

Participation des habitant(e)s à la définition des priorités de santé publique pour le PRS2

Cadre méthodologique et résultats

Direction de la promotion de la santé et de la
réduction des inégalités

Anne Laporte – Evelyne Jean-Gilles

Direction de la démocratie sanitaire

Tanguy Bodin

Sommaire

1. Justification du projet.....	4
2. Les modalités de sa mise en œuvre	6
2.1 Construire un dispositif participatif.....	6
2.1.1 Qui participe ?	7
2.1.2 Comment s'organise la participation ?	8
2.1.3. A quoi propose-t-on de participer ?	9
2.2 La réalisation	11
3. Les résultats.....	13
3.1 La participation des habitants.....	13
3.2 Les propositions de priorités de travail pour les cinq ans pour les participants de La Fédé et des conseils citoyens.....	14
3.2.1 La santé mentale.....	14
3.2.2 Le cadre de vie et le logement	15
3.2.3 La santé et le travail	16
3.2.4 Les personnes âgées	17
3.2.5 L'accès au médecin.....	18
3.2.6 L'information sur la santé	19
3.2.7 L'alimentation	21
3.2.8 L'activité physique	22
4. L'inscription des priorités des citoyens dans les PRS 2018-2022	23
4.1 Information de proximité	25
4.1.1 Information de santé de proximité	25
4.1.2 Education à la santé en milieu scolaire.....	27

Participation des habitant(e)s à la définition des priorités de santé publique pour le PRS2

4.2	Cadre de vie/logement	28
4.2.1	Amélioration du cadre de vie et la question de l'hygiène	28
4.2.2	Accès aux services publics	30
4.3	Santé et travail.....	31
4.3.1	Le travail des plus fragiles : les jeunes	32
4.3.2	Le travail des plus fragiles : les primo-arrivants	32
4.3.3	L'Education à la promotion de la santé sur le lieu de travail : empowerment et environnement.....	34
4.3.4	L'Education à la promotion de la santé sur le lieu de travail : médecin de travail	35
4.4	Santé mentale	35
4.4.1	Recherche de solutions pour mieux gérer le stress	36
4.4.2	Ouvrir des espaces de dialogue entre équipe pédagogique et parents élèves	36
4.4.3	La contribution relative au psychologue et son image	37
4.5	L'alimentation	37
4.5.1	L'éducation alimentaire	38
4.5.2	L'accès à une diététicienne	38
4.5.3	La lisibilité des étiquettes et la visibilité des points d'alimentation sains	39
4.6	L'activité physique	40
4.6.1	L'activité physique du couple mère-enfant.....	40
4.6.2	L'activité physique de la femme	41
4.7	Les personnes âgées	41
4.7.1	LA BIEN TRAITANCE – chapitre « santé et autonomie des personnes âgées »	42
4.7.2	CONDITIONS DU BIEN VIEILLIR : la vie à domicile - chapitre « santé et autonomie des personnes âgées »	42
4.7.3	SOUTIEN AUX ASSOCIATIONS: la vie à domicile - chapitre « santé et autonomie des personnes âgées »	43

Participation des habitant(e)s à la définition des priorités de santé publique pour le PRS2

4.8	L'accès au médecin généraliste	43
4.8.1	Lisibilité des aides disponibles – PRAPS.....	44
4.8.2	Remboursement des soins dentaires, optiques et auditifs – PRAPS	45
4.8.3	Rôle des associations de médiation – PRAPS	46
5.	Conclusion	47

1. Justification du projet

Les besoins de santé de la population peuvent être identifiés par un ensemble de données quantitatives (enquêtes dans différents champs, données produites par le système de soins, etc.) ainsi que par des données qualitatives qui interrogent directement les personnes susceptibles d'en bénéficier (citoyens, habitants, usagers) et ceux en capacité de produire de la santé (acteurs de la prévention, du soin, décideurs (élus, responsables)). C'est l'ensemble de ce matériel qui permet d'élaborer les besoins de santé et d'en tirer des objectifs de santé prioritaires dans les domaines déterminant la santé (environnemental, social, éducatif, etc.) et dans le domaine des services et des soins.

Les besoins de santé des franciliens pour l'élaboration du PRS1 ont été basés sur un ensemble d'indicateurs sanitaires, sociaux et environnementaux et sur l'état de l'offre de services et d'équipements. Pour le PRS2, nous souhaitons prendre en compte l'avis de l'ensemble des parties prenantes dès ce stade, dans un objectif de co-construction du PRS. Il s'agit là de mettre en œuvre la démocratie en santé telle qu'elle se dessine à présent, dans une dimension participative en parallèle et en articulation avec les dispositifs de démocratie sanitaire (représentative) existant (CRSA, CTS)¹.

Quelles légitimités ?

Quelles légitimités pour prendre l'avis des habitants/usagers et des acteurs de santé sur la définition de la politique de santé régionale et/ou locale ? On peut considérer deux types de légitimité, l'une épistémique : produire une politique de santé répondant aux besoins réels de la population au plus près des territoires en utilisant leur expertise issue de l'expérience, l'autre démocratique : répondre au droit des citoyens et acteurs de santé de prendre part aux décisions qui les concerne.

¹ CRSA : commission régionale de la santé et de l'autonomie ; CTS : conseil territorial de santé

Participation des habitant(e)s à la définition des priorités de santé publique pour le PRS2

Néanmoins la question est posée des avantages ou des risques d'une telle entreprise peu développée dans le cadre des politiques de santé. On peut souligner l'utilisation de dispositifs participatifs depuis quelques années déjà dans d'autres secteurs des politiques publiques, surtout aménagement mais aussi environnement, transports (comités de lignes des conseils régionaux)². Concernant les transports et la santé, l'ARS IDF a mis en œuvre en 2014 un dispositif participatif auprès d'habitants n'ayant pas l'habitude de donner leur avis, dans le cadre d'une évaluation d'Impact sur la santé (EIS). Ce travail collaboratif a permis d'améliorer l'efficacité de l'EIS (précision des outils de l'EIS, qualité de l'analyse, pertinence des recommandations, réception de l'EIS). Un résultat a marqué les esprits, le coût du transport joue sur le contenu du panier de la ménagère, permettant une prise de conscience notamment de l'importance d'une bonne accessibilité à la tarification sociale pour limiter à court terme le risque d'insécurité alimentaire et ses conséquences sanitaires.

Les freins

En termes de risques, ou de contraintes, ce qui est le plus fréquemment rapporté est l'échec des dispositifs participatifs (difficultés à recruter des citoyens) du fait de la non influence (habituelle) sur la décision des démarches entreprises. Les citoyens désabusés n'y viennent plus (constat largement fait dans le cadre des dispositifs de la politique de la ville). Ainsi le risque est plutôt de ne pas y arriver. La contrainte réside dans le temps et les ressources nécessaires. Mettre en œuvre un tel dispositif demande une organisation, du temps, des compétences et la volonté et la conviction que cette démarche sera utile et non encore une « pseudo-participation ».

Les atouts

Les critiques récurrentes sur la participation citoyenne se concentrent sur le fait que l'ingénieur ou l'expert sait mieux que le citoyen lambda et surtout que l'élu incarne la légitimité politique. Or de nombreux exemples ont prouvé la pertinence de prendre en compte l'avis des citoyens et des acteurs, en le positionnant sur le même plan que celui des experts. Contrairement aux prédictions, le citoyen répond à la question des besoins de santé de façon

² G Gourgues. Des dispositifs participatifs aux politiques de la participation. L'exemple des Conseils Régionaux Français. Participations. 2012 ; 1(2) :30-52.

particulièrement pertinente pour qui a une vision de la santé qui va au-delà du soin. L'expérience réalisée en Franche-Comté en 2010 pour le PRS1, qui visait à recueillir l'avis de citoyens (questionnaire inséré dans la presse locale) sur les priorités de santé, a montré qu'ils privilégiaient une approche globale de la santé fondée sur des valeurs humanistes, solidaires et économiques³. Les premières priorités étaient : disposer d'un logement, se nourrir convenablement, disposer d'une eau de qualité, prise en charge du cancer, prise en charge des personnes âgées, accéder à l'éducation, Les citoyens établissent des priorités de santé que les médecins et autres professionnels de santé ne privilégient pas.

2. Les modalités de sa mise en œuvre

La prise en compte de l'avis des citoyens répond aux deux légitimités évoquées plus haut mais aussi à l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Cet objectif sera satisfait doublement par les modalités de mise en œuvre de cette participation. D'une part, en invitant des citoyens n'ayant pas l'habitude de s'exprimer, généralement plus défavorisés, nous obtiendrons des éléments pour corriger les écarts ; d'autre part, ces citoyens pourront s'engager dans un processus d'empowerment qui améliorera individuellement et collectivement leur pouvoir d'agir sur leur santé.

2.1 Construire un dispositif participatif

L'objectif de cette démarche participative est d'obtenir de la part des citoyens/habitants des préférences, c'est à dire de pouvoir agréger des avis et positions collectivement, impliquant donc un cadre délibératif.

³ Bréchat P-H et al. Priorités de santé, région, territoires de santé et citoyens : l'exemple Franc-Comtois. Santé Publique.2011 ; 3(23) :169-182.

Pour décrire ce dispositif participatif⁴, nous allons définir : Qui participe ? (quels publics ?)

Comment s'organise la participation ? (procédure et place de la délibération)
A quoi propose-t-on de participer ? (portée décisionnelle des dispositifs).

2.1.1. Qui participe ?

Dans un objectif de réduction des inégalités, nous avons privilégié les personnes les plus en difficulté et qui n'ont pas l'habitude de s'exprimer publiquement. Pour rencontrer ces personnes nous nous sommes rapprochés des associations de médiation sociale et culturelle, rassemblées dans une fédération régionale (La Fédé). Ces associations accompagnent les personnes en difficulté sociale et culturelle dans différentes démarches (droits, culture, soins, etc).

Le projet de collaboration avec La Fédé se justifiait par un autre point. Le degré de participation attendu dans cette collaboration était élevé, nous connaissions les exigences de La Fédé quant à l'implication des habitants dans des processus participatifs. Il s'agissait d'être dans la co-construction des objectifs de santé avec toutes les parties prenantes (citoyens, acteurs de santé, agents de l'ARS), donc cette collaboration était une garantie d'une non-participation alibi.

La complexité du projet tenait donc au fait que le projet constituait une participation « invitée » et non d'une auto saisine de La Fédé sur le sujet de la santé. Il y a donc eu un travail préalable de La Fédé pour s'approprier ce projet et transformer cette offre de participation en un véritable pouvoir d'agir des habitants c'est-à-dire que ceux-ci puissent « être des acteurs de la transformation de la société ». Les conditions dans lesquelles l'ARS souhaitait réaliser cette collaboration (co-construction du projet avec La Fédé, participation des habitants non alibi, délibération avec d'autres acteurs, poursuite de la collaboration tout au long du PRS, soutien

⁴ Gourgues G. Des dispositifs participatifs aux politiques de la participation. L'exemple des Conseils Régionaux Français. Participations. 2012 ; 1(2) :30-52.

Participation des habitant(e)s à la définition des priorités de santé publique pour le PRS2

financier), répondaient aux demandes de La Fédé (pas de participation alibi, association aux modalités de la concertation avec les habitants, conditions de participation (agenda, indemnisation), rôle des médiateurs dans l'élaboration du PRS (participation en tant qu'acteurs de santé)). Une convention de collaboration a été signée entre les deux parties.

Dans un second temps, de façon à diversifier le profil de la population nous avons utilisé les dispositifs de participation mis en œuvre dans les quartiers en politique de la ville, soit les conseils citoyens dans trois autres villes de la région.

La question de la représentativité est souvent posée dans de tels dispositifs. Elle est qualitative et non quantitative. Cela veut dire d'une part, que la composition sociodémographique du (des) groupe doit permettre de répondre à la question posée, d'autre part que le nombre de personnes rencontrées ne répond pas à des critères de nombre de sujet nécessaire pour une trouver une signification statistique (méthode quantitative). Dans le cas présent traitant de la santé de tous, il s'agissait d'inclure des femmes et des hommes, différentes classe d'âges (jeunes notamment, on a plus facilement des personnes âgées) et différentes catégories parmi les classes populaires (en activité, au chômage, issus de l'immigration, etc..). Pour qu'un groupe permette la participation constructive de tous, il ne fallait pas dépasser 10 à 12 personnes.

2.1.2. Comment s'organise la participation ?

Ces modalités de participation ont été définies avec La Fédé et les associations qui ont accepté de participer au projet et consignées dans un protocole de travail.

Le choix du contexte délibératif nous a conduits à privilégier, en termes méthodologiques, l'approche qualitative (par opposition à l'approche quantitative par questionnaire individuel) qui permet de comprendre ce qui sous-tend un point de vue. Par ailleurs, nous avons opté pour des focus

Participation des habitant(e)s à la définition des priorités de santé publique pour le PRS2

groupes plutôt que des entretiens individuels pour construire collectivement des définitions et des points de vue, mais aussi pour faciliter la parole de personnes non habituées à ce type de débat sur des questions à la fois ordinaires (la santé) mais aussi complexes (définir des priorités de santé publique).

Le choix d'enquête « en présence » plutôt que des méthodes très en vogue actuellement (e-participation) permet d'éviter l'auto exclusion de certains groupes de population qui nous intéressent plus particulièrement⁵.

De façon à faciliter la participation des citoyens/habitants les premières réunions se sont tenues dans la ville d'origine de ces personnes et au sein même de l'association. Les médiatrices bien connues des personnes fréquentant l'association, ont organisé le recrutement des habitants et l'animation des réunions avec l'appui de la coordinatrice de La Fédé⁶. Après discussion avec La Fédé, une mini formation a été organisée par l'ARS auprès des médiatrices de façon à partager une culture commune sur les priorités de santé publique (définition, exemples) et à recueillir l'information de façon standardisée. Les habitants ont été réunis trois fois. L'ensemble des réunions ont été enregistrées avec l'accord des participants.

Un autre dispositif participatif a été organisé avec des conseils citoyens, selon une méthodologie similaire en une seule réunion. Les personnes participant à un conseil citoyen dispose d'une expérience de réunion publique d'expression de leur opinion ; de fait, une réunion au lieu de deux a semblé suffisante.

2.1.3. A quoi propose-t-on de participer ?

⁵ Monnoyer-Smith L. La participation en ligne, révélateur d'une évolution des pratiques politiques ? Participation. 2011 ; 1 (1) :156-185.

⁶ Aurélie DUTOUR

Participation des habitant(e)s à la définition des priorités de santé publique pour le PRS2

La contribution demandée est l'expression d'un ensemble de besoins de santé priorités, qui seront ensuite discutés avec d'autres contributions (acteurs de la santé, administration de la santé) dans le cadre d'une délibération associant les différents publics. On se trouve bien là dans un dispositif où les citoyens /habitants contribuent aux choix sur les objectifs de santé priorités pour les 5 à 10 ans en Ile de France.

Dans la mesure où les priorités de santé proposées seraient compatibles avec le périmètre d'action de l'Agence en matière de politique de santé, ces propositions pourraient être prises en compte dans l'écriture du PRS en particulier la déclinaison des enjeux de chaque proposition.

2.2 La réalisation

Lors d'une réunion de La Fédé le projet de participation à l'élaboration des priorités de santé publique pour le Projet régional de santé 2018-2022, a été présenté et huit associations ont accepté d'y participer⁷.

Des groupes d'habitants ont été réunis dans huit communes (un par commune – Paris, Seine-Saint-Denis, Val de Marne) pour un travail en trois phases (ou réunions) : définition de la santé selon leur point de vue et des facteurs l'influençant; élaboration d'une liste de priorités pour répondre à ces facteurs; élaboration d'une liste de priorités commune à partir d'une discussion avec des représentants des différents groupes au cours d'une journée de travail.

Le matériel recueilli par ville dans les deux premières phases a été analysé pour préparer la phase de travail collectif en regroupant les priorités proposées.

Trois autres groupes d'habitants plus mixtes socialement en théorie (conseils citoyens) ont aussi été rencontrés dans des communes du Val-d'Oise et des Hauts-de-Seine. Cette première phase du travail s'est tenue entre novembre 2016 et janvier 2017.

La réunion de délibération avec des membres de la commission régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)⁸, des représentants des différentes

⁷ Lieu Ecoute Accueil (LEA) à Montreuil, Médiation Culture et Vie à Rosny-sous-Bois, Association Adultes Relais Médiateurs et Médiatrices Interculturelles (AARMMI) à Drancy, Association des Femmes Médiatrices Sociales et Culturelles de Pantin (AFMSCP), Association Communautaire Santé Bien Etre (ACSBE) à Saint-Denis, l'ARIFA à Clichy-sous-Bois/Montfermeil, Espace 19, à Paris XIXème, Association des Femmes Relais Médiatrices Interculturelles (FRMIC) à Champigny-sur-Marne.

⁸ Instance consultative de démocratie sanitaire de l'ARS, comprenant des représentants de l'ensemble des acteurs régionaux de la santé y compris des usagers.

Participation des habitant(e)s à la définition des priorités de santé publique pour le PRS2

directions de l'ARS et des représentants des citoyens ayant participé à l'élaboration des priorités s'est tenue en avril 2017 à l'espace Scipion à Paris. Cette délibération a été animée par le Pr Emmanuel Hirsch, Directeur de l'espace éthique de la région Ile-de-France. L'ARS a présenté l'organisation du Projet régional de santé et ses priorités de santé publique, les priorités des habitants ont été présentées par La Fédé, puis une discussion s'en est suivie entre les parties.

3. Les résultats

L'analyse du matériel recueilli dans chacune des huit villes lors des deux réunions.

3.1 La participation des habitants

Lors de la première phase de travail avec La Fédé, les médiatrices ont pu réunir 62 personnes, qui se répartissaient en 52 femmes et 10 hommes. La distribution du nombre de participants s'étendait de 4 à 10 personnes. Lors de la seconde phase, 55 personnes ont participé soit 46 femmes et 9 hommes. Le nombre de participant par ville variait de 4 à 12 personnes. Les participants se situaient pour les deux-tiers dans la classe d'âge 31 à 59 ans, un autre tiers regroupait les personnes âgées de 60 ans et plus. Moins d'une personne sur dix était âgée de 30 ans ou moins.

Les personnes participant au second groupe pouvaient être différentes du premier mais en général la moitié des personnes présentes au premier revenaient au second.

Lors de la séance collective, qui s'est déroulée en dehors des villes des associations participantes, une soixantaine de personnes étaient présentes.

Les réunions avec les conseils citoyens (Bagneux (92), Garges-Lès-Gonesse (95) et Taverny et Herblay (95)) se sont tenues en une seule séance. Elles ont été animées par le Pôle ressources ville et développement social du Val d'Oise pour Garges-Lès-Gonesse et Taverny et Herblay. L'ARS a animé le conseil citoyen de Bagneux, mobilisé par l'intermédiaire de la ville. Le nombre total de participants s'élevait à 13, la distribution des âges était proche de celle des participants de La Fédé, deux-tiers entre 31 et 59 ans et un tiers de 60 ans et plus.

La réunion de délibération avec l'ensemble des acteurs a réuni des habitants de différentes villes ayant participé au projet, des représentants des associations participantes, des agents de l'Agence régionale de santé

(ARS), de la Commission régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et le Directeur de l'espace éthique de l'Assistance-publique-Hôpitaux de Paris, qui a été l'animateur de cette séance.

3.2 Les propositions de priorités de travail pour les cinq ans pour les participants de La Fédé et des conseils citoyens

Les priorités présentées ci-dessous et les enjeux priorisés sont le fruit de discussions dans chacun des focus groupe par ville, et d'un travail collectif des représentants de chacun des groupes. Les thématiques de santé publique proposées ont été discutées dans un premier temps par quasi l'ensemble des groupes. Elles sont au nombre de huit : la santé mentale, le cadre de vie et logement, la santé et le travail, les personnes âgées, l'accès au médecin, l'information en santé, l'alimentation, l'activité physique.

3.2.1. La santé mentale

Les enjeux discutés par groupe dans les villes

- Travailler le lien social dans les quartiers
- Porter attention au logement : droit, attribution des logements sociaux, décence. Eviter la concentration de personnes vivant des difficultés similaires (chômage, difficultés linguistiques, troubles psychiques...).
- Faire du développement des compétences psychosociales, la première priorité
- Conscientiser les liens entre capacité à communiquer et inégalités
- Donner du pouvoir aux habitants des quartiers populaires pour transmettre un savoir sur la santé à leurs "pairs"
- Encourager l'accès aux environnements ressourçants

Participation des habitant(e)s à la définition des priorités de santé publique pour le PRS2

- Faciliter l'accès à la médecine « douce »
- Questionner la prescription systématique des médicaments pour les troubles psychiques

Les enjeux prioritaires discutés par l'ensemble des participants des villes

- Rechercher des solutions pour mieux gérer le stress : difficultés financières quotidiennes des familles, stress des parents relativement aux enfants, pour limiter l'utilisation de somnifères et d'anxiolytiques,
- Briser l'isolement notamment des femmes, des personnes âgées ou des personnes sans emploi
- Ouvrir des espaces de dialogue par exemple à l'école entre parents, enfants et équipe éducative pour combattre le stress des enfants et des parents
- Faire évoluer l'image du psychologue qui inquiète jeunes et parents, en présenter le rôle, les avantages et développer les CMP et CMPP.

3.2.2 Le cadre de vie et le logement

Les enjeux discutés par groupe dans les villes

- Prévenir la dégradation de grandes copropriétés par un travail de fond autour des questions d'autonomie financière, de capacitation etc.
- Traiter la question de la capacité à payer un loyer par les publics fragiles socialement
- Prévenir la dégradation des logements réhabilités par l'éducation, le savoir-habiter, le vivre-ensemble, au niveau du quartier et au niveau de l'Education Nationale pour traiter les questions de : pollutions intérieures, insalubrité des immeubles (ascenseur en panne, dégradations diverses, rongeurs...), cadre du quartier (détrit, crottes...)
- Lutter contre les marchands de sommeil
- Réaffirmer le droit au logement comme une priorité nationale

Les enjeux prioritaires discutés par l'ensemble des participants des villes

- Améliorer le cadre de vie dans les quartiers en travaillant sur plusieurs axes : retour des services publics, des commerces de proximité, présence de professionnels de santé, favoriser la vie de quartier, travailler sur la prévention, la sûreté, l'accès aux espaces verts, ...
- Améliorer le cadre de vie en travaillant sur l'hygiène : la gestion des déchets, la prolifération des rats et des pigeons, l'humidité, ...
- S'assurer de ne pas regrouper au sein d'une même cité les personnes fragiles psychologiquement, pour éviter la création d'environnements anxiogènes et dangereux ;
- Favoriser l'accès à des logements salubres et adaptés aux personnes (taille du logement adaptée à la taille du ménage, logement adapté aux potentielles difficultés de mobilité, ...).

3.2.3 La santé et le travail

Les enjeux discutés par groupe dans les villes

- Sensibiliser sur l'intérêt de l'éducation à la santé au sein des entreprises par des activités encourageant l'épanouissement personnel.
- S'assurer que les prescriptions de la médecine du travail soient appliquées.
- Légiférer sur l'obligation à l'éducation à la santé.
- Mieux préparer les travailleurs aux évolutions et aux conséquences technologiques
- "Empoweriser" les travailleurs qui font des "petits boulots".
- Occupation obligatoire pour tous les jeunes. Suppression de la situation NEET.

Les enjeux prioritaires discutés par l'ensemble des participants des villes

- Faire entrer l'éducation au travail par la création de modules de formation. Thématiques possibles : épanouissement, éducation sur les droits, apprendre à dire non, surmenage, harcèlement, ...
- Organiser des actions en direction des migrants primo-arrivants pour les accompagner dans leurs différentes démarches afin d'éviter le travail au noir.
- Accentuer des actions en direction des jeunes pour les aider à trouver du travail et les inciter à travailler.
- Développer des espaces de discussion, groupes de parole, faire intervenir des psychologues sur le lieu de travail.
- Renforcer le rôle du médecin du travail : celui-ci pourrait même suppléer le médecin privé.
- Créer des modules de formation pour encadrants et employés pour rappeler à chacun ses droits, pour proposer des activités de bien-être, pour une harmonie au travail.

3.2.4 Les personnes âgées

Les enjeux discutés par groupe dans les villes

- Mener une réflexion sur les déterminants favorisant le sentiment de sûreté et la sécurité dans le quartier chez les populations fragiles (personnes âgées, femmes, enfants) afin qu'elles circulent "sans peur" dans leur environnement, et ce, sans dérive sécuritaire.
- Interpeller les pouvoirs publics sur les déterminants du sentiment de sûreté : conception urbaine, présence de services publics, de commerces, accès au transport, qualité de l'espace, aide à la sortie d'un isolement relatif, relations de voisinage, bienveillance de proximité envers les aînés, en évitant les écueils du communautarisme.
- Mener un plaidoyer pour améliorer le pouvoir d'achat des personnes âgées (PA) et leur reste à vivre.
- Mener une réflexion sur les déterminants du bien-vieillir à la maison : des activités pour traiter l'isolement des PA, des solutions innovantes pour stimuler leurs capacités cognitives...

Participation des habitant(e)s à la définition des priorités de santé publique pour le PRS2

- Mener une réflexion sur le bien traitement de la PA en collectivité.
- Mieux préparer aux évolutions physiques et mentales liées à l'âge.

Les enjeux prioritaires discutés par l'ensemble des participants des villes

- Développer des services à domicile, municipaux ou associatifs plutôt que privés, pour des raisons d'accès financier.
- Revoir à la fois le recrutement et la formation des intervenants à domicile, en maison de repos et en EHPAD.
- Profiter des opérations de rénovation urbaine pour regrouper les logements des personnes âgées dans les premiers étages des immeubles avec du personnel mutualisé d'aide à domicile.
- Soutenir les associations proposant des actions en direction des personnes âgées.

3.2.5 L'accès au médecin

Les enjeux discutés par groupe dans les villes

- Pénaliser les médecins qui rechignent (délais de rendez-vous longs) à recevoir les patients en CMU.
- Favoriser les études médicales de jeunes des quartiers pour qu'ils s'installent et réduisent le manque de médecins dans les quartiers.
- Améliorer la qualité des consultations en ville : temps passé avec la personne, relation de confiance qui s'établit (reconnaître un patient qui revient en consultation), rassurer les personnes, les respecter (sentiment de mépris vécu, incompréhension des termes employés)
- Travailler la communication avec les patients à l'hôpital, rétablir la confiance dans l'institution hospitalière, expliquer pour réduire la phobie de l'erreur médicale.
- Améliorer l'information sur le remboursement des consultations pour réduire le non-recours aux soins pour raison financière ; améliorer l'information sur les mutuelles et les différentes aides.
- Accompagner les personnes en difficulté linguistique.

Participation des habitant(e)s à la définition des priorités de santé publique pour le PRS2

- Réduire les temps d'attente pour consulter un spécialiste (ophtalmologie, dermatologie, ...).
- Améliorer les services de prévention pour les jeunes, rétablir la confiance avec les professionnels de santé (respect du secret médical pour les adolescents).

Les enjeux prioritaires discutés par l'ensemble des participants des villes

- Améliorer la lisibilité des aides disponibles pour les soins primaires, simplifier les démarches d'accès à la CMU.
- Faciliter le remboursement des soins dentaires, optiques et auditifs.
- Accentuer le rôle des associations faisant de la médiation.
- Améliorer la communication médecin-patient pour agir contre les incompréhensions (voire pratiques discriminantes), contre la peur d'aller chez le médecin et rétablir la confiance.
- Simplifier les démarches administratives et améliorer la lisibilité des remboursements.

3.2.6 L'information sur la santé

Les enjeux discutés par groupe dans les villes

- Réduire la profusion d'informations sur la santé souvent contradictoires et difficiles à choisir.
- Privilégier les modalités d'information par l'entremise de personnes de confiance plutôt que par des « publicités » à la télévision, par exemple le médecin, les associations, des personnes de confiance dans le voisinage.
- Lutter contre la simplification des messages du type « manger 5 fruits et légumes par jour », qui suscite de la méfiance.

Les enjeux prioritaires discutés par l'ensemble des participants des villes

Participation des habitant(e)s à la définition des priorités de santé publique pour le PRS2

- Développer et simplifier l'information sur la santé. Identifier les relais d'information et favoriser les relais de proximité (médecin, PMI, associations..) notamment pour les publics plus éloignés de l'information.
- Bâtir un véritable programme d'éducation à la santé à destination des habitants des quartiers en lien avec la mission locale, les associations, les médecins, d'autres intervenants.
- Faire de l'éducation à la santé à l'école.
- Former des groupes d'habitants sur divers sujets touchant à la santé pour qu'ils soient à leur tour sources d'informations pour leur voisinage et leurs proches.

3.2.7 L'alimentation

Les enjeux discutés par groupe dans les villes

- Informer, éduquer sur les comportements alimentaires (adultes et enfants) en prenant en compte : la culture, l'aspect convivial de l'alimentation, l'importance de cuisiner, les contraintes financières, les horaires, etc.
- Améliorer la lisibilité sur la provenance des produits, sur la qualité des produits.
- Organiser des pique-niques de quartier pour questionner collectivement les pratiques alimentaires et favoriser les échanges de savoir et de pratiques autour de l'alimentation.
- Favoriser l'information (locale) sur les lieux pour trouver les produits les moins chers et de bonne qualité.

Les enjeux prioritaires discutés par l'ensemble des participants des villes

- Informer éduquer ou rééduquer adultes et enfants à l'alimentation : ateliers pratiques sur l'alimentation, organisation de pique-niques par les associations de quartier, etc.
- Démocratiser l'accès à la diététicienne pour informer sur la qualité de produits et l'équilibre alimentaire... à partir de chaque culture et habitudes.
- Clarifier les messages de prévention sur la santé, interdire les publicités pour les aliments mauvais pour la santé responsables de l'obésité, du diabète.
- Améliorer l'accès aux produits sains en informant des points de vente et en améliorant la lisibilité des étiquettes.

3.2.8 L'activité physique

Les enjeux discutés par groupe dans les villes

- Développer et rendre accessibles les installations permettant l'activité physique (piscine, salle de gymnastique, agrès dans les parcs, etc.) en termes d'horaires (pour les femmes quand les enfants sont à l'école), de culture (participation de femmes voilées), d'accompagnement (coaching) et de coût pour les familles.
- Développer les activités sport parent-enfant, weekend en famille organisés par des municipalités.
- Réhabiliter les aménagements sur la voie publique permettant la marche en toute sécurité et dans un cadre agréable (végétation).

Les enjeux prioritaires discutés par l'ensemble des participants des villes

- Développer des dispositifs permettant de combiner l'activité des parents (surtout des mères) et des enfants.
- Soutenir le développement des activités physiques dans les associations : activités en soirée, sorties le weekend, activités en famille.
- Communiquer sur l'intérêt d'une pratique de l'activité physique par :
 - Des témoignages de personnes- spécialement des femmes- qui réussissent à faire de l'activité physique malgré les freins et contraintes.
 - La communication auprès des hommes stigmatisant les femmes qui pratiquent une activité physique.

4. L'inscription des priorités des habitants/citoyens dans les PRS 2018-2022

L'analyse du matériel recueilli montre l'ouverture d'un dialogue par les habitants basé sur les facteurs qui conditionnent la santé. Les habitants ont traité les questions de santé en abordant un nombre très vaste de déterminants sociaux et environnementaux. Cette ultime section décrit la façon dont les priorités et enjeux discutés par les habitants des quartiers populaires irriguent le PRS 2018-2022. Seuls les enjeux et priorités discutés collectivement ont fait l'objet d'un traitement, au contraire des priorités abordées dans chaque ville.

La globalité des thématiques prioritaires discutées et soulignées par les habitants dans le cadre de démarches participatives se retrouve dans les documents du PRS, qu'il s'agisse du schéma régional de santé (décliné en 27 projets de transformation, consultable en ligne. Cf lien en fin de section), et/ou du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Le tableau 1 illustre l'intégration des priorités soulignées par les habitants, dans les cinq axes du PRS déclinées ci-dessous :

Axe 1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charges en santé sur les territoires

Axe 2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente, efficiente et équitable

Axe 3 : permettre un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche

Axe 4 : permettre à chaque francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé

Axe 5 : inscrire la santé dans toutes les politiques

Participation des habitant(e)s à la définition des priorités de santé publique pour le PRS2

L'intégralité du PRS est consultable en ligne, en suivant ce lien :

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022>

Tableau 1. Intégration des priorités dans le PRS

Habitants/citoyens	PRS 2018-2022
1. Information en santé	Axe 4, 2
2. Cadre de vie et logement	Axe 5
3. Santé et travail	Axe 1, 5, PRAPS, PMO n°2
4. Santé mentale	Axes 1, 2, 4, 5
5. Personnes Agées	Axes 1, 2, 4, 5
6. Accès au généraliste	Axe 2, 4, PRAPS
7. Alimentation	Axe 5
8. Activité physique	Axe 5

Il convient de préciser que certains enjeux et priorités avaient été d'ores et déjà introduits –sous une forme ou une autre- dans le PRS, lors du processus d'élaboration de certains de ses volets.

Les apports des habitants ont eu pour effet de conforter les directions prises par l'Agence.

Les paragraphes suivants mettent en évidence les contributions des habitants qui ont permis de préciser certaines formulations du PRS et mené, le cas échéant, à la réécriture de certains projets d'axes.

Enfin, quelques contributions notables n'ont pu être retenues dans le cadre du PRS ; généralement pour des raisons de positionnement actuel de l'Agence ou de faisabilité. Des commentaires sont proposés pour permettre la poursuite de la réflexion.

Les thématiques sont présentées par ordre d'importance en termes de contributions retenues et commentaires produits.

4.1 Information de proximité

Ayant fait le constat d'une profusion d'informations de santé provenant de différents canaux qu'ils jugent tantôt trop réductrice ou alors trop complexe, les habitants ont exprimé le besoin d'informations de proximité claires, organisées et dispensées par des personnes de confiance. Ces personnes de confiance pouvant être le médecin généraliste ou encore des habitants ayant reçu une éducation à la santé au travers d'un programme élaboré intentionnellement pour eux.

Par ailleurs, la question de l'information de proximité en santé est évoquée également par les habitants dans le cadre scolaire. Ces derniers estiment que l'école doit être un lieu prioritaire d'éducation à la santé.

4.1.1 Information de santé de proximité

Dans le PRS : axe 4 - projet de transformation : « développer le pouvoir d'agir des habitants par l'information de proximité »

Ce sujet est en forte résonance avec l'axe 4 du PRS dans la mesure où ce dernier explore les leviers permettant d'augmenter la participation des

Participation des habitant(e)s à la définition des priorités de santé publique pour le PRS2

franciliens aux politiques de santé et l'empowerment des habitants. Le projet de transformation intitulé « développer le pouvoir d'agir des habitants par l'information de proximité » constitue une réponse directe à l'ensemble des propositions des habitants sur cette thématique.

Ainsi, il est possible de lire en page 69 du PRS :

- « des franciliens mieux et plus équitablement informés sur la santé, sur les façons de la préserver, sur les droits et l'accès au système de santé, et sur son utilisation optimale.
- « des citoyens plus capables de décider, d'agir pour leur santé et d'influencer leurs conditions de vie, contribuant à l'amélioration de l'état de santé physique et mental, y compris pour ceux éloignés du débat public.
- « Des actions de prévention et de promotion de la santé plus efficaces, prenant en compte les savoirs et l'expertise des bénéficiaires (à la fois les personnes et les familles), dans une approche de santé communautaire ».

L'influence des contributions des habitants se retrouve notamment dans le dernier point et également au cœur même du projet de transformation dédié, page 76.

Ainsi la stratégie d'intervention de ce projet s'articule autour de trois grandes actions :

- « Identifier et renforcer la diffusion de proximité d'une information accessible aux Franciliens en besoin de littératie en santé », notamment par la formation en santé des médiateurs sociaux et des personnes relais (habitants-relais, habitants-experts)
- « Accompagner les professionnels de santé, vecteurs d'information de référence en santé, au renforcement de la littératie en santé, en travaillant notamment les modalités de communication soignant-soigné ». En réponse aux besoins de clarification des messages de santé, le PRS propose par exemple : « d'engager des projets de dialogue entre les professionnels de la santé et les habitants de quartiers populaires par une recherche action afin d'identifier les barrières à la littératie en santé ».

Participation des habitant(e)s à la définition des priorités de santé publique pour le PRS2

- « Encourager l'émergence d'écosystèmes de santé favorisant information de proximité, participation et approche globale de santé impliquant à la fois professionnels de santé et relais non spécialisés ».

Les propositions telles que la formation en santé des médiateurs sociaux et des personnes relais, la recherche action sur la littératie en santé, les écosystèmes de santé constituent autant d'opportunités pour l'ARS de poursuivre le travail débuté avec des groupes d'habitants et de renforcer l'approche participative adoptée pour le PRS.

4.1.2 Education à la santé en milieu scolaire

Dans le PRS : axe 2 - projet de transformation : « mettre en œuvre un panier de services pour les jeunes enfants ».

L'axe 2 dont l'intitulé est : « une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente, efficiente et équitable » consacre un projet de transformation aux jeunes enfants. Ainsi, l'expression du besoin de renforcement de l'éducation à la santé à l'école se retrouve en partie dans le projet de transformation : « mettre en œuvre un panier de services pour les jeunes enfants ».

Ce panier de services inclut notamment l'éducation à la santé vers les plus jeunes. On peut lire en page 53 du PRS : « Sur ces territoires⁹ doit être recherchée la mise en place d'organisations permettant de répondre aux besoins, en renforçant la place de la protection maternelle et infantile, de la santé scolaire... ».

⁹ NDLR : territoires prioritaires qu'il convient d'identifier. Voir page 52 du PRS.

4.2 Cadre de vie/logement

Les contributions relatives à cette thématique concernent : l'amélioration du cadre de vie y compris la question de l'hygiène et l'accès aux services publics et enfin le regroupement des personnes fragiles au sein d'une même cité. Ces enjeux ont été pris en compte dans différents axes et projets du PRS.

Selon les habitants des quartiers populaires, il y a urgence à améliorer le cadre de vie dans les quartiers. Il y va de leur santé physique et psychique. Plusieurs leviers d'action sont cités. Il s'agit notamment : du retour des services publics, des commerces de proximité, de la présence des professionnels de santé, de l'accès aux espaces verts, de la vie de quartier, de la sûreté et d'un travail sur la prévention et la promotion de la santé.

De plus, les habitants ont évoqué la question d'hygiène (déchets, humidité, rats) qui vient oblitérer la qualité de vie au cœur des quartiers.

L'ensemble de ces enjeux s'incarnent parfaitement dans l'axe 5 « santé dans toutes les politiques », au sein du projet de transformation : « Généraliser les démarches d'intégration de la santé dans l'urbanisme et l'aménagement dans le contexte du Grand Paris ».

4.2.1 Amélioration du cadre de vie et la question de l'hygiène

Dans le PRS : axe 5 – projet de transformation : « Généraliser les démarches d'intégration de la santé dans l'urbanisme et l'aménagement dans le contexte du Grand Paris ».

Ce projet ambitionne de porter un véritable plaidoyer pour intégrer dans les projets urbains une approche de santé globale qui tienne compte de

Participation des habitant(e)s à la définition des priorités de santé publique pour le PRS2

nombreux déterminants concernés par les besoins exprimés des habitants. Il s'agit notamment de l'accès aux services y compris de santé, la qualité des espaces extérieurs, la cohésion sociale au sein du quartier etc.

A cette ambition s'ajoute une notion d'équité qui a pour objet « de porter une attention particulière, dans la mise en place des projets d'urbanisme, quant aux impacts différenciés, notamment sur les populations socio économiquement fragiles qui subissent un état de santé moins bon et des cumuls d'inégalités ».

De manière concrète, la stratégie d'intervention proposée implique notamment réaliser des passerelles « entre actions de promotion de la santé, mobilisation des relais sociaux et aménagement urbain ». Il est inscrit page 90 du PRS : « en parallèle, la généralisation de pratiques visant à mêler démarche de promotion de la santé et démarche d'aménagement urbain devrait être portée en particulier dans le cadre » [...] de la gestion urbaine de proximité des quartiers ANRU, des contrats locaux de santé et conseils locaux en santé mentale. C'est dans ce cadre que les questions relatives à l'hygiène et à la qualité des espaces publics sont traitées. Il a été alors précisé : « Ces démarches mixtes porteront également sur les conditions du cadre de vie quotidien (hygiène de proximité, espaces publics etc.) ».

Pour continuer, la stratégie d'intervention propose, par ailleurs, « de mobiliser des outils financiers et organisationnels pour anticiper et répondre aux besoins en termes d'offre dans les territoires franciliens en dynamique de projet urbain ». Il est encouragé un retour d'une offre de soins dans le cadre de la requalification des quartiers. Ainsi on peut lire en page 91, la promotion « de nouvelles actions améliorant l'inscription de l'offre de soins dans des territoires de projet, les quartiers de gare, notamment ceux du Grand Paris ».

4.2.2 Accès aux services publics

Dans le PRS : axe 5 – projet de transformation : « Renforcer la prise en compte des enjeux de santé dans la politique de la ville ».

Le ministère de la cohésion des territoires décrit la politique de la ville comme « une politique de cohésion urbaine et de solidarité envers les quartiers les plus défavorisés. Elle vise à restaurer l'égalité républicaine et à améliorer les conditions de vie des habitants ». Or, les habitants qui proviennent, pour la plupart, des quartiers populaires, dont certains bénéficient de la politique de la ville, ont relevé le départ des services publics comme un signe d'abandon. Ils remettent en cause, à leur corps défendant, la question de l'égalité républicaine.

Bien que l'ARS n'ait pas pour mission de peser sur les programmations de services publics, elle peut, dans le cadre de son mandat, aider à apprécier l'impact des décisions en termes de santé.

C'est la raison pour laquelle cette contribution a été intégrée dans le cadre du projet de transformation : « renforcer la prise en compte des enjeux de santé dans la politique de la ville ».

Parmi les actions décrites dans le cadre de la stratégie d'intervention, on peut lire en page 93, « procéder à une estimation de l'impact sur la santé et l'accès aux soins des changements dans les politiques publiques, et notamment toute diminution d'intervention publique dans les quartiers en politique de la ville, et identifier les réponses alternatives souhaitables ».

4.2.3 le regroupement des personnes fragiles

Dans le PRS : axe 5 – projet de transformation : « Créer les conditions d’habitat, de logement et d’hébergement favorables à la santé des publics les plus fragiles »

Les habitants ont révélé les conséquences délétères sur la vie de quartier du regroupement de personnes fragiles cumulant des difficultés spécifiques telles que l’inactivité et des pathologies psychiques.

Le PRS reconnaît que « la capacité d’accéder à un logement et de bénéficier de conditions d’habitation positives est déterminante ». L’ARS souhaite travailler de concert avec ses partenaires afin d’adresser les enjeux d’un habitat favorable à la santé notamment des plus fragiles. C’est dans le cadre d’une des actions de la stratégie d’intervention de ce projet que l’on retrouve la contribution des habitants. On peut lire en page 87 : « Intégrer les difficultés découlant de la souffrance psychique dans la gestion du parc de logements » précisant que cette souffrance présente dans certains ensembles d’habitat social doit être prévenue et accompagnée.

4.3 Santé et travail

Cette thématique a suscité de nombreux échanges. Elle est abordée sous deux angles. Le premier concerne les liens entre santé et travail, tandis que le second traite de la santé au travail et de ce qu’il est possible de faire pour l’optimiser.

Dans le cadre de ce premier angle, les habitants s’intéressent aux plus fragiles notamment aux jeunes et aux primo-arrivants.

4.3.1 Le travail des plus fragiles : les jeunes

Les jeunes dans le PRS : axe 1 – projet de transformation : « intégrer le repérage précoce dans des parcours de santé individualisé ».

Selon les habitants, il est nécessaire d'accentuer les actions en direction des jeunes, pour soit les aider à trouver du travail ou soit mettre en place des incitations afin qu'ils se mettent au travail.

Si l'axe 1 vise à renforcer le soutien aux plus fragiles notamment par une meilleure coordination des acteurs, il est difficile pour l'Agence d'aller plus loin. Elle souhaite, néanmoins, que ce renfort vers les jeunes permette une meilleure insertion sur le marché du travail.

4.3.2 Le travail des plus fragiles : les primo-arrivants

Les primo-arrivants dans le PRS : PRAPS et axe 1

Les habitants estiment que le travail au noir que subissent les primo-arrivants constitue une nouvelle forme d'esclavage. De fait, ils proposent d'organiser des actions en direction des migrants primo-arrivants pour les accompagner dans leurs différentes démarches.

Le PRAPS, dont la vocation est de s'intéresser aux grands précaires, prévoit un ensemble de démarches pour favoriser les bilans de santé et l'accès aux droits des migrants. Au-delà, la question du travail déclaré/non déclaré dépasse la compétence de l'Agence.

Pour finir, notons que l'axe 1 aborde également cette question de manière globale, en proposant de « prioriser les politiques de repérage et de

Participation des habitant(e)s à la définition des priorités de santé publique pour le PRS2

dépistage, sur les territoires, les populations et les personnes à risque ». On peut lire en page 16 : « les facteurs [...] sociaux (pauvreté, ruptures de droits, difficultés linguistiques, travail en horaire décalé, isolement) sont souvent de bons indicateurs avancés, qui à la fois justifient et permettent, pour certaines pathologies ou populations [...] de mettre en œuvre des stratégies plus efficaces ».

4.3.3 L'Éducation à la promotion de la santé sur le lieu de travail : empowerment et environnement

Dans le PRS : axe 5 – projet de transformation « mettre en œuvre une stratégie de plaidoyer en faveur de la santé globale »

Sous l'angle de la santé au travail, les habitants estiment nécessaire de faire entrer l'éducation à la santé au travail par la création de modules de formation destinés à augmenter l'empowerment en particulier des salariés, notamment sur les thématiques comme épanouissement personnel, l'éducation sur les droits des salariés, le harcèlement, le surmenage.

De même, proposent-ils d'instituer des temps de parole avec l'intervention de psychologues. Enfin, ils souhaitent que soit renforcé le rôle du médecin du travail, lequel pourrait remplacer le médecin personnel.

Le PRS ne semble pas apporter de réponse directe et favorable à cette demande. Néanmoins, il convient de souligner que le projet régional de santé inclut de mener des démarches de plaidoyer permettant des interventions fortes sur des déterminants de la santé comme le milieu de travail. Ainsi, par exemple il a été discuté de mener une démarche d'influence pour « un environnement de travail favorable à la santé ». Ce plaidoyer pourrait intervenir dans les prochaines années en liaison avec le travail partenarial de l'Agence qui se déroule dans le cadre du plan santé au travail. Pour tenir compte de l'apport des habitants, le plan d'actions devrait envisager d'aborder la question de l'intervention de psychologues au sein de groupes de discussion intra-entreprises/institutions.

4.3.4 L'Education à la promotion de la santé sur le lieu de travail : médecin de travail

Dans le PRS : programme n°2 ressources humaines en santé

S'agissant de la proposition de faire du médecin du travail le médecin personnel du fait qu'il dispose d'un public « captif », l'Agence estime que dans son rôle spécifique, le médecin du travail ne peut suppléer le médecin de premier recours. En revanche, la proposition a conduit à affiner la question de la démographie des médecins du travail dans le programme de mise en œuvre « ressources humaines en santé ». En page 101, il est fait le constat d'un « impact sur les dispositifs de type PMI, santé scolaire ou santé au travail qui interagit fortement avec à la fois l'offre de prise en charge et l'effectivité des actions de prévention ». En conséquence, l'Agence propose, avec ses partenaires concernés, d'analyser la démographie de ces professionnels de santé tout en développant une vision globale et prospective dans le champ des ressources humaine en santé.

4.4 Santé mentale

La thématique santé mentale a été largement débattue par les habitants. Son caractère prioritaire est partagé par l'Agence. Ainsi, on y retrouve plusieurs réponses globales aux préoccupations exprimées par les habitants. Nous proposons de décrire trois contributions qui trouvent un écho visible dans le PRS.

Premièrement, les habitants ont dit l'urgence de rechercher des solutions pour combattre le stress du quotidien dont les causes sont multifactorielles : difficultés financières, éducation des enfants, couplée à l'intérêt de réduire l'usage de neuroleptiques. Deuxièmement, ils ont proposé d'ouvrir des espaces de dialogue entre parents, enfants et équipes éducatives scolaires. Enfin, troisièmement, ils ont souligné l'intérêt de bénéficier de

l'accompagnement d'un psychologue mais ont mis en exergue l'image négative de ce type de professionnel de la santé mentale.

4.4.1 recherche de solutions pour mieux gérer le stress

Dans le PRS : axe 1 et axe 4

Dans l'axe 1, on peut lire en page 14, la nécessité de couvrir la région en projets territoriaux de santé mentale, de renforcer les conseils locaux de santé mentale.

De même en introduction de l'axe 4, page 69, on peut lire « des citoyens plus capables de décider, d'agir sur leur santé et d'influencer leurs conditions de vie, contribuant à l'amélioration de l'état de santé physique et mental, y compris pour ceux éloignés du débat public. Il est proposé « des actions de prévention et de promotion de la santé plus efficaces, prenant en compte les savoirs et l'expertise des bénéficiaires (à la fois les personnes et les familles), dans une approche de santé communautaire ».

4.4.2 Ouvrir des espaces de dialogue entre équipe pédagogique et parents élèves

Dans le PRS : axe 4

On retrouve dans l'axe 4 une contribution directe des habitants en page 72 sur la question des équipes pédagogiques. A ce propos, il est proposé de : « renforcer les compétences psycho sociales des jeunes et soutenir la mise en place de programmes dans la durée, y compris hors du système de santé (établissements scolaires...), en associant les jeunes et leur entourage, et

en favorisant la création d'espaces d'échanges entre équipes éducatives, jeunes et familles.

4.4.3 La contribution relative au psychologue et son image

Dans le PRS : axe 1

Sur la question de l'accompagnement par un professionnel de la santé mentale, les habitants ont évoqué le rôle du psychologue dont l'image est décalée notamment auprès des jeunes. Le PRS a tenu compte de cette contribution précisément en page 17 dans le cadre de l'axe 1. On peut lire dans les exemples d'actions relevant de thématiques prioritaires : [...] « valoriser le rôle du psychologue comme ressource de premier recours ».

4.5 L'alimentation

La thématique alimentation fut très portée par les habitants des quartiers populaires. Selon ces derniers, il est urgent d'éduquer ou rééduquer adultes et enfants sur l'alimentation en tenant compte des habitudes et de la culture de chacun. Il a été notamment fait référence à l'organisation d'ateliers, à l'accès à une diététicienne et à la nécessité de travailler sur la lisibilité des étiquettes et la visibilité des points d'alimentation sains. Enfin, sur un plan législatif, l'interdiction des publicités pour les aliments mauvais pour la santé, responsables de l'obésité et du diabète a été avancée. Parallèlement, les pouvoirs publics sont invités à clarifier les messages de prévention sur la santé.

Le PRS a tenu compte de ces contributions de manière directe, exception faite de la contribution relative à la modification législative des publicités promouvant les aliments de mauvaise qualité. Bien que ne relevant pas du

Participation des habitant(e)s à la définition des priorités de santé publique pour le PRS2

niveau d'une agence régionale de santé, cette dernière pourrait théoriquement prendre part à un plaidoyer plus élargi sur cette question.

Ainsi entre le développement des compétences en terme alimentaire se retrouve entre l'axe 5 et l'axe 2 où l'on retrouve des approches tenant compte de la particularité des ménages, et des actions impliquant à la fois les parents et les enfants.

4.5.1 L'éducation alimentaire

Dans le PRS : axe 5 – projet de transformation « Créer les conditions favorables à la pratique d'activité physique et faciliter l'accès à une alimentation saine et suffisante »

L'écriture de ce projet de transformation est axée sur l'insécurité alimentaire –« terme utilisé pour qualifier la situation des personnes qui n'ont pas accès à une alimentation sûre et nutritive en quantité suffisante, qui satisfasse leurs besoins nutritionnels et leurs préférences alimentaires pour leur permette de mener une vie active et saine »-. Néanmoins, on retrouve la question de l'éducation dans le cadre de la proposition suivante, page 96 : « les acteurs publics dont l'ARS et ses partenaires peuvent contribuer à la réduction de l'insécurité alimentaire en agissant sur le renforcement des compétences individuelles (gestion du budget, planification des repas et des achats, préparation et conservation des aliments etc.) et en améliorant la disponibilité, la proximité et l'accès économique aux aliments ([...] circuits courts et groupes d'achat collectifs pour améliorer l'accès aux aliments frais et augmenter le pouvoir d'achat etc.).

4.5.2 L'accès à une diététicienne

Dans le PRS : axe 2 – projet de transformation « garantir l'accès à un panier de services de prévention »

L'accès à une diététicienne dans le cadre d'une éducation nutritionnelle se retrouve dans l'axe 2 consacré à l'enfant. En page 54, il est proposé de « garantir l'accès à un « panier de services de prévention » pour tous les jeunes enfants » dont l'éducation nutritionnelle et d' « expérimenter, en lien avec les partenaires concernés, un accès solvabilisé ou gratuit à une consultation de diététicienne, dans une double dynamique : renforcement des compétences familiales et culturelles d'une part, prise en charge de l'enfant à risque d'obésité d'autre part ».

4.5.3 la lisibilité des étiquettes et la visibilité des points d'alimentation sains

Dans le PRS : axe 5 – projet de transformation « généraliser les démarches d'intégration de la santé dans l'urbanisme et dans l'aménagement du contexte du Grand Paris »

Les questions de signalétique et d'alimentation sont traitées dans le cadre de l'aménagement en page 90. Le projet de transformation concerné fait une large place aux passerelles existantes entre l'aménagement urbain et les actions de promotion de la santé. Les actions du champ de nutrition (avec la santé mentale) devraient être valorisées, notamment avec une dimension participative.

En effet, le rédacteur du projet note, page 90, que « les projets d'aménagement urbain sont mieux appropriés par les populations quand celles-ci sont amenées à donner leur point de vue sur les impacts du projet en termes de bien-être, de conditions de vie et de santé ».

4.6 L'activité physique

Les bienfaits de l'activité physique sont bien connus des habitants. Néanmoins, ils indiquent quelles réalités viennent bloquer la pratique : la disponibilité des équipements en termes de créneaux horaires, en termes d'adaptation pour l'activité des mères, l'accessibilité financière et le regard notamment des hommes sur la pratique des femmes. Pour ces raisons, ils proposent trois grandes actions : la première concerne des dispositifs combinant activités mère-enfant, la seconde, le développement de l'activité physique au cœur des associations à des moments clés et enfin la communication de l'intérêt de l'activité physique vers un public cible de femmes et d'hommes. On retrouve dans le PRS un maelström de préconisations reprenant toutes ces contributions et également un chapitre entier consacré à la santé de la femme en page 329. Ce dernier résume les objectifs globaux de santé visés par l'Agence. Il reprend également certaines contributions des habitants relatives à la facilitation et la promotion de l'activité sportive des femmes présentes notamment au cœur de l'axe 5.

4.6.1 L'activité physique du couple mère-enfant

Dans le PRS : axe 5 – projet de transformation « créer les conditions favorables à la pratique d'activité physique et faciliter l'accès à une alimentation saine et suffisante »

Pour lever les freins à l'activité physique, le PRS propose en page 95 de mener des activités de proximité tenant compte des freins telles que « garde d'enfants, fragmentation des temps de travail, accessibilité des équipements » et l'offre d'activités en famille. Il est préconisé une structuration d'une offre qui inclut les structures recevant les publics dont « les PMI, planning familial, centres sociaux, régies de quartier, structures d'aide alimentaires, associations de médiation sociale etc. ».

4.6.2 L'activité physique de la femme

Dans le PRS : axe 5 – projet de transformation « créer les conditions favorables à la pratique d'activité physique et faciliter l'accès à une alimentation saine et suffisante »

Le PRS entend d'une part faire évoluer l'image de l'activité physique des femmes des quartiers populaires et d'autre part la promouvoir.

Sur l'évolution de l'image de l'activité physique des femmes, il a été précisé : « Il s'agit également de lutter contre les représentations sociales qui éloignent certains groupes de femmes de la pratique de l'activité physique »

Sur la promotion de l'activité physique des femmes, il a été rajouté, page 95 : « il s'agit aussi de mener des actions de facilitation de l'activité physique des femmes, par une communication en direction des femmes elles-mêmes (stratégies d'exemplarité) mais aussi en direction des hommes, pour lutter contre les représentations sexistes freinant la pratique féminine de l'activité physique ».

4.7 Les personnes âgées

La situation des personnes âgées a été abordée par les habitants sous l'angle de la bienveillance et des conditions du bien vieillir. Il a été notamment question de l'accessibilité financière et physique de la vie à domicile, la bienveillance en établissement médico-social et le soutien des associations dédiées aux personnes âgées.

En l'état, on ne retrouve pas les contributions des habitants sur les personnes âgées dans le PRS car la question est abordée sous un angle particulièrement technique au cœur du chapitre qui leur est consacré « santé et autonomie des personnes âgées », à partir de la page 137.

Néanmoins, il faut noter que le chapitre évoque en filigrane les questions abordées par les habitants.

4.7.1 la bientraitance – chapitre « santé et autonomie des personnes âgées »

Le PRS note, page 137, que : « le déficit de médecins traitants a un impact direct sur la prise en charge des personnes âgées fragilisées. Il est enfin nécessaire de travailler sur la démographie des professionnels de la gérontologie, afin de conforter les politiques publiques de la formation et de l'emploi dans ce secteur créateur d'emplois ».

4.7.2 conditions du bien vieillir : la vie à domicile - chapitre « santé et autonomie des personnes âgées »

Le PRS indique page 138 : « le renforcement de l'accompagnement à domicile est une priorité au cours des années à venir, afin de retarder voire d'éviter l'entrée en établissement et de respecter le libre choix des personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile ».

De même, sur l'accessibilité physique à domicile, en page 141, il est noté l'impératif de : « déployer une stratégie régionale, pour accroître la lisibilité et l'accessibilité de l'offre de prévention de proximité. Les dimensions de l'habitat et des aides techniques devront faire l'objet d'une attention particulière s'appuyant sur la dynamique promue par la loi d'adaptation de la société au vieillissement ».

4.7.3 soutien aux associations : la vie à domicile - chapitre « santé et autonomie des personnes âgées »

Sur le soutien aux associations dédiées aux personnes âgées, on retrouve dans le PRS la notion de participation et de l'empowerment qui vient renforcer les actions faites en faveur des personnes âgées en général. Ainsi on peut lire en page 140 : « S'appuyer sur les patients et les aidants experts à des fins pédagogiques, tant pour les usagers (partage d'expériences, groupes d'entraide, café des aidants) que pour les institutionnels (focus groupe...) ou pour la formation des professionnels de santé ».

4.8 L'accès au médecin généraliste

Afin de couvrir leurs besoins en termes de soins, les habitants des quartiers populaires estiment qu'il est nécessaire de réaliser trois grandes actions. La première consiste à améliorer la lisibilité des aides disponibles pour les soins primaires et de simplifier les démarches d'accès à la couverture maladie universelle (CMU). La seconde est de faciliter le remboursement des soins dentaires, optiques et auditifs. Et enfin, la dernière action est d'accentuer le rôle des associations faisant de la médiation.

Ces priorités se retrouvent au sein d'un des volets du PRS : le programme régional d'accès à la prévention et aux soins dans son ensemble (PRAPS). Il est dédié aux personnes en situation de grande précarité. Pour autant, certaines de ses actions couvrent les besoins exprimés par les habitants des quartiers populaires.

4.8.1 Lisibilité des aides disponibles – PRAPS

Le PRAPS propose, en page 16, de « renforcer l'information en santé à destination des publics et des professionnels », notamment d'une part en identifiant ou en créant « des contenus d'information permettant de mieux se repérer dans le système de santé francilien, en lien avec Santé Publique France, sante.fr, l'Assurance Maladie et en concertation avec les personnes accueillies (infos pratiques, plaquettes imagées, annuaires santé en ligne, outil GPS etc.).

Il est également proposé d'« investir et diversifier les canaux de communication : lieux de grand passage (bornes interactives au sein des gares...), lieux de soins, lieux de distribution alimentaire, structures d'hébergement et d'accueil de jour... mais aussi les réseaux sociaux ».

D'autres actions proposées sont en résonance avec les priorités énoncées par les habitants. Il s'agit notamment de :

- « mieux faire connaître aux professionnels de santé les dispositifs ressources de lutte contre le renoncement aux soins » en actualisant et en diffusant plus largement le « guide social du médecin » ; « communiquer sur les dispositifs portés par l'Assurance Maladie comme la Ligne Urgence Précarité (LUP), la Plateforme de gestion des renoncements aux soins : Plateforme départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS), le Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures (PLANIR) ;
- développer les collaborations entre les acteurs du territoire afin d'éviter l'isolement professionnel du médecin traitant : inciter les médecins généralistes (MG) à collaborer avec les dispositifs de concertation et d'appui locaux, comme les réseaux de santé locaux, les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, (CPTS)...
- Soutenir les expérimentations visant à renforcer, au sein des cabinets de médecins de ville, l'accès à des ressources en médiation en santé, en interprétariat et en accompagnement social (tels les projets dits de « microstructures » développés dans le 93).

- Faciliter la recherche de médecin traitant : par la mobilisation des réseaux de santé et des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), par l'incitation à passer des conventions entre les structures AHI (Accueil hébergement insertion) et les centres de santé de proximité, ainsi qu'à construire des liens avec les PASS... ;
- soutenir la mise en place d'un volet accès aux soins clairement identifié au sein des PTA ».

4.8.2 Remboursement des soins dentaires, optiques et auditifs – PRAPS

Le PRAPS traite la question des frais dentaires et d'optique dans le cadre du dispositif des PASS (Permanences d'accès aux soins de santé). Ceux-ci permettent une prise en charge médicale et sociale pour des personnes ayant besoin de soins mais ayant du mal à y accéder, du fait de l'absence de protection sociale ou de leurs conditions de vie, ou de leurs difficultés financières. Installées dans certains hôpitaux, les PASS donnent accès à des consultations de médecine générale ou spécialisée (PASS bucco-dentaire, PASS ophtalmologique, PASS dermatologie, PASS psychiatrie).

Ainsi, on peut lire en page 22 du PRAPS : « Renforcer les PASS bucco-dentaires et ophtalmologiques (soins, dispositifs d'optique, prothèses dentaires) sur les secteurs en besoin et particulièrement à destination des enfants ».

4.8.3 Rôle des associations de médiation – PRAPS

Le PRAPS consacre une section au développement de la médiation en santé et préconise de renforcer celle-ci. On peut lire en page 9, les actions suivantes :

- « Réaliser un état des ressources en médiation en santé sur la région, conduisant à des préconisations et des recommandations.
- S'assurer de la disponibilité d'un service en médiation en santé auprès des personnes en errance, à la rue, dans les campements, dans les services d'urgence, dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), dans les maternités et plus largement s'assurer d'une couverture d'offre de service de médiation dans chacun des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Et promouvoir les démarches d'auto-évaluation accompagnées.
- Soutenir les approches de médiateurs-pairs et d'usagers experts dans les champs de la santé mentale, des conduites addictives, etc, en qualité d'experts du quotidien (en se préoccupant de la valorisation des acquis de leur expérience pour leur compétence en médiation).
- Soutenir le réseau des acteurs dans la reconnaissance d'un statut de médiateur (trice) social(e) (avec les exigences de qualification en regard).
- Soutenir la formation en santé des médiateurs sociaux, en lien avec le plan régional de professionnalisation des adultes relais, sous l'égide de la DRJSCS et de La Fédération régionale des associations de médiation sociale et culturelle ».

5. Conclusion

Le dispositif de participation directe construit en collaboration avec La Fédération des associations de médiation sociale a permis le recueil des besoins réels de la population visée.

L'action se solde par un gain d'informations additionnelles, confirmant ainsi son utilité. En effet, des habitants, peu habitués à l'expression publique, ont pu exposer des besoins de santé, sous l'angle des déterminants de la santé. Ces besoins ont été entendus et, dans la mesure des missions de l'Agence, intégrés dans le PRS.

L'organisation et la méthodologie adoptées ont permis à l'ARS-IF d'ajuster sa feuille de route, à la fois dans le choix de thématiques de certains projets de transformation, et également dans la formulation de ses futures interventions.

Les projets de transformation de l'axe 4 « permettre à chaque Francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé » démontrent une volonté de mieux impliquer les habitants, citoyens et usagers dans les politiques de santé. Cette approche correspond au modèle d'intervention de l'OMS qui propose pour lutter contre les inégalités sociales de santé d'adopter notamment les stratégies relatives à la participation citoyenne et l'empowerment.

L'énonciation de certaines priorités par les habitants a eu pour finalité de montrer les mécanismes de construction de certaines problématiques sanitaires, leurs liens avec des déterminants socio-environnementaux et la manière dont il fallait les aborder pour apporter des premiers éléments de réponses. Ces réponses incluent de donner les moyens aux populations d'augmenter leur pouvoir d'agir et leur résilience.

Ce dispositif marque le début d'une ère d'élaboration de politiques de santé tenant compte des besoins exprimés lors d'une participation directe des bénéficiaires. Dans cette optique, l'Agence va s'appuyer sur l'expertise des

Participation des habitant(e)s à la définition des priorités de santé publique pour le PRS2

futurs bénéficiaires pour élaborer et mettre en œuvre ses politiques et programmes dans un nombre accru de projets.

S'agissant de sa collaboration avec La Fédération des associations de médiation sociale et culturelle, son premier projet consistera en la mise en œuvre d'une recherche action visant à améliorer la communication médecins et patients issus des quartiers populaires.

La collaboration avec les conseils citoyens va se poursuivre dans le cadre d'une restitution à l'ensemble des conseils citoyens du Val d'Oise et par la construction d'un programme de santé ad'hoc permettant l'acculturation à la santé globale de ces groupes et leur empowerment. Le partenariat avec les conseils citoyens devrait s'étendre à l'ensemble des conseils citoyens soutenus par les centres de ressources politique de la ville dans la région.

Direction de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités – Département des
méthodologies, innovation, participation des habitants

35, rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19

Tél. : 01 44 02 00 00 Fax : 01 44 02 01 04

ars.iledefrance.sante.fr