

Politiques locales de santé **publique**

- Pourquoi des politiques locales?
- Comment agir au niveau local et avec qui?
- Quels outils?
- Quels effets: exemple à Nanterre.
- Et après...

Pourquoi agir en santé au niveau local?

- Incapacité du « système » à réduire les ISS et ITS
- Demande croissante de la population aux élus concernant l'offre de soins, l'accès aux soins, à la prévention, voire à la santé...
- Inefficacité des grandes campagnes nationales de prévention sans relais local
- Impact de la santé sur les autres secteurs
- Contexte socio-politique dégradé, avec impact sanitaire négatif et conséquences sur le lien social local

Que peuvent faire les Villes?

- Pas de compétences légales en Santé
- MAIS: responsables du bien-être de la population, DONT leur Santé
- Responsables de la cohésion sociale, des sécurités...
- Informées des besoins et sollicitées
- En capacité d'agir directement et indirectement sur leur territoire
- Et en contact avec de multiples acteurs locaux
- Proximité, Participation, Démocratie, Solidarité

donc LEGITIMES à agir et CAPABLES de
s'autosaisir

Deux axes d'intervention en santé pour une ville

Pour améliorer le bien-être de tous les citoyens et diminuer les inégalités de Santé

- Deux axes articulés entre eux:
 - Actions de PREVENTION et SANTE PUBLIQUE
 - Relais communautaires, participation
 - Population ciblée
 - Evaluation
 - **Atelier santé Ville** et demain **Contrat local de santé**
 - Développement de OFFRE de SOINS :
 - Relais des actions de dépistage
 - Évolutive
 - Complémentaire de l'existant: CMS...
 - Secteur I
 - Valeur ajoutée en prévention
- Financement à Nanterre:
 - Ville: 2% de son budget
 - politique de la ville, Atelier Santé Ville
 - PRAPS, PRSP, CNAM, PNNS, CG, Fondations...

A NANTERRE... comme ailleurs...

- Constats:
 - inégalité SOCIALES et TERRITORIALES croissantes
 - L'Etat n'assure plus l'accès égal aux soins et à la prévention
- Exigences:
 - La population le demande
 - Santé pour tous fondée sur la Solidarité

Conclusion:

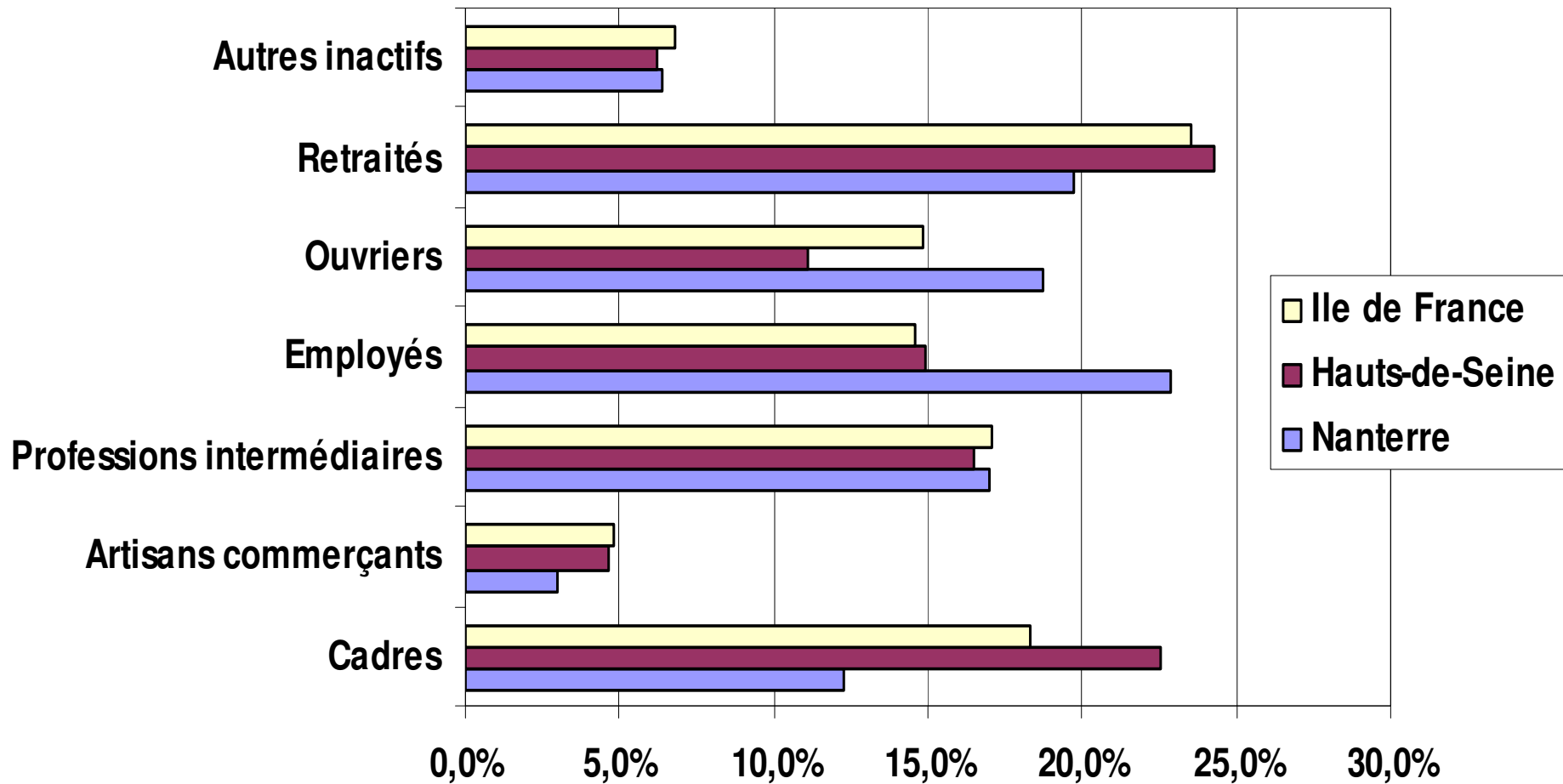
les Villes DOIVENT s'engager dans la Santé

d'autant plus que leur population est modeste

FAIRE LA PREUVE des BESOINS

Quelques rappels du contexte:

- Une forte proportion d'employés et d'ouvriers



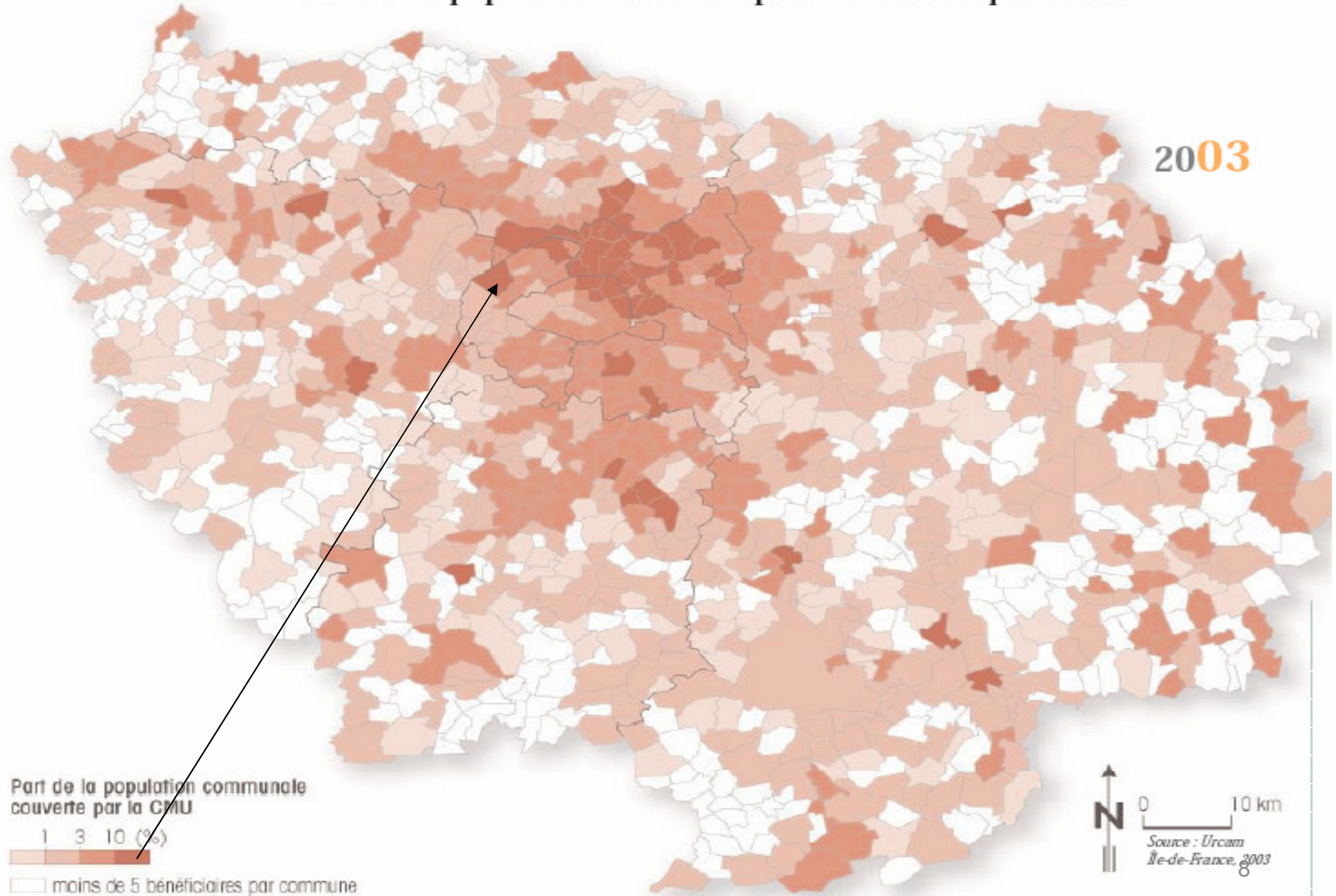
- Un revenu fiscal moyen par ménage largement inférieur à la moyenne régionale

	2004		
	Ile de France	Hauts de Seine	Nanterre
Revenu fiscal moyen (en euros)	21 225	24 997	14 936
foyers fiscaux imposables	29 892	33 573	22 827
foyers fiscaux non imposables	6607	6 857	7 044

En 2004, le revenu fiscal moyen déclaré par les ménages Nanterriens est de **14 936 euros** (montant inférieur de 67,3% à la moyenne départementale et de 42,2% à la moyenne régionale).

Part de la population couverte par la CMU complémentaire

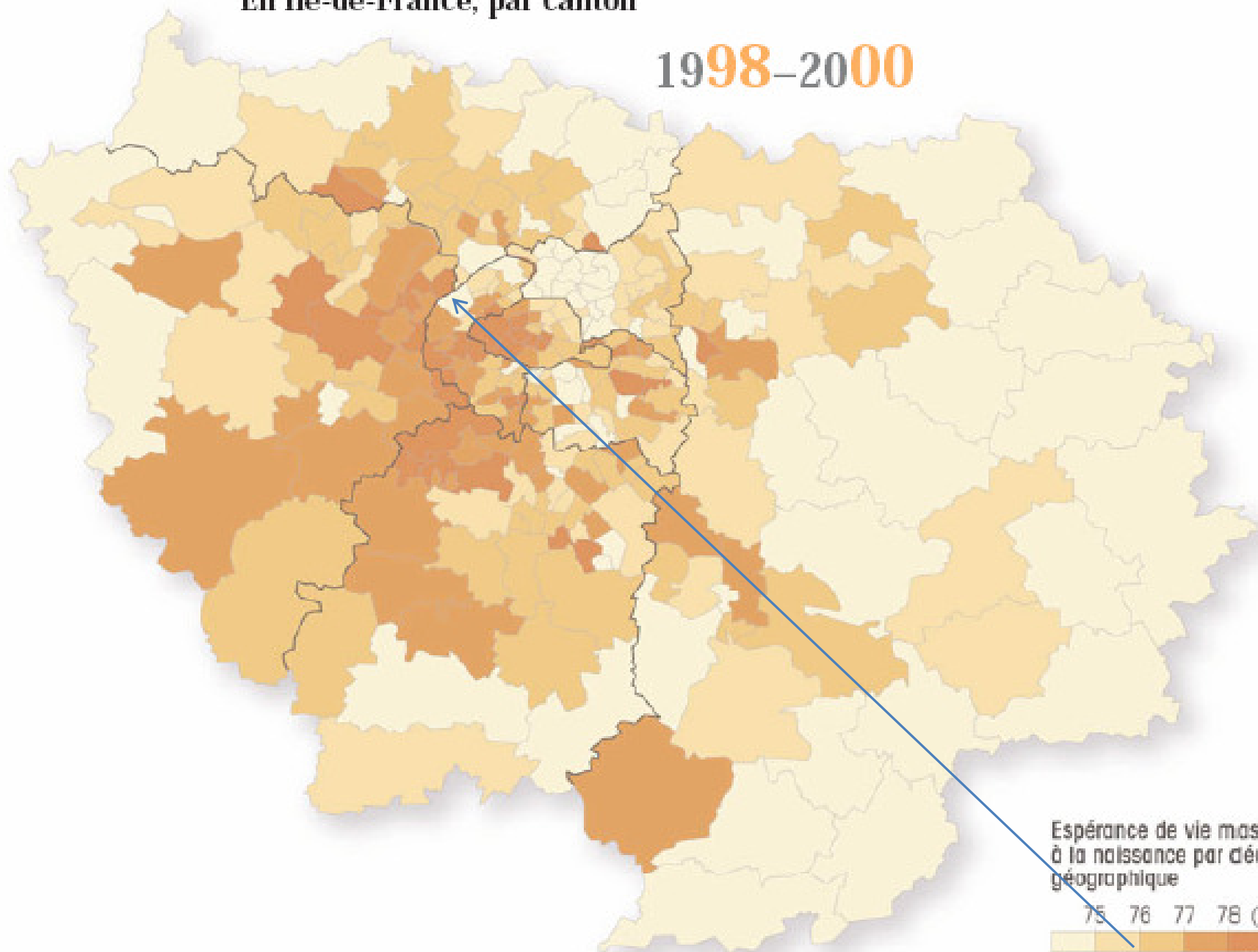
2003



En Île-de-France, par canton

1998-2000

E1

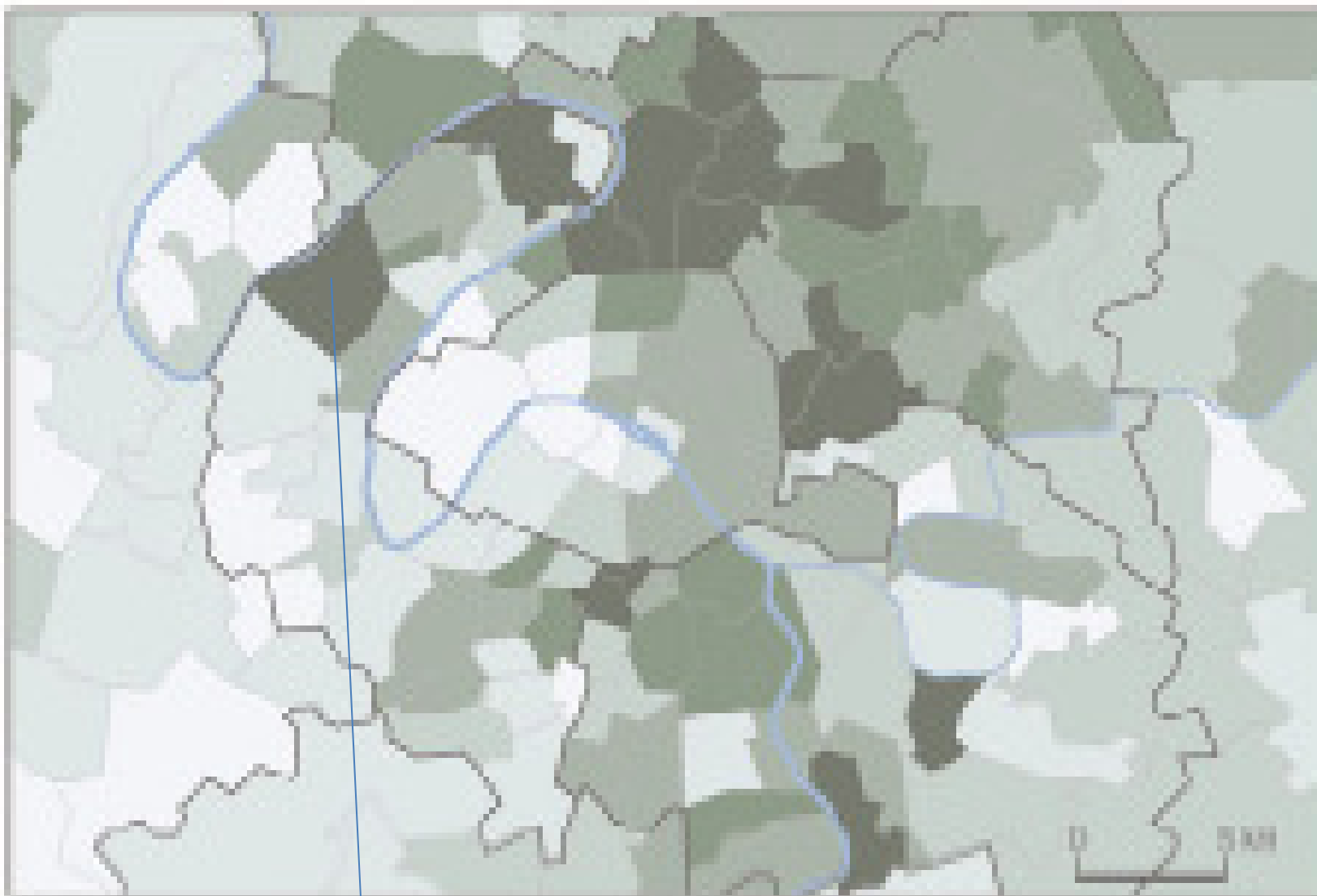


Espérance de vie masculine
à la naissance par découpage
géographique

75 76 77 78 (ans)



Sources : Insee, état civil et estimation
de population, ORS 9



A Nanterre, un taux de mortalité prématurée très élevé

Offre de soins libérale à Nanterre

Médecins en activité : 111

Médecins généralistes : 60

(dont 5 médecins à exercice particulier)
soit 54% du total des médecins

Médecins spécialistes : 51

soit 46% du total des médecins.

Densité pour 10 000 habitants* :

	Nanterre	Hauts-de-Seine	Ile de France
Généralistes	7,1	10,4	9,7
Spécialistes	6,0	8,6	10,9
Total	13,1	19,0	20,6

* population recensement 2004

Le Service de santé municipal = 3 CMS +...

**** Le Service Prévention et Santé Publique**

- Un Responsable de santé publique
 - L'ASV et l'Observatoire local de la santé
 - L'Espace Santé Jeunes
 - Le Centre médico-sportif
 - Les autres actions de SP
-
- Une quinzaine d'ETP, une trentaine de professionnels impliqués

= un dispositif public de Santé alliant
prévention et soins

Pourquoi un ASV ?

- Une municipalité convaincue de l'enjeu Santé...
- Mais attentive au « désengagement de l'Etat »
- Un premier diagnostic suite à une « demande » des professionnels de la petite enfance sur un quartier (1998)
- Un dispositif qui propose la méthodologie manquante et un peu de financement d'Etat
- Donc rend « légitime » la ville
- Et permet d'embaucher une « coordonnatrice »
- De mobiliser population et acteurs
- Un Contrat de Ville dynamique
- Un élu mobilisé
- Un service municipal de la santé enthousiaste
- Et surtout la mise en évidence du caractère inacceptable et destructeur des inégalités sociales et territoriales de santé

Ses limites...

- Annualité du financement: non-pérenne, fragile
- Recherche de ressources pour les actions
- Transfert de charges et de responsabilités
- Engagement des Elus ET de l'Etat
- Difficulté du partenariat
- Manquent PdS libéraux, Hôpital
- Multiplicité des facteurs déterminants de la santé
- Recueil de données pertinentes pour l'observation et l'évaluation
- Reconnaissance institutionnelle
- Place dans les nouvelles ARS
- Et futurs Contrats locaux de santé

Le CUCS: transversalité des cinq axes, cohérence de la politique

- **Education:** santé dans le DRE, prise en compte de la souffrance psycho-sociale, dépistage précoce des troubles du comportement, dents, alimentation...
- **Insertion:** consultations « longues » pour les bénéficiaires du RMI, formation et soutien « psy » aux instructeurs...
- **Sécurité/prévention:** addictions, souffrance psycho-sociale, Conseil local en santé mentale à partir du diagnostic et du travail de l'ASV avec le secteur de psychiatrie...
- **Habitat:** saturnisme, bruit, insalubrité,
→→ **l'ASV permet de mettre la préoccupation « Santé » partout**

Contexte et élaboration de l'ASV

- Créé en 2001 : CIV déc.2000; circulaire juin 2001
- Intégré au Service Municipal de la Santé
- Prolonge le volet santé du Contrat de Ville
- Encadré par un comité de pilotage mixte.....
- Animé par une coordinatrice +++++
- Orienté vers les populations vulnérables
- Territorialisé sur les 4 ZUS de Nanterre
(60% de la population)

La démarche

- Analyse des besoins : DIAGNOSTIC SANTE
 - Avec les Habitants et les professionnels
 - indicateurs de santé: objectifs, ressentis...
- Des priorités sont dégagées
- Cohérentes avec les priorités régionales (PRSP)
- Co-pilotage Ville-Etat
- Actions réalisées :
 - Prévention primaire, secondaire
 - Mobilisation de la population et des acteurs
 - Inscrit dans la politique municipale

Le diagnostic santé :

OBJECTIFS:

- Identifier les **problèmes** de santé à l'échelle du quartier
- Repérer les **ressources** propres au quartier
- Utiliser une méthode **participative** associant acteurs et habitants
- Définir en concertation des **priorités** d'actions
- Définir et mettre en œuvre un **plan d'action**
- Définir des **indicateurs** d'évaluation et de pilotage
- L'essentiel est de se mettre d'accord pour engendrer une **dynamique**

Les quatre diagnostics des ZUS de Nanterre:

Des diagnostics aux actions Quelques exemples

Problématiques:

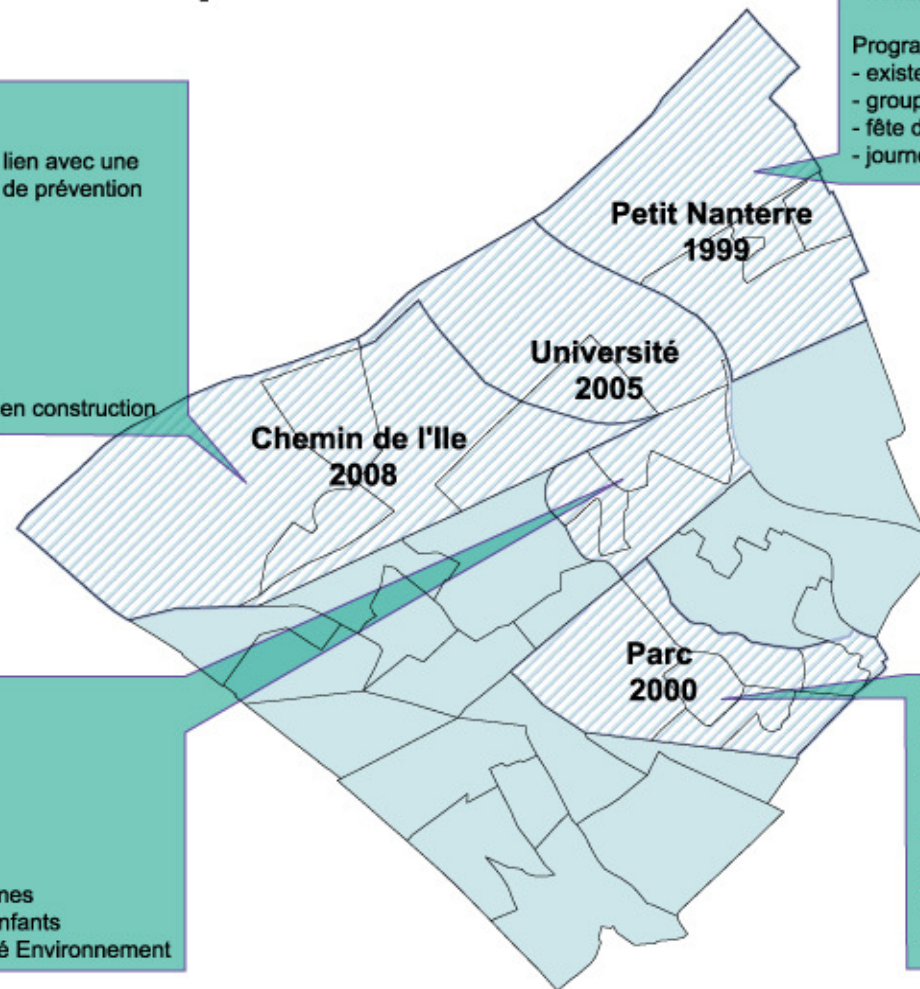
- souffrance psychosociale
- recours aux soins tardif en lien avec une offre de soins et une culture de prévention insuffisantes

Publics prioritaires:

- les séniors
- les jeunes

Programmes/actions:

- actions ponctuelles, PLSP en construction



Problématiques:

- grossesse / petite enfance
- souffrance psychosociale
- nutrition / diabète

Programmes/actions:

- existence PMI et Hôpital sur le quartier
- groupe santé mentale depuis 2001
- fête de quartier annuelle
- journée dépistage diabète

Problématiques:

- absence de réseau
- souffrance psychosociale
- développer la prévention
- environnement

Programmes/actions:

- programme santé des femmes
- ateliers massages mères-enfants
- fête de quartier thème santé Environnement

Problématiques:

- souffrance psychosociale
- développer la prévention
- parentalité

Programmes/actions:

- mise en place de points-écoute
- fête de quartier annuelle
- ateliers nutrition
- forum rencontres santé

Les actions

- Prioritairement celles reconnues par les habitants **et** par les professionnels
- Puis celles pour lesquelles on dispose d'indicateurs de santé fiables et reproductibles: faire la preuve de l'efficacité
- Conditions de mise en œuvre variables d'un quartier à l'autre

les objectifs de l'ASV (1/2)

- **Réduire les inégalités sociales et territoriales de Santé**
- **Articuler Politique de Santé et Politique de la Ville**

C'est-à-dire:

- Identifier au niveau local les besoins de santé spécifiques des publics en difficultés et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie
- Faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et/ou la participation à des réseaux existants

les objectifs de l'ASV (2/2)

- Favoriser l'accès à la santé : soins, prévention et déterminants de santé
- Développer la participation active des acteurs de la santé et de la population elle-même: démocratie sanitaire locale
- Diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins et des ressources par site.
- Evaluer les actions conduites: impact sur l'état de santé, sur les autres politiques, sur la mobilisation locale
- Intérêts: transversalité, interinstitutionnalité, sensibilisation des Elus, des habitants, des professionnels... à la santé publique.
- Construire le Plan local de santé publique

Le Plan Local de Santé Publique (1/2)

Les actions *portées par l'ASV* :

- Consultation de psychologue à la PMI (Petit Nanterre)
- Actions collectives sur le quartier du Petit Nanterre
- Le groupe santé mentale du Petit Nanterre : mobilisation des professionnels et des relais associatifs puis CLSM
- Actions collectives sur le quartier Université
- Action santé des femmes
- Actions en faveur des migrants: foyers Sonacotra
- Le « Village Santé » des fêtes de quartiers
- L'Observatoire Local de la Santé

Le Plan Local de Santé Publique (2/2)

Les *autres* actions du Service Municipal de la Santé complémentaires, hors dispositif ASV, mais en cohérence:

- Les actions de promotion de la santé buccodentaire en premier degré (*antérieur*)
- Les actions d'éducation nutritionnelle dans les écoles primaires et collèges (*avec l'Education nationale*)
- Les points écoute dans les collèges (*DRE*)
- Les Groupes thérapeutiques à temps partiel en lien avec les écoles , avec le CMPP et l'ISPP (*DRE*)
- Parcours santé des jeunes en Centre de formation (*DIJ-CR*)
- Santé des jeunes dans les Foyers de Jeunes travailleurs (*DIJ-CR*)
- Le pôle animation (accueil des enfants pendant les vacances, (*porté par le Service Enfance*))
- Les consultations RMI (*dans le cadre du PDI-CG*)

La Santé mentale: une priorité...

- Chacun des diagnostics santé a fait émerger la problématique de la santé mentale et la souffrance psychosociale, confortée par l'enquête SMPG pilotée par l'Observatoire local avec l'appui du CCOMS en Santé Mentale de Lille et de l'IFSI de Nanterre.
- Ces éléments mis en lumière par les travaux de l'OLS et de l'ASV ont conduit à la décision municipale de créer en 2009 un Conseil Local en Santé mentale

dont les axes de travail sont les suivants :

- Cellule de veille et de suivi en santé mentale pour le repérage et la prévention de situations individuelles ;
- Le logement pour les malades;
- L'accès aux soins via une meilleure collaboration avec les professionnels de la santé et de l'action sociale ;
- La réhabilitation psychosociale des malades psychiques ;
- La mise en oeuvre d'une procédure partagée en matière d'hospitalisation d'office.
- La psychiatrie « citoyenne » et la déstigmatisation

Ré-interroger les indicateurs...

- Pourcentage de troubles précoces des apprentissages: en ZEP, ZUS, reste de la ville..
- Surpoids des jeunes... et activité physique
- Corrélés avec les données socio, éco, démo...
- Taux de dépistage du cancer du sein: dans la commune, dans les ZUS, chez les bénéficiaires de la CMU....
- Quelles actions mettre en œuvre pour réduire les écarts? Avec qui?
- Comparaison dans le temps et l'espace
- Adapter les priorités et les actions

l'Observatoire Local de Santé

Observer, pourquoi?

Outil de connaissance de la santé de la population

- En rassemblant et en analysant l'existant...
- Par l'observation régulière de certains thèmes identifiés comme prioritaires.
- Pour mieux comprendre les mécanismes d'accès – ou pas – à la santé

Outil d'aide à la décision collective:

- Affiner les besoins de santé par sites, par population-cible pour mieux adapter les moyens, les réponses aux besoins repérés
- Faciliter la concertation entre les partenaires (dont les habitants)
- Produire de l'analyse pour l'ensemble et pour chaque partenaire
- La mettre en forme pour la rendre intelligible pour tous
- Eclairer les enjeux, produire du débat et du sens
- Construire une connaissance partagée et évolutive du territoire
- Rendre cette connaissance opérante

Ensuite....

- **Evaluation** des actions et de leur impact sur la santé
- **Adaptation** des actions
- **Transversalité**: impact des autres politiques sur la santé
- **Cohérence**: impact de la politique de santé sur les autres thématiques
- **Comparaison dans l'espace**: quartiers, moyenne régionale...
- Comparaison dans **le temps**: évolution, impact...
- **Retour** auprès des producteurs et de la population

>> *Pilotage de la politique de santé, en lien avec l'ensemble de la politique municipale*

L'observation locale en santé, outil de gouvernance pour les élus

- De plus en plus de villes engagées dans la santé
- 255 Ateliers Santé Ville sur près de 500 CUCS
- Ayant nécessité plus de 300 diagnostics locaux
- Dont 21 avec un Observatoire local de santé
- L'ARS:
 - Doit élaborer et mettre en œuvre le programme régional de santé,
 - en se fondant notamment sur l'observation de la santé dans la région, mais...
 - Avec une territorialisation croissante des actions financées, donc...
 - A partir de données locales objectives

Sur quel territoire?

- REGION= programmation, allocation équitable de moyens
- Territoire de SANTE: hospitalo-centré sur les futures CHT
- VILLE ou AGGLO = mise en place d'une politique locale de santé, intégrée à la politique municipale et intégrant la programmation régionale;
- QUARTIER voire IRIS = lieu de vie et de proximité, lieu de mobilisation de la population, de mise en lien des acteurs; territoire de l'action

Chaque niveau territorial a des **responsabilités** et des **objectifs** spécifiques qui déterminent les **critères** et donc les **indicateurs** de l'observation

Quels indicateurs? Fonction de l'objectif et donc du territoire d'observation et d'action

- Pour la Ville:
 - faciliter l'accès à la prévention et aux soins
 - Réduire les ISS et ITS
 - Mobiliser la population et les acteurs
- Panel d'indicateurs, mutualisé au niveau de territoire de santé ou du département, permettant une
- Connaissance fine du territoire en croisant les données:
 - Population, socio-démo, cultures, modes d'habitat
 - Etat de santé «objectif»: principales pathologies, médicaments consommés
 - Besoins ressentis et attentes des habitants
 - Point de vue des professionnels (sanitaires, sociaux, éducatifs...)
 - Ressources: Offre de soins, Tissu social, Associations,
 - Déterminants: logement, cadre de vie, transports,
 - Indicateurs de suivi de chaque programme

Conditions nécessaires pour un OLS

- Vocation inter-institutionnelle, multiples partenaires
- Comité de pilotage indépendant
- Comité scientifique et technique associant des compétences en
 - Santé publique
 - Démographie
 - Sociologie
 - Géographie de la santé
 - Statistiques
- Financement engageant tous les partenaires
- Sur une échelle suffisante pour dégager les moyens nécessaires, dont un chargé de mission temps plein

Exigences

- Ouverture conventionnée des « cimetières » de données
- Indicateurs fiables, reproductibles, accessibles en routine
- Intégrant le niveau infra
- Intégrée au niveau régional
- **Contractualisé avec l'ARS dans le CLS**
- Analyse objective des données
- Mise en forme
 - Intelligible,
 - Pédagogique,
 - Opératoire
- Homogénéiser les périmètres des « territoires »

Observer ensemble pour la construction de l'action publique

Les difficultés

- Accéder aux données...
 - Problème de structure des bases
 - Problème d'échelle
 - Problème de confidentialité

- ...une question de temps?
 - Formalisation de partenariats
 - Formalisation de protocoles

Les acquis

- Obtention des données de cadrage
 - Partenariats internes
 - Mutualisation sur les 13 ASV du département
- Connaissance fine des territoires
 - Un travail en transversalité avec les autres « observatoires » ou détenteurs d'informations stratégiques
 - Le SIG
 - Des réunions dont le dénominateur commun est le territoire

Un exemple: La promotion de la santé bucco-dentaire

- Un besoin identifié par tous: Enquête auprès des enfants des centres de loisirs 1998 > consensus
- Une méthode: Santé communautaire
 - Recrutement d'habitantes-relais
 - Intégrée à la vie des quartiers
 - Avec les familles
- 6700 enfants examinés en 2007-2008, dont 1148 en élémentaires; 22 Groupes scolaires concernés, dont 10 en ZEP, 6 en REP et 6 hors ZEP/REP
- Un indicateur fiable, reproductible: le besoin en soin (+ indice CAO)
- Fiche de recueil pour un suivi épidémiologique par l'OLS
- Des besoins très variables selon les écoles, avec...
- Une parfaite corrélation avec les caractéristiques sociales;
- Amélioration des indicateurs partout, mais...
- Aggravation des inégalités, donc...
- **Adaptation de l'action.**

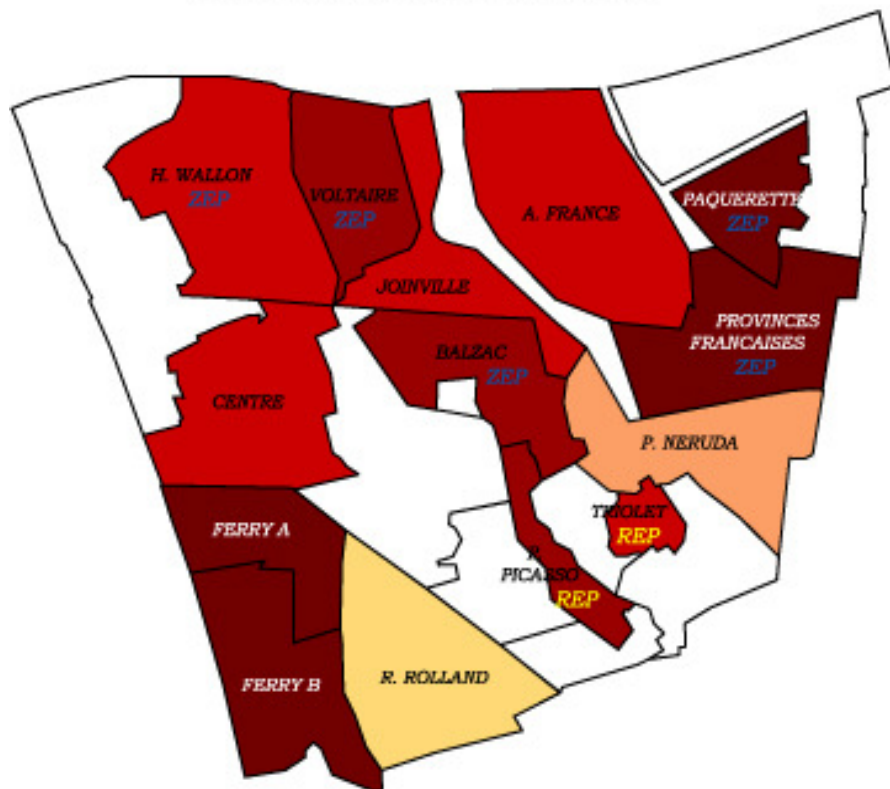
Un programme complet et évolutif

- **Un dépistage** réalisé par un chirurgien dentiste : état bucco-dentaire et indicateurs de santé dentaire. Bilan adressé aux parents avec une incitation à réaliser des soins.
- **Une séance d'éducation à la santé bucco-dentaire** dans chaque classe (santé bucco-dentaire, alimentation, importance des soins précoces et des traitements prophylactiques, technique de brossage des dents, prévention des traumatismes dentaires)
- **Une animation sur la santé bucco-dentaire** autour de « petits déjeuners pédagogiques » avec les parents le samedi matin
- **La sensibilisation des enseignants** , relais auprès des enfants et des parents
- **Des contact via les partenaires-relais** avec les parents pour les mobiliser sur l'importance des soins lorsqu'une carence en soins est observée
- **Des actions à destination de toute la population** en dehors des écoles (Fêtes de quartier de Berthelot et Université en 2009, Journée santé Ville-Hôpital en avril 2009)
- **Pour tous les enfants** de 3 à 11 ans soit **6.572** enfants, maternelles et élémentaires
- Programme **financé, évalué, piloté, efficace**:
- Bon **exemple pédagogique** pour les décideurs/financeurs et pour les habitants

Programme de santé bucco-dentaire dans les écoles.

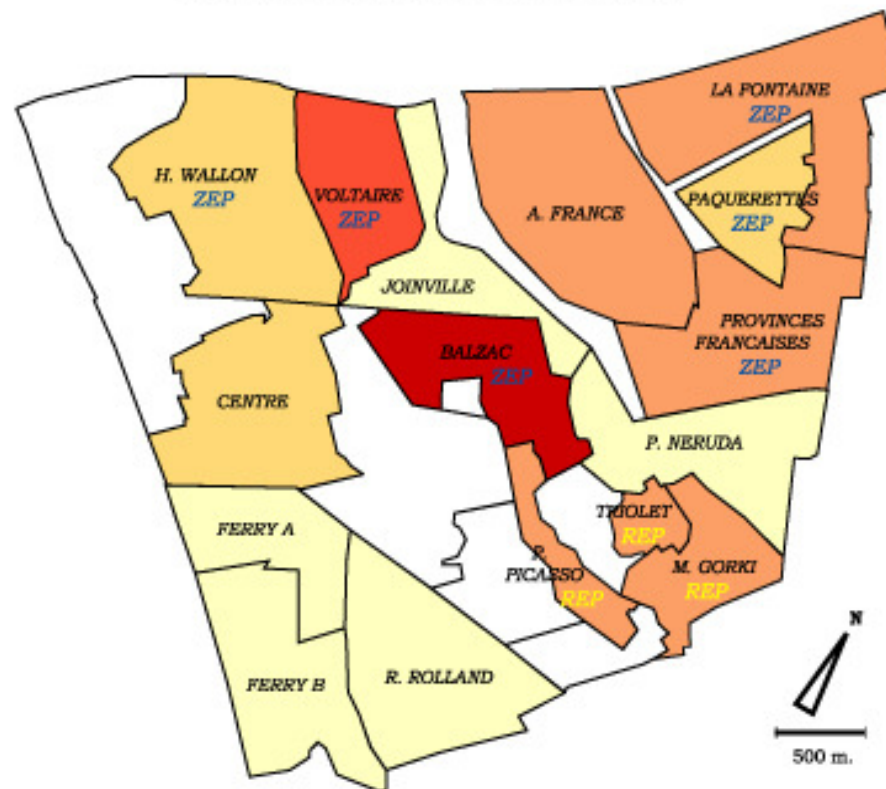
Evolution du besoin en soins des enfants dépistés en élémentaire en 1997-1998 et en 2007-2008

1997-1998: 1ere année d'intervention



Besoin en soins moyen en 1997-1998: 41,4%

2007-2008: 11eme année d'intervention



Besoin en soins moyen en 2007-2008: 23,8%

Pourcentage d'enfants ayant besoin de soins bucco-dentaires



< à 20%



21 à 25%



26 à 30%



31 à 35%



36 à 40%

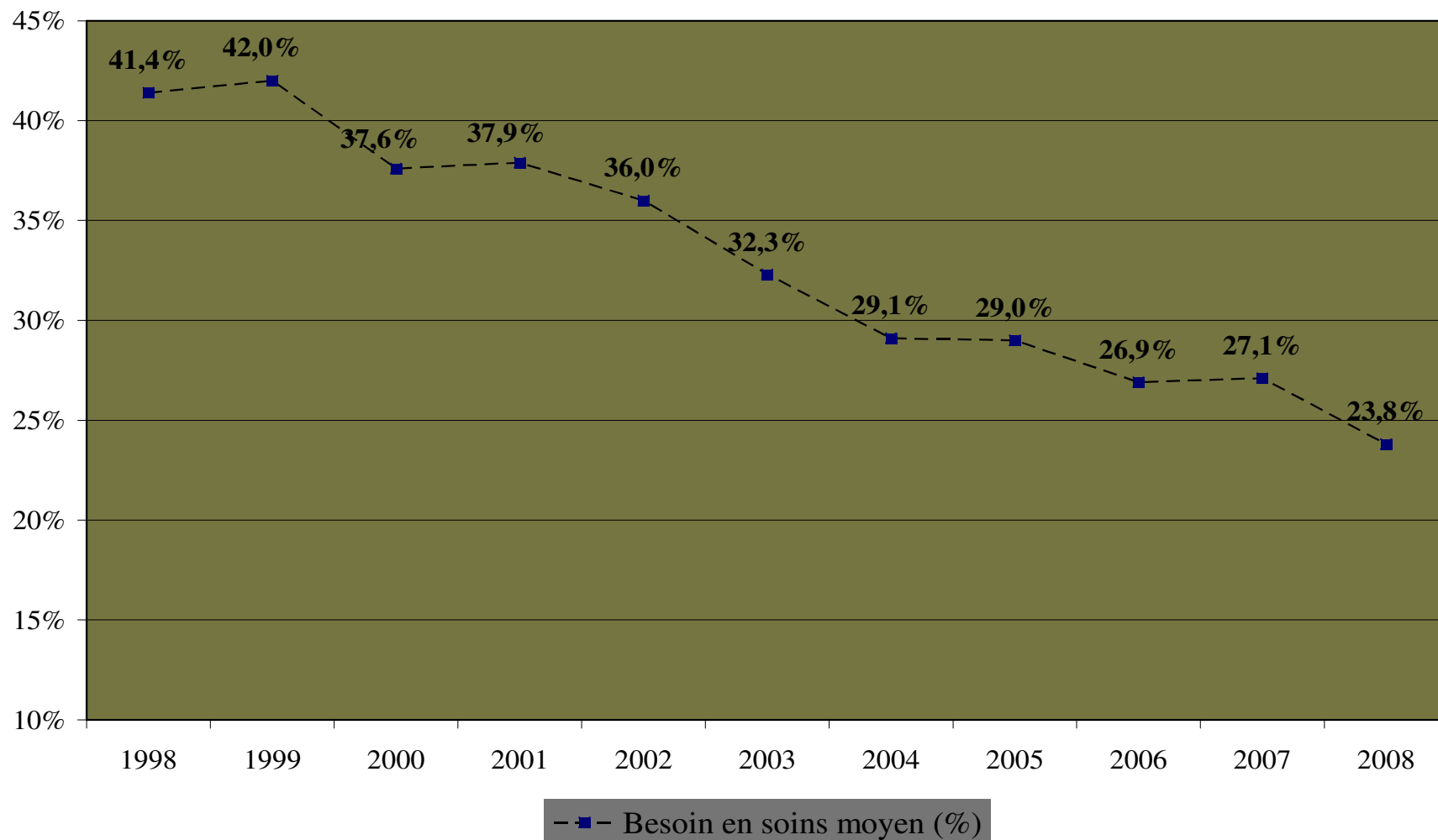


41 à 45%



> à 45%

⇒ L'évolution du besoin en soins dentaires moyen toute ville, entre 1998 et 2008



Le budget d'une action

Dépenses 2009	Montants prévisionnels	Montants réalisés	Recettes 2009	Montants prévisionnels	Montants réalisés
Achats	20.000	14.640	CUCS - Ville de Nanterre	22.000	22.000
Personnel	88.000	88.880	CUCS - Conseil Général	22.000	12.000
Charges de gestion courante et charges indirectes	5.400	5.176	CUCS - Préfecture	22.000	14.000
			Groupement Régional de Santé Publique	45.0000	20.000
			Ressources propres	33.500	39.816
	113.400	108.696		113.400	108.696

Soit un coût total pour la ville de 61 816 € soit moins de 10 € par enfant suivi



les financements

Les principales sources de financement de l'ASV et du PLS:

- Pour l'ASV: le Contrat Urbain de cohésion sociale (Etat, CG, Ville):
Subventions accordées en 2009 pour la coordination et les actions spécifiquement ASV: **74 000 euros**
S'y ajoutent **46 000 €** pour la ville suite au désengagement du CG 92
- Le Plan local de Santé Publique: autres actions de santé:
 - Environ **611 000 €**, de subventions Etat, GRSP, CRAMIF, CG, CR, (y compris Crédits délégués: PMI, CEPF, CDAG, Vaccinations= 435 000€)
 - Et **265 000 €** de participation de la Ville
- Coût Total 2009(hors CMS et ESJ): **environ 1 million d'€**

Perspectives...

>> La poursuite des actions engagées

>> Le développement de nouvelles actions

- Les ateliers massages mères-enfants
- Les rencontres santé sur la ZUS Parc et la mobilisation de publics spécifiques (femmes et migrants)
- Extension des points écoute à un troisième collège
- Création d'un Conseil Local en Santé Mentale
- Dépistage et prévention du saturnisme infantile dans les PMI
- Le score « Epices » auprès des usagers des CMS et ESJ
- Lancement d'une enquête de la patientèle des PMI municipales
- Exploitation d'une enquête sur les freins et leviers à la pratique d'une activité physique chez les collégiens
- 2 études en géographie de la santé (santé sexuelle des jeunes et patientèle des Urgences de Nanterre et Colombes)

La loi HPST

- Place des élus locaux: « consultative »
 - Dans le conseil de surveillance de l'Hôpital
 - Dans la Conférence de « territoire »
 - Dans la CRSA, ses commissions,
 - le Conseil de surveillance de l'ARS
- Donc perte de pouvoir par rapport à aujourd'hui
 - À l'hôpital
 - Comme président des CST
 - Dans les CROSS, CROSMS, Comité de pilotage du SROS,...
 - Et surtout dans les GRSP
- Alors que
 - de plus en plus de villes sont impliquées
 - Que les besoins et les demandes augmentent
 - Que les professionnels tout comme les moyens se font rares...

Demain, quelle place des collectivités territoriales?

- Inscription des politiques **locales** de santé dans la politique **régionale**: PRS avec OS, Hosp. et Ambu., P & EpS, MS...
- Prise en compte des spécificités des différents territoires
- A l'inverse, territorialisation des politiques régionales
- Elargissement de la « démarche ASV » à toutes les communes volontaires...
- Par la création de « **Contrats locaux de santé** » inscrits dans la loi HPST et...
- Contribuant à la mise en œuvre des schémas régionaux et des PTS.
- Quelles priorités? Quelle autonomie locale? Quel financement?

Les Contrats locaux de santé

- Après les ASV:
 - Elargissement territorial
 - Et du contenu: territorial et thématique
- Les Contrats locaux de Santé:
 - « *la mise en œuvre des PRS peut faire l'objet d'un CLS, conclu notamment avec les Collectivités locales et portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social* »
- Les Collectivités territoriales, lieu de mise en œuvre inter-institutionnelle des politiques sectorielles de l'Etat,
- Exigence de coordination, de partage, de synergie
- Imposant des outils de pilotage articulés du local au régional: OLS/ORS

Les Contrats locaux de Santé

- **Opportunité** mais:
 - Rien sur l'organisation de l'offre de soins dans la ville
 - Sans priorité affichée de réduction des ISS et ITS
 - Sur quels territoires: hospitalier, de santé, des CUCS, de vie, de projet ??
 - Qui signe: ARS, DRJSCS, Préfet, autres?
 - Avec quels moyens? Quels critères de répartition
 - Quels partenaires?
 - Quelle prise en compte dans le PRS, le Projet territorial de santé ??
- **Conclusion:** les élus doivent se saisir de toutes les possibilités de faire valoir leurs besoins et réalisations locales pour être **ACTEURS** et pas seulement exécutants de cette nouvelle gouvernance de la Santé publique.

Partenariat avec le Laboratoire Espaces, Santé, Territoires Université Paris Ouest Nanterre la Défense

Professeur Gérard SALEM, Zoé VAILLANT, Stéphane RICAN

- 2002: début de réflexion commune
- 2004: recrutement d'une stagiaire Master II « Géographie de la santé », pour début de constitution d'indicateurs géo-localisés sur les quartiers
- Recrutée à temps plein pour monter l'observatoire local de la santé
- 2007: Convention DIV/UPOND/ESPT pour mise à disposition d'étudiants de M II dans les villes demandeuse, sur mini-objectif de diagnostic local
- Journée annuelle de restitution des travaux en octobre 08 et 09
- 8 stagiaires actuellement en cours
- Participation à la Journée nationale d'étude ESPT:
« l'Observation locale en santé » - Marseille, Oct. 2009
- Poursuite de travaux communs avec les Villes...

Importance de la collaboration ARS / Elus locaux:

Prise en compte des spécificités des différents territoires

- Inscription des politiques locales de santé dans la politique régionale
- A l'inverse: territorialisation des politiques régionales (PRS)
- Par la création de « Contrats locaux de santé »
- Pilotés à l'aide d'un « Observatoire local de santé »
 - Tableau de bord permanent
 - Choix des indicateurs
 - Échelle territoriale
 - Fréquence
 - Couplé aux autres observatoires locaux et régional
- Contribuant à la mise en œuvre des schémas régionaux.