

# Du soin à la prévention, l'action d'une collectivité territoriale pour la santé publique

## L'exemple de la Communauté de l'Agglomération Havraise (CODAH)

Maud HARANG CISSE, chargée de mission  
Dr Agnès DEMARE LECOSSAIS, médecin directeur

# Plan

- I. **Genèse du service de santé de l'agglomération**
- II. **La politique de santé de l'agglomération**
- III. **Nouvelles contraintes, nouvelles opportunités?**
  - **Le Contrat Local de Santé**
  - **Projet : « Le Havre Dentaire »**

# I. Genèse du service de santé (1)

- **1879 : Bureau d'hygiène municipal**
  - missions de salubrité et d'hygiène
  
- **1950 : Syndicat intercommunal d'hygiène de la région havraise (SIHRH)**
  - « améliorer l'état sanitaire des communes »

# I. Genèse du service de santé (2)

- **Un enjeu intercommunal ancien**
  - volonté de fédérer les actions sanitaires
  - le SIHRH ne cesse de s'étendre
- **L'expression d'une volonté politique forte**
  - 1996 : impulsion d'une nouvelle dynamique
  - fermeture des centres municipaux de santé
  - développement d'actions préventives

# I. Genèse du service de santé (3)

- **2001 : création d'une DSHE à la CODAH**
  - la nouvelle collectivité se saisit de la compétence santé et transfert ses personnels et outils
- **2005 : rédaction de nouveaux statuts pour la DSHE**
  - pas de compétences réglementaires
  - prise en compte des enjeux et concepts de promotion de la santé
  - construction d'un programme pluriannuel d'actions sanitaires

## II. Missions de service

- Mauvais indicateurs de santé
- Rôle dynamique pour pallier ces difficultés
- Aider l'individu à être en « bonne santé »
- Diversité des missions

## II. Conception, pilotage des projets

- **Déclinaison des politiques nationales ou régionales**
- **Projets locaux**
- **Soutien aux communes et aux associations du territoire**

## II. Conception, pilotage des projets

- Une équipe aux compétences diversifiées
- Le lancement de diagnostics territoriaux
- Une démarche partenariale appuyée



## II. Choix des échelles d'intervention

- Reconnaissance de l'échelon local par les dispositifs nationaux : ASV, CUCS, et CLS
- Echelon adéquat pour mobiliser les acteurs, articuler les réponses et les politiques publiques
- Principe d'équité, d'égalité ou basé sur du volontarisme

## II. Choix des thématiques d'étude

- **Importance du diagnostic**
- **La démographie médicale occupe une place grandissante**
- **Certaines sont imposées (addictions, pédiculose...)**

# III. Nouvelles contraintes, nouvelles opportunités

- Evolutions sanitaires et socio-éco
- Evolutions des dispositifs de SP
  - Quelles sont les réponses à construire pour appréhender ces changements ?
  - Comment poursuivre l'objectif d'améliorer la santé des citoyens ?

# III. Le Contrat Local de santé (CLS)



**SIGNATURE du**  
**CONTRAT LOCAL de SANTÉ**

**Vendredi 26 Octobre**

## III. Le Contrat Local de Santé (1)

- **Consolide le partenariat local sur les questions de santé**
- **Dimension intersectorielle, coordination des acteurs et des financeurs**
- **Renforce l'analyse et la réponse aux problèmes de santé de façon transversale**
- **Territoire retenu : 17 communes avec un zoom sur les quartiers prioritaires**
- **Outil d'amplification de la politique locale (mise à plat)**

## III. Le Contrat Local de Santé (2)

- **Besoins de santé ont été objectivés par plusieurs travaux**
- **6 axes prioritaires et 5 thématiques**
  - Santé et environnement
  - Promotion de la santé et renforcement de la prévention
  - Accès aux soins (démographie médicale et accès aux soins des personnes dépendantes)
  - Périnatalité et Petite Enfance
  - Santé mentale
- **Groupe de travail et élaboration de fiche action**
- **= 57 fiches actions et 9 structures ressources**

## III. Le Contrat Local de Santé (3)

### A propos du financement :

- Redistribution de l'enveloppe dédiée au territoire (près de 110 000 euros) et financement de quelques nouveaux projets
- CLS = outil méthodologique pour mettre en cohérence et prioriser
- Pour l'ARS : permet d'intervenir sur les territoires ayant les plus forts écarts de santé avec la région





## III. Le Havre Dentaire (LHD)





## III. LHD : contexte

- Important déficit de chirurgiens-dentistes au niveau régional et local et une problématique de vieillissement cruciale
- Absence de formation dentaire dans la région
  - Les jeunes praticiens reviennent rarement s'installer dans leur région d'origine
  - Difficulté à obtenir un rendez-vous et délais d'attente trop long
  - Des besoins de soins non honorés
  - Problèmes des urgences dentaires

## III. LHD : idée et vocation

- **Créer une formation clinique et théorique pour les étudiants de 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> année de chirurgie dentaire**
  - Favoriser l'installation future des étudiants dentaires après deux ans de stage de fin d'études
  - Répondre rapidement à la pénurie actuelle de professionnels et donc d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels dans la région
  - Accueillir, soigner une population précaire qui ne se dirige pas naturellement vers les soins

## III. LHD : projet

- 7 fauteuils dentaires et 6 étudiants depuis janvier 2012
- Financement : GHH, ARS, CODAH
- Plus value de la CODAH : étudiants logés, structuration d'un réseau de professionnels
- Des étudiants ravis
- Arrivée de 8 nouveaux étudiants de 5<sup>ème</sup> année

## III. LHD : analyse et limites

- Une dynamique partenariale élargie
- Des bénéfices à court terme
- Sur 2012, le centre dentaire serait déficitaire de 326 000 euros
- Des délais d'attente déjà de 4 mois (besoins supplémentaires)
- Des questions sur la pérennisation des financements

# Marges de progrès

- Relationnel difficile avec les communes de l'agglomération
- Difficultés à renouveler les actions
- Liens entre le CLS et le programme pluriannuel d'actions
- Améliorer le dialogue avec les élus