

#coordination

#promotion de la santé

#territoires

*Retour sur la journée d'échanges du 24 janvier 2017, Houlgate*



## Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé : La plus-value de la coordination locale

La **Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville** a pour mission de contribuer à la réflexion sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Dans ce cadre, elle mène notamment une capitalisation des expériences des ASV et propose des journées régionales de réflexion collective et de qualification des coordonnateurs ASV et leurs partenaires.

**Normanvilles** est le centre de ressources politique de la ville et développement territorial de Normandie. Récemment labellisé par le Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGET), il s'adresse aux acteurs des territoires « politique de la ville » dans leur diversité (professionnels et élus des collectivités, services de l'État, associations, chercheurs...). Il exerce auprès de ces acteurs, une mission de qualification et d'animation de la réflexion collective avec le soutien de toutes les institutions concernées, en particulier l'État et les collectivités territoriales.

La **Plateforme normande pour la promotion de la santé** est récemment née de la fusion en cours des IREPS de Basse et Haute-Normandie, suite à la réforme territoriale. Les IREPS ont pour objet de favoriser le développement, à l'échelle locale, de la promotion de la santé. Ils assurent des missions d'accompagnement méthodologique, de mise en réseau et de qualification des professionnels et de mise à disposition de ressources documentaires.

Le 24 janvier 2017, la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville, le centre de ressources Normanvilles et la Plateforme normande pour la promotion de la santé ont organisé une journée d'échanges et de qualification des acteurs locaux, autour de l'enjeu de coordination locale des projets territoriaux de santé.

## Quels objectifs ?

Les acteurs de la promotion de la santé font toujours le constat du besoin d'un plaidoyer pour soutenir les coordinations locales en santé. La journée a donc cherché à mettre en valeur l'intérêt de la coordination et à rendre visible ses missions.

## Que peut-on en retenir ?

En travaillant collectivement dans des ateliers autour de différentes coordinations en santé sur le territoire, les professionnels ont pu interroger les réalités des coordonnateurs selon le contexte, les partenaires, la méthodologie et la démarche. Quatre types de démarches locales en santé ont été explorées : les Ateliers santé ville, les contrats locaux de santé, les réseaux locaux de promotion de la santé (dispositif spécifique à la Haute-Normandie) et les MAIA (méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie). Enfin, le Centre bruxellois de promotion de la santé a apporté son éclairage sur les conditions d'un travail de réseau en intersectorialité.

95 professionnels ont participé à cette journée, représentant les acteurs de santé sur le territoire : collectivités, élus, centre hospitalier, ARS, services déconcentrés de l'État, Région et département, associations, réseaux de santé et professionnels de santé.

La synthèse ci-dessous revient sur les éléments théoriques et pratiques à retenir de cette journée.

<b>Avant-propos</b> .....	<b>3</b>
<b>Les enjeux de santé dans la politique de la ville : Quelle place pour les démarches de coordination locale ?</b> .....	<b>4</b>
<b>Les plus-values des coordinations locales en santé : Focus sur les Ateliers santé ville (ASV)</b> .....	<b>7</b>
<b>Comment favoriser les démarches de coordination locale en santé ?</b>	<b>10</b>
<i>L'Atelier santé ville (ASV) de Cherbourg-en-Cotentin</i> .....	<b>10</b>
<i>Le Contrat local de santé (CLS) de Caen</i> .....	<b>10</b>
<i>Le Réseau local de promotion de la santé (RLPS) du territoire Risle-Charentonne</i> .....	<b>11</b>
<i>La Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) de Seine-et-Mer</i> .....	<b>11</b>
<i>Les enseignements issus des travaux en atelier</i> .....	<b>12</b>
<b>Quelles conditions de réussite pour une coordination en promotion de la santé ? À partir de l'étude « L'intersectorialité, on n'est pas tombé dedans quand on était petit » du Centre bruxellois de promotion de la santé</b> .....	<b>15</b>
<b>En conclusion</b> .....	<b>18</b>

## AVANT-PROPOS

*Stéphane Tessier,  
Président de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville*

« Coordination »... Un mot qui fait peur ?

Les habitants d'un territoire le savent bien, singulièrement en France, les dispositifs, les géographies, les périmètres, les sectorisations des acteurs ne coïncident pas et il est toujours difficile de se repérer dans ce maquis. Même les professionnels s'y perdent. Sous l'influence des rivalités institutionnelles et personnelles, des enjeux de pouvoir, des libertés revendiquées, cette multiplicité induit redondances ou lacunes dans les services apportés aux citoyens et une verticalité des relations institutions-usagers qui s'accumulent en silos.

Conscients de cet état de fait, les législateurs ont imaginé de nombreux outils de coordination, mais de quoi parlent-ils ? D'une coordination verticale où un chef d'orchestre prétend dire aux acteurs ce qu'ils devraient faire ? D'une coordination horizontale où la mise en lien et la reconnaissance des professionnels entre eux permettent de créer une auto-régulation ? D'une coordination diagonale où les acteurs, la population et les institutions s'entremêlent pour améliorer les services rendus ?

Outre ces scénarios, la question de la coordination se pose à l'heure de l'évaluation systématique et quantitative des politiques publiques. **Comment chiffrer le retour sur investissement de ces mises en lien alors même qu'elles ne concernent pas directement les habitants mais mettent en place le cadre au sein duquel les actions peuvent se dérouler ?** Nombre de malentendus sont nés de cette incompréhension.

Mais à l'opposé, certains décideurs trouvent les actions de terrain trop onéreuses et devant relever du fameux droit commun. Lequel, pris à la gorge des coupes budgétaires, tend à recentrer les professionnels sur leur cœur de métier, soignant, enseignant, éducateur. Tout ce qui n'en relève pas directement (dynamiques sociales, développement communautaire, bref tout ce qui procède justement du bien-être et du bien vivre ensemble) est mis de côté. Devant les carences et les inégalités d'accès à la prévention et aux soins qui s'accroissent, on propose de nouveaux dispositifs de coordination sans savoir exactement ce qu'ils devraient coordonner. **On ne peut pas demander à une coordination plus que ce qu'elle peut apporter : de la mise en lien humain, en aucun cas la substitution d'un droit commun défaillant.**

Face à ces enjeux, il convient de se poser les questions de la nature des coordinations, de leurs périmètres, enjeux et limites, des façons de faire qui garantissent leur efficacité, des moyens de les valoriser positivement et, en même temps, de bien montrer que, **si une coordination ne peut prétendre résoudre un déficit du droit commun, elle peut être là pour le mettre en évidence, fonction périlleuse et peu gratifiante mais essentielle pour lutter contre les inégalités sociales de santé.**

# LES ENJEUX DE SANTÉ DANS LA POLITIQUE DE LA VILLE

## *Quelle place pour les démarches de coordination locale ?*

Contact : Pascale Desprès, directrice, Normanvilles, [contact@normanvilles.org](mailto:contact@normanvilles.org)

### **SANTÉ & POLITIQUE DE LA VILLE**

Progressivement depuis la fin des années 1990, la question de la santé, qui était essentiellement une question sanitaire et individuelle, devient aussi une question sociale. La politique de la ville s'en est saisie à travers le développement des démarches Ateliers santé ville (ASV). Le Comité interministériel des villes du 14 décembre 1999 a souhaité inscrire la santé comme une priorité forte et introduit ce thème dans les **contrats de ville 2000-2006** en encourageant des expérimentations en matière de santé sur les territoires prioritaires de la politique de la ville. Dans le cadre des diagnostics réalisés, les collectivités locales devaient faire émerger les manques et les dysfonctionnements d'accès aux droits et les difficultés de recours des populations aux structures et aux professionnels de soins et de prévention.

Suite aux contrats de ville 2000-2006, les **contrats urbains de cohésion sociale (CUCS)** inscrivent la santé parmi l'une des cinq priorités stratégiques, aux côtés de l'accès à l'emploi et le développement économique, l'amélioration du cadre de vie, la réussite éducative, la citoyenneté et la prévention de la délinquance. Cette reconnaissance de la place de la santé dans la politique de la ville a été importante et a favorisé une multiplication des ASV en 2007.

### **LA RÉFORME DE LA POLITIQUE DE LA VILLE EN 2014**

La loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014 a réformé la politique de la ville en redéfinissant la géographie prioritaire des quartiers, en créant de nouveaux contrats de villes et en réaffirmant certains principes.

### **Une nouvelle géographie prioritaire : les quartiers politique de la ville (QPV)**

L'État a redéfini les périmètres d'intervention de la géographie prioritaire de la politique de la ville pour concentrer les moyens vers les territoires les plus en difficulté, avec pour unique critère le revenu par habitant. Ce redécoupage a fait entrer de nouveaux territoires dans la politique de la ville, aussi bien dans des métropoles que dans des centres dégradés de villes moyennes et des zones rurales.

### **Les contrats de ville 2015-2020**

Les nouveaux contrats de ville reposent sur trois piliers : le développement de l'activité économique et de l'emploi, la cohésion sociale, le cadre de vie et le renouvellement urbain. La santé n'est plus un pilier à part entière : elle s'insère dans la « cohésion sociale » qui comprend un volet éducation, un volet santé, un volet culture et le soutien aux associations et projets portés par les habitants.

À ces trois piliers, s'ajoutent trois thématiques transversales : jeunesse, égalité femmes/hommes, lutte contre les discriminations.

## Des principes d'action réaffirmés

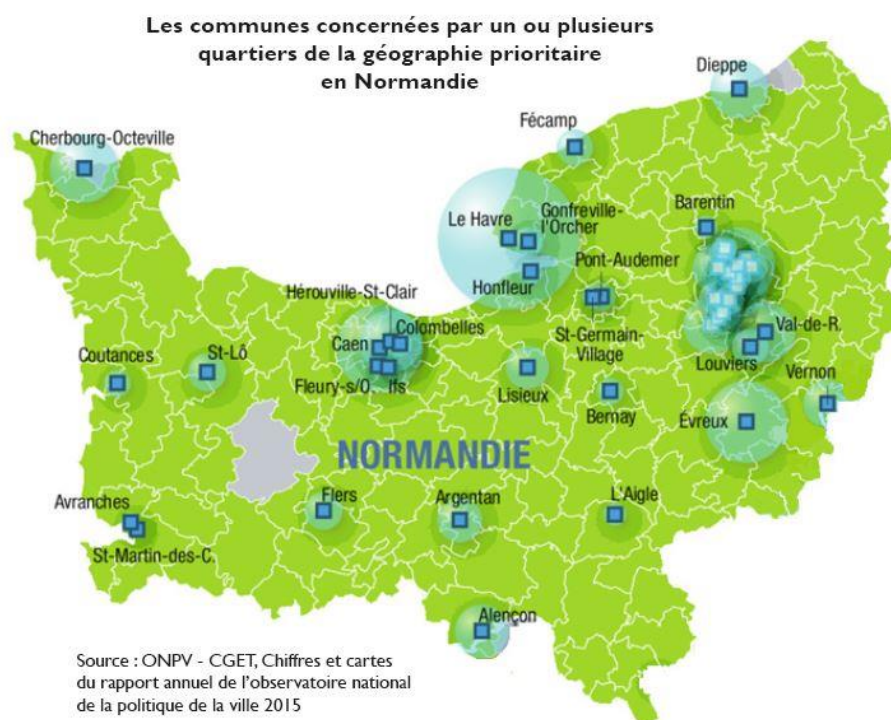
L'échelon intercommunal représente le niveau stratégique de pilotage privilégié des actions en direction des quartiers prioritaires. Ce **nouveau rôle accordé aux intercommunalités** devrait favoriser l'intégration des quartiers dans une dynamique de solidarité territoriale.

Aussi, la loi renforce la **place des habitants** et des associations dans le projet de ville. Ainsi, sur tirage au sort ou volontariat, des habitants et des membres d'associations issus du quartier prioritaire pourront débattre, échanger et proposer des actions dans le cadre d'un **Conseil citoyen**, lequel participera aux instances de pilotage du contrat de ville.

Enfin, l'accent est mis sur le **renforcement de la mobilisation du droit commun**, notamment avec la territorialisation des politiques de l'État qui doivent concentrer les moyens publics sur les territoires les plus en difficulté. Pour cela, des conventions interministérielles tendent à créer les conditions d'une mobilisation et d'un suivi effectif des politiques de droit commun en faveur des quartiers prioritaires.

Quinze **conventions interministérielles d'objectifs en faveur des quartiers populaires** ont été passées entre le ministère de la Ville et les principaux ministères pour la période 2013-2015, afin de favoriser la prise en compte, dans chaque département ministériel, des enjeux spécifiques attachés aux quartiers prioritaires. La convention signée avec le ministère des Affaires sociales et de la Santé aborde trois enjeux majeurs : l'accès aux droits, qui apparaît comme une priorité, la santé et le médico-social, et la cohésion sociale. Cependant, un premier bilan national a relevé des difficultés persistantes à déployer les dispositifs et crédits de droit commun à une échelle infra-communale. De nouvelles conventions pour la période 2016-2020 sont en cours de négociation.

## QUID EN NORMANDIE ?



Depuis la réforme de la géographie prioritaire, **21 contrats de ville** ont été signés, intégrant les 43 communes comptant un QPV (dont quatre nouvelles communes : Avranches, Barentin, Coutances et Saint-Germain-Village).

La lecture des contrats de ville normands montre que la question de la santé y est systématiquement abordée, mais avec un niveau de précision variable. À ce stade, les contrats de ville contiennent peu d'éléments opérationnels.

Cependant, des éléments récurrents peuvent être dégagés :

- La santé est principalement abordée sous l'angle de la question de l'accès aux droits et aux soins. Les modes d'actions envisagés sont : développer la médiation pour améliorer la lisibilité de l'offre, organiser des formations croisées social/santé, améliorer la mobilité des habitants, maintenir, voire renforcer, l'offre de soins ;
- La santé est perçue comme un préalable à des démarches d'insertion dans l'emploi et la réussite éducative ;
- Des dispositifs sont identifiés pour mettre en œuvre une démarche locale de santé : ASV, CLS, CLSM.

# LES PLUS-VALUES DES COORDINATIONS LOCALES EN SANTÉ

## Focus sur les Ateliers santé ville (ASV)

**Contact :** Clémentine Motard, chargée de projets,  
Plateforme nationale de ressources ASV, [contact@plateforme-asv.org](mailto:contact@plateforme-asv.org)

À l'interface entre l'intervention sociale urbaine et l'action de santé, la démarche ASV met en œuvre des actions de promotion de la santé et de santé communautaire dans les territoires urbains les plus défavorisés. Son cadre de référence a été pensé de façon très flexible afin de pouvoir s'adapter aux réalités locales. Un cahier des charges et un référentiel national en fixent les contours. Les ASV développent des coordinations d'acteurs, des mises en lien avec les habitants et une programmation d'actions locales. Ils se déploient depuis 2001. Dépendants des orientations politiques municipales et des financements « politique de la ville », on en dénombre aujourd'hui plus de 250.

Différentes études ont montré que **la démarche ASV contribue aux stratégies de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé**. Pour préciser les apports de la démarche et valoriser les expériences locales, la Plateforme nationale de ressources ASV mène une capitalisation depuis 2015.

Plus précisément, le schéma ci-dessous synthétise les résultats de l'enquête de capitalisation : les caractéristiques d'une démarche ASV, ses effets pour les habitants, les professionnels et sur les politiques publiques.

À noter que la démarche ASV délivre des enseignements utiles pour tout type de projet territorial de santé : sa méthodologie de projet et ascendante sont gage de plus-values pertinentes pour promouvoir la santé et réduire les inégalités.



## QUELQUES ILLUSTRATIONS

### Des habitants acteurs de leur santé

Les projets développés adoptent une approche d'« aller vers » afin de toucher par des voies nouvelles les publics les plus éloignés des dispositifs classiques et de développer leurs aptitudes individuelles et collectives. Ce qui est visé via la participation des habitants à la construction d'une action, c'est leur *empowerment*.

À Toulouse (Occitanie), des habitantes sont intégrées au comité de pilotage du projet *Ciné ma santé*, un événement annuel autour de la nutrition, au côté d'associations locales et de professionnels de santé. Cette participation effective, jusqu'à la co-décision, a amélioré l'estime de soi des habitantes organisatrices et favorise le lien social dans le quartier. [En savoir plus](#)

À Nanterre (Île-de-France), un groupe de huit femmes est accompagné par une diététicienne, dans le cadre d'un programme « bien-être des femmes », développé avec le centre social. Parties prenantes du contenu du projet et forces de propositions pour l'adapter et le réorienter au fil du temps et de leurs besoins, les femmes ont mis en pratique et développé des comportements favorables à la santé, mais aussi créé leur propre association pour proposer des activités physiques à d'autres habitantes et diffuser les messages de santé publique. [En savoir plus](#)

### Des professionnels de tout horizon impliqués pour la promotion de la santé

Pour agir en amont sur les déterminants de santé, il est nécessaire de mobiliser de multiples partenaires. Des réseaux pluri-professionnels se créent alors : il faut d'abord se connaître pour envisager de travailler ensemble. En ce sens, la démarche ASV constitue un cadre d'animation et de coordination des acteurs locaux.

À Aubervilliers (Île-de-France), l'ASV a créé les réunions d'évaluation de situation d'adultes en difficulté (RESAD). L'objectif est de faciliter la coordination entre les professionnels du social et du sanitaire face à des situations individuelles ou familiales qui imbriquent problèmes psychiques et difficultés sociales. Cette instance se réunit régulièrement et vise à apporter des réponses collectives concrètes à des situations complexes. [En savoir plus](#)

À Matoury (Guyane), l'ASV a coordonné les professionnels de santé afin d'améliorer le suivi prénatal des femmes d'un quartier prioritaire. La PMI a délocalisé une partie de ses consultations et est devenue alors plus accessible. En complément, l'offre de santé s'est renforcée en proposant en fonction des besoins des consultations auprès d'un diététicien et d'un ostéopathe, ainsi que des ateliers collectifs. [En savoir plus](#)

### Une synergie des politiques publiques vers la promotion de la santé

Sur de nombreux territoires, la démarche ASV a développé un terrain fertile pour des politiques de santé renforcées. En s'inscrivant à l'interface entre politique de la ville et santé, elle articule les dispositifs qui en relèvent : programme de réussite éducative, contrat local de santé (CLS), ... Ainsi, la démarche ASV contribue à la prise en compte de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités dans différentes politiques publiques.

Dans plusieurs villes, l'ASV a eu un rôle d'expérimentation et d'impulsion menant à la création d'un service santé.

En Île-de-France, plus de 70% des CLS s'appuient sur un ASV préexistant, qui a alimenté la programmation d'actions. Ce dispositif se déploie à une échelle plus large que le quartier et témoigne de l'efficacité des ASV à mettre en mouvement les acteurs locaux, au bénéfice de la santé des populations.

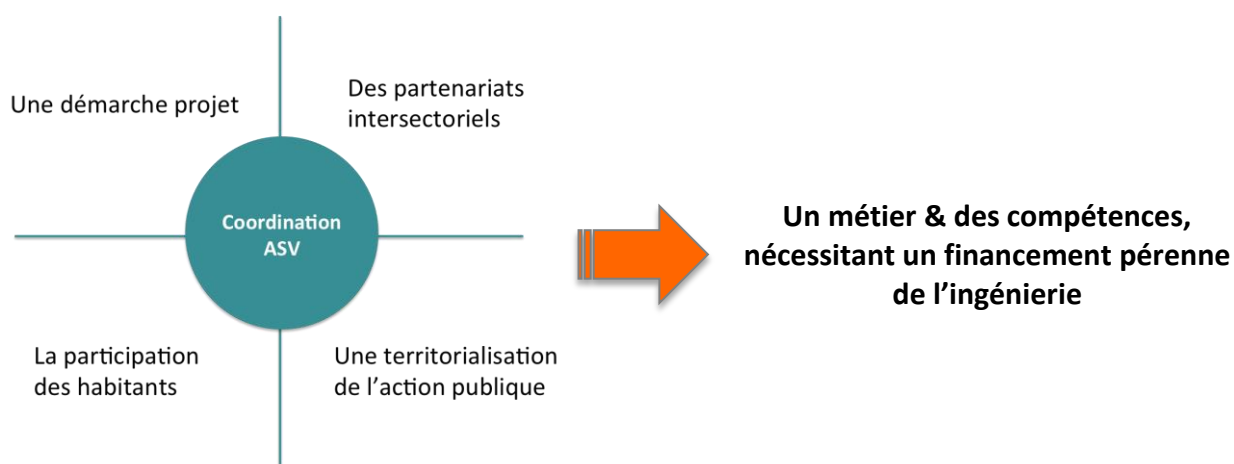
De même, les conseils locaux de santé mentale (CLSM) se sont fortement développés ces dernières années grâce au travail mené par les ASV sur ce sujet. D'après un état des lieux réalisé par le CCOMS, 70% des CLSM sont implantés où existent déjà un ASV.



## DES BONNES PRATIQUES À RETENIR

La force des ASV tient dans leurs capacités de coordination : le coordonnateur apporte un appui indéniable aux acteurs et élus locaux et structure des actions dans une programmation locale partagée. Repérant les besoins des populations, mobilisant les politiques et s'appuyant sur les professionnels, l'ASV apporte une aide à la décision utile et pertinente. Il est, avec ses partenaires, en capacité d'imaginer des réponses adaptées et acceptables compte tenu des spécificités de chaque territoire.

A sa création, une des originalités de la démarche ASV tenait dans la reconnaissance du rôle indispensable du coordonnateur, à travers un financement de l'ingénierie. Le coordonnateur incarne la démarche et est garant de la méthode. Pourtant, la remise en cause régulière de ce financement fragilise les ASV.



# COMMENT FAVORISER LES DÉMARCHES DE COORDINATION LOCALE EN SANTÉ ?

*À partir de quatre témoignages normands<sup>1</sup>*

## L'Atelier santé ville (ASV) de Cherbourg-en-Cotentin

La communauté urbaine de Cherbourg, devenue la ville nouvelle Cherbourg-en-Cotentin en 2016, a mis en place un ASV dès 2004, rattaché à la Direction du développement social urbain. La démarche se fonde sur les principes suivants : promouvoir la participation des habitants à la mise en œuvre de projets, prendre en compte la santé globale et les déterminants de l'état de santé, fédérer les acteurs. Elle a pour objectifs de :

- connaître les besoins en santé de la population en situation sociale difficile,
- mettre en commun les expériences et articuler les ressources,
- développer la participation active de la population et la concertation avec les professionnels et les institutions,
- rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun.

Des évaluations externes ont mis en avant les leviers de l'ASV de l'agglomération de Cherbourg : un poste de coordonnateur identifié et stable (depuis plus de 10 ans), la qualité de l'animation, l'implication de professionnels de différents champs dans des groupes de travail, l'organisation d'évènements fédérateurs.

Grâce à ses capacités de « facilitateur de rencontres », l'ASV a fait naître une politique locale de santé renforcée, notamment avec la création d'un CLSM en 2010 et la signature d'un CLS en 2014.

Contact ressource : Sylvette Ronque, chef de projet ASV, CLS et lutte contre les addictions, Ville de Cherbourg-en-Cotentin, [sylvette.ronque@lacuc.fr](mailto:sylvette.ronque@lacuc.fr)

## Le Contrat local de santé (CLS) de Caen

Avec ses 100 000 habitants, la ville de Caen a lancé une dynamique santé fin 2011, dans la perspective d'une contractualisation avec l'ARS. Suite à la réalisation d'un diagnostic local, un plan local de santé a été défini afin de repérer des partenariats et mettre en cohérence les différents dispositifs municipaux qui pouvaient traiter de la santé (Agenda 21, projet éducatif global, ...), ce qui a permis de travailler sur le décloisonnement. Cette dynamique a été facilitée par des changements internes au sein de la Direction de la santé : au démarrage, un poste d'infirmière territoriale a été transformé en chargé de mission santé.

Le CLS, signé en 2013, identifie 26 fiches-actions, sous quatre axes prioritaires : l'accès aux soins et à la santé pour tous, la santé environnementale, la nutrition et le bien-être psychique. Un appel à projet, vers lequel est réorienté 50% des subventions de fonctionnement liées à la prévention sanitaire, permet à la ville de repérer et soutenir les actions locales répondant aux objectifs du CLS.

Contact ressource : Kevin Pouëssel, chef du service de prévention sanitaire, Ville de Caen, [k.pouessel@caen.fr](mailto:k.pouessel@caen.fr)

---

<sup>1</sup> Les présentations diffusées par les quatre coordonnateurs sont disponibles en ligne : <http://www.normanvilles.org/journee-regionale-reduire-les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante-la-plus-value-de-la-coordination-locale-24-janvier-2017-a-houlgate/>

## Le Réseau local de promotion de la santé (RLPS) du territoire Risle-Charentonne

Les RLSP sont un dispositif spécifique à l'ancienne région Haute Normandie. Ils sont portés, selon les territoires, par un centre hospitalier, un pays, une intercommunalité. Sur 12 RLPS, cinq sont engagés dans un CLS, comme celui du territoire Risle-Charentonne. Avec une convention d'objectifs conclue avec l'ARS, le RLPS met en œuvre les actions suivantes :

- mettre à disposition des professionnels des outils et activités pédagogiques pour intervenir dans le domaine de l'éducation pour la santé, diffuser les référentiels d'actions prometteuses et probantes ;
- orienter les formations et les structures spécialisées au regard des priorités de santé du territoire ;
- informer par des temps de rencontres thématiques, des lettres électroniques, un site internet ;
- animer des groupes de travail thématique ou populationnelle.

Le Comité de pilotage réunit des représentants des élus du territoire, du Département, de la Région, de l'Education nationale, des URPS médecins, infirmiers et pharmaciens, des établissements de santé, de l'assurance maladie, de la CAF, DDCS et de l'ARS. Une évaluation externe a relevé que le dispositif avait permis d'intégrer les enjeux de santé dans les politiques publiques locales, à des échelles intercommunales.

Contact ressource : Céline Callouet, coordinatrice territoriale,  
Centre hospitalier de Bernay, [celine.callouet@ch-bernay.fr](mailto:celine.callouet@ch-bernay.fr)

## La Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) de Seine-et-Mer

Les MAIA s'appuient sur des réflexions nées au Québec et se déploient en France depuis quelques années. Elles reposent sur un changement de conception du système de santé : ce n'est plus au patient de s'adapter au système, mais c'est au système de s'adapter pour apporter au patient les aides et soins dont il a besoin. Centrés sur la question des parcours des personnes âgées, les MAIA développent leur action autour du concept d'intégration, sans pour autant disposer de moyens coercitifs.

La MAIA de Seine-et-Mer couvre un territoire de 176 communes et plus de 150 000 habitants. Elle travaille sur trois dimensions :

- la concertation, avec une « table stratégique » (au niveau départemental) et une « table tactique » (au niveau local) ;
- un guichet intégré ;
- la gestion de cas individuels complexes.

Contact ressource : Arielle Gondonneau, pilote MAIA,  
Association AcoMAD, [agondonneau@acomad.asso.fr](mailto:agondonneau@acomad.asso.fr)

## Les enseignements issus des travaux en atelier

Réunis en ateliers, les participants ont dégagé collectivement les freins et leviers de la démarche locale qui leur était présentée, puis ont proposé des recommandations pour **lever les freins et conforter les leviers**.

Malgré des situations de départ différentes (territoire, acteurs mobilisables, dispositif, ...), les analyses produites à partir de chaque dispositif local se rejoignent. C'est pourquoi nous les regroupons sous quatre catégories pour en faire la synthèse.

### LE TERRITOIRE

Selon les territoires, les contextes sont différents, notamment en raison de leur dimension et du nombre d'acteurs mobilisables. De manière caricaturale, si les acteurs sont peu nombreux, l'implication qui leur sera demandée sera plus importante ; au contraire, s'ils sont nombreux, cela induit une complexité dans la coordination et l'articulation.

Plusieurs freins ont été identifiés relatifs à la relation au territoire :

- des difficultés d'articulation entre les différentes échelles d'intervention (imbrication des territoires et de leurs compétences) ;
- une instabilité liée à la réforme NOTRE ;
- une nécessité de garder de la proximité à la fois avec les habitants et avec les professionnels de première ligne.

#### *Recommandation*

→ Donner une plus grande visibilité et lisibilité sur les dispositifs et ressources mobilisables pour chaque échelle de territoire : préciser qui fait quoi ? Quelles sont les compétences des différentes institutions et structures impactant la santé des populations ?

### LA GOUVERNANCE, LE PORTAGE ET PILOTAGE

Le portage politique a été identifié comme primordial : c'est un levier lorsque le coordonnateur peut s'appuyer sur des élus convaincus ou un frein important s'il fait défaut.

Des difficultés sont aussi liées à la prise en compte des différentes temporalités des acteurs : les mandats des élus, le turn-over des professionnels et des bénévoles associatifs, les appels à projets par rapport au temps de mise en œuvre d'un projet, ... La confrontation entre ces temporalités propres à chaque institution fragilise les partenariats et ajoute des obstacles dans la définition d'un projet territorial partagé.

#### *Recommandation*

→ Convaincre les acteurs du bien-fondé de la programmation en prévention et promotion de la santé et de la nécessiter de l'inscrire dans la durée avec des engagements sûrs : construire des argumentaires et plaidoyers pour sensibiliser à la promotion de la santé et à la nécessité d'une coordination

## LE DÉCLOISONNEMENT PROFESSIONNEL, POLITIQUE ET FINANCIER

Par définition, la promotion de la santé touche des champs divers, puisqu'il s'agit de travailler sur les déterminants de santé (logement, environnement, travail, éducation, ...). Les acteurs mobilisables sont alors nombreux, mais ils n'ont pas l'habitude de travailler ensemble, voire même d'envisager que leur action a des effets sur la santé.

La coordination a un rôle de décloisonnement des politiques publiques. Ces changements de pratiques demandent du temps et un engagement à des structures à tous niveaux (politique et technique).

Des freins ont été mis en avant :

- une organisation de l'administration en silos ;
- une méconnaissance des différents acteurs impliqués, des activités et compétences de chacun ;
- des financements par appel à projets pour une année, alors même qu'une dynamique doit s'inscrire dans la durée ;
- un manque de visibilité sur les priorités de financement des acteurs publics et l'articulation entre les ressources mobilisables.

### **Recommandations**

#### Concernant les financeurs

- Obtenir des conventions d'objectifs ET DE MOYENS pluriannuels
- Demander une meilleure lisibilité des financements mobilisables, et surtout une articulation collective des priorités (à l'image de la Conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie)

#### Concernant les professionnels

- Organiser des formations croisées entre acteurs du sanitaire, du social, de l'insertion, ... pour favoriser l'interconnaissance et amorcer des projets collectifs
- Mettre en place des espaces d'échanges et de travail réunis régulièrement

## LA PARTICIPATION DES HABITANTS

Les démarches locales de santé sont ascendantes et partent des besoins et ressources des habitants, pour mieux adapter les actions au territoire. Le besoin de proximité a été largement souligné : c'est une condition *sine-qua-none* à la mise en place d'une stratégie efficace de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. La programmation d'actions doit tenir compte des besoins et de l'expertise d'usage des habitants.

### **Recommandations**

- Développer les savoir-faire favorisant la participation des habitants à toutes les étapes d'un projet
- Investir les espaces existants où sont déjà impliqués les gens (conseils de quartiers, conseils citoyens, conseils de la vie sociale, ...)

## **LE POSTE DE COORDONNATEUR**

Le poste de coordonnateur est essentiel pour incarner une démarche locale de santé, même si sa réussite ne repose pas uniquement sur ses épaules. La place du coordonnateur dans l'organigramme, sa lettre de mission, son rattachement hiérarchique sont des éléments importants pour assurer la reconnaissance de la fonction et sa légitimité à mobiliser des acteurs divers qui n'ont aucune obligation à être partenaire de la démarche.

### ***Recommandations***

- Définir une lettre de mission claire et donner toute légitimité, grâce au portage politique et technique, au coordonnateur pour mobiliser et lancer des actions
- Accorder du temps, inscrire la démarche dans la durée, apprendre à connaître les acteurs et développer des relations de confiance

# QUELLES CONDITIONS DE RÉUSSITE POUR UNE COORDINATION EN PROMOTION DE LA SANTÉ ?

*À partir de l'étude « L'intersectorialité, on n'est pas tombé dedans quand on était petit » du Centre bruxellois de promotion de la santé*

Contact : Melissa Chebieb et Patricia Thiebaut, responsables de projets, [info@cbps.be](mailto:info@cbps.be)

Le Centre bruxellois de promotion de la santé (CBPS) assure des missions d'accompagnement méthodologique et d'appui aux acteurs locaux. Constatant les difficultés récurrentes rencontrées par les acteurs impliqués dans des logiques de travail pluridisciplinaires et intersectorielles, le CBPS a réalisé, en partenariat avec l'asbl Repères, **une recherche-action destinée à comprendre les leviers et les freins à la mise en œuvre de dispositifs intersectoriels.**

*« L'intersectorialité est définie par les chercheurs, comme un processus, mobilisé par des secteurs d'activités différents et défini par des expertises et/ou des savoirs et par des cadres institutionnels. L'objectif poursuivi est de mobiliser les ressources des participants et de leur permettre de se concerter afin d'élaborer des analyses, des objectifs et des stratégies communes pour résoudre une ou des problématiques complexes.*

*Un processus intersectoriel implique donc des champs d'intervention différents, une inscription institutionnelle des participants, une dynamique de concertation, une visée commune, une volonté de travailler ensemble, un besoin de dégager des pistes par rapport à des situations questionnantes, une expertise ou des savoirs à partager. »*

Pour éclairer ce qui se joue dans ces démarches intersectorielles, la recherche s'est appuyée sur les représentations et les vécus des acteurs qui y participent. Les réflexions issues des focus-group peuvent être répertoriées sous cinq catégories :

- les représentations de l'intersectorialité ;
- l'identité : comment le travailleur fait-il face, dans le dispositif intersectoriel, à ses différentes identités ? Ce qu'il y trouve, en tant qu'individu, est-il compatible avec ce qu'il y fait en tant que représentant de son institution ?
- le cadre, c'est-à-dire ce qui organise ;
- l'institution : quel est son engagement, sa place et son rapport aux règles ?
- l'ambiance, c'est-à-dire ce qui autorise.

Pour cette présentation très synthétique et en écho à la problématique de la coordination, seule une sélection des enseignements est mise en avant.

## Sur le cadre du réseau intersectoriel

Évoquer le cadre commun du réseau nécessite aussi de s'intéresser au cadre spécifique de chaque institution. Le réseau apparaît plutôt comme un espace protecteur pour les participants : le cadre n'est pas vécu comme une contrainte qui freine les individus, alors qu'il peut être perçu ainsi au sein de l'institution.

Parce qu'il est co-construit, le cadre soutient les participants et protège le groupe : en effet, il dégage le dispositif de problèmes de concurrence et nourrit la confiance. Le coordonnateur incarne le fil conducteur, garantit le cadre et peut remplir une fonction de médiation.

Le réseau apparaît aussi comme un espace où il est possible de contourner les règles de l'institution, jugées contraignantes. L'équilibre au sein du réseau est toujours tendu et remis en question entre souplesse et rappel des règles.

Pour mener à bien cet exercice, la définition et la clarté du mandat accordé par son institution au participant est un élément facilitant essentiel. En effet, pour s'impliquer, le participant doit être au clair sur ce qu'il peut dire dans le réseau et jusqu'où il peut s'engager.

### Sur l'identité des participants

La participation à un réseau répond souvent, en premier lieu, à des attentes personnelles (créer des liens, échanger, partager des projets). Les liens interpersonnels qui se tissent au fil du temps sont importants : chaque participant est vu comme une « personne » et non comme « représentant » de son institution d'origine.

Cette motivation à « être là » fait du réseau un espace jugé protecteur par ses participants. Le réseau peut devenir un lieu de questionnement professionnel, un espace où il est possible de parler de son sentiment d'impuissance, d'exprimer sa frustration, par rapport à des situations de terrain. Cependant, le risque de cet engagement personnel est qu'il s'éloigne du mandat de l'institution et mette le travailleur en porte-à-faux.

Aussi, il peut être difficile pour les participants de rendre compte des activités du réseau auprès de leur institution : ils peuvent avoir le sentiment de devoir convaincre, voire incarner le réseau. Leur engagement est alors de plus en plus personnel, ce qui pourra mettre à mal le réseau en cas de turn-over.

### Sur les institutions partenaires

La participation d'une institution dans une démarche intersectorielle pose la question de l'accordage. L'accordage désigne les moments où l'on prend le temps de se pencher sur l'adaptabilité des cadres de travail entre institutions partenaires. C'est un travail important, bien que souvent invisible, pour rendre possible et pérenniser les projets communs. La connaissance mutuelle des partenaires permet d'envisager au mieux les articulations possibles.

Les règles du réseau intersectoriel doivent être négociées par les institutions participantes et être très claires pour chacun, tout en gardant la souplesse de les simplifier si nécessaire.



### **Recommandations pour les coordonnateurs**

- Veiller à l'ambiance qui permet la construction de liens intersubjectifs (confiance, non jugement propice à la liberté de parole et à la créativité) ;
- Assurer la cohésion : reformuler les étapes du projet, rappeler le sens du travail ensemble, les objectifs partagés, ... ;
- Veiller à la complémentarité pour garantir une approche globale ;
- Faire le lien entre les enjeux politiques, les réalités de terrain et les possibilités pratiques des différents partenaires.

### **Recommandations pour les partenariats intersectoriels**

- Veiller à un cadre de travail qui favorise la créativité, la coresponsabilité, la participation des différents partenaires ;
- Avoir du temps pour l'« accordage » institutionnel ;
- Penser à des conventions de travail.

### **Recommandations pour les politiques**

- Signer des accords de coopération entre les différents secteurs ;
- Reconnaître le temps de travail intersectoriel (l'accordage est chronophage), financièrement et en professionnalisant les pratiques.

## EN CONCLUSION

*Stéphane Tessier,  
Président de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville*

En s'appuyant sur le concept d'intégration, la MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) affirme une ambition partagée par les autres types de démarches locales de promotion de la santé : ce n'est pas à l'utilisateur de se conformer au cadre toujours plus complexe des dispositifs, mais c'est aux « services de santé » (dans une acception globale et positive de la santé) de s'adapter aux besoins.

Promouvoir la santé et réduire les inégalités sociales et territoriales imposent de **développer des démarches ascendantes et des actions qui répondent aux besoins des habitants** avant de décliner des politiques régionales ou nationales.

Il n'est finalement peut-être pas utile d'ajouter toujours un nouveau dispositif ; il devient plus **important de conforter l'existant** et d'articuler les missions des structures. La coordination se joue à trois niveaux :

- clinique, c'est-à-dire individuel ;
- organisationnel, c'est-à-dire technique entre les acteurs qui interviennent sur un territoire ;
- stratégique, c'est-à-dire à l'échelle politique des décideurs.

La coordination a tout intérêt à travailler sur ces trois niveaux, pour être efficace et pérenne. Il ressort des échanges que c'est d'abord **une question d'envie** :

- l'envie de travailler ensemble ;
- la volonté de partager des connaissances ;
- l'envie de partager les missions.

Il faut « **ambiancer** » **la coordination**, lui donner corps dans des relations de confiance et durables. Le coordonnateur joue un rôle essentiel pour garantir ce cadre et cette ambiance.