

Crise sanitaire de la covid-19 et démarche communautaire en santé :

UNE OPPORTUNITÉ POUR AGIR ENSEMBLE ?



LES CAHIERS DE L'INSTITUT | n°3



INSTITUT RENAUDOT
2020-2021



EDITO

La crise sanitaire que nous vivons, comme toutes les crises, accroît et met en relief les **inégalités sociales et de santé**. Elle accroît la fragilité des personnes en précarité économique et sociale, l'isolement des personnes seules, la souffrance de celles déjà sujettes aux angoisses et à la dépression.

Cette crise a montré **les failles de notre système de santé**, l'insuffisante préparation de ce type de crise, les manques de masques et de tests, l'insuffisante capacité de nos services hospitaliers et, plus largement, le manque d'organisation locale de la santé pour mettre en œuvre les dépistages, les suivis et les vaccinations.

L'histoire nous a appris que **les crises sont aussi là pour nous indiquer que des changements sont nécessaires**, qu'il n'est plus possible de fonctionner comme avant, au risque de ne pas trouver d'issue favorable et que ces crises se répètent jusqu'à ce qu'on en ait pris les leçons.

C'est ce qui a amené à espérer à un monde d'après qui serait meilleur et plus solidaire. Solidarité envers les soignants qui ne ménageaient pas leur peine pour faire face à cette crise ; solidarité envers celles et ceux qui continuaient d'assurer, au risque de leur santé, la qualité de notre vie quotidienne (les caissières des grandes surfaces, les éboueurs, ...), en découvrant l'importance de tous ces travailleurs de proximité.

Les contraintes du confinement ont amené à **développer de la créativité, de nouvelles formes de communication et de partage**.

Ce webinaire du 12 Juin 2020, à la place d'une Université qui ne pouvait se tenir, a été l'occasion de permettre aux différents acteurs de santé (habitants, professionnels, associations, élus, institutions) d'échanger sur l'impact de cette crise et comment chacun s'était adapté pour répondre aux besoins des personnes les plus en difficultés, sur leurs expériences, leur créativité.

Ainsi, l'Institut Renaudot, avec des associations partenaires, a créé un livret pour aider à prendre des nouvelles des personnes isolées et fragilisées.

Ce webinaire a été aussi l'occasion de montrer à quel point la réponse à cette crise passait obligatoirement par **l'implication de tous les acteurs locaux**, dans les EHPADs, les hôpitaux, les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé), les services municipaux, les associations.

Mais cette implication, pour être efficace, nécessite **une coordination globale et une organisation locale de la santé** qui n'existent pas actuellement en France.

Avec d'autres partenaires, nous avons porté cette exigence que la crise a fait émerger. Un « Ségur de la santé publique » annoncé par le gouvernement aurait dû permettre d'en débattre et d'avancer des propositions mais à ce jour, malheureusement ce projet ne s'est pas concrétisé. Malgré tout nous continuerons à mettre cette évolution indispensable du système de santé au cœur de notre plaidoyer.

Martine Antoine, Co-présidente et Philippe Lefèvre, Co-président



SOMMAIRE

PAGE 2

- Edito
-

PAGE 3

- Sommaire
-

PAGE 4

- I. Crise sanitaire de la COVID et promotion de la santé
-

PAGES 6 À 8

- II. Un projet alliant témoignages, débats, images
 1. Naissance du projet
 2. Donner la parole pour enrichir et éclairer le débat
 3. « Le paradoxe du confinement » : permettre les échanges entre les acteurs et confronter les expériences
 4. Production d'une web-série : faire le lien entre Covid, démarches communautaires et réduction des inégalités sociales de santé
-

PAGES 9 À 29

- III. De nouvelles collaborations, de nouveaux territoires et espaces
 1. Une collaboration et une solidarité inédites à différents niveaux
 - 1.1. L'émergence de nouvelles solidarités : quand la distanciation génère de nouveaux liens
 - 1.2. Le manque de coordination et les inégalités territoriales comme freins à la mobilisation
 2. Une redéfinition des espaces et des territoires
 - 2.1. Une reconfiguration des espaces mentaux
 - 2.2. Une reconfiguration des espaces géographiques
 - 2.3. Une reconfiguration des espaces démocratiques
 - 2.4. Une reconfiguration de la notion de santé
 3. Comment apprendre de ces initiatives et les faire perdurer ?
 - 3.1. Profiter de l'impulsion pour un changement de pratiques : la question du comment ?
 - 3.2. Des questionnements spécifiques aux acteurs de la promotion de la santé
 4. Poursuivre la réflexion pour renforcer la place de la promotion de la santé et des démarches communautaires en santé
-

PAGE 30

- Pour aller plus loin
-

PAGE 31

- Postface
-

I. Crise sanitaire de la COVID et promotion de la santé

La crise sanitaire a mis en lumière l'échelle pertinente du territoire pour permettre l'action. Les initiatives qui sont nées au niveau local font le lien entre l'efficacité de l'action et certains principes de la démarche communautaire : le partage des pouvoirs et des savoirs, la remise en cause des croyances et des postures verticales, la co-construction des projets, l'écoute et la prise en compte des besoins du territoire et la mobilisation de toutes les ressources matérielles et immatérielles qu'il recèle, etc.

Depuis 1993, l'Institut Renaudot organise les « Universités de l'Institut » tous les deux ans : un espace de débat militant, de réflexion, d'échanges, de conceptualisation, destiné aux acteurs intéressés et/ou développant

des démarches communautaires en santé, ou des démarches participatives agissant sur les déterminants de la santé. En raison du contexte de l'année 2020, les « Universités de l'Institut » n'ont pu se dérouler. Elles ont été remplacées par un webinaire qui a été l'occasion de donner la parole aux acteurs de la crise sanitaire afin d'échanger sur les freins et leviers rencontrés durant le premier confinement.

L'Institut Renaudot, grâce aux témoignages recueillis et éclairés par les débats, souligne l'importance de la prise en compte de tous les déterminants de la santé, pour une approche globale et participative particulièrement dans un contexte de crise sanitaire :

« Je ne veux pas allonger ce temps d'introduction, par contre, je prendrai sur les conclusions, simplement pour dire qu'y compris cette grande diversité de ce que vous êtes, ce matin, à cette visioconférence, traduit ce que les uns et les autres ont perçu pendant cette période de confinement et aussi le début du déconfinement, c'est que la santé, au sens global, au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé, évidemment, n'est pas qu'un problème de soignants, même si pendant la crise sanitaire, la question des soignants était tout à fait primordiale. Mais à partir de l'expérience des uns et des autres, et c'est ça qui va être intéressant dans l'échange qu'on a ce matin, on voit, effectivement, ce que parfois, on dit, peut-être un peu trop en théorie, mais là, on est passé dans les actes, on parle beaucoup de transversalité, notamment entre les professionnels de la santé, du social, du médicosocial, de l'éducatif, mais là, on est vraiment dans la phase active. Et je pense que cette matinée va contribuer à montrer que, d'une part, c'est possible, parce qu'il s'est fait des choses pendant cette période. Et que, d'autre part, il ne faut pas se contenter de le mettre en œuvre dans des périodes de crises, mais que ça doit nous aider à structurer autrement la politique de santé de notre pays ».

Martine Antoine, Co-présidente de l'Institut Renaudot



LA CRISE SANITAIRE : UNE « OPPORTUNITÉ » POUR CHANGER LES PRATIQUES ?

Ce travail vise à analyser et mettre en lumière les changements et les effets, impacts de la crise sanitaire allant dans le sens des démarches communautaires en santé. Si de nombreux travaux mettent en avant les impacts négatifs de la crise, l'Institut a fait le choix d'adopter un point de vue considérant cette période comme une **opportunité propice aux changements de pratiques**. Ainsi, l'objectif principal de ce texte est d'explorer à travers les échanges menés dans le cadre de la conférence du 12 juin 2020, les différentes initiatives qui ont émergé, de leur naissance à la question de leur pérennisation.

Les objectifs de cette initiative sont les suivants :

- Créer des espaces de partage d'expériences permettant l'expression des acteurs de terrain et la confrontation des différents points de vue (HUC, élus, représentants territoriaux, associations, acteurs de la promotion de la santé, etc).
- Valoriser les initiatives de solidarité et de collaboration durant la période de la crise sanitaire.
- Explorer les facteurs qui ont permis la naissance de ces initiatives mais aussi les freins et leviers qu'ont rencontrés les différents acteurs.

- Interroger en quoi ces initiatives s'appuient sur les principes des démarches communautaires en santé ou s'en approchent.
- Comprendre la volonté et les besoins des acteurs pour pérenniser ces initiatives.
- Mettre en débat la place et le rôle de l'Institut Renaudot et plus largement des acteurs de promotion de la santé dans l'accompagnement de ces initiatives.



II. Un projet alliant témoignages, débats, images

1. Naissance du projet

Au paroxysme de la crise sanitaire, l'impact de celle-ci au-delà de l'augmentation du nombre de cas et de la saturation du système de soins, a petit à petit émergé dans les débats et dans les médias. Les constats des violences domestiques en augmentation, des dispositifs d'aide alimentaire accueillant de nouveaux publics, des hôtels réquisitionnés pour les personnes sans-abris, ou encore les critiques à l'égard de l'utilisation du terme de "distanciation sociale", donnaient lieu à de nombreux échanges au sein de l'Institut Renaudot. Ces échanges portaient sur l'apport éventuel des démarches communautaires pour faire face à tous ces problèmes et élaborer des stratégies de recherche de solutions impliquant l'ensemble des parties prenantes.

Le laps de temps conséquent entre les remontées des Conseils Locaux de Santé / Ateliers Santé Ville¹ et la prise en charge des impacts de la crise hors système de soins par l'État, ou encore la rupture de l'accès

aux soins hors COVID pour de nombreuses personnes, nous ont interrogés sur la manière dont les mobilisations se sont organisées au niveau local et dont la voix des habitants a été écoutée pendant cette crise pour repérer les besoins mais aussi participer à la recherche de solutions adaptées à chaque contexte. Alors que le terme de "distanciation sociale" occupait le champ sémantique de gestion de crise, ce sont paradoxalement de nouvelles solidarités qui se sont développées, construites majoritairement sur le critère de la proximité et du local.

La nécessité d'écouter ce que les habitants et les acteurs de la crise avaient à dire, conjuguée à l'exacerbation des inégalités sociales de santé a donné lieu à l'organisation de ce webinaire par l'Institut Renaudot. De plus, l'Institut Renaudot a été sollicité par de nombreux professionnels exprimant le besoin d'être accompagnés dans leur organisation et collaboration avec leurs pairs et les personnes concernées.

¹ Les contrats locaux de santé (CLS) participent à la construction des dynamiques territoriales de santé. Ils permettent la rencontre du projet porté par l'ARS et des aspirations des collectivités territoriales pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations. L'Atelier santé ville (ASV) est à la fois une démarche locale et un dispositif public qui se situe à la croisée de la politique de la ville et des politiques de santé, dont l'objectif est de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

2. Donner la parole pour enrichir et éclairer le débat

Dans un premier temps, un support de discussion pour le webinaire a été construit. Plusieurs témoignages sous forme de courtes vidéos ont été recueillis par l'Institut Renaudot. Les personnes ayant témoigné étaient originaires de divers horizons géographiques (France métropolitaine, DOM-TOM, Afrique de l'Ouest etc..) et de domaines d'activité différents (professionnels de santé, animateurs, citoyens, bénévoles d'associations etc...).

Ces courtes vidéos ont permis d'identifier une trame et des questions pour l'animation du webinaire.

3. « Le paradoxe du confinement » : permettre les échanges entre les acteurs et confronter les expériences

Le Webinaire s'est déroulé le 12 juin 2020 avec 51 participants. La composition des participants s'appuie sur les principes de la démarche communautaire, incluant le plus d'acteurs possibles à la réflexion. Le webinaire a été suivi par des élus, des citoyens, patients, résidents de centres d'hébergement, etc. Ils habitent dans diverses régions de France Métropolitaine ou d'Outre-Mer, du Sénégal... et ont permis à l'Institut Renaudot d'initier un croisement des points de vue et des expériences. Ils ont pu témoigner des initiatives sur leur territoire, des adaptations et stratégies mises en place par les acteurs associatifs, institutionnels, citoyens, ainsi que de leur ressenti face à la situation. Aux diffusions des témoignages se sont ajoutés des échanges avec les participants qui ont commenté ces vidéos et expliqué, dans le même temps leur vécu du Covid, les nouvelles questions engendrées, et leurs perspectives pour le "monde d'après".



Cette première rencontre s'est structurée en 3 axes, correspondant aux 3 grandes questions construites à partir des témoignages :

- Quels liens peut-on identifier entre ces témoignages, votre propre expérience du confinement et la promotion de la santé/démarches communautaires en santé ?
- Comment les acteurs de promotion de la santé et l'Institut Renaudot peuvent contribuer à soutenir/renforcer/valoriser les initiatives, compétences, nouvelles manières de faire émergentes pendant le confinement ? Quel pourrait-être notre rôle ? Comment s'organiser ? Doit-on changer nos approches, nos pratiques ?
- Quelles nouvelles questions faut-il mettre en débat dans le champ de la promotion de la santé après cette expérience et à partir de ces témoignages ?



Ce document constitue la synthèse de ce webinaire.

4. Production d'une web-série : faire le lien entre Covid, démarches communautaires et réduction des inégalités sociales de santé

Pour poursuivre cette initiative, L'Institut Renaudot a décidé de privilégier l'image à l'écrit, afin de favoriser l'appropriation de nos analyses et résultats par le plus d'acteurs possibles. En effet utiliser la vidéo comme média pour dire ce qu'est le social, pour dévoiler ce qui reste caché, pour expliquer les phénomènes de domination, d'exclusion, de disparités, pour montrer le sens des mouvements sociaux, etc., nous semble une stratégie pour toucher d'autres publics et construire des messages plus courts et plus concis. La multiplication des espaces de diffusion, des connaissances

d'un groupe social à l'autre (sorte de fonction de messenger) réduit les chances d'intercompréhension, fait reculer les malentendus ou les prénotions : cette fonction de messenger participe ainsi au développement de la démocratie et peut orienter les changements sociaux dans des directions profitables à la majorité des acteurs sociaux.



III. De nouvelles collaborations, de nouveaux territoires et espaces

1. Une collaboration et une solidarité inédites à différents niveaux

1.1 L'émergence de nouvelles solidarités : quand la distanciation génère de nouveaux liens

Le premier constat face à ces témoignages sur la gestion et la perception de la crise est bien que certains acteurs habituellement « discrets » ou invisibles sur la scène publique se sont impliqués dans la gestion de cette crise. Un élément structurant de notre travail sur ce « paradoxe du confinement » met en lumière cette **ambivalence entre d'une part, une « distanciation physique » fragilisant le lien social, et d'autre part cet essor de nouvelles solidarités** et de collaborations dont témoignent les participants au projet.

« Le terme de distanciation sociale est quand même complètement aberrant. Il y a eu de la relation sociale pendant toute cette période, c'est de distanciation physique dont il faut parler pour se protéger et non pas pour faire barrière. Ça, aussi, c'est plutôt un terme guerrier qu'autre chose, me semble-t-il ».

« Dans les territoires où j'habite, ce sont vraiment des choses très fortes qui ont été faites. Cette crise nous a montré que la solidarité et l'intergénérationnel avaient du sens. J'ai vu beaucoup de jeunes se mobiliser pour aller porter, par exemple, des repas, ou aller faire les courses pour les personnes âgées dans leur quartier, et se mettre à disposition, parfois, des collectivités locales. Il y a des maires qui ont pris des initiatives et qui ont essayé, un peu, de jouer les ensembliers de tout cela sur le plan local. [...] Il y a un foisonnement d'initiatives citoyennes, partout dans notre territoire, réellement. Ça bouge, il y a plein de gens qui font des choses. Et cette crise nous a montré que ça fonctionnait et que les liens sociaux étaient toujours présents ».

Ces nouvelles solidarités étaient présentes en France comme ailleurs :

« On a vu au Sénégal, dans le cadre de la solidarité, beaucoup de gens commencer à faire des masques, à faire des repas pour les amener dans les hôpitaux, à faire des repas pour les amener dans les centres des jeunes talibés. Les jeunes talibés, ce sont les jeunes qui mendient ou qui apprennent le coran ou l'arabe et qui ne sont pas pris en charge ».

Elles se sont aussi développées entre différentes générations, entre différentes catégories sociales, et avaient comme point commun la notion de proximité entre l'aidant et la personne accompagnée. Ce constat fondateur de notre démarche participe d'une redéfinition du lien social :

« Finalement, les liens sociaux, alors qu'on a beaucoup utilisé le terme de distanciation sociale et on a appelé cette conférence : le paradoxe du confinement, c'en est sûrement un, c'est qu'on n'a pas arrêté de parler de distanciation sociale, alors que les liens sociaux se sont développés, consolidés, entre les générations, entre les habitants, entre les professionnels et les habitants, etc. Donc, c'est un autre paradoxe que cette crise, c'est qu'on a passé notre temps à entendre un terme qui ne correspondait ni à la réalité de ce qui se vivait sur le territoire et qui était un peu inadapté ».



*« Finalement, la question de la distanciation dite sociale, que nous on a préféré, presque tout de suite, modifier en distanciation physique parce que, justement, la question du lien était une des problématiques fortes de ce confinement et on aura l'occasion d'en reparler. **C'était la question du lien** ».*

Mais quels sont les facteurs qui ont permis à ces mobilisations d'émerger ? Chez les professionnels ? Chez les habitants ?

Les participants au webinaire ont expliqué l'émergence de cette vague de solidarité inédite par plusieurs facteurs et notamment celui du caractère soudain, de l'urgence où il a fallu rapidement réagir. Un des acteurs qualifie ce moment comme une « période de réactivité immédiate ».

La solidarité s'est manifestée de manière spontanée dans un contexte où il n'y avait que **peu d'alternatives** :

« Quand on fait face à une épidémie de cette nature, on a vu que c'est massif, que c'est un virus très contagieux, que ça peut être très grave. Quand on n'a ni remède ni vaccin, la solution, c'est la protection, la prévention, l'éducation. »

Ainsi, **l'absence de vaccin et de traitement**, a laissé la place à chacun dans la gestion des répercussions de la crise, aux professionnels du social, aux associations comme aux citoyens pas ou peu organisés.

De plus, le **manque de gestion du confinement et de ses répercussions à l'échelle locale** a poussé les acteurs à s'organiser de manière quasi autonome :

« Après, ce que je vois de ce confinement dans ma ville, quand on était sur le terrain : c'est vrai que les gens étaient en panique. Ils étaient vraiment en panique.[...] Là, on a fait action/réaction. On a fait avec les moyens du bord. [...] on n'a pas attendu que l'État nous dise comment faire, c'est qu'humainement, on s'est dit : il faut aider son prochain. Tout de suite, on s'est mis sur le terrain, on n'a pas cherché... ».

1.2 Le manque de coordination et les inégalités territoriales comme freins à la mobilisation

Une des principales difficultés qu'évoquent les acteurs est le **manque d'articulation à l'échelle locale notamment entre les initiatives citoyennes et les professionnels**.

La crise sanitaire et l'engagement des citoyens a mis à jour « les trous » dans la raquette, les manques à l'échelle locale d'espaces de concertation et de coordination globale en capacité de réagir rapidement.

Ce manque d'articulation est également rapporté par les professionnels :

« [...] nous aussi, sur notre territoire, tout ce tissage associatif, tout ce tissage parfois individuel, qui s'est fait spontanément, mais sur lesquels on devait nous raccrocher, se raccrocher, pour ne pas faire doublon, pour ne pas être dans le vide. Et c'était, très, très, très compliqué d'arriver à répondre à ça. »

« [...] quand les citoyens, les habitants se mobilisent, ils découvrent des situations où ils mettent le doigt sur des manques d'organisation qui nécessitent, en plus, d'être relayés par les structures associatives et les professionnels. Ça, c'est quelque chose d'intéressant parce que c'est ce qui est autour de l'articulation des actions des uns et des autres. »





Quels dispositifs en santé pour une action coconstruite à l'échelle locale ?

« [...] les initiatives citoyennes se sont développées et un certain nombre de professionnels s'interrogent sur comment raccrocher les initiatives citoyennes, alors que d'habitude, on a tendance à réfléchir à l'envers : comment les professionnels peuvent initier ces initiatives citoyennes et les accompagner ? Souvent, on les sollicite et puis, là, elles se sont auto organisées, et on s'interroge aujourd'hui, on se dit « comment un territoire, s'organise avec ses habitants, ses associations ? Et comment les solidarités s'organisent, les institutions, les associations et les professionnels peuvent venir se raccrocher à ça ? Ce qui est, à mon avis, une question professionnelle et de pratique un peu inverse de celles que, parfois, on se pose. »

« D'abord, il y a un premier point, c'est que la solidarité locale, au fait que des structures, des collectifs se sont mobilisés... mais comment on fait, pour passer de la solidarité au service public et à la privation des droits. »

- Atelier Santé Ville (ASV) : démarche réservée aux quartiers politique de la ville (QPV) qui s'appuie obligatoirement sur la participation des habitants et de toutes les ressources locales
- Contrat Local de Santé (CLS) : Mise en œuvre par l'Agence Régionale de Santé et la Collectivité locale d'un diagnostic partagé pour la mise en œuvre de solutions adaptées et une offre de santé de proximité.
- Conseil Local de Santé Mental (CLSM) : espace de concertation dédié à la santé mentale de la population, réunissant élus, représentants des usagers, aidants, professionnels concernés du territoire, etc.
- Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) : aider les professionnels de la santé et du social à la prise en charge de tous les parcours de santé complexes.



S'il y a bien eu à certains endroits, un manque d'articulation entre différentes initiatives, certains territoires ont tout de même pu s'appuyer sur des dynamiques territoriales déjà construites comme des **réseaux de coordination**. De fait, les acteurs ont rencontré moins de difficultés² :

² Pour en savoir plus sur l'organisation de la démocratie en santé à l'échelle locale : [Association Elus, santé publique et territoires](#)

« Et puis, au-delà de ça, ce qu'on a remarqué, nous, c'est que là où existaient des dynamiques territoriales de santé, souvent, d'ailleurs, soutenues par des contrats locaux de santé, on en a en Ile de France, à peu près 150, ou des Ateliers Santé Ville, portés par les élus de la ville, ou par les nouveaux CPTS, les Communautés Professionnelles de Territoire de Santé, qui ont eu leur baptême du feu, on a vu se développer des dynamiques nouvelles, en lien, souvent, avec les habitants et en transversalité. »



Les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé)

Dans le domaine de l'organisation des soins, les CPTS existantes, en particulier ont pris tout leur sens pour répondre aux enjeux de coordination entre la ville et l'hôpital :

« Les Communautés Professionnelles de santé se sont mobilisées pour faire face, à la fois au manque de connaissance, au manque de masques, et au besoin de se relier. »

Les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) ont pour rôle de coordonner les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser - à leur initiative - autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes : organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile...

Cependant, ces solidarités ont fait émerger une autre forme d'inégalité. En effet, les dynamiques créées sont logiquement liées au « **potentiel** » d'un territoire à mobiliser tous ses acteurs. Il ne s'agit donc plus seulement d'inégalités sociales en référence à la structure et aux caractéristiques de la population notamment, ou d'inégalités dans l'offre sur le territoire mais bien de la capacité de ce territoire à se mobiliser, à créer une dynamique, à valoriser ses ressources et à les mettre en mouvement. Ainsi, le contexte géographique (rural/urbain), la richesse du tissu associatif, la capacité des professionnels à se mobiliser, l'existence de coordinations locales sont autant de critères qui favorisent ou non le soutien et la recherche d'une cohérence entre toutes ces initiatives. Aux inégalités sociales venaient de fait, s'ajouter des inégalités entre territoires.

« S'il y a encore une mobilisation, cette mobilisation est beaucoup plus importante qu'en milieu rural, notamment dans la capitale sénégalaise, à Dakar. Et plus on s'éloigne de la capitale sénégalaise, plus on se rend compte qu'il y a une démobilité des populations ».

La crise du Covid n'a fait que rendre plus lisibles et visibles les difficultés d'accès aux biens essentiels des populations (alimentation) et ce particulièrement dans des contextes où les mesures sanitaires ont mis à mal un système économique informel, source de revenus d'une part, mais aussi source d'accès à ces biens pour les populations.

« (...) Les besoins économiques prennent le pas sur beaucoup de choses (...). Donc, ces inégalités ressortent. Quand vous allez dans la banlieue, vous voyez que maintenant, le port de masque, pratiquement, est banalisé. Vous allez en milieu rural, les gens n'en portent presque plus »

2. Une redéfinition des espaces et des territoires

Compte tenu de la mobilité accrue des personnes et des biens depuis la fin des années 1990, la tendance est à la mondialisation et à la mobilité des individus³. Le terme de "territoire" pour un citoyen désigne alors plus qu'un découpage géographique, politique et/ou administratif sur lequel il se déplace au quotidien. Le territoire n'est pas uniquement défini par la géographie ou la politique mais bien par le groupe social qui l'occupe⁴. La notion de territoire est très complexe, et la crise de la Covid a pu mettre en lumière la manière dont les acteurs se sont réappropriés cet espace mental, géographique, social et institutionnel. La perception du territoire a-t-elle changé, et notamment la perception de la place, du rôle et de la capacité d'agir au sein de celui-ci ? La notion de « conscience collective », ou de mobilisation collective a-t-elle évolué ?

³ Crozet, « Les perspectives de la demande de déplacements interurbains »

⁴ David, Olivier, 2006, « Agir à l'échelon des territoires : une évidence, des risques », La Santé de l'Homme, N°383

2.1 Une reconfiguration des espaces mentaux

Nous entendons ici par espace mental toutes les représentations et idées que quelqu'un peut avoir vis-à-vis d'un territoire.

A. Un changement de posture des professionnels : «l'aller-vers» et «l'impuissance créatrice»

La réappropriation du territoire par ses acteurs passe tout d'abord par un **changement de posture pour les professionnels** du soin, du social ou des institutions. Il s'agit alors d'élargir les frontières de son champ d'expertise pour accepter et intégrer celle des habitants. La mise en commun des ressources nécessite d'abord que tous les acteurs reconnaissent mutuellement ces ressources. Les professionnels ont pu, dans certains contextes, "*horizontaliser l'espace mental*" et transformer l'injonction en échange et en partage des savoirs.

Une des approches favorisant le partage des savoirs est « l'aller vers ». Mais cet aller vers ne consiste pas seulement à sortir de son bureau pour aller à la rencontre de la population. Il s'agit en effet d'une part, d'aller à la rencontre des personnes éloignées des espaces de participation, et d'autre part, d'adopter une posture relationnelle sans émettre de jugement⁵:

⁵ Guide d'accompagnement santé FNARS 2016 : Aller-Vers les personnes en matière de santé, 6 pages. [Téléchargeable ici](#)



Le partage des savoirs constitue un des 8 repères des démarches communautaires en santé. Il existe différents types de savoirs (expérientiels, professionnels, scientifiques, etc.), et la particularité des démarches communautaires est de reconnaître et favoriser la prise en compte de chacun d'eux.

Le terme d'aller vers est souvent employé dans son unique composante physique, mais il comprend aussi la notion d'acceptation de l'autre et d'accompagnement dans sa différence, sans jugement. L'aller vers correspond donc à la rencontre et la compréhension de l'autre puis à l'adaptation des stratégies en fonction des besoins. L'aller vers débouche sur des collaborations.

« On a découvert le besoin d'aller vers. On l'avait fait, déjà, au moment de la canicule : comment aller prendre des nouvelles. Mais là, je crois que maintenant, il y a même des appels à projets qui s'ouvrent là-dessus, sur : comment, pour des personnes en difficulté, notamment, au niveau de la santé mentale, comment on va faire pour ne pas simplement attendre que les gens viennent consulter, mais pour aller, même dans les appartements, aller voir et aider les gens. Donc, ça, probablement, le « aller vers » me semble être une posture qui devrait être développée et qui pose question pour l'ensemble des acteurs »

« Nous avons pu constater que pendant la distribution de chèques alimentaires et des masques, nous avons pu parler avec la population, expliquer les gestes barrières, expliquer, leur demander s'ils connaissaient la différence entre la dengue et le Covid. Et les gens étaient vraiment très intéressés de savoir. Ils posaient plein de questions ».

Cette notion de l'aller-vers peut être complétée par celle « d'impuissance créatrice » (P. Lefèbre) , qui désigne elle aussi un changement de posture des professionnels. Il s'agit de redéfinir la relation verticale entre un professionnel du soin et son patient, celle d'une transmission du savoir du « sachant » vers le « non-sachant ». Alors que le professionnel du soin oscille entre la « toute puissance » découlant de son « pouvoir de guérir », et l'impuissance totale, lorsqu'il n'a pas la réponse (et qu'il renvoie le problème vers un autre professionnel), l'« impuissance créatrice » propose d'envisager une relation verticale et bienveillante où le professionnel part du principe que la solution se coconstruira

avec le patient. La relation descendante laisse place à une aide bienveillante pour trouver des outils qui aideront le patient à trouver la réponse à son problème. Cette « impuissance » du professionnel peut dès lors être qualifiée de « créatrice » puisqu'elle permet au patient d'aller à sa propre rencontre, de créer d'une part un lien de confiance avec le professionnel, et d'autre part, un sentiment de capacité à modifier ses conditions de vie. Cette notion « d'impuissance créatrice » favorise l'empowerment individuel, et crée une dynamique positive où le patient n'est plus un bénéficiaire passif de soins mais acteur de son corps et de sa vie.

B. Une volonté de « faire avec » l'ensemble des parties prenantes...

La volonté de prendre en compte l'intégralité des acteurs concernés par une problématique semble s'être renforcée durant la crise. Alors que cette stratégie est souvent souhaitée ou théorisée elle est encore peu développée dans les faits. La crise a permis d'expérimenter cette nouvelle manière de faire.

*« A Mayotte, où le rectorat de Mayotte nous a demandé de l'aide pour la réouverture des écoles, parce qu'il se rendait bien compte, à la fois, que les enseignants, les équipes pédagogiques, mais aussi les parents d'élèves, avaient très peur de la réouverture. Et malgré le fait qu'on dise qu'il fallait ouvrir, il y avait très peu d'écoles qui voulaient ouvrir. Là, ils se sont rendus compte **qu'il fallait que tous les acteurs soient associés pour pouvoir trouver les réponses adaptées.** »*

Ce changement des espaces mentaux modifie aussi l'appréhension par les professionnels de leurs domaines d'activités. Changer de posture et accepter le point de vue de tous les acteurs, implique de reconsidérer ce qu'est la chose publique, d'accepter que la frontière entre le professionnel de la politique et le citoyen devient poreuse et permet l'échange, le dialogue et la co-construction de solutions.

« Tout à l'heure, il était dit que des enseignants s'étaient questionnés sur la manière de penser, de se comporter avec les parents, etc. Mais je crois que c'est valable dans plein de professions. C'est-à-dire que moi qui ai cette expérience en collectivité locale, je prenais mon bâton de pèlerin très souvent pour expliquer à mes collègues, aux élus : « on ne s'en sortira pas si vous ne changez pas votre manière de penser les choses, votre logiciel intérieur, votre posture. **Acceptez que les gens, en face de vous, ont de l'intelligence, acceptez que les gens, en face de vous, ont des idées et que tout ça va nourrir et contribuer à vos propres idées** ».



La participation en promotion de la santé

La participation en promotion de la santé est un « processus social où un groupe d'individus va prendre part à l'identification de ses besoins, aux processus décisionnels et à l'établissement des mécanismes pour répondre à ses besoins ⁶ ». Participer peut signifier « faire partie de », qui indique une conception passive de la participation et n'implique pas forcément une activité au sein du groupe auquel on appartient (ville, quartier, association...). Et/ou également « prendre part à », qui se réfère à une notion d'engagement, une conception active au sein du groupe, fondée sur l'acte de participation en lui-même ⁷.

⁶ Promo Santé Suisse, Avril 2019, « La Participation en matière de Promotion de la santé »

⁷ Promo Santé IDF, Novembre 2020, [dossier sur la participation des habitants-usagers-citoyens](#)



Toutefois, le terme de « participation » désigne un terme qui connaît aujourd'hui une utilisation croissante, qui revêt des réalités différentes. Aurélien Graizon (2019) identifie par exemple l'écueil de la « participation symbolique » ou les instances « participatives » sont majoritairement des instances consultatives, les décisions revenant presque toujours au dirigeant. Le terme de participation sert alors plus à légitimer l'action des dirigeants plutôt qu'à coconstruire un projet.

C. ... Y compris avec les Habitants-Usagers-Citoyens (HUC)

Un axe possible d'analyse de ces échanges concerne la **redéfinition de la place du citoyen dans son espace, par sa capacité d'agir, d'empowerment, et de faire entendre sa parole**. Le confinement et l'appréhension plus locale des solutions a-t-elle créé les conditions favorables à l'émergence d'une intelligence collective et au partage de savoirs ? Nous avons évoqué plus haut la reconnaissance par certains professionnels de la capacité d'agir des habitants. Cette reconnaissance crée un cercle vertueux favorisant la confiance en soi et l'empowerment individuel et collectif. Les initiatives ont ainsi permis de redonner aux habitants-usagers-citoyens confiance dans leur possibilité de s'exprimer et d'agir.

*« Moi, c'est ce que j'ai observé depuis des années, pour avoir crapahuté dans les territoires, et notamment en Ile de France, en Seine Saint Denis, c'est que **les gens sont créatifs, les gens sont inventifs**. J'ai été assez sensible au témoignage de la personne du conseil citoyen de Fontenay-sous-Bois, Il y a vraiment de l'empathie et des choses très intéressantes de ce point de vue-là. Donc, il faut qu'on apprenne, de façon globale, tous, à continuer à faire confiance aux gens qui peuvent trouver des solutions devant des difficultés. Il y a une grande intelligence collective ».*



L'empowerment est un processus ou une approche qui vise à permettre aux individus, aux communautés, aux organisations d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision, plus d'influence sur leur environnement et leur vie. Cette démarche est appliquée dans nombre de domaines - le social, la santé, l'économie, la politique, le développement, l'emploi, le logement... L'empowerment a une portée sociale puisqu'il vise un changement de société. Chaque individu, chaque communauté où qu'il/elle se situe dans l'échelle sociale possède un potentiel, des ressources et peut utiliser celles-ci pour améliorer ses conditions d'existence et tracer la route vers plus d'équité.



La reconnaissance de la capacité des individus à trouver des solutions s'est particulièrement illustrée pendant la crise, elle est devenue légitime et concrète. Cette capacité a même permis d'accélérer des processus qui auraient été trop longs si chacun s'était cantonné à ses "compétences définies". Le fait que les acteurs locaux aient pris part à la gestion de certaines situations a en effet permis une meilleure adaptabilité, puisqu'à chaque contexte était trouvée une solution différente. Ainsi, bien que les initiatives participatives aient le plus souvent été présentées comme chronophages, car nécessitant des temps pour l'échange et les conditions de la confiance, la situation d'urgence sanitaire a pu illustrer que « participation » ne va pas toujours avec « temps long ».

Au-delà d'initiatives spontanées, cette prise de conscience de la capacité à s'exprimer sur les problèmes rencontrés peut se refléter à travers des relations qui s'horizontalisent, et où certains professionnels s'appuient sur les citoyens qui, en retour, prennent la parole. Ainsi, dans le domaine de l'enseignement, on a pu assister à une redéfinition des relations professeurs/élèves par le biais de la médiation des parents.

« (...) une enseignante m'a confié que la période de confinement lui avait permis d'établir des **relations tout à fait nouvelles avec les parents**, et qu'elles lui avaient permis d'aller jusqu'à demander conseil aux parents et les mettre dans une situation tout à fait différente de celle d'avant le confinement, c'est-à-dire de parents qui montrent leurs compétences, qui peuvent dialoguer avec les enseignants, et donc, dialoguer avec elle. »

A travers les nouvelles relations tissées entre les professeurs et les parents d'élèves pendant la crise par exemple, l'école ne s'est plus limitée à une transmission du savoir de l'instituteur à l'élève, mais elle est réellement devenue le **lieu d'échange et de dialogue entre tous les acteurs concernés** par l'éducation des enfants. On peut supposer que les parents d'élèves ont donc été incités par le contexte à s'impliquer davantage dans des questions qui jusqu'alors ne les « concernaient pas », **faute d'espaces pour s'exprimer ou de sentiment de légitimité pour le faire ?**

Analyser cette crise au prisme des initiatives locales implique aussi de considérer le territoire non pas uniquement comme un espace géographique ou un maillage administratif, mais aussi comme un **espace social, riche en ressources mobilisables pour les acteurs**. Ces ressources se composent d'éléments matériels mais aussi d'éléments immatériels : histoire, culture, patrimoine, savoirs, pratiques etc. Cette perception du territoire comme un espace riche d'histoire, de savoir-faire et d'expériences a pu s'enrichir grâce à certaines actions faisant appel aux savoirs profanes mobilisés pour faire face à la crise. A titre d'exemple, l'inaccessibilité à l'eau ou

à certains produits d'hygiène à Mayotte a pu être compensée par la transmission de savoir-faire de la population permettant de réduire les risques.

« Avant, en brousse, mais vraiment en brousse, quand on partait en mission humanitaire, les gens n'avaient pas les moyens de vraiment se laver avec du savon, puisque l'endroit est vraiment très éloigné. Qu'est-ce que les gens utilisaient pour garder cette hygiène et éviter d'attraper toutes les maladies ? Déjà, pour laver leurs marmites, ils utilisaient le sable, avec des branches de coco. Et pour se laver, ils utilisent aussi les cendres. »

Les actions initiées, le recours aux compétences et aux capacités des acteurs du territoire ont permis de redéfinir celui-ci ou de le renforcer dans sa dimension subjective et singulière. Le recours à de nouvelles ressources a pu, dans certains espaces, faire la preuve du « gain » de la mobilisation collective face à une question commune. De façon théorique, il est souvent admis que la participation des HUC favorise l'émergence de solutions mieux adaptées. Mais l'exercice reste souvent difficile et les changements de posture ne vont pas de soi. La crise du Covid a favorisé ces nouveaux modes de coopération, elle en a illustré l'intérêt et l'efficacité. Elle a nécessité le recours à l'expertise citoyenne pour résoudre des questions liées le plus souvent à l'impact de la crise et du confinement sur la vie quotidienne.

2.2 Une reconfiguration des espaces géographiques

Les témoignages recueillis permettent de **repenser l'espace géographique**, dans la mesure où l'échelle locale a montré toute sa pertinence pour l'action. Cette échelle locale semble avoir été la plus efficace dans la gestion de la crise, en permettant d'établir un diagnostic « sur-mesure » des problèmes rencontrés et de mobiliser les ressources locales. Mais cette approche doit impliquer d'une part, la reconnaissance de la légitimité des différents acteurs du territoire, et d'autre part, de penser leur coordination. En effet, comment penser la pertinence de politiques de plus en plus locales alors que l'échelle des problèmes est de plus en plus globale ? Ces différents points sont à prendre en compte dans une approche territorialisée, afin d'éviter de renforcer l'impression de mille-feuille des dispositifs publics entraînant des contradictions, des incohérences ou des sollicitations des mêmes acteurs à de multiples reprises dans des cadres différents.

Ces initiatives ont ainsi démontré le lien entre la proximité et l'efficacité des mesures mises en place. Ces mobilisations plus ou moins structurées d'organisent en fonction des réalités locales :

« Il ne peut pas y avoir d'évolution positive si l'échelon local n'est pas mobilisé. Et d'ailleurs, on voit bien comment des mobilisations se sont faites, plus ou moins structurées en fonction des réalités locales. Par exemple, lorsqu'il existe un centre de santé, lorsqu'il existait déjà un contrat local de santé qui a l'habitude de travailler avec les acteurs, ça a produit beaucoup plus vite une organisation territoriale qui a montré son efficacité ».

2.3 Une reconfiguration des espaces démocratiques

La nécessité de repenser l'organisation à l'échelle locale implique aussi de repenser les espaces démocratiques à cette même échelle :

*« La démocratie en santé – j'y reviendrai sans doute, parce que c'est aussi une des leçons à tirer du covid –, elle s'exerce au niveau national, au niveau régional, mais aussi au niveau local, dans les établissements, que ce soit les **CDU** (Commission des Usagers), que ce soit les **CVS** (Conseils de la Vie Sociale), face à l'État qui est très puissant en matière de santé, on l'a vu dans cette crise, il est bon que les forces que nous constituons, les acteurs, puissent trouver des temps d'expression, des temps de contribution, des temps de critique s'il le faut ».*



La **démocratie en santé** est une démarche qui associe les usagers et les autres acteurs du système de santé (professionnels, élus) à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé. Elle a pour objectif d'améliorer le fonctionnement et l'efficacité du système de santé en obligeant les décideurs à prendre en compte le regard des premiers concernés, les usagers.

Cette démocratie peut vivre aussi bien à l'échelle d'un établissement de santé qu'à l'échelle communale, départementale, régionale, voire nationale.



Les instances de démocratie sanitaire

L'exemple de la ville de de M'Tsangamouji à Mayotte illustre cette décentralisation et coordination à l'échelle locale ville :

« Par rapport à ce manque de coordination entre la Ville, les associations, c'est intéressant parce que c'est finalement ça qui a également mobilisé cette ville de M'Tsangamouji, à la fois le maire, l'ARS, pour mettre en place une coordination locale de santé. C'est un conseil local de santé qui est en cours de création. Ce qui est intéressant, c'est de **mettre en perspective ce témoignage de manque d'articulation avec peut-être, justement, la création de ces coordinations locales** ».

Conseils locaux et coordinations locales, autant d'espaces de coopération, ont permis à certains acteurs d'être au plus proches des populations concernées. C'est aussi le cas de certaines instances comme les conseils de quartier (voir encadré).

- Le **Conseil Territorial de Santé (CTS)** : permet le dialogue entre l'ARS et les partenaires (professionnels, collectivités, usagers, etc.) pour une mise en cohérence des projets.
- La **Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA)** : organisme consultatif, lieu de concertation et d'expression entre les acteurs du domaine de la santé (professionnels, collectivités locales, usagers, etc.).



Les **Conseils de Quartier** sont, en France, des structures associant des habitants d'une grande ville à la gestion municipale. Les conseils de quartier peuvent être consultés par le maire et formuler des propositions sur toute question concernant le quartier ou la ville. Le maire peut également les associer à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des actions intéressant le quartier. Les Conseils de vie sociale (CVS) dans le médicosocial, et les Commissions Des Usagers (CDU) dans le sanitaire constituent deux instances essentielles à la représentation collective des usagers.

Le renforcement de l'espace local comme un lieu de coopération nécessite de questionner une organisation où consignes nationales et expériences locales se percutent et/ou s'inscrivent dans des temporalités différentes. Les initiatives locales ou l'analyse des besoins des territoires ont par exemple très vite mis à jour les impacts du Covid sur l'accès aux soins, l'accès à l'alimentation... La prise en compte par l'Etat de ces dimensions a pris du temps alors que les mobilisations à l'échelle locale ont été particulièrement réactives. Cela questionne aussi la capacité des institutions à prendre en compte ce qui émerge de la parole et de l'expertise citoyenne, au niveau local, dans une situation de crise, ainsi que les initiatives portées par les acteurs locaux.

« Le constat que l'on a fait, notamment au début de cette épidémie, c'est qu'une fois de plus, c'était la fête au jacobinisme. **Tout vient d'en haut, tout est descendant, système pyramidal, l'État via ses agences, via ses délégations départementales, fait descendre les consignes.** Et puis, ce qu'on a vu, c'est que **l'efficacité est venue par l'émergence de la dimension locale et territoriale.** Je considère qu'on a un nouvel équilibre à trouver. Un équilibre entre ce qui est nécessaire au niveau du pilotage, en termes de santé publique et puis, d'autre part, **toute cette respiration, toute cette efficacité de territoire. Et c'est ce que vous avez appelé la nécessaire articulation.** Ça ne viendra pas tout seul ».

Ces témoignages sont intéressants à analyser à la lumière des démarches communautaires en santé. Les initiatives citoyennes et spontanées réalisées lors du premier confinement illustrent la nécessité de pallier un manque de démocratie en santé en temps de crise.

« Durant le covid on a eu une absence de mobilisation des instances de démocratie en santé. C'est du haut en bas que ça s'est passé. A l'échelon national, régional, territorial, on nous a un peu oubliés. Alors, on s'est rappelés à eux, mais c'est vrai que les instances de démocratie en santé, qui existent, n'ont pas été mobilisées durant la période de crise ».

Ainsi, si l'initiative locale constitue aujourd'hui un élément incontournable dans la mise en œuvre des politiques sanitaires, sociales et éducatives, le renforcement de la décentralisation ne doit pas occulter une définition claire et précise du rôle de l'Etat. Cette réalité impose une réflexion rapide sur le **rôle de régulation de l'Etat**, pour éviter que les divergences idéologiques et politiques d'une part, et que les contextes territoriaux de l'autre, engendrent de fortes inégalités à l'échelle locale. Le niveau national, au-delà de sa mission de contrôle et de régulation, doit permettre de soutenir les initiatives locales tout en assurant des rééquilibres à l'échelle nationale dans une réelle démarche de co-construction, articulant décentralisation et cohésion nationale.

2.4 Une reconfiguration de la notion de santé

L'analyse des prises de parole de ce premier webinaire témoigne aussi de l'impact de ces initiatives sur notre façon d'approcher la santé et les inégalités en France. L'approche de la santé au seul prisme du soin à une fois de plus montré ses limites. Le fait que beaucoup d'initiatives associatives se soient trouvées submergées par les questions de santé mentale, de l'adaptation aux nouvelles directives, de l'accompagnement ou encore de l'information a pu révéler ce manque d'approche globale et holistique de la santé en France.



Les démarches communautaires en santé constituent une stratégie efficace de lutte contre les inégalités. L'intersectorialité et la prise en compte de l'ensemble des déterminants permettent d'appréhender une question de santé dans toute sa complexité.

« La maladie qui restait incompréhensible pour la plupart d'entre nous, mais aussi, imaginez, pour d'autres personnes... Moi, j'ai eu des personnes d'origine afghane qui m'ont dit : « mais c'est quoi cette maladie ? D'où ça vient, qu'est-ce qu'on nous a fait ? » L'incompréhension peut générer des angoisses. Vous avez des gens qui n'ont pas été se faire soigner de peur d'attraper le coronavirus, qui avaient des rendez-vous importants, en neurologie, en chirurgie, des spécialistes en diabétologie, etc. Il y a des personnes qui n'ont pas été, de peur, il y en a d'autres qui avaient l'habitude d'être accompagnées par des médiatrices, soit pour des problèmes de langue, soit pour des problèmes de vocabulaire médical. Parce qu'il est à noter aussi, que le vocabulaire médical, ce n'est pas si simple ».

Si depuis plusieurs années les acteurs de la Promotion de la santé plaident pour une vision globale de la santé basée sur l'ensemble de ses déterminants, il semblerait que la crise du coronavirus ait provoquée une réelle prise de conscience, voir une nécessité de redéfinir la notion de santé ainsi que les politiques publiques la concernant.

Dans un premier temps, nous avons assisté à une gestion de la crise très hospitalo-centrée. C'est notamment l'image qui a été relayée par les médias ou encore par les applaudissements des soignants le soir à 20h. Cependant, petit à petit, la crise sanitaire a levé le voile sur de nombreuses inégalités sociales et de santé, connues mais peu partagées ou médiatisées. Certaines concernent les inégalités d'exposition au virus :

« D'autant que les individus ne sont pas égaux devant les restrictions convoquées, comme c'est le cas pour les immigrés en situation de précarité. Il est certainement plus facile de suivre les règles lorsque l'on est cadre en télétravail dans sa résidence secondaire que caissier·e·s, vigiles ou aides-soignant·e·s obligé·e·s de prendre les transports en commun pour faire tourner le « système ».



D'autres concernent des facteurs de vulnérabilités dus à des maladies chroniques dont le lien avec les inégalités sociales n'est plus à prouver : (témoignage page 23)



Le Ségur de la santé a réuni, du 25 mai au 10 juillet 2020, le Premier ministre, le ministre des Solidarités et de la Santé, et les représentants de l'ensemble du système de santé. Cette concertation portait sur différents sujets comme la revalorisation des carrières, l'organisation des soins dans les territoires, l'investissement, le numérique en santé, la gouvernance et l'inclusion des soignants aux prises de décision, la lutte contre les inégalités de santé, la psychiatrie, la recherche, mais aussi la santé des personnes âgées et des personnes handicapées.

Aux vues de son caractère très hospitalo-centré, ce Ségur a été vivement critique par les acteurs de la promotion de la santé. Un Ségur de la santé publique devrait voir le jour au printemps 2021.

[Lien pour plus d'informations](#)

« Et les populations qui sont le plus exposées et qui ont plus de soucis de santé que d'autres, et notamment, moi, j'habite la Seine Saint Denis et je peux vous dire qu'en Seine Saint Denis, on a une vraie question parce que ce sont des personnes qui ont des fragilités en termes de santé, qui ont de l'obésité, des problèmes de nature à amplifier une crise comme celle qui nous est arrivée. Et donc, ces populations ont été plus victimes que d'autres, de tout cela. »



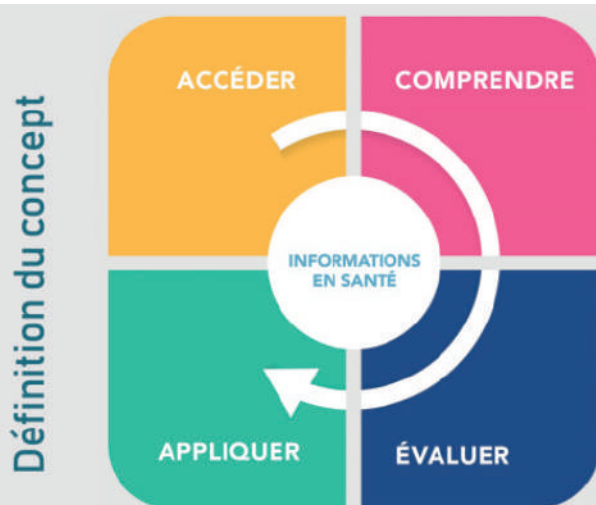
La littératie en matière de santé : désigne « les connaissances, la motivation et les compétences permettant d'accéder, comprendre et évaluer l'information dans le domaine de la santé pour ensuite se forger un jugement et prendre une décision en termes de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé, dans le but de maintenir et de promouvoir sa qualité de vie tout au long de son existence ».

Enfin, les conditions de vie face au confinement ou encore au couvre-feu ont rapidement fait émerger l'impact des mesures prises sur la santé mentale, le logement, le climat social ou encore les violences.

Accès à l'information et littératie en santé : des principes oubliés ?

La question de l'accès aux outils, à l'information, l'accessibilité aux différents documents et la compréhension des recommandations est restée relativement impensée par les pouvoirs publics au début de la pandémie. Dans ce domaine aussi, la société civile a pendant un temps compensé ce manque en créant des outils adhoc, en transformant certains documents dans une version facile à lire et à comprendre.

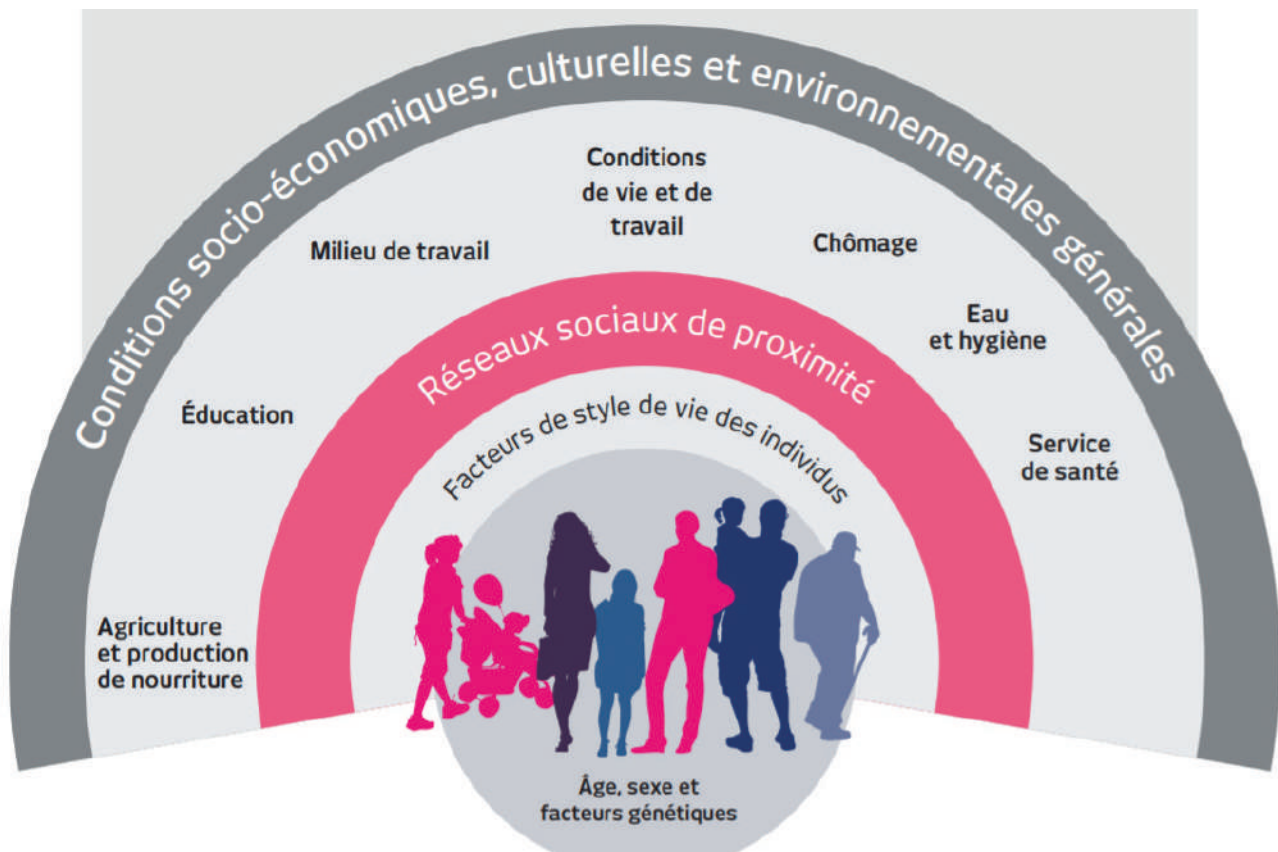
« Moi, j'ai été à l'initiative, avec B. Thoreau et S. Niakhate pour l'atelier des masques qu'on a fait à Fontenay. J'ai été aussi impliquée dans l'aide aux devoirs. C'est-à-dire que notre association des parents du Bois Cadet, parce que nous nous occupons d'enfants qui ont des parents analphabètes... donc, la difficulté, eux, c'était de se retrouver du jour au lendemain avec des feuilles de papier, des blocs de papier, avec des devoirs et un handicap, c'est de ne pas savoir lire ni écrire »



Près d'**1 adulte sur 2** a un niveau de littératie en santé limité : insuffisant (12%) ou problématique (35%).

Résultats de l'étude comparative du niveau de littératie en santé de 8 pays européens (ne comprenant pas la France).²

Cette prise de conscience progressive **légitime la nécessité d'un travail intersectoriel sur les déterminants de la santé.**



Inpes, ESPT, RFVS, Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, intérêts d'une approche locale et transversale

3. Comment apprendre de ces initiatives et les faire perdurer ?

3.1 Profiter de l'impulsion pour un changement de pratiques : la question du comment ?

Nous avons assisté durant la crise sanitaire à de réels changements de pratiques, qui amorcent une évolution favorisant le développement des **démarches communautaires et de la promotion de la santé**. Ainsi, de nombreux acteurs se questionnent sur les moyens à mettre en œuvre pour pérenniser ces changements au-delà de l'urgence de la crise.

« La crise du covid, quelque part, démontre in vivo, que sur le terrain, il y a des choses qui ne demandent qu'à bouger. [...] Mais il ne faut pas que ce soit un feu de paille et que ce soit lié à la crise covid ».

« Sur l'exemple de cette enseignante, j'ai bien vu que pour elle, c'est ce qu'elle m'a dit : après le confinement, tout va redevenir comme avant. C'est-à-dire : elle, dans sa classe, les parents, dehors, sans contact avec elle, sans contact avec la communauté : « mais on aurait besoin de travailler différemment avec les parents. On aurait même besoin de travailler différemment avec les associations de quartiers, comme on a travaillé pendant le confinement ». **Sauf qu'elle est dans l'école et qu'elle ne sait pas trop comment s'y prendre, demain, dans la période entre guillemets redevenue « normale ».**

Si pour certains, ces initiatives gagneraient à être pérennisées sur le long terme, la question reste posée de la manière d'y parvenir. Plus largement, la question se pose de la place et du rôle de ces initiatives dans l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques de santé.

« Il y a aussi un moment donné où on ne peut pas toujours s'appuyer sur les initiatives des gens s'il n'y a pas, derrière, ou l'État ou les collectivités territoriales, ou le service public qui prend le relais et en s'inventant et en changeant aussi ses pratiques ». (Président de la Fabrique territoire santé)

A cette question des moyens à mettre en oeuvre pour pérenniser ces initiatives et collaborations nées durant le premier confinement il paraît indispensable de capitaliser ces expériences, afin d'en identifier la nature et d'en tirer des

enseignements et des éléments de transfert.

Certains chercheurs en Santé Publique ont d'ailleurs souligné la nécessité d'un retour d'expérience.

« Mais pour cela, il faudrait accepter de réaliser un véritable retour d'expérience en laissant l'orgueil politique de côté. En cela, on transformera le danger en opportunité. Et ça, ça s'appelle la résilience. »⁸

⁸ Ridde, Cambon, et Alla, « Santé publique : pour l'empowerment plutôt que l'infantilisation. »

La Société Française de Santé Publique a initié cette démarche de recensement des ressources. L'Institut Renaudot quant à lui a repéré des initiatives dans le cadre de son projet zerordinateurs.

C'est aussi le souhait des acteurs de terrain :

« Maintenant, il faut quand même qu'on fasse un bilan des situations pour ne pas, justement, toujours réagir dans l'urgence, pour ne pas toujours réagir dans les extrêmes. Et vraiment tenir compte de ce qu'on a vécu, de tout le positif mais aussi, bien sûr, des blocages et des défaillances, pour remettre tout le monde, un petit peu, en piste et sans en laisser sur le terrain ».

Pour répondre à ce besoin exprimé par différents acteurs, l'Institut Renaudot s'est mobilisé pour organiser des temps de partages d'expériences. D'autres organismes comme la **CRSA** (Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie) d'Ile de France, ou la Fédération bruxelloise de promotion de la santé, ont également effectué un travail similaire :



« En ce moment, à la CRSA Ile-de-France, un travail de recensement, de retour d'expériences et on va essayer de valoriser toutes ces expérimentations ».

Créée par la loi HPST du 21 juillet 2009, la **Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie** (CRSA) est un organisme consultatif qui contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de santé. Elle constitue un lieu privilégié de concertation et d'expression de l'ensemble des acteurs du domaine de la santé, y compris des représentants des usagers. La CRSA peut faire toute proposition au Directeur Général de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région.

C'est aussi le cas de la Fabrique Territoires Santé :

« Alors, pour Fabrique Territoires Santé, simplement, dire qu'on a fait comme Renaudot, comme d'autres, essayé de faire remonter aussi des initiatives. Donc, on va faire l'analyse de savoir aussi comment ça s'est passé sur le terrain avec les ARS, avec les contrats locaux de santé, avec les ateliers santé ville, comment ils ont été mobilisés, pas mobilisés, etc. »

Ces retours d'expériences ne seront pas seulement un outil d'analyse de la gestion de la crise, ils sont aussi riches d'enseignements sur les manières de faire et les leviers activés pour permettre la création de dynamiques territoriales. En quoi cette dynamique qui a fonctionné dans une situation d'urgence peut-elle se renforcer dans d'autres circonstances ? Est-ce possible ? Et comment ? A quelle(s) condition(s) ? Comment peuvent s'articuler ces actions avec celles de l'Etat et des institutions ?

3.2 Des questionnements spécifiques aux acteurs de la promotion de la santé

La question de la pérennisation de ces initiatives interroge forcément la place et le rôle des acteurs en promotion de la santé. Quelle place peuvent-ils prendre pour les soutenir ? :

« Comment et quel va être notre rôle d'association de promotion de la santé, quel que soit l'espace dans lequel on se situe, pour faire en sorte que toutes ces organisations, toutes ces nouvelles initiatives, toutes ces nouvelles pratiques, et toutes ces places qui ont un peu bougé, durent dans le temps (...) par quel type de communication, par quel type d'accompagnement, comment on peut capitaliser ces initiatives-là, pour que les pratiques qu'on a eues dans les situations d'urgence deviennent des choses installées en routine ».

D'autres encore se questionnent sur la légitimité de leur place dans l'accompagnement de ces initiatives.

« Je m'interroge beaucoup sur la rencontre entre ces initiatives citoyennes qui, finalement, sont bien nées du bottom up et puis, finalement, ces méthodes que nous, en instituts, dans le tissu associatif, qui se retrouvent un petit peu à illustrer le top down, parfois, que nous reprochons à nos dirigeants politiques. Comment compléter ces approches plus informelles, plus spontanées ? Comment se mettre au service de ces approches sans en perdre la richesse ? ».

Les témoignages recueillis ont aussi mis en lumière les interrogations des acteurs sur les difficultés de la mobilisation collective face à une situation épidémique. L'impossibilité de se rencontrer « en vrai » entravera-t-elle la mobilisation collective, le désir de s'engager dans un mouvement ou d'exprimer ses idées dans un collectif ? La question de la convivialité est primordiale au sein d'un collectif, et c'est en cela que les acteurs craignent une démobilisation à la suite du déconfinement, dans un contexte où la peur de contaminer les autres ou d'être contaminé sera encore présente.

« La deuxième chose, c'est sur la mobilisation collective. On en a parlé, sur les coopératives d'acteurs, etc., sur les coordinations locales, sur le lien avec le service public. Là, on va déjà vers le politique, mais, en tout cas, notre question... on disait également, cette **difficulté de mobiliser parce qu'on n'a pas la convivialité** (...) ça nous pose des questions sur comment on va relancer ou continuer les mobilisations collectives ».

Cette absence de convivialité et de possibilités de se rassembler met à mal les méthodes d'intervention en promotion de la santé et démarches communautaires basées entre autres sur l'organisation d'espaces de médiation, de débats qui nécessitent de se côtoyer physiquement.

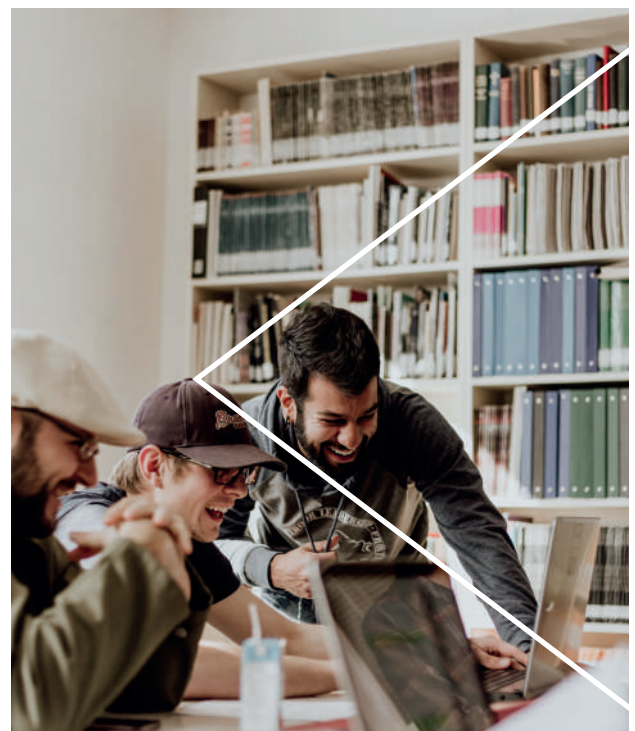
Le recours aux outils numériques n'a pas pu pallier ces difficultés, les habitants n'en maîtrisant pas facilement l'usage ou ne disposant pas d'un ordinateur ou d'une connexion suffisante. Si des projets ont été élaborés pour compenser cette fracture, il reste à imaginer des espaces de dialogue, des stratégies de remontée d'informations pour que la parole, les besoins, les difficultés et les propositions des habitants usagers citoyens puisse être recueillie mais aussi prises en compte. A l'ITR, la création de compte WhatsApp avec certains groupes a permis de garder le lien et d'élaborer des échanges avec des professionnels. Mais ce type de dispositifs engendre des questions sur les données, sur l'usage professionnel de ce type d'outils, sur la confidentialité de certains échanges. Une vraie réflexion pourrait s'engager pour élaborer des points de repères pour l'usage de cet outil comme un espace de co-construction.

« Les démarches communautaires s'appuient sur la dynamique collective, sur la convivialité, sur des actions de proximité. Il vient d'être redit qu'il fallait structurer les choses au niveau territorial. Tout ça, ça veut dire, sur le terrain, des éléments très, très concrets, de convivialité, de proximité, de collectivité. Et tout ça, **c'est très mis à mal avec la situation**. Concrètement, on ne peut pas se réunir à plus de X nombre de personnes. On doit inciter les personnes à s'inscrire ou à prendre rendez-vous. Quand on coordonne un lieu communautaire, les gens ne peuvent plus venir se rencontrer. Cet informel est complètement mis à mal. Et donc, voilà, comment pallier ces freins très concrets ? »

4. Poursuivre la réflexion pour renforcer la place de la promotion de la santé et des démarches communautaires en santé

Ce premier webinaire est « daté » au sens où il a eu lieu après le premier confinement, alors que tous les acteurs présents ne savaient que peu de choses sur l'ampleur de la crise et la durée de celle-ci. La mobilisation au niveau local, la prise en compte des inégalités, l'impact sur la santé mentale, sur l'accès aux soins ...évoqués à travers les différents témoignages ont petit à petit fait l'objet d'interventions plus structurées de la part de l'Etat et/ou des collectivités locales. Mais il n'en reste pas moins que les initiatives prises partout sur le territoire ont été d'excellents observatoires, très tôt, des conséquences de la crise et des inégalités engendrées par les différentes mesures prises. Ce premier webinaire a ainsi fait émerger un certain nombre d'éléments qui méritent qu'on les observe dans le temps et/ou qu'on en tire des enseignements pour modifier les pratiques et les décisions en santé publique y compris hors situation de crise :

- La crise sanitaire a donné lieu à l'émergence de nouvelles solidarités entre acteurs, s'appuyant sur des initiatives innovantes et participatives.
- Ces initiatives menées à l'échelle locale ont fait preuve d'efficacité, et ont pu démontrer le potentiel d'action des acteurs sur les territoires, y compris les habitants-usagers, citoyens.
- Cette crise a permis à certains professionnels de modifier leurs relations avec les habitants/usagers des services de santé, ce qui a permis une horizontalité plus grande des rapports.
- Cette crise a aussi permis à certains habitants d'appréhender d'un œil nouveau leur rôle et leur place au sein du territoire et dans la gestion des questions de santé.



Le paradoxe du confinement est donc bien là. Alors que le terme de distanciation sociale a été au cœur des éléments de langage des institutions pour gérer la crise, les acteurs sur les territoires, eux se sont mobilisés, renforçant ainsi les liens entre habitants, professionnels, associations, élus, générations ... Alors que les démarches participatives prennent souvent du temps, les dynamiques se sont construites rapidement sous la double contrainte de l'urgence et de l'absence de prise en compte du niveau local et des conséquences « non sanitaires » de l'épidémie.

La nature et les modalités de ces initiatives questionnent les approches en promotion de la santé et les pratiques des DCS. Comment en effet, s'appuyer sur ce qui s'est construit pour développer d'autres dynamiques ? Comment penser la place de la promotion de la santé dans la gestion d'une telle crise ? Comment intégrer ces approches non pas tant comme une « compensation » du rôle de l'Etat mais bien comme une stratégie intégrée contribuant à la mise en œuvre de politiques de santé publique efficaces et cohérentes où chacun joue son rôle ?

Comme souligné en introduction, ce document s'inscrit dans un projet plus large qui s'est poursuivi par la réalisation de capsules vidéo. L'objectif de ces productions est de poursuivre la réflexion et de mesurer notamment si l'inscription de ces nouvelles dynamiques dans le temps et comment ? Comment articuler la temporalité des démarches communautaires (nécessitant un temps pour instaurer les relations de confiance et d'échange) avec celle de l'urgence et des crises ?

- Comment répondre aux besoins des acteurs clefs de ces initiatives pour qu'elles puissent se pérenniser ?
- Comment capitaliser au mieux ces expériences pour enrichir les démarches communautaires ?

LA CRISE SANITAIRE - POUR UNE APPROCHE COMMUNAUTAIRE

LES 8 REPÈRES DE LA DÉMARCHÉ COMMUNAUTAIRE

<p>1 Concerner une communauté</p> <p><i>"Une des problématiques fortes de ce confinement, c'était la question du lien".</i></p>	<p>2 Favoriser tous les acteurs concernés dans une démarche de coconstruction</p> <p><i>je pense que cette crise nous aide à montrer, justement, l'enjeu et l'importance des politiques locales de santé et de la présence de l'ensemble des acteurs".</i></p>
<p>3 Favoriser un contexte de partage des pouvoirs et des savoirs</p> <p><i>"Une enseignante qui m'a dit que la période de confinement lui avait permis d'établir des relations tout à fait nouvelles avec les parents, et qu'elles lui ont permis d'aller jusqu'à demander leur conseil et les mettre dans une situation tout à fait différente de celle d'avant le confinement, c'est-à-dire de parents qui montrent leurs compétences, qui peuvent dialoguer avec les enseignants, et donc, dialoguer avec elle".</i></p>	<p>4 Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté</p> <p><i>"Il faut qu'on apprenne, de façon globale, tous, à continuer à faire confiance aux gens qui peuvent trouver des solutions devant des difficultés. Il y a une grande intelligence collective".</i></p>
<p>5 Mettre en place un processus d'évaluation partagée et permanente pour permettre une planification souple</p> <p><i>"La problématique, actuellement, c'est se remettre dans l'analyse des expériences. Parce que là, maintenant, il faut quand même qu'on fasse un bilan des situations pour ne pas, justement, toujours réagir dans l'urgence".</i></p>	<p>6 Avoir une approche globale et positive de la santé</p> <p><i>"la santé, au sens global, au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé, évidemment, n'est pas qu'un problème de soignants; même si pendant la crise sanitaire, la question des soignants était tout à fait primordiale"</i></p>
<p>7 Agir sur les déterminants de la santé</p> <p><i>"Il y a, à l'évidence, un certain nombre de facteurs environnementaux : urbains, sociaux, liés à la surpopulation, liés aux logements, aux petits logements où s'entassent les personnes"</i></p>	<p>8 Travailler en intersectorialité</p> <p><i>"on parle beaucoup de transversalité, notamment entre les professionnels de la santé, du social, du médicosocial, de l'éducatif, mais là, on est vraiment dans la phase active"</i></p>



Pour aller plus loin

Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé, Décembre 2020, « Apport de la Démarche Communautaire en Santé en situation de Covid-19 »

Inpes, ESPT, RFVS, Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, intérêts d'une approche locale et transversale

Promo Santé Suisse, Avril 2019, « La Participation en matière de Promotion de la santé »

Promo Santé IDF, Novembre 2020, dossier sur la participation des habitants-usagers-citoyens

Revue Rhizome : « Aller vers »...d'autres pratiques ?, N° 68, Juin 2018, 20 pages, téléchargeable

Crozet, « Les perspectives de la demande de déplacements interurbains »

David, Olivier, 2006, « Agir à l'échelon des territoires : une évidence, des risques », La Santé de l'Homme, N°383.

Guide d'accompagnement santé FNARS 2016 : Aller-Vers les personnes en matière de santé, 6 pages, téléchargeable

Les parutions de l'Institut

Institut Renaudot, 2012, « Guide pratique d'auto-évaluation des effets de votre démarche communautaire en santé »

Institut Renaudot, 2017, « Cahier de l'Institut N°1, Périnatalité : agir avec les femmes »

Institut Renaudot, 2019, « Cahier de l'Institut N°2, Numérique et Démarches Communautaires en Santé »

Institut Renaudot, 2020, « Guide d'approche : Prendre des Nouvelles par téléphone ou porte à porte »

À venir

2021, « Cahier des 10e Rencontres de l'Institut Renaudot »

2021, « Cahier de l'Institut : Grilles d'Evaluation de l'Empowerment Individuel et Collectif »

Postface

Au terme de 2 années de crise épidémique du Covid19 en Ile-de-France, plusieurs grandes leçons sont d'ores et déjà tirées et partagées par les autorités sanitaires et les instances de démocratie en santé de notre région.

Elles conduisent à infléchir la pratique francilienne de Santé Publique, à reconsidérer le rôle de la prévention, de l'éducation et de la promotion de la Santé et à renforcer substantiellement la place du niveau territorial de proximité pour optimiser l'action.

Ces constats sont connus

- Le rôle des déterminants sociaux dans la causalité de la surmortalité observée dans certains territoires.
- L'exigence d'équité qui s'est exprimée parmi les populations des zones les plus touchées par l'épidémie ; exigence renforcée par la diffusion et l'appropriation de données épidémiologiques de plus en plus affinées et territorialisées.
- L'efficacité des nouvelles stratégies volontaristes d'« aller vers » en direction des populations les plus précaires, des quartiers et communes populaires, des espaces enclavés ou isolés.
- L'engagement dès la première vague de l'épidémie de nombreux acteurs associatifs ou institutionnels, l'appétence de nouveaux acteurs : bailleurs sociaux, clubs sportifs, associations de quartier pour des formes simples et concrètes de soutien en proximité et aussi le rôle majeur joué par les hôpitaux, les établissements médico-sociaux, les CPTS.

Ces constats ont conduit l'ARS Île-de-France, après un premier travail d'analyse sur des retours d'expérience à proposer plusieurs principes d'action pour une santé publique renouvelée et plus agile lors des situations de crise sanitaire.

Notre instance régionale de démocratie en santé (CRSA) adhère à ces conclusions et les complète de ses propres contributions. Elles sont toutes parties prenantes **d'une démarche de réduction des inégalités sociales**

et territoriales de santé et convergent vers une approche communautaire en santé.

Je les mentionne brièvement :

1. Développer une stratégie de coalition d'acteurs

Avec les grands réseaux sectoriels régionaux (associations caritatives, syndicat groupements professionnels, bailleurs sociaux). Avec les intervenants de proximité des territoires en trouvant des formes simples et souples de soutien matériel et financier. Avec les coordonnateurs des contrats locaux de santé et de santé mentale qui ont durant la crise à nouveau démontré leur efficacité.

2. Agir en lien avec les autres opérateurs public sur les déterminants de santé

La crise sanitaire du COVID-19 a démontré à quel point les questions du logement, de l'emploi, de l'éducation, de l'environnement et des ségrégations et discriminations de toutes sortes avaient un impact sur les populations. Inscire la santé dans toutes les politiques publiques est devenu fondamental.

3. Promouvoir un urbanisme favorable à la santé

Au cœur de la crise sont apparues très fortement les questions liées au fonctionnement de la métropole francilienne et de ses 12 millions d'habitants, à l'organisation des transports publics, à la répartition et à la disponibilité des espaces publics, au système alimentaire générateur d'inégalités. Ce sujet justifie un puissant plaidoyer auprès des autorités régionales et nationales.

4. Conforter les dispositifs d'« aller vers » collectifs et communautaires

Les démarches initiées par les équipes mobiles de dépistage puis de vaccination en lien étroit avec les acteurs locaux ont permis d'atteindre les personnes les plus fragiles, les plus isolées. Elles doivent être pérennisées et renforcées.

5. Réduire la fracture numérique

Au fil du déroulement des vagues de l'épidémie, on a constaté que, d'une part, les personnes les plus isolées, les plus précaires, les plus âgées ont été percutées par une information non maîtrisée non consolidée parfois non fiable et que, d'autre part, la réponse publique se structurait de manière dématérialisée, individuelle et peu accessible à ces catégories. Ces modalités de communication devront sans doute être réinterrogées, réassurées et confortées en menant une réflexion approfondie sur le plan opérationnel juridique et éthique.

6. Repositionner le rôle du système de soins et mieux articuler les interventions de terrain avec la production et l'appropriation des données de santé

La prise de conscience de l'importance des approches de santé publique, l'intérêt croissant pour les actions d'éducation, de prévention et de promotion ont été évidents durant la période parmi les soignants et les acteurs du système de soins. Il conviendra de valoriser ces acquis sans revenir aux approches traditionnelles médico et hospitalo centrées.

Cette prise de conscience a été facilitée par la mise à disposition de données de surveillance épidémiologique territorialisées par l'ORS Île-de-France et par l'Assurance-Maladie.

C'est une des avancées majeures de la crise que ces données jusqu'alors réservées au seul décideur régional aient été appropriées par les acteurs locaux du changement de la santé et notamment par les élus des territoires et aient ainsi permis de mettre en place des réponses ciblées de proximité dans une logique de convergence et de pilotage partagé avec les autorités départementales et régionales.

7. Reconnaître enfin pleinement l'échelon territorial comme acteur de santé publique, organiser, structurer ses modes opératoires et mieux les articuler avec la logique des politiques régionales et nationales

La crise sanitaire a mis en lumière l'échelle pertinente du territoire de proximité pour diagnostiquer les situations, bâtir des solutions sur mesure, pour mobiliser et coordonner les ressources locales.

Mais ce qui a été rendu possible voire a été encouragé et soutenu par les pouvoirs publics durant cette période d'exception n'existe pas en temps ordinaire.

En effet, il n'y a pas en France contrairement à d'autres pays, d'organisation locale de la santé publique officiellement constituée et structurée. Par contre, coexiste dans les territoires de santé sous l'apparence d'un millefeuille administratif (totalement opaque pour les citoyens et pour les professionnels), une pluralité de structures pas ou peu coordonnées disposant toutes de leur propre projet. (GHT, établissements médico-sociaux), CPTS, DAC, CLS, CLSM etc.

La question de l'articulation et de la mise en cohérence des structures de coopération existant dans un territoire de santé doit être enfin traitée par la réglementation.

Il est donc nécessaire pour le législateur de tirer les leçons de la crise et repenser l'organisation à l'échelle locale. Il faut aussi repenser les espaces démocratiques à cette même échelle. En effet, si la démocratie en santé s'exerce au niveau national (CNS), régional (CRSA), départemental (CTS) mais aussi au niveau des institutions de santé et du secteur médico-social (CDU et CVS), elle doit aussi se vivre en ville et dans les territoires de santé.

Cette postface a été écrite en fin d'année 2021 et porte essentiellement sur des constats effectués sur la situation en Ile-de-France.

Elle s'inscrit donc à distance de la tenue du webinaire organisé en juin 2020 par l'Institut Renaudot mais ses conclusions illustrent et rejoignent celles des échanges et des analyses par les participants à cette rencontre.

Jean-Pierre Burnier
Président de la CRSA d'Île-de-France



Le webinaire et ce document ont été réalisés avec le soutien de



AGENCE
NATIONALE
DE LA COHÉSION
DES TERRITOIRES

