



**PROMOUVOIR LA SANTE PUBLIQUE SUR UN TERRITOIRE
PAR LA CONDUITE DE PROJET D'UN CENTRE DE SANTE**

2009

Marie-Pierre LEFEVRE

cafedes



Remerciements

Je tiens à remercier tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenue dans mon cheminement, et en particulier :

- Les administrateurs de l'association J.S. Koenigshoffen, et son directeur, Daniel CHINAGLIA, qui m'ont donné l'opportunité de suivre cette formation
- Céline, Chantal... pour leur attention dans les moments de doute et leur appui avisé, ainsi que toute l'équipe de permanents du centre socio-culturel et du centre de santé
- Michèle SLAOUI pour sa guidance et ses encouragements sans faille comme directrice de mémoire, ainsi que Patricia MILLET pour sa disponibilité et son attention à notre bien être durant la formation
- Françoise pour son amitié, sa confiance, son écoute, son regard vigilant sur mes travaux et son soutien... jusqu'à la touche finale
- L'ensemble de la promotion 2006 – 2008 pour les échanges fructueux, le soutien et la bonne humeur partagés
- Bien sur, mes parents et ma famille, mes filleules, qui des plus grands au plus petit ont accepté ma moindre disponibilité et n'ont eu de cesse de m'encourager
- Sans oublier les amis... toujours attentifs et que je remercie pour leur compréhension.

Sommaire

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	1
LISTE DES SIGLES UTILISES	1
INTRODUCTION.....	1
1 SANTE PUBLIQUE ET CENTRES DE SANTE : ENJEUX ET PLACE DANS UN CONTEXTE EN MOUVEMENT	4
1.1 La santé publique : une construction historique, un enjeu des politiques publiques.....	4
1.1.1 Un regard historique	4
1.1.2 Santé et santé publique : un champ complexe et étendu	6
1.1.3 Un enjeu majeur des politiques publiques et de cohésion sociale.....	8
1.2 Vers l'affirmation d'une politique de santé publique.....	9
1.2.1 D'une politique de santé publique essaimée.....	9
1.2.2 ... à une politique de santé publique définie par la loi du 9 août 2004.....	12
1.3 La politique de santé publique mise en œuvre régionalement	14
1.3.1 Des problématiques alsaciennes de santé publique.....	15
1.3.2 Des priorités dégagées	17
1.4 ... Et une organisation de la santé toujours en mouvement.....	18
1.5 Centres de santé et santé publique	20
1.5.1 Des consultations charitables aux centres de santé.....	20
1.5.2 Définition, réglementation et modes de financement.....	22
1.5.3 Des orientations et des évolutions à envisager... ..	26
2 LE CENTRE DE SANTE DE KOENIGSHOFFEN : UN POSITIONNEMENT OPPORTUN AU SEIN D'UNE ASSOCIATION D'EDUCATION POPULAIRE...30	30
2.1 L'intérêt d'un positionnement institutionnel lié à l'éducation populaire.....	30
2.1.1 Une gestion associative à l'interface du socio-culturel et de la santé.....	31
2.1.2 Une organisation et une démarche de projets pour articuler social, culturel et santé.....	32

2.1.3	Un territoire marqué par une dynamique démographique et une précarité croissante.....	36
2.2	Un centre de santé tirailé entre une logique de soins et une logique de santé publique.....	38
2.2.1	Une action Santé scindée en deux dimensions.....	39
2.2.2	Une perte de sens de la dimension Santé Publique par le centre de santé.....	44
2.3	Une organisation de l'activité manquant de lisibilité et de cohérence.....	45
2.3.1	Une équipe jeune et qualifiée, mais à stabiliser	45
2.3.2	Une organisation des ressources humaines manquant de lisibilité... ..	46
2.4	Une situation financière et logistique stable occultant les difficultés	50
2.4.1	Un budget stabilisé mais qui demande vigilance.....	50
2.4.2	Une infrastructure qui mériterait d'être réaménagée à moyen terme	51
3	CONDUIRE ET ANIMER LE PROJET DU CENTRE DE SANTE.....	53
3.1	Redéfinir les orientations du projet	53
3.1.1	De la validation des orientations stratégiques à la clarification des objectifs	54
3.1.2	Un cahier des charges cohérent avec le nouveau cadre réglementaire	55
3.1.3	Une focale sur la dimension Santé publique et son développement ou les prolégomènes du projet.....	56
3.2	Piloter le changement	60
3.2.1	Structurer le pilotage du projet	61
3.2.2	Elaborer le projet : un travail d'équipe, un processus partagé pour favoriser l'adhésion au changement	62
3.2.3	Informé, concerter, communiquer pour favoriser l'adhésion au changement	65
3.2.4	Revoir l'organisation interne	67
3.2.5	Renforcer les moyens pour la mise en œuvre du projet.....	73
3.3	Inscrire le projet dans le temps et dans un processus d'évaluation continue.....	74
3.3.1	S'appuyer sur un échéancier d'ensemble	75
3.3.2	Evaluer l'atteinte des objectifs de santé publique et la conduite de projet	76
	CONCLUSION	78
	BIBLIOGRAPHIE	I
	LISTE DES ANNEXES.....	VII

Liste des sigles utilisés

AME	Aide Médicale d'État
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ASV	Atelier Santé Ville
BOP	Budget Opérationnel de Programme
CCMSA	Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole
CLS	Contrats Locaux de Santé
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAF	Caisse Nationale d'Allocations Familiales
CNAMPI	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNS	Conférence Nationale de Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluri annule d'Objectifs et de Moyens
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROSMS	Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CROSS	Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale
CRS	Conférence Régionale de Santé
CRAS	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSI	Centre de Santé Infirmier / Centre de Soins Infirmiers
CSC	Centre Socio-Culturel
CSP	Code la Santé Publique
CSS	Code de la Sécurité Sociale
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DGAS	Direction Générale aux Affaires Sociales
DGS	Direction Générale de la Santé
DIV	Direction Interministérielle à la Ville
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DSL	Développement Social Local
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ETP	Equivalent Temps Plein
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
HAD	Hospitalisation À Domicile

HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INCa	Institut National du Cancer
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	Institut National de Statistiques et des Etudes Economiques
INVS	Institut National de Veille Sanitaire
IRIS	Ilot de Regroupement de l'Information Statistique
LOLF	Loi Organique de Loi de Finances
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORSAL	Observatoire Régional de la Santé en Alsace
PASS	Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNNS / PRNS	Programme National / Régional Nutrition Santé
PNSE /PRSE	Programme National /Régional Santé Environnement
PRAGUS	Programme Régional d'Alerte et de Gestion des Situations d'Urgence
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS	Programme Régional de Santé / Projet Régional de Santé (ARS)
PRSP	Programme Régional de Santé Publique
RGPP	Révision Générale des Politiques Publiques
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SREPS	Schéma Régional d'Education pour la Santé
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurances Maladie
ZUS	Zone Urbaine Sensible

Introduction

« L'approche globale proposée par la Charte d'Ottawa fonde les stratégies les plus efficaces : certains lieux de vie tels que les écoles, les entreprises, villes ou quartiers, offrent la possibilité d'une promotion de la santé plus efficace ; la population, y compris celle dont la santé est la plus dégradée, doit être associée aux actions de promotion de la santé pour en assurer l'efficacité ; un accès réel à l'information et à l'éducation est vital ; la promotion de la santé est un investissement essentiel du développement économique et social. »

David MAC QUEEN

"Strengthening the evidence base for health promotion"

Communication prononcée au cours de la 5^{ème} « Conference on Global Health Promotion »

Mexico, 2000¹.

Si longtemps l'articulation entre santé individuelle et santé collective a semblé relever du défi, la santé publique est aujourd'hui largement à l'ordre du jour des politiques publiques françaises. L'objectif est de résorber le paradoxe entre un très bon système de soins et un médiocre système de santé. Les inégalités de santé s'imposent notamment comme une question majeure et pointent l'importance du niveau de cohésion sociale sur l'état de santé de la population et la nécessité d'une approche globale. Ainsi, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique définit des priorités et organise l'action des acteurs entre les niveaux national et régional. Très récemment, la loi du 21 juillet 2009, dite « HPST », portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, refond totalement l'organisation de la santé et du médico-social dans l'objectif d'un meilleur continuum entre soins, prévention et prise en charge médico-sociale.

Dans ce contexte, les centres de santé sont positionnés comme acteurs sanitaires de proximité ayant une mission qui va de la prise en charge à domicile à la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé et d'actions sociales, à l'interface de la médecine de ville, de l'hôpital et du médico-social.

Aussi, directrice-adjointe de l'association Joie et Santé Koenigshoffen depuis 2002, je n'ai pu que constater le glissement du projet du centre de santé. Inscrite dans le mouvement d'éducation populaire, cette association a la particularité de gérer à la fois un centre de santé infirmier, un centre socio-culturel et un centre omnisports, dans un faubourg

¹ Cité par BLUM-BOISGARD C., DEMEULEMEESTER R., JOURDAIN A et al, 2005, « Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ? », *Santé publique* [en ligne], décembre 2005, n°4, p. 571 [visité le 8/08/2008] et disponible sur internet : <http://www.cairn.info>

périphérique de Strasbourg où vivent près de 20 000 habitants. D'une part, l'action Santé se scinde entre centre de santé pour la fonction Soins et centre socio-culturel pour les actions de promotion de la santé. D'autre part, des difficultés de management déstabilisent l'équipe du centre de santé, fragilisent son fonctionnement et l'écartent de l'association et du projet d'éducation populaire qu'elle défend. Ce qui va à l'encontre même de la volonté actuelle de mise en oeuvre de la santé publique.

Cela m'interpelle d'autant plus que, de formation sociale, j'ai exercé pendant 20 ans en tant que conseillère en économie sociale familiale. De ces années professionnelles, j'acquière le goût du travail à l'échelle d'un territoire, avec les partenaires que sont les habitants, les associations et les institutions, autour de projets, que ce soit celui d'une personne, d'un quartier, d'une association, d'une équipe. J'apprécie particulièrement d'avoir accès à une vision globale et transversale de l'action menée et d'être associée aux diverses étapes de construction et de mise en oeuvre du « Projet ». La pluri et la transdisciplinarités des équipes m'apparaissent comme une richesse dans la mesure où elles permettent de développer de nouvelles modalités d'action en mixant et décloisonnant les domaines d'intervention. Découvrant en 1985 l'association J.S. Koenigshoffen, à la faveur d'un détachement de ma structure d'origine, je vais avoir jusqu'en 2001 l'opportunité de développer en articulation avec l'équipe du centre socio-culturel et celle du centre de santé, des actions de promotion de la santé en ayant le triple souci de la place des habitants comme auteurs et acteurs de la démarche, d'une vision positive de la santé et du partenariat.

C'est d'ailleurs cet intérêt particulier pour les projets permettant d'associer les dimensions sociales, éducatives, culturelles, de santé, et de loisirs... pour faire « lien social » à l'échelle d'un territoire, ainsi que le souhait d'intervenir à un niveau stratégique et d'encadrement qui vont motiver mon évolution professionnelle. En effet, considérer les habitants – dans d'autres contextes professionnels, nous parlerions de résidents, d'usagers... - comme des personnes-ressources à part entière me semble être le préalable dans une fonction de direction. C'est une position éthique fondamentale qui place la personne au cœur de l'action. Cette position doit se vivre dans toutes les instances politiques et techniques de l'association et se décliner dans les actions mises en oeuvre avec les habitants.

Début 2009, le directeur de l'association et moi-même présentons aux administrateurs un état des lieux du centre de santé. Au vu de ces constats et de l'évolution de l'environnement, les orientations associatives sont réaffirmées autour du développement de l'action santé et de l'engagement dans une démarche qualité.

Mandatée pour mener à bien cette mission, et en premier lieu redéfinir le projet du centre de santé, je vais donc également dans le cadre de ce travail me positionner comme directrice de l'association.

S'interroger sur le projet de la structure, c'est se mettre en mouvement, et ne pas rester figé sur des habitudes, des certitudes ou des contraintes internes et externes, même si on ne peut les nier. C'est se les approprier et les mettre en travail avec l'ensemble des acteurs, pour se projeter dans un futur, et progressivement, mettre en œuvre le changement.

Ainsi, au regard de la problématique posée, j'articulerai mon propos en trois parties.

Je développerai tout d'abord un état des lieux de la santé publique aujourd'hui en France, dans son acception, ses enjeux, ses objectifs et son organisation. Ceci afin de mieux y repérer quelle peut être la place des centres de santé dans un contexte où la santé publique est affirmée comme priorité et la législation en pleine mutation.

Dans une seconde partie, il m'importera de dresser un diagnostic de l'association et de ses structures dans leur environnement. Je pourrai ainsi mettre en évidence le paradoxe entre l'intérêt d'un positionnement institutionnel lié à l'éducation populaire sur un territoire périphérique marqué par des besoins de santé croissants et la demande d'une approche globale par les habitants, et une partition de l'action Santé au sein de l'association.

Fort de ces constats, je présenterai dans une troisième partie, comment je vais mettre en œuvre une dynamique de réflexion-action autour du projet du centre de santé, soucieuse de tous les acteurs, en premier lieu de l'équipe du centre de santé. Ceci, afin de repositionner le centre de santé au sein de l'association et dans son environnement, non seulement dans une mission de soins renforcée, mais également dans une mission transversale de prévention et de promotion de la santé.

1 Santé publique et centres de santé : enjeux et place dans un contexte en mouvement

L'émergence de la santé publique s'inscrit dans l'évolution du concept même de santé et de sa prise en charge dans un contexte social donné. Elle traduit une préoccupation publique croissante à l'égard de la santé comme enjeu politique, sociétal, médical et financier.

Aussi, afin de mieux comprendre le contexte dans lequel se sont développés et évoluent les centres de santé, il m'importe dans un premier temps de préciser en quoi la santé représente aujourd'hui un enjeu de cohésion sociale à travers un regard croisé, historique et conceptuel, menant à la définition d'aujourd'hui.

Dans un second temps, une analyse plus fine de l'évolution des politiques de santé publique, en particulier de la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique et de la toute récente loi dite « Hôpital, patient, santé et territoire », permettra de mieux appréhender le contexte actuel de mise en œuvre de la santé publique.

Nous pourrions ensuite nous interroger sur la place des centres de santé comme un des acteurs de santé publique.

1.1 La santé publique : une construction historique, un enjeu des politiques publiques

Au regard de l'histoire, deux grandes conceptions de la santé émergent. La première privilégie l'objectivation de la maladie dans le corps. La seconde considère la santé comme un mode de relation de l'homme avec son milieu où interviennent des facteurs humains, mais aussi les conditions écologiques, économiques et sociales.

La France a tardé à entrer dans une logique de santé publique et « balancera » constamment entre une administration globale du sanitaire et du social et des administrations séparées. Après avoir émergée, la notion de santé publique sera occultée au profit de l'offre de soins et d'une médecine de haute technicité pour redevenir centrale au vu des enjeux de cohésion sociale de notre époque.

1.1.1 Un regard historique

Du Moyen Âge à la Révolution, la politique de santé se confond avec la lutte contre l'indigence dans un objectif de « *protection rapprochée* » et de mise au pas des marginaux².

² CASTEL R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Mesnil sur l'Estrée : Gallimard, 813 p.

C'est à la faveur de la montée de l'industrialisation et de l'urbanisation que la santé publique s'enracine et prend une dimension collective. La question ouvrière s'impose comme « la » question sociale, avec le souci majeur de préserver l'ordre public et social. Ainsi, de la fin du 19^{ème} siècle jusqu'à l'entre deux guerres, la santé publique se structure et s'organise autour de préoccupations hygiénistes, préventives et populationnelles. Cela s'illustre notamment par :

- la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique^{3 4} ;
- le développement des premières mutuelles et assurances obligatoires de risques sociaux⁵ créées dans le cadre de la législation du travail ;
- la création du premier ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociale en 1920⁶, puis en 1930, d'un Ministère de la Santé Publique.

La seconde partie du 20^{ème} siècle, dans un contexte de reconstruction puis de croissance économique, voit le développement de la Sécurité Sociale, d'une politique de santé centrée sur une médecine scientifique et un hôpital « moderne » et de l'appareil administratif de santé publique. Le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 fait de la protection de la santé de tous un devoir de l'État. La Sécurité Sociale, créée par l'ordonnance du 4 octobre 1945⁷, constitue dès lors un vecteur privilégié de la protection sociale touchant à la fois aux politiques sociales et de santé. Les grandes découvertes scientifiques et médicales se poursuivent (ADN, antibiotiques...) et favorisent le développement d'une médecine scientifique qui vient occulter une médecine sociale et les résultats de l'hygiénisme. Le modèle de « soins purs » s'impose comme modèle dominant

³ Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, [visité le 8 août 2008], disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lps/pdf/Loi_du_15_fevrier_1902.pdf

⁴ Première loi de santé publique en France, cette loi traite de l'assainissement du milieu et de la salubrité des logements, met en place la vaccination antivariolique et impose de déclarer certaines maladies. Elle structure l'organisation sanitaire départementale et communale : le Maire devient l'autorité en charge de protéger la santé de ses concitoyens, les bureaux municipaux et conseils départementaux d'hygiène publique sont installés.

⁵ La loi du 9 avril 1898 reconnaît la responsabilité de l'employeur en matière d'accidents du travail. Celle du 5 avril 1910 institue un régime d'assurance vieillesse obligatoire pour les salariés du commerce et de l'industrie. Celles des 5 avril 1928 et 30 avril 1930 mettent en place une assurance pour les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès pour les salariés titulaires d'un contrat de travail, tandis que la loi du 30 avril 1928 institue un régime spécial pour les agriculteurs ; enfin, la loi du 11 mars 1932 prévoit des allocations couvrant les charges familiales financées par des versements patronaux.

⁶ Ces questions relevaient jusqu'alors du Ministère de l'Intérieur

⁷ La loi du 22 mai 1946 pose le principe de sa généralisation à l'ensemble de la population. Le Code de la Sécurité Sociale sera mis en place en 1953.

et le développement de l'infrastructure hospitalière nationale consacre une médecine de haute technicité.⁸

Avec la fin des trente glorieuses, la santé publique redevient centrale. L'État peine à intervenir comme régulateur des questions économiques et sociales, difficulté que viennent renforcer la construction européenne et la mondialisation. Les frontières qui se brouillent entre pauvreté, exclusion et précarité englobant une partie croissante de la population⁹, l'épidémie du SIDA, l'émergence de nouveaux risques sanitaires, ou encore la préoccupation croissante liée au vieillissement de la population, de même que la volonté d'une plus grande démocratie sanitaire et la nécessité de contenir les coûts, remettent la santé publique à l'ordre du jour des politiques publiques.

1.1.2 Santé et santé publique : un champ complexe et étendu

Lors de sa constitution en 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme... « *un état de complet bien être physique, mental, social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* », impulsant ainsi une vision globale et positive de la santé. On passe alors d'un modèle bio médical à un modèle global qui repose sur quatre déterminants : la biologie humaine, l'environnement physique, psychologique et social, les habitudes de vie et le système de soins. (Annexe 1)

En 1952, elle présente la santé publique comme la science et l'art de favoriser la santé, de prévenir la maladie et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société. Ces derniers doivent être centrés sur l'hygiène du milieu de vie, la lutte contre les maladies transmissibles et des mesures sociales assurant à chacun un niveau de vie compatible avec le maintien de sa santé.

Sous l'impulsion de la définition de la promotion de la santé de la Charte d'Ottawa¹⁰ de 1986, le concept de santé publique va s'élargir.

Promouvoir la santé, c'est inscrire l'individu et la collectivité dans un processus visant à leur donner la capacité d'exercer un contrôle sur les facteurs déterminants de la santé, à identifier et satisfaire leurs besoins, réaliser leurs ambitions, et évoluer avec leur milieu ou

⁸ Il faudra attendre 1941 pour qu'une loi affirme leur fonction de soins. En 1958, la loi Debré mettra en place les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

⁹ HIRSCH M., 2006, « Les formes modernes de la pauvreté », in ROSANVALLON P., PECH T., MAURIN E. et al., *La nouvelle critique sociale*, Condé sur Noireau : Seuil, pp. 71-87.

¹⁰ OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986. [visité le 08.08.2007], disponible sur internet : http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french

s'y adapter. Une bonne santé est considérée comme une ressource majeure pour le progrès social et économique et la qualité de la vie. L'individu et la collectivité doivent être considérés « ...dans un environnement général à privilégier et solliciter pour en faire émerger une citoyenneté exprimée sur des choix collectifs en matière de santé. »¹¹ La Charte de Bangkok¹² signée en août 2005 complète celle d'Ottawa et insiste sur la prise en compte, non seulement des changements environnementaux, mais aussi des effets de la mondialisation générant et renforçant les inégalités au sein et entre les pays...

Aussi une politique de promotion de la santé doit elle combiner les dimensions législatives, fiscales, organisationnelles, et s'intéresser tant au champ sanitaire qu'aux champs non sanitaires de manière à promouvoir des « politiques publiques saines ».

Ainsi, toujours définie comme l'art et la science de favoriser la santé, la santé publique « ...s'occupe de la santé globale des populations sous tous ses aspects curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux ; son objectif est la mise en place de systèmes et d'actions de promotion de la santé, de prévention et de traitement des maladies, de réadaptation des handicapés ». Elle s'articule autour de quatre fonctions : la protection, l'observation et la veille sanitaire, l'organisation du système de soins, la prévention et la promotion de la santé¹³.

Etendu et complexe, le champ de la santé publique renvoie à une dimension collective, s'intéressant à la santé des populations comme un enjeu de société. La transformation de la situation globale de santé d'une population suppose la production de connaissances, la définition d'objectifs et la mise en oeuvre d'actions, interpellant ainsi la « responsabilité publique » qui doit s'articuler avec responsabilité individuelle et responsabilité collective. « En ce sens, la santé publique apparaît notamment comme une interface privilégiée entre le sanitaire et le social. »¹⁴

On passe ainsi d'une conception de la santé considérée comme bien individuel à celle de bien public puis d'enjeu public.

¹¹ RAYSSIGUIER Y., JEGU J., LAFORCADE M., 2008, *Politiques sociales et de santé – Comprendre et agir*, Rennes : EHESP, 491 p.

OMS, Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, 2005 , disponible sur internet : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/fr/index.html>

¹³ NUTHBEAM, D., 1998, *Glossaire de la promotion de la santé*, OMS, Genève, cité par Dr SIMOS J., *Le périmètre de la promotion de la santé*, in Journées de Prévention de l'INPES, 2009, Session 7, *ARS et promotion de la santé* [en ligne] visible sur internet : <http://www.sfspenregion.fr>

¹⁴ DELEGATION INTERMINISTERIELLE A LA VILLE, 2007, *Ateliers Santé Ville, une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, Paris : Les Editions de la DIV, 286 p.

1.1.3 Un enjeu majeur des politiques publiques et de cohésion sociale

Un excellent système de soins mais un médiocre système de santé ! Tel est le constat de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En effet, la seule évolution de l'espérance de vie au cours du 19^{ème} siècle et jusqu'en ce début de 21^{ème} ¹⁵, de 43,4 à 76,8 ans pour les hommes et de 47 à 83,8 ans pour les femmes, ne suffit plus à masquer un taux de surmortalité prématurée (avant 65 ans) et de morbidité évitables des plus élevés parmi les pays développés¹⁶, ni les inégalités de santé qu'elles soient sociales, géographiques ou liées aux handicaps.

Ce double paradoxe révèle un déséquilibre entre les moyens alloués aux approches curatives individuelles et ceux accordés à la prévention et à une approche populationnelle (environ 2,4% des 150 milliards d'euros consacrés chaque année à la santé). Il met en évidence l'insuffisance d'un système de soins basé essentiellement sur l'accès aux soins par « *la rencontre entre une offre de soins (curatifs) abondante et une demande solvabilisée par une protection de type assurantielle* ». ¹⁷ Et surtout, il met en exergue la question des inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou géographiques, et renvoie donc à celle des déterminants de santé¹⁸ : le soin et l'accès aux soins, mais aussi le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, le patrimoine génétique, le niveau d'éducation, l'absence ou non de travail et la qualité des conditions de travail, la qualité de l'environnement et du cadre de vie...

Parallèlement, d'autres problèmes de santé émergent ou perdurent au risque d'amplifier ce paradoxe. Ainsi, le vieillissement de la population va accroître les situations de dépendance et les besoins de prise en charge ambulatoire de proximité tandis que les difficultés démographiques des professions de santé obligent à repenser l'offre de santé et l'articulation entre secteur ambulatoire, médico-social et secteur hospitalier. La question de la santé mentale est prégnante alors que l'accès aux soins spécialisés reste difficile. De nouveaux risques sanitaires nécessitent un pilotage renforcé de la santé. Sans oublier la volonté de démocratie sanitaire, et la montée en puissance de préoccupations éthiques... Enfin, la qualité et le souci de l'évaluation deviennent un axe important des

¹⁵ Source : INSEE, données de 2005

¹⁶ Ainsi, les cancers, les accidents et morts violentes et les maladies alcooliques génèrent une surmortalité des moins de 65 ans à raison d'un décès sur cinq. Source : RAYSSIGUIER et al. Op. cit.

¹⁷ Haut Comité de la Santé Publique, 1994, *La santé en France*, Paris : La Documentation Française, p. 69-72, cité dans DELEGATION INTERMINISTERIELLE A LA VILLE, 2007, *Ateliers Santé Ville, une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, Paris : Les Editions de la DIV, p. 45.

¹⁸ Voir les rapports de l'ONZUS pour 2006, 2007 et 2008 sur www.ville.gouv.fr

politiques de santé dans un contexte renforcé de maîtrise, voire de réduction des coûts de la santé.

1.2 Vers l'affirmation d'une politique de santé publique...

C'est sur la base de cet enjeu de cohésion sociale que le cadre juridique des politiques de santé va s'étoffer, dès le début des années 1990 et plus encore depuis 2000 sous l'impulsion de l'Union Européenne qui prône une approche par l'inclusion. Trois dynamiques s'articulent complémentirement et donnent corps à l'évolution des politiques de santé au profit d'une politique de santé publique : la territorialisation, l'affirmation de la santé publique comme devant réduire les disparités de santé, la place de l'utilisateur doublée d'une approche populationnelle. La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 vient mettre en synergie ces dynamiques et consacrer la santé publique au rang des priorités nationales.

1.2.1 D'une politique de santé publique essaimée...

La politique de l'État en matière de santé publique va se développer progressivement. Même lors du processus de décentralisation impulsé en 1982 et 1983¹⁹, la santé publique n'a pas été un enjeu majeur contrairement au champ social ou médico-social.²⁰

De 1970 à 1996, le développement de la santé publique va notamment s'appuyer sur le processus de régionalisation de l'organisation sanitaire et de déconcentration de l'administration de santé. En particulier :

- la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière instaure les Comités Régionaux d'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS) et les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), toilettant la loi hospitalière de 1970²¹ ;
- les DRASS sont mises en place en 1977 et les observatoires régionaux de la santé créés en 1980. Dès lors, les DRASS disposent de fonds dotés par l'État pour soutenir des actions de promotion de la santé ;
- mais surtout les ordonnances du 24 avril 1996, outre les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH)²², instaurent les Conférences Régionales de Santé (CRS)

¹⁹ Lois de décentralisation du 2 mars 1982, du 7 janvier 1983 et du 22 juillet 1983

²⁰ CNFPT – ENSP – PIR-Villes-CNRS – SFSP, *Santé publique et territoires, 10 ans de décentralisation*, 25 et 26 janvier 1995, Rennes, Nancy : CNFPT – ENSP – PIR-Villes-CNRS – SFSP, 1995, 185 p.

²¹ La loi hospitalière de 1970 a mis en place la carte sanitaire et des commissions d'agrément d'établissements de santé.

²² Les ARH regroupent les services de l'État, de l'assurance maladie et les URCAM.

annuelles où usagers et professionnels déterminent des priorités de santé à inscrire dans des Programmes Régionaux de Santé (PRS).

En effet, dès le début des années 1990, le Haut Comité de la Santé Publique propose de développer des actions de santé publique au sein des politiques régionales de santé. Il préconise d'associer à leurs élaboration et mise en œuvre tous les acteurs régionaux, des décideurs aux associations d'usagers/de citoyens.

Parallèlement, le contexte de crise économique et la montée croissante de la précarité amènent à se saisir autrement des questions de santé et à un redimensionnement social de la santé publique.

Le droit à la santé et l'accès aux soins en particulier émergent fortement dans les politiques sociales via la loi du 1^{er} décembre 1988 relative au Revenu Minimum d'Insertion (RMI)²³ et plus encore via la loi d'orientation N° 98-657 du 29 juillet 1998, relative à la lutte contre les exclusions.²⁴ L'article 67, consacré au droit à la santé pour tous, instaure trois dispositions majeures : la couverture maladie universelle (CMU)²⁵, les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)²⁶.

Dans ce contexte, la politique de la Ville se saisit d'abord de la question de la santé en s'appuyant sur la mise en place des PRAPS. Dès 2000, le développement des Ateliers Santé Ville (ASV)^{27 28}, articulant les priorités du PRAPS et de la politique de la ville, met en évidence, si besoin était, la nécessité d'une approche encore plus territorialisée à l'échelle d'une ville ou d'un quartier, pour plus de pertinence et d'efficacité. La santé s'inscrit ainsi comme un des objectifs des contrats de ville et la volonté de convergence entre politique de santé et politique de la ville s'intensifie²⁹. En ce sens, en fixant comme

²³ Loi 88-1088 du 1^{er} décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion

²⁴ Elle affirme dans son article 1 la lutte contre les exclusions comme impératif national autour de « *l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance* ».

²⁵ La CMU sera créée par la loi du 27 juillet 1999 et mise en œuvre au 1^{er} janvier 2000.

²⁶ En vertu de l'article L.6112-6 du code de la santé publique, ces cellules médico-sociales doivent faciliter l'accès des personnes démunies, tant au système hospitalier qu'aux réseaux institutionnels et associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

²⁷ Les circulaires DIV relatives à la mise en œuvre des ASV et DGS/SP2/2000/324 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire, toutes deux du 13 juin 2000, précisent les objectifs des ASV : mobilisation et coordination des intervenants du territoire, développement de la participation des habitants au diagnostic et à l'évaluation de l'action, connaissance de l'état de santé de la population et détermination des objectifs d'amélioration, facilitation de l'accès aux soins et à la prévention, avec des modalités et moyens d'intervention diversifiés selon l'analyse des besoins.

²⁸ La circulaire DGS du 19 février 2002 relative au PRAPS de 2^{ème} génération confirme la nécessité de développer les ASV.

²⁹ Voir notamment la circulaire DHOS/DGS/DGAS/DATAR n° 2003-387 du 16 avril 2003 relative à l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre de projets territoriaux de développement.

objectif la réduction des inégalités sociales entre les territoires, la loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1^{er} août 2003 fait de la santé, et en particulier de l'accès aux soins, une de ses priorités, au travers notamment de la mise en œuvre des contrats urbains de cohésion sociale³⁰. Tandis que les SROS de troisième génération par la circulaire du 5 mars 2004 doivent articuler organisation des soins et objectifs de santé publique sur des territoires de proximité³¹.

Entre temps, l'État a affirmé la position de l'éducation pour la santé comme enjeu de santé publique et impulse, par la circulaire DGS N° 2001-504 du 22 octobre 2001, l'élaboration et la mise en œuvre de schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS).

Dans la foulée, la loi du 4 mars 2002³² relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé assure dans le champ sanitaire la promotion des droits des personnes et des usagers des établissements de santé publics et privés. Surtout, elle inscrit les principes d'une politique de prévention et d'information de l'utilisateur par le professionnel de santé, réaffirme la nécessité du consentement du patient pour la réalisation des soins, met en œuvre l'accès direct par le patient à son dossier et affine les conditions de représentation des usagers dans le fonctionnement hospitalier.

Pour autant, si les mesures prises ont déjà facilité l'accès aux soins et à la prévention des populations les plus démunies,³³ des inégalités perdurent du fait d'effets de seuil de ressources, de refus de prise en charge par des praticiens de personnes couvertes par la CMU, ou encore par une insuffisante prise en compte des déterminants sociaux et culturels sur la santé. Pour y remédier, la loi de santé publique du 9 août 2004 viendra conforter la place de la santé dans les politiques publiques et prôner une approche globale et préventive.

³⁰ Circulaire du 24 mai 2006 relative à l'élaboration des contrats urbains de cohésion sociale, avec 5 priorités : habitat et cadre de vie, emploi et développement économique, éducation, citoyenneté et prévention de la délinquance, santé.

³¹ Circulaire DHOS/O/2004/n° 101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3^{ème} génération et Circulaire DGS/DHOS/SD1A n° 2006-383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ASV.

³² Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [en ligne]. Journal officiel, n° 54 du 5 mars 2002. [visité le 08.08.2008], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

³³ Au 31/12/2005, 1,7 millions de personnes étaient couvertes par la CMU de base, 4,7 par la CMU complémentaire, et 180 000 personnes par l'Aide Médicale d'Etat. Par ailleurs, près de 400 PASS ont été créées sur l'ensemble du territoire national. Source : RAYSSIGIER et al, Op. cit.

1.2.2 ... à une politique de santé publique définie par la loi du 9 août 2004³⁴ ...

La santé publique devient avec cette loi objet des politiques publiques. Au vu de l'état des lieux de la santé des français, elle vise trois finalités :

- prévenir la mortalité et la morbidité évitables ;
- réduire les inégalités ;
- préserver la qualité de vie des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Reprenant l'ensemble des dispositifs existants, cette loi veut développer une culture de santé publique commune à l'ensemble des acteurs, de l'État à l'utilisateur en passant par les professionnels de santé, de l'analyse des besoins à l'évaluation des actions. Pour ce faire, elle prône résolument une approche populationnelle complémentaire de l'approche centrée sur la personne. Elle définit des objectifs nationaux de santé publique, les inscrit dans la durée³⁵ et dans une logique de résultats sur l'état de santé de la population. Elle dote le pays d'instruments d'action et organise le partenariat des acteurs de santé.

A) Une définition large de la santé publique et des priorités nationales

En référence aux grandes orientations de la charte d'Ottawa et au vu du « paradoxe français », la santé publique comprend :

- l'observation et la surveillance de l'état de santé de la population via les déterminants ;
- la lutte contre les épidémies ;
- la prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;
- l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;
- l'information, l'éducation à la santé et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;
- l'identification et la réduction des facteurs de risques liés à l'environnement, aux conditions de travail, de transport, d'alimentation et de consommation de produits et de services pouvant l'altérer ;
- la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, ainsi que par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;
- la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;

³⁴ Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [en ligne].[visité le 08.08.2008], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=>

³⁵ Les objectifs y sont définis pour 5 ans.

- l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;
- la démographie des professions de santé.

Par la programmation par objectifs et plans, l'État pose les objectifs de santé publique en termes de problème à résoudre et plus seulement de structures à faire fonctionner.

Un rapport annexé à la loi fixe 100 objectifs pluriannuels. Cinq plans nationaux sont définis à fin 2008 : la lutte contre le cancer, la lutte contre les violences, les comportements à risques et les conduites addictives, la santé et l'environnement, la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et la prise en charge des maladies rares. A ces cinq plans stratégiques s'ajoutent divers plans déjà existants ou en cours d'élaboration, liés par exemple à des comportements à risques autour de l'obésité, relatifs à des pathologies (SIDA, diabète...), orientés vers des catégories de population (plan grand âge, plan Alzheimer...), ou encore en réponse à des problèmes de santé publique insuffisamment pris en compte jusque là ou émergents (plan santé mentale, plan santé au travail...).

B) Une organisation des acteurs de la santé

L'État est pilote et garant de la protection de la santé et de la cohérence des initiatives des acteurs. Autour de principes d'action tels que responsabilité, résultats, rationalisation, travail en réseau, il prescrit une démarche commune d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation de la politique de santé avec une organisation qui s'articule entre échelons national et régional (voir annexe 2).

Le niveau régional est, ainsi, conforté dans son rôle d'appropriation, de définition et de mise en œuvre de priorités adaptées aux contextes locaux et doté de trois outils à mettre en place sous l'autorité des préfets.

Le PRSP³⁶, construit sur la base d'un diagnostic régional partagé³⁷ et d'un bilan des actions et programmes déjà menés, doit contribuer à la réalisation des objectifs nationaux et reprendre de manière coordonnée l'ensemble des programmes pluriannuels dans la région (PRAPS, PREPS, programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail...). Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) doit prendre en compte les objectifs de ce plan.

³⁶ Article L. 1411-11 du code de la santé publique

³⁷ Avec l'appui des observatoires régionaux de santé

La CRS³⁸, positionnée comme instance de concertation incontournable, questionne ainsi l'ensemble du champ de la santé publique (formation des professionnels, observation et recherche, éducation et prévention, soins, répartition de l'offre, droits des malades et des usagers...). Elle réunit pour cela tous les acteurs concernés par la santé publique régionale, dont les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie.

Le GRSP³⁹, nouvel instrument d'intervention, assure la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population de la région et met en œuvre les programmes de santé définis dans le PRSP.

C) Un cadre budgétaire défini par la loi organique de loi de finances (LOLF)⁴⁰

Depuis le 1^{er} janvier 2006, la LOLF impose un nouveau cadre budgétaire qui influence sans conteste les politiques publiques.

Dans le domaine de la santé publique, sa mise en œuvre tend à confirmer le rôle de pilotage de l'État tandis que la responsabilité de programmes est confiée à l'échelon régional. La mission « Santé » comprend différents programmes dont le programme 204 « Santé publique et prévention », qui constitue en 2008 le programme le plus important aux côtés des programmes « Offre de soins et qualité du système de soins » et « Drogues et toxicomanies ».

Ce programme reprend l'intégralité des objectifs de la loi de santé publique. Sous la responsabilité de la Direction Générale de la Santé (DGS), il rassemble l'ensemble des crédits disponibles et se décompose en un budget opérationnel de programme (BOP) national destiné à subventionner l'INPES et l'INCa et en 27 BOP régionaux confiés aux DRASS pour les actions inscrites dans les PRSP.

1.3 La politique de santé publique mise en œuvre régionalement

Au plan local, le PRSP a été adopté par le Préfet de région le 20 juillet 2006. Elaboré en 2005, au regard d'un bilan de 10 ans de politique régionale et d'un diagnostic partagé de l'état de santé en Alsace doublés d'une enquête auprès de 400 acteurs réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé en Alsace (ORSAL), en voici les points clés.

³⁸ Articles L. 1411-12 et articles R. 1411-1 à R. 1411-16 du CSP (décret n° 2005-1539 du 8 décembre 2005 relatif aux conférences régionales ou territoriales de santé)

³⁹ Articles L. 1411-14 à L. 1411-18 et R. 1411-17 à R. 1411-23 du CSP (décret n° 2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif aux groupements régionaux de santé publique)

⁴⁰ Loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, dite LOLF.

1.3.1 Des problématiques alsaciennes de santé publique⁴¹

L'Alsace, plus petite région française, est aussi la plus peuplée abritant 3% de la population française (214 habitants / km² contre 109 au plan national) au 1er janvier 2003. C'est la région qui, hors région parisienne, a le plus haut revenu net imposable. 93% de la population vit en zone urbaine et les ouvriers représentent 39% de la population. A partir de 2001, l'affaiblissement du dynamisme économique entraîne une aggravation du chômage avec la plus forte hausse régionale en 2005, à 8,6% (moyenne nationale à 9,6%). C'est l'une des régions où le chômage des jeunes a le plus augmenté. La région connaît entre 2001 et 2004 la plus forte progression de personnes vivant sous le seuil de bas revenus (+ 12,7% contre +6,7% en France). Quels que soient les indicateurs⁴² permettant de caractériser la précarité, l'Alsace présente dans son ensemble les plus mauvaises évolutions nationales, avec une concentration dans les Zones Urbaines Sensibles (ZUS) notamment. A Strasbourg, un habitant sur cinq vit sous le seuil de bas revenus. La capitale alsacienne regroupe 15,5% de la population régionale seulement, mais 31% des populations les plus pauvres et 40% des bénéficiaires du RMI. La répartition est inégale et la classification par îlots de regroupement pour l'information statistique (IRIS) met partiellement en évidence un phénomène de ségrégation spatiale.

Sur le plan de la santé, de fortes disparités persistent même si l'état sanitaire de l'Alsace s'améliore. L'espérance de vie à la naissance augmente, mais celle des femmes reste inférieure à la moyenne nationale (83,1 ans en 2005). Même si la mortalité y diminue le plus rapidement, le taux de surmortalité après 65 ans reste encore supérieur à la moyenne nationale (surmortalité féminine de 11%, masculine de 4%) et est remarquable sur certains territoires, notamment dans les trois grandes villes de la région.

Les premières causes de mortalité demeurent. Première à bénéficier de programmes de dépistages organisés, l'Alsace reste la région avec une forte prévalence de cancers⁴³ (mortalité supérieure de 5%), première cause de mortalité masculine (34%) et seconde pour les femmes (23%). Le rapport s'inverse pour les maladies cardiovasculaires, première cause de mortalité féminine (36%) et seconde pour les hommes (29%), avec toujours une nette surmortalité (+17%) par rapport à la moyenne nationale. Les accidents et traumatismes représentent la troisième cause de mortalité en Alsace, avec 58% des décès masculins avant 65 ans par suicides et accidents de la circulation. Puis, ce sont les

⁴¹ Diagnostic sur l'état de santé de la population en Alsace, disponible sur le site http://grsp-alsace.sante.fr/prsp/cdprsp/prsp-alsace_documents-01.html

⁴² Chômage, bas revenus, RMI, revenus des foyers fiscaux, minimum vieillesse, CMU-C...

⁴³ Cancers du côlon rectum et du rein pour les deux sexes, du poumon, de l'utérus et des ovaires pour les femmes.

maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil digestif, dont 40% des décès masculins avant 65 ans essentiellement pour cause de cirrhose du foie.

Le diabète est une préoccupation croissante de la région avec une fréquence estimée supérieure de 30% à la moyenne nationale. En revanche, l'Alsace reste une des régions les moins touchées par le VIH – Sida avec une vingtaine de nouveaux cas par an, mais les femmes sont de plus en plus concernées. Enfin, la moitié des décès prématurés sont liés à des facteurs de risques tels que le tabagisme, l'alcoolisme, le manque d'activité physique et une surcharge pondérale⁴⁴, les suicides, la conduite automobile...

Les inégalités sociales en matière de santé sont marquées. Chez les adultes, les données de mortalité prématurée confirment les travaux à l'échelle nationale... « *L'espérance de vie diffère selon la catégorie socioprofessionnelle et décroît avec la place occupée dans « l'échelle sociale »... Les consultants précaires accueillis présentent systématiquement des indicateurs moins favorables que ceux des ouvriers qui présentent eux-mêmes des indicateurs moins favorables que ceux des cadres...* ». Ainsi, le taux de mortalité des ouvriers et employés est 5 fois supérieur à celui des cadres. Le contraste est également notable dès le plus jeune âge. A titre d'exemple, 3,3% des enfants souffrent d'obésité dans des familles de cadres contre 8% dans des familles d'ouvriers. Même constat sur le plan de la santé dentaire : 9% des enfants de cadres ont au moins une carie contre 36% des enfants de familles ouvrières. De plus, le taux de découverte de pathologies non dépistées avant l'examen préélémentaire est supérieur (21% contre 15%). Quant au développement psychomoteur, sur 10 items recueillis, 1 n'était pas acquis pour 42% des enfants d'ouvriers contre 18% des enfants de cadres.

L'offre de soins en médecine libérale est jugée plutôt favorable bien que non homogène géographiquement. L'offre libérale de soins infirmiers est faible (77 contre 107 pour 1000 habitants), mais rejoint la moyenne nationale si on y intègre les centres de santé infirmiers qui se développent et les infirmiers salariés. La densité de kinésithérapeutes, tous statuts confondus, reste fragile.

Quant à la prévention, elle est bien organisée en matière de dépistage des cancers, en hygiène bucco dentaire, les taux de vaccination sont satisfaisants tandis que les actions d'éducation pour la santé sont concentrées dans les villes.

Enfin des phénomènes de santé sont insuffisamment appréhendés : souffrance psychique et santé mentale, maladies chroniques (asthme, diabète...), maladies infectieuses (hépatites...), dépendance... de même que la santé de certaines populations (migrants, populations incarcérées)...

1.3.2 Des priorités dégagées ⁴⁵

Fort de ces constats, le PRSP pour l'Alsace s'appuie sur des principes d'action : le respect de l'autonomie des acteurs du système de santé et des autres partenaires, un attachement à la santé durable, l'équité territoriale, la réduction des inégalités sociales, la contribution à la préservation du lien social, au côté de l'ensemble des autres politiques publiques, notamment celles de la Ville et de l'aménagement du territoire, et une place réelle donnée au citoyen et à l'utilisateur.

L'objectif des acteurs régionaux est de donner une « *impulsion vigoureuse à la promotion de la santé, à l'éducation pour la santé et à la prévention* », en ayant le souci de la complémentarité des acteurs, de l'ancrage territorial, de l'amélioration de la qualité des actions, du développement d'un système de suivi et d'évaluation comme leviers d'actions.

Cinq programmes constituent des volets spécifiques du PRSP alsacien et s'appuient sur les priorités antérieures, dégagées par les conférences régionales de santé⁴⁶, et les objectifs nationaux de santé déclinés par la loi.

En particulier, au vu des pathologies très répandues dans la région (obésité, diabète, tumeurs malignes, maladies cardiovasculaires), un Plan Régional Nutrition Santé (PRNS) est prévu jusqu'en 2015 pour développer territorialement des actions envers les enfants et jeunes et leurs parents, ou vers les personnes âgées.

Le plan relatif à la lutte contre les addictions 2007 à 2011 s'articule autour de 6 priorités parmi lesquelles le renforcement des liens entre social, médico-social et offre de soins, de la prévention, de la formation des professionnels sociaux et médicaux en addictologie...

Dans la lignée du PRAPS II, Le PRAPS III 2009-2013⁴⁷, en cours de validation, détermine six axes de travail au profit d'une prise en compte globale des personnes en situation de précarité ou vulnérables : l'accès aux droits sociaux, l'accès aux soins, la prise en compte de la santé mentale, l'accès à la prévention, le développement d'un accompagnement adapté, la prise en compte de la santé comme déterminant clé dans les parcours d'insertion professionnelle.

Enfin, le Plan Régional Santé Environnement (PRSE) insiste spécifiquement sur deux des objectifs du plan national : la recherche et le renforcement de la protection des enfants et

⁴⁴ Par exemple, taux d'enfants de 6 ans en surcharge pondérale le plus élevé de France après la Corse.

⁴⁵ <http://www.pepsal.org/fichiers/file/guide2008.pdf>.

⁴⁶ En Alsace, 5 programmes régionaux s'inscrivaient dans le PRS précédant le PRSP : le cancer, le sida, l'alcool, la nutrition, l'accès aux soins et à la prévention.

⁴⁷ La circulaire N° DGS/2007/430 du 7 décembre 2007 inscrit résolument les PRAPS dans la loi N° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique comme des programmes majeurs devant contribuer à la lutte contre les inégalités de santé, et notamment les inégalités sociales en matière de prévention.

des femmes enceintes. Tandis que le Plan Régional Alerte et Gestion des Situations d'Urgence Sanitaire (PRAGUS) s'attache à promouvoir le dispositif de veille sanitaire et à en améliorer le fonctionnement.

1.4 ... Et une organisation de la santé toujours en mouvement...

La loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires⁴⁸, inscrite dans le cadre de la révision générale des politiques publiques (RGPP), vient en effet complètement refondre l'organisation de la santé, telle que clarifiée dans la loi de 2004, et celle du médico-social.

Prenant appui sur les constats posés au travers de diverses missions⁴⁹ et concertations, cette loi a comme objectifs affichés de mieux soigner tout en décloisonnant sanitaire et médico-social, de moderniser le système de santé tout en garantissant sa qualité et de permettre l'accès de tous aux soins et à la prévention. Quatre titres structurent ce texte de loi : Modernisation des établissements de santé, Accès de tous à des soins de qualité, Prévention et Santé Publique, Organisation territoriale du système de santé.

Avec effet au 1^{er} janvier 2010, la création des Agences Régionales de Santé (ARS) constitue la clé de voûte qui permettra la mise en oeuvre des objectifs déclinés dans les trois premiers titres de la loi. L'intérêt de cette nouvelle organisation réside dans la recherche d'un continuum entre prévention, soins et médico-social.

A cette fin, chaque ARS va regrouper en une seule entité les organismes en charge des politiques de santé de la région : services déconcentrés de l'État, ARH, GRSP, URCAM, Mission Régionale de Santé, et pour partie la CRAM. Elle reprend à son compte et réorganise l'ensemble des prérogatives de ces organismes. Etablissement public à caractère administratif sous la tutelle des ministres en charge de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, elle est pilotée par un directeur général, appuyée par un conseil de surveillance présidé par le Préfet de région, et soutenue par la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

⁴⁸ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. Journal officiel, n° 0167 du 22 juillet 2009. [visité le 01.09.2009], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=>

⁴⁹Voir les rapports RITTER (organisation territoriale), PODEUR (organisation de la santé), LARCHER (hôpital), et FLAJOLET (disparités territoriales des politiques de prévention). Ils ont notamment mis en exergue les lacunes suivantes : non maîtrise des dépenses de santé, disparités et inégalités de santé, manque de culture de la santé publique commune à tous les acteurs (dont les usagers) influant durablement sur les déterminants de santé, cloisonnement entre ville et hôpital, soin et prévention, social, médico-social et sanitaire..., et entre les autorités compétentes de ces divers champs de la santé.

De même, un projet régional de santé (PRS), inscrit dans la politique nationale, se déclinera autour :

- d'un plan stratégique régional de santé fixant les orientations et objectifs de santé pour la région ;
- de schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins, d'organisation médico-sociale et d'un programme pluriannuel de gestion des risques ;
- eux-mêmes déclinés en programmes d'application de ces schémas tels que le PRAPS par exemple. A ce niveau de programmation, le législateur donne la possibilité de programmes territoriaux de santé formalisés par des contrats locaux de santé (CLS)⁵⁰.

Il doit reprendre et réarticuler l'ensemble des plans, schémas et programmes régionaux des domaines de compétences de l'ARS.

Par ailleurs, dans les relations entre l'ARS et les établissements, la démarche de contractualisation sera privilégiée :

- sous la forme de CPOM qu'elle pourra aussi signer avec les établissements sociaux et médico-sociaux ainsi qu'avec les réseaux, centres et maisons de santé ;
- ou sous la forme de contrats d'amélioration des pratiques en santé⁵¹, par le biais desquels l'ARS pourra fixer des engagements aux centres ou établissements concernés et la contrepartie financière qui leur est associée et qui peut être liée à l'atteinte des objectifs dans le contrat.

De plus, des dispositions spécifiques modifient l'organisation du secteur médico-social.

- Les CROSMS laissent la place à une commission de sélection d'appels à projets.
- La signature d'un CPOM sera obligatoire pour certains établissements (EHPAD, ESAT...) dont la taille atteint un seuil fixé par décret.
- L'obligation d'évaluation introduite par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale fera l'objet d'un nouveau calendrier fixé par décret.

Enfin, si l'objectif prioritaire de la loi est de réformer l'organisation territoriale de la santé, elle apporte également des dispositions en matière de prévention et de santé publique (titre III). On peut citer la reconnaissance de l'éducation thérapeutique dans le parcours de soins et son inscription dans le code de la santé publique, l'inscription de la lutte contre

⁵⁰ Par exemple à l'échelle des territoires des politiques de la ville.

⁵¹ Par exemple sur la participation à des actions de dépistage et de prévention, la continuité et la coordination des soins, l'amélioration des pratiques....

les troubles du comportement alimentaire dans le même code, la possibilité de renouvellement de la prescription de contraceptifs oraux par des infirmiers, l'interdiction totale de vente ou d'offre à titre gracieux de boissons alcooliques aux mineurs ou encore des mesures visant à lutter contre les refus de soins.

Ainsi, avec la loi de 2004 relative à la santé publique, l'État affirme sa responsabilité et positionne le niveau régional comme niveau optimal de mise en œuvre des grands objectifs nationaux de santé et de mise en cohérence des différents acteurs. Il prône une approche territorialisée, au plus près des usagers, dans un objectif de cohésion sociale. Avec la loi dite « HPST », l'État mise sur une réorganisation territoriale de la santé autour des ARS pour tendre vers une meilleure mise en œuvre de la politique de santé publique et une articulation plus performante entre prévention, soins et médico-social au profit des citoyens et usagers.

Dans ce contexte, les centres de santé sont un des acteurs.

1.5 Centres de santé et santé publique

1.5.1 Des consultations charitables aux centres de santé

L'histoire des centres de santé s'inscrit dans celle du social et de la santé, d'où la diversité de leurs statuts. Ils trouvent leur origine dans les consultations charitables créées en 1640 par le pouvoir royal, et se sont développés grâce aux congrégations religieuses et associations charitables, via le courant mutualiste, puis plus tard par des initiatives publiques, notamment de municipalités.

L'Église a joué un rôle historique indéniable : dès le XVII^{ème} siècle, Vincent de Paul fondera l'ordre des Filles de la Charité, grandes pourvoyeuses des soins à domicile auprès des plus démunis jusqu'à l'apparition des premières infirmières libérales. Dispensaires le plus souvent congréganistes, l'objectif est d'assurer auprès de la population un accès aux soins primaires basés sur l'accueil, l'accompagnement humain et l'exécution des premiers soins sur prescriptions médicales.

L'évolution législative⁵² va progressivement entraîner leur transition en dispensaires de soins infirmiers, puis en centres de santé, associatifs notamment. Dès 1928 avec la loi sur

⁵² Voir annexe 3.

les assurances sociales, le législateur impose un abattement systématique sur le coût des actes pratiqués en libéral. Cette référence constante au secteur libéral (pour la valorisation des actes notamment), doublée de contraintes croissantes en matière de gestion et de locaux, génère une réflexion sur la conception du soin à domicile et la santé et le positionnement des congrégations vers la pratique du tiers payant. Parallèlement, les villes mutent, les grands ensembles à forte concentration humaine amènent des habitants à s'organiser en associations de quartier pour maîtriser leur cadre de vie. De ces premières « contraintes administratives » et de cette demande sociale⁵³ rencontrant les valeurs des centres de santé vont naître des associations de gestion des centres de santé qui n'auront de cesse de faire reconnaître cet outil.

Une première convention nationale des infirmiers parue au JO du 20 juin 1973, uniquement centrée sur le secteur libéral, va être le détonateur d'une prise de conscience du fait que les centres de soins et le tiers payant ne sont pas une « affaire de bonnes sœurs », mais aussi un projet de santé dans une approche globale, porté par des mutuelles, des municipalités, et des associations... Aboutissement de ces revendications, le décret du 22 avril 1977⁵⁴ signe la reconnaissance juridique des dispensaires de soins infirmiers, définissant leurs conditions techniques d'agrément, « à défaut de reconnaissance d'un projet de santé spécifique, qui va regrouper pour la première fois des usagers et des professionnels... »⁵⁵.

Les « dispensaires » deviennent « centres de santé » par la loi 91-73 du 8 janvier 1991⁵⁶. Majeure dans l'évolution des centres de santé, elle pose les bases de l'agrément et du conventionnement. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 conforte cette reconnaissance en les inscrivant dans le code de la santé publique pour ce qui concerne la procédure d'agrément, et en affinant les procédures de conventionnement et de financement qui restent du ressort du code de la sécurité sociale. Enfin, la loi du 4 mars

⁵³ L'objectif est d'agir sur les questions de santé, entre professionnels soignants, d'accueil et d'accompagnement des dispensaires et usagers bénévoles impliqués dans la conception, l'animation et la gestion des structures. C'est cet objectif qui va permettre de transformer bon nombre de dispensaires congréganistes en association loi 1901 gérant des structures de santé communautaires.

⁵⁴ Décret n°77-483 du 22 avril 1977 relatif aux conditions d'agrément des dispensaires assurant un service de soins infirmiers.

⁵⁵ Union Nationale des Associations de Centres de Soins, 1983, *Les centres de soins infirmiers en secteur associatif* – une démarche communautaire, p. 6.

⁵⁶ Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 [en ligne]. Journal officiel, n°18 du 20 janvier 1991. [09.09.2008], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006077122&dateTexte=20090929> et décrets n° 91-654, 91-655, 91-656 du 15 juillet 1991

2002 les positionne spécifiquement dans le code de la santé publique sous la rubrique « Autres services de santé ».⁵⁷

1.5.2 Définition, réglementation et modes de financement

La récente loi n° 2009-879 dite « HPST » affine leur définition et pose leur cadre réglementaire dans le code de la santé publique, sous la responsabilité de l'ARS. Aujourd'hui soumis à agrément du Préfet de région après une visite de conformité, les centres de santé seront au plus tard le 1^{er} juillet 2010 soumis à de nouvelles modalités d'autorisation du fait de la loi « HPST » (Annexe 4).

Malgré la diversité des statuts des gestionnaires et des pratiques, les centres de santé relèvent tous de la même réglementation qui s'appuie à ce jour :

- sur le Code de la Santé Publique (CSP), article L.6323-1 ;
- pour le conventionnement et le financement, sur le Code de la Sécurité Sociale. Ainsi, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000⁵⁸, un accord national destiné à définir et organiser les rapports entre les centres de santé⁵⁹ et les caisses d'assurance maladie⁶⁰ a été signé en 2002 et publié au JO du 19 avril 2003. Il a remplacé le cadre conventionnel mis en place par la loi de 1991. Signé pour cinq ans, prorogé en 2008, il continue de s'appliquer en les termes à ce jour.

A) Une définition large dans le sens de la santé globale

Le terme générique est donc « centre de santé », que ces centres soient médicaux, dentaires, polyvalents (médicaux et dentaires), ou infirmiers. Réservée jusqu'alors aux organismes à but non lucratif ou aux collectivités territoriales, la loi « HPST » ouvre aux établissements de santé publics ou d'intérêts collectifs, la possibilité de création et de gestion de centres de santé.

⁵⁷ Article 53 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et article L.6323.1 du CSP, livre III, titre II « Autres services de santé »

⁵⁸ Article 23 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000, et articles L.162.32-1 à 3 du CSS

⁵⁹ A DOMICILE Fédération nationale, Comité National de Liaison des Centres de Santé (CNLCS), Croix Rouge Française (CRF), Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), Religieuses en Professions de Santé (REPSA), Fédération des Mutuelles de France (FMF), Union Nationale des Associations d'Aide à Domicile en Milieu Rural (UNADMR), Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS)

⁶⁰ Signé le 19 novembre 2002 entre les 8 organisations représentatives des centres de santé regroupées au sein du regroupement national des organisations gestionnaires des centres de santé (RNOGCS), et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole (CCMSA), la caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (CNAMPI).

Alternative entre l'établissement de santé et les soins en ville, dans le secteur des soins ambulatoires, la loi les situe d'ailleurs en tant que « structures sanitaires de proximité »⁶¹. A ce titre, les centres de santé assurent, dans le respect du libre choix de l'utilisateur, des activités de soins sans hébergement, des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales. En se situant au plus près des usagers et de leurs besoins, les centres de santé ne se limitent pas à une démarche curative mais doivent favoriser une prise en charge globale de la santé des personnes. Ils pratiquent les tarifs du secteur 1, le tiers payant⁶², accueillent des personnes bénéficiant de la CMU ou de l'AME. Les centres de santé participent donc à des missions de service public telles que définies dans la loi « HPST ». Le législateur se réserve d'ailleurs la possibilité de conclure avec eux des CPOM ou des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins⁶³.

B) Un régime des autorisations et de suivi allégé

Jusqu'à promulgation des décrets issus de la loi du 21 juillet 2009, le dossier d'agrément doit contenir l'ensemble des informations :

- permettant de s'assurer que le centre de santé respecte bien les prescriptions techniques correspondant à son activité (nombre et qualification des professionnels, adéquation des locaux, statut de la structure gestionnaire et modalités de gestion...);
- décrivant les activités qui seront mises en œuvre, les conditions de fonctionnement et de financement.

L'agrément est délivré pour une durée illimitée dans un délai de quatre mois par le préfet de région, sur la base de l'instruction du dossier d'agrément et du rapport du médecin inspecteur de santé publique, après avis de la CPAM dans le ressort de laquelle est situé le centre de santé. Une visite de conformité⁶⁴ au plus tard trois semaines avant la date d'ouverture du centre de santé porte sur les locaux, le personnel et l'organisation interne (règlement intérieur, élimination des déchets⁶⁵) et permet de valider la décision d'ouverture de la structure. Toute ouverture d'antenne ou développement d'une nouvelle activité fait l'objet d'une demande similaire, mais doit être traitée dans un délai d'un mois.

⁶¹ Article L. 6323-1 du Code de la Santé Publique modifié par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009

⁶² Article L. 322-1 du Code de la Sécurité Sociale

⁶³ Article L. 1435-3 du Code de la Santé Publique

⁶⁴ Articles D. 6323-10 et 6323-14 à 21 du Code de la Santé Publique

⁶⁵ Egalement gestion d'une pharmacie pour les centres de santé médicaux

Nouveauté introduite par la loi dite « HPST », le centre de santé doit élaborer un projet de santé incluant des informations quant aux dispositions prises en matière d'accessibilité sociale, de coordination des soins et de développement d'actions de santé publique.

Un rapport d'activité annuel est adressé jusqu'alors à la DRASS et à la CPAM de référence.

C) Des missions organisées dans l'objectif d'assurer la permanence et la continuité des soins et des actions de prévention

Si la loi dite « HPST » n'est pas explicite sur les conditions techniques de fonctionnement imposées aux centres de santé (décrets à venir), on peut néanmoins se référer aux textes en vigueur à ce jour. Le législateur y affirme le rôle spécifique des centres de santé : dispenser des soins de qualité, à toute personne sans discrimination, dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des soins, et contribuer à l'évolution du paysage sanitaire français compte tenu des besoins de santé et des priorités de santé publique.

Aussi est-il particulièrement vigilant aux points suivants :

- un personnel en nombre suffisant et qualifié selon le domaine d'intervention du centre de santé ⁶⁶;
- la dispense des soins au centre de santé même ou au domicile, et la mise en place d'une permanence pour recueillir les demandes de soins ;
- l'accès aux soins facilité notamment par la pratique du tiers payant ;
- le suivi des patients par l'établissement de dossiers patients⁶⁷ qui permettent de répertorier les actes effectués, les protocoles utilisés... ;
- un règlement interne précisant l'ensemble des modalités de fonctionnement du centre de santé, de même que celles relatives à l'élimination des déchets assimilables aux déchets hospitaliers et celles concernant le traitement et la conservation des dossiers patients, voire leur transmission en cas de fermeture du centre de santé ou de changement de gestionnaire.

L'accord national de 2003 pose quant à lui le cadre de fonctionnement des centres de santé basé sur le respect des obligations relatives aux tarifs et découlant des conventions avec les professionnels de santé libéraux. A ces dispositions générales aux centres de santé (paiement à l'acte, procédure de dispense d'avance des frais, informatisation des centres de santé pour assurer la télétransmission des données nécessaires aux remboursements ou aux prises en charge), peuvent s'ajouter des dispositions optionnelles.

⁶⁶ En particulier, les centres de santé infirmiers doivent compter au moins deux équivalents temps plein d'infirmiers DE.

⁶⁷ Dossier médical de synthèse pour les centres de santé médicaux ou polyvalents, dossier de soins infirmiers pour les centres de santé infirmiers selon les articles D. 6323-18 et 19 du CSP.

En effet, dans l'objectif d'assurer la qualité, la continuité des soins et une approche globale de la santé, cet accord national affirme la fonction de coordination des soins et de prévention des centres de santé. Il arrête également des dispositions quant à la rémunération, autres que le paiement à l'acte. Chaque centre de santé peut donc adhérer⁶⁸ pour des options conventionnelles de coordination selon son type d'activité (médicale, dentaire, infirmière) en contrepartie d'un soutien financier complémentaire. Ainsi, un centre de santé infirmier optant s'engage à assurer :

- le fonctionnement et la coordination internes (soins programmés et inopinés, dossiers de soins infirmiers⁶⁹, transmission interne, réunions d'équipe, fiches de liaisons...);
- la coordination externe qui doit reposer sur le maintien d'un lien permanent avec le patient et sa famille, des temps de concertation autour de la situation d'un patient, la contractualisation avec l'offre de soins environnante...;
- la formation professionnelle conventionnelle du personnel infirmier sur des thèmes définis nationalement et à raison de deux jours par an par personne au moins;
- la mise en œuvre d'actions de prévention, d'éducation et de promotion de la santé.

D) Des modes de financement répartis entre un paiement à l'acte et des subventions

Ainsi adossés à l'accord national précédemment cité, les centres de santé ont donc deux sources principales de financement, le paiement à l'acte et des subventions, dont des subventions forfaitaires selon les options conventionnelles auxquels ils adhèrent.

Inscrits dans le champ sanitaire, bénéficiant d'un financement à l'acte et non par tarification, les centres de santé n'entrent pas dans le champ de la loi 2002-2.

La plus grande partie des financements vient donc de l'activité effectuée auprès des usagers, en application de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) répartis pour tous les acteurs entre actes médicaux infirmiers (AIM) et actes infirmiers de soins (AIS). Les centres de santé assurent la transmission des informations à leur CPAM de référence et perçoivent le paiement directement, en application du principe de dispense d'avance de frais des assurés sociaux.

D'autre part, l'assurance maladie verse à chaque centre de santé une subvention⁷⁰ à hauteur de 11,5% des cotisations patronales dues pour le personnel médical (médecins,

⁶⁸ L'adhésion est à renouveler annuellement auprès de la CPAM de référence du centre de santé.

⁶⁹ Dans les dossiers de soins infirmiers doivent figurer l'état des prescriptions médicales, les protocoles thérapeutiques, le nom de l'infirmier, les nature, date et cotation des actes effectués, ainsi que les éventuels incidents survenus au cours de l'accomplissement des actes.

⁷⁰ Article L. 162-32 et décrets n° 2000-1219 et n° 2000-1220 en date du 13 décembre 2000, d'où sont issus les articles D. 162-22 à 25 du Code de la Sécurité Sociale. A noter que le taux de 11,5% est identique depuis 1992.

chirurgiens-dentistes, sages-femmes) et les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures podologues).

A cela s'ajoutent un forfait annuel pour la télétransmission et un forfait unique d'aide à l'informatisation. Spécifiquement pour les centres de santé infirmiers optants, un forfait annuel de coordination des soins est versé en fonction des effectifs d'infirmiers salariés du centre de santé.⁷¹

1.5.3 Des orientations et des évolutions à envisager...

L'inscription des centres de santé dans le code de la santé publique et la signature de l'accord national ont été sans conteste une avancée en termes de reconnaissance et de moyens nouveaux que la récente loi dite « HPST » confirme.

Néanmoins, ils rencontrent tous, et en particulier les centres de santé infirmiers, des difficultés récurrentes mettant à mal leur projet. Pourtant, le projet des centres de santé n'en est pas moins pertinent au vu des enjeux actuels⁷².

A) Un manque de connaissance et des difficultés financières récurrentes

Dans son rapport rendu public en décembre 2006 relatif à la situation financière des centres de santé infirmiers (CSI), l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dénombre quelques 1439 centres de santé dont 566 centres de santé infirmiers, 472 centres de santé dentaire et 401 centres de santé médicaux et polyvalents.⁷³ Pour autant ils ne représentent qu'une part congrue du système de santé au niveau du champ ambulatoire⁷⁴.

Pour l'IGAS, les centres de santé souffrent d'abord d'une méconnaissance globale liée notamment à un manque de pilotage de l'administration centrale et des services déconcentrés, et d'une « *ignorance délibérée* » de l'assurance maladie⁷⁵. L'activité des centres de santé infirmiers représentent pourtant en moyenne nationale 7% de l'offre de soins infirmiers de proximité et pour trois régions dont l'Alsace plus de 20%. Petites structures de proximité (moins de 5 ETP), il est à noter qu'ils sont souvent situés en zones rurales ou urbaines et périurbaines où vivent des publics en difficultés, ce qui n'est pas le cas des centres de santé polyvalents. Leur pratique à la charnière de la santé et du social s'appuie sur une forte activité de soins à domicile (80 à 90% de l'activité), 365 jours par

⁷¹ Ce forfait varie de 7622€ pour un centre de santé de moins de 4 ETP à 19391€ pour plus de 10 ETP IDE.

⁷² Regroupement National des Organisations Gestionnaires de Centres de Santé, 2007, Centres de Santé, place et avenir dans le système de santé français.

⁷³ IGAS, 2006, *Situation financière des centres de soins infirmiers (CSI)*, rapport n° RM2006-176P, 58p.

⁷⁴ Selon un rapport de l'IGAS, en 1990, sur le fonctionnement et l'analyse financière des centres de santé, ils représentaient 1% des dépenses de santé du champ ambulatoire.

⁷⁵ Reflet de cette réalité, la non mise en place de l'instance nationale de concertation créée par la loi du 4 mars 2002 qui aurait permis aux centres de santé d'être associés aux évolutions du système de santé.

an, voire 24 heures sur 24, grâce à l'exercice en équipe, avec des prises en charge de plus en plus lourdes et la nécessité d'une coordination interne et externe accrue.

Sur le plan financier, la situation des centres de santé reste sous contraintes du fait des carences de l'assurance maladie quant au respect de l'accord national de 2003 et de l'ambiguïté de leur positionnement. Ainsi, les forfaits de coordination n'ont en aucune manière été réévalués au vu des évolutions respectives des salaires et du travail de coordination. De même, l'aide aux actions de prévention a été supprimée unilatéralement en 2006 à charge pour les centres de santé de se positionner sur les appels à projets existants. Par ailleurs, le dispositif de formation professionnelle conventionnelle⁷⁶ a seulement été mis en œuvre courant 2007. Surtout, même si les tarifs des actes de soins infirmiers ont été revalorisés en 2007 et le seront de nouveau en 2009, cela ne compense pas cinq années consécutives de non revalorisation⁷⁷. De plus, le principe de dégressivité des actes⁷⁸ et la non transposition ou la transposition tardive d'un certain nombre de dispositifs conventionnels libéraux⁷⁹ créent des difficultés financières supplémentaires aux centres de santé. Enfin, l'accord de branche de l'aide à domicile du 29 mars 2002 appliqué en totalité depuis juillet 2006, dans un objectif de revalorisation et d'unification des salaires, a entraîné une montée en charge salariale⁸⁰ pénalisant les structures les plus fragiles, tout en redonnant un attrait aux métiers d'infirmiers en centres de santé dans un contexte de pénurie de professionnels.

Ainsi les dernières années ont encore plus fragilisé les centres de santé, confrontés au développement des services à la personne, à la mise en place de coordination à partir des établissements de santé ou d'organismes de services à la personne, et à la place toujours prépondérante des professionnels libéraux.

⁷⁶ Pour tout professionnel d'un centre de santé conventionné suivant une formation agréée nationalement, le centre de santé reçoit une indemnité journalière pour perte de ressources fixée à 300 € pour les médecins généralistes et chirurgiens dentistes, 343 € pour les médecins et chirurgiens dentistes spécialistes et à 125 € pour les infirmiers.

⁷⁷ Seules les indemnités kilométriques ont été revalorisées.

⁷⁸ Du fait de l'application de l'article 11B de la nomenclature générale des actes professionnels, quand plusieurs actes sont réalisés sur un même patient au même moment, l'acte le plus coûteux est facturé à 100%, le second à 50% et le troisième est gratuit. Dès lors, un certain nombre d'actes ne sont ni facturés, ni transmis à l'assurance maladie. Ils doivent néanmoins être pris en compte dans l'activité du centre de santé infirmier.

A noter que ce principe n'est pas applicable quand le centre de santé effectue les soins dans le cadre d'une convention avec un SSIAD ou un service HAD.

⁷⁹ Par exemple, l'application réglementaire du forfait ALD pour les médecins des centres de santé ou le financement pour la formation continue des professionnels inscrite dans la loi de santé publique du 9 août 2004.

⁸⁰ Majoration des coûts de personnel de 35% en 4 ans.

B) Des atouts et des opportunités à saisir dans un contexte en mouvement

Néanmoins, à la croisée de l'offre de soins, des enjeux de santé publique, et des services à domicile, les centres de santé ont des atouts à valoriser. Comme le pointe fort justement l'IGAS, le centre de santé apparaît comme une réponse pertinente « *dans un contexte d'offre coordonnée de proximité et de démarche de prise en charge globale des patients.* »

En effet, la pratique actuelle des centres de santé révèlent, si besoin était, des fondamentaux qui entrent en résonance avec les problématiques de santé publique actuelles. L'offre de soins ambulatoires de proximité et accessibles à toute personne sans discrimination constitue le cœur de leur mission, représente une alternative entre l'hôpital et les soins de ville à un coût maîtrisé⁸¹ et contribue au maintien à domicile.

Pour favoriser une prise en charge globale, principe fondateur des centres de santé, la fonction de coordination interne et externe apporte indéniablement une plus value en matière de continuité, de qualité et de cohérence des actes de santé en lien avec le patient, sa famille et les autres acteurs de santé. D'une part, la pratique en équipe fédère le personnel et renforce les compétences et la qualité de la prise en charge en équipe. D'autre part, par les modalités de collaboration développées⁸² avec les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et les établissements d'Hospitalisation à Domicile (HAD), mais aussi avec les réseaux de santé, les professionnels libéraux, les intervenants sociaux..., les centres de santé sont des « *... interlocuteurs privilégiés des difficultés de prise en charge...* », jouent un rôle de relais et renforcent le tissu médico-social à l'échelle du territoire.

De plus, la plupart des centres de santé mène des actions⁸³ de prévention de la santé même si leur pérennité dépend avant tout de leur activité de soins. Moins nombreux à développer des actions de promotion de la santé, il n'en demeure pas moins que le lien entre la prévention et le soin curatif est inscrit dans la pratique infirmière et dans le concept même des centres de santé. L'enjeu est donc double : valoriser les actions menées et développer cet axe d'intervention sous réserve de pérennité des structures et dans une logique de santé publique.

Enfin, dans le cadre de l'accord national de 2003, les centres de santé, rappelons-le non soumis à la loi 2002-2 puisque ce sont des services de santé, se sont inscrits

⁸¹ Dans son rapport de 2006, l'IGAS cite notamment une étude de la CPAM de l'Aveyron portant sur l'année 2005 et qui pointe une différence de coût de 42% entre centres de santé et pratique libérale.

⁸² Rappelons que l'accord de 2003 impose aux centres de santé de conventionner avec au moins une structure extérieure en offre de soins. Le rapport de l'IGAS en 2006 met en exergue le fait que les centres de santé infirmiers ont quasi tous conventionné avec HAD et SSIAD au minimum.

⁸³ A DOMICILE Fédération nationale, Rapport d'activités 2006

volontairement dans un processus d'auto évaluation et de démarche qualité via un référentiel élaboré avec la Haute Autorité de Santé (HAS)⁸⁴.

Ainsi, dans un contexte législatif qui prône une conception globale de la santé publique, des soins à la promotion de la santé, dans des logiques territoriales et populationnelles, et le décloisonnement entre sanitaire et social, des marges de manœuvre existent.

La loi « HPST » est votée, mais on ne sait pas encore précisément ce que recouvre le nouveau dispositif réglementaire des centres de santé avec la mise en place des ARS. Conscients des réseaux de coopération dans lesquels s'inscrivent déjà les centres de santé, le législateur ouvre aussi la possibilité à ces structures de participer à des groupements de coopération sanitaires ou médico-sociaux ou à des pôles de santé.

En conclusion de cette première partie...

Aussi, à l'image du Réseau des Actions Locales de Santé Nord Pas de Calais⁸⁵, les centres de santé peuvent faire valoir leur ancrage territorial et leurs pratiques au plus près des habitants et usagers.

Des valeurs partagées contribuant au tissu social telles que fonctionnement associatif avec professionnels et bénévoles, culture interne en matière de prise en charge globale, de prévention et de promotion de la santé, de participation de la population et des forces vives locales, de parcours de la personne articulant santé et social animent la plupart d'entre eux.

Des ajustements et des évolutions sont possibles, notamment dans le rôle de relais et de mise en œuvre locale, au plus près des habitants et avec eux, de questionnements et d'actions de santé publique, dans une démarche de développement social local, autour d'un projet de santé partagé⁸⁶ entre habitants, élus, acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

Mais cela doit s'inscrire avant tout dans un projet défini et porté au quotidien par chaque centre de santé et son environnement, et participer d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des actions menées.

⁸⁴ Voir HAS, 2007, *Référentiel d'évaluation des centres de santé*, 71 p. disponible sur internet : <http://has-sante.fr>

⁸⁵ Réseau des Actions Locales de Santé Nord Pas de Calais, 2007, *Développer des « Maisons de santé de proximité » dans la région : des enjeux, une chance...* Contribution pour le Conseil Régional Nord Pas de Calais, 128 p.

⁸⁶ Voir à ce propos, le rapport FLAJOLET, op. cit., disponible sur le site : <http://www.sante.gouv.fr>

2 Le centre de santé de Koenigshoffen : un positionnement opportun au sein d'une association d'éducation populaire

L'association J.S. Koenigshoffen, gérant le centre de santé, se donne comme mission fondamentale la promotion individuelle et collective par la prise de responsabilités par et avec les habitants de son territoire d'intervention. Elle s'appuie en cela sur le développement d'un certain nombre de services et de projets à caractère social, culturel, de santé, sportif et de qualité de la vie.

Afin de comprendre en quoi il y a nécessité de repenser le projet du centre de santé autour de la santé publique, et de mettre en place une stratégie adaptée, il m'importe de dresser préalablement un diagnostic et une analyse de l'existant.

2.1 L'intérêt d'un positionnement institutionnel lié à l'éducation populaire

En 1969, trois dispensaires de soins infirmiers, tous gérés par des congrégations religieuses, œuvraient sur Koenigshoffen, faubourg à l'ouest de Strasbourg. Notamment en 1968, la Congrégation des Sœurs de la Divine Providence⁸⁷ s'installe dans la cité du Hohberg avec une première infirmière religieuse. Remplacée par une nouvelle infirmière en 1971, les soins à domicile se développent, avec l'appui de la paroisse Don Bosco, « hébergée » dans une baraque préfabriquée qui met deux salles à disposition de la congrégation. Une première infirmière salariée est recrutée en 1973 et une seconde en 1974, portant l'équipe à 2,5 ETP. Parallèlement, les habitants se mobilisent avec l'appui de l'association des locataires⁸⁸ du quartier et de membres actifs d'autres associations dont J.S. Koenigshoffen. Ceci aboutit notamment à la construction et à la mise à disposition d'un local spécifique en 1976 par le bailleur social de la cité du Hohberg, partagé avec la halte garderie jusqu'alors installée dans un des immeubles de la cité.

En 1978, du fait des contraintes inhérentes au décret de 1977 officialisant les dispensaires de soins infirmiers, les trois centres de soins se réorganisent et seul l'un d'eux est agréé par le Préfet. La Congrégation des Sœurs de la Divine Providence, qui gère alors le dernier dispensaire de Koenigshoffen, souhaite néanmoins se dégager de

⁸⁷ Cette congrégation a comme mission première l'éducation de la jeunesse. Par extension, elle la décline auprès de l'ensemble de la population et dans tous les domaines de la vie quotidienne dont la santé articulant ainsi soins, éducation, prévention et promotion.

⁸⁸ Un sondage est notamment réalisé demandant l'avis des habitants quant aux priorités d'équipements pour le quartier. La demande d'un dispensaire avec des locaux corrects fait partie des premières priorités recensées.

cette responsabilité et sollicite l'association J.S. Koenigshoffen. Le rattachement du Centre de Soins s'opère en 1980, l'association reprenant les salariées, notamment l'infirmière religieuse, directrice de l'époque.

Ainsi, le centre de santé peut s'appuyer sur les valeurs de l'éducation populaire pour développer une politique de santé sur le territoire :

- le respect et la dignité des individus et des groupes et la reconnaissance de leurs compétences indépendamment de telle ou telle caractéristique sociale, culturelle, économique... ;
- une démarche participative, la sollicitation et l'appui à la prise d'initiatives et de responsabilités visant tant le développement personnel que l'implication dans la vie de la « Cité » au sens premier du terme.

2.1.1 Une gestion associative à l'interface du socio-culturel et de la santé

L'histoire de Joie et Santé Koenigshoffen (J.S. Koenigshoffen) est intimement liée à l'histoire du quartier du Hohberg, dans le faubourg de Koenigshoffen, à l'ouest de Strasbourg. Elle participe du mouvement d'éducation populaire à une époque où les grands ensembles « fleurissent » pour accueillir les nouveaux habitants venus travailler en ville, et où nouveaux arrivants comme résidents de longues dates sont plus que tout soucieux de la qualité de leur cadre de vie et du bien vivre ensemble.

A) Du patronage à l'association

Ce nouveau quartier de Koenigshoffen a été créé en 1963/64 au lieu dit "Le Hohberg". Dès que les premiers habitants emménagent dans cette nouvelle cité, dite aussi « cité du voisinage », est créée la paroisse Saint Jean Bosco. A cette époque les paroisses se chargent de l'ensemble de l'animation, notamment du patronage. Ainsi est créée le 02/04/64 "L'Association Populaire Joie et Santé Don Bosco".

Les préoccupations des habitants, nouveaux venus et résidents des secteurs environnants, sont alors de répondre aux besoins de la population en matière éducative, de loisirs, de mixité sociale, avec une finalité de promotion individuelle et collective des personnes. A noter qu'à cette époque les rapatriés d'Algérie rejoignent nombreux la cité du Hohberg et participent activement aux activités et à l'encadrement au sein de l'association.

Dès 1971, l'association n'a plus de lien avec la paroisse et l'AG extraordinaire du 18/04/1972 officialise la laïcisation de l'association. L'Association Populaire Joie et Santé Don Bosco devient l'Association Populaire Joie et Santé Koenigshoffen. Son projet laïc est ouvert à tous.

B) Une même entité juridique pour une mission d'éducation populaire

Au fur et à mesure de l'évolution des besoins des habitants, l'association va développer tout un ensemble d'activités et de projets qui se structurent autour de 3 grands secteurs : socio-culturel, santé, sports. Du quartier du Hohberg et des quartiers avoisinants, l'association intervient sur l'ensemble du faubourg et gère aujourd'hui un Centre Socio-Culturel, un Centre de Santé, un Centre Omni Sports et une maison de vacances, dans une même entité juridique : l'association J.S. Koenigshoffen.

L'article 2 des statuts précise les missions de l'association :

- « ...animer dans les locaux appropriés mis à la disposition des habitants un ensemble de services et de réalisations collectives à caractère social, culturel, sportif, sanitaire, de loisir et de promotion de la qualité de la vie ;
- organiser selon ses possibilités tous services et activités éducatives répondant aux besoins exprimés par les habitants du secteur géographique ;
- permettre aux groupes ou aux individus, grâce à ses services et activités, de se rencontrer, de s'exprimer, de découvrir leurs aspirations, en vue de faire apparaître leurs besoins réels ;
- réaliser des actions susceptibles de satisfaire ces besoins réels en vue d'accéder à une promotion collective et personnelle par la prise de responsabilité. »

L'association, reconnue de Jeunesse et d'Education Populaire, participe à cette démarche ambitieuse qu'est l'éducation populaire, qui prône la « *formation de citoyens conscients et critiques, capables d'agir sur leur environnement pour le changer, et milite pour une diffusion de la connaissance au plus grand nombre, afin que chacun puisse s'épanouir et agir dans la société.* »⁸⁹ Elle est également reconnue d'utilité publique au sens du droit local. Elle compte plus de 1600 membres.

2.1.2 Une organisation et une démarche de projets pour articuler social, culturel et santé

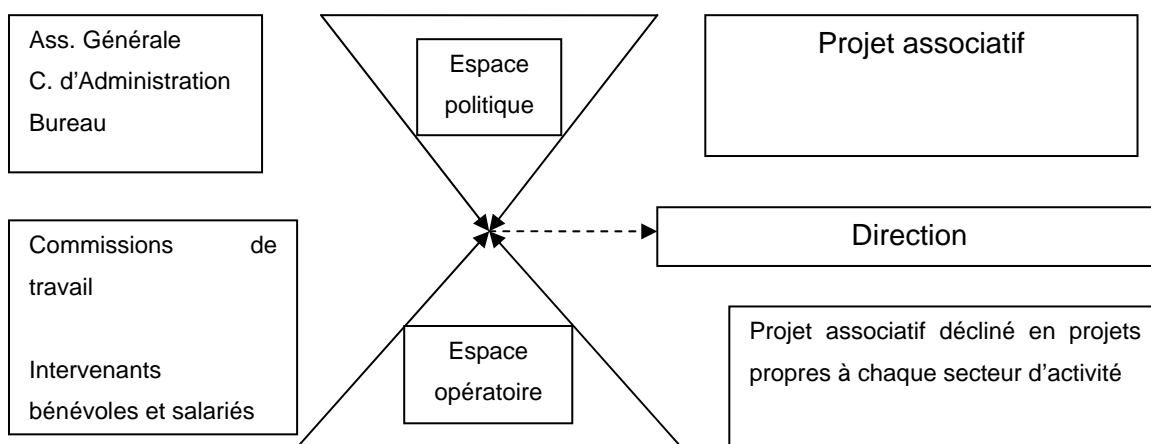
Sur ces bases, de 1964 aux années 1980-1990, les trois secteurs d'activités vont se développer de façon à donner l'architecture actuelle. La philosophie, toujours d'actualité, des initiateurs de l'époque est de soutenir progressivement les groupes d'habitants qui souhaitent mettre en œuvre des activités en réponse à leurs envies et besoins en mutualisant les fonctions ressources. D'où une organisation associative articulée entre un espace politique associatif, une direction unique, et un espace opératoire qui se décline

⁸⁹ Lien social N° 859, 1^{er} novembre 2007, *Quelle place pour l'éducation populaire aujourd'hui ?*

de manière spécifique propre à chaque structure en fonction de son champ d'action, de ses intervenants bénévoles et/ou professionnels, de ses modalités de fonctionnement et cadres réglementaires de référence.

A) Une organisation autour de trois structures principales (Annexe 5)

A la direction, sont associées des fonctions transversales telles que la gestion des ressources humaines, la gestion financière, la communication, la maintenance, et l'accueil.



Les activités éducatives, de loisirs et sociales se sont ainsi développées puis structurées dans le cadre du centre socio-culturel, habilité comme tel en 1980 par la Caisse Nationale d'Allocations Familiales (CNAF).

Les activités sportives se sont, quant à elles, progressivement organisées en sections (avec comités directeurs bénévoles), affiliées à leurs ligues de référence, et sont maintenant réunies au sein du centre omni sports.

La maison de vacances est mise à disposition des familles pour sortir du faubourg et « aller au vert » dans les Vosges. Une commission de bénévoles assure son entretien.

Enfin, le centre de soins infirmiers, rattaché à l'association dès 1980, prendra l'appellation de centre de santé dans les années 1990, pour affirmer la volonté de l'association d'appréhender globalement la santé. De plus, toujours dans le domaine de la santé, l'association, confrontée à des demandes d'habitants en matière de maintien à domicile, crée en 1990 avec une association de gestion d'un autre centre de santé sur un territoire voisin, un SSIAD⁹⁰ à gestion associative autonome.

⁹⁰ SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

Chaque secteur dispose de locaux et d'équipements qui lui sont propres, sans oublier « la rue » dont les espaces collectifs constituent aussi des lieux d'activité et d'animation pour l'équipe du centre socio-culturel.

Pour mener à bien son action diversifiée, l'association s'appuie sur des acteurs bénévoles et/ou salariés selon les structures. Elle employait au 31/12/2008, 68 personnes, représentant 33,76 ETP, dont 17 ETP en CDI à temps plein, 8,51 ETP en CDI à temps partiel et 8,25 ETP en CDD à temps partiel. L'âge moyen est de 36 ans et l'ancienneté moyenne est de 8,83 pour le centre socio culturel et d'à peine 2 ans pour le centre de santé. Quelques 250 bénévoles apportent leur concours aux actions développées.

B) A l'articulation du social et du culturel : le Centre Socio-Culturel (CSC)

Le centre socio-culturel est donc un équipement polyvalent et à vocation territoriale. Il ne peut être défini ni à partir de clientèles particulières, ni de missions spécialisées. Il est support d'animation globale locale, lieu de coordination et de concertation contribuant au développement social local ; il favorise la participation des habitants, met en œuvre l'échange social avec les habitants et les institutions, offre des services utiles à la population. « *Ainsi le social des centres sociaux n'est pas le social de l'assistanciel et de la réparation destiné à des bénéficiaires stigmatisés, mais le social du faire société, à la construction duquel le plus grand nombre peut participer.* »⁹¹

Si le centre socio-culturel n'est pas soumis à la loi 2002-2 et donc pas astreint à rédiger et mettre en œuvre un projet d'établissement, il est évident que le projet social, revisité maintenant tous les 4 ans auprès de la CAF du Bas Rhin au regard des quatre missions spécifiques des centres socio-culturels, s'apparente à un projet d'établissement, définissant les orientations et modalités de travail... à partir d'une analyse partagée du territoire avec les habitants et les partenaires.

Support de l'agrément « Centre social » et de son renouvellement périodique, il participe au processus d'évaluation, qualifiée par la CNAF de politique, technique et administrative, « *comme une démarche d'amélioration des moyens, des actions, du service et de la relation avec l'utilisateur.* »^{92 93} Cette démarche de projet n'est donc pas nouvelle pour le centre socio-culturel et ses intervenants bénévoles et salariés.

⁹¹ Guide des centres sociaux et Socio-Culturels, Jean François BERNOUX, Ed° Dunod, 2005

⁹² *Le projet Social, outil de progrès*, Dino SANTILLI, La lettre du cadre territorial, juin/juillet/août 2007

⁹³ Référentiel national d'évaluation des centres sociaux et Socio-Culturels, CNAF et Fédération Nationale des Centre Sociaux et Socio-Culturels

Pour 2008-2011, l'enjeu reste la proximité afin de lutter contre l'enfermement de micro territoires et de favoriser l'implication d'habitants dans des comités d'animation qui leur soient propres. De ce fait, depuis trois ans déjà, la structure organisationnelle du CSC est en pleine évolution vers une structure résiliaire appuyée sur une tête de réseau, avec la volonté de développer un réseau de micro structures socio-culturelles selon les IRIS⁹⁴ les plus en difficultés du faubourg.

Cette priorité est complétée par trois axes transversaux à décliner sur l'ensemble du territoire d'intervention (Annexe 6) :

- valoriser l'environnement et améliorer le cadre de vie ;
- renforcer et développer les échanges et la solidarité ;
- améliorer l'information et la communication internes et externes.

L'action du centre socio-culturel s'appuie sur une intervention bénévole et professionnelle centrée sur l'animation, dans tous les domaines de vie des habitants.

C) A l'articulation du sanitaire et du social : le Centre de Santé

A l'activité Soins intégrée en 1980 à l'association comme expliquée plus haut, a été associée dès 1985 une activité Prévention et Promotion de la santé menée par une commission Santé composée d'habitants et d'intervenants salariés et bénévoles du centre de santé et du centre socio-culturel. Elle a développé des projets de prévention et de promotion de la santé sur le territoire d'intervention de l'association avec et auprès d'habitants, en lien avec des partenaires (santé scolaire, diététicienne...). Les actions vont porter sur diverses thématiques de santé (cancers, toxicomanies, alimentation...) et se décliner auprès d'enfants, de jeunes et d'adultes, sous forme d'expositions, d'ateliers au CSC et dans les établissements scolaires, de conférences-débats, d'accompagnements individuels... Le rapport entre alimentation, santé et culture sera notamment le thème phare de dix années de travail.

En 1994-1995, conscient de la dégradation de l'état de santé de la population⁹⁵, le conseil d'administration impulse une réflexion-action autour du projet du centre de santé associant le bureau et la direction de l'association, l'équipe du centre de santé, des animateurs du centre socio-culturel, des habitants, des partenaires du faubourg, des

⁹⁴ IRIS : îlots de regroupement de l'information statistique

⁹⁵ A cette époque en effet, se mettent en place des appartements thérapeutiques pour des personnes séropositives voire malades du SIDA dans le quartier du Hohberg ; de plus, les problèmes de toxicomanies et leurs corolaires en matière « d'insécurité publique » vécue ou ressentie génèrent des réactions de rejet importantes entre certaines catégories de populations.

partenaires institutionnels... Deux axes de travail en ressortent articulant soins et prévention au service d'un projet global de santé, en réponse aux besoins des habitants et dans le cadre du projet associatif.

- La partie Soins traite du rôle de l'infirmier en centre de santé et en particulier à Koenigshoffen. Une charte de qualité du travail de l'infirmier formalise notamment l'articulation entre soin, éducation thérapeutique et prévention, insistant aussi sur le rôle social de l'infirmier ; le règlement intérieur est revu ; un espace d'analyse des pratiques est mis en place et vient compléter les formations plus techniques des membres de l'équipe.
- La partie Prévention questionne la place des habitants dans la définition et la mise en œuvre des actions. Un projet « Réseau Santé » autour de thématiques de santé publique (infections sexuellement transmissibles et toxicomanies notamment), est initié en 1995 et met l'accent sur une démarche participative et collective de formation-action associant habitants et professionnels, l'ensemble de ce volet étant porté conjointement par le centre de santé et le centre socio-culturel en articulation et en lien avec les partenaires du faubourg.

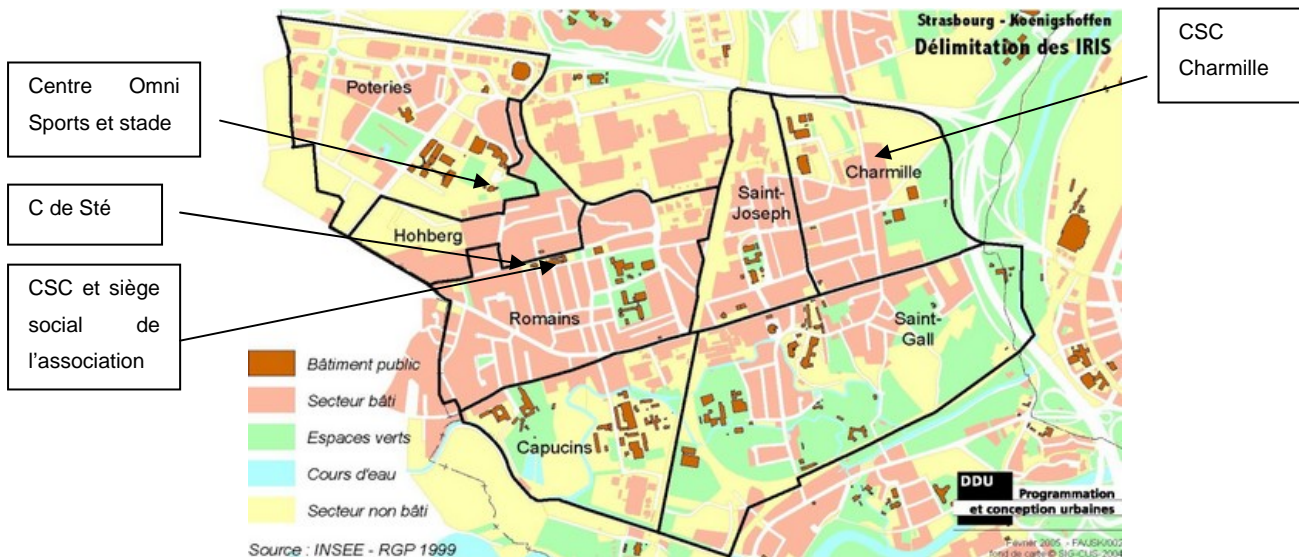
Dès cette époque, des finalités sont donc réaffirmées : tisser du lien social autour de questions de santé et lutter contre les phénomènes d'exclusion générés par toute question de santé. Tandis que deux volontés sont affichées sur le plan méthodologique :

- renforcer la place des habitants dans toutes les phases de l'action, les positionner comme acteurs, les professionnels venant en appui ;
- se situer dans une construction collective de savoirs, de savoirs faire et de savoir être, et non dans une « distribution » d'informations non productive de changements de comportements.

Ces finalités et principes d'action constituent toujours aujourd'hui le socle d'intervention fondamental du projet de santé pour l'association.

2.1.3 Un territoire marqué par une dynamique démographique et une précarité croissante

A) Une dynamique démographique...



A l'ouest de Strasbourg, le faubourg qui nous intéresse est le plus ancien de la capitale alsacienne, marqué par l'accueil des légions romaines. Il abrite près de 20 000 habitants soit environ 7% de la population strasbourgeoise. Des coupures physiques le structurent d'est en ouest et du nord au sud. Mais surtout, la composition de l'habitat influe sur la composition sociale des différents quartiers.

Ainsi, le nord du faubourg, classé zone urbaine sensible, accueille quasi tous les logements collectifs, d'habitat social en grande partie, construits depuis les années 1960 avec la cité du Hohberg, jusqu'à plus récemment avec des cités dans le secteur Charmille, ou actuellement avec les Poteries, quartier qui « explose » ces dix dernières années. En découle une dynamique démographique où les jeunes de 0 à 25 ans représentent 35 % de la population voire plus de 40% dans certains quartiers, avec des familles nombreuses, une proportion de populations d'origine étrangère pouvant atteindre 25%. Mais ce faubourg compte aussi une part de personnes âgées non négligeable, du fait de l'habitat ancien et traditionnel dans sa partie sud et de la présence de cinq maisons de retraite (25% de l'offre strasbourgeoise).

B) Mais une précarité qui s'accroît⁹⁶ renforçant des problématiques de santé...

L'ensemble du faubourg, et plus encore les quartiers d'habitat social, connaît des difficultés économiques et sociales qui s'aggravent : chômage élevé, jusqu'à deux tiers des plus de 15 ans avec un bas niveau de formation, 25% des jeunes actifs suivis par la Mission Locale, nombreux bénéficiaires de minima sociaux (1 ménage sur 5),

⁹⁶ Constats représentatifs de ceux posés sur l'ensemble des territoires dits zones urbaines sensibles et issus des statistiques de l'Insee, des analyses annuelles de la direction de l'action sociale et de la santé de la ville de Strasbourg, d'enquêtes menées auprès des usagers et habitants, de constats interpartenaires.... Cf. Délégation Interministérielle à la Ville, 2004, *Zones urbaines sensibles : un enjeu territorial de cohésion sociale*.

surreprésentation des catégories socio-professionnelles les moins favorisées et sous-représentation des cadres et professions libérales témoignant d'un défaut de mixité sociale selon les quartiers du faubourg...

Depuis 2002, les niveaux de revenus ont globalement évolué négativement, touchant fortement les 10% des ménages les plus pauvres. Ainsi, de 2004 à 2005, le nombre d'allocataires de minima sociaux a augmenté de 12% (5,5% à Strasbourg), voire de plus de 17% pour le RMI. Les travailleurs pauvres représentent le quart des actifs recensés par la CAF sur la même période. 23 % des ménages sont connus du centre médico-social, majoritairement pour des problématiques financières liées au logement (42,3% des interventions) tandis que le quartier connaît un des plus forts taux à l'échelle de la ville de mineurs suivis en action éducative en milieu ouvert. Les quartiers où sont situés les équipements de l'association sont ceux qui accueillent les personnes et familles les plus précaires, entraînant passages à l'acte, repli sur soi et tendance à s'enfermer sur le quartier.

Les problématiques de santé sont sans équivoque corrélées aux difficultés économiques et sociales, mais aussi dans certaines situations à des difficultés éducatives.

Les intervenants sociaux et de santé constatent une montée de la précarité chez les personnes âgées qui se double de problèmes psychiques, nutritionnels, d'isolement, notables également pour une part de la population immigrée vieillissante. Les questions de santé mentale sont prégnantes pour l'ensemble de la population, indépendamment du facteur vieillissement, mais liées à des conditions de vie qui se dégradent. Les problèmes dentaires sont récurrents, tandis que les troubles alimentaires génèrent une montée de l'obésité. Les conduites addictives et à risques « ne sont plus réservées » à la cité du Hohberg ; des jeunes filles en viennent aux mêmes types de passages à l'acte que les garçons...

2.2 Un centre de santé tirillé entre une logique de soins et une logique de santé publique...

Fort du socle fondamental de la politique santé de l'association formalisée et développée depuis 1995, le début des années 2000 marque néanmoins le commencement d'une dérive du projet. Une partition s'opère dans la prise en compte de la santé publique, le centre de santé se centrant sur le soin, tandis que les actions de prévention et de promotion sont au moins sur les plans pédagogique et technique strictement portées par le centre socio-culturel.

Ainsi, le départ de la directrice du centre de santé en 2000, la difficulté de stabiliser le poste de coordinateur du centre de santé, et des problèmes de management ont généré une dérive dans la façon même de concevoir la place et le fonctionnement du centre de santé au sein de l'association. Par ailleurs, le manque de personnel soignant sur le marché de l'emploi a entraîné une surenchère des salaires, rendant les recrutements et la stabilisation d'une équipe de salariés complexes. Parallèlement les produits des actes infirmiers n'ont pas augmenté proportionnellement, générant une attention encore plus accrue aux finances du centre de santé au détriment de l'ensemble de l'action santé et de la question de son management.

Depuis 2006, l'activité a retrouvé une certaine stabilité, est même en progression sensible. Néanmoins, l'équipe de salariés, remaniée à 100% entre 2003 et 2004 reste instable, et le dernier trimestre 2008 a vu le renouvellement de 50% des effectifs de l'équipe infirmière (3 IDE sur 6).

2.2.1 Une action Santé scindée en deux dimensions...

A) Une dimension Soins prégnante

L'activité Soins constitue le cœur de l'activité du centre de santé, de par les missions afférentes et les modalités de financement (Annexe 9).

L'équipe intervient 7 jours sur 7, de 6 h 30 à 21 h 30 selon l'activité qui fluctue. Les soins sont assurés à raison de quatre tournées par jour en semaine : trois le matin sur trois secteurs géographiques différents et une autre, l'après-midi qui couvre l'ensemble du territoire. Trois tournées sont assurées les jours de weekend, deux en matinée et une en après midi. L'amplitude horaire de 15 h sur 24 h permet de répondre à des demandes de prises en charges complexes et diverses (plusieurs passages sur la journée pour les levers et couchers des personnes âgées, chimiothérapie, soins palliatifs...). Les interventions de nuit et d'urgence sont de plus en plus fréquentes.

Les soins sont donc assurés à domicile pour l'essentiel ainsi que dans deux maisons de retraite, un couvent et une résidence ADOMA⁹⁷. De plus, une permanence de 3 heures par jour en semaine et des soins le week end sont assurés dans une des résidences pour personnes âgées du faubourg.

Par ailleurs, du lundi au vendredi, une permanence au centre de santé de 12h00 à 12h30 permet d'assurer les soins aux patients qui souhaitent être soignés en dehors de leur domicile et/ou auxquels les horaires de passage ne conviennent pas.

⁹⁷ Les anciens foyers SONACOTRA ont été transformés en résidences sociales ADOMA.

En termes d'activité, si l'on rapproche la courbe témoignant de l'évolution du nombre d'actes depuis 1993 et la courbe des effectifs (Annexes 7 et 8), on constate, pour la période 2002 à 2005, que les forts mouvements de personnel et les difficultés de recrutement ont fortement impacté l'activité qui a retrouvé en 2006 le niveau des années 2000 et 2001.

La nature et la quantité des soins varient d'une année à l'autre et en cours d'année. Mais une analyse des rapports d'activités de 2005 à 2008 permet de dégager des tendances au niveau du public touché et des soins assurés.

Ainsi, le centre de santé prend en charge annuellement près de 400 assurés et les soins représentent près de 1600 ordonnances et de 40 000 actes par an (39 076 en 2008).

Toutes les tranches d'âges sont touchées, mais on observe une hausse de l'activité très légère à partir de la tranche des 31 ans et plus et une réelle montée en puissance pour les 66 ans et plus, les plus de 75 ans représentant 30% de l'activité.

Sur les quatre années, les soins infirmiers lourds (plus de 30 minutes) augmentent sensiblement et passent de la 7^{ème} à la 4^{ème} place, tandis que les prescriptions de toilettes passent de la 4^{ème} à la 3^{ème} place, juste après la surveillance des médicaments. Orientés par la médecine de ville, les hôpitaux et cliniques, mais aussi par le SSIAD, les maisons de retraite, le service d'hospitalisation à domicile, les réseaux de santé, ces évolutions témoignent d'une orientation accrue vers une prise en charge à domicile et le vieillissement de la population. Ce sont par exemple des patients du SSIAD, isolées et très dépendantes, nécessitant des soins de nursing, en attente d'une place en maison de retraite, ou en fin de vie et souhaitant finir leurs jours à domicile. Cette évolution vers des soins lourds est notable aussi chez les patients sortant d'hôpital, qui représentent 30% des assurés pris en charge annuellement. La demande de soins de nursing a doublé entre 2006 et 2007 (de 227 à 412 actes). Il est intéressant de faire ici le parallèle avec les projections sur la Ville de Strasbourg où la part des plus de 75 ans devrait passer de 6,2% à 9,2%⁹⁸ d'ici 2030.

Les pathologies chroniques représentent les $\frac{3}{4}$ des affections. Le suivi de patients pour des pathologies liées au diabète représente quasi 30% des actes (>34% en 2008), reflétant en cela une des particularités de la santé des habitants de la région Alsace.

Ainsi, dans le cadre du travail autour du projet du centre de santé comme outil de promotion de la santé publique, il faudra être particulièrement vigilant à l'ensemble de la

dimension Soins qui constitue le cœur de l'activité de l'équipe infirmière du centre de santé. D'une part, des articulations sont possibles et nécessaires autour de questions de santé entre soins et prévention. D'autre part, la fonction d'infirmier à domicile, dans un environnement défavorisé et pour des situations de plus en plus complexes et lourdes pouvant aller jusqu'à l'accompagnement de fin de vie, requiert des qualités physiques et psychologiques qui doivent être prises en compte pour ne pas conduire à l'épuisement professionnel.

B) Une dimension Prévention et Promotion de la Santé portée concrètement par le CSC

Les actions de prévention et de promotion de la santé s'organisent quant à elles autour de deux projets principaux : le Réseau Santé et l'Espace Ecoute Santé (Annexe 9).

Politiquement, depuis 1985, les actions de prévention sont portées par le centre de santé de manière à affirmer une vision globale de la santé.

Structurellement, après quatre années de flottement, la dimension Prévention et Promotion de la Santé s'organise depuis 2004 autour du groupe de pilotage « Koenigshoffen Quartier Santé » réunissant la ville (centre médico-social, direction de quartier), l'association (centre de santé et centre socio-culturel), des partenaires et structures ressources (médecin généraliste, ORSAL, CRES Alsace, Migration Santé Alsace).

Les objectifs généraux des deux projets précédemment cités sont définis ainsi :

- Favoriser des comportements favorables à la santé auprès d'habitants de tous âges.
- Promouvoir individuellement et collectivement les ressources des habitants du faubourg en tant qu'acteurs de prévention et personnes-relais en suscitant et soutenant leur implication dans une démarche participative.
- Faire se rencontrer professionnels de la santé au sens large et habitants pour un partage et une « mise en travail » des représentations et connaissances.
- Consolider le réseau de professionnels de santé au sens large : intervenants médicaux, sociaux, éducatifs et favoriser l'articulation entre médical et social.

✓ Le Réseau Santé (Annexe 10)

Initié depuis 1995, le Réseau Santé a pour principe la formation-action d'habitants sur des questions de santé qui les préoccupent et appréhendées de manière globale, dans leurs aspects médicaux et scientifiques, mais aussi sociaux et culturels. Des supports

⁹⁸ Projection de l'Insee, à l'aide de l'outil Omphale, sur la base du recensement 1999.

interactifs et des méthodes participatives permettent de travailler conjointement connaissances et représentations. En impliquant des habitants dans les actions, l'objectif est qu'ils puissent être relais auprès de leurs proches et plus largement de leur environnement

Les thématiques de travail actuelles partent d'un diagnostic de santé partagé auprès des « professionnels de santé »⁹⁹ du faubourg et d'habitants¹⁰⁰ mis en œuvre par le groupe de pilotage en 2005 et 2006.

Les habitants mettent en exergue des problématiques autour du mal être, des conduites addictives, de l'écoute des professionnels, de l'accès aux soins (CMU, manque de spécialistes...). Les professionnels font état de leurs difficultés autour de l'articulation entre social et santé, de la compréhension des publics en grandes difficultés, des difficultés sociales et économiques des personnes entraînant des difficultés de santé et/ou d'accès à la santé et aux soins...

Plus précisément, le lien entre alimentation et santé est mis en avant par les professionnels inquiets des données sanitaires du territoire : plus de 21% des enfants de 6 ans du faubourg en situation de surpoids (14% au niveau national), des collégiens en situation d'obésité morbide. 6% seulement des collégiens profitent de la cantine. Des adolescents et jeunes adultes présentent déjà des facteurs de risques cardio-vasculaires ou souffrent de pathologies diabétiques... Certains sont d'ailleurs suivis à ce titre par les infirmiers du centre de santé.

Par ailleurs, stress, dépression, isolement social d'habitants (jeunes et anciens) avec tous leurs corollaires sont pointés tant par les habitants (1^{ère} position) que par les professionnels (2^{ème} position) et entraînent consommation de produits, violence (intra et extra familiale) et autres passages à l'acte... La question de la santé mentale et de la souffrance psychique est prépondérante et l'ensemble des acteurs de santé l'a mise en avant avec des propositions allant d'actions favorisant le lien social à des demandes concrètes en termes d'accès aux soins.

⁹⁹ Par « professionnels de santé », il faut entendre tous les professionnels médicaux, sociaux, éducatifs, et les différents services en lien avec la population (mairie de quartier, bureau de police...), qui peuvent avoir quelque chose à dire de l'état de santé de la population.

¹⁰⁰ Ainsi, ont été contactés individuellement par questionnaire 550 professionnels. Les habitants ont été consultés par le biais de rencontres collectives (100 personnes : collégiens, femmes en situation d'apprentissage du français et résidents d'une maison de retraite) et par le biais d'entretiens individuels selon un échantillon représentatif territorialement et démographiquement (27 personnes).

Les conduites à risques (3^{ème} position pour les professionnels) sont multiples : lieux de rassemblement et d'alcoolisation massive, consommations de produits (haschich, autres produits, alcool, tabac, mélange avec des médicaments...), prises de risques au volant, « jeux » qui consistent à faire tomber des cyclistes ou des passants...

Au vu de ces constats et après un retour auprès des habitants et des professionnels, l'action est donc organisée depuis 2006 autour de trois axes thématiques : alimentation et santé, bien être et santé mentale, conduites à risques et conduites addictives et d'une priorité transversale quant à l'articulation entre social et santé.

✓ L'Espace Ecoute Santé

Cette action est née dès 2004 des constats d'intervenants de l'association quant à :

- une souffrance psychique accrue d'une partie du public,
- la difficulté des personnes et familles à « prendre » les relais proposés auprès de partenaires socio-éducatifs du faubourg et de structures ressources telles qu'un centre de consultation familiale, une association intervenant dans le domaine de la violence...

En particulier des adolescents et jeunes adultes, mais aussi des parents, viennent se confronter aux structures du quartier et témoigner de diverses manières de leur mal être.

Suite à un partenariat de longue date avec l'Association de Lutte contre les Toxicomanies du département dans le cadre des actions de prévention et promotion de la santé, et par l'intermédiaire de la DDASS, un point d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ) est en place au sein du centre socio-culturel depuis octobre 2007 ; une psychologue y intervient 6 heures par semaine. Inscrit dans une démarche « d'aller vers » les personnes, le travail engagé a déjà permis de « banaliser et expliquer la fonction psy ». Des jeunes mais aussi des parents bénéficient d'une écoute appropriée et si besoin sont orientés.

C'est la première étape d'un Espace Ecoute Santé qui doit s'adresser à l'ensemble de la population, complémentaire des entretiens psychologiques¹⁰¹ mis en place au centre médico-social. A noter que cet espace devrait aussi dès début 2010, être lieu support de consultations anonymes spécifiques Cannabis.

¹⁰¹ Le CMS a mis en place depuis 2006 une permanence hebdomadaire d'une psychologue et une permanence mensuelle d'une association d'ethnopsychiatrie. Contrairement à la démarche de l'Espace Ecoute Santé « aller vers », les entretiens se font sur orientation des travailleurs sociaux et de manière formalisée dès le départ.

2.2.2 Une perte de sens de la dimension Santé Publique par le centre de santé

Dans les faits, la dimension « santé publique » n'est pas portée par l'équipe du centre de santé au sein de l'association. Pour preuve, le volet Prévention et Promotion n'est quasi plus que du seul ressort du centre socio-culturel, même si le porteur de projet affiché reste le centre de santé de l'association ; concrètement, l'assistante pédagogique en charge du projet de Prévention Santé, bien que salariée du centre de santé, travaille quasi exclusivement avec l'équipe du centre socio-culturel.

Centrée sur une vision technique, l'équipe du centre de santé se coupe d'un potentiel d'appui à son action dans la mesure où elle ne sollicite pas les ressources, compétences et connaissances du faubourg et de ses habitants que peuvent avoir les autres salariés de l'association de par leurs fonctions respectives.

Il en est de même pour le partenariat qui est exclusivement développé par rapport à la prise en charge spécifique de patients. La dimension « qualité de la santé des habitants d'un territoire » est occultée.

Cela renforce une intervention parcellisée et morcelée, au détriment d'une approche plus systémique. En cas d'échec de prise en charge, l'équipe y est encore plus confrontée et s'isole, alors qu'elle aurait peut être pu faire appel à d'autres ressources de partenaires, ou être elle-même ressource.

De plus, des collaborations existantes pourraient être développées et d'autres mises en œuvre sur un territoire dont la population ne cesse d'augmenter, où la part des personnes vieillissantes s'accroît, et où les ressources partenariales se mobilisent aux côtés de l'association sur des questions de santé publique avec, vers et pour des habitants.

Le lien avec les habitants s'appuie donc sur une approche de type « remédiation à la maladie » plutôt que sur une approche dynamique et positive de la santé. Là encore, ce positionnement prive l'équipe du centre de santé de compétences d'habitants en matière de santé et de lien social, la cantonne à une fonction technique, limitant fortement son rôle social, alors même que le diagnostic de santé partagé a fait ressortir que les habitants ont une vision globale de la santé comme favorisant le lien social. Ils souhaitent être acteurs de prévention et de promotion auprès de leurs proches. Leurs propositions relèvent de questions de santé au sens médical du terme, mais surtout le plus souvent de questions de société, autour du bien être et de la santé mentale, du bien vivre dans le faubourg où ils habitent (aménagement du territoire, espaces et moments de convivialité, relations parents enfants autour de questions de santé, de rapport à la vie...) et de développement de services spécialisés tels que des consultations dentaires « pas chères », « un service psy 24h/24h »...

Depuis la mise en place de la Commission Santé en 1985, puis dès 1995 avec le projet Réseau Santé, l'association a développé, aux côtés de la dimension Soins, des compétences spécifiques en matière de prévention et promotion de la santé comme facteur de lien social, notamment au travers d'une démarche participative accrue.

Il serait dommage de perdre ces compétences mises en œuvre déjà depuis plus de 20 ans (bien en amont de dispositifs actuels tels que les ateliers santé ville), et de ne pas essayer de les développer au vu des besoins exprimés par les habitants, des problèmes soulevés, des potentialités du territoire et des territoires environnants.

2.3 Une organisation de l'activité manquant de lisibilité et de cohérence...

Le caractère dissocié de l'action Santé menée par l'association et la partition entre soins et prévention/promotion de la santé se trouvent renforcés par une organisation managériale peu lisible du centre de santé au sein de l'association.

2.3.1 Une équipe jeune et qualifiée, mais à stabiliser

Après une nouvelle période de turbulence fin 2008, l'équipe du centre de santé compte 7,21 ETP, soit :

- 1 infirmière coordinatrice soit 0,8 ETP, dont 20% de coordination
- 6 infirmiers (ères) soit 5,22 ETP
- 1 secrétaire soit 0,71 ETP
- 1 assistante pédagogique, soit 0,48 ETP, en charge de la mise en œuvre et de l'appui à des actions de prévention et de promotion de la santé, en articulation entre centre de santé et centre socio-culturel.

En quelques mois, l'ancienneté moyenne dans le poste est passée de 3,6 à moins de 2 ans ! L'équipe est jeune avec une moyenne d'âge de 35 ans (de 25 à 52 ans).

Hormis la secrétaire et l'assistante pédagogique, tous les salariés sont infirmiers diplômés d'état (IDE), respectant le cadre réglementaire des centres de santé infirmiers. Cinq IDE sur 7 sont de jeunes diplômés (2000 et au delà).

Ponctuellement, pour les actions de prévention et de promotion de la santé, des intervenants à temps partiels sont recrutés sur la base de compétences spécifiques (médecin, diététicienne, psychologue...). Cela représente annuellement de 0,1 à 0,4 ETP selon les actions menées et les années.

En matière de formation, 4 infirmiers sont habilités à pratiquer des actes de chimiothérapie et de dialyse péritonéale. Toutes les formations sont centrées sur des aspects techniques. Il n'existe pas actuellement de lieu de mise en travail de la posture de l'infirmier au Centre de Santé, de lieu de questionnement du sens de l'action, de lieu de reprise des situations difficiles hormis les temps de transmission et les réunions d'équipe mensuelles.

Certes, l'équipe du Centre de santé, jeune et composée de bons techniciens, assure la dimension Soins, voire la dimension Education thérapeutique. Volontaire, elle souffre néanmoins d'un manque de coordination et de management, tant du point de vue du projet dans son ensemble que dans la mise en œuvre de ce dernier : procédures de prise en charge, coordination des soins, partenariat, formations, analyse des pratiques...

Ce qui :

- d'une part la confine dans une approche technique de la santé et renforce la perception du rôle du Centre de Santé essentiellement comme la réalisation de soins à domicile ;
- d'autre part ne lui permet pas de se sentir faire partie d'une association ayant pourtant dans ses missions une approche globale de la santé.

2.3.2 Une organisation des ressources humaines manquant de lisibilité...

De manière concrète, on observe un décalage entre une organisation formelle du centre de santé au sein de l'association et l'organisation réelle.

Le tableau ci après présente les principales distorsions rencontrées.

Items	Organisation formelle	Organisation réelle
Organigramme	1 directeur 1 directrice adjointe / « Projet » 1 responsable du pôle Accueil, Administration, Finances 1 coordinatrice C de Sté + 6 IDE + 1 secrétaire + animatrice Santé	Responsabilité hiérarchique / Equipe « Soins » Resp. hiérarchique / animatrice « Santé » Lien fonctionnel sur payes, gestion des congés annuels et compteurs horaires Pas de responsabilité hiérarchique / équipe du Centre de Santé, uniquement une responsabilité fonctionnelle Absence de fiches de poste hormis pour l'intervenante en prévention
Coordination avec la	Réunion mensuelle entre Directeur et Coordinatrice	Vraie difficulté à se rassembler sous prétexte d'une activité soins urgente

direction	Participation de la Coordinatrice aux instances associatives (3 à 4 bureaux et 4 CA /an)	Participation très irrégulière Modes de communication biaisés et décalages dans les informations données...
Coordination d'équipe	Réunion mensuelle Equipe Temps journaliers de coordination en équipe et de transmission	+ ou – avec Directeur Rapides, de l'ordre de l'administratif, pas sur la pratique professionnelle Contacts ponctuels avec l'animatrice santé, pas de temps de travail réunissant l'ensemble des salariés concernés par la dimension Santé (soins et promotion). Coordination Prévention et Promotion centrée autour de l'équipe du CSC Effectif et primordial / coordination des soins au quotidien, mais équipe jamais au complet Temps qui ne doivent pas occulter la nécessité de réunions d'équipe
Recrutement et suivi administratif du personnel	Directeur / Ok de recrutement, voire Bureau si développement de l'activité Gestion des offres d'emplois et candidatures à la direction en lien avec coordinatrice Dossiers du personnel au Siège de l'association et au Centre de Sté	Difficultés de respect de la procédure Entretiens de recrutement par Directeur et coordinatrice en 2 temps (coordinatrice, puis directeur et coordinatrice) Idem
Evolution et suivi du personnel	Fiches de poste Fonction d'alerte de la coordinatrice Volonté / entretiens annuels	Pas de fiches de poste sf anim Santé Non alerte ou alerte après coups ou fonctionnement en solo Modifications substantielles dans l'organisation des postes avant accord du directeur Entretiens à la demande ou si problème
Formation	Formation professionnelle continue dont formation conventionnelle obligatoire à raison de 2 jours consécutifs/an/personne	Nouvelle équipe pas informée ou informations inexactes Formations techniques / appareillages de patients, chimiothérapies...
Gestion du temps de travail et congés...	En lien avec l'activité, sous la responsabilité de la coordinatrice Validation par le directeur	Informations quasi systématiquement inexactes, manque de lisibilité... malgré des supports mis en place d'où reprise systématique par la direction

A) Un organigramme peu clair et renforçant la scission de l'action Santé

Sur le plan hiérarchique, tous les salariés du centre de santé sont donc sous la responsabilité directe du directeur, hormis l'intervenante en prévention qui est sous la responsabilité du directeur-adjoint en charge des projets.

La coordinatrice a donc strictement une responsabilité fonctionnelle. Elle doit :

- organiser et coordonner l'équipe du centre de santé au regard de l'organisation des soins ;
- alerter le directeur en cas de difficultés avec le personnel ou avec des patients ;
- assurer les relations partenariales afférentes à l'action Soins du centre de santé ;
- contribuer aux recrutements des membres de son équipe avec le directeur de l'association
- contribuer à la réflexion de l'action Santé de l'association.

De toute l'équipe du centre de santé, seule l'intervenante en prévention dispose d'une fiche de poste qui la positionne clairement dans le cadre du projet Santé, comme salariée du centre de santé et travaillant de manière transversale entre centre de santé et centre socio-culturel.

B) Une coordination interne insuffisante et défaillante

Une réunion mensuelle avec le directeur a pour objectif de faire le point sur l'activité du centre de santé. Dans les faits, ce temps de travail est irrégulier. Par ailleurs, la coordinatrice est très peu présente aux réunions des instances associatives (bureaux, conseils d'administration) auxquelles elle est invitée à participer. Dans tous les cas, les arguments avancés concernent l'organisation des soins, la nécessité de suppléer à l'absence d'un collaborateur... C'est donc un point qu'il faudra revisiter avec la coordinatrice. Mais on peut s'interroger sur « l'argument technique » comme marge de liberté. Dans quelle mesure le fait que la direction de l'association ne soit pas du monde médical, mais du monde de l'animation génère-t-il ou non ce dysfonctionnement ? Quelle compréhension du fait associatif et d'une approche globale de la santé ? Quelle difficulté à se démarquer de son équipe dans l'organisation des soins pour assumer sa fonction de coordination ?

Quant à la coordination de l'équipe, la réunion mensuelle est un temps de coordination technique et administrative. Elle est vécue par l'équipe comme rapide et ne permettant pas de faire le point sur les situations rencontrées, d'élaborer des processus communs...

Par contre, les temps de coordination journaliers en fin de tournées, même s'ils ne réunissent jamais l'ensemble de l'équipe, de même que le cahier de liaison interne, sont des moments et des outils clés pour les professionnels, permettant une cohérence dans le travail mené au quotidien auprès des patients. Il en est de même des dossiers patients, outil que tous les membres de l'équipe se sont appropriés.

D'emblée, plusieurs constats s'imposent.

L'organisation structurelle et le mode de coordination du Centre de Santé génèrent des dysfonctionnements organisationnels avec l'équipe du Centre de Santé et dans les liens avec la direction. En 2003, l'association a fait de choix de recruter un coordinateur de centre de santé et non plus un directeur, au regard de la taille de la structure.

Pour autant, la fonction de coordination n'a jamais été définie dans une fiche de poste. Dans les faits, la coordinatrice du Centre de Santé se positionne comme référent technique et non pas comme coordinatrice avec une mission déléguée de l'employeur : coordination de l'équipe, contribution à l'animation du projet du Centre de Santé, avec une visée dynamique et globale compte tenu de la situation nationale et locale des centres de santé. Elle développe plutôt un mode de management collégial, avec des difficultés à se positionner comme représentant de l'employeur ; ce qui la met en difficulté tant vis-à-vis de son équipe que vis-à-vis de la direction. Elle est peu repérée par les partenaires en tant que coordinatrice.

Il y a donc à la fois nécessité de travailler au positionnement du projet dans l'association, à son positionnement comme coordinatrice de l'équipe, à la façon dont elle porte le projet en interne et vis-à-vis des partenaires, et de la soutenir dans le développement de compétences supplémentaires en matière de gestion du personnel.

Par ailleurs, le manque de lisibilité des lignes hiérarchiques se cumulent avec des manques en matière de procédures, tant au niveau de la direction qu'au niveau de la coordinatrice.

Par exemple, hormis l'assistante pédagogique en prévention et promotion, ni la coordinatrice, ni les infirmiers ne disposent de fiches de poste. Ni le règlement intérieur du centre de santé, qui fixe les modalités de base du travail de l'infirmier au centre de santé dans toutes ses dimensions, ni le projet du centre de santé, n'ont été revus depuis 2000 malgré d'importants changements structurels et de personnel dans l'association et de manière spécifique au centre de santé. Les temps de travail avec la direction et le pôle Administration Finances sont segmentés et il n'y a quasi jamais de travail en commun réunissant l'ensemble des acteurs des dimensions soins et prévention.

Globalement au niveau de la fonction de coordination, il y a défaut de procédures ou non respect de leurs modalités d'application : recrutement du personnel, formations, gestion des congés annuels et des compteurs horaires...

L'ensemble de ces éléments renforce le fait qu'une partie de l'équipe du Centre de Santé se vive comme « en dehors » de l'association, centrée sur la partie Soins, n'arrivant pas à s'inscrire dans le projet associatif. Cela se manifeste aussi par l'absence quasi systématique des salariés du centre de santé aux temps forts de la vie associative, la quasi méconnaissance respective entre les membres de l'équipe du centre de santé et les intervenants bénévoles et salariés des autres secteurs de l'association.

Une des raisons invoquées est le fait que l'activité du centre de santé dépende en grande partie de l'activité Soins des salariés du centre de santé (budget provenant du paiement à l'acte, donc très peu de subventions sauf sur l'axe Prévention), à l'inverse du centre socio-culturel et du centre omni sports.

2.4 Une situation financière et logistique stable occultant les difficultés

2.4.1 Un budget stabilisé mais qui demande vigilance

Le budget annuel du centre de santé, est de l'ordre de 440 000 € et représente 23% du budget de l'association, contre 70% pour le centre socio-culturel et 7% pour le centre omnisports.

De 2001 à 2008, il est en progression de plus de 36%. Cette progression est bien sur le résultat d'une hausse d'activité avec la mise en place d'une troisième tournée depuis 2005 pour répondre aux demandes de soins. Elle est aussi liée au développement d'un poste d'animatrice Santé en CDI à temps partiel depuis 2004¹⁰².

Le compte de résultats 2008 est très légèrement excédentaire, reflet des mouvements de personnels.

Les actions de prévention tous postes confondus représentent annuellement de l'ordre de 8% du budget total du centre de santé et sont constitués de subventions attribuées dans le cadre des dispositifs CUCS¹⁰³ et GRSP¹⁰⁴. La structuration du budget reste néanmoins la même d'année en année.

¹⁰² Jusqu'en 2001, la dimension Prévention et Promotion était co portée par la directrice du centre de santé et la conseillère en Economie Sociale Familiale du centre socio-culturel.

¹⁰³ CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale

Charges		Produits	
Salaires et charges salariales	73%	Prestations Sécurité Sociale, mutuelles...	73%
Taxes sur salaires	5,5%	SSIAD, HAD, maisons de retraite...	11%
Formation permanente	0,5 %	Subvention CPAM / 11.5%	5%
Véhicules et carburants	5 %	Option conventionnelle	3%
Locaux et matériels	7%	Subventions Prévention	8%
Personnel Intérim	De 0 à 1%		
Achats Prévention	3%		
Personnel Prévention	5%		

La situation financière est donc saine : l'activité Soins est en expansion et l'action Prévention Promotion est reconnue et soutenue par les financeurs.

Ainsi, l'association a su gérer les incertitudes financières et les difficultés de recrutement de ces dernières années. Pour autant et paradoxalement, cette attention focalisée sur les finances du Centre de Santé et la bonne situation financière actuelle autour d'une activité Soins financée à l'acte ont empêché de se pencher sur le projet global du centre de santé et sa mise en œuvre. La dérive est donc passée inaperçue. (Annexe 11)

2.4.2 Une infrastructure qui mériterait d'être réaménagée à moyen terme

Pour son activité, le centre de santé dispose de locaux spécifiques (70 m²), situés à proximité immédiate du siège social de l'association et équipement principal du centre socio-culturel, dans la même rue, à la « croisée des chemins » entre la cité d'habitat social du Hohberg et le quartier des Romains où domine un habitat individuel des années trente et au-delà.

Ils sont mis à disposition par le principal bailleur de ce secteur géographique depuis 1976, contre un loyer modique. De plain pied pour faciliter un accès direct aux usagers, ils comprennent une entrée spécifique qui ouvre sur une salle d'attente, une salle de soins, une salle partagée en espaces de travail pour la secrétaire et l'équipe, ainsi que des espaces de rangement et archivage et des sanitaires (toilettes et douches).

Bien situés, accessibles, ils n'ont néanmoins pas été rénovés depuis dix ans et, au vu de l'équipe qui s'étoffe, sont quelque peu devenus étroits. Par ailleurs, bien qu'à proximité,

¹⁰⁴ GRSP : Groupement Régional de Santé Publique

les liens entre CSC et Centre de Santé sont globalement limités à la gestion administrative de l'activité.

En conclusion, les éléments à retenir de ce diagnostic...

Le diagnostic et l'analyse portés sur le centre de santé dans l'association et sur le territoire m'ont permis de pointer les éléments forts suivants :

- un positionnement institutionnel opportun lié à l'éducation populaire et permettant d'appréhender de manière globale les questions de santé ;
- une inscription dans une logique territoriale de proximité en cohérence avec les besoins exprimés par les habitants et les politiques publiques actuelles ;
- une inscription dans une logique partenariale, même si celle-ci peut encore se développer, se renforcer et s'articuler, pour la dimension Soins comme pour la dimension Prévention et Promotion de la Santé.

Par ailleurs, au cours des deux dernières assemblées générales, l'association a réaffirmé sa volonté de retravailler le projet du centre de santé et de développer un pôle santé plus conséquent sur le secteur géographique au regard de l'évolution de la population et des besoins exprimés tant du point de vue des soins que du point de vue de la prévention. Elle s'est engagée récemment dans une démarche qualité de manière à anticiper les évolutions à venir.

Parallèlement, le contexte législatif et réglementaire en fort mouvement réactive les enjeux en matière de santé publique et vient notamment re questionner la place des centres de santé comme acteurs de santé publique sur les territoires.

Par contre, de lourds écueils mettent à mal l'action du centre de santé en matière de santé publique. D'une part, les actions menées sont parcellisées entre prise en charge et réalisation de soins et promotion de la santé, au détriment d'une approche globale des personnes dans l'ensemble des interventions. D'autre part, des difficultés de management sont le reflet d'une organisation hiérarchique et fonctionnelle peu lisible au niveau de l'association.

Clarifier l'organisation de l'association et les lignes hiérarchiques sera donc un préalable à tout travail avec l'équipe autour du projet du centre de santé pour permettre de réarticuler au sein de l'association et de développer sur le territoire un projet de santé publique piloté par le centre de santé.

Le projet étant un acte symbolique de direction¹⁰⁵, je vais piloter le dispositif.

¹⁰⁵ LEFEVRE P., 2003, *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, 405 p.

3 Conduire et animer le projet du centre de santé

Au regard des enjeux actuels en matière de santé publique et de la place que peuvent y jouer les centres de santé, force m'a été de constater la dérive du projet du Centre de Santé de Koenigshoffen au sein de l'association, générant une perte de sens de la santé dans son acception globale.

J'ai mis en évidence un fonctionnement cloisonné en matière d'action santé, lié à une organisation peu lisible et à des défaillances de management. Ceci alors même que l'association dispose en son sein de trois structures parfaitement en prise avec les questions de santé publique actuelles, de l'accès aux soins à la pratique sportive, sur un territoire de proximité et qu'elle a réaffirmé sa volonté politique d'aller vers une action Santé de qualité articulant prise en charge à domicile et promotion de la santé.

Aussi, si mon objectif premier est bien de retravailler le projet du centre de santé pour le positionner dans une mission de soins et dans une mission transversale de santé publique au sein de l'association, je vais avoir à mener de front une réorganisation du centre de santé pour asseoir cette dynamique.

Ceci en vue de répondre à des enjeux de fond que sont, non seulement la pérennité du centre de santé et la cohérence associative, mais surtout une action de santé publique renforcée vers, avec et par les habitants d'un territoire périphérique confronté à une précarisation accrue et à un certain délitement du lien social.

3.1 Redéfinir les orientations du projet

Penser et mettre en œuvre le projet d'une structure, c'est s'inscrire dans un processus dynamique de regard sur l'existant, d'amélioration des pratiques, d'anticipation et d'adaptation par rapport aux turbulences de l'environnement.

Outil privilégié du directeur, « le projet cristallise le sens de l'action »¹⁰⁶. Chef d'orchestre de la dynamique de réflexion-action sur le projet du centre de santé, je me dois tout d'abord d'en définir précisément les objectifs et le contenu au regard de l'association et du contexte réglementaire pour mobiliser les équipes et donner le cap du travail qui va s'engager.

¹⁰⁶ J.M. MIRAMONT, D. COUET, J-B. PATURET, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, 2005, Editions ENSP, 270p.

3.1.1 De la validation des orientations stratégiques à la clarification des objectifs

Pour mémoire, bien en amont de l'exigence réglementaire faite aux centres de santé d'élaborer un projet de santé introduite récemment par la loi « HPST », l'association J.S. Koenigshoffen avait défini son projet dès 1994/1995. L'objectif d'alors était d'affirmer les fondements d'un projet de santé porté par le centre de santé sur le territoire d'intervention de l'association, de définir des stratégies d'action avec et auprès des habitants et de mobiliser les intervenants.

En validant au printemps 2009 l'engagement du centre de santé dans une démarche qualité, l'association se positionne de manière pro active au vu de l'environnement : évolution du contexte législatif et organisationnel avec la mise en place des ARS, besoins sur le territoire et actions déjà menées en matière de soins à domicile et de promotion de la santé, et volonté politique d'aller vers un groupement de coopération avec la création d'un Pôle Santé.

Ce faisant, elle réaffirme les missions de santé publique du centre de santé en les référençant clairement aux valeurs humanistes et aux principes fondamentaux de l'association :

- « une action centrée sur Koenigshoffen auprès de l'ensemble des habitants sur la base de leurs besoins ;
- une approche des problèmes comme des solutions basée sur la vérité des faits, la solidarité dans les démarches, la participation de chacun comme acteur contribuant à sa mesure à la construction collective, la responsabilité personnelle et collective, la recherche du mieux vivre ensemble comme moyen et comme but ;
- une manière de faire basée sur l'écoute, l'analyse partagée, l'évaluation des solutions possibles au regard des valeurs, le choix de la solution, sa mise en œuvre et son évaluation. »¹⁰⁷

Le travail de réflexion et de ré écriture du projet du centre de santé s'inscrit donc dans ce cadre et constitue une première étape, essentielle pour assoir et faire valoir l'action du centre de santé avant toute autre évolution.

En revisitant le projet du centre de santé, j'ai donc comme objectifs de mobiliser les acteurs internes salariés et bénévoles (et en premier lieu l'équipe du centre de santé), de sortir des cloisonnements professionnels, de se former ensemble via la dynamique de projet, de développer une culture commune de santé publique au profit des habitants, et de positionner clairement le centre de santé dans l'environnement avec un projet identifié.

¹⁰⁷ Rapport d'activités 2008 de J.S. Koenigshoffen, extrait du rapport d'orientation 2009

3.1.2 Un cahier des charges cohérent avec le nouveau cadre réglementaire

Si les décrets d'application de la loi « HPST » concernant le contenu des projets demandés aux centres de santé ne sont pas publiés, je vais néanmoins m'appuyer sur le référentiel d'évaluation des centres de santé préconisé par la HAS¹⁰⁸ et sur ma pratique d'élaboration de projets pour définir un cahier des charges, fil conducteur de la démarche. Le projet du centre de santé va ainsi s'articuler autour de plusieurs parties dont on retrouve naturellement des éléments dans cet écrit.

Qui sommes nous ?

Piloter, c'est d'abord rappeler les fondamentaux, en l'occurrence les missions et le cadre de référence institutionnel du centre de santé (éléments historiques, statuts de J.S. Koenigshoffen et orientations, textes législatifs et réglementaires en vigueur...). En découlent les principes fondateurs, les valeurs, de mise en œuvre du projet associatif, et par delà de l'action du centre de santé.

Auprès de qui intervenons-nous ?

Avec cette question consacrée au territoire d'intervention et à sa population, on se situe à l'interface du stratégique et de l'opérateur. Mon objectif est d'avoir une connaissance partagée du territoire : analyse socio-démographique, besoins de la population en matière de santé, offre sanitaire et sociale environnante, prise en compte des politiques institutionnelles (ARS, politique municipale...).

Pour quels objectifs ?

Cette troisième partie traite des objectifs du centre de santé et des actions développées autour de deux axes essentiels : l'accès aux soins de tous et la réalisation de soins de qualité, l'accès de tous à la prévention et à la promotion de la santé.

Comment intervenons-nous ? Que réalisons-nous ?

Articulée à la question précédente, c'est à mon sens le cœur du travail à mener. A partir de la pratique « soignante » et de la pratique « éducative en santé », il s'agit de dégager des éléments porteurs des démarches professionnelle et pédagogique des IDE et des autres professionnels de l'association intervenant sur des questions de santé au profit d'une action de santé publique partagée.

¹⁰⁸ HAS, op. cit., www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/referentiel_evaluation_centres_sante.pdf

Avec quels moyens ?

Qui dit projet dit moyens. Sont-ils en adéquation ? Il s'agit donc de préciser ici la politique et l'organisation des ressources humaines et les moyens logistiques affectés à l'action du centre de santé, en cohérence avec son évolution.

Quels systèmes d'information et de communication produisons-nous et utilisons-nous ?

Des dossiers patients aux outils de communication internes et externes, en passant par les rapports d'activités, les éléments statistiques..., au regard des textes réglementaires et de la pratique des professionnels, mon objectif va être de voir comment améliorer les outils existants, voire en développer de nouveaux. Ils doivent faciliter l'intervention des professionnels auprès du public, témoigner de ce qui se fait, des difficultés rencontrées, de façon à contribuer à l'évaluation de l'action du centre de santé et à la mise en évidence le cas échéant de nouveaux besoins...

Avec qui travaillons-nous et selon quelles modalités ?

D'une part, le projet doit préciser le partenariat institutionnel, situer le centre de santé dans les dispositifs publics. D'autre part, il permet de mettre en évidence la diversité et la richesse du partenariat de terrain¹⁰⁹, les collaborations à initier et développer et leurs modalités de mise en œuvre (conventions, outils partagés...)...

Comment évaluons-nous ?

Dans une dynamique d'équipe et de projet, cette question a toute son importance bien au-delà des attendus réglementaires. En ce sens, le projet constitue pour moi un document de référence sur lequel s'appuyer au quotidien pour vérifier la pertinence de nos objectifs compte tenu des résultats atteints, de nos modalités d'intervention, et les faire évoluer si besoin.

3.1.3 Une focale sur la dimension Santé publique et son développement ou les prolégomènes du projet

Dans l'objectif de développer une culture commune et des pratiques partagées de santé publique, plusieurs champs du projet du centre de santé vont particulièrement retenir mon attention dans l'animation de la démarche avec les acteurs de ce projet.

En effet, je dois décliner les objectifs prioritaires et ainsi apporter une visée du travail qui permette aux différents acteurs, de prendre une position, de se situer dans le nouveau

¹⁰⁹ Pour mémoire, voir en ce sens les annexes 5 et 7.

contexte. Il appartiendra à la coordinatrice du centre de santé et à l'équipe professionnelle de les préciser dans leur opérationnalité.

A) Réinvestir et affiner les objectifs du centre de santé

Les objectifs assignés au centre de santé, tels que définis en 1994, restent pertinents. Les travaux menés vont néanmoins les affiner dans leurs formulations au regard des missions déléguées aux centres de santé pour les décliner par exemple ainsi :

- Favoriser l'accès de tous à la santé et aux soins.
- Répondre aux demandes de soins des habitants et des patients.
- Eduquer à la santé et la promouvoir, tant dans les soins pratiqués que lors d'actions spécifiques de prévention et de promotion de la santé.
- Tisser du lien social autour de questions de santé et lutter contre les exclusions générées par des problématiques de santé.

Par ailleurs, le diagnostic de santé partagé réalisé en 2006 a impulsé trois thématiques de travail avec les habitants à peaufiner et compléter :

- Alimentation et santé
- Conduites à risques (dont les conduites à risques sexuelles) et conduites addictives
- Bien être et santé mentale.

Sur toutes ces thématiques, et sur d'autres, des articulations sont donc à trouver et à développer entre les soins, les actions individuelles et collectives d'éducation thérapeutique, les actions de relais de campagnes nationales de santé et les actions tout public de promotion de la santé.

B) Avoir une connaissance partagée des besoins de santé

Après la connaissance du contexte institutionnel, ma première priorité est de bien sérier le territoire d'intervention et les besoins de la population de manière participative et partagée. Tant l'équipe infirmière que l'équipe d'animateurs ou les administrateurs ont une vision et une connaissance parcellaire des questions de santé à Koenigshoffen.

Je vais donc organiser des séminaires thématiques autour de la connaissance du territoire et de questions de santé clés telles que les problématiques de santé en Alsace, les inégalités de santé, l'offre de soins et l'offre sociale sur le faubourg de Koenigshoffen, les pathologies liées à l'alimentation...

Je m'appuierai bien évidemment également sur la connaissance qu'a l'association de la problématique santé (statistiques du centre de santé, diagnostic de santé partagé, enquête sur la pratique d'activités physiques...).

- C) Identifier les pratiques professionnelles et développer de nouvelles modalités de collaboration et d'intervention

Pour ce faire, ma vigilance va d'abord porter sur une meilleure connaissance des pratiques des divers professionnels pour identifier dans les démarches professionnelles et pédagogiques les éléments spécifiques et les éléments communs. Des thèmes de réflexion tels que la place de l'utilisateur et la prise en compte de la dimension culturelle et sociale (le patient dans le cadre des soins, l'habitant dans le cadre d'une action globale de santé), ou encore le travail en partenariat et en réseau vont être des incontournables de cette réflexion. Faire le parallèle entre le rôle social de l'IDE et celui des animateurs comme agents de promotion de la santé permettra de voir quelles articulations et complémentarités sont possibles dans le respect des fonctions de chacun et du secret professionnel.

De là, mon objectif étant de rechercher de nouvelles modalités d'intervention et de collaboration au service de la promotion de la santé publique, plusieurs axes de travail doivent à mon sens être poursuivis :

- autour de situations individuelles qui mettent en difficulté telle ou telle équipe ;
- à partir d'une question de santé récurrente avec un public spécifique ou non ;
- autour d'une action de santé / d'une thématique de santé à développer conjointement.

- D) Penser et mettre en œuvre une réponse articulée, des soins à la promotion de la santé

Ainsi, se dégagent, de fait, plusieurs axes de travail à mener avec les acteurs de la réflexion du projet. Certains sont strictement du ressort de l'équipe infirmière, d'autres vont être mis en œuvre dans une dynamique pluri et interprofessionnelle, et autant que possible inter partenariale. Bien que présentée de manière échelonnée, tout l'enjeu va être d'articuler avec les équipes leur mise en œuvre dans les pratiques professionnelles, au service d'une approche globale, du lien social et de la lutte contre les inégalités de santé.

Renforcer la coordination des soins.

Le centre de santé est en premier lieu un « offreur » de soins de premier recours. Mais les professionnels sont aussi en première ligne pour entendre les difficultés rencontrées par les patients et leurs proches. Nous sommes en effet dans un contexte où l'on observe des allers et retours de plus en plus importants et dans des délais rapides entre la prise en charge à domicile et celle en établissement, où l'état de santé des personnes évolue très vite, où les situations sociales sont souvent complexes. En conséquence, dans le souci

du bien être des usagers/patients, le projet devra expliciter les modalités et les outils de cette coordination renforcée, respectueuse des personnes et de leur entourage, soutenue par un travail d'équipe, en partenariat et en réseau pour une prise en charge de qualité en matière de soins et de santé, en matière économique, au niveau psychologique...

Renforcer l'éducation thérapeutique individuelle et développer une pratique d'éducation thérapeutique collective par la mise en place de groupes de paroles.

Inscrite dans la pratique infirmière, l'éducation thérapeutique représente une dimension complexe du travail quotidien, qui plus est non valorisée sur le plan financier.

La réflexion à mener doit permettre de clarifier ce qu'on entend par éducation thérapeutique du patient, d'identifier les manières de faire au sein de l'équipe, de mettre en travail les difficultés... pour en retirer des principes porteurs de la démarche professionnelle à Koenigshoffen et dégager des solutions. Y a-t-il lieu par exemple de proposer aux personnes souffrant de pathologies diabétiques et à leurs proches des consultations diététiques à domicile ?

L'objectif sera également d'estimer, avec l'équipe et dans une approche partenariale, l'opportunité de développer des pratiques d'éducation thérapeutique de groupes, dans la proximité, pour sortir des personnes de leur isolement et lever des freins à la prise en charge... Peut-être même pourra-t-on imaginer des groupes « mixtes » qui associent des « patients » du centre de santé et des « usagers » du CSC dans un même atelier alimentation animé par la diététicienne pour faciliter une approche globale des personnes dans leur environnement et avec leurs contraintes, et pas uniquement une démarche centrée sur la maladie ?

Relayer intensément et de façon dynamique des campagnes de prévention et de dépistage

Qu'il s'agisse, par exemples, de relayer les messages de prévention de la grippe H1N1 ou de contribuer à la promotion de l'examen de santé proposé par l'assurance maladie, l'équipe infirmière comme les intervenants du CSC ont toute leur place auprès des habitants.

La pratique des soins et une relation qui s'établit au domicile des personnes, comme des temps d'animation ou des événements plus festifs, sont autant de moments propices pour expliquer, rassurer, mais aussi donner envie de prendre sa santé en main... et permettre d'oser une démarche auprès d'un professionnel de santé si besoin est.

Renforcer la promotion de la santé.

Déjà bien engagées via le Réseau Santé et l'Espace Ecoute Santé, des axes existants peuvent être encore développés, d'autres domaines d'intervention ouverts¹¹⁰ avec le souci constant de la convivialité et d'une approche positive et globale.

En fait, le challenge dans le travail à mener se situe fortement autour de cet axe. Car la promotion de la santé doit se décliner aussi bien lors des soins que lors d'actions participatives et collectives. Elle implique un « rééquilibrage des responsabilités entre les professionnels de la santé et les citoyens afin que ces derniers puissent exercer un plus grand contrôle sur leur santé »¹¹¹. Le professionnel cesse d'être dans l'injonction pour accompagner la personne, ouvrir des alternatives et aider à la décision. C'est une posture professionnelle qui va permettre de co construire la prestation de santé en donnant une réelle place au patient / à l'usager / au citoyen. Dans tous les cas, l'objectif est bien d'avoir une approche globale, participative, respectueuse des équilibres individuels et sociaux et de l'autonomie des individus.

Indubitablement, différentes questions vont donc traverser l'ensemble de la démarche d'élaboration du projet et permettre de rassembler des éléments porteurs d'une action de santé partagée :

- la notion de santé
- la place des habitants, des patients, des familles
- la place des professionnels, le rôle social de l'IDE, et parallèlement, le rôle d'agent de promotion de la santé des animateurs
- l'articulation entre démarche professionnelle et démarche pédagogique.

3.2 Piloter le changement

Qui dit manager un projet, dit piloter, accompagner une évolution ou un changement. Consciente de l'ampleur de la tâche et de la nécessité d'associer des représentants des différentes structures de l'association à la réflexion, il m'importe d'établir un climat de confiance avec l'ensemble des personnels et en particulier l'équipe du centre de santé.

¹¹⁰ A titre d'exemples, nous constatons une augmentation de la pratique régulière d'activités physiques chez des femmes et des jeunes filles d'origines étrangères dès lors que l'on organise des actions de découverte, l'accompagnement et « la médiation » vers l'activité.

¹¹¹ Dr SIMOS J., « Le périmètre de la promotion de la santé », in JOURNEES DE PREVENTION DE L'INPES, *ARS et promotion de la santé*, 2009 disponible sur internet : http://www.sfspenregion.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=298:journées-de-prevention-de-linpes-2009-session-7-ars-et-promotion-de-la-santé&catid=7:notes-et-communiqués-sfsp

Pour ce faire, je dois cadrer le pilotage de la démarche, préciser le processus et les étapes suivies, les modalités de communication... afin de permettre à tous les acteurs de la réflexion de savoir où et comment se situer dans ce projet. Parallèlement, la mise en oeuvre d'une nouvelle organisation du centre de santé va clarifier les places et responsabilités de chacun.

3.2.1 Structurer le pilotage du projet

La réflexion autour du projet va s'organiser autour de différentes instances : le groupe de pilotage, le chef de projet, le groupe projet et des groupes de travail. Il s'agit de favoriser à l'interne l'adhésion à la réflexion du niveau politique et des professionnels.

A) Le groupe de pilotage « Projet du Centre de Santé »

C'est le niveau des choix et des décisions stratégiques. Il regroupe le bureau de l'association et la direction. Au besoin, un groupe de pilotage resserré composé du vice président en charge du centre de santé et de la direction se réunit sur certains aspects avant d'en référer au groupe de pilotage.

B) Le directeur, chef de projet et animateur d'une démarche participative

Comme l'ont écrit M. CROZIER et E. FRIEDBERG dans « L'acteur et le système », « ...Nul n'est hostile au changement pour peu qu'il y trouve un intérêt... ».

Après validation par le CA de l'association du cadre général de mise en oeuvre proposé par la direction, je vais organiser une première réunion avec l'équipe du centre de santé. Elle va me permettre d'explicitier la démarche et de situer les rôles des différents acteurs de la réflexion. Une rencontre similaire sera menée avec l'équipe de coordination du centre socio-culturel.

Cette toute première étape est primordiale pour expliquer le cadre de mise en oeuvre de la démarche qualité, et comment cela va nous amener à repenser le projet du centre de santé. Il s'agit également de me positionner auprès d'une équipe, celle du centre de santé, de culture sanitaire et non habituée à la démarche de projet, en rappelant des principes de travail comme pilote de cette dynamique : le souci permanent de l'écoute, l'implication et la mobilisation de tous les acteurs, l'enthousiasme et l'entraînement de tous vers une plus grande compétence collective et individuelle au service des habitants de notre territoire d'intervention.

C) La coordinatrice, partie prenante de la démarche de projet

La coordinatrice, de par sa fonction et ses compétences, a toute sa place dans la démarche de projet. En particulier, elle aura à charge d'animer la déclinaison des objectifs de manière opérationnelle avec les équipes.

Je fais donc le pari que le recadrage de la fonction va lui permettre d'évoluer dans son mode de management. Cela va nécessiter de ma part une attention accrue. Mais, la dynamique de projet me semble être une opportunité positive dans le cadre de laquelle la coordinatrice peut prendre une juste place auprès de son équipe. En tant qu'infirmière coordinatrice, je la considère comme un appui dans la réflexion sur le projet. Notamment, elle pourra faire bénéficier les groupes de travail de ses compétences et de son expérience sur des aspects plus techniques de la dimension Soins et elle animera des temps de travail. Ceci lui permettra aussi de sortir d'une situation d'isolement dans le cadre de son poste.

Je devrai bien sûr l'accompagner afin de l'outiller dans sa fonction, dans l'animation du projet, et dans une approche plus globale de la santé.

3.2.2 Elaborer le projet : un travail d'équipe, un processus partagé pour favoriser l'adhésion au changement

Le cahier des charges et le pilotage du projet étant définis, je peux m'atteler à la réflexion sur le projet. Conformément à la pratique de l'association, je mènerai ce travail de manière participative, en associant au travers de groupes de travail les divers acteurs aux différentes étapes d'élaboration du projet.

A) Une réflexion-action participative au sein de l'association et en prise avec l'environnement

L'ensemble de la démarche doit permettre de bien situer le centre de santé comme le moteur de la réflexion-action au sein de l'association, et au-delà comme porteur d'un projet de santé associatif décliné dans le cadre du projet du centre de santé.

Mon objectif étant de décloisonner l'action Santé, j'ai pour responsabilité d'impliquer les différents acteurs potentiels internes comme externes, du diagnostic de l'existant à la formalisation du projet.

A l'interne, l'ensemble de la démarche va réunir outre les salariés du centre de santé, chevilles ouvrières de ce projet :

- des salariés du centre socio-culturel
- des administrateurs

- des bénévoles impliqués dans les actions de prévention et de promotion de la santé, voire dans les activités du centre socio-culturel et dans les activités sportives.

A l'externe, mon objectif est de renforcer et « décloisonner » le partenariat. Le travail sur le projet du centre de santé n'a de sens que s'il est en prise avec son environnement et articule les deux dimensions complémentaires que sont les soins et la promotion / prévention de la santé. Tant les partenaires institutionnels que les partenaires de terrain doivent être associés à tel ou tel aspect de la réflexion. Ce faisant, je poursuis, de manière non exhaustive, plusieurs objectifs :

- profiter de l'expertise de partenaires institutionnels, spécialisés ou de terrain pour alimenter la réflexion des groupes de travail ;
- « ouvrir » la connaissance du partenariat institutionnel, spécialisé et de terrain au plus grand nombre de professionnels et/ou d'administrateurs de l'association et le « décloisonner » entre soins et promotion ;
- recueillir l'avis des partenaires sur la place et le rôle du centre de santé, sur les besoins de la population, sur des modalités d'actions à renforcer et développer en partenariat.

B) Une démarche pour favoriser le développement d'une culture commune de santé publique

Pour mener à bien le projet, je me dois de fédérer les énergies dans l'association, en tenant compte de la cohérence associative, des pratiques professionnelles ou bénévoles, des statuts des acteurs de la réflexion... D'un côté, des professionnels et des bénévoles ont une culture d'éducation populaire, de l'autre les salariés du centre de santé s'appuient sur une culture sanitaire. Or s'engager dans une dynamique de santé publique suppose un changement de culture. Je vais donc privilégier des temps de travail favorisant le partage, l'apport et la mutualisation des compétences et des connaissances, l'identification des pratiques professionnelles... qui permettent aux différents acteurs de se projeter dans le changement. Définir ensemble une démarche en progression sur la base d'objectifs à atteindre amènera progressivement à faire sens commun dans l'association et à s'inscrire dans un processus d'organisation apprenante.

Une phase de diagnostic pour mobiliser l'équipe du centre de santé

La phase de diagnostic est déjà largement engagée au vu des constats présentés plus haut. Néanmoins, il m'importe de pouvoir affiner ce diagnostic et le valider, et en premier

lieu d'y associer l'équipe du centre de santé pour la remobiliser. J'ai pour objectif de donner sens à l'ensemble de la démarche et de la situer dans une dynamique d'évolution au regard des besoins des habitants, de la situation de l'association, du contexte local et national. Après de nombreux flottements dans le management du centre de santé, il est essentiel de rassurer l'équipe et que cette mise en travail du projet du centre de santé soit appréhendée positivement, comme une opportunité et non comme une contrainte.

L'auto-évaluation à mener dans le cadre de la démarche qualité est ainsi pour moi un tremplin idéal. D'une part, le fait de confronter les points de vue et de rechercher un état des lieux juste et partagé va me permettre de travailler la cohésion d'équipe. D'autre part, en portant un regard partagé sur les pratiques, nous allons aboutir à une évaluation globale suffisamment fine à un temps T, dont nous pourrons dégager des pistes prioritaires de travail qui viendront affiner le cahier des charges et serviront de points d'appui pour l'élaboration du projet.

Une phase d'élaboration à partir de thématiques pour mobiliser tous les acteurs et décroiser les pratiques

Tout d'abord, je vais privilégier des thèmes transversaux me permettant d'associer à la réflexion une pluralité d'acteurs internes et externes. Ils devront traiter de :

- l'état de santé en Alsace et à Koenigshoffen, que ce soit en terme de pathologies, d'inégalités de santé...
- l'offre sanitaire et sociale environnante
- l'offre associative en matière de santé.

Organisés sous la forme de séminaires thématiques, ces temps de travail réuniront autour de l'équipe du centre de santé, les coordinateurs et des animateurs permanents du CSC, des administrateurs, des bénévoles du Réseau Santé et la direction. J'y associerai des structures ressources telles que l'ORSAL par exemple, des partenaires de terrain tels que le centre médico-social, la maison des aînés, la santé scolaire..., mais aussi des partenaires institutionnels (ARS, Ville...).

Puis des groupes de travail plus restreints aborderont des aspects plus centrés du projet. Ainsi, l'équipe du centre de santé va se concentrer sur la dimension Soins, depuis l'accès à la prise en charge jusqu'à la réalisation des soins, en passant par le dossier patient. Pour favoriser l'émergence d'une pratique collective, je vais mettre en place un groupe d'analyse des pratiques avec un intervenant extérieur. Au côté de la coordinatrice, il aura à charge d'aider l'équipe à mettre en évidence une démarche professionnelle et pédagogique propre au centre de santé de Koenigshoffen.

Le groupe de pilotage se concentrera quant à lui sur la politique qualité, sur les ressources humaines, les finances et les moyens logistiques.

Des actions de formation pour développer les compétences individuelles et collectives

Parallèlement et pour répondre à tel ou tel aspect du projet, je vais intensifier les actions de formation :

- en utilisant les divers dispositifs existants dont le cadre de la formation professionnelle conventionnelle ;
- par la poursuite de la formation-action à la démarche qualité débutée en avril 2009, avec le souci d'y associer des IDE, selon les thèmes traités, aux côtés de la coordinatrice et de la direction.

Je serai vigilante à ce que les contenus des formations choisies ne soient pas orientés que sur des aspects techniques du métier, mais abordent également des questions telles que le secret professionnel, l'appui aux aidants, le deuil...

Par ailleurs, j'inciterai, autant que faire se peut, des salariés, et notamment la coordinatrice, à participer à des temps de travail organisés localement : journées de formation sur la promotion de la santé, groupes de travail de la Plateforme Précarité Santé, réunions d'information sur les aides aux personnes âgées et le soutien des aidants... Ainsi, mon objectif est d'étoffer le réseau partenarial du centre de santé, de permettre aux professionnels et notamment aux IDE de confronter leurs pratiques et leurs questionnements avec l'extérieur, ce qui est toujours source d'enrichissement à l'interne.

Enfin et de manière spécifique pour la coordinatrice, il faudra envisager une formation de cadre pour l'outiller dans sa fonction.

3.2.3 Informer, concerter, communiquer pour favoriser l'adhésion au changement

Dimension stratégique de la fonction de direction, je me dois d'organiser l'information et la communication autour de la démarche de projet en amont du projet et de veiller à leur mise en œuvre tout au long du processus. A l'interne, cela concerne les IRP, l'ensemble du personnel, les administrateurs. A l'externe, sont visés tant les partenaires de terrain et institutionnels que les habitants.

A) A l'interne

Dans un souci de communication et d'échanges, je ferai systématiquement un point avec les IRP lors de notre rendez vous mensuel. Il m'importe en effet qu'ils soient informés de l'avancée des travaux sur ces deux aspects : l'organisation du centre de santé, le projet du centre de santé. Je les associerai également à des groupes de travail.

Après la première réunion d'information du personnel quant à la mise en œuvre de la démarche qualité et à la réflexion sur le projet du centre de santé, je vais organiser d'autres réunions d'informations qui viendront ponctuer les principales étapes de la démarche, en présenter collectivement les résultats, recueillir des avis.

Par ailleurs, et pour l'avoir déjà expérimenté, je sais toute l'importance d'un espace et d'un dossier de travail partagés. Je vais donc mettre en place un espace d'information à destination de l'ensemble du personnel sur l'état de la réflexion sur le projet, à l'identique dans les locaux du CSC et siège social et dans les locaux du centre de santé.

Parallèlement, j'ouvrirai un dossier de travail partagé regroupant l'ensemble des supports de travail et documents de référence au fur et à mesure de l'avancée de la réflexion... En effet, d'une part il est primordial que l'ensemble des acteurs de la démarche, selon le point qui les intéresse, puisse trouver les informations repères venant alimenter la réflexion. D'autre part, la mutualisation d'informations dans des outils partagés favorise une plus grande transparence et le décloisonnement des pratiques.

Les instances statutaires seront régulièrement informées de l'état des travaux lors des réunions de bureau et de CA. En tant que pilote et en lien avec le groupe de pilotage, je les solliciterai pour avis et validation des étapes et des travaux réalisés. L'assemblée générale sera bien sur le temps fort de validation des axes et du contenu du projet, puis les années suivantes, le moment de validation de l'évaluation annuelle du projet du centre de santé.

B) A l'externe

Au niveau des habitants, s'ils sont sollicités et souvent acteurs dans le cadre des actions de promotion de la santé, il n'en est pas de même via la pratique soignante. Comme dit auparavant, cela ne relève pas d'une non volonté des professionnels, mais témoigne d'une culture du soin qui prévaut sur une culture de la santé.

Aussi je propose de mettre en place une enquête permettant de mesurer la connaissance et la satisfaction à l'égard du centre de santé, auprès des patients et de leurs proches comme auprès des habitants participant et/ou engagés dans les actions de promotion de la santé. Ce faisant, en recueillant l'avis des patients / usagers / citoyens, ma volonté est bien de voir comment travailler dans les interstices des différentes modalités d'intervention des professionnels et d'arriver à passer d'un projet de soin à un projet de santé.

Sur le plan institutionnel, le contexte législatif et organisationnel est en mouvement avec la mise en place des ARS, générant des incertitudes tant sur les futures modalités de

gestion des centres de santé que sur les actions de promotion de la santé. Au plan local, la municipalité, mise en place en 2008, restructure son projet Santé. Je continuerai donc à m'appuyer sur notre inscription dans le réseau local (à l'échelle de la commune et du département) des acteurs de prévention et de promotion de la santé, de même que sur le comité régional de coordination des centres de santé, pour comprendre les évolutions et leurs mises en œuvre. Par ailleurs, les contacts avec des représentants institutionnels tels que la DRASS et la Ville ont déjà été renforcés, par le biais d'administrateurs et de la direction pour expliquer la démarche du centre de santé quant au repositionnement de son projet et à des perspectives d'évolution. Je dois tout au long de la démarche d'élaboration du projet poursuivre ces rencontres et faire état de nos avancées et questionnements.

Plus largement, associer les partenaires de terrain comme les partenaires institutionnels, c'est inviter à la coopération, l'objectif étant la recherche et la mise en œuvre d'actions pertinentes, concertées et de qualité en réponse aux besoins des personnes. Les impliquer permet de recueillir leur avis pour apporter des aménagements aux réflexions, de renforcer et développer des alliances, voire de développer de nouvelles marges d'intervention concertées.

Enfin, outre une validation officielle lors de l'assemblée générale, je propose d'organiser un ou plusieurs événements afin d'officialiser le projet et de clôturer cette première grande étape. Parallèlement, il me faudra veiller à la réalisation de supports de communication à destination des habitants et des partenaires, qui soient attractifs et porteurs des éléments fondamentaux du projet.

3.2.4 Revoir l'organisation interne

Le diagnostic du centre de santé au sein de l'association a pointé des difficultés liées à une organisation floue et à des défaillances de coordination et de management global du centre de santé. Reposer le cadre de travail permettra de travailler plus sereinement à l'élaboration du projet qui doit constituer un document d'orientations dynamisant l'association dans sa dimension santé. L'organigramme revu, les fiches de poste écrites, il s'agit pour moi d'indiquer quels sont les objectifs et les attentes. Je prévois une évaluation de cette nouvelle organisation à 3 mois et à 6 mois dans le cadre de la mise en œuvre du projet. Les éléments recueillis viendront notamment alimenter le contenu du projet dans sa partie relative aux ressources humaines et devront permettre de tracer des perspectives en matière de gestion des emplois et des compétences à moyen terme.

Il est évident que l'ensemble des propositions ci-dessous devra être validé en CA.

A) Revoir l'organigramme et repositionner stratégiquement l'encadrement

Pour mémoire, dans l'organigramme actuel, la coordinatrice n'a qu'un rôle fonctionnel vis-à-vis de l'équipe infirmière et de la secrétaire. Elle est sous la responsabilité hiérarchique du directeur, de même que les IDE et la secrétaire. L'animatrice santé est sous la responsabilité de la directrice-adjointe.

En proposant l'organigramme ci après, mon objectif est de clarifier les lignes hiérarchiques.

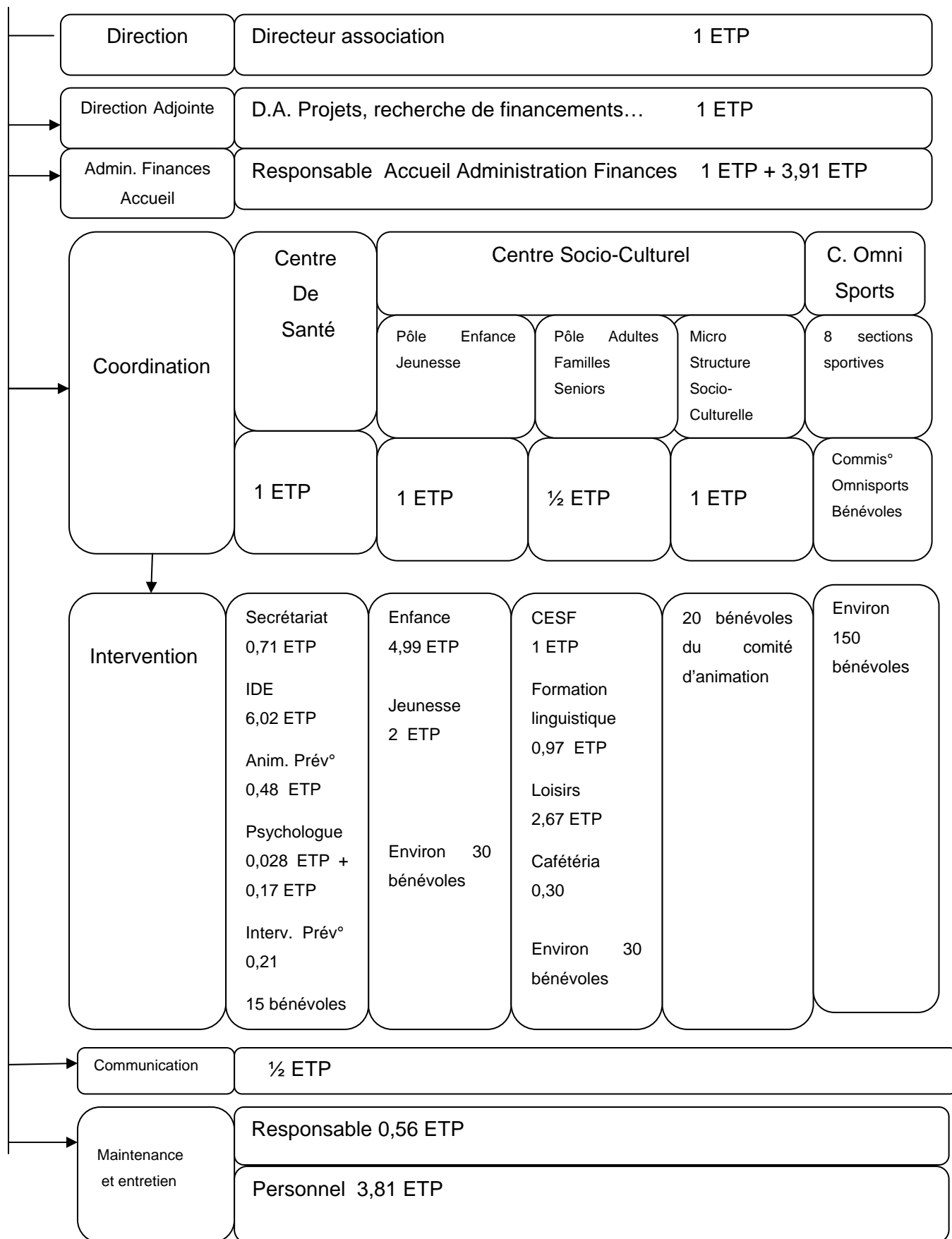
L'équipe de direction regroupe les fonctions de direction, direction adjointe et responsable du Pôle Accueil Administration Finances.

Mais surtout et dans un objectif de coordination de la dimension Projet et de travail dans la transversalité, je vais mettre en place une équipe de coordination associative composée de l'équipe de direction, de l'ensemble des coordinateurs du CSC et de la coordinatrice du centre de santé. Celle-ci se trouve ainsi placée au même niveau que les coordinateurs du CSC. Elle est positionnée hiérarchiquement vis-à-vis son équipe.

En conséquence, je peux opérer un repositionnement stratégique de l'encadrement.

Assumant la gestion globale de l'association au plan financier, des ressources humaines, et du développement stratégique, je m'appuie sur le pôle Accueil Administration Finances et la direction adjointe. Dans la situation présente, au vu des difficultés rencontrées et des enjeux, j'ai donc fait le choix de piloter directement la démarche de projet

La coordinatrice du centre de santé, à l'image des coordinateurs du CSC, a une triple fonction. Tout d'abord, elle assure la mise en œuvre du projet du centre de santé avec le souci de la place des différents acteurs, de la qualité de service aux usagers et des actions menées avec les habitants. Elle est par ailleurs responsable de la coordination et de l'organisation du travail de son équipe. Enfin dans le cadre de sa fonction, elle veille au développement et au maintien d'un partenariat et d'un travail en réseau de qualité.



B) Clarifier les fonctions et les inscrire dans une dynamique de Santé Publique

Une de mes premières tâches va être de doter chaque salarié d'une fiche de poste qui définisse sa fonction au regard du cadre réglementaire et du projet associatif. En particulier, ces fiches de poste doivent mettre en avant l'intervention de chaque salarié tant pour les soins que pour des actions de santé publique. Dans le même ordre d'idées, des avenants permettront de positionner hiérarchiquement le coordinateur vis-à-vis de tout salarié de l'équipe, de situer les fonctions dans le cadre de la politique Santé de l'association portée par le Centre de Santé, de rappeler, pour les postes où ce n'est pas actuellement le cas, l'importance du secret professionnel. Il m'est donc indispensable de définir ou redéfinir les fonctions pour établir les fiches de poste. (Annexe 12)

a) *Une fonction pivot : la coordination du Centre de Santé*¹¹²

A l'interface entre les patients/habitants, les prescripteurs, l'équipe de professionnels et la direction, cette fonction est essentielle et requiert des compétences et qualités techniques, organisationnelles, relationnelles, managériales indéniables.

Placé sous l'autorité de la direction, dans le cadre des objectifs stratégiques définis par le CA, le coordinateur doit avoir le souci de la qualité, de la rentabilité, du développement du centre et de son image institutionnelle. Il a trois missions essentielles :

- coordonner la réalisation des soins ;
- participer aux soins au même titre que les IDE ;
- contribuer au développement de la mission de santé publique du centre de santé.

Dans l'ensemble de sa fonction, le coordinateur est garant du cadre de travail et des valeurs sur lesquelles s'appuie ce dernier

Le coordinateur a comme responsabilités de manière transversale :

- la veille sur l'évolution des données de santé sur le territoire ;
- la définition des actions de santé publique avec les équipes, au regard des constats posés ;
- la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de ces actions.

De manière spécifique, il coordonne la prise en charge des soins et assurent les relations avec les patients, leurs familles, les prescripteurs et les partenaires si nécessaire dans le souci de la qualité de la prise en charge. Il organise le travail de l'équipe, définit et vérifie le respect des procédures de prise en charge infirmière. Il est animateur de son équipe et à ce titre assume à la fois une fonction technique et pédagogique devant faciliter un

¹¹² Voir annexe 10

positionnement comme « interlocuteur collectif » vis-à-vis des patients, de leurs proches et des partenaires métiers.

En lien avec la direction, il contribue à la gestion du personnel (recrutement, accueil et formation des nouvelles recrues, soutien, recadrage, évaluation annuelle...), assure le suivi de la gestion administrative et financière du centre de santé.

Enfin, il contribue au développement technique et politique du centre de santé.

b) La fonction d'IDE au centre de santé de Koenigshoffen¹¹³

Sous la responsabilité hiérarchique du coordinateur, l'équipe Santé met en œuvre les objectifs du centre de santé au quotidien. Titulaires du diplôme d'état, tenus au secret professionnel, les infirmiers doivent assurer des soins infirmiers dans un souci de qualité et contribuer au développement de la mission de santé publique du Centre de Santé.

En charge prioritairement de la dimension Soins, les infirmiers travaillent en équipe soignante, « interlocuteur collectif » du patient et de sa famille et des intervenants sociaux et médicaux. Dans le cadre du décret du 11 février 2002¹¹⁴, chaque IDE doit notamment exécuter les soins et assurer leur qualité, contribuer à la qualité des relations avec les personnes soignées, leur entourage et les « partenaires – métier », accepter les demandes de soins courants, transmettre les demandes de soins lourds ou particuliers au coordinateur du centre, et assurer les transmissions quant à la prise en charge infirmière et au volet administratif et financier¹¹⁵ au sein de l'équipe.

Formaliser la fonction dans une fiche de poste me permettra d'insister notamment sur cette « dimension administrative » nécessaire au bon suivi de la prise en charge et de clarifier les tâches respectives entre les IDE, la coordinatrice et la secrétaire.

Complémentairement, le personnel infirmier doit pouvoir s'inscrire dans une démarche de santé publique en lien avec l'assistante pédagogique du Réseau Santé. Cette mission doit être explicite dans la fiche de poste.

c) La fonction d'assistante pédagogique du Réseau Santé

Emergeant sur les fonds dédiés aux actions de prévention et promotion de la santé sollicités chaque année dans le cadre d'appels à projets, cette fonction se situe à l'interface entre l'équipe du centre de santé et celle du centre socio-culturel. Elle est d'emblée inscrite dans une mission de santé publique dans la mesure où la salariée a

¹¹³ Voir en annexe 11

¹¹⁴ Décret 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

¹¹⁵ Cela comprend par exemple l'encaissement des tickets modérateurs, la sécurisation des télétransmissions, la tenue des statistiques...

pour mission de développer et soutenir des actions collectives et participatives de promotion de la santé en veillant à la place des habitants comme acteurs-relais.

Après de la coordinatrice, ma vigilance va porter sur l'association de l'assistante pédagogique aux temps de travail de l'équipe infirmière, ceci afin de renforcer le décloisonnement des pratiques et des interventions conjointes auprès du public.

d) La fonction de secrétaire-accueil

Cette fonction participe de l'image du centre de santé. Souvent le premier contact lors des demandes de soins, elle nécessite discrétion et confidentialité en raison des informations administratives et médicales traitées, et des demandes « d'ordre social » qui peuvent émerger « au détour d'une demande de soins ». C'est également une fonction pivot au sein d'une équipe où la majeure partie de l'activité se déroule au domicile des patients et dans une relation de face à face. Elle requière donc non seulement des compétences en secrétariat et en gestion administrative et financière spécifique aux centres de santé, mais également de bonnes qualités communicationnelles et relationnelles, ainsi qu'une compréhension du projet dans sa globalité au sein de l'association.

Comme indiqué précédemment, je dois clarifier l'articulation des tâches en matière de suivi administratif avec celles des IDE et de la coordinatrice.

C) Mettre en œuvre la nouvelle organisation du centre de santé

Je rencontrerai en premier la coordinatrice, qui doit être relais et facilitateur de cette nouvelle organisation et porteuse depuis sa place de la dynamique de projet.

Par le biais d'un entretien, je vais re préciser les attentes de la direction en matière de coordination et les enjeux de cette fonction. En m'appuyant sur un échange sur les difficultés rencontrées jusqu'alors, je souhaite qu'elle se positionne par rapport à cette nouvelle organisation et au recadrage de la fonction. Des objectifs d'amélioration seront fixés conjointement, à évaluer à échéances régulières.

Ce faisant, je veux la remobiliser par rapport à sa fonction et l'impliquer à mes côtés dans l'animation de la démarche.

Dans un second temps, je vais donc rencontrer l'équipe pour lui présenter le nouvel organigramme et les fiches de poste de manière globale. J'enchaînerai par des entretiens individuels, auxquels j'associerai la coordinatrice. Mon objectif est de permettre à chaque salarié de réagir, d'avoir réponse à ses questions. Suite à ces entretiens, les contrats de travail seront revus. Des avenants permettront de préciser la responsabilité hiérarchique du coordinateur et situeront les missions des IDE dans le cadre réglementaire des centres de santé et de la fonction d'IDE, et au regard du projet global du centre de santé de Koenigshoffen dans l'ensemble de sa mission de santé publique.

Enfin, étant donné le flottement en matière de management, j'ai à repreciser un certain nombre de procédures, voire à les formaliser quand elles ne le sont pas, en insistant sur ce qui relève de chacun. Mon souci est que l'organisation du travail se fasse sur des bases objectives et équitables en référence à la convention collective et non sur « des bases d'arrangement » ou « affectives ». Les principales procédures à cadrer concerneront, dans un premier temps, la gestion du temps de travail et des congés annuels, l'organisation des plannings de travail et des tournées, le suivi des dossiers patients, le recrutement du personnel.

D) Redéfinir les modes de coordination

Afin de faciliter la coordination du centre de santé et son articulation au sein de l'association, je préconise les espaces et modes de coordination suivants :

- une réunion mensuelle entre la coordinatrice et la direction
- une réunion mensuelle de coordination de l'équipe du centre de santé
- une réunion mensuelle d'analyse des pratiques avec l'appui d'un intervenant extérieur réunissant l'ensemble de l'équipe du centre de santé.

De plus, afin de développer une réelle coordination entre les structures de l'association, je vais mettre en place une réunion trimestrielle de coordination associative. En effet, à ce jour, à aucun moment il n'y a d'échanges entre coordinateurs sur les activités et projets respectifs des deux établissements.

Ce temps de travail doit permettre aux différents coordinateurs de faire le point sur l'activité de leur service ou secteur, de réfléchir transversalement à des difficultés rencontrées, à des actions à mener... J'animerai ces temps de travail.

3.2.5 Renforcer les moyens pour la mise en œuvre du projet

Pour renforcer la coordination du centre de santé et décloisonner les pratiques par de nouvelles modalités d'intervention et permettre aux IDE de s'impliquer dans des actions de santé publique, il est donc nécessaire de dégager du temps de travail, situation complexe au regard du mode de financement de l'activité du centre de santé : le paiement à l'acte.

Consciente de cette difficulté, ma stratégie est la suivante.

A court terme, je vais recruter un IDE à temps partiel (80%) afin de dégager du temps de coordination et passer la coordinatrice à temps plein, ce qui augmente le temps de travail d'1 ETP au total. En effet, en matières de soins, la coordinatrice doit pouvoir se concentrer sur l'accueil de nouveaux patients, intervenir en cas de situations complexes

auprès des patients, de leurs proches, des aidants, des partenaires. Elle est aussi ressource pour son équipe. Certes, cela va engendrer une autre organisation des tournées et nécessiter de recruter de nouveaux patients. Néanmoins, ce choix est primordial en terme de développement de l'activité Soins et pour que la coordinatrice puisse développer activement l'ensemble des responsabilités qui lui sont confiées.

Par ailleurs, il s'agit de dégager une marge de financement progressive sur les fonds dédiés aux actions de prévention et de promotion de la santé de sorte que chaque salarié puisse participer chaque année à un volant d'heures d'action de santé publique. Je pars sur une base de 2 journées d'intervention à solliciter auprès de l'ARS en 2010 dans le cadre du projet Réseau Santé. Cela peut paraître dérisoire (84 heures sur une année pour l'ensemble de l'équipe infirmière). Mais, il s'agit pour moi d'aller progressivement vers un élargissement des pratiques tout en tenant compte que l'activité principale est le soin à domicile.

Dans une visée plus stratégique et à moyen terme, je souhaite m'appuyer sur la redéfinition du projet pour négocier le principe d'une expérimentation auprès de nos partenaires institutionnels, par exemple autour de la nutrition, compte tenu du contexte local et des actions déjà engagées. Cette possibilité a été ouverte lors de mes rencontres avec des partenaires institutionnels qui souhaitent pouvoir « irradier » au plus près des habitants les priorités de santé publique et considèrent les centres de santé comme un des acteurs pertinents.

Je présente donc un budget 2010 en légère évolution pour répondre à ces deux priorités à court terme, l'objectif premier étant bien la définition et la validation du projet.

3.3 Inscrire le projet dans le temps et dans un processus d'évaluation continue

Le projet n'est pas une fin en soi, mais bien un outil dynamique de management des équipes et de mise en œuvre des prestations au profit des usagers du centre de santé et plus largement des habitants du faubourg de Koenigshoffen. Son évaluation doit permettre à l'équipe, à chaque professionnel de s'inscrire dans un processus d'amélioration continue du service à l'utilisateur.

Je vais donc privilégier et impulser une démarche d'évaluation formative, inscrite dans le temps. Elle doit concerner tant l'action du centre de santé en matière de santé publique, des soins aux actions de promotion de la santé, que la conduite du projet.

3.3.1 S'appuyer sur un échéancier d'ensemble

Temporalité	Actions	Validation
Analyse stratégique <i>Janvier – avril 2009</i>	Mise en problématique Rencontre du Bureau Orientations stratégiques vers une démarche qualité Début de formation Démarche Qualité	Conseil d'Admin°
Cadrage et initialisation du projet <i>Mai 2009</i> <i>Juin – juillet 2009</i>	Ebauche du cahier des charges Choix du pilotage et de l'animation, constitué° GP Formation Démarche Qualité Validation orientations stratégiques Information des IRP + Réunions de salariés RV Coordin. et RV salariés + procédures plannings et congés	Groupe de Pilotage Assemblée Gén.
Finalisation du diagnostic <i>Sept. – novembre 2009</i>	Mobilisation de l'équipe du C. de Santé Auto-évaluation partagée (référentiel HAS) Formation Démarche Qualité Formation du personnel Cadrage et mise en œuvre de l'organisation Sollicitation des structures ressources / réflexion sur le projet	Groupe de Pilotage
Conception et organisation du projet <i>Décembre 2009</i>	Validation de l'auto évaluation Présentation du cahier des charges Validation du calendrier des travaux et des groupes projets Information des IRP Formation Démarche Qualité Rencontres de partenaires institutionnels	Groupe de Pilotage puis CA
Mise en œuvre et conduite <i>Janvier – mars 2010</i>	Fonctionnement des groupes projets : groupe d'analyse des pratiques, séminaires thématiques Coordination des travaux, comptes-rendus Rédaction progressive du projet Formation Démarche Qualité Formation du personnel Rencontres partenaires institutionnels	Groupe de Pilotage
Validation du projet <i>Mai 2010</i>	Finalisation de la rédaction Validation du projet Formation Démarche Qualité	Groupe de Pilotage, CA, AG
Officialisation et communication <i>Juin 2010</i>	Moment festif à l'occasion de la « sortie » du projet Elaboration des supports de communication Audit « blanc » Démarche Qualité Mise en place d'un groupe de suivi	Groupe de Pilotage CA
Année 2, 3, 4 Suivi du projet	Mise en œuvre des axes du projet Evaluation annuelle, analyse des écarts, rectifications Début année 4 : réflexion-action pour révision du projet	Groupe de suivi, CA, AG

3.3.2 Evaluer l'atteinte des objectifs de santé publique et la conduite de projet

L'évaluation de l'atteinte des objectifs de santé publique doit permettre d'avoir un regard partagé sur l'action réalisée, des soins aux actions collectives de promotion de la santé afin d'amplifier certains axes de travail, d'en rectifier d'autres...

Au niveau de la prise en charge et de la réalisation des soins, au-delà des indicateurs déjà en notre possession (démographie des patients, nombre et types d'actes, typologies des affections...), il s'agira de mieux cerner le contenu et la qualité de la coordination (outils utilisés, partenaires sollicités, types de problématiques rencontrées par les familles...), d'apprécier les actions d'éducation thérapeutique individuelles voire collectives mises en place (contenu, public touché...) et leurs effets sur la qualité de vie des personnes.

Enfin, les actions de promotion de la santé continueront à être évaluées au regard de l'impact attendu sur la vie des habitants¹¹⁶ et de leur satisfaction en tant que patient et/ou habitant :

- remobilisation d'un réseau relationnel entre les personnes, entraide...
- évolution de la capacité de chacun à prendre en charge sa santé et celle de ses proches : ouverture, personnes qui sortent de chez elles, qui font du lien avec d'autres..., début d'un engagement dans une autre association, début d'une activité pour soi, prise charge d'un souci de santé jusqu'alors délaissé par peur, honte, manque de moyens..., début d'une démarche thérapeutique le cas échéant...
- meilleure connaissance du dispositif de santé et meilleure utilisation de ce dernier
- évolution positive des situations prises en charge.

Les outils et autres supports d'évaluation seront bien sur les éléments statistiques mais aussi des grilles type d'évaluation des ateliers et actions collectives systématiquement après chaque action, des entretiens avec les personnes relais, les avis recueillis auprès des professionnels, les comptes rendus... (Annexe 13)

Parallèlement, il me revient d'évaluer la conduite de projet. Cette évaluation devra porter sur :

- l'association et la participation des différents acteurs : quels acteurs, quelles modalités de participation, mixité des statuts ;

¹¹⁶ Voir aussi en annexe 12 les critères plus spécifiques d'évaluation des projets Réseau Santé et Espace Ecoute Santé.

- la participation des professionnels à la démarche, autour de leur degré de participation effective aux réunions et aux groupes de travail, des travaux et productions des groupes de travail, de leur satisfaction dans la démarche ;
- le respect de l'échéancier proposé ;
- le contenu du projet et l'adéquation entre orientations et objectifs ;
- l'impact sur le positionnement du centre de santé vis-à-vis des partenaires, des institutionnels et des habitants.

Sur ce second aspect de l'évaluation, je m'appuierai sur des outils simples tels que les listes de présence, les productions (comptes-rendus, protocoles...), une évaluation systématique en fin de réunion avec les participants quant au déroulement de la réunion et à son contenu, les entretiens avec les partenaires...

En conclusion de cette partie....

J'emprunte volontiers à Jules RENARD cette citation sur le projet.

« Le projet est le brouillon de l'avenir. Parfois, il faut à l'avenir des centaines de brouillons. »

En effet, par la démarche présentée ci-dessus, articulée entre la réorganisation du centre de santé et la réflexion-action autour du projet, je veux développer une dynamique du changement qui entraîne les différents acteurs du projet du centre de santé.

De l'appropriation du diagnostic à la mise en œuvre des axes définis dans le projet du centre de santé, je vais avoir à accompagner les équipes dans un processus et des étapes de réflexivité, de projection créatrice, de négociation voire de confrontation, d'apprentissage et de réalisation. Aussi serai-je soucieuse, avec mes collaborateurs, des freins, des doutes, des incompréhensions... qui émergeront au fur et à mesure et au temps nécessaire comme « régulateur et médiateur »¹¹⁷.

¹¹⁷ LEFEVRE P., op. cit., p. 186

Conclusion

Retrouver le sens de l'action d'un centre de santé dans un contexte en fort mouvement législatif et organisationnel, à travers la redéfinition de son projet, pour déployer des prestations et une action de santé de qualité avec et vers les habitants : tel est le défi et l'objet de ma réflexion.

Promouvoir la santé représente indéniablement un enjeu majeur au regard des problématiques de santé publique actuelles. Mais surtout, c'est une opportunité pour développer une logique de projet de santé co construite entre patients / usagers / citoyens et professionnels.

Ainsi, la santé a été affirmée au rang des priorités publiques par la loi du 9 août 2004 qui a défini des objectifs et organisé leur déclinaison régionale. En particulier, elle a mis en exergue la question des inégalités de santé, dont l'intégration dans le cadre de la politique de la ville témoigne de l'importance d'une action encore plus territorialisée, dans la proximité des habitants. Enfin, en votant la loi dite « HPST » du 21 juillet 2009, le législateur parie sur la mise en place des ARS pour décroïsonner l'offre de soins, le médico-social et la prévention et développer une prise en charge adaptée, globale et de qualité. Les centres de santé y sont d'ailleurs définis comme acteur de santé de proximité.

Dans ce contexte, force m'a été de constater néanmoins une dérive du projet du centre de santé, pourtant partie prenante de Joie et Santé Koenigshoffen, association inscrite dans le mouvement d'éducation populaire. L'action santé y est scindée entre centre de santé et CSC alors même que les habitants privilégient une approche globale et positive de la santé, intégrée dans leur environnement. Ce décalage s'est trouvé renforcé par des difficultés de management et de coordination, et du fait de cultures professionnelles marquées, l'une par le sanitaire, l'autre par l'éducation populaire. Il a longtemps été occulté par la seule prise en compte de la dimension financière.

Au vu des besoins sur son territoire d'intervention en matière de prise en charge à domicile et de lutte contre les inégalités de santé, l'association a réaffirmée sa volonté de développer l'action Santé, et décidé d'engager, au printemps 2009, une démarche qualité. Cette orientation politique a été le déclencheur d'une prise de conscience de la dérive et m'a permis de proposer une démarche de redéfinition du projet du centre de santé.

J'ai en ce sens posé les principes d'une dynamique d'élaboration du projet en adéquation avec les valeurs de l'association, au regard des attendus envers les centres de santé et

des besoins du territoire. Basé sur la mobilisation des équipes, en premier lieu celle du centre de santé, l'objectif est de repositionner le centre de santé dans ses missions de santé publique, du soin à la promotion de la santé, au sein de l'association et dans son environnement.

Pilote de la démarche, j'ai repéré et décliné des étapes clés dans la conduite et l'animation du projet, à commencer par expliquer le sens et donner le cap autour de deux axes à mener de front : la réorganisation du centre de santé, l'élaboration du projet.

Animateur de la conduite d'un changement tant culturel qu'opérationnel, je mise sur l'association de toutes les parties prenantes pour réinvestir les objectifs dans un processus partagé, mettre en travail les pratiques professionnelles et redéployer au cœur de l'activité, y compris dans le soin, la santé au sens de qualité de la vie. La réorganisation du centre de santé, en repositionnant notamment les fonctions de coordination et de soins/promotion de la santé dans leur pleine mesure, de même que la mise en place d'une coordination générale associative, vont venir soutenir cette démarche. Il me reste à poursuivre progressivement sa mise en œuvre sur le terrain avec les équipes, les administrateurs, les bénévoles, les partenaires sous peine de corroborer cette pensée de Confucius : « *Une petite impatience ruine un grand projet.* »

De plus, même si elle est en prise avec l'évolution des politiques publiques, cette approche est ambitieuse, qui plus est dans un secteur où le financement majeur repose sur l'acte de soins. Peut-on oser « l'innovation » dans ce secteur et sortir d'une logique strictement médico-centrée ?

Au vu des contacts institutionnels déjà pris, d'une démarche de projet qui prend appui sur l'éducation populaire et pose des principes d'évaluation dans un objectif de pérennisation des actions et de définition de nouvelles modalités d'intervention, et d'initiatives dans d'autres régions, j'en fais le pari.

Enfin, je souhaite terminer mon propos par cette pensée de Sénèque :

« *Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, mais parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles* ».

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

BERNOUX J.F., 2005, *Guide des centres sociaux et Socio-Culturels*, Ed° Dunod.

BONNEFON G., 2006, *Penser l'éducation populaire, Humanisme et démocratie*, Lyon : Chronique Sociale, 108 p.

BERNOUX P. 2005, « Sociologie des organisations – les nouvelles approches, in CABIN P. CHOC B., *Les organisations – Etat des savoirs*, 2^{ème} édition actualisée, Belgique : 435 p.

CASTEL R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Mesnil sur l'Estrées : Gallimard, 813 p.

DELEGATION INTERMINISTERIELLE A LA VILLE, 2007, *Ateliers Santé Ville, une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, Paris : Les Editions de la DIV, 286 p.

HIRSCH M., 2006, « Les formes modernes de la pauvreté », in ROSANVALLON P., PECH T., MAURIN E. et al., *La nouvelle critique sociale*, Condé sur Noireau : Seuil, pp. 71-87.

LANDIER H., LABBE D., 2005, *Le management du risque social*, France : Editions d'Organisation

LEFEVRE P., 2003, *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, 405 p.

MINTZBERG H., 1973, « Les rôles professionnels du cadre » in *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*, Quatrième tirage 2009, Clermont Ferrand : Editions d'Organisation, pp. 65-111.

MIRAMONT J.M., COUET D, PATURET J-B., 2005, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Editions ENSP, 270p.

NIEWIADOMSKI C., AÏACH P., 2008, *Lutter contre les inégalités sociales de santé – Politiques publiques et pratiques professionnelles*, Rennes : Presses de l'EHESP, 279 p.

RAYSSIGUIER Y., JEGU J., LAFORCADE M., 2008, *Politiques sociales et de santé – Comprendre et agir*, Rennes : EHESP, 491 p.

REGROUPEMENT NATIONAL DES ORGANISATIONS GESTIONNAIRES DE CENTRES DE SANTE, 2007, *Centres de Santé, place et avenir dans le système de santé français*.

RESEAU DES ACTIONS LOCALES DE SANTE NORD PAS DE CALAIS, 2007, *Développer des « Maisons de santé de proximité » dans la région : des enjeux, une chance...* Contribution pour le Conseil Régional Nord Pas de Calais, 128 p.

UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE CENTRES DE SOINS, 1983, *Les centres de soins infirmiers en secteur associatif – une démarche communautaire*, p. 6.

Guides, référentiels...

HAS, 2007, *Référentiel d'évaluation des centres de santé*, 71 p. disponible sur internet : <http://has-sante.fr>

Rapports, colloques...

CNFPT – ENSP – PIR-Villes-CNRS – SFSP, *Santé publique et territoires, 10 ans de décentralisation*, 25 et 26 janvier 1995, Rennes, Nancy : CNFPT – ENSP – PIR-Villes-CNRS – SFSP, 1995, 185 p.

FLAJOLET A., 2008, *Mission au profit du gouvernement relatif aux disparités territoriales des politiques de santé*, [en ligne], disponible sur internet : <http://sante-sports.gouv.fr>

IGAS, mars 1990, *Rapport sur la situation des centres de santé, fonctionnement et analyse financière*, présenté par Mme C TROUVE, Mr R. DRIVET, M. M. LEMOINE, membres de l'IGAS

IGAS, 2006, *Situation financière des centres de soins infirmiers (CSI)*, rapport n° RM2006-176P, 58p.

SIMOS J., *Le périmètre de la promotion de la santé*, in Journées de Prévention de l'INPES, 2009, Session 7, *ARS et promotion de la santé* [en ligne] visible sur internet : <http://www.sfspenregion.fr>

Mémoires

SERVAU A., 2008, *La déclinaison de la politique régionale de santé publique dans le département de la Sarthe : enjeux et stratégies* [en ligne], Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale : EHESP, [visité le 08/08/2008], disponible sur Internet : <http://ehesp.fr>

Articles de périodiques

Actualités sociales hebdomadaires, *le projet de loi « hôpital, patients, santé, et territoires »*, N° 2594 du 30 janvier 2009, p. 41-53

Actualités sociales hebdomadaires, *la loi « hôpital, patients, santé, et territoires » est définitivement adoptée par le Parlement*, N°2616 du 3 juillet 2009, p. 5-6

BLUM-BOISGARD C., DEMEULEMEESTER R., JOURDAIN A et al, 2005, « Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ? », *Santé publique* [en ligne], décembre 2005, n°4, p. 571 [visité le 8/08/2008] et disponible sur internet : <http://www.cairn.info>

DAVID O., 2006, « Agir à l'échelon des territoires : une évidence, des risques, *La santé de l'homme*, n° 383, pp. 18-20.

JABOT F., 2007, « Enjeux et pratiques de l'évaluation », *La santé de l'homme*, n° 390, pp. 14-16.

JOËL M.E., 2000, « Des soins à la santé publique », *Ceras - revue Projet*, n° 263, [consulté le 19/07/2008], disponible sur Internet : <http://www.ceras-projet.com>

Lien social N° 859, 1^{er} novembre 2007, *Quelle place pour l'éducation populaire aujourd'hui ?*

MOQUET M-J., 2008, « Promouvoir la santé pour réduire les inégalités », *La santé de l'homme*, n° 397, p. 16.

RAIMONDEAU J., BRECHAT P-H., 2002, « 100 ans d'une histoire des médecins inspecteurs de santé publique », *ADSP*, n° 41, pp. 67-71

RIDDE V., BLAISE P., « Evaluation des interventions : comment mener à bien un exercice périlleux ? », *La santé de l'homme*, n°397, pp.28-30.

SANTILLI Dino, 2007, Le projet Social, outil de progrès, *La lettre du cadre territorial*, juin/juillet/août 2007

TONDEUR L., BAUDIER F., 1996, « Le développement de l'éducation pour la santé en France », *ADSP*, n°16, pp. 3-6

Chartes

OMS, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 1986. [visité le 08.08.2007], disponible sur internet :

http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french

OMS, *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*, 2005, disponible sur internet :

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/fr/index.html>

Lois, décrets, circulaires, codes

Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, [visité le 8 août 2008], disponible sur internet :

http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Loi_du_15_fevrier_1902.pdf

Loi 88-1088 du 1^{er} décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion

Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 [en ligne]. Journal officiel, n°18 du 20 janvier 1991. [09.09.2008], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr> et décrets n° 91-654, 91-655, 91-656 du 15 juillet 1991

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle [en ligne]. Journal officiel, n° 172 du 28 juillet 1999, disponible sur internet : <http://www.legifrance.fr>

Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000

Loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, dite LOLF.

Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [en ligne]. Journal officiel, n° 54 du 5 mars 2002. [visité le 08.08.2008], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [en ligne]. [visité le 08.08.2008], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. Journal officiel, n° 0167 du 22 juillet 2009. [visité le 01.09.2009], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Décret 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Décret n°77-483 du 22 avril 1977 relatif aux conditions d'agrément des dispensaires assurant un service de soins infirmiers.

Décrets n° 2000-1219 et n° 2000-1220 en date du 13 décembre 2000, d'où sont issus les articles D. 162-22 à 25 du Code de la Sécurité Sociale.

Circulaires DIV du 13 juin 2000 relatives à la mise en œuvre des ASV

Circulaires DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire

Circulaire DGS du 19 février 2002 relative au PRAPS de 2^{ème} génération

Circulaire DHOS/DGS/DGAS/DATAR n° 2003-387 du 16 avril 2003 relative à l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre de projets territoriaux de développement.

Circulaire DHOS/O/2004/n° 101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3^{ème} génération

Circulaire du 24 mai 2006 relative à l'élaboration des contrats urbains de cohésion sociale

Circulaire DGS/DHOS/SD1A n° 2006-383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ASV.

Circulaire N° DGS/2007/430 du 7 décembre 2007 relative au PRAPS

Code la sécurité sociale

Code de l'action sociale et des familles

Code de la santé publique

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Santé, quelques définitions et concepts
- Annexe 2 : Organisation nationale et régionale de la santé publique prévue par la loi de santé publique de 2004
- Annexe 3 : Evolution du cadre législatif et réglementaire des centres de santé
- Annexe 4 : Définition des centres de Santé par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (Article 6323-1 du Code de la Santé Publique)
- Annexe 5 : Organisation de l'Association J.S. Koenigshoffen
- Annexe 6 : Contrat de Projet du Centre Socio-Culturel
- Annexe 7 : Evolution des actes de 1993 à 2008
- Annexe 8 : Evolution des effectifs de personnel de 1998 à 2008
- Annexe 9 : L'action du centre de santé entre soins et prévention
- Annexe 10 : Schéma de présentation du Réseau Santé et de l'Espace Ecoute Santé
- Annexe 11 : Plan du référentiel d'évaluation des centres de santé
- Annexe 12 : Critères d'évaluation du Réseau Santé et de l'Espace Ecoute Santé

Annexe 1 : A propos de santé, quelques concepts et définitions

Sources :

- Site de l'Université de santé publique de Nancy : www.sante-pub.u-nancy.fr
- Site de l'Université du Québec : www.uquebec.ca/educasante/concepts_et_definitions
- Site : wikipedia.org

Santé, santé publique, santé globale, santé environnementale...

Santé

1/ Une première vision de la santé correspond à l'approche négative de la santé vue comme l'absence de maladies.

« La santé est définie comme une absence de maladie et d'infirmité » (définition du dictionnaire)

«La santé c'est le silence des organes.» (LERICHE, chirurgien)

2/ Deuxième groupe qui correspond à la définition que l'on donne très classiquement en santé publique.

« La santé est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ». (OMS, lors de sa constitution en 1946).

3/ Troisième groupe qui correspond à une définition plus dynamique de la santé et qui est celle admise actuellement par les acteurs en promotion de la santé et en éducation pour la santé : C'est la capacité d'adaptation permanente à son environnement

« La santé est l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine, biologiques, psychologiques et sociales. Cet équilibre exige d'une part la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains (besoins affectifs, nutritionnels, sanitaires, éducatifs et sociaux), d'autre part une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation »

MONNIER J., DESCHAMPS J-P., FABRY J., MANCIAUX M., RAIMBAULT A-M

4/ Approche écologique de la santé

Elle comprend les dimensions suivantes :

- biologie humaine : âge, sexe, hérédité, physiologie, psychologie, défense immunitaire
- stress
- environnement : social (familial, culturel), économique, milieu de travail, physique
- habitudes de vie : tabagisme, alcoolisme, drogues, psychotropes, alimentation, activité physique
- système de soins
- problèmes de santé : incidences, gravité
- impact de la maladie : conséquences physiques, psychiques, familiales, professionnelles, financières

Objectif Santé, 1984, Conseil des affaires sociales et de la famille du Québec

Santé publique

1/ « La santé publique a été définie comme « la science et l'art de prévenir les maladies, d'améliorer, de prolonger la vie, la santé et la vitalité mentales et physiques des individus au moyen d'une action collective concertée visant à :

- assainir le milieu,
- lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale,
- enseigner à l'individu les règles de l'hygiène personnelle,
- organiser les services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies,
- mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de sa santé,

l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir des droits innés à la santé et à la longévité. »

WISLOW, 1952, *Le coût de la maladie et le prix de la santé*, OMS

2/ En 1966, l'OMS proposait d'utiliser la notion de « *santé publique* » pour « *évoquer les problèmes concernant la santé et les maladies d'une population, l'état sanitaire d'une communauté, les services médico-sanitaires et socio-sanitaires, la planification et l'administration ainsi que la gestion des services de santé en incluant les soins curatifs.* »

3/ « Alors que traditionnellement la notion de santé publique recouvrait essentiellement l'hygiène du milieu de vie et la lutte contre les maladies transmissibles, elle s'est progressivement élargie... On utilise aujourd'hui santé publique au sens large pour évoquer les problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire d'une collectivité, les services sanitaires généraux et l'administration des services de soins. »

4/ « La santé publique est devenue une discipline autonome qui s'occupe de la santé *globale* des populations sous tous ses aspects *curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux* ; son objectif est la mise en place de systèmes et d'actions de promotion de la santé, de prévention et de traitement des maladies, de réadaptation des handicapés. »

MONNIER J. et al., 1980, Santé publique, santé de la communauté, SIMEP

Problème de santé publique

Est utilisé de façon plus large que « problème de santé » puisqu'il peut renvoyer non seulement à la définition de la santé elle-même mais aussi aux déterminants de la santé. un problème de santé publique peut donc être défini comme une difficulté de santé (état de santé proprement dit ou déterminant de l'état de santé) qui doit être corrigée par la mise en place d'intervention à dimension collective.

Deux grands types de critères sont habituellement utilisés pour affirmer qu'un problème de santé est un problème de santé publique :

- d'une part sa fréquence : il doit concerner un nombre suffisamment important de personnes ;
- d'autre part, ses conséquences que l'on peut définir à trois niveaux :
 - par la gravité du phénomène, c'est-à-dire susceptibles d'entraîner des altérations importantes de la qualité de vie des patients, une invalidité majeure, un décès ;
 - par les implications qu'il peut avoir sur le système de soins, nécessitant une mobilisation importante de ressources et d'énergie des professionnels ;
 - enfin le coût qui peut être élevé pour la société, le système de soins et/ou les individus concernés.

Ces critères peuvent s'associer. Le concept de « problème de santé publique » renvoie donc au fait que l'on se trouve en présence d'un problème potentiellement corrigeable mais que, pour des raisons culturelles, organisationnelles, sociales, politiques, le système ne peut résoudre de manière satisfaisante.

Source : Université de Santé Publique de Nancy.

Déterminants de la santé

Le terme « déterminant de la santé » est utilisé de façon générique pour nommer, décrire tout élément, facteur ou phénomène dont la présence est susceptible de modifier l'état de santé des individus. Un déterminant peut agir indépendamment des autres ou en interaction avec eux (potentialisation ou antagonisme). Lorsque la causalité est directe et

que le déterminant est susceptible de provoquer une maladie, on parle alors plus volontiers de facteur de risque. Le terme de déterminant est donc plus large et englobe celui de facteur de risque.

Les déterminants peuvent être une exposition individuelle ou collective. Si un facteur est déterminant de l'état de santé des individus, alors sa fréquence, sa distribution, son niveau moyen dans la population est un déterminant de l'état de santé de la population, donc il va influencer le niveau de santé de la population.

Source : Université de Santé Publique de Nancy

Prévention, Education et Promotion

Ce sont toutes trois des objectifs d'intervention en santé.

Prévention

Concept associé à l'idée de *prévention des maladies*. Un programme s'adresse aux *personnes à risques* de développer une maladie et vise à maintenir ou conserver la santé. C'est la santé conçue sur le principe de la *stabilité*.

Promotion

On l'associe au concept de *développement personnel*, sous le principe d'une *actualisation de soi*. Elle a pour but d'inciter les individus et la société à s'engager et à participer activement à l'élimination des risques personnels et environnementaux qui compromettent le maintien ou l'amélioration de la *santé multidimensionnelle* (sociale, mentale, émotionnelle, spirituelle, physique) et du bien être.

Education à la santé, pour la santé, relative à la santé

Concept qui fait référence à l'ensemble des approches et des instruments visant à engager une ou des personnes dans un processus d'auto-responsabilisation de sa santé et de son bien être. L'éducation à la santé correspond donc au processus d'intervention mis en application dans le cadre d'une action de promotion de la santé.

Selon l'OMS, l'éducation pour la santé est un terme employé pour désigner les occasions d'apprentissage délibérément suscitées pour faciliter les changements de comportements en vue d'atteindre un objectif déterminé à l'avance.

Nutneam, OMS, 1986.

Annexe 2 : Organisation nationale et régionale de la santé publique prévue par la loi de santé publique n° 2004-806 du 9/8/2004

Fonctions	Niveau national	Niveau régional
Responsabilité	L'État, pilote et garant de la protection de la santé et de la cohérence des initiatives des acteurs de santé.	L'État via le représentant de l'État en région
Expertise	Haut Conseil de la Santé Publique ¹¹⁸ (HCSP)	Structures expertes en région (ORS...) et les travaux sont rassemblés dans la Conférence Régionale de Santé (CRS)
Concertation	Conférence Nationale de Santé (CNS) / Priorités de santé et rapport annuel sur les droits des usagers	Conférence Régionale de Santé (CRS)
Décision	L'État fixe tous les 5 ans des objectifs de santé publique que le Parlement examine, amende et vote.	Le représentant de l'État en région arrête le Plan Régional de Santé Publique après consultation de la CRS.
Mise en oeuvre	Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)	Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP) sous la forme d'un GIP entre l'État, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et l'Assurance Maladie (URCAM et CRAM) et si elles le souhaitent, la Région et autres collectivités territoriales
Coordination, élaboration et examen des conditions de financement de financements	Comité National de Santé Publique ¹¹⁹	Au sein du GRSP
Evaluation	Haut Conseil de la Santé Publique et Parlement ¹²⁰	Conférence Régionale de Santé ¹²¹ (CRS)

¹¹⁸ Le Haut Conseil de la Santé Publique reprend les missions du Haut Conseil de la Santé (instauré par la loi du 4 mars 2002) et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France pour assurer sa fonction d'expertise.

¹¹⁹ En charge de l'élaboration interministérielle de la politique de santé publique, il fusionne les missions du Comité National de Sécurité Sanitaire et du Comité technique national de prévention.

¹²⁰ A tout moment par le biais de son Office parlementaire d'évaluation

¹²¹ La CRS doit notamment produire annuellement un rapport sur les conditions d'application et de respect des droits des personnes malades et des usagers du système de santé transmis à la Conférence Nationale de Santé.

Annexe 3 : Evolution législative et réglementaire des centres de santé

- 1928 : Loi sur les assurances sociales avec des accords tiers payant impliquant un abattement sur le paiement des actes en référence au tarif appliqué en service libéral pouvant aller jusqu'à 30%
- Décret n° 46-1834 du 20 août 1946, autorisant les assurés sociaux à se faire soigner dans les dispensaires agréés
- Annexe XXVIII par décret n° 56-284 du 9 mars 1956 agréant des dispensaires de soins infirmiers, conventionnés avec les C.P.A.M., payés à l'acte et intervenants sur un territoire déterminé
- Décret du 12 mai 1960 obligeant les dispensaires de soins à domicile à signer de nouvelles conventions qui incluent toujours un abattement
- Décret du 22 avril 1977¹²² signant la reconnaissance juridique des dispensaires assurant des soins infirmiers, définissant leurs conditions techniques d'agrément
- Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 et décrets n° 91-654, 91-655, 91-656 du 15 juillet 1991 : Les « dispensaires » deviennent « centres de santé » (infirmiers, médicaux, polyvalents, dentaires)
- Loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 : inscription des centres de santé dans le code de la santé publique
- Loi du 4 mars 2002 : positionnement dans le CSS sous la rubrique « Autres services de santé »¹²³
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 et article L. 6323-1 du CSS

¹²² Décret n°77-483 du 22 avril 1977 relatif aux conditions d'agrément des dispensaires assurant un service de soins infirmiers.

Annexe 4 : Définition des centres de santé (CSP)

Article L6323-1

Modifié par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 1 \(V\)](#)

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article [L. 322-1](#) du code de la sécurité sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article [L. 2212-2](#) et dans les conditions prévues aux articles [L. 2212-1](#) à [L. 2212-10](#) du présent code.

Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.

Ils peuvent soumettre à l'agence régionale de santé et appliquer les protocoles définis à l'article [L. 4011-2](#) dans les conditions prévues à l'article [L. 4011-3](#).

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé publics ou des établissements de santé d'intérêt collectif.

Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement.

Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.

Les centres de santé sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé. Ce texte détermine également les modalités de la période transitoire (1).

NOTA: (1) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 article 131 XI : Le dernier alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique est applicable à compter de l'entrée en vigueur de l'article 118 de la présente loi et du décret fixant les conditions techniques de fonctionnement des centres de santé prévu par ce même texte et au plus tard le 30 juin 2010.

¹²³ Article 53 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et article L.6323.1 du CSP, livre III, titre II « Autres services de santé »

Annexe 5 : Organisation de l'association J.S. Koenigshoffen

Pilotage politique	Assemblée générale (AG), Conseil d'administration (CA), Bureau, Président				
Pilotage technique	Directeur				
	Directrice adjointe chargée des projets et Responsable du pôle Accueil - Finances - Administration				
	Com° Finances Gpe Pilotage Koenigshoffen Santé	Com° Adultes Com° Séniors	Com° Enfants Com° Jeunes	Comité d'Habitants Charmille	Commission Omni Sports
Communication	Chargée de communication				
Accueil	Equipe Accueil				
Logistique	Equipe Entretien et maintenance				
Secteur et types d'activités	Centre de Santé	Centre Socio-Culturel			Centre Omni Sports
		Pôle Adultes Familles Seniors	Pôle Enfance Jeunesse	Micro structure Charmille	8 sections sportives
	Coordinatrice Equipe infirmière Secrétaire Intervenante	1 resp. + intervenants salariés et bénévoles	1 resp. + intervenants salariés et bénévoles	1 chargée de mission + comité d'habitants	Comités dirigeants et encadrants bénévoles par section
	Prévention + intervenants ext. + bénévoles	Ecole de musique et de danse 1 dir. + intervenants salariés			
	Soins	Animation globale, développement social local, accompagnement de personnes, projets festifs et autres			Pratique du sport et lien social
		Prévention et promotion de la santé			
Intervenants salariés et profils	9 salariés CDI soit 7,13 ETP (dont 6 en CDI à tps plein)	59 salariés soit 26,63 ETP (11 ETP en CDI à temps plein, 7,37 ETP en CDI à temps partiel et 8,25 ETP en CDD à temps partiel parmi lesquels de 10 à 12			0 ETP

	Conv° Coll. A Domicile	personnes en contrats aidés) Conv° collective SNAECSO	
	Infirmiers DE Anim. Prévention	Diversifiés : animateurs, filière STAPS, arts plastique, CESF...	Pratique sportive et BE
	Centre de Santé	Centre Socio-Culturel	Centre Omni Sports
Intervenants bénévoles	Environ 15 personnes	Environ 100 personnes	Environ 120 personnes
Cadre réglementaire pour l'association et chacune de ses structures	Agrément Centre de Santé (CSP, articles L.6323-1 et s, et articles D.6323- 1 et s) Convention CPAM et option de coordination (CSS, articles L. 162.32 et s. et D. 162.22 et s.)	Agrément CSC à valider tous les 4 ans auprès de la CAF via un Contrat de Projet (Circulaires CNAF de 1984, et du 31/10/1995 et circulaire ministérielle du 6/05/1996) Convention d'objectifs avec la ville de Strasbourg	En lien avec affiliation aux ligues et Jeunesse et Sports
Projet propre à chaque structure	Pas obligatoire mais préconisée depuis accord national 2003 Démarche volontaire de l'association depuis 1994. Projet non revisité depuis 2000 Démarche Qualité initiée en juin 2009	Contrat de Projet à revisiter autour des 4 missions des CSC : <i>équipement de quartier à vocation sociale globale, équipement à vocation familiale et pluri générationnelle, lieu d'animation de la vie sociale, lieu d'interventions sociales concertées et novatrices.</i>	Pas obligatoire Non formalisé mais projet mis en œuvre autour de l'organisation d'Assises du Sport bi annuelles

Dispositifs	Appels à projets PRSP et CUCS / actions de prévention et promotion de la santé	<p>Politique municipale : santé, sport, éducation, culture...</p> <p>Politique du Conseil Général : animation et postes animateurs jeunes, musique...</p> <p>Politique CAF : prestations d'animation globale et animation collective familles, ALSH, animation de rue, séjours en familles...</p> <p>Dispositifs publics¹²⁴ : CUCS, CEL, CLAS, VVV, FLAQ, REAAP, PRE, Accompagnement éducatif...</p> <p>Accueil de Loisirs de Jeunes Mineurs : Jeunesse et Sports, CAF...</p> <p>Dispositifs Education nationale : REP, CESC...</p> <p>Dispositifs européens... Fondations...</p>	Fonds Nat. de Développement du Sport Ville, Jeunesse et Sport
Financements et % du budget global de l'association	85% Sécu. Soc. 15% subvention (coordin° des soins et projets de prévention) 23% du B global	15 % participation des usagers 85 % subventions de fonctionnement (CAF, Ville et Conseil général) et subventions spécifiques sur projets dans le cadre des divers dispositifs 70% du Budget global associatif	Subventions spécifiques Etat, Ville et Conseil général 7% du B global

¹²⁴ Voir Glossaire

2008 - CONTRAT DE PROJET – 2011 : *Proximité*

Information et
Communication

Echanges et Solidarité

Environnement et
Cadre de vie

Axes de

travail

*Koenigshoffen
et ses quartiers*

Poteries

Hohberg et
Romains

Charmille et
Herrade

Saint Joseph et
Géroldeck

Saint Gall et
Capucins

Orientations
Fondamentales

Socle

Orientation 1

Aller vers... favoriser
la rencontre...

Orientation 2

Développer les échanges et
la convivialité pour favoriser
l'ouverture...

Orientation 3

Valoriser, responsabiliser,
soutenir... mots pour un même
thème : la responsabilisation.

Orientation 4

Prévenir et éduquer...

Annexe 7 : Evolution des actes de 1993 à 2008

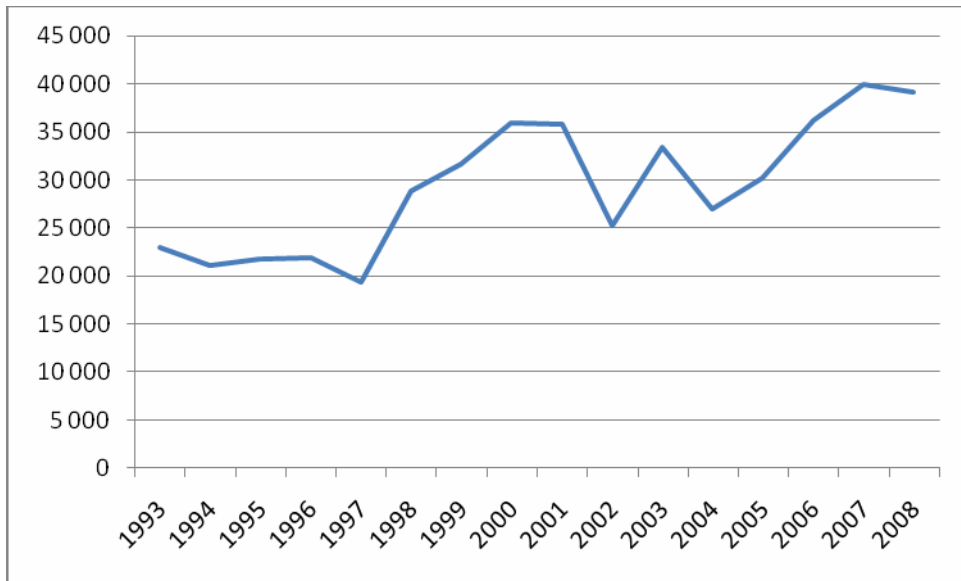


Figure 1 : Evolution du nombre d'actes

Annexe 8 : Evolution des effectifs de personnel de 1998 à 2008

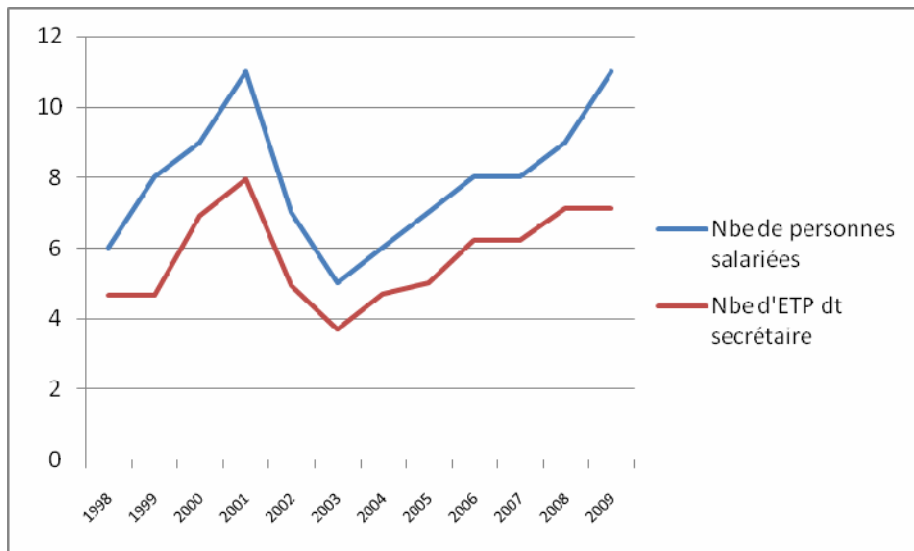


Figure 2 : Evolution des effectifs

Annexe 9 : L'action du Centre de santé entre soins et promotion/prévention

Items	Dimension Soins
Professionnels impliqués	Coordinatrice Equipe infirmière du Centre de Santé et secrétaire
Public touché	Environ 400 assurés/an dont 40% de nouvelles entrées Femmes 55% / Hommes 45% 99 % résident à Koenigshoffen (dont 38% Hohberg) < 26 ans : 5% ; 26 à 65 ans : 41% ; 66 à 75 ans : 24% ; >75 ans : 30% Actifs : 50% des assurés
Structure des affections	Aigües : 25% Chroniques : 74% Soins palliatifs : + ou- 1% Sur environ 1600 ordonnances / an
Pathologies ¹²⁵	Diabète : 18% Maladies cardiovasculaires : 7% Cancers : 3,5% Pathologies gériatriques : 3% Pathologies neurologiques : 2,5%
Types de soins	Insulines-dextro : 29% « Préparation, distribution et surveillance de médicaments » ¹²⁶ : 22% Autres pansements : 15% Toilettes : 12%
Partenariat	Régulier avec les médecins de Koenigshoffen et environs, les hôpitaux de Strasbourg et environs, l'hôpital de jour, le centre médico-social, les services de tutelle, les kinésithérapeutes, les pharmacies du faubourg, un groupe hospitalier de la région, le SSIAD, et toutes les structures privées ou publiques existantes du secteur (équipes mobiles, soins palliatifs, HAD, S.O.S Médecins, etc...) Formalisé par conventions avec le SSIAD, un groupe hospitalier et une résidence de personnes âgées.

¹²⁵ Eléments statistiques d'après les ordonnances

¹²⁶ Pour des personnes âgées ou des personnes souffrant de troubles psychologiques (et ne parvenant pas à assurer elles-mêmes le suivi du traitement quotidien). Il est à noter que le nombre de « surveillance de médicaments » est en réalité nettement supérieur au chiffre évoqué ci-dessus. Du fait du principe de dégressivité des actes, lors de la réalisation d'une toilette, seule celle-ci peut être facturée et donc chiffrée. Dans ce cas de figure, les distributions de médicaments sont effectuées mais ne sont ni facturées, ni chiffrées.

Items	Dimension Prévention et promotion de la santé
Professionnels impliqués	<p>Salariés du Centre de Santé : Assistante pédagogique du Réseau Santé (0,48 ETP), Infirmier Centre de santé (10 h/an = 0,01 ETP)</p> <p>Animateurs du centre socio-culturel (0,42 ETP)</p> <p>Personnes ressources de santé : médecin, assistante sociale, diététicienne, psychologue... (0,1 ETP)</p> <p>Psychologue du Point d'Accueil et d'Ecoute Jeunes (0,17 ETP mis à disposition)</p>
Actions et Public touché	<p>Réseau Santé</p> <p>> 600 à 1000 habitants/an, enfants, jeunes et adultes, souvent sur diverses actions, dont 10 personnes-relais et 100 personnes accompagnées par elles dans une démarche de santé.</p> <p>A 100% du faubourg de Koenigshoffen.</p> <p>Toutes CSP confondues mais une attention particulière à certaines populations : femmes en situations d'apprentissage du français, jeunes filles avec comportements alimentaires perturbés, adolescents...</p> <p>Des professionnels du CSC dans le cadre de formations internes</p> <p>Des professionnels du faubourg dans le cadre de formations conjointes</p> <p>Espace Ecoute Santé : environ 250 jeunes fréquentant le secteur Jeune du CSC, et suivi de 20 jeunes et jeunes adultes et 10 adultes environ/an</p>
Axes Thématiques	<p>3 thématiques issues d'un diagnostic de santé partagé mené en 2005 2006 auprès de 550 « professionnels de santé » et 130 habitants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentation et santé - Bien être et santé mentale - Conduites à risques et conduites addictives <p>Une vigilance transversale : l'articulation entre social et santé.</p>
Modalités d'actions	<p>Avec les habitants, actions « dans » et « hors les murs » en lien avec des actions du Centre Socio-Culturel et des actions de partenaires : ateliers, groupes de paroles, café scientifique, visites, rencontres, animation de rue, temps festifs...</p>

Déclinaison des actions	Environ 10 actions différentes / an soit au moins 1 atelier de 2 à 3 heures par semaine, dont 4 actions en partenariat / an
Place des habitants	<p>Selon déclinaisons des actions et partenariats développés, actions menées <u>par, avec et vers</u> d'autres habitants, les trois niveaux d'actions se conjuguant.</p> <p>Choix des thèmes, des types d'action, du niveau d'investissement, du degré d'engagement participatif (de la « simple » participation à l'engagement en tant que personne-relais)</p>
Impact des actions	<p>Lien social, solidarité... Evolution des représentations...</p> <p>Prise en main de sa santé et/ou accompagnement d'un proche : dépistage VIH Sida, grossesse, diabète, démarche thérapeutique...</p>
Partenariat et formalisation	<p>Centre Médico-Social, direction de proximité, médecin généraliste, assistante sociale, Centre d'Accueil et de Soins pour toxicomanes, diététicienne, CRES Alsace, Migrations Santé Alsace, services de santé scolaire du collège et du lycée, Observatoire Régional de la Santé, association de théâtre forum, club de prévention, relais-emploi, ADOMA, autres associations et institutions du faubourg, quelques médecins généralistes du faubourg intervenant ponctuellement...</p> <p>Conventions avec ALT pour le Point d'Accueil et d'Ecoute Jeunes, et avec des structures ressources pour la mise à disposition de personnel pour des actions du Réseau Santé.</p>

RESEAU SANTE et ESPACE ECOUTE SANTE

Pilotage

Acteurs de prévention

Axes thématiques

Partenaires

Groupe de pilotage avec les partenaires du quartier

3 fois par an

Centre Médico Social, Ville de Strasbourg, Cres /Orsal, Migration Santé Alsace, médecin généraliste, JSK (Centre de Santé et Centre Socio Culturel)

Socle de l'action

Participation des habitants.

Articulation entre professionnels et non professionnels.

Vision positive de la santé.

Echanges d'expériences, apports d'informations et mise en travail des représentations.

Démarche participative et collective.

Formation action visant la promotion individuelle et collective des personnes.

Des formes d'actions articulées entre :

- ateliers
- actions collectives
- accompagnement individuel

Les Habitants... Ils s'informent, se forment aux questions de santé pour eux-mêmes et leur entourage.

Coordination pédagogique

14h semaine

Ils deviennent acteurs de prévention et personnes-relais en participant à des actions collectives

L'assistante pédagogique met en œuvre avec les habitants les différentes facettes du projet avec des outils pédagogiques adaptés en collaboration avec les personnes-ressources.

Personnes ressources

Médecins, animateur théâtre forum, diététicienne, assistante sociale, psychologue, infirmiers...

Alimentation et santé

Que mangeons-nous ?
Pourquoi mangeons-nous ?
Comment mangeons-nous ?
Peut-on bien manger à petits prix ?

Bien Etre et santé mentale

Mal être, stress dépression...
Où trouver de l'aide ?
Comment faire pour être bien dans sa tête et dans son corps ?

Conduites à risques et addictives

Alcool, tabac, drogues, jeux dangereux, prises de risques sexuelles...

Une thématique transversale : **l'articulation de la santé et du social**

Collège Twinger
Jardins de la Montagne Verte
Centre Médico Social...

Centre Médico Social
Association de lutte contre les toxicomanies / PAEJ
Médecin généraliste
Centre de consultation familiale
Réseau RESPIRE
CIDF...

Médecin généraliste
Association de lutte contre les toxicomanies
Collège Twinger
Lycée Rudlof
Club de prévention
Relais Emploi
Centre Médico Social...

Annexe 11 : Éléments financiers du Centre de Santé

BILAN 2008

BILAN ACTIF	au 31/12/2008 en €		
	BRUT	AM.et PROV	NET
Immobilisations incorporelles	827	827	0
Immobilisations corporelles	27 163	26 413	749
Immobilisations financières			0
TOTAL ACTIF IMMOBILISE (1)	27 989	27 240	749
Créances			
Usagers			
Organismes payeurs	130 894		130 894
Autres	23 599		23 599
Total créances	154 494		154 494
Valeurs mobilières de placement	5 559		5 559
Disponibilités	143 986		143 986
Charges constatées d'avance	2 019		2 019
TOTAL ACTIF CIRCULANT (2)	306 058	0	306 058
TOTAL GENERAL (1+2)	334 048	27 240	306 807

BILAN 2008

BILAN PASSIF	au 31/12/2008 en €
Fonds associatif	19 943
Réserves	
Report à nouveau	210 270
Résultat de l'exercice	4 386
Subventions d'investissement	
Provisions réglementées	
TOTAL CAPITAUX PROPRES (1)	234 599
Provisions pour risques	588
Provisions pour charges	1 761
TOTAL DES PROVISIONS (2)	2 349
Emprunts et dettes financières	
Concours bancaires (découvert)	
Dettes fournisseurs	
Dettes fiscales et sociales	60 727
Autres dettes	2 668
Dettes sur immobilisations	
Autres dettes hors exploitation	
Produits constatés d'avance	6 464
TOTAL DES DETTES (3)	69 860
TOTAL GENERAL (1+2+3)	306 807

CENTRE DE SANTE	
CHARGES	

Compte	Intitule	Réel 2008	Prév 2010
602110	Aliment. Boissons	1 121	1 154
602130	Prod pharmaceut.	1 625	1 680
606100	Eau,gaz, electricit.	749	780
606200	Prod d'entretien	701	725
606300	Petit equipement	2 925	3 000
606400	Fourn. administra.	1 016	1 050
60 TOTAL	ACHATS	8 136 €	8 389 €
611000	Ss-traitance	15 244	17 777
613200	Location immob.	1 512	1 560
6135	Location mob	550	567
615000	Entretien & répar.	215	220
61560	Maintenance	637	657
616000	Assurances	2 318	2 700
618100	Documentation	262	300
618500	Formation du pers.	3 838	4 476
618510	Formation des bénévoles		
6186	Frais de réunion, colloque	481	500
61 TOTAL	SERVICES EXTERIEURS	25 056 €	28 757 €
621100	Personnel intérim.	6 645	6 844
621400	Personnel détaché prêté	16 541	17 040
622600	Honoraires	648	660
623000	Publicité & publi.	125	130
623800	Dons divers		-
624800	Transport d'activité		-
625200	Déplacemt. du person.	14 253	16 621
625700	Missions-Reception	101	119
626100	Frais postaux	162	189
626200	Télécommunicat.	3 943	4 580
627000	Services bancaires	47	55
628100	Cotisations	1 307	1 524
628500	Frais de recrutement	-	
62 TOTAL	AUTRES SERVICES	43772,85	47 762
631100	Taxes / salaires	21088	
631300	Part. format.continue	3948	
633400	Effort construction		
635100	Impôts directs	0	
63 IMPOTS ET TAXES		25036	35100
641000	Rémun. du personnel	241655	
641200	Congés payés - indemnités	-5892	
641300	Prime à verser	-12989	
645100	Sécurité Sociale	72946	
645200	Retraite + Prévoyance	17695	
647200	Cotisation ASSEDICS	9968	
647200	Verst conseil d'établist	4675	
647500	Médecine du trav.	717	
648000	Autres chgs de personnel		
64 TOTAL	CHARGES DE PERSONNEL	328776	375673
658000	Autres charges de gestion	221	
661100	Intérêts /Emprunts		
672000	Charges exception.		
675000	V.c.e.a.c.		
681000	Dotations aux amortis.	1124	
681500	Dotations aux provis.	588	
68900	Engagement à réaliser	1761	
TOTAL GENERAL		434471	495 681

CENTRE SANTE
PRODUITS

Annexe 11

Budget prévisionnel 2010

<i>Compte</i>	<i>Intitule</i>	<i>Réel 2008</i>	<i>Prév 2010</i>
708010	Sécurit. Sociale	279 999	326510
708011	Forfait	12 928	15076
708020	S.N.C.F.	2 009	2343
708030	Mutuelle de l'est	15 476	18047
708040	M.G.E.N	6 766	7889
708050	C.M.S.A.		0
708060	CAISSE SLI	1 347	1571
708070	M.G.P.T.T	316	368
708080	S.M.P.N		0
708090	Herrade		0
708091	Ovide	22 223	27100
708100	Remb.Divers	8 060	9399
708110	Tickets Modérat.	2 115	2466
708120	Electricité/Gaz		0
708130	Vivre Chez Moi	9 861	11499
708140	Tarif 100%		0
708500	Autres part.	2 063	2406
TOTAL PRODT DES ACTIVITES		363 163	424 674
741010	Subv.Séc.Soc.	24 190	28 208
741011	Subv.Etat	11 123	13 000
741020	Subv. GRSP	10 000	13 000
741030	Subv conv conseil générale	1 125	4 000
741031	Subv conv dpt DRASS		0
741060	Subv.conv Comune B	7 500	10 000
TOTAL SUBVENTIONS		53 938	68 208
760000	Prods financiers	2 778	2 800
771300	Dons libéralités reçues		
772000	Prods exceptionnels		
777000	Quote part subv invest virees		
781000	Reprises/ provisions	437	0
789000	Report des ressources	16 700	0
791000	Transferts de charg.		
TOTAL GENERAL		437 016	495 681
CHARGES		434 471	495 681
RESULTAT		2 545	0

Annexe 12 : Plan du référentiel des centres de santé

Référentiel d'évaluation

Chapitre 1. Projet du centre et gestion

1 - Projet du centre

- Critère 1 a : Le centre dispose d'un projet destiné à guider ses activités. p. 9
- Critère 1 b : Le projet prend en compte les données de l'environnement : besoins de la population, offre sanitaire et sociale environnante, politiques des institutions. p. 10
- Critère 1 c : Les professionnels sont associés à l'élaboration et au suivi du projet du centre, et les partenaires informés. p. 10

2 - Accès à la prise en charge

- Critère 2 a : Le centre favorise l'accès de tous aux soins. p. 12
- Critère 2 b : Le centre favorise l'accès physique des personnes. p. 12
- Critère 2 c : Le centre propose des solutions de prise en charge à tout moment. p. 13
- Critère 2 d : Le centre favorise une prise en charge globale des personnes. p. 14
- Critère 2 e : Les partenariats et le travail en réseau facilitent l'accès aux soins. p. 14

3 - Politique qualité

- Critère 3 a : Le centre a défini une politique qualité. p. 16
- Critère 3 b : La mise en œuvre de la politique qualité est organisée. p. 17
- Critère 3 c : La gestion documentaire est organisée. p. 18

4 - Bonne utilisation des ressources

- Critère 4 a : Des mécanismes sont en place pour contribuer à l'optimisation des recettes et des dépenses. p. 19
- Critère 4 b : L'utilisation des différents types de ressources contribue à leur efficacité. p. 20
- Critère 4 c : Les coûts des différentes activités et, le cas échéant, les recettes produites sont connus. p. 21

5 - Ressources humaines et exercice des responsabilités

- Critère 5 a : Le centre a mis en place une politique de gestion des ressources humaines. p. 22
- Critère 5 b : Les recrutements sont cohérents avec le projet du centre. p. 23
- Critère 5 c : Le plan de formation du personnel est en adéquation avec les besoins du centre. p. 23
- Critère 5 d : Une évaluation du personnel est conduite régulièrement. p. 24
- Critère 5 e : La prévention des risques pour le personnel est assurée. p. 24

6 - Ressources matérielles

- Critère 6 a : Les utilisateurs sont associés aux procédures d'achat et à l'évaluation des consommables et équipements. p. 26
- Critère 6 b : Les approvisionnements sont assurés. p. 26
- Critère 6c : La maintenance des différents équipements est organisée. p. 27

7 - Hygiène, désinfection, stérilisation

- Critère 7 a : Les règles d'hygiène sont appliquées dans le centre et au domicile des patients. p. 28
- Critère 7 b : La propreté des locaux est assurée. p. 29
- Critère 7 c : Les bonnes pratiques de désinfection pour le matériel réutilisable non stérilisable sont respectées. p. 29
- Critère 7 d : Les bonnes pratiques de stérilisation sont respectées. p. 30
- Critère 7 e : Les déchets sont éliminés conformément aux règles de bonnes pratiques. p. 31

8 - Système d'information

- Critère 8 a : Le système d'information est conçu pour contribuer efficacement aux activités du centre. p. 33
- Critère 8 b : Le système d'information fait l'objet des mesures de sécurité nécessaires. p. 34

Chapitre 2. Prise en charge du patient

9 - Accueil, attente

- Critère 9 a : Les modalités de réponse à un appel téléphonique sont définies. p. 35
- Critère 9 b : Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée. p. 36
- Critère 9 c : Les conditions d'accueil permettent de préserver la confidentialité des informations relatives au patient. p. 36
- Critère 9 d : La configuration des lieux et la signalétique facilitent l'orientation du patient à l'intérieur du centre. p. 37
- Critère 9 e : Les conditions d'attente sont adaptées. p. 37

10 - Rendez-vous

- Critère 10 a : Les modalités de réponse à une demande de rendez-vous sont définies. p. 38
- Critère 10 b : Le libre choix du praticien par le patient est favorisé. p. 39
- Critère 10 c : Les modalités de gestion des rendez-vous optimisent la prise en charge des patients. p. 39

11 - Demandes de soins non programmés et urgences

- Critère 11 a : Une réponse est apportée aux demandes de soins non programmés qui s'expriment au téléphone et à l'accueil. p. 40
- Critère 11 b : La prise en charge des urgences dans le centre est organisée. p. 41

12 - Organisation du dossier, circuit et stockage

- Critère 12 a : Le dossier du patient est unique et composé de toutes les rubriques nécessaires à la prise en charge. p. 42
- Critère 12 b : Les dossiers des patients sont en permanence localisables et accessibles par les personnes autorisées. p. 44
- Critère 12 c : La sécurité et la confidentialité des données sont garanties par les conditions de classement interne du dossier, de stockage et de circulation. p. 44

13 - Tenue du dossier, communication des données et du dossier

- Critère 13 a : Les informations concernant le patient sont actualisées et lisibles. p. 45
- Critère 13 b : Les professionnels du centre accèdent aux différentes rubriques du dossier du patient selon des droits définis. p. 45
- Critère 13 c : La communication aux autres professionnels de santé d'informations concernant les patients contribue à la continuité des soins. p. 46
- Critère 13 d : Le patient peut avoir accès à son dossier conformément à la réglementation. p. 47

14 - Réalisation des soins

- Critère 14 a : L'intimité du patient et la quiétude des séances de soins sont assurées. p. 48
- Critère 14 b : La confidentialité des informations concernant le patient est assurée. p. 48
- Critère 14 c : La sécurité des patients est assurée. p. 48
- Critère 14 d : La continuité des soins est assurée. p. 49
- Critère 14 e : Les situations de soins complexes font l'objet d'échanges entre professionnels. p. 50
- Critère 14 f : Lors des travaux de prothèse dentaire le patient reçoit les informations lui permettant de donner son consentement éclairé. p. 51
- Critère 14 g : Des outils sont mis en place pour contribuer à l'information et à la satisfaction des patients concernant les garanties de prothèse et le suivi des incidents. p. 51

15 - Prise en charge et relations clients prestataires

- Critère 15 a : Les modalités de demandes et de réponses pour les examens complémentaires sont organisées. p. 52
- Critère 15 b : Des outils sont mis en place pour optimiser la collaboration chirurgien-dentiste prothésiste. p. 52

16 - Satisfaction des patients

- Critère 16 a : Une enquête de satisfaction des patients est réalisée régulièrement. p. 53
- Critère 16 b : La gestion des plaintes et réclamations est organisée. p. 54

Annexe 13 : Critères et outils d'évaluation des actions de promotion de la santé

1. Réseau Santé

Au niveau du groupe de pilotage : nombre de rencontres, comptes rendus des réunions, évolution des axes de travail...

Au niveau du partenariat : nombre de partenaires impliqués, types d'implication, type d'actions développées, qualité du partenariat

Au niveau des personnes relais du Réseau Santé (via réunions collectives, entretiens individuels, comptes-rendus...

- nombre de personnes relais
- typologie des personnes relais (mixité : âges, sexes, origines socioculturelles, lieux d'habitat, catégories socio-professionnelles)
- participation régulière, degré de satisfaction
- évolution du positionnement des personnes sur telle ou telle thématique (passage d'une position de fermeture à une position d'ouverture...)
- capacité à s'exprimer, à argumenter, à soutenir une position
- évolution des relations au sein du groupe : écoute, entraide, solidarité....
- fonction d'interface et de relais : écoute de proches, orientations, démarches mises en œuvre concrètement et thématiques...
- nombre de personnes touchées par personne relais
- évolution d'une situation personnelle difficile le cas échéant

Au niveau des habitants plus largement

- nombre de personnes touchées par action
- typologie des personnes touchées par action (âges, sexes, origines socioculturelles)
- questionnements soulevés, alternatives proposées, niveau d'engagement
- actions concrètes mises en œuvre : type, durée, thématique, retombées, partenariat...
- effets sur comportements favorables à la santé

Outils (non exhaustifs) :

- grille type d'évaluation des ateliers et actions collectives systématique après chaque action
- grille d'entretien avec les personnes relais
- éléments d'évaluation avec les professionnels
- compte rendu du groupe de pilotage

2. Espace Ecoute Santé

- nombre et typologie des personnes touchées
- type de problématiques
- type de suivi et d'orientation
- évolution des situations
- partenariat