

# ATELIER SANTE VILLE

## du Contrat Urbain de Cohésion Sociale

« Etre en bonne santé,  
c'est avoir le goût de

« Etre en bonne santé, c'est faire  
du sport, manger équilibré, ne  
pas fumer, ne pas boire; mais  
boire un verre de temps en  
temps ça n'a jamais tué.

**« Du diagnostic au projet local de santé »**

**2007 – 2009**

« Le problème c'est  
lorsqu'il faut faire  
l'avance de frais,  
même avec la CMU

« Etre écouté c'est  
important. Les gens  
ne se parlent plus.



# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>PARTIE : CONSTATS ET ENJEUX DE TERRITOIRE</b>	<b>2</b>
<b><u>I- UN NOUVEAU DISPOSITIF: L'ATELIER SANTE VILLE</u></b>	<b>2</b>
1-1- Contexte d'élaboration du diagnostic des besoins de santé	2
1-2- Principe d'un Atelier Santé Ville	2
1-3- Santé et politiques locales	3
<b><u>II- UNE PRECARITE CROISSANTE</u></b>	<b>4</b>
2-1- Inadéquation du marché de l'emploi	4
2-2- Appauvrissement de la population	5
<b><u>III- UNE OFFRE DE SOINS SATISFAISANTE</u></b>	<b>7</b>
3-1- Les établissements de soins	7
3-2- La médecine libérale	7
<b><u>IV- UN ETAT DE SANTE EN AMELIORATION MAIS A PREVENIR</u></b>	<b>8</b>
<b><u>V- UNE PARTICIPATION DES HABITANTS A ENCOURAGER</u></b>	<b>10</b>
<b>PARTIE 2 : UNE VISION COLLECTIVE ET PARTAGEE DES QUESTIONS DE SANTE</b>	<b>12</b>
<b><u>I- DIAGNOSTIC DES BESOINS DE SANTE</u></b>	<b>12</b>
1-1- Origine du diagnostic	12
1-2- Choix de la méthode	12
<b><u>II- ANALYSE DES BESOINS DE SANTE</u></b>	<b>15</b>
2-1- Les limites de l'analyse	15
2-2- Les besoins priorités par les professionnels et les bénévoles	16
2-3- Les préoccupations de santé des habitants	19

<b>PARTIE 3 : L'ATELIER SANTE VILLE EN PRATIQUE</b>	<b>22</b>
<b><u>I- L'ATELIER SANTE VILLE : UNE DEMARCHE TERRITORIALE ET PARTENARIALE</u></b>	<b>22</b>
1-1- Les missions de l'ASV	22
1-2- La dynamique de l'ASV : acteurs et enjeux de mobilisation	23
1-3- L'organisation de l'ASV	26
<b><u>II- LE PROJET LOCAL DE SANTE</u></b>	<b>27</b>
2-1- Pourquoi un « projet local de santé » ?	27
2-2- Orientations et axes de travail	28
2-3- Programme d'actions	33
<b><u>III- EVALUATION DE L'ATELIER SANTE VILLE</u></b>	<b>35</b>
3-1- La méthode d'évaluation	35
3-2- Les indicateurs d'évaluation	36
<b>CONCLUSION</b>	<b>38</b>

## INTRODUCTION

Fin 2006, alors qu'un Contrat Urbain de Cohésion Sociale était en phase d'engagement sur Morlaix Communauté, des partenaires sociaux exprimaient leur intérêt pour un nouveau dispositif inhérent à ce contrat : l'Atelier Santé Ville.

*« Morlaix compte parmi sa population un fort taux de personnes en situation de précarité économique et sociale : personnes bénéficiaires de minima sociaux, ou salariés, saisonniers, travailleurs en CDD, à temps partiel, vivant des situations de pauvreté. Les conséquences de la précarisation et de la vulnérabilité en terme de santé physique et mentale sont évidentes. La ville de Morlaix, et son CCAS, le Conseil Général du Finistère, la Politique de la ville de Morlaix Communauté, le centre hospitalier, les services de l'Etat et les associations mettent en place des actions relevant de la prévention, de l'hébergement, de l'urgence sociale, de l'accompagnement social, et de l'accès aux soins pour les plus démunis. Les différents partenaires tentent de travailler en réseau afin de prendre en compte la globalité des besoins et de proposer des réponses cohérentes.*

*Des interventions ponctuelles et des démarches communes à plusieurs partenaires existent à Morlaix. Expérimentales ou basées sur le volontariat, elles sont peu institutionnalisées et restent fragiles.*

*Il est important de mieux inscrire les questions de santé dans les parcours socio-professionnels des personnes en difficultés et de relier la problématique de santé individuelle à celle de santé publique en établissant un partenariat durable entre les institutions et professionnels du secteur sanitaire et social.*

*Tous les acteurs des champs sanitaires et sociaux doivent être impliqués, particulièrement les médecins de ville, les établissements de santé public et privé, les structures de santé mentale, les CHRS, les centres sociaux, les services de santé scolaire, les services sociaux, les missions locales, les associations oeuvrant dans le domaine de la prévention et de la santé.*

*L'atelier santé ville vise ainsi à impliquer davantage la population et les élus du territoire dans les processus de diagnostic et de définition des stratégies locales dans le domaine de santé.*

*L'atelier santé ville du CUCS de Morlaix Communauté est une opportunité pour consolider l'existant et aller plus loin au niveau local en bénéficiant de réels moyens de coordination et de fonctionnement. »*

C'est ainsi qu'en septembre 2007, l'atelier santé ville était lancé, l'Etat mobilisant les crédits nécessaires au financement d'un poste de coordonnateur.

# PARTIE 1 : CONSTATS ET ENJEUX DE TERRITOIRE

## I- UN NOUVEAU DISPOSITIF : L'ATELIER SANTE VILLE

### 1-1- Le contexte d'élaboration du diagnostic des besoins de santé

Un Contrat Urbain de Cohésion Sociale a été conclu sur le territoire de Morlaix Communauté pour la période du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2009. Ce territoire<sup>1</sup> regroupe 28 communes dont un pôle urbain composé de Morlaix, Saint-Martin-des-Champs et Plourin-les-Morlaix; et un pôle rural dont le nombre d'habitants par commune varie de 160 à 4352. Le territoire s'étend du littoral (avec la Baie de Morlaix) à l'intérieur des terres (avec la commune de Plounéour Ménez dans les Monts d'Arrée). Il est alors difficile de dresser la photographie du territoire. En fait, il existe sur ce territoire une diversité de réalités locales qui sont à prendre en compte pour adapter à petite échelle les orientations définies territorialement.

Pour l'Etat, la géographie prioritaire du CUCS<sup>2</sup> est constituée du centre ville élargi de Morlaix et du plateau Nord – Est. Le CUCS décline son projet sur cinq thématiques dont la thématique « santé et accès aux soins ». Celle-ci est appuyée et mise en oeuvre par l'Atelier Santé Ville.

L'Atelier Santé Ville est un dispositif conventionné entre l'Etat et Morlaix Communauté, dans le cadre du Contrat Urbain de Cohésion Sociale. Il vise à impliquer davantage la population et les élus du territoire dans les processus de diagnostic et de définition de stratégies locales dans le domaine de la santé et de mise en oeuvre d'actions de santé, notamment à l'échelle des quartiers prioritaires. L'Atelier Santé Ville a pour objectif général de construire un projet local de santé en fonction des spécificités du territoire de Morlaix Communauté, soit les 28 communes, au plus près des habitants pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Le projet local de santé prend en considération plus particulièrement les populations précarisées, et notamment les habitants des quartiers prioritaires.

### 1-2- Principe d'un Atelier Santé Ville

Lancé en 2000 au niveau national, un Atelier Santé Ville est destiné à rapprocher acteurs et professionnels de santé pour qu'ils élaborent des programmes de santé publique à l'échelle locale et avec les habitants. Il s'agit de développer des projets de santé au plus près des besoins des publics en situation de précarité qui connaissent des problèmes spécifiques (addictions, souffrance psychique, obésité, problème d'accès aux soins,...).

L'ASV constitue le point de convergence entre le volet santé de la politique de la ville et le volet santé de

<sup>1</sup> Annexe 1 : carte du territoire de Morlaix Communauté

<sup>2</sup> Annexe 2 : carte des quartiers prioritaires du Contrat Urbain de Cohésion Sociale

la loi contre les exclusions. Il a, entre autres missions, la charge de décliner localement le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et de contribuer ainsi à la réduction des inégalités de santé.

L'ensemble de la démarche met la prévention et la promotion de la santé au coeur de la cohérence sociale du projet territorial.

L'Atelier Santé Ville a pour objectifs :

- d'identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie, de faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien à des réseaux médico-sociaux;
- de diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site;
- de rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun;
- d'élaborer un programme d'actions;
- de développer d'une part, la participation active de la population à toutes les phases des programmes (diagnostic, définition des priorités, programmation, mise en oeuvre et évaluation) et d'autre part, la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes.

### 1-3- Santé et politiques locales

Les politiques locales peuvent être un levier pour agir durablement sur la santé. Or, nombreux sont les élus qui s'interrogent sur leur légitimité à mettre en cohérence des politiques locales de santé. Ils restent majoritairement convaincus que la santé appartient aux médecins et experts. Si les déterminants génétiques et biologiques jouent un rôle, d'autres facteurs socio-économiques et culturels agissent de manière très complexe sur la santé humaine et le développement des maladies. De nombreux problèmes de santé se règlent par d'autres moyens que ceux appliqués par la médecine.

Trois exemples :

- la réduction de l'habitat insalubre
- la réduction des nuisances sonores
- la politique de déplacements

C'est donc sur de nombreux facteurs environnementaux, économiques et sociaux que les élus peuvent et doivent agir. L'enchevêtrement des découpages des territoires administratifs, géographiques, politiques, institutionnels, est souvent dénoncé comme une cause majeure d'inefficacité des politiques publiques de santé. Les communes (ville ou intercommunalité) peuvent favoriser le développement de réseaux, coordonner leurs activités, en articulant les secteurs social, éducatif, et sanitaire.

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 traduit la volonté de l'Etat de développer une approche préventive dans tous les secteurs ayant un impact sur la santé : l'habitat, l'environnement, les transports,... Le dispositif Atelier Santé Ville étant un des axes de la politique de cohésion sociale, il ne peut se déployer et répondre aux enjeux du territoire et aux besoins des habitants que s'il est pensé en transversalité d'autres secteurs touchant au quotidien de tout un chacun.

Aussi, sur Morlaix Communauté, l'enjeu est de taille dans le développement d'un projet local de santé. De nombreuses caractéristiques socio-économiques et des données épidémiologiques laissent présager de problématiques spécifiques en matière de santé. Afin de mieux appréhender les enjeux d'une politique de santé dans le cadre du contrat urbain de cohésion sociale, il est essentiel de comprendre les particularités du précarité sur le territoire de Morlaix Communauté.

## II- UNE PRECARITE CROISSANTE

En mai 2005, dans son diagnostic social du territoire Morlaix – Landivisiau, le Conseil Général pointait « la ville de Morlaix , comme étant au coeur du questionnement sur la précarité et l'enfance en danger avec la concentration de personnes rencontrant des problèmes sociaux et de santé, en décalage avec la situation représentée à l'échelle communautaire ou du pays. »

Pour autant si les problématiques sociales sont moins importantes sur le territoire rural de Morlaix Communauté; il n'en demeure pas moins qu'elles existent. Le Conseil Général précisait d'ailleurs dans la synthèse de son diagnostic social que « si Morlaix se situe dans une situation particulière en terme de bénéficiaires des minima sociaux, cette vision concentrique de la localisation de la précarité sur cette ville est quelque peu réductrice, dans la mesure où des communes rurales, littorales, urbaines ou mixtes, sont confrontées à des taux importants de populations émergeant aux minima sociaux. »

En premier lieu, la précarité est à observer du côté du marché de l'emploi, car si les causes en sont souvent plurifactorielles, les difficultés économiques maintiennent dans la précarité.

### 2-1- Inadéquation du marché de l'emploi

Sur le territoire de Morlaix Communauté, l'activité économique est essentiellement tournée vers l'agriculture et l'agroalimentaire. Ces emplois sont peu ou pas qualifiés, et souffrent d'une mauvaise image du fait de conditions de travail difficiles, entraînant une instabilité au niveau du personnel. Parmi les 15 plus grands établissements employeurs du Pays de Morlaix, 9 sont situés sur Morlaix Communauté, dont une part important d'emplois du tertiaire. Pour autant, le tissu économique du Pays de Morlaix se caractérise par la forte proportion d'entreprises de moins de 5 salariés qui représentent

plus de 80% des établissements en activité. Le taux de chômage s'établit à 7% au 2<sup>nd</sup> trimestre 2007 sur la zone d'emploi de Morlaix. Le territoire connaît des difficultés de recrutement dans de nombreux domaines (bâtiment, agroalimentaire...) et particulièrement pour des postes qualifiés. La jeunesse quitte le territoire pour suivre des études supérieures, et s'y réinstallent rarement. La classe d'âge des 20 – 24 ans est très peu nombreuse. Le territoire est âgé et vieillissant avec l'arrivée de nouveaux habitants, jeunes retraités. Ainsi, le solde migratoire sur le Pays de Morlaix permet une évolution de la population tandis que le solde naturel reste négatif, signe du vieillissement de la population.

La précarité de l'emploi est également perceptible par le fait que la moitié des offres d'emploi (fin novembre 2007) concerne les services marchands, et 68% des offres correspondent à un contrat à durée déterminée de moins d'un mois à 6 mois.

Pour résumer, le marché de l'emploi local se caractérise par une demande de salariés qualifiés, des contrats de travail de courte durée, des domaines d'activité générant des conditions de travail difficile : agroalimentaire, bâtiment, commerce,... L'ensemble de ces contraintes sont sources d'une précarité grandissante parmi la population du Pays de Morlaix.

## **2-2- Appauvrissement de la population**

Entre 2004 et 2005, l'augmentation du nombre de bénéficiaires du RMI en Pays de Morlaix s'avère plus rapide qu'en Bretagne : elle atteint 12,9% (Bretagne 7,7%). Cette forte croissance est à imputer à la conjoncture du marché du travail mais également aux conséquences de la réforme de l'assurance chômage. Le raccourcissement des durées d'indemnisation a généré une élévation du nombre de chômeurs non indemnisés et donc du nombre de personnes susceptibles d'avoir recours au RMI. Si le Pays de Morlaix se situe dans la moyenne départementale avec un taux de bénéficiaires du RMI de 1,4%, contre 1,6% pour le département, la situation apparaît plus préoccupante sur la ville de Morlaix avec près de 4% de la population percevant le RMI, soit le double par rapport aux villes de Landerneau, Concarneau, Douarnenez. Les données de la CAF Nord Finistère confirme ce chiffre avec un taux d'allocataires percevant des minima sociaux plus de deux fois supérieur à celui de Morlaix Communauté (12,2% contre 5,4% en 2007).

Sur le Pays de Morlaix, l'ensemble des minima sociaux (RMI, API et AAH) subissent une hausse des versements bien plus forte que sur la Bretagne : pour l'API l'évolution entre 2004 et 2005 est de 4,1% (1,6% sur la région) et pour l'AAH, l'évolution est de 4,5% (2,3% sur la région). La pauvreté sur le territoire s'accroît et un écart se creuse avec les autres pays bretons du littoral.

Sur la ville de Morlaix, selon des statistiques de la CAF Nord Finistère au 31/12/2007, 56,5% des allocataires sont en dessous du seuil de pauvreté. La situation est plus favorable pour Morlaix

Communauté avec un taux d'allocataires en dessous du seuil des bas revenus de 41,2%. Pour autant le revenu moyen de la frange la plus modeste de la population est le plus bas de toutes les agglomérations finistériennes.

Le diagnostic territorial mené au moment de l'élaboration du Contrat Urbain de Cohésion Sociale de Morlaix Communauté en 2006 faisait apparaître une concentration des ménages précaires sur la ville de Morlaix. En 2004, 59% du parc HLM de Morlaix Communauté se situait sur la ville de Morlaix. Ce constat se vérifie avec les données de la CAF fin 2007 : 24,3% des allocataires CAF perçoivent un minimum social. Sur l'IRIS INSEE centre ville, le taux de bénéficiaires du RMI est de 63%, alors que sur celui du Porsmeur – Pors an Trez - Kernegues, le taux de bénéficiaires de l'AAH est de près de 64%. Il apparaît donc une tendance inversée entre ces deux zones entre bénéficiaires du RMI et bénéficiaires de l'AAH. Au niveau du centre ville, il existe alors une forte proportion de personnes éloignées de l'emploi mais pour laquelle une insertion peut encore être envisageable statistiquement parlant; par contre au niveau du pôle gare – Kernegues, la problématique sociale majeure apparaissant celle du handicap, une réflexion est à mener sur l'accessibilité et l'implication de ces personnes à la vie de la cité, pour éviter le repli sur soi et l'isolement.

Le centre ville est tout particulièrement marqué par une présence importante de personnes sans enfants, avec 65% des allocataires qui sont isolés sans enfant. Le taux de familles monoparentales (11%) est inférieur à celui du Nord Finistère (12,5%) et celui de Morlaix Communauté (13,7%). Sur la ville de Morlaix dans son ensemble, la tendance est inversée entre le taux d'allocataires avec enfants et celui sans enfant (40% - 60%) par rapport à Morlaix Communauté ou le Nord Finistère (60% - 40%). Il apparaît donc que les familles s'installent davantage en périphérie de la ville ou sur les communes rurales, tandis que les personnes isolées et précarisées sont plus présentes en ville.

En conclusion du diagnostic social mené dans le cadre du CUCS, il était spécifié la nécessité de poursuivre et de développer un travail de veille, de prévention, et d'adaptation des dispositifs qui prennent en compte les évolutions récentes et à venir du territoire sur les populations vulnérables identifiées. L'état des lieux des réalités sociales dressé lors de la mise en place de l'atelier santé ville confirme cette nécessité de penser l'action préventive pour répondre au mieux aux besoins des populations précarisées croissantes.

Une des caractéristiques souvent évoquée par rapport aux inégalités d'accès à la santé entre des populations de catégories sociales différentes est le problème de l'offre de soins inadaptée ou insuffisante. Statistiquement, la situation, à ce niveau, sur le Pays de Morlaix semble plutôt favorable<sup>3</sup>.

---

3 Observatoire Régional de Santé de Bretagne – 2005

### III- UNE OFFRE DE SOINS SATISFAISANTE<sup>4</sup>

Le Pays de Morlaix appartient au secteur sanitaire Brest – Morlaix. 96% de la population du secteur sanitaire nécessitant une hospitalisation en court séjour la réalise dans un établissement du secteur. C'est la proportion la plus élevée des secteurs sanitaires de la région. La population du Pays de Morlaix est donc amenée à être hospitalisée au plus loin à Brest, soit à 60 kms.

#### 3-1- Les établissements de soins

**Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix** regroupe de nombreux services : urgences, chirurgie, réanimation, radiologie, kinésithérapie, maternité – gynécologie, planning familial, soins de suite et réadaptation, soins de longue durée pour personnes âgées,... Mais sa particularité réside dans l'importance de son pôle de psychiatrie et d'addictologie. Historiquement, il existait sur le département du Finistère deux hôpitaux psychiatriques, l'un à Quimper pour les hommes, l'autre à Morlaix pour les femmes. Après le départ définitif des dernières religieuses en 1968, le nouvel hôpital ouvrit ses portes en novembre 1970. Depuis, le Centre Hospitalier de Morlaix n'a cessé d'évoluer, se dotant d'un plateau technique de plus en plus performant. En psychiatrie, la sectorisation a permis d'apporter aux malades des solutions alternatives à l'hospitalisation complète, et de s'ouvrir vers l'extérieur (hôpitaux de jour, maisons communautaires). Ainsi, la ville de Morlaix rassemble certainement plus que dans d'autres villes une population présentant des troubles psychiatriques qui aujourd'hui vit dans la cité et tente de s'insérer socialement voire professionnellement.

**La clinique de La Baie** également implantée sur Morlaix présente une offre de soins diversifiée : chirurgie orthopédique, viscérale, urologique, thoracique, Gynécologie, Orthopédie, ORL, Ophtalmologie, Radiologie, Echographie, Scanner, IRM, Anesthésie Réanimation, Psychiatrie.

#### 3-2- La médecine libérale

Ainsi par ces deux structures, l'offre en soins spécialisés est fortement centrée sur Morlaix, à l'exception des dentistes. Sur chaque canton, des dentistes sont présents sur deux voire trois communes, sauf sur le canton de Lanmeur où seule la commune de Plougasnou a deux dentistes. A ce jour, nous ne sommes pas en capacité d'avancer que cela est insuffisant mais une observation plus fine mériterait de mieux comprendre comment s'organisent les habitants de ce canton pour accéder aux soins dentaires.

Le nombre de médecins généralistes est en baisse continue depuis quelques années. En 2004, le Pays de Morlaix disposait de 9,6 médecins pour 10000 habitants. Cette densité a baissé de près d'un point depuis 2002, date à laquelle elle atteignait 10,3. Fin 2007, le nombre de médecins généralistes sur

<sup>4</sup> Extraits de l'étude réalisée par l'ORS Bretagne dans le cadre du Contrat de Plan Etat – Région : programme d'observation de la santé – Mai 2005.

Morlaix Communauté était évalué à environ 7,5 médecins pour 10000 habitants.

L'ensemble de l'agglomération est bien couverte en infirmiers et kinésithérapeutes exerçant en libéral. En 2004, la densité d'infirmiers libéraux sur le Pays de Morlaix était de 14,7 pour 10000 habitants contre 13,3 au niveau de la région. L'augmentation du nombre d'infirmiers est particulièrement sensible sur le canton de Lanmeur notamment.

#### **En résumé :**

- L'offre de soins sur le territoire est globalement satisfaisante.
- Concernant l'accessibilité aux soins, nous pouvons noter que :
  - la médecine spécialisée est essentiellement centralisée sur Morlaix et tend à diminuer
  - le nombre de médecins généralistes diminue progressivement avec une moyenne d'âge qui ne cesse d'évoluer, proche à présent des 55 ans.

Dans le cadre de l'atelier santé ville, une observation plus fine de l'accessibilité aux soins en zone rurale devra être réalisée.

#### **IV- UN ETAT DE SANTE EN AMELIORATION MAIS A PREVENIR**

La plupart des données épidémiologiques disponibles caractérisent le territoire du Pays de Morlaix, soit Morlaix Communauté, la communauté de communes du Pays de Landivisiau, la communauté de communes du Pays Léonard, la communauté de communes de la Baie du Kernic. Afin d'observer plus précisément les indicateurs relatifs à la mortalité sur l'agglomération de Morlaix, l'ORSB a fourni à Morlaix Communauté un certain nombre de données datant de 2005.

Selon une précédente étude réalisée par l'ORSB en mai 2005, les indicateurs de mortalité<sup>5</sup> montrait un état de santé défavorable dans le Pays de Morlaix chez les hommes, et dans une moindre mesure chez les femmes. Sur le Pays de Morlaix, en 2000, les hommes avaient une espérance de vie à la naissance de 73,3 ans. Ce chiffre est légèrement inférieur à la moyenne bretonne (74 ans), et inférieure de deux points à la moyenne nationale (75ans). Par contre, l'espérance de vie des femmes est sensiblement identique à la moyenne régionale et légèrement inférieure à la moyenne nationale. L'écart d'espérance de vie entre les deux sexes sur le Pays de Morlaix atteint 9 ans.

Dans un contexte de surmortalité régionale par rapport à la France, le Pays de Morlaix présente une mortalité masculine supérieure de 19% par rapport à la moyenne française. La mortalité prématurée des hommes est également forte puisqu'elle est supérieure de 30% au niveau moyen national. Toutefois, sur le secteur sanitaire Brest – Morlaix, la mortalité prématurée a diminué entre les deux périodes 1995 – 1999 et 1997 – 2001. Elle demeure, malgré tout, actuellement légèrement supérieure à la moyenne régionale. Ce sont les hommes qui ont bénéficié de cette diminution, le nombre annuel moyen de décès

<sup>5</sup> Annexe 3 : cartes sur la mortalité en région Bretagne (ORSB 2002)

prématurés chez les femmes ayant peu évolué.

D'après les statistiques 2005 de l'ORSB, la mortalité prématurée des hommes est légèrement inférieure sur Morlaix Communauté (26%) par rapport au Finistère (28%); celle des femmes est identique sur les deux échelles géographiques. Par contre, les hommes meurent plus précocement des maladies de l'appareil circulatoire sur Morlaix Communauté que sur l'ensemble du département (53% contre 47% avant 80 ans). Concernant les décès par traumatismes et empoisonnements (incluant les suicides), la situation sur Morlaix Communauté est plus favorable par rapport au Finistère dans le sens où le nombre de décès avant 80 ans est moins important.

Pour les femmes, la mortalité est supérieure à la moyenne nationale sur les cantons de Morlaix et Saint-Thégonnec, mais ne présente pas d'écart significatif sur les cantons de Taulé, Lanmeur et Plouigneau. La mortalité des femmes de moins de 65 ans se situe également au niveau de la moyenne nationale. Toutefois, sur Morlaix Communauté, en 2005, le pourcentage de décès par cancer avant 60 ans chez des femmes était de 23% contre 17% au niveau du département. La mortalité par cancer du sein est également légèrement plus forte avant 60 ans sur l'agglomération de Morlaix (39%) que sur le Finistère (33%).

Les pathologies responsables de la surmortalité masculine sont essentiellement les cancers (tout particulièrement ceux de la trachée, des bronches et du poumon et ceux des voies aéro-digestives supérieures) et les maladies de l'appareil circulatoire. Les suicides et l'alcoolisme contribuent également à cette surmortalité. Pour autant, la mortalité sur le Pays de Morlaix liée au suicide et à l'alcoolisme est sensiblement identique à la moyenne de la région mais est nettement supérieure à l'indice national.

#### **En résumé :**

- Les données de santé sur Morlaix Communauté sont sensiblement proches de celles du Finistère.
- La première cause de mortalité sur Morlaix Communauté :
  - Chez les femmes, ce sont les maladies de l'appareil circulatoire (37% des décès en 2005)
  - Chez les hommes, ce sont les cancers (34% des décès en 2005). Il s'agit plus particulièrement des cancers de la trachée, des bronches, du poumon.
- La mortalité prématurée masculine est supérieure de 30% au niveau moyen national (sur le Pays de Morlaix)
- La mortalité prématurée masculine chez les hommes est due à des cancers ou morts violentes. Elle est alors fortement liée à des comportements dits à risque, et serait donc évitable.

Au regard des données statistiques de santé, il apparaît que l'hygiène de vie des personnes et leur rapport à leur corps influencent grandement leur état de santé. Or il est de la responsabilité de chacun de modifier ses comportements. Pour y parvenir, la prévention ne peut se suffire à une logique

descendante de campagnes de prévention, mais doit être renforcée par une démarche de santé portée par les habitants eux-mêmes, afin d'aborder la santé par une approche qui fasse sens à la population et la touche dans son quotidien.

## V- UNE PARTICIPATION DES HABITANTS A ENCOURAGER

La participation des habitants est, depuis l'origine de la politique de la ville, inscrite en première ligne du développement social. Dès 1977, avec l'opération Habitat et Vie Sociale, le programme d'actions présente une triple particularité : la globalité (par une politique urbaine et sociale), la transversalité (plusieurs ministères s'impliquent), la citoyenneté (la participation des habitants est visée). Près de trente ans plus tard, ces principes de la politique de la ville restent d'actualité, au travers desquels des valeurs fortes sont véhiculées et font évoluer des fonctionnements institutionnels et des cultures professionnelles. Pourtant de nombreuses questions persistent notamment autour de la notion de participation des habitants. Qu'entend-on par cela ? Où situer la participation dans des projets globaux et transversaux très « jargonnés » pour des personnes non initiées ? Alors certes la politique de la ville vise à améliorer le quotidien des habitants de quartiers en difficultés et s'intéressent à des problématiques les concernant en premier lieu, mais la participation des uns et des autres se joue-t-elle au même niveau ?

L'Atelier Santé Ville pose comme principe d'impliquer les habitants dès l'origine de la démarche. Cette implication peut être variable en fonction de la personne, du contexte, du but recherché,... Il est important d'adapter les outils de rencontre à ces paramètres pour garantir la mobilisation, là, où elle pouvait être peu sollicitée jusque-là. C'est le cas précisément avec des personnes défavorisées qui ont souffert et souffrent toujours d'un manque de reconnaissance ; elles l'expriment elles-mêmes en ces mots : « on ne m'a jamais demandé mon avis. » L'enjeu de la participation est alors de penser autrement la rencontre pour encourager, valoriser et ainsi recueillir le point de vue d'habitants; chacun est « expert » de son vécu et, par cette expertise, il peut être force de propositions.

Le second enjeu de l'Atelier Santé Ville est corrélé à celui de la participation des habitants. Il consiste à faire reconnaître par tout acteur professionnel, élu ou bénévole l'expertise de l'habitant. L'expression de l'habitant n'est pas toujours reconnue comme objective parce que basée sur du ressenti. Or le professionnel ou bénévole réagit à une situation et de fait interprète par rapport à ses propres références culturelles. Toute expression n'est pas forcément objectivée, pour autant elle révèle dans tous les cas un besoin. Celui-ci définira un axe de travail à développer en fonction des éléments mis en évidence par l'analyse du besoin considéré, et de sa récurrence.

L'Atelier Santé Ville soutient la place et la parole des habitants dans les actions de santé dans la mesure où une action n'a de réels impacts que si elle intéresse. Et pour qu'elle intéresse les habitants, il faut

qu'eux-mêmes en soient moteurs.

Il s'agit d'imaginer un dispositif permettant, pour les habitants, l'exercice autocontrôlé de leur capacité de décider de leur santé, de leurs objectifs, de leurs valeurs de vie, à partir des besoins exprimés. Ces besoins ne peuvent être déterminés ou imposés par avance; ils sont mis en évidence par des habitants eux-mêmes, et concertés avec les autres acteurs (professionnels, élus, bénévoles). L'Atelier santé ville défend les principes d'une approche de santé communautaire<sup>6</sup>. Tout habitant de quartiers prioritaires a des choses à dire, et à faire voir du côté de la santé. Si les comportements sont ancrés dans des traditions familiales, sociales, culturelles, il n'en demeure pas moins que prendre en considération, avec les personnes concernées, certains facteurs intervenant sur leur santé autres que biologiques ou somatiques est possible.

---

<sup>6</sup> La santé communautaire est une discipline fondée sur la participation et l'engagement de chaque membre de la communauté géographique et sociale qui a pour objet l'amélioration de l'état de santé de la communauté et la recherche d'une utilisation optimale des services sanitaires et sociaux.

## **PARTIE 2 : UNE VISION COLLECTIVE ET PARTAGEE DES QUESTIONS DE SANTE**

### **I- DIAGNOSTIC DES BESOINS DE SANTE**

#### **1-1- Origine du diagnostic**

L'élaboration d'un projet local de santé se bâtit à partir de besoins reconnus et partagés en matière de santé par les acteurs du territoire. Ce principe de partage et donc de concertation est essentiel pour poser les fondements d'un projet répondant aux attentes des uns et des autres. Le diagnostic est l'élément déclencheur d'une mise en synergie des points de vue, des constats et des réflexions d'acteurs concernés par un même sujet mais intervenant sur des champs différents.

Les enjeux du diagnostic partagé sont de plusieurs ordres :

- valoriser les actions existantes
- partager les regards et les pratiques
- améliorer la cohésion des différents territoires en matière de santé
- travailler à l'élaboration de définitions communes
- favoriser les liens entre les acteurs : médicaux, sociaux, de l'insertion,...
- élaborer l'organisation de l'Atelier Santé Ville et définir les priorités

#### **1-2- Choix de la méthode**

En fonction des étapes du diagnostic, différentes méthodes ont été utilisées. Toutefois, une approche plus qualitative a été privilégiée pour affiner le regard sur les besoins spécifiques du territoire : ceux ressentis par les intervenants dans un premier temps, puis ceux ressentis par des habitants. Les données statistiques sont importantes à prendre en considération dans le sens où elles permettent une corrélation entre la santé réelle et la santé perçue. Pour autant, elles ne peuvent suffire à orienter un projet local de santé qui défend les principes de prévention et de participation, les deux étant interdépendants l'un de l'autre.

#### **➤ Deux échelles géographiques pour une prise en compte des réalités de l'ensemble du territoire**

Le diagnostic a été mené en parallèle sur la ville de Morlaix (et plus particulièrement les quartiers prioritaires) et sur Morlaix Communauté (27 communes hors Morlaix). Ce choix se justifie par une démographie et des réalités sociales différentes entre ville et communes rurales.

De plus le territoire d'intervention des professionnels, bénévoles et élus correspond très rarement à celui de Morlaix Communauté. Pour un certain nombre d'entre eux, ils interviennent soit sur la ville soit sur l'extérieur de la ville. L'intervention sociale professionnalisée est également plus développée sur la ville de Morlaix, alors que sur les communes rurales, l'action sociale est davantage portée par des élus ou bénévoles. Il apparaissait plus pertinent de dissocier les rencontres tout en recourant à la même méthode de recueil des besoins.

### **➤ La méthode DELPHI pour définir les priorités de santé avec les professionnels, bénévoles, élus:**

La méthode Delphi est une méthode participative d'expressions d'opinions sur un sujet donné. Elle produit à la fois des données quantitatives (ex : nombre de personnes à avoir coché un même item) et des données qualitatives (ex : caractéristiques sur l'alcoolisation des jeunes). Elle a pour but de mettre en évidence des convergences d'opinion et de dégager certains consensus sur des sujets précis, grâce à l'interrogation d'experts (entendus comme toute personne ayant une connaissance ou une pratique sur le sujet), à l'aide de questionnaires successifs. Ce travail a été réalisé d'octobre 2007 à janvier 2008.

La première étape a consisté à adresser un premier tableau<sup>7</sup> qui interroge les constats effectués par les acteurs des domaines sanitaire, social, animation...de la ville de Morlaix. Il en a été de même pour les acteurs des communes rurales. Tous étaient ainsi invités à répondre à la question suivante : Quels sont les sujets liés à la santé que vous constatez le plus souvent auprès du public « fragilisé »?

La deuxième étape avait pour objectif d'affiner les résultats obtenus lors du 1er tableau pour en faire ressortir les sujets prioritaires de santé à travailler sur le territoire de Morlaix. Les acteurs ont donc reçu une synthèse du tableau 1 et un 2ème tableau<sup>8</sup> à compléter. Cette étape ainsi menée n'a été proposée qu'aux intervenants de la ville de Morlaix, les retours sur Morlaix Communauté lors de la première étape ayant été trop faibles.

### **➤ Des temps d'échanges collectifs pour recueillir les préoccupations de santé des habitants des quartiers prioritaires**

En collaboration avec les structures de quartier, des entretiens collectifs avec des groupes d'habitants (tout âge) ont été réalisés en mai 2008 sur chaque quartier prioritaire de Morlaix (centre ville, pôle gare, plateau Nord – Est). Une grille d'entretien<sup>9</sup> servait de recueil à l'expression des habitants et déclinait trois rubriques correspondant aux objectifs opérationnels de l'échange :

- recueillir les préoccupations et attentes des habitants en terme de santé (en abordant la santé sous l'angle positif « être en bonne santé »)
- repérer les difficultés éventuelles au niveau de l'accès aux soins

7 Annexe 4 : Tableau 1 méthode delphi

8 Annexe 5 : Tableau 2 méthode delphi

9 Annexe 6 : Grille d'entretien consultation habitants

- identifier le niveau d'implication possible des habitants dans la construction et la réalisation d'un programme local d'actions de santé

Chaque rencontre était co-animée par la coordinatrice ASV et l'animateur habituel du groupe d'habitants.

### **➤ Des réunions professionnels – bénévoles – élus pour favoriser la concertation et la validation partagée**

Au cours du diagnostic, chaque étape de production d'éléments d'analyse des besoins territoriaux de santé a fait l'objet d'une réunion plénière. Cette dimension collective d'évaluation des besoins favorise la confrontation de points de vue, la négociation, pour aboutir sur des orientations partagées parce que consensuelles pour tout ou partie majoritaire d'acteurs.

Les réunions plénières se sont tenues :

- 1- pour le lancement de la démarche de diagnostic (octobre 2007)
- 2- pour la synthèse des priorités de santé exprimées par les professionnels et bénévoles (janvier 2008)
- 3- pour la synthèse du diagnostic des besoins de santé sur la ville de Morlaix et l'élaboration des orientations du projet local de santé (juillet 2008)

L'analyse des besoins en vue de la déclinaison d'orientations de travail, puis d'un programme d'actions s'est faite par la mise en place de groupes de travail thématiques. L'intérêt est d'aborder, par une approche collective pluridisciplinaire, une thématique de santé dont émerge une ou plusieurs problématiques, et ainsi d'aboutir à des échanges autour d'actions potentielles qui soient pensées en partenariat et localement. Des groupes de travail ont été constitués au cours de deux étapes :

- 1- Juin 2008 : Définition des orientations du projet local de santé par 3 groupes (addictions, santé mentale, accès aux soins)
- 2- Septembre 2008 : Définition du programme d'action du projet local de santé par 5 groupes (alimentation, estime de soi, addictions, santé mentale, accès aux droits et aux soins)

### **➤ Une démarche de proximité plus individualisée en direction des acteurs du secteur rural**

Suite aux difficultés constatées de mobilisation des acteurs sur le territoire rural, un travail plus spécifique de proximité est mené : il s'agit d'une part de repérer les problématiques particulières en matière de santé - précarité, et d'échanger sur les enjeux d'une politique territoriale de santé avec les élus, les associations,... Une approche individuelle permet en premier lieu de recueillir le point de vue d'un plus grand nombre d'acteurs en apprenant à les connaître, pour ensuite favoriser des échanges collectifs permettant ainsi la mise en relation des acteurs et le partage d'une culture commune dans le champ de la santé publique.

## ➤ Le recueil de données statistiques pour asseoir les orientations du projet local de santé

Des nombreuses études à caractère social ont été menées ces dernières années sur le Pays de Morlaix. Nous nous sommes appuyés sur ces études pour présenter le contexte socio-démographique et économique du territoire de Morlaix Communauté (cf. partie 1 – II / III / IV).

Plutôt que de nous appuyer sur des données INSEE incomplètes au regard du recensement en cours, nous avons opté par la mutualisation des travaux statistiques et d'observation réalisés par les institutions locales :

- Au niveau social : données statistiques allocataires (2004 - 2007) CAF Nord Finistère, diagnostic social du territoire Morlaix – Landivisiau (2006) du Conseil Général, diagnostic réalisé par le cabinet FORS dans le cadre de l'élaboration du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (2006)
- Au niveau démographique et économique : l'étude « Eléments de synthèse sur l'environnement socio-démographique et économique du Pays de Morlaix » réalisé par la CCI de Morlaix (janvier 2006), les tableaux de bord du Pays de Morlaix
- Au niveau de la santé : Etude santé du Pays de Morlaix (2005), données de mortalité (2005) sur Morlaix Communauté par l'ORSB, rapport de synthèse sur les hospitalisations sans consentement par la DDASS 29 (2007)

Sur l'année 2009, en terme d'évaluation et de projection de la thématique santé dans la perspective d'un prochain projet « cohésion sociale », une étude des données démographiques INSEE sur l'ensemble du territoire de Morlaix Communauté serait intéressante à mener pour repérer les évolutions qu'a connu ce territoire ces 10 dernières années, indicateurs éventuels en matière de santé.

## II- ANALYSE DES BESOINS DE SANTE

### 2-1- Les limites de l'analyse

La démarche de diagnostic s'est déroulée sur un temps plus long que prévu initialement. Cela s'explique par la succession de deux professionnels sur le poste de coordinateur de l'atelier santé ville, avec une interruption de deux mois entre les deux, en cours de diagnostic. La difficulté a été d'assurer une continuité dans la mise en oeuvre du diagnostic et dans l'analyse de l'ensemble des éléments recueillis. La méthode deplhi utilisée pour recueillir les problématiques de santé repérées par les professionnels, bénévoles et élus a été accueillie de diverses façons : pour certains, elle est apparue trop subjective, ou trop complexe. Cependant, les priorités de santé qui se sont dégagées de cette démarche ont semblé répondre aux attentes des professionnels et bénévoles.

Au niveau des rencontres avec les habitants<sup>10</sup>, le cadre choisi influence la participation :

<sup>10</sup> Annexe 7 : Typologie des publics rencontrés

- En ciblant des groupes d'habitants, la consultation touche des personnes majoritairement en capacité de participer à la vie d'un groupe, désireuses de créer des liens.
- Les rencontres ont été proposées en journée, et par conséquent auprès de personnes sans emploi pour la plupart.

## 2-2- Les besoins priorités par les professionnels et les bénévoles

Comme expliqué à différentes reprises, le projet local de santé se veut un projet fédérateur autour des questions de santé des personnes en situation de précarité. C'est pourquoi nous avons souhaité confronté les besoins priorités par les professionnels et bénévoles aux propos recueillis auprès des habitants. Ces regards croisés font la richesse d'un projet local de santé qui fasse sens pour tous, quelque soit notre place d'acteur sur le territoire de Morlaix Communauté. Rappelons que l'enjeu de ce projet local de santé c'est le mieux-être des habitants.

### ➤ Santé mentale

Sous le terme « souffrance psychique », les acteurs évoquent des difficultés de nature très différentes. Afin de tenter de clarifier et différencier les problématiques, les acteurs ont convenu de parler de « santé mentale » avec l'approche large qu'elle suscite de la promotion de la santé à la prévention tertiaire<sup>11</sup>, voire à la postvention, qui vise le soutien et l'accompagnement de personnes touchées à différents titres par un décès par suicide. La santé mentale est ensuite déclinée selon deux axes : la souffrance psychosociale et les pathologies psychiatriques.

---

11 L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit trois niveaux de prévention :

- **La prévention primaire** : Ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas. En agissant en amont cette prévention empêche l'apparition des maladies, elle utilise l'éducation et l'information auprès de la population.
- **La prévention secondaire** : Ensemble d'actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. Intervient dans le dépistage de toutes les maladies et comprend le début des traitements de la maladie.
- **La prévention tertiaire** : Ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie. Agit en aval de la maladie afin de limiter ou de diminuer les conséquences de la maladie et d'éviter les rechutes. Dans ce stade de prévention les professionnels s'occupent de la rééducation de la personne et de sa réinsertion professionnel et sociale.

Besoins exprimés relatifs à la souffrance psychosociale	
Par les professionnels et bénévoles (1ère priorité)	Par les habitants (3ème priorité – évoqué dans 5 groupes)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- besoin d'écoute, d'orientation, de reconnaissance</li> <li>- contexte familial douloureux (passé, présent et sans vision d'avenir meilleur) lié à des difficultés économiques, un faible niveau de qualification</li> <li>- isolement</li> <li>- manque de confiance en soi, d'estime de soi</li> <li>- populations citées : les jeunes / les femmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'importance des liens avec les autres : écouter et être écouté</li> <li>- le besoin de s'occuper, de créer, de partager</li> <li>- le besoin de penser à soi, faire des choses pour soi</li> <li>- le travail comme premier facteur de stress</li> <li>- la relation humaine peut aussi est génératrice de souffrance (« chacun est dans sa bulle »)</li> <li>- la promiscuité / l'isolement social d'un quartier</li> </ul>

Besoins exprimés relatifs aux pathologies psychiatriques	
Par les professionnels et bénévoles (1ère priorité)	Par les habitants (évoqué dans 1 groupe)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- populations citées : personnes marginalisées, les jeunes</li> <li>- augmentation des troubles chez les jeunes / rajeunissement des personnes hospitalisées en psychiatrie</li> <li>- Quid des conséquences des conduites addictives sur la santé mentale ?</li> <li>- Absence de soins avec aggravation des troubles</li> <li>- Absence d'urgences psychiatriques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Communiquer sur les pathologies pour mieux les connaître, les comprendre (dédramatiser, lever des craintes et incompréhensions)</li> <li>- Renforcer l'écoute des malades (sentiment d'un déséquilibre entre le traitement médicamenteux et l'écoute – le relationnel)</li> <li>- Permettre aux malades psychiques de s'insérer dans la société</li> </ul>

## ➤ Addictions

<b>Besoins exprimés par les professionnels et bénévoles (2ème priorité)</b>	<b>Besoins exprimés par les habitants (évoqué dans 5 groupes sans caractère problématique)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problématique liée à la précarité, à la pauvreté, à la marginalité (fonction compensatoire, refuge du produit)</li> <li>- Au niveau des jeunes, baisse de la consommation de tabac par rapport à celle de l'alcool</li> <li>- Modification des modes d'alcoolisation</li> <li>- Consommation plus précoce et plus intense avec atteintes neurologiques</li> <li>- Un rapport à l'alcool ancré culturellement / familialement</li> <li>- L'association alcool et toxique en progression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impression que les messages de prévention concernant le tabac ont un impact sur la consommation (en baisse)</li> <li>- Etre en bonne santé, c'est ne pas fumer et ne pas boire ou du moins « pas trop boire »</li> <li>- L'alcool est parfois mauvais mais il est souvent associé à la fête, et n'a pas un caractère dangereux consommé en petite quantité</li> <li>- Certains habitants reconnaissent l'importance de lieux sans alcool</li> </ul>

## ➤ Accès aux soins

<b>Besoins exprimés par les professionnels et bénévoles (3ème priorité)</b>	<b>Besoins exprimés par les habitants (point évoqué dans tous les groupes car faisant l'objet d'une question spécifique)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lié à la pauvreté, précarité : difficulté ou frein premier = l'avance de frais médicaux</li> <li>- Lié au déni de la maladie (non reconnaissance d'une pathologie, peur du diagnostic,...)</li> <li>- Lié à l'absence de mobilité (pour consultations spécialisées ou professions paramédicales)</li> <li>- Lié à une méconnaissance, un non accès à l'information (complémentaire santé, repérage des structures...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les délais d'attente de rendez-vous chez les médecins spécialisés (ophtalmologie, gynécologie, ...)</li> <li>- Difficulté à repérer les services de garde la nuit et week-end (médecin généraliste, pharmacie)</li> <li>- Problème du coût (consultation, médicaments, complémentaire santé)</li> <li>- Difficulté du transport collectif pour accéder aux services de soins (notamment spécialisés)</li> <li>- Problème de l'accueil aux urgences pour des soins en psychiatrie (non adapté)</li> <li>- Absence de lieux d'écoute (à défaut de consultations chez le psychiatre)</li> </ul>

## 2-3- Les préoccupations de santé des habitants

A la question « être en bonne santé, c'est quoi? », on distingue deux tendances en fonction du contexte social. Pour les personnes en précarité, être en bonne santé c'est être bien dans sa tête (estime de soi, lien social); tandis que pour la population en général : c'est avoir une bonne hygiène de vie.

Les 9 groupes ont exprimé au cours de l'une ou l'autre des questions la thématique de l'alimentation : certains l'évoquent dès qu'on évoque les facteurs d'une bonne santé, d'autres la situe au niveau des préoccupations de santé, d'autres encore en parlent dans les actions à mener sur le quartier.

L'alimentation est souvent liée à d'autres préoccupations : les cancers ou maladies cardio-vasculaires ont été évoqués au niveau de 6 groupes, ou encore la pollution (contamination des denrées alimentaires). Le sommeil a également été cité dans 6 groupes.

<b>Besoins exprimés relatifs à l'alimentation</b>	
<b>Par les professionnels et bénévoles (10ème position)</b>	<b>Par les habitants (1ère priorité - évoquée dans tous les groupes)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Populations citées : personnes âgées, jeunes, personnes marginalisées, précarisées</li> <li>- Alimentation déséquilibrée (graisses, sucres, grignotage, plats préparés)</li> <li>- Obésité, surpoids</li> <li>- Carences alimentaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inquiétudes par rapport au caractère réellement sain des denrées alimentaires (pesticides ? Manger bio ?)</li> <li>-Questionnements autour des régimes / souhait de maigrir</li> <li>-Problème du pouvoir d'achat par rapport au « bien manger »</li> <li>-Education sur l'équilibre alimentaire à faire dès le plus jeune âge et auprès des parents</li> <li>- Des messages de prévention qui se contredisent / trop d'informations / ne sait plus que faire</li> <li>- Savoir préparer équilibré avec un petit budget</li> </ul>

<b>Relatifs au sommeil</b>	
<b>Par les professionnels et bénévoles (7ème position)</b>	<b>Par les habitants (3ème priorité - évoqué dans 6 groupes)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Lié à la maladie, à l'angoisse, au stress, à la solitude, à l'inactivité</li> <li>-Lié aux médicaments</li> <li>-Rythme jour / nuit perturbé</li> <li>-Populations citées : enfants, jeunes, malades psychiques, personnes marginalisées</li> <li>-Méconnaissance / manque d'information en direction des parents sur les rythme et sommeil des enfants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le sommeil est positionné comme capital dans la santé</li> <li>- Consommation importante de somnifères</li> <li>-Méconnaissance de la population sur l'évolution des besoins de sommeil en fonction de l'âge</li> <li>- Sommeil perturbé / irritabilité</li> <li>- Rythme jour / nuit inversé ou décalé</li> </ul>

Le bien-être psychique est évoqué par 7 groupes dans la définition de la santé, et par 4 groupes comme préoccupation de santé (cf. tableau sur les besoins relatifs à la souffrance psychosociale).

Concernant le thème des addictions, les points de vue des habitants sont partagés :

- d'après certains, les messages de prévention ont un impact (tabac, alcool)
- pour d'autres, il existe une consommation de tabac ou alcool mais elle est limitée à une tranche d'âge ou à une occasion (caractère ponctuel)
- un seul groupe (le GEM) évoque la question de l'alcool et des drogues comme problématique

Concernant l'accès aux soins, aucune problématique forte n'apparaît; ont cité les difficultés suivantes :

- problème du coût des soins, des médicaments, de la complémentaire santé
- problème de l'accès aux services de santé (transport et mobilité réduite)
- problème de l'accueil (se sentir plus client que patient, peu d'écoute,...)

## **Conclusion :**

L'enjeu de ce diagnostic territorial partagé est de formuler des préconisations d'orientations :

- correspondant aux besoins de santé de Morlaix Communauté,
- et entendues comme prioritaires par l'ensemble des acteurs.

Ainsi, la démarche de l'atelier santé ville est la résultante :

- de données qualitatives et quantitatives,
- de réalités locales et préconisations régionales, voire nationales en matière de santé.

Le projet local de santé a donc été défini :

- comme une déclinaison opérationnelle du PRAPS ;
- comme un outil pour tenter de réduire la mortalité prématurée telle qu'elle est observée par l'ORSB sur le territoire de Morlaix Communauté ;
- comme un moyen d'impliquer et soutenir les acteurs locaux (dont les habitants) pour favoriser la promotion, la prévention, et l'accès à la santé et aux soins pour tous, y compris les personnes les plus en difficulté.

### I- L'ATELIER SANTE VILLE : UNE DEMARCHE TERRITORIALE ET PARTENARIALE

#### 1-1- Les missions de l'ASV

L'atelier santé ville a un cadre général qui répond au cahier des charges défini par l'Etat dans la circulaire du 04/10/2006. Dans le respect de ce cadre, chaque ASV développe des stratégies d'observation, d'intervention, d'évaluation, propre au territoire sur lequel il est défini. Or « la notion de territoire ne peut être dissociée de la notion de société. [...] La lecture du territoire ne peut se comprendre sans référence au groupe social qui le structure. [...] C'est une entité géographique et sociale qui donne du sens à l'action des hommes [...] pour agir au plus près du lieu de vie des individus. »<sup>12</sup> A partir de cette référence, les missions et l'organisation de l'atelier santé ville sur le territoire de Morlaix Communauté doivent correspondre aux attentes et besoins des forces vives locales que sont globalement les habitants eux-mêmes et plus spécifiquement les associations, les institutions, les élus. C'est pourquoi au cours du diagnostic les acteurs ont été interrogés sur les attentes qu'ils avaient vis-à-vis de l'atelier santé ville. Pour les habitants, il est difficile d'exprimer des attentes par rapport à un dispositif. Toutefois au travers des échanges a souvent été exprimé le souhait d'être mieux informer en matière de santé, de renforcer la communication sur des sujets perçus comme tabou (la maladie psychique, l'alcoolisme,...) ou sur des maladies fréquemment évoquées tels que les cancers ou les maladies cardio-vasculaires. **Informer, communiquer, sensibiliser le grand public** est donc une mission exprimée du côté des habitants.

Du côté des professionnels et des bénévoles, les missions de l'ASV se répartissent en deux grands volets :

#### **1- Coordination et mutualisation**

- aider au repérage et à la connaissance des différents acteurs et réseaux
- conforter le réseau existant (celui-ci permet de connaître l'existant (en terme d'actions, de fonctionnement,...), et de suivre l'évolution des missions des uns et des autres)
- favoriser la coordination entre les acteurs en décloisonnant les secteurs sanitaire, social, socio-culturel / Encourager le travail en réseau
- permettre une plus grande cohérence entre les acteurs du réseau
- informer : aide à la transmission des informations
- diagnostiquer dans l'optique de créer, de faire

<sup>12</sup> Cf. Olivier David (maître de conférence en géographie) , Agir à l'échelon des territoires : une évidence, des risques, dans La santé de l'homme, n°383, mai – juin 2006, INPES.

## 2- Développement et accompagnement

- initier et / ou accompagner des actions partenariales autour de la santé (information, sensibilisation,...)
- être ressource aux structures, collectivités, associations pour développer des actions santé
- faire émerger des moyens en terme d'accès aux soins des personnes démunies, fragilisées.

### 1-2- La dynamique de l'ASV : acteurs et enjeux de mobilisation

#### ➤ Place et implication de la population

Dans les domaines socio-culturel, social, éducatif, la participation de la population est une optique de plus en plus recherchée, et pourtant elle reste encore trop souvent difficile à atteindre. Individualisme ? Repli sur soi ? Manque d'ouverture ? La non implication serait-elle plus facilement décriée qu'observée, analysée ? Est-ce le fait d'évolutions sociétales ou est-ce une inadaptation des modes d'intervention ? A ces questions ne correspond pas une réponse ; mais se pose là un enjeu central de l'ASV : questionner les pratiques. Cet exercice peut déranger parce qu'il est par nature déstabilisant ; pour autant, la remise en question aide à retrouver le sens de ce qu'on fait et surtout à repositionner la personne au coeur de la démarche.

L'évaluation des premiers ASV faisait apparaître combien « *la question de l'implication des habitants apparaît souvent comme un objectif difficile à réaliser* :

- *du côté de la population, un travail de conscientisation sur les enjeux de l'implication du profane dans un secteur traditionnellement dominé par l'expert, ainsi que sur les conditions d'accès aux moyens permettant l'exercice des droits et responsabilités inhérents à la participation sociale dans le champ de la santé, s'avère souvent nécessaire mais difficile à réaliser, parce que contraire à l'ordre établi qu'il s'agit justement de mettre en question, et à contre courant des tendances culturelles dominantes qui privilégient l'individualisme au collectif,*
- *du côté des institutions responsables, la participation des habitants suppose également un certain nombre de conditions, au premier rang desquelles la sécurisation des professionnels et dispositifs sanitaires et sociaux qui risquent d'être déstabilisés, voire paralysés, par l'intrusion d'un tiers qui habituellement se trouve « de l'autre côté du guichet », et ne connaît ni peut partager les règles intimes du système. »<sup>13</sup>*

Si des professionnels adhèrent difficilement à ce type d'analyse, il n'en demeure pas moins que l'opposition experts – profane remet en cause le concept même de la participation. Ce n'est pas pour autant que la conceptualisation n'a elle-même plus sa place. Mais elle s'inscrit dans un jeu d'aller –

<sup>13</sup> cf. « Etat des lieux sur la construction de la démarche ASV octobre – novembre 2003 », Etude auprès de 27 ASV réalisée par Fernando Bertolotto, sociologue – consultant en Santé Publique et la Délégation Interministérielle à la Ville.

retour et de réciprocité entre pratique et théorie, l'une se nourrissant de l'autre. Ainsi, la place de chacun est reconnue ; une communication peut s'instaurer ; la participation est encouragée.

L'atelier santé ville entend soutenir la place des habitants dans les projets de santé, et optimiser leur participation effective. Celle-ci sera progressive car elle repose sur une évolution des représentations, le respect des points de vue, et l'instauration de relations de confiance.

### **➤ Sensibilisation et engagement des élus**

La santé, par définition, est transversale à de nombreuses compétences dévolues aux collectivités locales : le logement, le travail, les loisirs, les conditions de vie. L'enjeu est de faire valoir auprès des élus ce dispositif comme un outil d'observation, d'identification, et d'amélioration de l'état de santé de la population. Il s'agit d'apporter aux communes des moyens complémentaires :

- pour répondre à des préoccupations qu'elles portent déjà,
- pour prendre en compte la dimension santé dans tout projet concourant au développement humain,
- pour assurer l'équité en matière de santé entre les communes, dans la communauté d'agglomération et entre les habitants.

Actuellement, l'équité en matière de santé n'est pas atteinte. En ouvrant le débat avec les élus sur les freins à l'accès à la santé et aux soins à l'échelle de leur commune et de la communauté d'agglomération, l'atelier santé ville favorise l'expression de ces réalités qui sont le reflet d'inégalités sociales et territoriales. Les élus choisissent ensuite de les prendre en compte et de tenter de lever ces freins, ou d'en être informé mais de ne pas agir pour diverses raisons qui leur incombent. L'élément central de l'atelier santé ville est de susciter, auprès des élus, des questionnements, donc de l'intérêt, et par conséquent une considération, vis-à-vis de conditions d'existence génératrices d'inégalités de santé sur le territoire de Morlaix Communauté.

L'observation de l'état de santé de la population, et notamment des personnes en situation de précarité, doit permettre de poser des choix politiques de prise en compte ou pas des problématiques de santé diagnostiquées. Ces choix politiques doivent être réfléchis; il ne s'agit donc pas de définir une politique territoriale de santé dès la création de l'atelier santé ville. L'atelier santé ville est un dispositif pour accompagner la collectivité à penser la santé pour tous. Sa fonction première est de sensibiliser dans le but d'une appropriation progressive des questions de santé dans les politiques locales.

## ➤ Pluridisciplinarité et interrelation de professionnels

Dès son lancement, l'atelier santé ville s'est voulu mobilisateur en menant un diagnostic partagé par des acteurs de divers domaines et niveaux d'intervention, pour aboutir à la mise en oeuvre d'un projet local de santé tout aussi partagé, qui fasse consensus. Si cette orientation est fréquemment annoncée dans des démarches de projet à caractère social, il n'en demeure pas moins que sa concrétisation reste parfois limitée. En effet, la confrontation de différentes cultures professionnelles est source de débat d'idées, de décloisonnement, donc d'ouverture, mais elle peut aussi susciter des crispations, des incompréhensions, qui conduisent alors à des blocages, voire des retraits.

Depuis le lancement de l'atelier santé ville, ce sont plus de 70 professionnels, bénévoles et élus qui ont participé. La proportion de représentants du secteur social est forte même parmi les professionnels du centre hospitalier puisque ce sont majoritairement les assistants de service social qui participent aux réunions de l'atelier santé ville. Pour autant, les informations relatives à ce dispositif sont transmises aux directions du centre hospitalier et à la clinique de la baie. Un renforcement des relations avec les médecins libéraux doit être opéré. Il est difficile de parvenir, dans le cadre d'une démarche réunissant employés et libéraux, à adopter un fonctionnement qui satisfasse l'ensemble des partenaires. Les uns et les autres ont des rythmes et des contraintes de travail différents, une perception de l'engagement professionnel différente. Ce n'est donc pas tant sur le fond de la démarche que des blocages apparaissent, mais sur la forme.

La pluridisciplinarité se travaille; elle est évolutive et sera continuellement à réajuster. Les formations professionnelles demeurant très sectorisées, l'interrelation des professionnels se réalise sur le terrain et donc se découvre dans les pratiques. L'atelier santé ville soutient ces interrelations : il les initie, les développe, les consolide. Les interrelations concourent au mieux-être à deux niveaux :

- du côté des personnes précarisées, les interrelations entre les professionnels favorisent la réactivité, la cohérence, et donc un meilleur soutien à la personne ;
- du côté des professionnels, elles favorisent l'entraide, la compréhension, la prise de recul, et donc une confiance en soi renforcée qui influe sur la disponibilité vis-à-vis de la personne aidée.

Des interfaces sont ainsi plus particulièrement à travailler :

- santé / social
- psychiatrie / social / insertion / santé
- santé / jeunesse
- établissements de santé / acteurs locaux
- population / professionnels

### 1-3- L'organisation de l'ASV<sup>14</sup>

#### **➤ La coordination**

Coordonner le dispositif de l'atelier santé ville suppose de s'inscrire dans une optique de développement social territorial. Les enjeux de cette coordination sont de trois ordres :

- l'approche territoriale globale
- l'approche spécifique des populations fragilisées
- l'approche sanitaire

Cette triple approche pose le cadre de la démarche que la coordination doit respecter.

La coordination a pour compétence de :

- identifier et collecter des données
- coordonner les actions et les ressources
- organiser les échanges entre les institutions et les acteurs de proximité
- organiser la participation de la population
- maîtriser l'ingénierie de projet
- savoir communiquer
- intégrer les dynamiques territoriales

Les relations avec les acteurs peuvent prendre différentes formes - individuel ou collectif, formel ou non formel – selon les contextes et les enjeux.

#### **➤ Les groupes de travail**

Les groupes de travail sont les instances opérationnelles de l'atelier santé ville. Ils sont le lien entre le terrain et les institutions. Ils donnent sens, cohérence et dynamisme au projet local de santé.

Un groupe de travail est thématique et / ou territorial. A partir d'une problématique de santé diagnostiquée, ou d'un territoire identifié comme mobilisateur d'une démarche de santé portée par les habitants, le groupe de travail aide à décrypter les enjeux et les leviers ; il est force de propositions, mobilisateur, initiateur d'actions.

Le groupe de travail est le lieu de la concertation opérationnelle, du renforcement des relations interprofessionnelles, de la réflexion, de la communication, de l'information.

---

14 Annexe 8 : Organigramme de l'ASV

## ➤ Les instances de pilotage

Les instances de pilotage se situent à trois niveaux :

1- Les partenaires institutionnels du champ santé – précarité : le groupe projet ASV

Cette instance est propre à l'ASV. Elle est chargée de suivre, orienter et évaluer les projets menés dans le cadre de l'ASV. C'est un groupe institutionnel chargé d'interroger le sens des actions, relier le terrain et le politique, soutenir et conseiller l'approche méthodologique et partenariale, informer des évolutions politiques.

2- Les partenaires du Contrat Urbain de Cohésion Sociale : le comité opérationnel et le comité de pilotage – CUCS

L'atelier santé ville étant un dispositif du CUCS, tout projet de santé doit être validé par le comité de pilotage.

3- Les élus de Morlaix Communauté : la commission cohésion sociale et le conseil de communauté

Tout projet de santé sollicitant une aide financière auprès de Morlaix Communauté doit être instruit par la commission cohésion sociale, puis voté par le conseil de communauté.

## II- LE PROJET LOCAL DE SANTE

### 2-1- Pourquoi un « projet local de santé » ?

La notion de projet induit plusieurs idées :

- ébaucher, concevoir
- mûrir, nourrir le projet (évolution / ajustement)
- proposer, mettre en perspective pour un temps donné (feuille de route / guide)
- étudier, expérimenter, oser.

D'un point de vue philosophique, le projet correspond à tout ce par quoi l'homme tend à modifier le monde ou lui-même dans un sens donné.

C'est en référence à ces définitions que l'intitulé de « projet local de santé » est déterminée. Le projet local de santé défini pour la période 2007 – 2009 est le support – cadre qui guide les démarches santé – précarité à entreprendre sur le territoire de Morlaix – Communauté. Il pose un état des lieux contextuel, par rapport auquel des orientations sont préconisées, et des actions déclinées. Ces dernières ont un caractère prévisionnel. Le projet est une mise en avant de réalisations souhaitées mais dépendantes de paramètres temporels, institutionnels, humains,... Son évaluation permet de mesurer les écarts entre la projection et la réalisation, et d'analyser les effets produits, les changements opérés par le projet.

## 2-2- Orientations et axes de travail

➤ **Objectif général du projet** : Réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé

➤ **3 orientations stratégiques** :

- 1- Développer une démarche de santé avec les habitants dans leur quartier ou leur commune
- 2- Renforcer le soutien aux professionnels et bénévoles des champs sanitaire et social
- 3- Améliorer l'accès aux droits et aux soins

➤ **5 priorités d'actions** :

- 1- L'alimentation
- 2- L'estime de soi
- 3- Le sommeil
- 4- Les addictions
- 5- La santé mentale

### **ORIENTATION 1- Une démarche de santé globale avec les habitants dans leur quartier et ville**

La santé est un sujet difficile à aborder par les habitants, notamment les personnes précarisées. Au cours des rencontres sur les quartiers, la coordinatrice ASV et les animateurs ont constaté que la santé était perçue de façon globale et pas uniquement du côté du soin. Les priorités - hygiène de vie et bien-être psychique – en sont le reflet. C'est pourquoi avec les habitants une approche promotionnelle de la santé semble avoir tout son sens. En effet, par définition, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire, elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.

L'intervention en promotion de la santé vise entre autre à :

- créer des milieux favorables en évaluant systématiquement des effets du milieu sur la santé ;
- renforcer l'action communautaire grâce à la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions ;
- acquérir des aptitudes individuelles permettant aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci ;
- entrer dans l'avenir. La santé est engendrée là où les gens vivent, aiment, travaillent et s'amusent. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie.

## **AXE 1-1 : L'ALIMENTATION**

L'alimentation peut être le but comme le moyen. C'est-à-dire que l'alimentation en tant que telle contribue à l'état de santé de la personne, mais que l'alimentation peut aussi être support pour agir sur des facteurs de santé mentale et d'addictologie.

### Objectifs généraux :

#### ⇒ *en tant que but*

- 1- informer, accompagner, orienter les habitants vers des choix alimentaires visant l'équilibre nutritionnel, facteur de prévention de maladies
- 2- développer, créer, mutualiser, avec les habitants, les moyens d'une alimentation équilibrée et peu coûteuse
- 3- dans une logique d'éducation populaire, permettre aux habitants de partager leur savoir-faire culinaire et de « populariser » la gastronomie.

#### ⇒ *en tant que moyen*

- 4- encourager le développement d'actions autour de l'alimentation afin de travailler la question de l'estime de soi (l'image de soi, le lien aux autres, la reconnaissance et l'implication sociales)

## **AXE 1-2 : L'ESTIME DE SOI**

Les habitants ont exprimé des besoins s'inscrivant dans le champ du bien-être psychique. Cela a été évoqué par 7 groupes dans la définition de la santé, et par 4 groupes comme préoccupation de santé. Les échanges portaient essentiellement sur le besoin de rencontrer du monde, de se sentir utile, de se réaliser,... Les professionnels et bénévoles ont liés ces besoins et préoccupations d'habitants à la thématique de l'estime de soi.

### Objectifs généraux :

#### ⇒ *en tant que but*

- 1- accompagner les personnes dans une optique de valorisation pour un développement de leur compétences psychosociales
- 2- renforcer la confiance en soi par l'écoute, la considération
- 3- encourager les démarches collectives (dans la mesure du possible), sources de lien, d'affirmation, d'identité.

#### ⇒ *en tant que moyen*

- 4- agir sur les facteurs renforçant l'estime de soi pour permettre à chacun d'occuper sa place de citoyen d'un quartier, d'une ville.

## **AXE 1-3 : LE SOMMEIL**

Le sommeil a été évoqué par 5 groupes et la question était perceptible dans un 6ème groupe.

Le sommeil est une fonction vitale évoquée par les habitants et perçue comme capital et problématique, d'après les adultes rencontrés au cours du diagnostic. Ce thème ayant été rapidement abordé par les habitants, et non évoqué par les professionnels et bénévoles, il semble intéressant de mener une phase exploratoire permettant de mieux cerner les axes de travail à développer, et la manière de les mettre en oeuvre sur les quartiers.

Objectifs généraux :

- 1- échanger avec les habitants sur leurs interrogations ou préoccupations par rapport au sommeil
- 2- évaluer plus particulièrement les besoins liés au respect du rythme de chacun, et par conséquent du sommeil
- 3- définir les moyens d'actions favorables à l'implication des habitants pour répondre aux besoins et attentes exprimés

**Les maladies liées à l'environnement, aux comportements humains** (cancers, maladies cardiovasculaires,...) ont été évoquées dans 6 groupes d'habitants également. Les acteurs de l'ASV ont suggéré que cette préoccupation de santé exprimée par les habitants sont transversales aux trois priorités de santé déclinées précédemment, et donc aborder, dans un premier temps, par le biais de l'alimentation, du rapport à soi et aux autres, et des rythmes de vie.

## **ORIENTATION 2- Un soutien en direction des professionnels et bénévoles des champs sanitaire et social**

### **AXE 2-1 :**

#### **ADDICTIONS : POSITIONNEMENT DES PROFESSIONNELS ET BENEVOLES DANS LA RELATION D'AIDE**

Les professionnels et bénévoles évoquent fréquemment les difficultés qu'ils rencontrent à pouvoir réellement exercer leur mission, du fait de problématiques de santé qui bloquent la personne dans la réalisation de démarches. De plus, cette problématique de santé est d'autant plus difficile à soulever lorsqu'il s'agit d'une addiction et que la personne est dans le déni vis-à-vis de ce problème.

Au travers de cet axe, nous avons privilégié une approche plus large « addictions », l'approche

spécialisée « addictologie » renvoyant la problématique du côté du soin, et « alcool - cannabis » du côté du produit. L'axe ainsi posé aborde la question de la posture du professionnel ou bénévole pour pouvoir continuer à accompagner, et à se situer dans le soutien à la personne en souffrance, et ne pas se sentir elle-même démunie, ayant le sentiment de ne plus assurer sa mission.

Il est apparu un réel décalage entre les besoins exprimés par les professionnels et bénévoles en matière d'addictions, et la non expression des habitants d'une problématique sur ce même thème. Le regard des professionnels et bénévoles atteste de la nécessité de travailler la question des addictions tout en interrogeant posément et précisément les leviers possibles pour mener un travail avec les habitants, sur un problème qu'ils n'expriment pas, mais pour autant qu'ils vivent. Le sujet serait-il tabou ? La parole des habitants doit guider le choix des actions à créer.

Pour les professionnels, aborder la question de l'alcool avec un usager ou habitant n'est pas toujours évident. Le Point santé et le CCAA peuvent être soutien aux professionnels, bénévoles, ou élus pour échanger sur une situation particulière. Mieux communiquer sur ce soutien auprès des acteurs sociaux et notamment les structures de quartiers proches des habitants est essentiel. De plus, inscrire la thématique « addictions » dans une approche familiale permettrait de prévenir à différents niveaux : la sensibilisation des parents, la sensibilisation des enfants à partir de 10 ans, le soutien à l'entourage,...

Par ailleurs, les accompagnants s'interrogent sur les moyens dont ils disposent pour aider des personnes déjà consommatrices. Que faire pour toucher le public en rupture, très éloigné des actions de prévention orientées « grand public » ? Ces personnes ont besoin d'être accompagnées, d'être mises en lien par les professionnels, ou bénévoles. La difficulté d'aborder les questions des toxiques (et plus fréquemment l'alcool) questionne alors la capacité à se positionner dans une posture d'écoute, d'aide et d'orientation face à ces problématiques. D'où les questions de temps disponible pour assurer cet accompagnement renforcé, de lisibilité des ressources et initiatives locales, de volonté et légitimité des acteurs à « aller vers ».

### Objectifs généraux :

1- favoriser la connaissance entre les acteurs pour renforcer les soutiens entre les différents secteurs d'intervention, et ainsi :

- aider les professionnels et bénévoles à prendre du recul par rapport à leur pratique
- optimiser l'accompagnement par une coopération renforcée et une orientation facilitée

2- accompagner les professionnels et bénévoles dans l'écoute active

3- à partir des actions de prévention existantes ou ayant existé, porter un regard critique sur la prévention pour optimiser les initiatives en la matière.

**AXE 2-2 :****SANTE MENTALE : RENFORCEMENT DES COOPERATIONS INTERSECTORIELLES**

Le champ de la santé mentale est vaste et perçu différemment selon les champs d'intervention des acteurs. Ainsi, pour que le renforcement des coopérations intersectorielles s'opère une meilleure connaissance des organisations et fonctionnements des secteurs sanitaire et social est indispensable; de même que le partage de références communes en matière de santé mentale.

Objectifs généraux :

- 1- aider au repérage et à la connaissance des ressources locales dans le domaine de la santé mentale
- 2- favoriser la connaissance entre les acteurs par le partage d'une culture commune en santé mentale
- 3- identifier les niveaux d'intervention des différents acteurs pour agir en complémentarité, pour un accompagnement global et concerté des personnes en souffrance

**ORIENTATION 3- Une amélioration dans l'accès aux droits et aux soins**

Cette thématique concerne autant les habitants que les professionnels et bénévoles, c'est pourquoi elle fait l'objet d'une orientation particulière du projet local d'actions de santé.

Parfois, en tant que professionnels, bénévoles, élus, n'exigeons-nous pas trop de la part de personnes qui, quotidiennement, sont au carrefour de nombreuses démarches : insertion, sociale, alimentaire,... ? Les démarches de santé qui s'inscrivent dans le temps et se projettent, deviennent alors difficiles à tenir, car non prioritaires dans leur vécu quotidien. Ce dernier n'est que difficulté, problème, obstacle ; l'énergie que les personnes doivent déployer pour ne pas sombrer est déjà telle qu'elles parviennent difficilement à avoir encore de la ressource pour être dans la prévention.

La notion de temps est différente entre les professionnels, bénévoles, élus et les personnes en précarité. Les premiers se projettent de plus en plus loin avec des agendas de plus en plus remplis où les initiatives de dernières minutes deviennent difficiles à tenir ; les seconds quant à eux vivent au jour le jour et dans une logique d'immédiateté. La rencontre de ces deux mondes provoque inévitablement incompréhension, frustration et parfois violence. Où et comment placer l'écoute dans ce contexte ? Comment dépasser la logique de l'urgence pour développer davantage la prévention ?

Le recours aux soins au Point Santé est lié à l'avance de frais et à l'absence de mutuelle. Pour les travailleurs sociaux, l'existence du Point Santé sur la ville de Morlaix est essentielle. Pour certains, il

s'agit de lui garantir son fonctionnement sur du long terme. Pour d'autres, ce Point Santé devrait être renforcé : davantage de consultations (médecin, psychologue, psychiatre, infirmier...), et décentralisé sur le territoire de Morlaix Communauté. Il faut rappeler malgré tout que le Point Santé doit être une passerelle vers le système de soins ordinaire. Une information en direction des professionnels et bénévoles sur l'évolution des droits et dispositifs permettrait à ces derniers d'être relais en matière d'accès aux droits, et par conséquent d'accès aux soins.

L'Atelier Santé Ville ne pourra pas répondre au déficit de l'offre en soins spécialisés (notamment au niveau de la psychiatrie). Pour autant, nous pouvons travailler ensemble – médical et social - sur les leviers à activer pour rendre ce déficit « vivable », « supportable ».

### Objectifs généraux :

- 1- réactualiser les connaissances sur les droits en matière de santé auprès des professionnels et bénévoles dans l'optique de renforcer la communication
- 2- approfondir la question du recours aux soins à l'échelle locale afin d'évaluer s'il y a problème ou pas en la matière
- 3- améliorer le positionnement du bilan de santé dans le cadre de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité

## 2-3- Programme d'actions<sup>15</sup>

### **➤ Des acteurs différenciés**

Chacun, en fonction de son rôle social, exprime des attentes et tient une place particulière en matière de santé. Ainsi, le programme d'actions du projet local de santé rassemble trois catégories d'acteurs :

#### 1- Les habitants, usagers, citoyens

Ces trois terminologies désignent un même public : la population. Mais que l'on soit professionnel dans une structure fermée, ou bénévole dans une association de quartier, ou élu, on parlera respectivement de l'usager, de l'habitant et du citoyen. Le regard porté sur la population change en fonction du rapport que l'on a avec elle.

Ces trois visions de la population expriment aussi que l'implication dans des actions de santé peut se faire de différentes manières et dans différents contextes, selon que l'on se situe en tant qu'habitant d'un quartier ou d'une commune, usager d'un service ou d'une association, citoyen face à des droits et devoirs,... En ce sens, la santé est l'affaire de tous.

---

<sup>15</sup> Annexe 9 : programme d'actions du projet local de santé

## 2- Les élus

Les élus par les politiques menées influent sur l'état de santé de la population. Il s'agit alors de soutenir le développement d'une politique locale de santé pour une approche globale du mieux-être de la population.

## 3- Les professionnels et bénévoles

Les professionnels et bénévoles du social et de la santé jouent un rôle capital dans la réduction des inégalités sociales en matière de santé. Les personnes les plus éloignées de l'accès à la santé sont les plus fragilisées socialement, économiquement, psychologiquement. Pour réduire ou prévenir les écarts entre catégories sociales en matière de santé, un accompagnement des personnes en souffrance est indispensable. C'est ainsi que le renforcement des coopérations entre les secteurs d'intervention doit être pensé dans l'intérêt premier de la personne.

## **➤ Des actions adaptées**

### 1- Les actions participatives de proximité

Celles-ci visent à encourager et favoriser la participation de la population dès la conception d'une action. Un thème est posé par les habitants. A partir de là, l'atelier santé ville accompagnera les démarches d'habitants visant à construire des actions répondant à leurs préoccupations.

### 2- Les actions passerelles

Il s'agit d'outiller des structures de quartier ou de proximité à développer une approche santé dans le cadre de leurs missions habituelles.

### 3- Les formations – actions

Ce type d'actions repose sur le principe que formation et action peuvent être développées en parallèle. Pour mener des actions cohérentes par rapport aux besoins exprimés, au territoire, aux objectifs visés par les acteurs, la formation permet de réfléchir au sens donné à l'action, de conceptualiser les pratiques.

### 4- Le travail en réseau

Le travail en réseau aide à la coordination des actions, à la mutualisation des moyens, à la cohérence des interventions, à l'accessibilité aux droits, services, et animations.

### 5- L'information – la sensibilisation

La santé interroge, dérange aussi parfois. Parce qu'elle touche à l'intimité, de nombreux sujets restent non abordés par la population, ou réservée au domaine de l'expertise. Pourtant, chacun peut être confronté à un moment de sa vie à une difficulté de santé, et se sentir démuné face à cette difficulté

parce qu'il a le sentiment d'être seul, ne sachant où trouver un soutien.

La sensibilisation consiste à faire tomber des tabous, et à renforcer l'accès à l'information.

## 6- L'observation / diagnostic

Un territoire est en constante évolution. Les données statistiques sont actualisées à 2 ou 3 ans près. De plus, le champ de la santé est tellement vaste qu'un diagnostic global ne peut pas éclairer finement sur des problématiques qui se spécifient de plus en plus. C'est pourquoi le maintien d'une observation des évolutions locales en matière de santé, et une recherche affinée sur des problématiques exprimées, doivent être poursuivis.

### **➤ Un projet global partagé**

Pour que le projet local de santé conserve sa dimension partagée, sera organisé un temps fort annuel de partage et de mise en lien des actions menées sur le territoire. Le but de ce rassemblement est de permettre à tous les acteurs de découvrir et échanger ensemble sur la globalité des actions qui ont émergé de l'Atelier santé ville.

## **III- EVALUATION DE L'ATELIER SANTE VILLE**

### **3-1- La méthode d'évaluation**

L'évaluation se définit globalement comme un processus d'observation et de comparaison. A partir des constats posés à l'origine de l'atelier santé ville, en 2007, l'évaluation doit permettre de mesurer les changements et évolutions opérés par ce dispositif au cours des années 2008 et 2009.

La méthode d'évaluation revient à :

- constituer un réseau de correspondants sur le terrain : les référents thématiques épaulés par le groupe projet ASV
- construire deux grilles d'observation des données :
  - l'une par rapport à chacune des priorités de santé définies
  - l'autre par rapport à chaque type d'actions menées
- définir un protocole de recueil : périodicité, mode d'observation,...

L'évaluation doit également permettre de repérer les éventuels effets non attendus, qu'ils soient positifs ou négatifs découlant de l'engagement des dynamiques de projet, et plus globalement de la coordination. L'évaluation doit toujours permettre de travailler sur le contexte des projets, les opportunités, et les contraintes rencontrées.

### 3-2- Les indicateurs d'évaluation

La finalité de l'ASV étant de réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé, cela revient à dire que l'ASV doit favoriser l'égal accès pour tous à la santé. Le développement de moyens, d'outils, de techniques d'accompagnement doit permettre de rapprocher des publics éloignés de la santé.

Pour évaluer ce rapprochement, certains paramètres doivent être pris en compte :

- facteurs d'éloignement identifiés,
- supports de rapprochement mis en place,
- modalités effectives de participation du public ciblé, de la communauté et des professionnels,
- zones de droit commun participant à la démarche (interactions et partenariat permettant de modifier les conditions d'accès, changement dans la maîtrise des droits et recours pour les publics).

Les indicateurs d'évaluation des missions de coordination :

- nombre d'actions développées en direction du grand public
- nature des actions développées
- nombre d'acteurs impliqués dans l'ASV
- origines professionnelles
- nature des relations développées entre les acteurs de l'ASV
- contacts pris entre les acteurs en dehors des temps formalisés de l'ASV
- nature des soutiens apportés aux acteurs à leur demande
- nombre de situations sociales accompagnées en réseau

Les indicateurs d'évaluation des actions participatives de proximité :

- Nombre d'actions créées avec l'appui de l'ASV sur les quartiers prioritaires  
Nombre d'habitants mobilisés sur ces actions
- Niveau de mobilisation de la population (mise en oeuvre, relais, participant,...)
- Modes de mobilisation développés

Les indicateurs d'évaluation des actions passerelles :

- Nombre et champ d'intervention de structures « relais santé »
- Nombre de professionnels « relais santé » au sein de ces structures
- Nombre de bénévoles « relais santé » au sein de ces structures
- Nombre d'accompagnements assurés en matière de santé

Les indicateurs d'évaluation des formations – actions :

- Nombre de participants

- Secteurs d'intervention représentés
- Niveau de satisfaction des participants
- Nombre et nature des actions initiées à la suite d'un temps de formation

Les indicateurs d'évaluation du travail en réseau :

- Usage effectué par l'annuaire « santé mentale - addictions » (consultation, transmission,...)
- Intérêt porté par les acteurs au « calendrier RDV santé et social »
- Nombre de personnes ayant bénéficié d'un parcours « bilan de santé » entre 2008 – 2009
- Nombre de structures partenaires associés au parcours « bilan de santé »
- Nature des stratégies d'accompagnement social / santé mises en oeuvre
- Nature des partenariats dans le cadre de l'accompagnement social / santé

Les indicateurs d'évaluation des actions en direction des élus :

- Nombre d'élus mobilisés sur l'ASV
- Nature des demandes des élus en matière de santé – précarité
- Nature de la mobilisation des élus dans la mise en oeuvre d'actions santé – précarité

## CONCLUSION

Au regard du fort intérêt porté par les acteurs dans l'élaboration du projet local de santé, l'atelier santé ville du Contrat Urbain de Cohésion Sociale de Morlaix Communauté a pour enjeu de répondre à deux réalités. La première de ces réalités est que l'ensemble du territoire intercommunal est concerné par le précarité ; si celui-ci est variable d'une commune à l'autre, et tout particulièrement entre la ville de Morlaix et les communes rurales, des situations difficiles se rencontrent en tout point du territoire d'après les acteurs sociaux. Une meilleure accessibilité à la santé doit donc être favorisée par le développement ou le renforcement d'actions de prévention, en portant une attention particulière à lever l'isolement social. La deuxième réalité est la variabilité de la prise en compte des questions santé – précarité par les élus. Au risque de caricaturer, certains élus se préoccupent de la santé lorsque un problème de santé paralyse toute avancée sociale : la démarche de prévention n'a alors plus de sens, et parfois le retour aux soins est très compliqué. D'autres élus, par contre, ne perçoivent aucune difficulté particulière de santé par rapport à des personnes en situation précaire. Cela signifierait-il que ces difficultés n'existent effectivement pas, ou que les personnes n'expriment pas leurs difficultés sociales et / ou de santé, et notamment auprès des élus ?

L'atelier santé ville doit permettre de répondre à ces interrogations et de mieux comprendre ce qui se joue sur le territoire sur la thématique santé – précarité. L'observation du contexte sanitaire et social, et la sensibilisation des acteurs sur les questions de santé sont en soi deux visées importantes de la démarche atelier santé ville qui garantiront le développement d'une politique de réduction des inégalités de santé, respectueuse des libertés individuelles, tournée vers l'intérêt général, et inscrivant le bien-être comme élément fondamental du développement humain.

Par les rencontres avec les habitants des quartiers prioritaires, la coordinatrice de l'ASV et les professionnels des structures de quartier perçoivent l'état de santé dégradé de personnes fragilisées. Le diagnostic a mis en exergue le peu d'engouement des personnes démunies à parler de la santé et à s'en préoccuper. « Il faut être riche pour se permettre une dépression. En fait, il faut avoir quelque chose à perdre. Les précaires présentent une atteinte profonde à l'estime de soi. La souffrance et la maladie font partie de leur vie... Ils ne sont jamais bien, mais ils ne le savent même plus. »<sup>16</sup> L'ASV doit soutenir la place de l'utilisateur, habitant et citoyen et surtout interroger la manière de mobiliser et impliquer pour défendre la participation.

<sup>16</sup> Jacques Ségal, membre fondateur de l'association Médecins Bénévoles de Maurepas (Yvelines) - Extrait de la revue *Convergence*, *Les inégalités ruinent la santé*, n°285 octobre 2008, Secours Populaire Français

# ATELIER SANTE VILLE – MORLAIX COMMUNAUTE

## PROJET LOCAL DE SANTE 2008 - 2009

**Méthode d'élaboration du projet local de santé :** (octobre 2007 à septembre 2008)

1ère étape : Recueil qualitatif et quantitatif des problématiques de santé repérés par les professionnels et bénévoles du territoire de Morlaix Communauté

2ème étape : Consultation des habitants des quartiers prioritaires de Morlaix (en partenariat avec le centre social Carré d'As, Morlaix Animation Jeunesse, le centre social Ti an Oll, le groupe d'entraide mutuelle Le Sympa, Maison des Jeunes et de la Culture).

3ème étape : Synthèse des données recueillies (confrontation de l'expression et des perceptions des professionnels et bénévoles et celles des habitants) pour définir les orientations et axes de travail du projet local de santé.

4ème étape : Définition du programme d'actions en organisant 5 réunions de travail avec les professionnels, bénévoles, et élus sur 5 thèmes (alimentation, estime de soi, addictions, santé mentale, accès aux droits et aux soins)

5ème étape : Mise en place du groupe projet de l'Atelier santé ville chargé de l'orientation, du suivi et de l'évaluation des actions de santé (les modalités d'évaluation du projet local de santé seront définies début novembre par le groupe projet et l'ensemble du projet validé par le comité de pilotage CUCS fin 2008).

### **Mobilisation pour l'élaboration du projet local de santé :**

75 professionnels, bénévoles, ou élus ont participé à l'atelier santé ville depuis son lancement.

60 habitants ont contribué au diagnostic des besoins de santé

20 lycéens ont découvert l'atelier santé ville avec des projets de prévention à mener

**Objectif général du projet :** Réduire les inégalité sociales et territoriales en matière de santé

### **3 orientations stratégiques :**

- 1- Développer une démarche de santé avec les habitants dans leur quartier ou leur commune
- 2- Renforcer le soutien aux professionnels et bénévoles des champs sanitaire et social
- 3- Améliorer l'accès aux droits et aux soins

### **5 priorités d'actions :**

- 1- L'alimentation
- 2- L'estime de soi
- 3- Le sommeil
- 4- Les addictions
- 5- La santé mentale

## Programme d'actions 2008 - 2009 :

