maladies cardio-vasculaires, principales causes de décès *11*
Maladies cardio-vasculaire : surmortalité masculine *12*

SYNTHESE DU DIAGNOSTIC QUALITATIF 13

Un territoire défavorisé *13*
Une précarité importante *13*
Une population peu mobile *13*
Une bonne prise en charge sanitaire *14*
L'impact de la situation sociale sur la santé… *14*
… dont la santé mentale *14*
Offre de soins : la crainte d'une désertification *15*
L'opportunité du service coordonné pour la médecine de ville *15*
Une place paradoxale pour hôpital de l'Austreberthe *15*
La volonté de se tourner vers le territoire *16*
L'atout de la plateforme gériatrique *16*
La disparition de la coordination en promotion de la santé *16*
Des thématiques d'action qui font consensus *17*
Peu de dispositifs mobilisateurs *17*
L'opportunité de l'action de la CC *17*

SYNTHESE DE L'ENQUETE AUPRES DE LA POPULATION 18

Un état de santé qui se dégrade avec l'âge et le statut social *18*
Une participation assez suivie aux dépistages organisés des cancers *18*
Des difficultés pour consulter un professionnel de santé *18*
Des rendez-vous non adaptés *19*
De nombreux déficits perçus de de professionnels de santé *19*
Des problèmes de santé identifiés *20*
Des actions de prévention *20*
Développer la médecine libérale et le centre hospitalier de l'Austreberthe *20*
Un intérêt certain pour le plan santé *20*

2 LES PRINCIPES DIRECTEURS D'UN PLAN SANTE 21
ASSURER LA COHESION TERRITORIALE 24
Responsabilité populationnelle 24
Construire un éco-système de santé à l'échelle du territoire 24
Assurer la gouvernance du plan santé 24
Acter le principe de subsidiarité 25
Construire un système d'information et de communication 25
Renforcer le partenariat entre les acteurs 25
Donner un mandat territorial aux acteurs 26

DEPLOYER DES STRATEGIES PROBANTES 27
Les déterminants sociaux de la santé 27
Approche intersectorielle de la santé 28
Approche globale et par milieu de vie 28
Participation active des acteurs et de la population 29

RENFORCER LES COMPETENCES, MODIFIER LES ENVIRONNEMENTS 30
La formation des professionnels et des bénévoles 30
L'offre documentaire 30
Information et formation des populations 30
Former des relais dans la population 31
Modifier les environnements 31

3 PLAN OPERATIONNEL 10 PROPOSITIONS POUR PASSER A L'ACTION 33
Les axes d'un plan santé 35
Vers un contrat local de santé ? 35

AXE PRIORITAIRE 1 METTRE EN ŒUVRE UNE GOUVERNANCE TERRITORIALE PARTAGEE 37
AXE PRIORITAIRE 1 MOBILISER LES ACTEURS PARTIE PRENANTES DE L'AMELIORATION DE LA SANTE DES POPULATIONS 38
AXE PRIORITAIRE 1 COMMUNIQUER SUR LE PLAN SANTE 39
AXE PRIORITAIRE 2 REFLECHIR AVEC LE CENTRE HOSPITALIER DE L'AUSTREBERTHE ET LES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX A DES MODALTIES DE COOPERATION 40
AXE PRIORITAIRE 2 SOUTENIR L'OFFRE DE SOINS LIBERALE EN VALORISANT L'EXERCICE COORDONNE 41
AXE PRIORITAIRE 2 CO-CONSTRUIRE UNE POLITIQUE D'ATTRACTIVITE DU TERRITOIRE 42
AXE PRIORITAIRE 3 DEVRELOPPER LES RESSOURCES EN PREVENTION POUR LES ACTEURS DE TERRAIN ET LA POPULATION DANS LE TERRITOIRE 43
AXE PRIORITAIRE 3 CREER ET SLUTENIR DES ACTIONS FAVORISANT LA PRATIQUE DE L'ACTIVITE PHYSIQUE ET PROMOUVANT UNE ALIMENTATION SAINE 44
AXE PRIORITAIRE 3 CREER ET SOUTENIR DES ACTIONS VISANT A REDUIRE LES RISQUES LIES AUX CONSOMMATIONS DE TABAC ET D'ALCOOL 45
AXE PRIORITAIRE 3 CREER ET SOUTENIR DES ACTIONS VISANT A DEVELOPPER DES ACTIONS SUR LA SANTE MENTALE ET LE BIEN-ETRE 46

ANNEXES 47
LE PROGRAMME OPERATIONNEL : TABLEAU SYNTHETIQUE 49
DESCRIPTION DES DISPOSITIFS CITES 54

Introduction

Ce document repose sur un triple diagnostic du territoire : état des lieux socio-sanitaire, enquête qualitative réalisé par entretiens auprès d'élus, institutions, professionnels de santé et du social (centre hospitalier, professionnels libéraux) et acteurs ou responsables associatifs.

Il reflète d'autre part les réflexions et propositions émises par les parties prenantes mises en perspective avec les politiques publiques portant sur la santé, les théories basées sur une approche globale de santé et fondées sur des données probantes en matière de planification de l'offre de soins et de prévention ou promotion de la santé (*Evidence-based health promotion*).

Ce document trouvera son application dans le développement de coopérations futures à l'échelle de la communauté de communes en matière de santé. Il ne saurait cependant engager les parties ayant participé à son élaboration, personnes et institutions, qui gardent leur liberté de parole et d'action. Les préconisations pourront servir toutefois de base aux réflexions menées dans le cadre de la construction d'un plan santé sur le territoire de la communauté de communes, pouvant déboucher sur l'élaboration d'un contrat local de santé.

La CC Caux Austreberthe a confié à l'OR2S la mission de réaliser un diagnostic permettant d'éclairer les élus sur l'état de santé de la population et l'offre de soins à disposition de la population de son territoire ainsi que la rédaction d'un plan santé à mettre en œuvre.

1

Ce que nous apprennent les diagnostics : des pistes pour l'action

Synthèse du diagnostic quantitatif sur l'offre de santé et l'état de santé de la population

En bordure immédiate de la Métropole Rouen Normandie, la communauté de communes Caux Austreberthe compte 24 846 habitants au 1er janvier 2017. Elle comporte neuf communes, dont les plus importantes sont Barentin (12 000 hab), Pavilly (6 308 hab), pis Villers-Ecalles (1 768 hab) et Limésy (1 523 hab). La communauté de communes Caux Austreberthe regroupe neuf entités communales autour de Barentin et Pavilly. Le redécoupage cantonal de février 2014 a réduit le nombre de cantons de moitié. Alors que toutes les communes appartenaient au canton de Pavilly, en 2014, elles appartiennent à celui de Barentin (Barentin, Blacqueville, Bouville, Villers-Ecalles) et à celui de Notre-Dame-de-Boscherville (Emanville, Goupilières, Limésy, Pavilly et Sainte-Austreberthe).

Une population vieillissante

La part de la population des moins de 18 ans (23,1 %) est plus importante qu'au niveau national (21,7 %), cependant qu'un déficit est enregistré chez les 18-30 ans et surtout chez les 18-20 ans, conséquence de la mobilité des jeunes adultes en études ou en emploi. La population des moins de 25 ans baisse en moyenne chaque année de 0,99 %, (-0,58 % en Normandie et -0,06 % en France). *A contrario*, la part des 75 ans et plus s'accroît (+1,82 %) plus rapidement qu'en région (+0,81 %) ou en France (+0,94 %).

Des jeunes plutôt diplômés

Sur le territoire de l'EPCI, on enregistre 9,3 % des jeunes de 25-34 ans non ou peu diplômés, soit un pourcentage inférieur à celui de la région (13,3 %) ou du niveau national (13,4 %) de même que le taux de chômage des 15 ans et plus (resp. 12,2 %, 13,5 %, 13,3 %). L'accès à l'emploi reste plus difficile pour les 15-24 ans qui accusent un taux de chômage de 28,8 %, équivalent à celui de la région et légèrement supérieur au taux national (27,7 %).

Plus de la moitié des actifs (58,9 %) sont ouvriers ou employés pour 53,5 % en Normandie et 47,6 % dans l'Hexagone. La part des cadres et professions intellectuelles supérieures (9,7 %) est deux fois moindre dans l'EPCI qu'en France (18,3 %).

Davantage de prestations sociales

Près de la moitié des habitants bénéficient d'une prestation sociale, soit cinq points de plus qu'aux niveaux national ou régional. Le taux d'allocataires du RSA est de 8,8 % des habitants de l'EPCI supérieur aux taux régional (5,7 %) et hexagonal (5,9 %). Le taux de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est de 3,0 % comparable au taux national (3,0 %) et inférieur à celui de la région (3,5 %).

Offre de soins : une situation qui pourrait de dégrader

La densité de médecins généralistes au 1er janvier 2020 (80,5 praticiens pour 100 000 habitants) est inférieure à celle nationale (86,5) tout en étant tout supérieure à celle de la région (79,1). Sur la vingtaine des médecins généralistes exerçant au sein de la CC, 55 % sont âgés de 55 ans ou plus *vs* 51,3 % en région et 52,1 % dans l'Hexagone. En outre, le part des médecins de moins de 35 ans (5 %) est deux moindre que celle mesurée en France hexagonale (10,4 %).

Le territoire de l'EPCI compte douze pharmaciens libéraux, soit 48,3 pour 100 000 habitants, bien au-dessus des valeurs régionales (41,5) et nationale (44,5). Près du tiers des pharmaciens ont 55 ans et plus pour 8 % de moins de 35 ans.

La situation concernant les autres professionnels de santé est plus disparate. Le nombre d'infirmiers libéraux a crû depuis 2012, passant de trente à quarante, et celui des masseurs-kinésithérapeutes de dix-neuf à vingt-trois tandis que celui des chirurgiens-dentistes s'est effondré de six à trois. La densité des infirmiers libéraux (161 pour 100 000 habitants) est inférieure à la moyenne nationale (192,7) mais supérieure à celle de la région (153,6). Celle des chirurgiens-dentistes (12 pour 100 000 habitants) et sans commune mesure avec celles de l'Hexagone (55,3) et de la région (37,1). Avec une densité de 91,9 pour 100 000 habitants, la densité des masseurs-kinésithérapeutes est largement supérieure à celle de la région (64,5) et proche du niveau national (102,9).

Sur les trois chirurgiens-dentistes sont présents sur le territoire, dont deux âgés de 35 à 44 ans, proportion supérieure à elle enregistrée en France (20,4 %) et en région (20,8 %). Ce qui n'est pas le cas des infirmiers libéraux dont un quart a moins de 35 ans, pour 20,1 % en France hexagonale et 19,2 % en Normandie, et des masseurs-kinésithérapeutes dont les deux-tiers ont moins de 35 ans.

Des séjours hospitaliers se déroulant majoritairement dans la Métropole Rouen Normandie

L'EPCI compte un centre hospitalier public sur les sites de Barentin et Pavilly. Il propose essentiellement des soins de suite et de réadaptation, des soins de longue durée, et l'hébergement de personnes âgées dépendantes.

En 2018, parmi les 7 500 séjours de soins de courte durée (MCO : médecine, chirurgie, obstétrique odontologie) enregistrés pour les habitants de l'EPCI, 43 % l'ont été pour des séjours médicaux et 30 % pour les séjours en chirurgie, avec une surconsommation globale de soins de 8 %, notamment marquée pour les séjours en médecine, par rapport à la France.

La population de l'EPCI se rend majoritairement dans les établissements de Métropole Rouen Normandie (90 %). Si pour la médecine, les séjours ont lieu principalement au CHU (65 %), les deux tiers des séjours en chirurgie se partagent entre le CHU et la clinique Mathilde. De la même manière, la plupart des 1 270 naissances enregistrées en 2015 et 2018 se sont déroulent dans l'une

des maternités de la Métropole. En dehors du territoire, une petite partie des séjours en chirurgie est recensée à la clinique chirurgicale d'Yvetot, au Havre et à Dieppe pour les accouchements.

Des taux d'hébergement de personnes âgées dépendantes relativement faibles

Deux Ehpad, trois résidences autonomie et une unité de soins de longue durée sont présentes sur le territoire (Barentin et Pavilly).

L'Ehpad de Barentin dispose de places dédiées à l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer tandis que le site de Pavilly propose des places en pôle d'activités et de soins adaptés (Pasa). Une plateforme de répit pour aidants complète l'offre.

Personnes en situation de handicap

L'offre d'accueil pour les jeunes en situation de handicap s'élève à 117 places, dont soixante-quinze pour l'institut médico-éducatif (IME) de Lévisy et quarante-deux pour l'institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (Itep) de Barentin.

L'accompagnement hors établissements est assuré par un Sessad et un CMPP situés à Barentin. En partenariat avec le Sessad, une plateforme de répit pour les familles et aidants de jeunes diagnostiqués porteurs d'un trouble du spectre autistique (TSA) est disponible à Bois-Guillaume.

Aucune structure d'hébergement, d'accompagnement à domicile ou de travail protégé pour adultes en situation de handicap n'est présente dans le territoire de l'EPCI.

Une espérance de vie plus courte qu'aux niveaux régional et national

En l'absence de données propres au territoire sur les comportements de santé, l'état de santé se mesure essentiellement par les indicateurs liés à la mortalité. Ainsi, les espérances de vie à la naissance, à 65 ans et à 75 ans sont plus faibles que celles mesurées en France hexagonale et à la région, illustrant ainsi une surmortalité de 17,6 % par rapport au niveau national pour les hommes et de 16,6 % pour les femmes. L'écart en mortalité prématurée, mesurée chez les moins de 65 ans, est plus faible : 12,7 % pour les hommes et 13,3 % pour les femmes, avec une baisse de la mortalité prématurée de 41 % dans l'EPCI en trente ans pour 46 % en France.

Cancers et maladies cardio-vasculaires, principales causes de décès

Sur la période 2009-2015, plus de deux cent dix-huit décès sont enregistrés en moyenne annuelle. Les deux principales causes de décès sont attribuées aux cancers (60 décès en moyenne annuelle) et aux maladies cardio-vasculaires (60 décès). À elles deux, ces deux causes représentent 55 % des décès, pourcentage proche de celui de la région (54,5 %) et de l'Hexagone (53,1 %). Cette convergence est une particularité de la communauté de communes Caux Austreberthe : les décès par maladies cardio-vasculaires ont connu une plus forte baisse que ceux par cancers depuis les années quatre-vingt, ce qui fait qu'aujourd'hui, les décès par cancers sont les plus nombreux.

Les autres causes de décès concernent les causes externes (6,4 %), les maladies du sys-

tème nerveux (6,4 %), les maladies de l'appareil respiratoire (5,9 %) et de l'appareil digestif (5,5 %).

Maladies cardio-vasculaires : surmortalité masculine

Une surmortalité modérée est enregistrée pour les cancers (+8,5 %) par rapport à la France hexagonale, alors que la région n'enregistre pas de surmortalité significative. Elle est plus élevée pour les hommes (+10,5 %) que pour les femmes (+5,4 %), et à tendance à s'accroître pour les hommes. Les admissions en affections de longue durée sont équivalentes au niveau national pour les hommes et inférieures pour les femmes.

La surmortalité pour les maladies cardio-vasculaires est plus importante par rapport au niveau national : + 30,5 % pour les hommes et + 29,5 % pour les femmes ; tout comme elle l'est avec la région (resp. +18,8 % et +21,9 %). La baisse de la mortalité pour maladies cardio-vasculaires a été soutenue dans la communauté de communes, mais moins que pour la France ou la région, pour les hommes (resp. -55,5 % ; - 61,1 %, -59,6 %) comme pour les femmes (resp. -59,1 %, -63,6 %, -61,8 %).

Vingt-sept décès masculins et douze décès féminins, en moyenne annuelle entre 2009 et 2015 auraient pu être évités pour les habitants de la communauté de communes de moins de 75 ans, soit une surmortalité de 18,9 % par rapport à la France, mais moindre de 4 % par rapport à la région. Les hommes sont davantage concernés que les femmes.

Synthèse du diagnostic qualitatif

Le diagnostic qualitatif s'est appuyé sur des entretiens réalisés avec des élus, des professionnels de santé et des responsables associatifs, ainsi que sur une analyse documentaire.

Un territoire défavorisé

Anciennes villes ouvrières qui ont connu nombre de fermeture d'usines, les villes de Barentin comme de Pavilly rencontrent des difficultés sociales, dont font largement part les acteurs rencontrés. Ils qualifient le territoire de défavorisé voire très défavorisé. Il leur semble que cela est moins prégnant d dans les communes rurales de la communauté de communes.
Le territoire est classé dans la zone du plus fort indice de défavorisation de la région (*Diagnostic ARS 2017*), associé à de forts taux de salariés pauvres bénéficiaires du RSA socle ou allocataires d'autres minimas sociaux.

Une précarité importante

De nombreuses familles sont décrites comme étant dans un état de précarité assez important, que ce soit une précarité sociale comme économique. Les acteurs du social relèvent des carences éducatives, pouvant être à la source de situation de maltraitance.
La Maia Caux Austreberthe décrit un isolement social important des personnes âgées, associé à une précarité financière, à l'absence de personnes ressources et à l'épuisement des aidants.
L'indice de fragilité médico-sociale calculé par la conférence des financeurs de la Seine-Maritime situe aussi le territoire parmi les plus fragiles.
La conférence des financeurs fait aussi état d'un nombre élevé de propriétaires pauvres associé à un fort indice de précarité chez les propriétaires de 60 ans et plus. À cela s'ajoute un parc d'habitation ancien, non rénové et peu confortable, et non adapté au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes ou en situation de handicap.

Une population peu mobile

Bien que situé dans la proche banlieue de Rouen, les professionnels interrogés estiment que la population de la communauté de communes, rurale, ouvrière et composée de retraités, n'a que peu d'attirance pour la ville centre. Hormis les jeunes et les personnes ayant un niveau socio-économique assez élevé, qui y trouvent les services dont ils ont besoin, les autres habitants souhaitent que ces services soient disponibles dans leur environnement proche.
Au sein même de la CC, les déplacements sont un enjeu et la création d'un réseau de transport en commun pourrait faire de Barentin/Pavilly un centre actif

Une bonne prise en charge sanitaire

L'état de santé de la population est décrit comme satisfaisant par les professionnels de santé, sans problèmes de santé majeur si ce n'est ceux liés à l'avancée en âge. D'après la Maia, les maladies chroniques touchent un tiers de la population, les troubles addictifs 20 %. Et un quart des personnes aurait un suivi médical irrégulier ou absent.

Plusieurs professionnels de santé déplorent aussi un déficit de vision préventive de son état de santé par la population. La prise en compte de la santé n'est que curative sans réelle préoccupation d'amélioration de la qualité de vie, par exemples par des examens de confort.

Chez les jeunes, les travailleurs sociaux et éducatifs mettent en exergue les addictions, alcool, tabac et cannabis pour les lycées, jeux vidéo pour les collégiens

L'impact de la situation sociale sur la santé…

La situation sociale de la population de la communauté de communes est un déterminant fort pour son état de santé. Les personnes interrogées, et principalement les travailleurs sociaux, notent une augmentation des situations d'isolement, des cas de violences conjugales et de problèmes d'addiction qu'elles relient au délitement du lien social et à la perte d'importance de la cellule familiale. Elles mettent cela en rapport avec la désindustrialisation de territoire depuis quelques décennies.

Pour autant, les services sociaux constatent un non-recours aux droits important associé à un grand nombre des personnes qui pourraient ne pas être connus de services sociaux. Cette invisibilité serait la conséquence d'un manque de « volonté » ou « d'énergie » de la part des personnes pour être accompagnées.

… dont la santé mentale

Cependant, la santé mentale est décrite par tous comme un souci réel sur le territoire. La Maia indique que plus de 60 % des personnes qu'elle accompagne sont atteintes de troubles cognitifs et près de la moitié de troubles du comportement. Les acteurs déplorent que la prise en charge de la santé mentale sur le territoire soit faible et sans réelle formation des professionnels, tout en soulignant le travail de qualité effectué par le CMPP, le Csapa, du Clic ou encore la Maia. Ils déplorent la disparition du poste d'infirmier psychiatrique et l'abandon de la création d'un conseil local de santé mentale, un temps envisagé dans l'agglomération de Rouen, ou d'un point accueil et d'écoute pour les adolescents dont le projet n'a pas été retenu à cause de la faible densité démographique du territoire. En revanche, le projet territorial de santé mentale arrêté en 2020 est fort de fiches actions dont l'objectif est de coordonner les actions dans les territoires, comme la création d'un Groupe d'entraide mutuelle (GEM) à Barentin ou l'organisation de l'offre graduée dans les territoires ruraux, avec la nomination d'un coordinateur.

Offre de soins : la crainte d'une désertification

Paradoxalement pour les acteurs de santé, la CC n'est pas classée par l'ARS dans le zonage des territoires prioritaires, que ce soit en ZIP ou en ZAC ou pour bénéficier des fonds du FIR, à l'exception du quartier prioritaire de Lalizel en ZIP (Barentin) ou du zonage pour les sages-femmes (zone sous-dotée).

Élus et professionnels du territoire se ne retrouvent cependant pas dans les différents zonages de l'ARS. Ils constatent au contraire une démographie des professionnels de santé tendue, annonciatrice d'une future et proche désertification médicale, davantage visible dans les zones rurales du territoire. Cette désertification annoncée résulte de deux facteurs : le vieillissement des médecins généralistes et leur départ en retraite, d'une part, et l'exode de médecins spécialistes - dermatologues, cardiologues, gynécologues… - partant exercer en dehors du territoire.

En conséquence, de plus en plus de patients se retrouvent sans médecin traitant ou éprouvent les plus grandes difficultés à retrouver un professionnel avec des délais de consultation qui s'allongent, notamment pour les spécialistes.

L'opportunité du service coordonné pour la médecine de ville

Un deuxième constat est dressé par les professionnels de santé, celui de la volonté qu'ont les médecins généralistes de sortir de leur isolement.

Pour beaucoup d'entre eux, l'exercice de groupe ou coordonné devient incontournable. La commune de Pavilly a pris la décision de réhabiliter l'ancienne usine textile Gogétéma pour y ouvrir vingt-sept cabinets médicaux tandis d'une association a été créée pour consulter les professionnels de santé afin de préfigurer un pôle de santé libéral ambulatoire.

L'idée telle qu'elle débattue en 2020 était, non pas de créer un lieu unique sur le territoire, mais de relier en réseau différents cabinets au sein du futur PSLA. La coopération a déjà commencé par l'implantation progressive du logiciel métier WEDA, applicatif pour gérer les dossiers patients en ligne, obligation de l'exercice partagé.

C'est cette circulation rapide et constante de l'information qui motive les professionnels du territoire à s'engager dans la création du PSLA, associée à la rupture de l'isolement.

Par ailleurs, le lien de la médecine de ville avec le centre hospitalier doit être renforcé, à commencer par une meilleure inter-connaissance et le développement d'axes de travail.

Une place paradoxale pour hôpital de l'Austreberthe

Issu de la fusion entre l'hôpital de Barentin et l'Ehpad de Pavilly (2019), intégré dans le groupement hospitalier de territoire (GHT) Rouen Cœur de Seine (2016), le centre hospitalier de l'Austreberthe est centré sur l'accompagnement des personnes âgées et la gériatrie.

Avec la fermeture des services de cardiologie (2009), des consultations externes (2010), la transformation de lits de médecine en lits de soins de suite ou de long séjour, il a perdu sa qualité d'hôpital de proximité. La fusion avec l'Ehpad a renforcé dans l'esprit de quelques acteurs ren-

contrés l'idée qu'il est devenu uniquement un Ehpad, l'intégration dans le GHT, une annexe du CHU sans lien avec le territoire.
Pour autant, pour l'équipe dirigeante de centre hospitalier, ces choix ont été réfléchis et permettent, par la coopération inter-établissement et la mutualisation des moyens, d'assurer un parcours du patient de qualité au bénéfice de la population du territoire.

La volonté de se tourner vers le territoire

L'ancrage local du centre hospitalier de l'Austreberthe est son enjeu majeur. Par convention, avec l'hôpital du Belvédère (Mont-Saint-Aignan) des consultations de gynécologie-obstétriques sont organisées dans ses services. Bien qu'il ne soit pas labellisé hôpital de proximité, il entend avoir des relations plus construites avec la médecine de ville. S'll accueille dans ses locaux une permanence de soins ambulatoires libérale de nuit et le week-end, il a créé un poste de médecine générale en temps partagé ville/hôpital dédié à une action dans le quartier de Lalizel.
Il souhaite aussi organiser des consultations non programmées en lien avec la médecine de ville et développer son rôle d'interface entre la population et les médecins du territoire et les établissements hospitaliers du GHT.

L'atout de la plateforme gériatrique

À défaut d'avoir pu constituer une équipe mobile d'évaluation gériatrique à domicile ou un hôpital de jour proposé par la recomposition de son offre en SSR, le centre hospitalier de l'Austreberthe est engagé dans la plateforme gériatrique du groupement hospitalier de territoire. Pilotée depuis le CHU, disposant d'un infirmier et d'un médecin gériatre, elle permet l'accès à une offre complète en gériatrie, ce que nous pouvait prétendre faire seul le centre hospitalier de l'Austreberthe.

La disparition de la coordination en promotion de la santé

Du côté de la prévention, tous les acteurs rencontrés déplorent la fermeture du poste de coordination du réseau local de promotion de la santé (RLPS), et la disparition consécutive du réseau suite au classement du territoire comme non prioritaire par l'ARS et la région. Créé depuis plus de dix ans sur les anciens cantons de Pavilly et de Duclair, le poste de coordinateur avait permis de fédérer les acteurs de santé et sociaux autour d'actions de prévention.
Les acteurs font désormais état d'un net recul de leur connaissance mutuelle et des actions engagées en commun. Plus personne ne sait ce qui est fait dans le territoire en matière de prévention.
L'existence et les actions de Normandie Promotion santé ne sont pas connues, tout comme le poste de conseiller méthodologique en prévention et promotion de la santé qu'elle met à disposition du territoire sur des financements ARS n'est pas identifié par les acteurs. Ce sont des ressources disponibles au bénéfice du territoire

Des thématiques d'action qui font consensus

Il n'y a pas de diverges sur les actions à mener en prévention auprès de la population : bien-être, parentalité, addictions, éducation affective et sexuelle, santé mentale. Ces actions sont vues comme devant se dérouler en milieu scolaire, d'une part, et pour les populations défavorisées, d'autre part.

Pour la parentalité, sont mises en avant à la fois en avant des actions d'accompagnement des jeunes et de leurs mais aussi la création de structures ou dispositifs idoines (Reaap, groupes de parole). L'intervention du planning familial est sollicitée par les infirmières scolaires pour la vie affective et sexuelle et celle du Csapa pour les addictions. La création d'une association de prévention des addictions pour les jeunes est aussi une demande.

La nutrition fut par la passé abordée par le Comité santé jeunes Barentin Pavilly, notamment sous la houlette du réseau local de promotion de la santé, mais plus rien ne semble être fait leur disparition.

Pour la santé mentale, le projet territorial de santé mentale Rouen-Elbeuf préconise de créer une culture de la promotion de la santé et des pratiques, mais ne préconise pas la création d'un conseil local de santé mentale.

Peu de dispositifs mobilisateurs

La disparition du réseau local de promotion de la santé a laissé le terrain vide de tout dispositif. Il n'y a pas, par exemple, d'atelier santé ville dans le quartier prioritaire de Lalizel à Barentin, ce qui serait une opportunité pour construire une nouvelle dynamique, étendue à l'échelle du territoire de la CC.

La communauté de communes a été cependant retenu pour mettre en œuvre un projet alimentaire territorial dont un des enjeux porte sur la nutrition et la santé ; il pourrait être l'un des volets du plan santé.

Enfin, initiée par la ville de Barentin, la signature d'une Charte ville handicap pourrait à terme être un dispositif étendu à la CC dans l'optique d'en faire un territoire inclusif, pour les personnes âgées dépendantes et les personnes en situation de handicap et relever par là-même du plan santé.

L'opportunité de l'action de la CC

Tous les acteurs rencontrés voient dans l'initiative de la communauté de communes un élan majeur autour de la santé.

Ils souhaitent qu'une animation inter-professionnelle et inter-disciplinaire reprenne, pour recréer et développer la dynamique passée, d'une part, pour pouvoir accéder à des ressources dont ils sont aujourd'hui éloignés (formation, documentation, outils d'intervention, subventions…), d'autre part.

Synthèse de l'enquête auprès de la population

Une enquête par questionnaire s'est déroulée par internet entre le 8 février 2021 et le 30 mars 2021. Trois cent dix-neuf habitants ont donné leur accord pour que leurs réponses soient traitées et analysées par l'OR2S. Le questionnement abordait l'état de santé des personnes et leurs rapports aux professionnels de santé. Une autre partie interrogeait la vision du territoire qu'ont les habitants face aux problèmes de santé et les solutions proposées pour les réduire. Deux dernières questions portaient sur la vaccination contre la Covid-19 sur l'intérêt porté à la démarche de la CC pour un plan santé dans le territoire.

Un état de santé qui se dégrade avec l'âge et le statut social

Un peu moins de 7 % des personnes déclarent avoir un état de santé mauvais ou très mauvais ; davantage pour les plus de 65 ans : 15,6 % des hommes et 12,5 % des femmes. Aucune personne ne déclare un état de santé très mauvais chez les moins de 65 ans.

Tous âges et sexes, confondus, deux personnes sur cinq déclarent une maladie ou un problème de santé chronique ou de caractère durable, mais elles sont plus de 50 % chez les 65 ans et plus : 57,6 % des hommes et 52,0 % des femmes. Pour les retraités, les demandeurs d'emploi et les autres personnes sans activité professionnelle, ce pourcentage dépasse également les 50 %.

Une participation assez suivie aux dépistages organisés des cancers

Plus de cinq femmes sur six de 50 ans et plus déclarent avoir déjà réalisé une mammographie de dépistage. La part des femmes de 20 à 65 ans ayant été dépistées pour le cancer du col de l'utérus est compris entre 30 % et 40 % selon l'âge, en deçà du taux de participation national (60 % selon l'INCa).

Le dépistage du cancer du côlon et du rectum concerne les hommes comme les femmes. Il est quasi inexistant chez les moins de 50 ans. Par contre, à partir de 50 ans, la participation devient majoritaire chez les hommes comme chez les femmes avec toutefois près de onze points d'écart entre les deux sexes au détriment des hommes (respectivement 57,8 % et 63,6 %), mais dans les taux de participation nationaux.

Des difficultés pour consulter un professionnel de santé

Près de la moitié des personnes affirment éprouver des difficultés pour consulter un professionnel de santé, mais seulement un quart des 65 ans et plus.

Au cours des douze derniers mois, ce sont près de trois femmes sur cinq de moins de 50 ans qui déclarent n'avoir pu consulter un professionnel, alors que ce n'est le cas que pour une personne sur six, hommes comme

femmes, pour les plus de 65 ans. La raison principale, un peu plus pour les femmes que pour les hommes, en est des délais d'attente jugés importants pour obtenir un rendez-vous. Une divergence femmes-hommes qui s'exprime aussi dans le fait de ne pas vouloir aller consulter à Rouen ou plus dans une grande ville : 30 % femmes et 17 % des homme l'expriment.

Pour 20 % des personnes, la deuxième raison évoquée est le refus des professionnels de prendre de nouveaux patients, mais cela semble moins toucher les cadres et professions intellectuelles supérieurs.

Les autres raisons sont plus marginales : mobilité pour les femmes retraitées, coût pour les femmes sans activité professionnelle, manque de confiance envers les professionnels de santé pour les hommes et des femmes de 35 à 64 ans.

Des rendez-vous non adaptés

Sans revenir aux douze mois précédents, deux autres raisons pouvant empêcher une consultation rassemblent chacune 30 % des personnes : obtenir un rendez-vous qui ne convient pas et avoir une date trop éloignée dans le temps par rapport à l'urgence d'un problème dentaire. Le manque de temps apparaît ensuite, mentionné par 12 % des répondants concernés, et fort naturellement plutôt pour ceux en activité (tout particulièrement les professions intermédiaires, les employés et les ouvriers). Ne pas être convaincu par la nécessité des soins n'est cité que par 7 % des personnes, notamment les demandeurs d'emploi.

De nombreux déficits perçus de de professionnels de santé

Lorsqu'on les questionne, à partir d'une liste de professions, sur leur perception du nombre de professionnels de santé présents dans le territoire, ophtalmologues et dentistes sont perçus par environ 50 % des personnes enquêtées comme ceux qui manquent le plus sur le territoire, ainsi que les gynécologues pour les femmes. Pour 40 % de la population, ceux sont les médecins généralistes et les dermatologues qui manquent ensuite le plus.

Les personnes interrogées, hommes comme femmes, citent aussi d'autres déficits de professionnels : orthophonistes phlébologues, psychologues, masseurs-kinésithérapeutes et enfin rhumatologues.

Près des 90 % des personnes consultent leur médecin généraliste dans leur commune de domicile ou dans une commune limitrophe, plus 50 % pour les chirurgiens-dentistes et près de 50 % pour les ophtalmologues. Pour les consultations de dermatologie, 40 % des personnes se rendent à Rouen.

Les communes hors du territoires les plus citées pour des rendez-vous avec un médecin généraliste sont Maronne et Mont-Saint-Aignan qui sont les plus citées pour les médecins généralistes, mais une douzaine d'autres communes sont également mentionnées. Pour les chirurgiens-dentistes, c'est Bois-Guillaume qui est la commune la plus citée mais Yainville, Val-de-Saâne, Saint-Pierre-de-Varengeville sont également indiquées par plusieurs répondants et dix-huit

autres communes sont listées. Pour les ophtalmologues, une liste de dix communes différentes en dehors du territoire est citée.

Des problèmes de santé identifiés

Les cancers et les maladies cardio-vasculaires, deux premières causes de mortalité, sont bien identifiés comme telles. Viennent ensuite le diabète et l'obésité, la santé mentale, davantage mentionnés par les femmes, le manque d'activité physique et la mauvaise alimentation, formulés par les hommes. Pour les conduites addictives, l'alcool devance, le tabac et les drogues.

Parmi les autres problèmes de santé exprimés, près d'un tiers des personnes soulignent, l'accessibilité à des professionnels de santé, particulièrement affirmé par les femmes.

Des actions de prévention

Pour régler les problèmes de santé les femmes souhaitent davantage que les hommes le renforcement des actions de prévention, alors que les hommes voient plus le développement d'activités sportives. D'autres propositions sont formulées de manière marginale comme la pollution, l'alimentation ou la situation sociale.

Développer la médecine libérale et le centre hospitalier de l'Austreberthe

Enfin, quelques priorités sont suggérées pour améliorer la santé de la population du territoire.

Les deux tiers des personnes ayant répondu au questionnaire mettent en exergue la création dans le territoire de maisons de santé ou de centres de santé. Les femmes souhaitent aussi que des aides à l'installation de professionnels de santé soient développées tandis que pour la moitié d'entre eux, les hommes voudraient que l'hôpital de Barentin offre plus de services, comme *l'installation d'un équipement lourd (scanner ou IRM) et plus de spécialistes dans tous les domaines.*

Un intérêt certain pour le plan santé

Interrogées sur l'intérêt du plan santé sur le territoire, les deux tiers des personnes de l'échantillon souhaitent être tenues informées des suites données à la démarche tandis que 20 % voudraient participer à l'un des ateliers de co-production de ce plan. Pour 20 % des personnes, cette démarche ne les intéresse pas davantage.

2

Les principes directeurs d'un plan santé

L'amélioration de l'état de santé des populations repose sur trois piliers : un effort de structuration et de planification, le renforcement des compétences, la modification des environnements. Tout plan santé se construit sur ses trois piliers. Dans le cas contraire, il y a peu de chance pour que les actions menées aboutissent aux modifications jugées nécessaires.

Pour autant, il n'est pas simple de faire reposer un plan santé sur ces bases. D'une part, parce que les décisions à prendre sont multiples et doivent l'être par des institutions différentes qui n'ont pas le même agenda, les mêmes priorités et la même puissance de financement. D'autre part, parce qu'un plan santé demande la mobilisation d'acteurs aux statuts et aux activités divers et variés, à l'implantation qui peut être partielle sur le territoire, et qui peuvent être soumis à une forme de concurrence.

L'ensemble des paramètres doit donc être pris en compte dès l'élaboration d'un plan santé.

D'autres paramètres doivent aussi être intégrés, comme ceux portant sur les référentiels d'actions validés et mis à jour ou les bases théoriques de planification et d'actions. Méthode et outils sont des préalables indispensables.

Ces paramètres forment les principes directeurs d'un plan ou programme santé, qui s'inscrivent dans un plan opérationnel d'actions concrètes. Ils sont ici regroupés en trois parties : assurer la cohésion territoriale, déployer des stratégies probantes, renforcer les compétences et modifier les environnements.

Assurer la cohésion territoriale

Responsabilité populationnelle

Au début des années deux mille, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a créé le concept de responsabilité populationnelle. Il a été repris en France par la Fédération hospitalière française (FHF) et développé de manière expérimentale suer cinq sites dits pionniers, mais aucun en Normandie.

La responsabilité populationnelle engage les parties prenantes d'un territoire à se porter collectivement responsables de la santé et du bien-être des populations. Elle requiert une collaboration entre les organisations publiques, les professionnels et les acteurs associatifs des divers secteurs, les établissements privés de santé et les partenaires socio-économiques agissant sur le territoire local et régional.

Elle repose sur l'intervention en amont de l'apparition des problèmes de santé et le renforcement de l'action sur les déterminants de la santé, de manière à améliorer la santé et le bien-être de la population locale et à réduire la pression sur les services de santé.

La responsabilité populationnelle oblige ceux ce qui en font une posture d'action à maintenir et à améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné en rendant accessible un ensemble de services de santé pertinents, coordonnés répondant de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population.

Construire un éco-système de santé à l'échelle du territoire

De la responsabilité populationnelle et de la cohésion territoriale découle l'idée qu'un territoire peut être apprécié comme un espace où doit se construire cet éco-système de santé.

Cet éco-système de santé doit s'appuyer sur des ressources locales et pérennes, d'une part, et s'intégrer dans le paysage politico-administratif du territoire, d'autre part. Il se définit par la mobilisation de leaders d'opinion, la mise en réseau et la coordination des professionnels et des acteurs clés agissant sur le territoire. Il favorise aussi pleinement la participation de la population afin que la mobilisation autour de la santé et des actions de santé soit la plus efficace possible.

Ce système existe pour autant qu'il soit piloté et porté par un leadership identifié, légitime et en capacité d'agir.

Assurer la gouvernance du plan santé

L'élaboration d'un plan d'actions concrètes suppose à la fois la réalisation d'actions sur le terrain mais aussi la structuration de la gouvernance en charge de son pilotage.

La gouvernance gère les liens relationnels et partenariaux qui permettent la prise de décision afin que concrètement les objectifs et les actions du programme santé soient élaborés, suivis et évalués.

La construction de cet éco-système de santé n'est pas une fin en soi mais bien

l'un des moyens aptes à relever les enjeux posés par la santé des populations et son amélioration.

Afin d'assurer un pilotage du plan en temps réel, un coordinateur identifié (animateur, pilote) est nommé.

La gouvernance s'entend aussi par l'éventuelle association de partenaires extérieurs au plan, qui peuvent siéger au sein de l'instance de gouvernance.

La signature d'un texte, telle une charte de coopération, par l'ensemble des parties prenantes du plan, renforce leur adhésion au projet et lui donne une notoriété accrue. La signature d'autres partenaires accroît la mobilisation des acteurs.

Acter le principe de subsidiarité

Un plan santé n'a pas vocation à se substituer aux dispositifs et politiques mis en œuvre au sein d'un territoire par d'autres entités, ni même de les englober dans un programme plus vaste.

L'élaboration d'un texte de la portée d'une charte de coopération ouvre la perspective d'agir en complémentarité des dispositifs et actions déjà mis en œuvre dans les territoires. Il consacre les principes de subsidiarité et par conséquent de coopération, mutualisation, coordination, voire d'innovation et de facilitation par la mise en commun des ressources. *Penser et agir local dans une perspective globale* pourrait ainsi être le maître-mot d'un plan santé.

Construire un système d'information et de communication

Un système d'information fournissant les indicateurs nécessaires au pilotage et au suivi des actions de terrain et permettant l'évaluation d'atteinte des objectifs est constitué dès l'élaboration d'un plan santé.

La communication interne donne un sens collectif aux actions menées par divers opérateurs et facilite leur appropriation et leur déroulement.

La communication externe rend visible auprès de la population le plan, ses différentes réalisations et tend à augmenter la mobilisation autour des actions de santé.

Renforcer le partenariat entre les acteurs

Le partenariat est une clé essentielle dans un éco-système de santé, dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan santé. Il ne s'improvise cependant pas, ni ne se décrète. S'il n'est à construire, du moins est-il à fortifier par la création de conditions de participation et d'adaptation au contexte.

L'inventaire des opérateurs est à réaliser de la façon la plus méthodique et la plus régulière possible. La connaissance mutuelle s'inscrit aussi dans l'action.

Le partenariat devient une construction réfléchie, planifiée qui s'inscrit dans le développement d'un projet écrit et qui poursuit des objectifs concrets et évaluables. Il est un contrat, à la fois moral, reposant sur des valeurs communes, mais aussi écrit, dans le cadre d'un projet de territoire. Il oblige les partenaires par ses termes mêmes.

Donner un mandat territorial aux acteurs

Le travail de promotion de la santé à l'échelle d'un territoire nécessite la disponibilité des acteurs sur l'ensemble de ce territoire afin que le service rendu à la population soit effectif et égalitaire. Dans un territoire interdépartemental, la « frontière » départementale peut être une entrave à la mobilité et à la disponibilité des acteurs sur l'ensemble du territoire. Sans pour autant intervenir les uns à la place des autres, la disponibilité des acteurs s'opère dans un cadre établi pour intervenir au-delà de leur territoire habituel.

Cette disponibilité peut s'organiser en fonction des thèmes ou des domaines d'intervention et des opportunités.

Déployer des stratégies probantes

Les déterminants sociaux de la santé

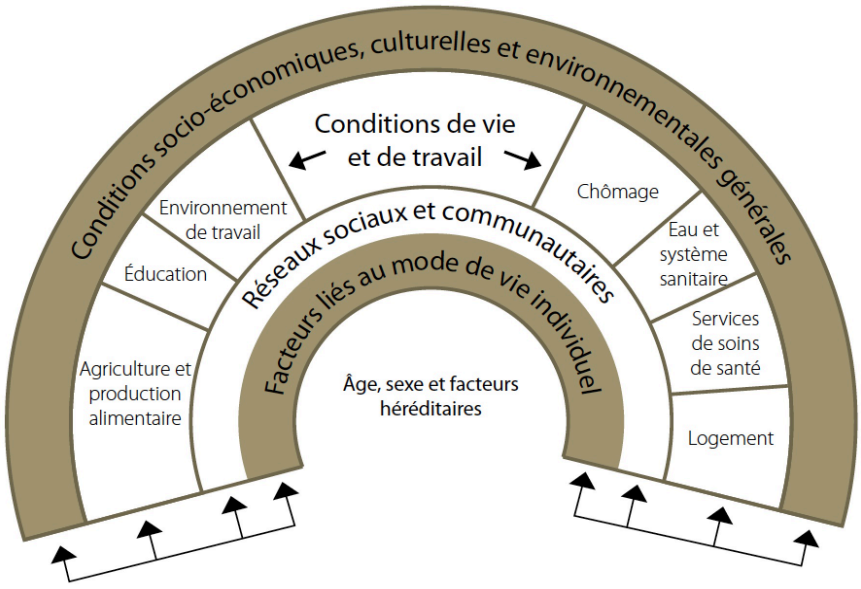
La santé reste encore le plus souvent réduite à sa seule dimension curative. Cette approche bio-médicale de la santé repose essentiellement sur la responsabilité individuelle de tout un chacun devant l'exposition à des facteurs de risque comme la consommation de tabac ou la sédentarité…

Depuis sa création, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) n'a eu de cesse de revendiquer la place de la prévention comme paramètre majeur de la santé des populations. Elle met ainsi en exergue la responsabilité sociétale face aux problèmes de santé qui touchent une population, bien plus prégnante que la responsabilité individuelle.

L'amélioration de l'état de santé de la population résulte, non pas seulement de la couverture territoriale de système de soins et de l'amélioration des traitements de la maladie, mais aussi des actions de prévention et de promotion de la santé.

Ainsi, la commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (2008) a montré que le système de soins ne contribue que pour une quinzaine de pourcents à la santé de la population.

Schéma des déterminants sociaux de la santé (Dahlgren, Whitehead)



Dès lors, les stratégies les plus efficaces résultent d'une combinaison d'interventions visant à la fois les déterminants individuels et structurels de la santé. Ces déterminants comprennent les comportements de santé des individus et leur utilisation du système de soins et de prévention. Mais ils comprennent aussi d'autres déterminants qui échappent au contrôle des individus comme les conditions sociales, économiques, environnementales ainsi que les services rendus par le système de soins.

Approche intersectorielle de la santé

L'OMS milite encore pour une approche résolument intersectorielle de la santé et pour que la santé des populations soit prise en compte dans toutes les politiques publiques.

L'intersectorialité est un des moyens de faire d'un programme santé un facteur de changement et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Elle permet la mise en réseau des acteurs pour accroître l'efficacité du service rendu à la population.

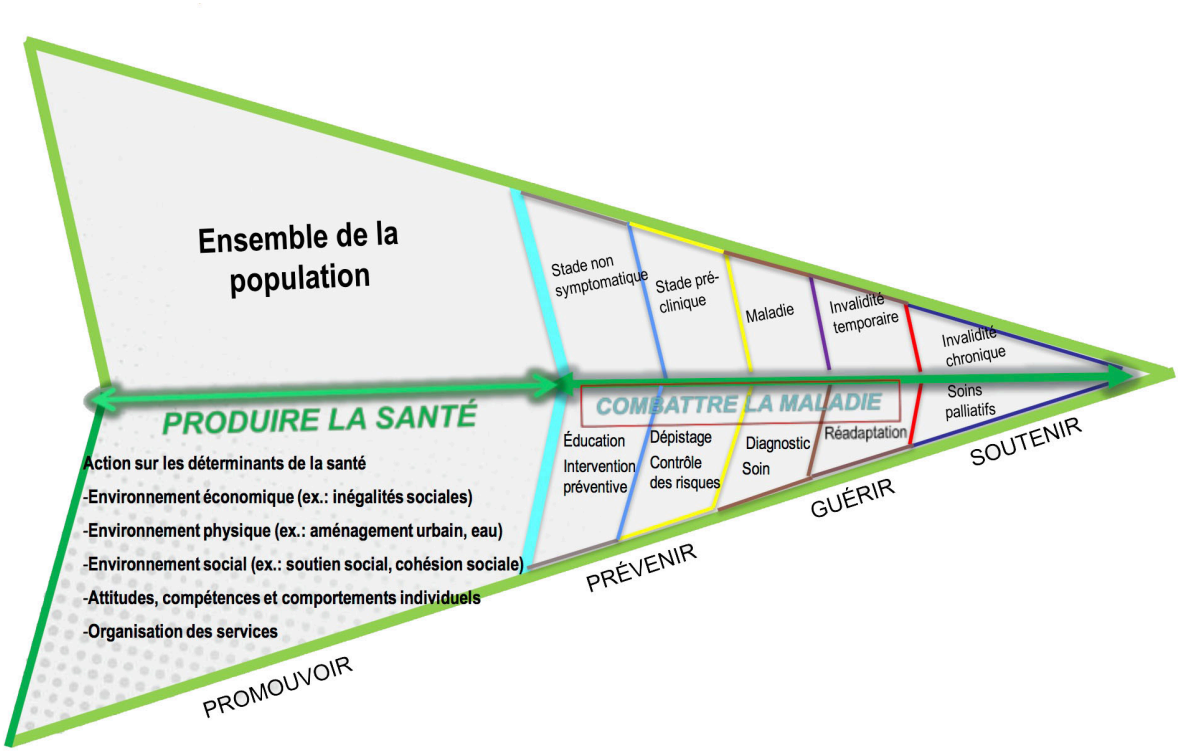
De nombreuses réponses aux problématiques du territoire se trouvent dans les compétences ou connaissances d'acteurs d'autres champs d'activité. La coopération avec les champs connexes à la santé (social, cohésion sociale, éducation, culture…) ou plus éloignés (économique, droit, culture, loisirs…) reste à construire dans les pratiques.

Approche globale et par milieu de vie

Les stratégies les plus probantes en matière de santé sont l'adoption d'approches globales de la santé qui impliquent l'ensemble d'une collectivité, que ce soit sur un territoire (« *Whole of community* ») ou dans les milieux de vie : travail, école (« *Whole of school* »)…

Ces stratégies demandent l'intégration des actions de prévention et des services de santé, construisant ainsi un continuum. Enfin, la diffusion de messages de santé publique ne se conçoit que si les messages sont validés et compréhensibles par l'ensemble de la population (littératie en santé) et non par quelques sous-populations.

Continuum de la santé : de la promotion de la santé au soutien des personnes



Participation active des acteurs et de la population

D'autres stratégies probantes s'enracinent dans la démarche participative, avec les acteurs de terrain, d'une part, avec la population, d'autre part.

Cette démarche ne s'improvise pas. Elle repose sur un « capital militant » à mobiliser, sur des espaces d'échange à ouvrir, sur une volonté politique réelle des institutions. Elle suppose aussi une relation équilibrée entre l'ensemble des parties prenantes : experts, professionnels, bénévoles, habitants, élus...

Dans son acception la plus stricte, la participation de la population implique, à partir des besoins, attentes et demandes qu'elle exprime, qu'elle soit associée à l'élaboration des politiques publiques et des interventions. Cette dynamique participative met les bénéficiaires en situation d'être acteurs de leur santé et d'agir sur les déterminants de santé, avec l'aide et des professionnels et décideurs.

Parallèlement, la participation s'envisage aussi comme la co-construction des politiques publiques. Elle peut prendre alors la forme d'une commission santé, d'un jury citoyen, d'un conseil de développement...

Renforcer les compétences, modifier les environnements

Les programmes santé et les actions visent principalement l'apport de connaissances ou le renforcement de compétences de la population. De fait, ils se réfèrent à la seule dimension de la responsabilité individuelle.

La formation des professionnels et des bénévoles

En premier lieu, la population générale n'est pas la seule à devoir être concernée. Bien au contraire, la mise en compétence doit d'abord s'adresser aux partenaires opérationnels du programme santé, ceux qui en assurent l'élaboration, le pilotage comme à ceux qui mettent en œuvre les actions sur le terrain, qu'ils soient professionnels ou bénévoles. D'autant plus lorsqu'on se situe dans une démarche intersectorielle.

Toute mise en œuvre d'un programme santé nécessite une formation des partenaires aux outils de management et d'évaluation de projet. La méthodologie de projets permet de construire, suivre ou évaluer des projets à partir de référentiels ou de procédures reconnus en santé publique. Son utilisation fonde les actions à partir d'une démarche raisonnée et professionnelle et favorise la réflexion en amont d'une action tout comme sa mise en œuvre et son évaluation. Elle permet d'assurer une qualité de la démarche bien que la réussite elle-même du projet n'en soit pas pour autant garantie.

Des temps de formation et d'échange de pratiques harmonisent et enrichissent les savoir-faire et participent à l'élaboration de valeurs, de langage et de définitions partagées concourant à l'émergence d'une véritable culture commune à l'échelle du territoire.

L'offre documentaire

L'accès à l'information est de première importance. Disposer, au sein d'un territoire, d'informations validées relatives aux bonnes pratiques, aux données probantes ou encore aux réalisations en cours offre l'opportunité d'engager des actions plus innovantes.

À l'heure de la dématérialisation, un portail Internet à l'échelle d'un programme de territoire à destination des partenaires facilite le partage d'informations et le téléchargement d'outils utiles aux actions. Cette circulation des outils participe de la culture commune des acteurs de terrain.

Information et formation des populations

Diffuser à la population des messages de prévention validés, quels qu'en soient les canaux, est une activité importante et nécessaire. Toutefois, utilisée seule, cette stratégie est peu probante. Être informé ne fait que très marginalement opter pour des comportements positifs pour la santé.

En plus d'une information reçue passivement par les individus, la participation active à des actions, la formation des personnes, l'acquisition de connaissances concrètes ou de nouvelles aptitudes person-

nelles et sociales ancrent la modification des comportements : pratiquer une activité physique, se détendre, s'alimenter de manière appropriée, ou encore avoir la capacité de nouer des contacts. Ces formations concernent des thèmes de santé, comme l'hygiène, l'alimentation, l'activité physique, les cancers et le recours aux dépistages, les addictions, les compétences psychosociales… Elles concernent aussi la formation à des stratégies ou méthodes à mettre en place pour que les actions aient la meilleure efficacité, comme l'éducation par les pairs, l'organisation de groupes de parole, interventions dans les milieux de vie…

L'évaluation de ce savoir de manière positive facilite une mise en application jugée bénéfique et utile par les personnes elles-mêmes.

Au-delà d'un apport de connaissance sur des thématiques précises, le renforcement de la confiance en soi par rapport à des sujets ou des actions est déterminant pour améliorer sa santé. C'est ce que l'on appelle les compétences psychosociales : avoir le sentiment d'être suffisamment informé ou formé favorise l'action personnelle et la capacité d'agir pour soi-même.

Former des relais dans la population

Conjointement à l'action des professionnels et bénévoles, la recherche et la formation de personnes qui assurent le relais des actions au sein de la population est une stratégie qui a été appliquée avec succès dans de nombreux domaines.

Elle permet à des habitants, formés aux techniques d'animation et sur des thématiques précises, de diffuser une information validée auprès des autres habitants avec un objectif d'éducation par les pairs.

Ces personnes prennent le nom d'habitants-relais, de personnes-relais, de médiateurs santé et agissent le plus souvent en prévention. Dans l'offre de soins, ce sont des « *patient navigators* » qui facilitent le recours au système de santé pour les personnes qui en sont les plus éloignées.

Ce soutien social est orchestré par la collectivité. Il permet d'assurer une certaine égalité des chances en matière de santé en rendant le recours aux ressources favorables à la santé le plus égalitaire possible, au sens des déterminants sociaux : obtention d'un travail, d'une formation, d'un revenu, d'un statut, d'une reconnaissance, etc.

Modifier les environnements

La modification de l'environnement, tant physique que social, rend opérationnelles les pratiques acquises.

Un programme de santé agit sur l'environnement par la réduction des influences physiques et chimiques nocives – les pollutions – le maintien et l'amélioration des ressources naturelles - eau, air, forêt, espaces de détente.

Il crée et promeut des environnements et des installations favorables à la santé (espaces verts, salles de sport ou plaines de jeux, pistes cyclables, chemins de randonnées). Ces environnements et installations se trouvent tant dans l'espace public que dans les milieux de vie tels les établissements scolaires, entreprises, administrations…

L’environnement social doit de la même manière développer une vision positive de la santé et améliorer le climat social général. Les actions à mettre en place concernent les domaines suivants : travail, formation, école, famille, habitat, loisirs, mobilité. Elles se déroulent au niveau d’un quartier, d’une commune, d’une entreprise…

3

Plan opérationnel

10 propositions pour passer à l'action

Les axes d'un plan santé

L'offre de soins, les cancers, les maladies cardio-vasculaires, la nutrition, les addictions ou encore la santé mentale sont les six thèmes qui peuvent être retenus dans le cadre du plan santé de la communauté de communes Caux Austreberthe.

Préoccupation forte des élus et des acteurs de santé, la structuration de l'offre de soins nécessite une vision globale du territoire et une coopération entre les acteurs.

Principales causes de mortalité repérées au sein de la communauté de communes, cancers et maladies cardio-vasculaires ont les mêmes facteurs de risque : sédentarité, alimentation, consommation d'alcool et de tabac. C'est sur ces facteurs de risque que l'action doit porter.

La santé mentale est une problématique réelle relevée sur le territoire tant par les professionnels que par la population. Des actions spécifiques doivent venir renforcer les CMPP, notamment en prévention et pour pallier le manque d'un conseil local de santé mentale.

Le plan opérationnel pourrait s'articuler autour de trois axes prioritaires. Il reprend les données des diagnostics effectués, éclairées par les principes directeurs.

Les trois axes prioritaires qui peuvent se dégager sont :

- créer une gouvernance permettent une synergie et une mobilisation territoriale, visant à structurer le plan opérationnel par la mobilisation des partenaires et la communication sur le plan lui-même ;
- soutenir l'offre de soins sur le territoire, par une réflexion raisonnée à l'échelle de l'EPCI sur la démographie des professions de santé, l'exercice coordonné ainsi que sur le rôle du centre hospitalier de l'Austreberthe, incluant la santé mentale ;
- renforcer et améliorer l'offre de prévention agissant sur les facteurs de risque à l'œuvre pour les deux principales causes de mortalité relevées dans le territoire – cancers et maladies cardio-vasculaires.

Les trois axes proposés se déclinent en 10 objectifs stratégiques à atteindre. Les trois premiers ressortent de la gouvernance du plan santé, les sept autres sont thématiques.

Vers un contrat local de santé ?

Cet ensemble d'objectifs et d'actions à mettre en œuvre peut se concrétiser par la signature d'un contrat local de santé entre la communauté de communes, l'ARS et les autres parties prenantes comme la région, le département, l'Assurance maladie, la Caf…

Dans ce sens, il conviendra avec la participation de groupes de travail d'amender cette version du plan santé et, dans la mesure où le projet de contrat local de santé serait validé par les parties, d'écrire les fiches actions permettant de le concrétiser.

Axe prioritaire 1
Créer une synergie et une mobilisation territoriale

1 Mettre en œuvre une gouvernance territoriale partagée du plan santé

Un plan d'actions concrètes ne saurait se satisfaire d'une liste d'actions à réaliser. Un minimum de structuration est nécessaire en amont, notamment par la création d'une instance de gouvernance. Cette instance de type comité de pilotage assure le suivi stratégique du plan d'actions. Un texte de coopération (charte) permet de fédérer et d'organiser le partenariat.

Un comité technique animé par un pilote dûment identifié permet la mise en œuvre et l'évaluation du du plan santé.

Un système d'information et de communication est construit lors de l'élaboration du plan. Le système d'information permet d'assurer le pilotage et l'évaluation du plan à partir de données recueillies sur le terrain. Le système de communication élabore des messages à destination des partenaires et opérateurs (communication interne) et de la population en générale (communication externe).

Une instance citoyenne est créée comme facteur de mobilisation de la population et dans l'optique d'une co-construction du plan de santé et des actions concrètes à mettre en œuvre sur le territoire.

Actions à engager

- A1. Installer au sein de l'EPCI une instance de gouvernance avec un pilotage clairement identifié.
- A2. Élaborer et signer une charte de coopération entre tous les acteurs partie prenante
- A3. Rédiger le plan opérationnel, le décliner annuellement en objectifs et résultats attendus. Le plan a une durée déterminée et est révisable.
- A4. Construire un système d'information pour piloter et évaluer le plan.
- A5. Organiser un système de communication interne et externe.
- A6. Installer une instance citoyenne afin de participer à l'élaboration et au suivi du plan santé.

2 Mobiliser les acteurs partie prenante de l'amélioration de la santé des populations

S'il est porté par la CC Caux Austreberthe, le programme santé s'ouvre à différents acteurs institutionnels, professionnels et associatifs, gage d'un réel atout pour le territoire.

Les acteurs du champ de la santé et du social partie prenante sont ceux du territoire, publics et privés de santé, professionnels de santé. Ce sont aussi les acteurs institutionnels et associatifs : agence régionale de santé, conseil régional, conseil départemental, Éducation nationale, Assurance maladie…

Par une démarche intersectorielle volontariste, décloisonnée, l'action des acteurs des autres champs d'activité (chambres consulaires, acteurs culturels, de l'éducation populaire, de la politique de la ville, de l'aménagement du territoire, de la justice…) est valorisée et ces acteurs sont incités à s'associer au plan santé par la signature de la charte de coopération et la mise en œuvre d'actions.

Une plateforme de coopération et d'échange de pratiques est organisée entre tous acteurs le partage des compétences et de bonnes pratiques acquises, incluant l'animation du projet alimentaire territorial.

Cette plateforme peut agir en remplacement du réseau local de promotion de la santé disparu.

Actions à engager

- B1. Contacter les acteurs institutionnels (ARS, département, région, Assurance maladie, services de l'État, centre hospitalier, URPS…)
- B2. Faire signer la charte de coopération associant les partenaires.
- B3. Installer une plateforme de coopération et d'échange de pratiques pour organiser un partage de compétences et de bonnes pratiques acquises par les auteurs de terrain.

Actions à soutenir

- Contrats locaux de santé (B3).
- Ateliers santé ville(B3).
- Projets alimentaires territoriaux (B3).
- Extension de l'Espace ressources cancer (B3).

ıxe prioritaire 1
ːréer une synergie et une mobilisation territoriale

3 Communiquer sur le plan santé

La communication sur le plan santé et les actions en cours portées par la CC et les communes les rend plus visibles et lisibles, tant pour les acteurs concernés que pour la population.

Disposer de moyens de communication interne et externe permet d'élaborer et de diffuser toute information relative au plan santé et aux actions menées. Cette communication peut utiliser divers moyens et canaux sans qu'il y ait nécessité de construire un dispositif lourd *ad hoc*.

Les moyens propres de la CC, tel que son site internet, le relais fait par les communes et les différents acteurs impliqués peuvent suffire.

Il faut toutefois veiller à l'homogénéité des messages selon les canaux de diffusion et les destinataires.

Actions à engager

• C1. Informer largement que la santé est une priorité de la CC dans une perspective d'approche globale de la santé.

• C2. C3. Élaborer des supports pour les communications interne et externe pour rendre compte régulièrement de l'avancement du plan santé et des actions menés par la CC et les communes.

• C4. Créer un site ou une page interne pour valoriser le plan santé et ses actions.

• C5. Rédiger des communiqués de presse à destination des médias locaux et régionaux sur le plan santé et les actions menées.

• C6. Organiser des points presse ou communiqués presse aux moments clés du programme santé.

ıxe prioritaire 2
outenir l'offre de soins

4

Réfléchir avec le centre hospitalier de l'Austreberthe et les professionnels de santé libéraux à des modalités de coopération pour favoriser et Optimiser les parcours de soins des patients.

Peu de relations sont tissées actuellement entre le centre hospitalier de l'Austreberthe et les médecins généralistes libéraux. Les uns comme les autres souhaitent cependant travailler ensemble, avec comme objectif une plus grande ouverture de l'hôpital sur le territoire.

La gestion et la planification hospitalière comme de la médecine de ville ne sont pas du ressort de la communauté de communes, mais celle-ci peut cependant engager et soutenir l'initiative d'une coopération future dans le respect de leurs missions et compétences respectives et dans une logique d'un recours aux soins de proximité pour la population.

La construction d'une telle synergie avec des axes de coopération et de complémentarité rend plus efficiente la démarche de santé.

Des pistes d'action ressortent des diagnostics : service de petite urgence partagé entre l'hôpital et la médecine de ville, hôpital porte d'entrée vers les services hospitaliers du GHT Rouen Cœur de Seine…

Actions à engager

• D1. Créer et animer une table de concertation avec le centre hospitalier et les médecins libéraux.

• D2. Étudier la faisabilité d'un service de petite urgence coordonné par le centre hospitalier et les médecins libéraux.

D3. Étudier la faisabilité pour le centre hospitalier d'être une interface entre la médecine de ville du territoire et les services hospitaliers du GHT Rouen Cœur de Seine.

D4. Inscrire à l'agenda des axes de réflexion et de travail entre le centre hospitalier et les médecins libéraux.

Actions à soutenir

• Inciter les associations de patients à s'impliquer dans les discussions.

ıxe prioritaire 2
outenir l'offre de soins

5 Soutenir l'offre de soins libérale en valorisant l'exercice coordonné

Les dispositifs d'exercice coordonné comme les MSP-pôle de santé libéral et ambulatoire locale ou les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) concourent à l'amélioration de l'accès aux soins, à la qualité et pertinence des soins, à l'organisation d'un parcours pluri-professionnel autour du patient et au développement d'actions de prévention.

L'expérience montre que la mise à disposition de locaux ou l'attribution de ressources à l'installation de professionnels ne suffisent généralement pas à l'émergence d'un dispositif d'exercice coordonné. À l'inverse, si un projet porté par les professionnels n'est pas soutenu par la collectivité, ses chances d'aboutir sont moindres.

Le plan santé vient en appui au pôle de santé libéral et ambulatoire en cours de création dans le territoire de la CC.

L'engagement de la communauté de communes permet aussi de faire en sorte que l'ensemble de son territoire soit couvert par une CPTS afin que tous les patients, dont les professionnels de santé ne seraient pas le PSLA, puissent bénéficier des avantages de l'exercice coordonné.

Actions à engager

• F1. Accompagner la création de la MSP-PSLA.

• F2. Inciter les professionnels de santé à organiser une communauté professionnelle territoriale de santé.

• F3. Organiser avec les communes une réunion annuelle des MSP-PSLA et CPTS pour mesurer les attentes et besoins des professionnels.

Actions à soutenir

• L'élaboration par les professionnels du projet et du diagnostic préalable la mise en œuvre d'une MSP-PSLA et d'une CPTS (F1, F2)

ıxe prioritaire 2
outenir l'offre de soins

6 Co-construire une politique d'attractivité du territoire de façon à faciliter l'installation de médecins généralistes et de professionnels de santé

S'il n'y a pas aujourd'hui de désert médical dans le territoire de la CC, le vieillissement des professionnels de santé, particulièrement évident pour les médecins généralistes, et la rareté des chirurgiens-dentistes donnent à penser que la situation va se tendre dans les années à venir.

L'on sait aujourd'hui que la population des médecins se féminise et qu'elle est en attente d'un certain nombre de services de proximité, liés notamment aux dispositifs de garde d'enfants et aux activités culturelles et de loisirs.

La mise en œuvre de politiques publiques agissant sur l'attractivité des territoires encourage l'installation de jeunes médecins et professionnels de santé, valorisée à travers des campagnes de communication montrant l'attrait du territoire à destination des étudiants des filières de santé.

L'incitation pour les professionnels de santé d'être maîtres de stage permet aussi de fidéliser les futurs professionnels et faciliterait leur installation dans les territoires de la CC.

Actions à engager

• G1. Créer et diffuser avec les partenaires du plan santé, les outils de communication à destination des futurs professionnels de santé sur l'attractivité et l'attrait du territoire.

• G2. Organiser des réunions à l'attention des internes de médecine.

• G3. Participer à des salons étudiants et professionnels pour présenter les atouts du territoire.

Actions à soutenir

• Soutenir les institutions et acteurs du territoire participant à des salons professionnels (documents de communication) (G3).

• En lien avec l'ARS, les facultés de médecine de Lille et d'Amiens et les instituts et écoles de santé, soutenir les professionnels de santé souhaitant devenir maîtres de stage (G2).

xe prioritaire 3
enforcer et améliorer l'offre de prévention

7 Développer les ressources en prévention pour les acteurs de terrain et la population dans le territoire

Le développement continu et dans la durée des ressources en prévention et leur accessibilité enrichissent les plans et actions de santé.

La disparition du Réseau local de promotion de la santé Caux Austreberthe et du poste du coordinateur de prévention et promotion de la santé, financé par l'ARS et la région, ont distendu les liens entre les acteurs, publics et privés.
Territoire non prioritaire, la CC ne peut obtenir la création d'un nouveau poste de coordinateur. Mais le conseiller méthodologique en Seine-Maritime en prévention et promotion santé (Normandie Promotion santé) pour accompagner les projets doit être mobiliser. La création d'un poste d'animation local en prévention et promotion santé peut aussi être étudiée afin de recréer et maintenir le lien entre les acteurs de santé, mais aussi de l'éducation populaire, du social ou de la politique de la Ville. Cela permettrait ainsi *a minima* de coordonner et faire perdurer les actions.
La création d'un atelier santé ville (ASV) dans le quartier prioritaire de la politique de la ville de Lalizel à Barentin permettrait de créer l'embryon de cette mobilisation territoriale et viendrait renforcer l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé.
Ce travail de réseau est à accomplir en s'appuyant sur les acteurs de santé, du social… ainsi que sur des habitants-relais. Le conseil citoyen de Lalizel peut être mobilisé à cet effet. Tous doivent être formés et doivent bénéficier de ressources documentaires afin de renforcer leurs compétences et pour diffuser largement des messages de prévention
Le recensement et la connaissance des acteurs sont à la base des partenariats.

Actions à engager

- H1. Identifier les acteurs de terrain mobilisés.
- H2. Engager les acteurs à se former *via* les dispositifs de formation existant, notamment ceux de Normandie Promotion santé (Ireps).
- H3. Organiser des réunions de concertation avec le conseille en méthodologie prévention et promotion de santé (Normandie Promotion santé).
- H4. Identifier, former et coordonner les personnes-relais.
- H5. Étudier la faisabilité de créer un Atelier santé ville pour le quartier de Lalizel.
- H6. Identifier les différents canaux de diffusion des messages de prévention.
- H7. Sélectionner les messages de prévention santé et assurer leur diffusion par différents canaux.
- H8. Faciliter l'organisation d'une offre documentaire en prévention et santé publique.

Axe prioritaire 3
Renforcer et améliorer l'offre de prévention

8 Créer et soutenir des actions favorisant la pratique de l'activité physique et promouvant une alimentation saine

Une stratégie efficace en matière d'activité physique et d'alimentation combine des interventions agissant sur les personnes, les organisations, les environnements. Elle est mise en œuvre dans les milieux de vie : école, entreprise, hôpital.

Elle est particulièrement efficace quand elle est relayée par une communication lisible et encourageant l'utilisation de moyens de proximité pour l'activité physique (les escaliers) ou l'alimentation (circuits courts).
La plateforme de coopération et d'échange de pratiques (axe prioritaire 2) permet le partage d'actions déjà menées dans le territoire ou d'autres territoires et leur éventuelle réplication à l'ensemble des communes de la CC.
Une coordination doit être effective avec l'implantation du projet alimentaire territorial, qui doit être conçu comme une action du plan santé.
Les modifications apportées à l'environnement aident à mieux ancrer les comportements favorables à la santé. Un schéma promouvant les mobilités douces donne un sens politique majeur, et pour la santé, et pour l'aménagement du territoire.
L'augmentation de la pratique sportive est possible par l'élargissement des plages d'ouverture des équipements sportifs existant et par l'implantation de nouveaux produits. Par exemple, les maisons sport santé permettent à des personnes ne faisant plus de sport ou à des patients la reprise d'une activité physique dans un contexte sécurisé et adapté.
Enfin, la pratique d'une activité physique et l'accès à une alimentation de qualité sont fortement corrélés aux revenus. Des aides financières accordées aux populations défavorisées ont démontré leur efficacité.

Actions à engager

- I1. Élaborer un schéma des mobilités douces.
- I2. Faire la promotion de dispositifs validés agissant dans les milieux de vie pour augmenter l'activité physique et le recours à une alimentation de qualité (*Projet alimentaire territorial*, *Maison sport santé*, *École promotrice de santé*, *Icaps*, *Entreprise en santé*, *Hôpital promoteur de santé*…)
- I3. Inciter *via* la plateforme de coopération et d'échange le déploiement de dispositifs et actions validés.
- I4. Communiquer largement auprès de la population sur les bienfaits de l'activité physique et d'une alimentation de qualité.

Actions à soutenir

- Le projet alimentaire territorial (I2).
- Les organismes mettant en œuvre des dispositifs ou actions validés (I2).
- Les structures répondant aux appels à projets sur la création de dispositifs (I2).

Axe prioritaire 3
Renforcer et améliorer l'offre de prévention

9 Créer et soutenir des actions visant à réduire les risques liés aux consommations de tabac et d'alcool

Les stratégies probantes sont clairement identifiées pour réduire les risques liés aux consommations d'alcool et de tabac.
L'information des publics sur les conséquences du tabagisme augmente le niveau d'information et promeut les services d'aide à l'arrêt du tabac. Elle est menée conjointement aux autres stratégies, et non de manière isolée, et doit perdurer dans le temps.
La désignation et mobilisation des corps de contrôle pour le respect des législations en vigueur est une condition importante pour maintenir l'interdiction de fumer ou de boire de l'alcool dans les lieux publics et de vente aux mineurs.
Les programmes et interventions scolaires sont efficaces uniquement dans un programme de prévention global et s'ils sont combinés à des campagnes médiatiques. Ils impliquent nécessairement les parents et la communauté éducative.
Les programmes d'aide à l'arrêt pour les jeunes sont efficaces en milieu scolaire avec entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et conseil individuel.
Les thérapies cognitivo-comportementales et médicamenteuses sont à destination des gros buveurs pour traiter les troubles et réduire la consommation excessive d'alcool.
Les programmes de repérage précoce et d'intervention brève (RPIB), uniquement mis en place par des professionnels de santé après formation, réduisent dans certaines conditions la consommation d'alcool, la morbidité et la mortalité liées à l'alcool.

Actions à engager

• J1. Inciter *via* la plateforme de coopération et d'échange le déploiement des dispositifs et actions validés.

• J2. Élaborer un plan média permanent sur les dispositifs d'aide pour réduire les consommations d'alcool et de tabac.

• J3. Inciter les actions en milieu scolaire ou en entreprises à répondre aux enjeux des stratégies probantes, incluant les programmes d'aide à l'arrêt.

Actions à soutenir

• Les organismes mettant en œuvre des dispositifs ou actions validés (J1. J2. J3).

• Les actions du Moi(s) sans tabac réalisées par Promotion santé Normandie (J1, J2)

Les interventions dites communautaires menées par des groupes de partenaires renforcent les autres stratégies. Le programme *Moi(s) sans tabac* s'inscrit dans cette stratégie.

Axe prioritaire 3
Renforcer et améliorer l'offre de prévention

9 Créer et soutenir des actions visant à renforcer le bien-être et la santé mentale des habitants

En préambule de sa Constitution, l'OMS définit la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social. Elle s'affranchit ainsi d'une vision de la santé centrée sur la maladie et le soin au profit d'une vision globale et positive.
Depuis, la notion de qualité de vie est venue renforcer celle du bien-être, ajoutant comme axe majeur l'action sur les milieux et environnements de vie, afin de rendre plus efficientes les actions de prévention et d'éducation pour la santé.
Il ne s'agit donc plus seulement de donner des compétences aux individus, mais de faire en sorte que ces compétences puissent s'exprimer grâce à des milieux de vie et environnements propices à la santé. La santé dans toutes les politiques que revendique l'OMS permet de rendre opératoire ce concept, ainsi que les dispositifs d'évaluation d'impact en santé (EIS) qui permet de mesurer les impacts positifs comme négatifs de toute initiative des pouvoirs publics.
Dans le même temps, la volonté de bâtir une société inclusive implique que l'état de bien-être soit réalisé pour toutes les personnes, quels que soient leurs difficultés et handicaps, physiques, mentaux comme sociaux.
Face au problème plus spécifique de santé mentale, la mise en application des actions du plan territorial de santé mentale Rouen-Elbeuf doit être organisée en lien avec les partenaires de terrain concernés et s'articulé avec le plan santé.

Actions à engager

- K1. Inciter les communes à réfléchir aux facteurs de bien-être pour les habitants.
- K2. Réfléchir avec les communes à transformer les environnements et milieux de vie pour les rendre favorables à la santé.
- K3. Évaluer l'impact sur la santé des politiques publiques de la CC et inciter les communes à en faire autant.
- K4. Organiser des réunions de concertation avec le coordinateurs du plan local de santé mentale.

Actions à soutenir

- La Charte ville handicap à Barentin.
- Les actions de prévention des CMPP et Csapa.
- Soutenir avec les partenaires les mesures du plan territorial de santé mentale Rouen-Elbeuf.

ANNEXES

Le programme opérationnel : tableau synthétique

Axe prioritaire 1 : Créer une synergie et une mobilisation territoriale	
Objectif spécifique 1	Mettre en œuvre une gouvernance territoriale partagée du plan santé
Objectif spécifique 2	Mobiliser les acteurs partie prenante de l'amélioration de la santé des populations
Objectif spécifique 3	Communiquer sur le plan santé

Axe prioritaire 2 : Soutenir l'offre de soins	
Objectif spécifique 4	Réfléchir avec le centre hospitalier de l'Austreberthe et les professionnels de santé libéraux à des modalités de coopération pour favoriser et optimiser les parcours des patients
Objectif spécifique 5	Soutenir l'offre de soins libérale en valorisant l'exercice coordonné
Objectif spécifique 6	Co-construire une politique d'attractivité du territoire de façon à faciliter l'installation de médecins généralistes et de professionnels de santé

Axe prioritaire 3 : Renforcer et améliorer l'offre de prévention	
Objectif spécifique 7	Développer les ressources en prévention pour les acteurs de terrain et la population dans le territoire
Objectif spécifique 8	Créer et soutenir des actions favorisant l'activité physique et promouvant une alimentation saine
Objectif spécifique 9	Créer et soutenir des actions visant à réduire les risques liés aux consommations de tabac et d'alcool
Objectif spécifique 10	Créer et soutenir des actions visant à améliorer le bien-être et la santé mentale des habitants

Axe prioritaire 1 : Créer une synergie et une mobilisation territoriale

Objectif spécifique 1	**Mettre en œuvre une gouvernance territoriale partagée du plan santé de la CC**
Résultats attendus	- La CC et les communes du la CC sont partie prenante du plan santé et y concourent. - La supervision, la coordination, le suivi et l'évaluation du programme santé sont assurés par la CC. Les résultats sont partagés et diffusés au sein de la CC et auprès des partenaires et opérateurs. - La participation active des citoyens est organisée.
Objectif spécifique 2	**Mobiliser les acteurs parties prenantes de l'amélioration de la santé des populations**
Résultats attendus	- L'ensemble des parties prenantes (institutions, professionnels, associations…) a connaissance du plan santé conduit par la CC. - Les parties prenantes intéressées sont invitées à s'associer et à participer concrètement au plan santé. - La mobilisation des parties prenantes est réelle pour toute la durée du programme. - Un partage d'ingénierie, de compétences, de bonnes pratiques est organisé ai sein de la CC.
Objectif spécifique 3	**Communiquer sur le programme santé de la CC**
Résultats attendus	- La CC affirme que la santé est l'une des priorités du territoire. - La population a connaissance du plan santé de la CC. - Une communication régulière sur les actions menées et leurs résultats est diffusée à la population.

Axe prioritaire 2 : Soutenir l'offre de soins

Objectif spécifique 4	**Réfléchir avec le centre hospitalier de l'Austreberthe et les professionnels de santé libéraux à des modalités de coopération pour favoriser et optimiser les parcours de soins des patients**
Résultats attendus	- La coopération entre le centre hospitalier de l'Austreberthe et les professionnels de santé libéraux est effective. - Les parcours de soins des patients sont fluidifiés entre la médecine de ville est le centre hospitalier, interface avec notamment les services hospitaliers du GHT Rouen Cœur de Seine - La qualité des soins est améliorée.
Objectif spécifique 5	**Soutenir l'offre de soins libérale en valorisant l'exercice coordonné**
Résultats attendus	- Une instance de concertation réunie la CC, les unions régionales des professionnels de santé (URPS), les professionnels libéraux du territoire, l'ARS… pour organiser : • le développement du projet MSP/PSLA dans le territoire de la CC ; • la mise en œuvre d'une CPTS de façon à ce que l'ensemble du territoire par un exercice coordonné.
Objectif spécifique 6	**Co-construire une politique d'attractivité du territoire de façon à faciliter l'installation de médecins généralistes et de professionnels de la santé**
Résultats attendus	- La CC développe des outils présentant les atouts (économie, transport, culture, tourisme, innovation…) du territoire. - La communication diffusée aux internes de médecine et aux autres étudiants en santé les sensibilise aux atouts du territoire de la CC et ils envisagent s'y installer. - De nombreux professionnels de santé deviennent maîtres de stage.

Axe prioritaire 3 : Renforcer et améliorer l'offre de prévention

Objectif spécifique 7	**Développer les ressources en prévention pour les acteurs de terrain et la population dans le territoire**
Résultats attendus	- Un atelier santé ville est monté dans le quartier de Lazilel à Barentin, première étape vers un dispositif à l'échelle de la CC. - Un poste d'animateur est créé pour l'ASV, préfigurant un poste à l'échelle du territoire - Les acteurs de terrain ont renforcé leurs compétences en participant à des formations, échanges de pratiques sur la méthodologie de projet, l'activité physique et la nutrition, les addictions. - Les acteurs de terrain se connaissent et collaborent entre eux. - Des habitants-relais sont formés et agissent dans leur milieu de vie sur les thématiques activités physique, alimentation et addictions. - Des personnes-relais, leaders d'opinion, sont formées et diffusent des messages validés sur les thématiques choisies. - Des messages de prévention validés sont accessibles par divers canaux dans le territoire. - Des formations sur les compétences psychosociales sont organisées pour la population.
Objectif spécifique 8	**Créer et soutenir des actions favorisant la pratique de l'activité physique et promouvant une alimentation saine**
Résultats attendus	- Les actions déjà menées sur les deux thématiques dans le territoire sont valorisées et étendues, notamment *via* le PAT. - L'implication des différents secteurs régulant l'offre alimentaire et l'activité physique, l'offre de soins, l'éducation, la formation, l'organisation des espaces, les transports est effective et leur coordination réalisée. - Un schéma des mobilités douces ou des déplacements actifs (marche à pied, cyclisme) est élaboré dans le territoire, prenant en compte la réalité urbaine et la réalité rurale. - De nouvelles actions combinant à la fois l'activité physique et le choix d'une alimentation saine sont implantées dans les milieux de vie (écoles, entreprises, administrations, familles…) - Des dispositifs financiers prennent en compte la précarité financière nuisant à l'accès à l'activité physique et à une alimentation saine. - Une étude de faisabilité est engagée sur l'implantation d'une maison sport santé

Objectif spécifique 9	**Créer et soutenir des actions visant à réduire les risques liés aux consommations de tabac et d'alcool**
Résultats attendus	- La connaissance de la population est renforcée sur les risques liés à l'alcool et au tabac. - Les établissements scolaires, entreprises, hôpitaux et milieux de vie en général mettent en place des actions, notamment sur l'aide à l'arrêt du tabac.
Objectif spécifique 19	- **Créer et soutenir des actions visant à le bien-être et la santé mentale des habitants**
Résultats attendus	- Les milieux de vie et environnements sont favorables à la santé. - Des politiques publiques importantes pour le territoire sont modifiées suite aux résultats d'évaluation d'impact en santé pour ne pas porter préjudice à la santé des habitants - Le principe de société inclusive est mis en œuvre dans les communes du territoire - Le plan territorial de santé mentale Rouen-Elbeuf est mis en œuvre avec les partenaires concernés

Description des dispositifs cités

Atelier santé ville

Définition[1]. L'atelier santé ville (ASV) constitue une démarche d'ingénierie de projets, de coordination d'acteurs et de programmation d'actions de santé au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Elle s'applique dans un cadre partenarial au profit des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville, selon les termes de la circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé ville dans le volet santé des contrats de ville (2000-2006).

Contrat local de santé – CLS

Définition[2]. Le contrat local de santé (CLS) est un outil porté conjointement par l'agence régionale de santé et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations.
Les caractéristiques des contrats locaux de santé sont : une stratégie et des objectifs définis en commun ; un programme d'actions pluriannuel co-construit à partir des besoins locaux et un suivi de la mise en œuvre et une évaluation des résultats conjoints.
L'objectif est de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de mettre en œuvre des solutions pour une offre de santé de proximité.

Conseil local de santé mentale – CLSM

Définition[3]. Un CLSM est un espace de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. 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.
Le CLSM permet une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soins, il associe les acteurs sanitaires et sociaux et toute personne intéressée du territoire et définit des objectifs stratégiques et opérationnels.

Projet alimentaire territorial – PAT

[1] https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0097.pdf
[2] https://www.ars.sante.fr/les-contrats-locaux-de-sante
[3] http://clsm-ccoms.org/les-conseils-locaux-de-sante-mentale/

Définition[4]. Les projets alimentaires territoriaux (PAT) ont pour objectif de relocaliser l'agriculture et l'alimentation dans les territoires en soutenant l'installation d'agriculteurs, les circuits courts ou les produits locaux dans les cantines. Issus de la Loi d'avenir pour l'agriculture qui encourage leur développement depuis 2014, ils sont élaborés de manière collective à l'initiative des acteurs d'un territoire (collectivités, entreprises agricoles et agroalimentaires, artisans, citoyens etc.).

Présent sur le territoire de la CC

Le zonage de la médecine libérale par l'ARS

L'agence régionale de santé a arrêté en juillet 2019 le « zonage médecins généralistes » en classant les communes en zones d'intervention prioritaire (ZIP), en zones d'action complémentaire (ZAC) ou hors zones.
Cette classification des territoires en deux catégories selon leurs besoins en professionnels de santé et les caractéristiques sanitaires et sociales de la population, permet une meilleure couverture du territoire.
Des aides financières sont allouées pour l'installation de professionnels dans les zones ZIP et ZAC.

L'ensemble des communes de la CC est classé hors zone. Le quartier prioritaire politique de la ville est classé en ZIP.

Maison de santé pluriprofessionnelle – MSP

Définition[5]. Les maisons de santé sont des structures pluri-professionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.
Les professionnels de santé exerçant en leur sein (essentiellement des professionnels libéraux) doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Les maisons de santé sont appelées à conclure avec l'agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence.

Présence sur le territoire : une MSP-Pôle de santé libéral et ambulatoire est en projet sur le territoire.

Communauté professionnelle territoriale de santé – CPTS

[4] https://agriculture.gouv.fr/quest-ce-quun-projet-alimentaire-territorial
[5] https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889

Définition. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) désignent une organisation territoriale pensée par les professionnels de santé d'un territoire afin de s'unir pour renforcer leur coordination et améliorer la prise en charge de la population de leur territoire. Elles associent des professionnels de santé de toute spécialité, du premier et du second recours, exerçant en structures d'exercice coordonné (maisons et centres de santé), en cabinets de groupe ou individuel, à l'hôpital ou encore en établissements médico-sociaux.
À travers ce modèle d'organisation, les professionnels de santé s'impliquent non plus seulement dans la prise en charge de leur patientèle mais aussi dans une démarche plus large au service de la population du territoire et des enjeux de santé locaux. Dans la pratique, les CPTS permettent notamment une meilleure continuité des soins pour le patient, la mise en place d'organisations pour améliorer l'accès aux soins, la prise en charge des soins non programmés, le développement d'actions de prévention, l'accompagnement dans l'installation de nouveaux professionnels de santé, ou encore une meilleure orientation des patients vers un médecin traitant.
Ces communautés résultent donc de la volonté des professionnels d'un territoire de s'organiser entre eux. L'émergence des CPTS, le périmètre géographique, les modalités de coordination et le projet de santé local sont à l'initiative des professionnels selon les particularités et enjeux du territoire.

Maisons Sport-Santé

Définition[6]. Ces établissements sont destinés à accompagner les personnes souhaitant débuter ou reprendre une activité physique et sportive pour leur santé et leur bien-être. L'originalité des Maisons Sport-Santé réside dans la collaboration étroite entre professionnels du sport et de la santé pour offrir un suivi personnalisé et sur mesure prenant en compte l'âge, l'état de santé et le niveau de la personne à accompagner.

Autres dispositifs cités

École promotrice de santé

Définition[7]. La démarche École promotrice de santé s'adosse à la définition de la santé de l'OMS de 1946 : *état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*.
Elle s'inscrit plus globalement dans le concept « *One Health, une seule santé humaine, animale et environnementale* » introduit à partir des années 2000 par l'Organisation des Nations unies (ONU).

[6] https://www.sports.gouv.fr/accueil-du-site/actualites/article/les-premieres-maisons-sport-sante-sont-desormais-connues
[7] https://eduscol.education.fr/2063/je-souhaite-m-engager-dans-la-demarche-ecole-promotrice-de-sante

Démarche positive et dynamique, l'École promotrice de santé a pour enjeu de valoriser les actions et projets déjà mis en œuvre dans le cadre du parcours éducatif de santé en les fédérant dans le projet d'école ou d'établissement. Dès le plus jeune âge des élèves, les écoles, les collèges et les lycées inscrivent la démarche dans un continuum éducatif qui articule les projets de prévention et les activités pédagogiques.
Cette approche globale positive et intégrée est mise au service du développement d'une culture commune autour de la promotion de la santé.
Elle rend visible et permet de coordonner ce qui rassemble autour de la santé et du bien-être de tous dans un établissement d'enseignement scolaire.

Hôpital promoteur de santé

Définition[8]. Le mouvement des « Hôpitaux promoteurs de santé » de l'OMS s'efforce d'intégrer les concepts, valeurs, stratégies, normes et indicateurs de promotion de la santé dans la structure organisationnelle et la culture de l'hôpital ou du service de santé. Son objectif est d'améliorer la santé en améliorant la qualité des soins, l'accueil et les conditions de vie à l'hôpital, ainsi que les relations entre les hôpitaux ou services de santé, la collectivité et les milieux de vie.
L'hôpital promoteur de santé étend ainsi ses responsabilités au-delà des frontières étroites des épisodes cliniques et coopère avec la communauté pour promouvoir une approche globale de la santé à travers les politiques et les actions de promotion de la santé développées en direction des usagers, des personnels, de la communauté et de l'environnement du lieu de santé.
Les hôpitaux promoteurs de santé sont implantés en Nouvelle Aquitaine et Pays de la Loire.

Entreprises en santé

Définition [9]. La norme québécoise "Entreprise en santé" (BNQ 9700-800/2008) est sans aucun doute un des textes de référence les plus élaborés et les plus efficaces pour toutes les entreprises qui veulent mettre en œuvre une stratégie de santé et bien-être au travail. Elle est relayée en France par l'Afnor. Elle indique comment obtenir l'engagement de la direction, réunir les équipes autour d'un but commun et identifier les besoins de l'organisation. La norme traite ensuite de la planification et de la mise en œuvre des stratégies et des interventions, ainsi que leurs évaluations. La santé et le bien-être dans l'entreprise sont des enjeux d'avenir et la mise en œuvre de la norme peut aboutir très vite à des bénéfices substantiels : satisfaction accrue du personnel, meilleure rétention et attraction de la main-d'œuvre, amélioration de la productivité, réduction de l'absentéisme, grâce à un investissement au niveau des ressources humaines et au niveau financier.

[8] https://www.reseau-lsps.org/le-reseau-francais-lsps/
[9] https://www.boutique.afnor.org/livre/manuel-d-accompagnement-pour-la-mise-en-oeuvre-de-la-norme-quebecoise-entreprise-en-sante/article/819012/ouv001064

Icaps

Définition[10]. Pour soutenir l'implantation de projets de promotion de l'activité physique sur le territoire, Santé publique France s'appuie sur l'étude Icaps (Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité).

Il s'agit de mettre en place sur un territoire des projets de promotion de l'activité physique et de limitation de la sédentarité chez les jeunes en s'appuyant sur des projets reprenant le modèle Icaps. Ces interventions qui ciblent les jeunes, leur entourage et leur environnement (modèle socio-écologique) visent une augmentation de la pratique d'activité physique des jeunes de 1 heure par semaine ainsi qu'une réduction de 20 minutes par jour de temps d'écran pour obtenir des effets bénéfiques sur la santé.

Icaps est promu par Santé publique France.

[10] https://www.cndaps.fr

Imprimé en septembre 2021, ce document a été réalisé par

Philippe Lorenzo,

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
Faculté de médecine, 3, rue des Louvels - 80036 AMIENS Cedex 1 - Tél : 03 22 82 77 24
Atrium, 115 boulevard de l'Europe, 76100 Rouen

E-Mail : info@or2s.fr - Site Internet : www.or2s.fr