

A woman with her arms raised in a field of red poppies at sunset.

Santé, bien-être : comment agir sur nos territoires ?

*Le 22 mars 2017 à Rennes
(Maison des associations)*

**Synthèses et préconisations
des 7 ateliers**

Sommaire

Une journée régionale d'échanges pour les acteurs locaux, qui contribue à nourrir les réflexions de la CRSA	3
Quelques préconisations communes aux 7 ateliers.....	4
Agir localement pour la qualité de l'air	5
Agir localement pour l'urbanisme favorable au bien-être et à la santé	8
Agir localement pour la santé avec la communauté éducative et les enfants	12
Agir localement pour favoriser l'exercice coordonné des professionnels de santé	19
Agir localement pour la santé mentale des habitants et la prévention du suicide	25
Agir localement pour le bien-être, la qualité de vie au travail.....	29
Faire un diagnostic local de santé (DLS)	35

Une journée régionale d'échanges pour les acteurs locaux, qui contribue à nourrir les réflexions de la CRSA

A l'initiative de la CRSA de Bretagne et de sa commission spécialisée prévention, la journée régionale du 22 mars 2017 a été mise en place, avec le soutien de l'ARS et la collaboration du Pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé. La commission spécialisée prévention a souhaité une approche positive, motivant la participation, et qui ne soit pas centrée sur une pathologie. Un groupe d'organisation, composé de représentants de la commission spécialisée prévention, de l'ARS, du Pôle régional de compétences, coordonné par l'Ireps Bretagne, a précisé le thème et élaboré le programme et l'animation de cette journée.

Le choix a été fait d'aborder la promotion de la santé au travers de ses enjeux concrets pour les acteurs locaux, notamment les élus des collectivités territoriales. Pendant la table ronde de la matinée et les ateliers de l'après-midi, la parole était aux réalisations susceptibles de constituer des exemples ou, plus simplement, de donner envie.

Partir « du terrain », de celles et ceux qui promeuvent la santé au niveau local, parfois très consciemment, parfois sans le savoir ou, plutôt, sans nommer ainsi leur action ; favoriser les échanges et les prises de contact ; encourager l'émergence d'initiatives favorables au bien-être et à la santé des populations : telles étaient les ambitions de cette rencontre.

Les participants ont choisi leur atelier, sur les sept qui étaient proposés. Ils ont identifié quelques pratiques intéressantes, à partir de leur expérience et de leur connaissance des territoires. Ils ont nommé des freins et des leviers à l'amélioration du bien-être et de la santé des habitants, dans le domaine concerné. Ils ont formulé des préconisations. Ces éléments sont présentés dans les pages suivantes, pour chacun des thèmes ayant fait l'objet d'un atelier.

La Journée du 22 mars n'était pas un temps politique ou institutionnel. Les synthèses des ateliers ne constituent pas des recommandations. Elles pourront cependant contribuer à nourrir les réflexions de la CRSA, notamment dans le cadre de l'élaboration du projet régional de santé.

Cette rencontre a ainsi constitué une étape de partage d'informations et d'expériences, pour poursuivre le développement de la promotion de la santé et de la prévention en Bretagne.

Quelques préconisations communes aux 7 ateliers

Quoique liées à chaque thème, les préconisations issues des ateliers présentent plusieurs lignes directrices communes :

✓ **Impulser et soutenir la participation des parties prenantes**

Identifier un périmètre pour l'action locale (territoire, entreprise, établissement scolaire...)

Associer les différents professionnels concernés, les élus, les institutionnels, les publics (démarche pluridisciplinaire et intersectorielle)

Favoriser la participation des publics concernés : aller vers eux, partir de leurs préoccupations, les aider à développer leur pouvoir d'agir (empowerment)

Adopter une approche positive (par la qualité de vie plutôt que par le risque)

Co-construire une culture commune et des buts partagés, notamment en recourant au partage d'expériences, à la formation (co-formation).

✓ **Animer une démarche de projet et la légitimer**

Identifier une coordination du projet

Connaître les ressources (et les manques), état des lieux, diagnostic

Développer un programme cohérent, inscrit dans la durée

Rechercher le soutien politique, institutionnel.

✓ **S'appuyer sur l'existant**

Recourir aux bonnes pratiques, aux démarches validées

Utiliser les expériences positives

S'appuyer sur la législation, les recommandations, les orientations officielles

S'inscrire dans, activer les dispositifs (sans s'y enfermer)

Développer les liens entre les ressources, les structures (information et orientations mutuelles...).

✓ **Porter attention aux vulnérabilités (des personnes, des groupes, des territoires)**

Organiser le repérage précoce des situations

Actions universelles et proportionnées : profitables à tous, mais avec des formes et des intensités adaptées pour que les plus vulnérables en bénéficient.

Agir localement pour la qualité de l'air

Introduction

En France, l'Agence nationale de Santé Publique (Santé publique France) estime que la pollution extérieure est responsable de 48 000 décès prématurés par an (42 000 en 2005) et d'une réduction de l'espérance de vie de deux ans. En Bretagne, 7 zones sensibles ont été définies (oxydes d'azote liés au transport) : grande agglomération de Rennes, proximité de St Malo, grande agglomération de St Brieuc-Lamballe, grande agglomération de Vannes-Golfe du Morbihan, grande agglomération de Lorient, Carhaix, Arc Brest-Quimper.

L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) considère que la pollution de l'air intérieur a provoqué, en 2016, 20 000 décès prématurés en France. En Bretagne, on considère que 13 % sont dus à la présence de radon.

Nous passons 70 à 90% de notre temps à l'intérieur : habitation, lieu de travail et de loisirs, voiture, etc. La pollution de l'air intérieur est, dans la plupart des cas, nettement supérieure à la pollution extérieure de l'air, avec une composition généralement différente en raison de la présence de polluants spécifiques.

La mauvaise qualité de l'air n'est pas une fatalité. L'histoire récente (amélioration de l'émission par les véhicules, amiante, ...) a montré qu'il était possible de l'améliorer même si de grands progrès restent à accomplir.

Comment améliorer la qualité de notre environnement :

- Actions individuelles : certaines actions visant à améliorer la qualité de notre environnement peuvent être menées à l'échelle individuelle et pour cela il faut mettre en œuvre des actions de sensibilisation de la population à leur environnement (information, atelier...)
- Actions collectives : d'autres actions nécessitent la mise en œuvre de changements à l'échelle collective, et l'implication des élus, à tous les échelons territoriaux, est essentielle. Ainsi de nombreuses politiques publiques sont concernées par la santé environnementale et constituent autant de leviers d'action : urbanisme, transports et mobilités, logement, agriculture, politiques sociales, jeunesse...

Notre santé est conditionnée par l'environnement dans lequel nous évoluons au quotidien et lequel nous interagissons, de manière individuelle et collective.

Quels sont les moyens que vous pourriez mettre en œuvre pour limiter les impacts négatifs et maximiser les impacts positifs sur la santé ?

Expériences	Freins	Leviers	Préconisations
- Ateliers pédagogiques co animés par les Petits Débrouillards Bretagne 1- à destination des enfants (cycle primaire) 2- à destination de public en situation de précarité 3- à destination du monde de l'entreprise - Ateliers Nesting de la Mutualité française Bretagne sur l'environnement du nouveau-né - Charte « Jardiner au naturel » - Circulation alternée cet hiver => pollution de l'air	- Informations scientifiques validées et leur accès difficile pour certains - Le type d'approche éducative : descendante, injonction - Manque de professionnels des artisans du bâtiment - La prise en compte de l'environnement est non prioritaire dans certains milieux de travail - Défaut d'information sur les doses réelles de produits ménager à utiliser (incitation à la surconsommation par les industriels) - Manque de liaisons transversales de transports collectifs - Intérêts économiques contraires (ex : pratiques agricoles d'épandage de pesticides et qualité de l'air) - Les choix politiques - certains logements insalubres accroissent les inégalités de santé	- Mise en situation concrète, expérimentation, être acteur - Angle économique - Éducation à l'école : s'appuyer sur les programmes SVT relatif à l'appareil respiratoire - PRSE 2 - Promouvoir l'aération des espaces clos privés, publics, professionnels - Financement - Promouvoir les produits naturels - Arrêté préfectoral, législation, réglementation - CMEI (conseillers médicaux en environnement intérieur) - Approche par solutions (circuits courts de production du maraîcher vers le consommateur...) - Partenariats - Approche pluridisciplinaire	- Informations, éducations et formations avec des méthodes promotrices de santé (application des principes d'intervention en promotion de la santé) - Aller vers les publics (par communautés, lieux de vie...) - Développer les actions en milieu de travail - Approche positive (arrêter les messages anxiogènes) - Approche formation par les pairs - Travail de réseaux, utiliser les réseaux existants - Connaître, reconnaître, diffuser, soutenir et valoriser les bonnes pratiques et utiliser la labellisation des actions pour cela - Mieux informer sur les doses de produits ménagers à utiliser - Développer les transports doux et collectifs sur les voies transversales (reliant les moyennes et petites communes) - Développer les chartes

Expériences	Freins	Leviers	Préconisations
			« jardiner au naturel » vers les produits de bricolage - Sensibiliser les artisans, former les professionnels - Sensibiliser les bailleurs sociaux et privés à la qualité de l'air dans les logements - Développer les pratiques collectives de partage - Législation = interdictions - Labellisation

Agir localement pour l'urbanisme favorable au bien-être et à la santé

Introduction

La relation entre urbanisme et prévention n'est pas a priori évidente. Et pourtant, à y regarder de plus près, on se rend bien vite compte que nos lieux de vie, qu'il s'agisse de notre logement, de notre rue ou de notre commune, influent de façon plus ou moins forte sur notre santé.

Par exemple, le logement est-il correctement ventilé, insonorisé, raccordé ? Notre rue ou notre quartier sont-ils équipés de trottoirs facilement praticables pour les poussettes ou les fauteuils roulants ? Permettent-ils des déplacements piétonniers aisés, la vitesse comme le bruit sont-ils contrôlés ? Le quartier ou la commune favorisent-ils les liaisons travail-domicile par des modes ergonomiques (à vélo, à pied, etc.) ? Les parcours de santé sont-ils promus, les équipements sportifs valorisés ?

Ces quelques points suffisent à alimenter nos questionnements.

Or, et souvent, sans le savoir, nos élus sont des acteurs éminents de la bonne (ou moins bonne) santé de leurs concitoyens. Rarement, leurs actions sont valorisées et les élus déjà très engagés dans de nombreux domaines : ils sont donc assez rétifs à s'approprier le domaine de la santé, estimant que cette responsabilité échoit à d'autres...

Notre atelier pourrait donc s'engager, d'une part à favoriser la prise de conscience des aménageurs de nos territoires de la portée de leurs projets, non seulement en termes de bien-être, mais plus encore en termes de meilleure santé. D'autre part, et pour rétablir justice, accompagner aussi ceux qui se sont engagés dans cette voie d'avenir pour qu'ils en tirent, « un peu de plus-value » !

Santé et urbanisme, un sujet majeur de santé, de prévention et d'innovation.

Expériences	Freins	Leviers	Préconisations
Commune Le Rheu Cité jardin dès les années 60 par l'urbaniste Gaston Bardet 3 piliers : - la maîtrise publique de l'urbanisme - La piétonnabilité - La mixité sociale A ce jour, 27 % de logements sociaux (charge foncière modérée) Une liaison cyclable avec la ville de Rennes et des Zones à 20 km/heure Cantines encore en régie Expérience relatée de Copenhague (par un urbaniste danois) : une approche urbanistique centrée sur les besoins de l'enfant Marches exploratoires adoptées par certaines communes	Une logique mathématique, technique qui prévaut - Le poids des normes et des procédures, la pression étatique l'obligation de moyens, qui réduisent les capacités d'innovation - Antagonisme de certaines politiques - Une évolution permanente nécessitée par le renouvellement urbain - Le rythme de l'urbanisme (beaucoup plus lent que l'évolution des modes de vie) - L'absence de recul de la part des élus au bout d'un moment - Un manque d'ingénierie, d'appui - Difficile implication des habitants et limite de la participation citoyenne : (toujours les même) - Acceptabilité de certaines mesures par les habitants / conflits d'intérêt. Exemple : mesures de renouvellement	Une philosophie, la recherche de sens pour l'histoire urbaine Une volonté politique de la commune, conjuguée à une demande sociale La maîtrise publique (exemple entretiens des espaces verts) Charge foncière modérée pour favoriser la mixité sociale Des regards croisés : participation et intersectorialité - Les études d'impact en santé - L'intégration de la qualité de vie et de la santé dans l'ensemble des politiques urbaines : une approche globale - Pédagogie envers les habitants, avec une sensibilisation dès le plus jeune âge à l'environnement de vie - La mise en place de démarches participatives - Des accompagnements et des	Développer une vision partagée d'un urbanisme favorable à la qualité de vie en Bretagne (Privilégier la notion de qualité de vie, qui parlera plus aux élus que la notion de santé) - La nécessité d'un portage politique - Renforcer l'ingénierie en appui aux élus sur cette thématique - Développer la pédagogie, une culture partagée d'un urbanisme favorable auprès des élus, mais également des citoyens (et en milieu scolaire) - Favoriser la rencontre entre élus autour de cette thématique (exemple : un congrès des maires en région) - Valoriser les initiatives dans ce sens portées par les élus Anticiper et inscrire ces réflexions dans le temps (long), en cohérence avec la philosophie - Penser « santé et qualité de

Expériences	Freins	Leviers	Préconisations
	urbain non appréciées par les habitants déjà installés - Le poids du contexte local : des territoires « enfermant », assignant à résidence	appuis pour les élus : exemple par les Conseils d'Architecture, d'Urbanisme et de l'Environnement (CAUE), par des architectes urbanistes (en accord avec la philosophie souhaitée par le territoire)	vie » dès le démarrage des projets, développer les évaluations d'impact sur la santé - Intégrer la qualité de vie et de la santé dans l'ensemble des politiques urbaines : une approche globale et intersectorielle Des axes importants - Porter une attention aux populations vulnérables (exemple des personnes âgées et personnes en situation de handicap) : accessibilité et sécurité - Favoriser la mixité sociale et intergénérationnelle, notamment en organisant les cheminements vers des lieux de rencontre, de culture - Ne pas différencier les logements sociaux des autres logements sur le plan esthétique, sur la qualité des matériaux et la qualité énergétique - Prévoir des espaces non

Expériences	Freins	Leviers	Préconisations
			prescrits permettant des marges de manœuvre et/ou une appropriation de ces lieux qui font sens pour la population

Agir localement pour la santé avec la communauté éducative et les enfants

Introduction

I - Promouvoir la santé des enfants, c'est, comme nous le savons, utile pour eux, maintenant, mais aussi pour leur futur, comme jeunes, puis comme adultes.

Les inégalités de santé se construisent dès l'enfance. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) insiste sur le fait que l'état de santé de l'adulte est lié aux conditions de vie dans l'enfance (*Source Rapport du HCSP « Crise économique, santé et inégalités sociales de santé » - juillet 2016*).

« A l'âge de 6 ans, les enfants ayant un père ouvrier sont 14 % à présenter une surcharge pondérale (4 % de l'obésité), contre 9 % (1 % de l'obésité) pour ceux ayant un père cadre. On observe les mêmes différences, défavorables aux enfants des milieux les moins aisés, pour la consommation de fruits et légumes, la prise d'un petit-déjeuner tous les jours ou encore le temps de sommeil. Les inégalités chez les enfants témoignent de l'importance des facteurs économiques (coût des soins, budget alimentaire, etc.) et sociologiques (modes de vie, représentations, etc.). Elles rappellent ainsi que les inégalités de santé sont inextricablement liées à l'ensemble des autres inégalités sociales, notamment celles relatives aux conditions de vie et à la précarité des enfants. »

(Source <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-426.pdf>)

« La variété des déterminants évoqués dans ces travaux concerne aussi bien les conditions de vie de l'enfance, que celles durant la grossesse ou les conditions socio-économiques de vie des familles. Les conséquences sont donc à chercher au sein de toutes les politiques, bien au-delà des politiques de santé, et il est indispensable de mobiliser l'ensemble des acteurs pour des partenariats de promotion de la santé

(Source <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-437.pdf>)

II – Dans cet ensemble de déterminants, de pistes d'action, on a choisi de centrer l'atelier sur le fait d'agir avec la communauté éducative et les enfants » :

Dans chaque école, la communauté éducative rassemble les élèves et tous ceux qui, dans l'école ou en relation avec elles, participent à l'accomplissement de ses missions. Elle réunit les personnels de l'école, les parents d'élèves, les collectivités territoriales compétentes pour l'école ainsi que les acteurs institutionnels, économiques et sociaux associés au service public d'éducation.

(Source : eduscol.education.fr).

Un support – qui n'est pas le seul, mais qu'il est important de prendre en compte : le Parcours éducatif de santé inscrit dans le parcours scolaire.

Le parcours éducatif de santé vise à structurer :

- La présentation des dispositifs de protection de la santé des élèves : visites médicales (dont les visites obligatoires pendant la scolarité) et dépistage infirmier
- Les activités éducatives de prévention des conduites à risque
- Les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements relevant des programmes scolaires.

(Source : Circulaire n°2016-008 du 28-1-2016)

Expériences	Freins	Leviers	Préconisations
Accompagnement de personnes ayant besoin de soins psychologiques : - Consultations pour parents en difficultés (femmes majoritairement) - Consultations de prévention spécialisée pour les jeunes (12 – 21 ans) Mise en place d'un dispositif à Fougères pour inciter les personnes à venir au moins 6 mois en suivi, avec un engagement oral : cela ne fonctionne pas mal car elles restent un peu plus longtemps qu'auparavant, et parfois même plus de 6 mois. Le contexte de politique nationale et régionale Associations intervenant dans le domaine de la prévention des conduites et des comportements à risque chez les jeunes en Bretagne.	Listes d'attentes considérables (1 an d'attente) Représentations erronées sur le métier de psychologue : les personnes ne viennent pas au rdv ou ne poursuivent pas le suivi en consultation Non-adhésion et non-demande de la part des jeunes Problème de déscolarisation de certains jeunes Isolement, situations de rupture avec les parents Besoins de placements mais manque de place Inégalité d'accès à une consultation psy (plus facile dans les grandes villes) Inégalités de moyens financiers des familles pour consulter des professionnels libéraux Déni du trouble psychique.	Sollicitations extérieures pour adresser des jeunes en consultation (ex : écoles, CDAS, collèges...) Partenariat fort avec les éducateurs Travail en réseau Proposer des outils plus adaptés aux jeunes, par exemple des ateliers d'expression (ex : ateliers écriture, journal...). Prise de conscience dans les textes fondateurs et de la mission de l'école Nouveaux textes favorisant le bien-être à l'école : nouveaux programmes d'enseignements, Parcours Educatif de Santé (PES) permettant une transversalité et la pluridisciplinarité Mouvement de fond de ces textes : inscrits par l'institution comme but à atteindre, pas comme un moyen, grâce à une modification de l'angle de vue	Changer les représentations des jeunes et des familles vis-à-vis du métier de psychologue Développer d'autres dispositifs de soins psychiatriques, plus adaptés aux jeunes et aux familles (autre que des rencontres dans « un bureau classique ») Principe « d'aller vers » ces publics plutôt que d'attendre la sollicitation d'un tiers Faciliter l'accès aux soins psychiatriques des jeunes et de leur famille, notamment pour les populations fragiles et vulnérables. Pris en compte des signaux d'alerte le plus tôt possible : renforcer les liens et la coordination entre les acteurs pour améliorer le repérage et l'identification des signaux d'alerte, améliorer la prise en charge des jeunes et l'accompagnement des familles. Besoin de partager une information / formation des acteurs afin de favoriser la vigilance des

Expériences	Freins	Leviers	Préconisations
Aide à la conception et à la mise en œuvre de projets, développer des savoir-faire et création de supports d'information et de prévention. Soins bucco-dentaires : - programme mis en place par une mutuelle. - pertinence de prendre en compte les enfants vivant en institution spécialisée.		Inscription de la santé comme composante du développement harmonieux de l'enfant Bon duo principal d'établissement et conseiller principal d'éducation pour impulser une réflexion et une mise en place de projets sur les compétences psychosociales Changement de pratiques de prévention dans les établissements scolaires : arrêt des prestations « plaquées » au profit d'une collaboration avec des professionnels volontaires pour intégrer la santé comme une évidence et non-pas comme une obligation. Accompagnement des équipes avec un transfert de savoir-faire (« biens communs ») : observation des séances, co-animation puis animation seul avec des outils laissés « clés en main ». Ces professionnels acteurs vont, par la suite, naturellement essayer vers les autres collègues. Création d'un réseau d'acteurs et	professionnels : pouvoir alerter, informer sans dramatiser, orienter les parents..., et ce le plus tôt possible. Pour cela : nécessité d'informer et de former tous les professionnels de la communauté éducative : dispositif de vigilance partagé : Education Nationale, municipalités, grand public (sensibilisation des parents). Culture commune de lutte contre le harcèlement scolaire : bien-être partagé, bienveillance de tous. Attention portée aux élèves, mais aussi aux personnels Lieux de vie plus adaptés aux jeunes Plus de places en centres d'hébergement et en familles d'accueil spécialisées Mise en place du projet éducatif de santé, avec une collaboration de la communauté éducative autour des jeunes grâce à un accompagnement co-construit Création d'une culture commune,

Expériences	Freins	Leviers	Préconisations
		d'intervenants autonomes plus étoffé, au fur et à mesure. Approche positive et non pas négative de la santé qui n'est plus du registre sanitaire pur, du « risque » : meilleure écoute de la part des jeunes. Possibilité d'identifier des comportements ou des situations particulières de certains jeunes pendant des séances collectives (« mise en mots »). Puis possibilité de reprise en temps individuel, si besoin. Future maman plus attentive et plus à l'écoute pour la santé et le mieux-être de son enfant à cette période. « Aller au contact » des personnes, vers les situations « Aller au conflit = respecter l'autre, le prendre en considération » Ne pas stigmatiser Respect de ce temps de déni, également pour les familles, car il est difficile de mettre des mots sur	en interaction autour du jeune Collaboration systématique avec l'ensemble de la communauté autour de l'enfant pour favoriser le bien-être de l'enfant, notamment à l'école : Construction harmonieuse des compétences psychosociales (CPS) précocement et à tous les niveaux (école, parents, tissu local dans lequel évolue la famille, institutions...) : co-construction, co-éducation, co-parentalité... permettant de faire grandir en citoyen l'enfant Collaboration, construction intégrée à la société au bénéfice des jeunes. <i>« Le bien-être des uns contribue au bien-être des autres »</i> Universalisme proportionné appliqué à la scolarité pour l'épanouissement du jeune, et ce, quel que soit le parcours scolaire déployé par le jeune : plusieurs parcours possibles (le « lycée de toutes les réussites »), dans l'orientation la plus harmonieuse et

Expériences	Freins	Leviers	Préconisations
		ces constats Entendre les souffrances des professionnels et des familles, sens du respect de la souffrance de chacun Territorialisation des professionnels qui peuvent ainsi avoir une meilleure connaissance de l'enfant dans son parcours Permet également une mise en réseau plus facile Territoires à taille humaine (pas trop petit car moins significatif, pas trop grand car trop vaste), permettant une cohérence des structures existantes représentées Dépistage et parcours de soins : notion de continuité (suivi des bilans obligatoires) Importance de la formation initiale et continue Interdisciplinarité Lien important et nécessaire entre la santé et le social Intervenir très tôt, dès la petite	adaptée pour lui « Changement de logiciel » nécessaire afin de devenir la pierre angulaire de la scolarité du jeune, pour permettre également la construction de « l'Ecole bienveillante » (avec un grand « E ») Travailler systématiquement de concert avec l'ensemble de l'équipe éducative, au bénéfice des jeunes. Programmes d'actions qui se font tout au long du parcours scolaire de l'élève, avec une cohérence et une évolution progressive. Parler positivement de la santé plutôt que des dangers et des risques afin de favoriser l'adhésion des jeunes. Aller vers tout le monde, pas uniquement les publics ciblés : universalisme des actions Avoir une vraie connaissance des structures et prise en compte des besoins réels : diagnostic à faire

Expériences	Freins	Leviers	Préconisations
		enfance : importance de la précocité des actions	dans les structures Transversalité Parcours autour de l'enfant plus structuré Travail avec l'inspecteur de l'Education Nationale Favoriser la prévention plutôt que le soin Repérer les services dans la prévention car ce sont les « parents pauvres » de la santé

Agir localement pour favoriser l'exercice coordonné des professionnels de santé

Introduction

Amorcé dès 2006, le développement de l'exercice coordonné constitue une des priorités affichées par l'ARS Bretagne depuis sa création.

L'exercice coordonné correspond à une fédération de professionnels de santé de premier et/ou de 2^{ème} recours qui souhaitent développer des modalités d'exercice plus coopératives autour de la prise en charge de leurs patients. Il se formalise autour d'un projet de santé partagé qui détermine l'engagement des professionnels sur les modalités de travail collaboratives qu'ils souhaitent mettre en place sur leur territoire.

Cette forme d'organisation se définit comme une équipe de soins primaires (ESP), dont la forme la plus connue reste la maison de santé pluriprofessionnelle. La Bretagne est une des régions les plus dynamiques et compte à ce jour 84 maisons de santé pluriprofessionnelles en fonctionnement.

La promotion de ce type d'exercice répond à deux objectifs majeurs que sont le maintien d'un égal accès aux soins pour la population, en créant des conditions d'exercice répondant aux attentes des jeunes professionnels, et l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients, en facilitant la coordination entre professionnels de santé. A ce titre, le développement de ces organisations professionnelles facilite la mise en place d'actions de prévention ou promotion de la santé au plus près de la population (éducation thérapeutique du patient, lutte contre les addictions...) permettant l'amélioration et la protection de son état de santé ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Expériences	Freins	Leviers	Préconisations
Mellac (près de Quimperlé) : Dynamique portée par des paramédicaux, réunis en association, disposant de locaux avec des places vacantes pour des médecins, travaillant en groupe. Pour autant, pas de médecins depuis près d'un an. -Plateforme territoriale d'appui Guingamp (travail de mise en lien important vers le médico-social) -Lamballe Communauté -Querrien : trois professionnels de santé, un bâtiment, démarche projet de santé, action inscrite dans le contrat local de santé.	Pénurie médicale - Craintes des jeunes médecins vis-à-vis de l'installation - Craintes des jeunes médecins face à des prises en charge aujourd'hui plus complexes du fait du vieillissement de la population - Délai d'installation important au sortir des études et manque de visibilité sur le devenir des jeunes médecins - Recherche d'une qualité d'exercice et développement des temps partiels - Recherche d'une qualité de vie (offre de service à la population, travail du conjoint...) En cas de surabondance de l'offre, les professionnels sont moins incités à travailler ensemble. - Manque d'échanges entre professionnels de santé (temps de discussion/concertation) - Pas d'intérêt partagé pour développer ensemble ce type d'exercice	Donner envie de travailler ensemble : - Favoriser des temps de concertation, d'échanges de pratiques, de réalisation de diagnostic, mais pour cela connaître le mode de fonctionnement des professionnels et adapter ces temps de rencontre aux contraintes d'exercice. - S'appuyer sur la préexistence du travail en équipe pour définir le projet de santé (son élaboration et sa réalisation facilite le travail pluri-professionnel) Faciliter la connaissance entre acteurs : - Se tourner vers les autres ressources (équipes de soins primaires par exemple) - Mise en place de fiche « Je me présente » - Communiquer sur les modalités d'exercice coordonné et les dispositifs d'appui - Informer sur la réalité de l'exercice - Clarifier et rendre lisible	Développer la maîtrise de stages des médecins généralistes Ouvrir les dispositifs de formation professionnelle continue aux autres professionnels de santé => facilite les échanges de pratiques. Introduire les notions d'« exercice coordonné » dans la formation initiale Favoriser les installations dans les zones de formation initiale (lieux de stage => susciter des vocations) Freiner/limiter les installations dans les zones sur-dotées (« saturées ») Point de vigilance : contrat de coordination : coordinations fermées (médecin + Ehpad, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, par exemple). Prévoir la mise à disposition d'un logement au sein du projet immobilier pour les stagiaires Encourager des organisations qui vont permettre de pérenniser une

Expériences	Freins	Leviers	Préconisations
	- Manque de temps, de disponibilités lié aux contraintes d'exercice Les professionnels ont une méconnaissance des ressources et des différents acteurs du territoire : - Manque de visibilité - Présence de doublons d'acteurs et une hétérogénéité de dispositifs qui rend difficile la conduite de projet Ils ont une méconnaissance des modalités de contractualisation avec l'ARS sur le champ de l'ambulatoire Manque de médecins « leaders » pour impulser l'exercice coordonné (épuisement du médecin généraliste et difficulté à trouver un « leader ») Equipement informatique (outils de travail) Incompatibilité des logiciels interprofessionnels Manque de transmission organisée d'information entre les équipes de	l'exercice coordonné grâce à l'appui institutionnel « Se connaître pour mieux communiquer » - S'appuyer sur un mode d'organisation fondé sur la coopération des acteurs et le décloisonnement des structures - Tenir compte des nouvelles attentes générationnelles Identifier un « leader professionnel » ou une « figure » qui anime la vie d'équipe S'appuyer sur un « leader » au sein des professionnels de santé qui pourrait mobiliser le champ du médical et médico-social un binôme : « Coordonnateur-leader » = utile pour la transmission Equipement informatique (outils de travail) - Mettre en place un système d'informations partagé au	offre de soins dans les zones sous dotées Informar sur les ressources des territoires, l'attractivité, les services à la population : réfléchir aux modalités de communication : Supports papier ? outils numériques ? (Évaluation des outils de communication) Informar sur la réalité de l'exercice coordonné Avoir un système d'information compatible Développer les consultations avancées de spécialistes et permanences délocalisées au sein des structures d'exercice coordonné Faire se rencontrer les professionnels Favoriser l'interconnaissance des professionnels dans le champ du médico-social et social (ex : aide à domicile) Harmoniser les politiques de santé publique en terme de

Expériences	Freins	Leviers	Préconisations
	soins de premier et second recours Projet de santé et immobilier Chercher à monter un projet immobilier sans projet de santé = difficile Le champ de compétences des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale <u>La plateforme territoriale d'appui Guingamp :</u> Médecin généraliste a des difficultés à intégrer la plateforme Problématique de la représentation culturelle des hiérarchies	service de la qualité et de la sécurité des soins dispensés et de la coordination des prises en charge des patients (dossier médical et de soins) - Développer l'usage des technologies numériques par les professionnels de santé pour une pratique médicale à distance (télémédecine), -Recourir à la télétransmission Projet de santé et immobilier - Raisonner à l'échelle pluri-communale : plus simple qu'une commune moyenne - Exemple Lamballe-Communauté : Accompagnement partagé : - l'ARS sur la formalisation du projet de santé (accompagnement financier et administratif) - la Communauté de commune sur le projet immobilier - S'appuyer sur des financements complémentaires pour développer des projets	coordination : questions des nouveaux dispositifs là où il y avait des réponses existantes (question du statut des porteurs de dispositif de coordination)

Expériences	Freins	Leviers	Préconisations
		immobiliers, favoriser leur extension Rôle des élus et partenaires institutionnels - Incitateurs et facilitateurs du projet de santé (accompagnement des phases de diagnostic, proposition de fonciers, financement d'ingénierie de projet...). - Pour faciliter le montage du dossier (implication), une graduation des étapes est souhaitable Zonage pluri-professionnel Réactualisation plus fréquente du ciblage des zones dites « prioritaires » ; ce dernier se base sur une approche pluri-professionnelle pour identifier les territoires qui pourront bénéficier d'aides spécifiques destinées à favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé Loi santé	

Expériences	Freins	Leviers	Préconisations
		Injonction au travail coordonné Le champ de compétences des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale	

Agir localement pour la santé mentale des habitants et la prévention du suicide

Introduction

- La santé mentale

Par le passé, la santé mentale était définie exclusivement par l'absence de troubles mentaux. Cette approche suppose qu'un individu exempt de troubles mentaux est en bonne santé mentale et qu'à l'opposé, une personne atteinte de troubles mentaux ne peut jouir d'une bonne santé mentale.

A l'instar de l'évolution de la définition de la Santé par l'OMS, organisation mondiale de la santé, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie, la définition de la santé mentale a, elle aussi, évolué vers un **état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté** (définition OMS, 2001).

Santé mentale positive : continuums simple et double

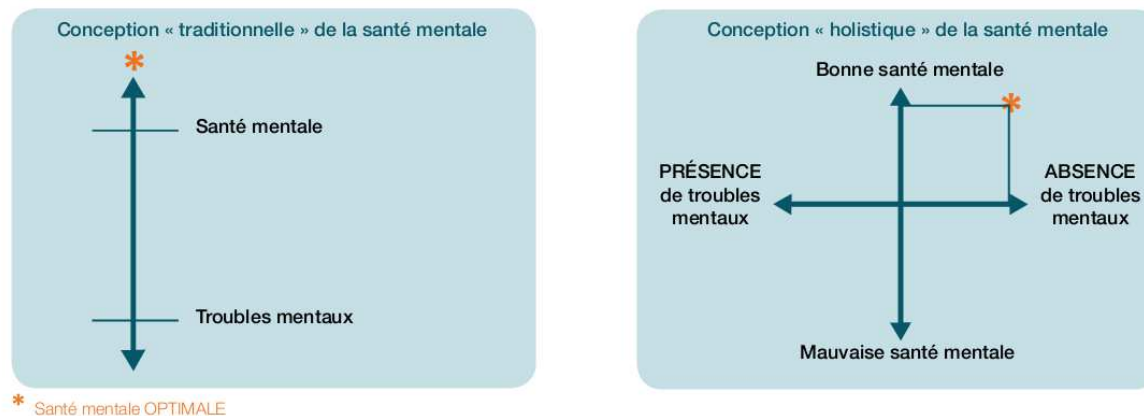


Schéma issu du n°10 de TOPO, Institut National de Santé Publique du Québec, septembre 2015

Afin d'agir en amont des problèmes de santé mentale, ce second schéma montre la nécessité d'une double stratégie d'actions : prévenir la survenue des troubles mentaux (par la réduction des facteurs de risque auprès de populations vulnérables ou ciblées), mais également promouvoir la santé mentale dans sa dimension positive, en agissant sur un ensemble de déterminants de santé.

- **La problématique du suicide**

Il existe un lien étroit entre le suicide et la santé mentale.

Le suicide est avant tout l'expression d'un mal-être psychique. Selon l'Inserm, un **trouble psychique** est associé à 90 % des suicides. Le risque suicidaire est beaucoup plus élevé chez les personnes présentant des troubles dépressifs, anxieux, schizophréniques et addictifs que dans la population générale. La tentative de suicide intervient généralement dans un **contexte de vulnérabilité**, lié à des facteurs environnementaux (traumatismes, deuil, ruptures...). Les **antécédents de comportements suicidaires** sont des indicateurs d'un risque accru.

L'impact des suicides est extrêmement lourd sur l'entourage, la famille, les proches, les collègues, mais aussi sur les communautés.

- **Un enjeu de santé publique important pour la Bretagne**

Chaque année environ 850 personnes meurent par suicide en Bretagne, plaçant notre région au 1er rang en France, avec 59 % de surmortalité masculine par rapport au niveau national et 71 % chez les femmes.

La prévention du suicide est donc essentielle, d'autant plus qu'il existe des moyens d'agir, et concerne tous les acteurs ; chacun, à sa place de professionnel social, sanitaire, éducatif... ou de bénévole, élu... peut rencontrer des personnes en situation de souffrance et aider à prévenir un passage à l'acte.

Agir pour la santé mentale et la prévention du suicide, c'est mener des programmes nationaux, régionaux, mais aussi et surtout des actions locales, au plus proche de la population et des personnes en situation de souffrance.

Expériences	Freins	Leviers	Préconisations
- Un centre de santé infirmier avec un axe de travail promotion de la santé - Le dispositif pair aidance de Pontivy - Prise en charge des soignants en souffrance (centre d'examen de santé ?) - Actions de santé par la promotion de l'activité physique pour le public en insertion - Création d'un réseau de prise en charge global par un bailleur social de Lorient à l'initiative des élus	<u>Institutionnels :</u> - Manque de moyens humains pour la promotion de la santé - Manque de temps dédié à la promotion de la santé pour les professionnels de terrain (soin plutôt que prévention, les actes de prévention/promotion de la santé ne sont pas côtés comme l'acte de soin) - Délai de prise en charge très long dans les structures spécialisées (CMP, CMPP...) - Manque de structures ou dispositifs pour le public 16-25 ans qui n'ont plus leur place en pédopsychiatrie et pas encore leur place dans les structures adultes. - Problématique de la personne âgée vieillissante avec un manque de structure <u>Individu :</u> - Isolement géographique qui entraîne des difficultés de mobilité pour se rendre dans les lieux de soins ou les activités	<u>Institutionnels :</u> - décloisonnement des services vers la volonté de prendre en charge la personne de manière globale - favoriser les initiatives locales par la co-construction et l'interconnaissance des moyens existants et mobilisables sur le territoire entre le secteur sanitaire et social (formation, culture commune, groupe de travail, rencontres....) - importance du réseau - installation des contrats locaux de santé mentale et des programmes territoriaux de santé mentale <u>Individu :</u> - Nécessité d'accompagner après hospitalisation par les professionnels avec un suivi de longue durée - Rôle du médecin référent et de sa formation sur le repérage et l'orientation - Aller vers : avec les dispositifs	Coordination territoriales et locales des acteurs entre eux : création de réseaux/plate-forme de prise en charge et d'appui Développement de la formation initiale des médecins généraliste, des professions paramédicales Prise en charge pluri-professionnelle et globale Dispositif de soutien aux professionnels (supervision, lieu de prise en charge.) Mise à disposition d'annuaires ressources des professionnels locaux « Aller vers » la population avec les équipes mobiles/SAVS (services d'accompagnement à la vie sociale) <u>Actions de santé :</u> - Favoriser l'accès aux activités ou projets qui favorisent le

Expériences	Freins	Leviers	Préconisations
	proposées par les équipes - Isolement social : rupture familiale, rupture dans l'accès aux soins et aux droits - Dénier de la souffrance psychique - Chronicité des situations de souffrance/mal-être <u>Entourage :</u> - Désœuvrement familial - Méconnaissance des dispositifs existants de prise en charge et accompagnement - Souffrance des familles aidantes - Mal-être non identifié par les familles <u>Professionnels :</u> - Des professionnels qui ne se sentent pas concernés par la problématique - Usure/burn out des professionnels qui prennent en charge ce public	d'équipes mobiles et la Notion de veilleurs !! dans la continuité des soins - Dispositif de pair-aidance - Co voiturage/transport <u>Entourage :</u> - Soutenir les familles et les aidants <u>Professionnels :</u> - Proposer des actions collectives non stigmatisantes via l'approche de prévention universelle - Utilisation des réseaux sociaux pour faire une continuité dans le lien avec le patient - Décloisonnement des professionnels	bien être pour tous - Créer du lien entre les initiatives locales sur le vivre ensemble - développement de projets participatif et implication des personnes (empowerment). - implication des publics de manière pérenne - Besoin des acteurs de se former/s'informer sur la notion d'universalisme proportionné (exemples, d'actions concrètes, méthodologie, pratiques professionnelles..)

Agir localement pour le bien-être, la qualité de vie au travail

Introduction

Le Plan Santé au Travail 2016-2020 comporte deux grands axes stratégiques :

- la priorité à la prévention primaire et à la culture de prévention
- l'amélioration de la qualité de vie au travail conçue comme un levier de santé au travail, de maintien durable en emploi et de performance économique et sociale de l'entreprise.

C'est bien la volonté exprimée par les partenaires sociaux et c'est une véritable évolution : en 2010, il était question de souffrance au travail et en 2014, on commence à parler de qualité de vie au travail.

Il s'agit bien de s'interroger sur les conditions dans lesquelles les salarié.e.s exercent leur travail (le travail réel) et de favoriser leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu du travail pour :

- favoriser la qualité de l'engagement, des relations de travail, de l'information au sein de l'entreprise
- concilier davantage les temps de vie (professionnels et personnels)...

La prévention est affichée comme une priorité sur la réparation. Elle ne porte plus uniquement sur les risques professionnels qu'il convient d'évaluer pour les supprimer ou les réduire, mais aussi sur les conditions de réalisation du travail et la façon dont les salariés peuvent discuter du travail pour améliorer son contenu et son organisation.

L'introduction au Plan Régional de Santé au Travail rédigée par le Directeur de la Direccte (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi) est significative

« L'ambition et les enjeux sont importants : faire en sorte que les acteurs de la prévention œuvrent au bénéfice de l'amélioration de la qualité de vie au travail et de la prévention primaire pour le plus grand nombre ».

Les travaux du COCT (Conseil d'Orientation des Conditions de Travail) vont dans ce sens:

- adopter une approche positive du travail : le bien-être au travail est un facteur d'engagement et de santé au travail, c'est aussi un levier d'efficacité économique

- favoriser la prise de conscience des enjeux de santé au travail par l'ensemble des acteurs afin de permettre une réduction significative des arrêts de travail et maladies professionnelles
- détecter et prendre en compte les risques émergents
- intégrer les enjeux du vieillissement et de la qualité de vie au travail pour prévenir la désinsertion professionnelle...

Le programme d'activités 2017 de l'Aract Bretagne (association régionale pour l'amélioration des conditions de travail) comprend également parmi ses axes prioritaires d'intervention la promotion des démarches de qualité de vie au travail pour l'amélioration des conditions de travail et la performance des entreprises. L'Aract est engagée auprès des partenaires du Conseil régional d'orientation des conditions de travail et anime des actions collectives auprès d'entreprises des secteurs de l'agroalimentaire, de la santé et du transport en particulier.

Il est essentiel que ce sujet soit partagé par un nombre croissant d'acteurs : entreprise (salariés et dirigeants) et préventeurs

Expériences / thématiques	Freins	Leviers	Préconisations
La prévention des troubles musculo-squelettiques pour éviter les incapacités de travail (Aides à domicile)	L'organisation du travail qui ne facilite pas la mise en œuvre d'actions au sein de l'entreprise (exemple : peu de temps en commun pour les équipes d'aides à domicile). Les aspects juridiques relatifs à la mise en œuvre de ces activités sur le temps de travail. Les difficultés de financement des activités de bien-être au sein des entreprises. Difficultés pour identifier des pilotes d'actions de prévention.	Des séquences d'activité physique proposées aux salariés sur le temps de travail : facilitant pour l'employé et opportunité pour créer une cohésion d'équipe là où la mission exige de travailler seul (espace commun d'échange, de partage, etc...). Faire appel à des compétences en interne, identifier au sein de l'entreprise des personnels ressources pour une activité (exemple : un personnel formé en sophrologie). Faire preuve de créativité.	Nécessité d'entretenir une culture de la santé au sein de l'entreprise, pour avoir l'adhésion des salariés aux activités proposées. Les salariés peuvent être ressources pour proposer des démarches qui favorisent une bonne qualité de vie au travail. Des sources de financements potentielles : les mutuelles, les comités d'entreprise, etc. Expérimenter des nouveaux modes d'action (exemple : permanence d'une psychologue au sein de l'entreprise pour des entretiens individuels). Il est indispensable de laisser de la place aux heures « improductives » qui permettent de mettre en œuvre des actions qui renforcent la qualité de vie au travail.

Expériences / thématiques	Freins	Leviers	Préconisations
Les relations sociales au sein de l'entreprise	Attitudes des encadrants peu favorables à la qualité du climat social. Différence entre le travail prescrit et le travail réel. Mauvaise interconnaissance dans l'entreprise du travail de chacun. Décalage entre les valeurs personnelles et celles de l'entreprise = mal-être au travail.	Saluer les salariés, pause-café en commun, etc. Privilégier un travail de co-construction ascendant. Structurer la proximité au sein de l'entreprise via des outils, des temps et des espaces. Permettre aux salariés de se reconnaître dans les valeurs de l'entreprise et de les intégrer.	Formation au management des encadrants. Des encadrants qui assument leur niveau de responsabilité. Avoir un cadre et donner du sens à son travail. Création d'un un espace de dialogue (<i>qui va être différent selon les entreprises</i>) : - Etre à l'écoute des besoins des salariés et de l'entreprise ; - Faire appel à des intervenants extérieurs (bien-être personnel = bien-être au travail) ; - Favoriser la liberté de parole, soutenir l'expression individuelle dans le collectif. Création ou maintien des valeurs / d'une culture d'entreprise par la mise en place d'une stratégie de communication interne.

Expériences / thématiques	Freins	Leviers	Préconisations
L'approche territoriale de la qualité de vie au travail	Absence de concertation inter entreprise sur les territoires.	Structuration, à l'échelle des territoires, d'espaces d'échange, d'expériences (chefs d'entreprise et salariés) sur les stratégies d'amélioration de la qualité de vie au travail mises en œuvre.	Formations, retour d'expérience de proximité (par territoire, en inter-entreprises). Prendre appui sur les contrats locaux de santé, y inscrire le bien-être et la qualité de vie au travail. Au niveau d'un territoire, envisager l'accès à des services de proximité pour les salariés : crèches, transports, restauration...

Faire un diagnostic local de santé (DLS)

Introduction

- Quelques points clés

- Les DLS sont des démarches d'analyse de situation donnant lieu à concertation et **propres à fonder un processus de programmation de santé**. Ils se distinguent d'un simple état des lieux reposant sur la collecte et l'analyse des informations disponibles pour le territoire étudié (rapports, données statistiques...), celui-ci étant considéré comme l'une des composantes de la démarche de DLS.
- Le DLS est généralement inscrit dans un **projet de santé**, qui comprend outre la phase de diagnostic, des phases de détermination de priorités et de construction de programmes d'action.
- Les DLS peuvent intervenir **à différentes étapes d'un projet de santé**, dès son début, ou en cours de démarche, afin d'approfondir tel ou tel point précis. Ils peuvent donc être de plusieurs types :
 - ✓ diagnostic santé composante d'un diagnostic territorial multidimensionnel,
 - ✓ diagnostic de quartier s'intégrant dans un diagnostic communal,
 - ✓ analyse d'une problématique révélée par un premier diagnostic global....

- Objectifs des DLS

- améliorer la connaissance de la situation socio-sanitaire par les acteurs (élus et institutions, professionnels, population) et formuler des hypothèses sur les raisons de cette situation en fonction des connaissances établies ;
- recenser précisément les ressources locales (professionnels, associations, équipements, actions conduites...) afin d'identifier celles qui sont susceptibles d'être mobilisées pour l'action, mais également de repérer les manques ;
- générer, à partir de ces constats, un consensus sur les problèmes à résoudre, les enjeux d'action publique et les solutions envisageables (notamment au vu des politiques et projets publics concernés)
- permettre à chaque acteur, dont le maître d'ouvrage, de mieux se situer dans son environnement et de mieux identifier les leviers d'actions à sa disposition ;
- repérer les facteurs qui peuvent être favorables à l'action ou qui, à l'inverse, risquent de constituer des freins ;
- assurer la continuité avec la démarche de projet de santé qui devra déterminer les problèmes à prendre en charge prioritairement (selon des critères préalablement fixés), les partenariats et ressources à mobiliser et les actions à mettre en œuvre,
- contribuer à la mobilisation locale pour la programmation d'actions.

- **Périmètre**

Conséquence directe des définitions retenues dans le cadre de la réalisation des DLS, ces derniers ne se limitent pas à un constat de la situation sanitaire des populations au sens biomédical du terme (mortalité, morbidité), ni à une étude de l'existence et de l'accessibilité à une offre socio-sanitaire.

Les DLS doivent également porter sur tout ou partie des éléments suivants, qui sont autant d'éléments de compréhension des problématiques de santé :

- ✓ caractéristiques et situation sociale des populations (démographie, revenus, précarité, emploi, scolarité...);
- ✓ environnement (logements, transports en commun, offre alimentaire, équipements sportifs, de loisir, culturels..., écologie) et conditions de vie et de travail ;
- ✓ comportements individuels et collectifs ;
- ✓ avis et attentes des populations et des professionnels...

Un tel modèle souligne le rôle des élus ou d'acteurs qui, bien que n'ayant pas de compétences directes dans le champ sanitaire, ont de réelles capacités d'action pour améliorer la santé.

Schéma de mise en œuvre



Expériences	Freins	Leviers	Préconisations
Conférence de territoire n°5, 2015 « Comment aider ceux qui accompagnent leur proche au quotidien ? » Une démarche participative engagée avec les représentants des usagers dans les 6 Pays du Territoire n° 5, suivi d'un débat public le 10 juin 2015. Environ 200 personnes ont participé aux échanges qui ont permis d'aboutir à des idées fortes et concrètes avec 20 préconisations proposées lors du débat. L'enjeu était non pas de faire un débat « en public », mais véritablement faire un débat public.	Temps : - Contraintes de temps : le DLS ne s'inscrit pas facilement dans les calendriers - Le temps des élus n'est pas celui du diagnostic Une démarche inhabituelle : - Désir de passer à l'action, de brûler les étapes - La santé est considérée dès lors qu'elle est perdue, non comme une ressource - Financement alloué à l'action, non au diagnostic - Prise de risque des institutions quant à la prise en compte effective des résultats d'un DLS, peut-être peu en prise avec leurs projets, leur vision de la santé Une démarche peu institutionnalisée, dépendante des volontés donc	Légitimité : - Présence d'un acteur (opérateur) légitime qui lance une dynamique de DLS. Reconnaissance de la légitimité des opérateurs du DLS - Trouver des collectivités pour faire une expérimentation (effet boule de neige) - Utiliser un discours porteur pour mobiliser les acteurs, les financeurs (ex : santé plutôt que développement durable ?). Savoir-faire des opérateurs : - Mobiliser les acteurs - Favoriser la confiance mutuelle Favoriser le dialogue : - Avoir un langage commun entre professionnels, élus et habitants - Relation de confiance, dialogue entre les acteurs - Avoir une action concertée - Avoir des structures sur les	Financer, accompagner : - Encourager et aider les structures qui veulent mettre en place un DLS (accompagnement, financement, ingénierie, méthodologie) - Soutenir des démarches empiriques implicatives et innovantes Le temps : - Assouplir les contraintes quand on initie un DLS - Cadrer le périmètre des objectifs du diagnostic : on ne peut pas tout faire - Financer les temps de réflexion et de mise en lien des partenaires Territoire : - Définir un territoire qui convienne aux acteurs impliqués - Définir un territoire à l'échelle

Expériences	Freins	Leviers	Préconisations
	individuelles : - Démarche dépendante des acteurs, des institutions, et du contexte politique. Savoir-faire des opérateurs : - Besoin d'une expertise, d'un savoir-faire <i>ad hoc</i> - Difficulté à s'exprimer en public - Difficulté à comprendre les sigles Territoires : - Millefeuille territorial, institutionnel : superposition de territoires et des niveaux politiques (territoire de santé, département, canton...) - Réforme territoriales, métropolisation : - Distance entre les acteurs concernés - Concurrence entre des territoires plus que leur complémentarité. Accès aux données : - Données nombreuses mais	territoires qui soient en proximité et qui puissent inclure des démarches dans leur temps de travail (Plateformes Territoriales d'Appui, Centres sociaux, élus, associations...) - Travailler avec des habitants « relais », ressource Donner les compétences permettant l'implication des acteurs et l'acquisition d'une culture commune: - Développer les compétences de la population pour participer à des DLS (formation à la participation, savoir être relais, connaissance des structures ressource...) - Former les professionnels à la promotion de la santé (ne pas se focaliser sur l'épidémiologie). Traitement des données : - Avoir un soutien pour compiler et analyser les données	duquel le diagnostic est réalisable Une consultation obligatoire : - Rendre la consultation des publics obligatoire - S'appuyer sur les ressources locales (Maisons Pour Tous, centres sociaux) pour mobiliser des acteurs Légitimité du coordonnateur : - Etre ou se sentir légitime pour coordonner un DLS - Connaître la méthodologie de projets, l'ingénierie. Confiance mutuelle : - Favoriser la confiance entre les acteurs, de manière à dépasser des blocages éventuels - Laisser le temps pour construire cette confiance - Etre reconnu par l'opérateur en tant qu'acteur Co-formation : - Acquérir un langage commun en réunissant les professionnels,

Expériences	Freins	Leviers	Préconisations
	diffuses à l'échelle régionale, ou insuffisantes à l'échelle locale - Cartographies pas adaptées		élus, usagers au cours de formations communes Analyse critique des données : - Savoir analyser de manière critique les données (qui les produits, sources...) - Avoir l'appui d'experts pour s'approprier les données permettant de réaliser l'état des lieux Changer de posture : - Ne pas penser « solutions » et « priorisations » avant d'avoir les résultats du DLS.