

éléments
de préconisations

éléments
de préconisations

éléments de préconisations

ELEMEN

DE PRECONISATIO

ELEMENTS

PRECONISATI

LES VILLES S'IMPLIQUENT DANS LE PLAN **CANCER**

Démarche des Villes-Santé Guide pratique



LES VILLES S'IMPLIQUENT DANS LE PLAN CANCER

Démarche des Villes-Santé : Guide pratique

Mettre en oeuvre des actions de lutte contre le cancer à l'échelle communale ou intercommunale en référence au plan cancer

Groupe de travail

Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS

2005

Site : www.villes-sante.com

DEFI TOUR Publicité • 03 83 37 95 69 • Nancy 2005

éléments de préconisations

LES VILLES S'IMPLIQUENT DANS LE PLAN **CANCER**

Démarche des Villes-Santé : Guide pratique

Le Réseau Français des Villes-Santé a signé une convention pluriannuelle avec le Ministère de la Santé et des Solidarités autour de plusieurs axes, dont la contribution des municipalités à la mise en œuvre du Plan National de Lutte contre le Cancer.

Comité de rédaction

C'est dans ce cadre que s'est constitué un groupe de travail composé de représentants (élus et techniciens) de sept villes adhérentes au Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS. Ces villes sont représentatives de la diversité des Villes-Santé françaises. Elles sont de sensibilités politiques différentes, fonctionnent avec des organisations et des moyens très divers.

Il a fallu plusieurs séances de travail et un séminaire de deux jours à Boulogne-Billancourt, entre mai et décembre 2004, pour élaborer ce guide. L'écriture de ce document est donc le résultat d'un travail collectif et celui-ci n'aurait pu être conçu sans l'investissement des personnes mobilisées pour sa réalisation.

Les membres de ce groupe et les villes concernées sont :

Edwige Bertin (médecin de centre de santé)	Ville d'Aulnay-sous-Bois
Evelyne Bourse (médecin de centre de santé)	Ville de Corbeil-Essonnes
Nathalie Duchâteau (responsable Maison des préventions)	Ville de Soissons
Elodie Gérard (chargée de mission ville santé)	Ville de Dunkerque
Francine Morat-Vuong (conseillère municipale)	Ville de Boulogne-Billancourt
Françoise Tenenbaum (adjointe au Maire)	Ville de Dijon
Michèle Trolliet-Belle (chargée de mission santé)	Ville de Boulogne-Billancourt
Jean-Luc Viguier (directeur adjoint à la famille)	Ville de Boulogne-Billancourt
Colette Zannettacci (conseillère municipale)	Ville de Montpellier

Boulogne-Billancourt a assuré la coordination et le pilotage de ce travail.

Le groupe a été accompagné par **Vincent Baudot** du bureau d'études **Grès Médiation Santé**.

Comités de validation

- Les membres du Bureau du Réseau Français des Villes-Santé de l'O.M.S. ont suivi et validé l'avancement des travaux.
- Le document a également été soumis à l'approbation du Conseil d'Administration élargi du Réseau.
- Un Comité de suivi collégial entre la Direction Générale de la Santé et le Réseau Français des Villes-Santé a validé l'avancée des travaux.

Remerciements

Nous remercions Monsieur le Professeur **Jean-Pierre Bader** et l'**Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France** pour leur travail de relecture.

Monsieur **Antoine Gueniffey** de la Direction Générale de la Santé a suivi les travaux du groupe et a accompagné l'écriture de cet ouvrage jusqu'à sa finalisation.



Editoriaux	3-4
Préface : Les Villes-Santé	7
Introduction	8
CHAPITRE 1 Les compétences légales d'une municipalité en matière de santé publique	10
CHAPITRE 2 Le plan national de lutte contre le cancer	12
CHAPITRE 3 Quatre objectifs possibles et plusieurs modes d'actions pour les villes engagées dans la lutte contre le cancer	14
3.1 Promouvoir des modes de vie plus sains	14
3.2 Surveiller et protéger l'environnement	17
3.3 Améliorer l'accès aux services de prévention et de soins	21
3.4 Participer à l'accompagnement social des malades et de leur entourage	26
3.5 D'autres implications pour les villes ?	28
CHAPITRE 4 Quelques recommandations stratégiques et repères méthodologiques	30
4.1 Quels sont les modes organisationnels possibles, en interne, les plus appropriés pour développer ces actions ?	30
4.2 Quels sont les partenariats à privilégier ?	32
4.3 Quels sont les financements (publics et privés) mobilisables pour développer ces actions ?	35
4.4 De la réalisation d'actions ponctuelles à un réel projet global, sur du long terme, de lutte contre le cancer	35
CONCLUSION	38
ANNEXES	
Annexe 1 : Les concepts de santé et de santé publique	39
Annexe 2 : La nouvelle loi de santé publique : le rôle des collectivités territoriales dans les politiques régionales de santé publique	40
Annexe 3 : Santé publique, précarité et politique de la ville : les ateliers santé ville dans les contrats de ville	41
Annexe 4 : Promotion, prévention et éducation à la santé	42
Annexe 5 : Les liens entre les compétences légales d'une ville en matière d'environnement et les priorités du plan " Santé et environnement "	44
Annexe 6 : Les compétences légales des villes en matière d'actions sociales	45
Adresses et sites internet utiles	46
Liste des abréviations	47

Combattre le cancer est aujourd'hui une des principales priorités en Europe. La France a engagé une véritable mobilisation autour d'un plan national de lutte contre le cancer.

Le défi est de rattraper notre retard en matière de prévention et de dépistage, d'offrir à chaque malade la qualité des soins et l'accompagnement humain auxquels il a droit, d'améliorer la formation des praticiens et de donner une impulsion décisive à la recherche.

Depuis son lancement, le 24 mars 2003, ce sont tous les acteurs de la santé, aux premiers rangs desquels : professionnels du soin, de la recherche et associations de patients et d'accompagnants, qui, sur le terrain, ont commencé à mettre en oeuvre les 70 mesures que ce plan décline.

Reste que, face au cancer, la réussite durable ne peut être atteinte que bien en amont des soins, par un renforcement de la prévention primaire et par l'action sur les facteurs environnementaux ou associés aux comportements humains. De même, la proximité avec les populations et une bonne connaissance de leurs conditions de vie sont déterminantes pour mener des actions efficaces.

La mobilisation passe donc forcément par celle des territoires, notamment par celle des villes et des agglomérations, par celle de leurs élus et de leurs techniciens. Promouvoir la santé, c'est une dynamique, et cette dynamique, les villes la possèdent.

Depuis sa création en 1990, le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS a développé de nombreuses expériences dans le domaine de la lutte contre le cancer, toujours en respect des principes de la Charte d'Ottawa, s'appuyant sur une approche globale et positive de la santé et sur la nécessité de travailler de façon transversale, partenariale et participative.

A la demande du Ministère de la Santé, il nous a semblé intéressant de pouvoir partager notre réflexion et notre expérience sur ce sujet prioritaire. Un groupe de travail motivé et exigeant, réunissant des élus et des techniciens issus de villes différentes par leur taille, leur situation, leurs histoires et leurs orientations, s'est ainsi lancé dans la rédaction du guide que vous avez aujourd'hui entre les mains.

Nourri de leurs observations et de leurs constats, cet ouvrage permettra à tout acteur local projetant de mettre en place des actions pertinentes dans le domaine de la lutte contre le cancer, de disposer d'éléments de préconisation à la fois théoriques et pratiques.

Puisse-t-il enfin participer à la poursuite de la mobilisation des territoires contre ce fléau.

Valérie LEVY-JURIN

Présidente du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS

Ce guide pratique relatif à la mise en œuvre du plan cancer au niveau des villes est le troisième cette année d'une série de trois édités par le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS¹ sur sa contribution à la politique de santé publique. Il concerne un thème de première importance puisque la " lutte contre le cancer " est un des trois " chantiers présidentiels " du présent quinquennat et vient d'ailleurs de donner lieu tout récemment, à cet égard, à la création de l'Institut national du cancer.

Pour un thème pourtant fortement marqué a priori par des enjeux de soins et de prévention spécialisée, ce guide - comme les précédents - atteste de la réelle implication de l'autorité municipale. La logique de promotion de la santé est en effet très mobilisatrice et s'étend bien au delà du secteur des soins. Les objectifs de santé publique sont des facteurs de mobilisation légitimes, puisque très liés à la qualité de la vie dans les territoires. Il sont donc propices à une meilleure compréhension du rôle des uns et des autres pour l'action collective. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai plaisir à saluer l'implication des villes du réseau dans le cadre du groupe de travail sur ce thème, comme des acteurs incontournables de cette démarche de santé publique.

A l'instar des précédentes, cette publication est particulièrement significative de l'intérêt d'une action de santé publique intersectorielle et participative au niveau local. Ainsi, il apparaît clairement aux acteurs locaux, que, si par exemple, les dépistages organisés trouvent bien les moyens de leur réalisation par des organisations spécifiques de niveau départemental ou régional, il semble nécessaire de veiller localement à ce que l'ensemble des personnes concernées puissent y accéder alors que, pour de multiples raisons économiques, sociales ou culturelles, elles en sont empêchées.

J'ai été sensible aux enjeux que pouvaient poser le cancer au plan local, qu'il s'agisse d'aménagement urbain, d'environnement, d'accompagnement social pour que cette maladie ne fasse plus l'objet d'ostracisme et de peur. On mesurera aussi au travers de ce guide les intrications avec la politique de réduction de la consommation de tabac et d'alcool, qui soulignent tout particulièrement les enjeux de cohérence de l'action publique en matière de prévention précoce.

Comme les précédents, ce guide vient très opportunément alors que s'élaborent les instruments régionaux - plans et groupements - de la politique de santé publique. Il souligne la contribution des villes, à la santé des populations, comme la loi du 9 Août les y invite, en tant que collectivité locale.

Ainsi, loin de signifier une " étatisation " de la politique de santé publique, la responsabilité de pilotage confiée par la loi à l'Etat, lui impose au contraire de savoir animer et rendre compte de l'effort collectif et ce, dans un contexte compliqué où la réforme de l'Etat exige tout à la fois lisibilité, déconcentration et transparence.

La transparence s'exprimera en particulier avec les nouvelles conférences régionales de santé, qui se mettront en place cette année et auront à débattre ouvertement de la conception et de la mise en œuvre de cette politique, au travers notamment du plan régional de santé publique.

Sans qu'il puisse bien sûr y avoir de monopoles en la matière, les " villes-santé " de l'Organisation Mondiale de la Santé, regroupées pour la France, dans le cadre du seul réseau de villes à vocation spécifique et généraliste en matière de santé, s'avèrent dans cette perspective comme des acteurs singuliers. Elles ont choisi de s'engager délibérément sur la santé, selon des principes simples de participation et d'intersectorialité. Elles offrent donc un ancrage local indispensable, au titre de la politique de la ville, pour mobiliser largement autour des objectifs de santé et répondre ainsi aux limites d'action des politiques sectorielles.

De fait, la ville définit, au plus près des populations, un espace de rencontre entre politiques publiques - " descendantes " et " ascendantes " - propice à la compréhension des responsabilités institutionnelles et professionnelles conditionnant le bon développement de la santé, voire sa préservation ou sa restauration. Toutefois, un tel espace doit être employé en tenant pleinement compte des cadres de concertation des politiques publiques interrogées, surtout pour ce qui concerne les dispositions structurant le territoire, comme l'offre de soins, par exemple. Cette lisibilité de l'action publique s'avère aujourd'hui sans doute plus que jamais nécessaire, au moment où on en appelle au sens de la responsabilité personnelle, avec d'autant plus de force que les comportements ont pris une place très prépondérante dans l'explication des problèmes de santé de la population, notamment de la mortalité dite " prématurée ".

Professeur Didier HOUSSIN

Directeur Général de la Santé

1 - Les autres guides ont porté sur les systèmes d'information locaux et la mise en œuvre locale du Programme national nutrition santé (PNNS).

Le mouvement Villes-Santé a bientôt vingt ans. Créé en 1986 à l'initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé, il rassemble aujourd'hui de très nombreuses villes d'Europe et des autres Régions du monde pour qui la santé et la qualité de vie de la population sont des objectifs prioritaires. Les responsables de ces villes se reconnaissent une responsabilité majeure vis à vis de la santé de leurs concitoyens, puisque pour eux de la bonne santé de la ville dépendra celle de ceux qui y vivent et travaillent.

L'action en réseau qui associe des villes très diverses en lien avec l'OMS donne une dynamique particulière à ce mouvement grâce à une grande diversité d'expériences et de travaux.

Le mouvement Villes-Santé permet de promouvoir des politiques et des programmes fondés sur les principes de la " Santé pour tous ", de la Charte d'Ottawa et du développement durable notamment avec l'Agenda 21 local. Il incite les villes à prendre des mesures novatrices : travail de coopération entre différents secteurs d'activité, large partenariat avec des institutions et organismes divers, mise en pratique d'une participation active de la population sont les principes qui doivent guider l'action.

Si l'action locale et de proximité est le fondement de l'action Ville-Santé, celle-ci n'est pas pour autant déconnectée des autres échelons géographiques ou administratifs. Le partenariat mentionné précédemment comme essentiel concerne très largement les organismes représentatifs de l'Etat au niveau central, régional et local.

Les Villes-Santé se doivent d'être aussi des acteurs des politiques nationales et régionales et c'est bien dans cet esprit que la convention qui lie le Réseau Français des Villes-Santé au Ministère de la Santé a été établie. Le travail mené par les villes du Réseau Français dans ce cadre a permis la réalisation de trois " guides " dont celui-ci, en relation avec le Plan Cancer qui est le troisième. Cet ouvrage devrait être largement utilisé par les villes et leurs partenaires et renforcer ainsi la coopération à tous les niveaux.

Annette Sabouraud

Présidente de S2D/Centre Collaborateur de l'OMS
pour les Villes-Santé francophones

Les Villes-Santé : une application locale des principes de l'OMS de « la Santé pour Tous ». Un engagement dans le domaine de la lutte contre le cancer

Le projet Ville-Santé est né en 1986 d'une proposition du bureau Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il visait à associer les villes à sa stratégie dite de " La Santé pour tous en 2000 ". La charte d'Ottawa de 1986 pour la promotion de la santé est à la base de cette politique. Elle souligne la nécessité de promouvoir la santé, reconnaissant que construire des sociétés favorables à la santé ne dépend pas seulement de la responsabilité du secteur santé. La vision positive et très large de la santé initiée par la politique de l'OMS se situe bien au-delà de l'absence de maladie. Elle propose une conception dynamique et globale de la santé qui prend en compte les facteurs qui se conjuguent pour que la santé se perde ou se gagne. Ces facteurs peuvent être considérés comme une approche socio-écologique de la santé puisqu'ils sont essentiellement liés aux conditions de vie (logement, habitat, nourriture, transport), aux conditions de travail, à la qualité de l'environnement et des relations sociales, à la culture.

En 1992, l'Agenda 21, programme d'actions des Nations Unies pour le développement durable adopté par 178 gouvernements lors du sommet de la Terre de Rio voit le jour. Ce cadre définit 21 objectifs pour le vingt et unième siècle afin de parvenir à un potentiel maximal de santé pour tous. Les trois valeurs fondamentales de ce projet sont les suivantes : la protection de l'environnement, l'égalité devant la santé, la participation et la responsabilité des individus.

En 1998, une stratégie de remise à jour dite de " La Santé pour tous pour le vingt et unième siècle " est adoptée. Les Etats membres de la région Europe apportent leur soutien à ce nouveau cadre politique permettant la mise en œuvre de la santé et du développement durable au niveau local (Santé 21 et Agenda 21 pour la région Europe).

Bien que différents, Agenda 21 et Santé 21 sont complémentaires. Le premier, s'inspire d'une préoccupation concernant la relation mutuelle existant entre développement et environnement, le second a pour origine le secteur santé et s'inscrit dans la perspective de la santé humaine. Chacun peut affecter l'autre de manière positive ou négative.

Le projet Ville-Santé de l'OMS propose une application locale des principes de l'OMS de " La Santé pour tous " et ceux de la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Des réseaux européens, nationaux et transnationaux ont, depuis, vu le jour afin de proposer le développement d'un large dispositif permettant la mise en œuvre de la santé pour tous et du développement durable au niveau local. Santé 21 et Agenda 21 en sont les fondements essentiels. Les villes sont ainsi appréhendées comme les éléments de proximité déterminants au sein d'un système de politiques publiques gérées dans divers ressorts (Etat, Collectivités territoriales...) et à différents niveaux géographiques (national, régional, départemental...). Dans ce cadre, le programme Ville-Santé propose aux villes considérées comme des organismes vivants de décider d'agir pour améliorer leur santé et

celles de leurs habitants, en envisageant l'environnement comme une ressource fondamentale à protéger et à enrichir de manière solidaire, dans une perspective aussi bien locale que mondiale.

De nombreux chapitres du Plan National de Lutte contre le Cancer que nous allons développer ici sont en adéquation avec les principes fondamentaux du projet Ville-Santé. Le slogan retenu par l'OMS " Penser globalement, agir localement " peut s'appliquer aussi à la lutte contre le cancer (cf. Annexe 1, Encadré 1).

Encadré 1 : les caractéristiques d'une Ville-Santé de l'OMS

On définit une Ville-Santé comme une ville qui :

- améliore constamment la qualité de son environnement,
- favorise le développement d'une communauté solidaire et participe à la vie de la cité,
- agit en faveur de la santé pour tous et réduit les inégalités,
- développe une économie diversifiée et innovante,
- donne à chacun les moyens d'avoir accès à la culture et de réaliser son potentiel de créativité.

On reconnaît une Ville-Santé :

- à sa volonté de répondre aux besoins essentiels des citoyens (eau, nourriture, logement, travail, sécurité),
- à la qualité de son environnement,
- à la force de son tissu social,
- à l'utilisation la meilleure possible des ressources naturelles,
- à la richesse de la vie culturelle,
- à la vigueur et la diversité de son économie,
- aux conditions d'accès aux services publics et privés,

- au degré de contrôle que les habitants exercent sur les décisions qui les concernent,
- à l'état de santé de la population.

L'engagement dans le projet Ville-Santé implique pour les municipalités l'adhésion à la doctrine de l'OMS " Santé pour Tous " et aux principes de promotion de la santé tels qu'ils sont définis dans la charte d'Ottawa. La participation au réseau est fondée sur l'échange des expériences et des informations et sur la coopération. Il est proposé aux villes de :

- mettre en place un groupe de pilotage intersectoriel Villes-Santé,
- prévoir l'établissement d'un " Plan Santé " élargi et intégré aux domaines de l'environnement et de la vie sociale en mettant l'accent sur la participation des citoyens à la vie de la cité,
- encourager les modifications organisationnelles et institutionnelles pour une plus grande coopération entre les principaux secteurs de l'administration urbaine et une participation accrue de la collectivité et des partenaires,
- sensibiliser le plus grand nombre de personnes et d'institutions au projet du plan santé.

Les compétences légales d'une municipalité en matière de santé publique

Les textes de référence qui définissent les compétences et les attributions des communes dans le domaine de la santé sont le code général des collectivités territoriales, le code de la santé publique, les lois de décentralisation de 1982 et 1983, et plus récemment la loi du 13 Août 2004 (cf. Annexe 6).

Il est possible de distinguer cinq domaines d'intervention :

- **L'hygiène du milieu** : le maire est l'autorité sanitaire locale pour l'hygiène publique. Il exerce cette autorité à travers son pouvoir de police générale. Il doit ainsi assurer la salubrité publique (définie comme la réglementation édictée en vue de protéger la santé des citoyens : lutte contre les sources et les foyers d'insalubrité), la sécurité publique (dont certaines interventions se rattachent à des préoccupations sanitaires) et la tranquillité publique (à laquelle il est possible de rattacher la lutte contre le bruit). Au niveau réglementaire, le code de santé publique prévoit que le maire puisse compléter les textes existants en vue d'assurer la protection de la santé publique dans la commune, à partir du moment où ces compléments viennent renforcer les dispositions déjà prévues dans les décrets du code de la santé publique ou prises par le Préfet.
- Par ailleurs, certaines communes qui disposaient avant 1983 d'un service d'hygiène et de santé continuent à exercer pour le compte de l'Etat des compétences en matière de contrôle des règles d'hygiène. En outre, l'article 83 de la loi du 9 Août 2004 confie aux maires le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène pour les habitations, leurs abords et leurs dépendances.
- **La protection générale de la santé publique** : les communes de 20 000 habitants ou plus sont chargées des mesures de désinfection dans le cas de maladies contagieuses et de la politique de vaccination (avec l'établissement d'un fichier de vaccination).
- **La lutte contre les fléaux sociaux** : les maires peuvent prescrire des procédures d'hospitalisation d'office des malades mentaux en cas d'urgence et délivrent l'autorisation des débits de boissons.
- **La surveillance** : les services communaux d'hygiène et de santé (non obligatoires) peuvent exercer une fonction d'observation et de surveillance sanitaire, mais l'essentiel de cette compétence s'effectue sur le recueil et l'analyse des déclarations de décès et sur les fichiers de vaccination.
- **La gestion de services de santé** : les communes peuvent gérer ou financer des centres de santé et gérer des services de compétence départementale tels

que les services de Protection maternelle et infantile (PMI) voire pour certaines villes des services de santé scolaire. Les maires sont Présidents des conseils d'administration des hôpitaux présents sur la commune et/ou des conseils de surveillance.

De façon concrète, les mairies ont vocation à intervenir sur la réalité quotidienne de leurs administrés : interventions sur les facteurs d'environnement qui influencent la santé (bruit, sécurité de la circulation, salubrité et qualité de l'habitat), sur les problèmes de violence et de toxicomanie et sur la qualité de l'alimentation dans les restaurants scolaires qui dépendent de la commune...

Bien que les municipalités aient des compétences strictement définies légalement en matière de santé, elles sont toutefois de plus en plus jugées comme une échelle pertinente d'action en matière de santé publique et sont de plus en plus sollicitées dans ce sens. C'est ainsi que le Ministère de la Santé a demandé au Réseau Français des Villes-Santé un travail de réflexion sur l'implication possible des villes dans le cadre du Plan National de Lutte contre le Cancer.

Articles de référence :

- **Compétences des communes en matière d'hygiène du milieu et de salubrité publique** : Article L.2122-24 du code général des collectivités territoriales (pouvoir de police du maire) – Article L.1311-2 du code de la santé publique (pouvoir réglementaire du maire en matière de règles générales d'hygiène) – Article L.1422-1 du code de la santé publique (rôle des services communaux d'hygiène et de santé).
- **Compétences générales de santé publique** : Article L.3113-1 et L.3114-1 (désinfection dans les cas de maladies contagieuses) - Décret n°52-247 du 28 février 1952 (fichier de vaccination) – Arrêté du 19 mars 1965 (listes pour vaccination antipoliomyélitique) - Arrêté du 14 mai 1962 (organisation des vaccinations préventives).
- **Lutte contre les fléaux sociaux** : Article L.3213-2 du code de la santé publique (intervention du maire dans la procédure d'hospitalisation d'office des malades mentaux) – Article L.31 du code des débits de boisson et mesures de lutte contre l'alcoolisme (rôle du maire dans l'autorisation des débits de boisson).
- La Loi de Santé publique n°2004-806 du 9 août 2004 (Annexe 2)
- Les Ateliers santé ville (Annexe 3)

Le plan national de lutte contre le cancer

Le " Plan Cancer " a été défini comme un des chantiers prioritaires du Président de la République, Jacques Chirac, qui en a présenté les grandes orientations le 24 mars 2003.

Ce plan est conçu comme un plan de mobilisation nationale, c'est-à-dire qu'il a l'ambition d'impliquer l'ensemble des femmes et des hommes, patients, professionnels, chercheurs et gestionnaires dans la lutte contre ce fléau.

Le document de référence du plan, intitulé " Cancer, une mobilisation nationale, tous ensemble ", rassemble 70 mesures qu'il est possible de regrouper en six chapitres opérationnels et prioritaires :

- **Rattraper le retard pris sur la prévention :** la France a pendant longtemps privilégié le soin par rapport à la prévention des risques (Annexe 4). Or, de très nombreux cancers peuvent être évités en limitant certaines agressions résultant de notre environnement et de nos comportements. Le plan vise une véritable mutation culturelle dans notre pays afin de limiter ces risques. Mieux connaître l'évolution de la maladie, déclarer la guerre au tabac, renforcer la lutte contre les cancers professionnels et environnementaux, développer la prévention des autres risques (danger de l'alcool et de l'exposition solaire excessive...) et promouvoir les attitudes favorables à la santé (l'hygiène alimentaire par exemple) sont les principales mesures retenues pour atteindre cet objectif.
- **Mieux organiser le dépistage :** les chances de guérison d'un cancer sont d'autant plus importantes que le diagnostic est précoce : Deux aspects sont à considérer s'agissant d'une part, de dépister pour détecter et prendre en charge des lésions susceptibles de transformation maligne et d'autre part, de dépister des cancers pour permettre un diagnostic et une prise en charge les plus précoces possibles. Or, ce n'est pas dans notre culture de " consulter " lorsqu'à priori tout va bien. Le plan vise à développer les campagnes de dépistage pour les cancers pour lesquels cette démarche est utile, c'est-à-dire les cancers du sein, du col de l'utérus, du côlon et d'un mélanome. Il s'agit aussi de garantir l'accès aux tests de prédisposition génétique des formes familiales de cancer.
- **Améliorer la qualité des soins :** le plan vise ici une transformation radicale de la façon dont le cancer est traité en France : meilleure coordination des soins autour du patient, respect des bonnes pratiques cliniques en cancérologie, accès pour tous aux équipements et traitements innovants, humanisation de l'accompagnement thérapeutique des malades avec le développement des soins palliatifs et la prise en charge de la douleur sont les principales mesures prises pour atteindre cet objectif.
- **Rendre plus humain et solidaire l'accompagnement social du patient et de son entourage :** le cancer est une période difficile de combat

personnel pour sa survie. Il est important de veiller que ne viennent s'ajouter aux difficultés physiques qu'éprouve le patient une certaine fragilité psychologique et des difficultés sociales. Pour que le patient puisse poursuivre une vie professionnelle normale et/ou bénéficier de la présence réconfortante de ses proches, le plan prévoit plusieurs mesures : des dispositifs de maintien ou de retour dans l'emploi, des mesures de maintien à domicile par le développement du recours aux soins et aux aides à domicile, un meilleur accès des patients aux prêts et aux assurances, l'amélioration des dispositifs permettant aux parents de rester proches de leur enfant malade et un meilleur accès dans l'hôpital pour les associations proposant des actions de soutien psychologique, d'assistance aux malades et de loisir.

- **Adapter la formation :** le plan prévoit de renforcer le nombre et la qualification des professionnels du cancer de tous les métiers et toutes les disciplines (médecins généralistes et spécialistes, oncologues et radiothérapeutes, infirmières et techniciens...). La formation initiale en cancérologie doit être réformée pour la rendre plus attractive, la capacité d'encadrement des services formateurs en cancérologie doit être accrue, la formation continue doit être mieux organisée et la formation des professionnels paramédicaux à la prise en charge du cancer doit être renforcée.
- **Donner une nouvelle impulsion à la recherche sur le cancer :** pour une meilleure compréhension des causes, une détection plus précoce et des traitements plus efficaces, la recherche médicale doit, elle aussi, " faire sa révolution ". Evoluer vers une meilleure coordination des chercheurs et des laboratoires, impulser de nouveaux programmes dans la recherche épidémiologique, clinique, biologique, génomique fonctionnelle et en sciences sociales, et éviter la dispersion des efforts doivent guider cette " révolution ". Des " canceropôles " doivent être créés au niveau régional afin d'assurer le continuum soin-recherche et certains sites auront une envergure internationale pour favoriser les coopérations avec les chercheurs d'autres pays.

Le plan propose la création d'un Institut National du Cancer, comme clé d'une meilleure coordination de l'ensemble des intervenants de la lutte contre le cancer. Cette institution, créée officiellement le 23 mai 2005, se veut être un centre d'expertise et de ressources ainsi qu'un lieu de coordination. L'Institut National du Cancer associera à son fonctionnement les chercheurs, les professionnels de santé et les représentants des patients afin de faciliter la mise en œuvre du Plan Cancer.

Les mesures du Plan Cancer vont s'échelonner sur plusieurs années. L'échéancier de mise en œuvre s'étend ainsi d'avril 2003 à décembre 2007. Le Plan Cancer a été intégralement repris dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 Août 2004 .

Quatre objectifs possibles et plusieurs modes d'actions pour les villes engagées dans la lutte contre le cancer

Au regard des compétences des communes en matière de santé, des priorités du Plan Cancer et des valeurs mises en avant par l'OMS et reprises par le réseau des Villes-Santé, les municipalités peuvent s'investir dans la lutte contre le cancer.

Cet investissement peut être effectif à travers quatre priorités : la promotion des modes de vie plus sains, la surveillance et la protection de l'environnement urbain, l'amélioration de l'accès aux services de prévention et de soins et la participation à l'accompagnement social des malades et de leur entourage.

3.1 Promouvoir des modes de vie plus sains

On ne peut imposer des " modes de vie " ou modifier des comportements de façon répressive.

En outre, promouvoir des modes de vie plus sains demande de donner d'abord aux citoyens les possibilités d'agir eux-mêmes sur leurs " habitudes " en offrant des cadres de vie favorables (via le débat démocratique local).

Offrir des cadres de vie favorables :

EN MATIÈRE D'ENVIRONNEMENT, la lutte contre la pollution est ainsi essentielle non seulement du point de vue de la protection de la santé mais aussi comme facteur d'encouragement à l'adoption de modes de vie plus sains.

L'amélioration de la qualité de l'environnement passe, après une analyse des principaux facteurs de pollution d'une ville donnée par une stratégie visant à diminuer les incidences de ces facteurs. Ainsi, dans la plupart des cités, la circulation automobile étant la principale source de pollution, la ville pourra promouvoir des modes de vie plus sains :

- par une modification de son plan de circulation, aboutissant à une circulation plus fluide,
- par une politique de transports en commun alliant :
 - un maillage important de tous les quartiers,

- l'utilisation de moyens de transports collectifs non polluants (tramway, véhicules électriques ou au GPL...),
- une politique tarifaire incitative à l'utilisation des transports en commun.
- par une politique de déplacement à vélo sûre et cohérente.

Tous ces aspects de la circulation, du stationnement, de la piétonisation doivent avant d'être mis en œuvre, être présentés et discutés avec les citoyens, afin qu'ils adhèrent aux différents projets en proposant si besoin des modifications. Ceci donnera une plus grande observance des modes de circulation moins polluants.

AU TITRE DE L'URBANISME ET DE L'ACCÈS, DANS CE CADRE, AUX ÉQUIPEMENTS ET ACTIVITÉS

Au-delà de l'action plus ou moins possible sur les quartiers anciens, la construction de nouveaux quartiers doit intégrer cette notion de modes de vie plus sains :

- par un habitat non ségréatif,
- par une volonté de réserver un pourcentage important aux espaces verts (parcs, jardins familiaux, espaces verts aux pieds des immeubles, etc.),
- par un ensemble de prestations collectives accessibles en proximité : écoles, commerces, maisons pour tous, mairies annexes, piscines, stades, plateaux sportifs communs ou pas aux établissements scolaires et à la population générale,
- par l'action en faveur du sport à tous les âges de la vie favorisée par le maillage de la ville en équipements sportifs et accompagnée d'une politique tarifaire là aussi incitative, de la gratuité pour les scolaires et de tarifs réservés aux seniors,
- par l'accès du plus grand nombre, jeunes comme moins jeunes, à des activités culturelles variées. Des politiques d'offres culturelles multiples à des tarifs peu élevés, avec des réductions ou des gratuités pour les plus jeunes, les scolaires, etc. peuvent ainsi amener à assurer lors des temps de loisirs, un " bien vivre " appréciable.

Promouvoir un mode de vie comportemental individuel :

Une fois données les bases urbanistiques et environnementales de possibilités de modes de vie plus sains, il est nécessaire de **promouvoir un mode de vie comportemental individuel** lui aussi plus sain par des mesures collectives de santé publique.

Des déterminants comportementaux sont impliqués dans le développement de certains cancers. Ce sont essentiellement le tabac, l'alcool, l'alimentation déséquilibrée, l'exposition solaire excessive, le manque d'activité physique et certaines infections.

1/ Ainsi les villes peuvent participer à **la lutte contre le tabagisme** par des mesures d'interdiction de fumer dans tous les établissements communaux, par des partenariats avec tous les organismes de prévention, d'éducation pour la santé, avec toutes les associations du champ sanitaire et social. (voir le chapitre " améliorer l'accès aux services de prévention et de soins ").

2/ Dans **la lutte contre l'alcoolisme**, le maire a un pouvoir de décision dans la procédure d'ouverture et de fonctionnement des débits de boisson. Lors de grands rassemblements festifs (festivals, rave parties, etc.), le maire participe au contrôle des règles sanitaires et associe le plus souvent tous les intervenants en prévention (les associations d'accompagnement et de soutien, les associations de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues par exemple).

3/ Pour **une alimentation plus saine**, la ville peut agir d'abord sur toutes les structures municipales de restauration :

- restaurants scolaires,
- repas des personnes âgées et handicapées,
- restaurants du personnel municipal,
- crèches et centres de loisirs.

Un contrôle diététique et hygiénique, une traçabilité des produits alimentaires utilisés, tout cela concourt à donner des habitudes de restauration collective saines.

Au-delà, le comportement individuel peut être incité ne serait-ce que par l'information donnée sur les bases de l'alimentation collective saines aux parents, enseignants, personnels...

Le lien entre alimentation et cancer se fera dans un deuxième temps avec la participation de nombreux autres partenaires institutionnels et associatifs.

Dans le même temps, d'une manière générale, les villes peuvent contribuer à l'information et l'éducation sanitaire de la population, via des campagnes de communication et de sensibilisation et la participation aux activités éducatives, notamment en lien avec le milieu scolaire (cf. chapitre 3.3).

Il est important lorsque l'on veut promouvoir des modes de vie plus sains, de ne pas présenter l'impact négatif de façon omniprésente. Ceci peut amener à une angoisse défavorable à l'équilibre individuel.

Le rôle des villes dans la promotion de modes de vie plus sains doit être avant tout :

- incitatif,
- illustratif,
- coopératif.

Promouvoir des " modes de vie " plus sains sous-entend aussi des modes de vie plus agréables et qui permettent de développer et de préserver le plus longtemps possible son intégrité physique, morale et psychique.

3.2 Surveiller et protéger l'environnement

Intervenir sur les déterminants environnementaux

A côté des facteurs génétiques et socio-économiques, il s'avère que les facteurs environnementaux comme la qualité des milieux (air, eau, sols...), les contaminants (biologiques, chimiques, physiques), les nuisances (bruit, insalubrité...), les changements environnementaux (variation climatique, biodiversité...) jouent un rôle fondamental dans la détermination de la santé humaine et donc dans le développement de certaines pathologies. Ainsi, il est reconnu aujourd'hui que l'apparition de certains cancers est liée à des facteurs environnementaux clairement identifiés (cf. Encadré 2). Cette reconnaissance s'inscrit dans les objectifs assignés par la loi de Santé Publique qui demande la réalisation de plans d'actions parmi lesquels figure, avec le Plan Cancer, le Plan National Santé Environnement (PNSE). Ce plan regroupe les principales actions à mettre en œuvre entre 2004 et 2008 afin d'améliorer la santé des français en lien avec la qualité de leur environnement dans une perspective de développement durable. Les collectivités locales se doivent de suivre l'évolution de ces connaissances et de savoir dans quel champ d'actions elles peuvent intervenir sur les déterminants environnementaux.

L'amélioration et la protection de la qualité de l'air et de l'eau :

L'air : Les installations industrielles de combustion et le transport automobile sont les principaux émetteurs de polluants atmosphériques. On peut citer les particules en suspension PM10 et PM2,5 (particules ayant un diamètre aérodynamique moyen inférieur à 10 ou 2,5 microns), l'ozone (O3), les composés organiques volatils (COV) comme le benzène, les oxydes d'azote (Nox)...

Au-delà de la réduction des émissions (" véhicules propres " par exemple), il est nécessaire d'agir sur la demande des déplacements : le développement des

transports collectifs engage non seulement l'Etat mais aussi les collectivités afin de promouvoir des modes " doux " de déplacements urbains dans les agglomérations. Il s'agit d'élaborer une politique vélo, marche à pied (piétonisation) et mobilité scolaire (pédibus) et de mieux organiser les transports. Ceci incombe aux Plans de Déplacements Urbains (PDU), aux Plans de Protection de l'Atmosphère (PPA) pour les villes de plus de 100 000 habitants et aux Plans Régionaux de la Qualité de l'Air (PRQA) qui découlent tous de la loi sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie du 30 décembre 1996. Certaines villes ont déjà signé une charte d'engagement, dans le cadre du PRQA, avec différents partenaires (APPA, Conseil Général, Région, DDASS et DRASS, ADEME...) comme preuve d'exemplarité auprès des citoyens afin qu'ils se mobilisent aussi. Elles peuvent aussi participer à la maîtrise de la consommation d'énergie et réfléchir à l'aménagement pour une mixité des fonctions urbaines afin de limiter l'emploi des automobiles dans leur ville.

L'eau : La lutte contre les pollutions ponctuelles et diffuses de l'eau concerne le plus souvent la ressource en eau et les captages qui ne disposent pas toujours de périmètres de protection. Seuls 37 % sont conformes. Il est de la responsabilité des communes d'assurer la protection des captages d'eau sur leur territoire et d'en tenir compte dans les documents d'urbanisme.

Dans le cadre de la nouvelle loi de santé publique (cf. Annexe 2), les DDASS inciteront de plus en plus les collectivités locales à régulariser leur situation afin de mieux protéger les périmètres de captage et les agences de l'eau pourront subordonner les aides aux collectivités si ces dernières s'engagent dans ces procédures. Un plan départemental d'impulsion et de suivi sera ainsi coordonné par le préfet en liaison avec les représentants des collectivités.

Pour cette protection, il est pertinent que la collecte et le traitement des eaux usées soient de la compétence des villes ou des structures intercommunales (comités de communes ou d'agglomérations) : elles doivent donc contrôler le réseau d'évacuation de ces eaux et la séparation des eaux fluviales et usées. Les rejets au niveau des stations d'épuration sont réglés par des arrêtés mais les villes doivent veiller aux conventions de rejets des entreprises basées sur leur commune (débit maximum autorisé et teneurs en polluants fixés). Enfin, la distribution de l'eau au robinet, l'assainissement et l'information du public sur la qualité des eaux de baignade sont aussi de la compétence des villes.

En outre, les villes disposant d'un service communal d'hygiène et de santé assurent le contrôle sanitaire de la qualité des eaux d'alimentation et de baignade pour le compte de l'Etat qui demeure responsable de ce contrôle et l'exerce directement dans les autres cas.

Les déchets : leur gestion concerne l'air et l'eau. Pour les déchets, il y a obligation de collecte et de traitement en privilégiant les moyens modernes les moins polluants : le tri sélectif afin de limiter le nombre de décharges et l'amélioration des conditions techniques de l'incinération afin d'empêcher l'émission dans l'at-

mosphère de dioxines, de métaux lourds (plomb, cadmium et mercure) et de gaz acides responsables de diverses pathologies dont certains cancers. Il est aussi important de mettre en place la collecte des déchets dangereux (piles, solvants...).

Les actions propres à une mobilisation particulière sur le territoire municipal :

La pollution existe également dans l'air des habitations, des lieux de travail, des moyens de transport, dans tous les lieux clos où la population passe 80 à 90% de son temps. Cette pollution de l'**air intérieur**, encore trop mésestimée, est due à la présence de produits qui proviennent de l'extérieur (radon) ou de l'intérieur (monoxyde de carbone et dioxyde d'azote des appareils de combustion, composés organiques volatils et formaldéhyde des équipements et mobiliers, des produits ménagers, de bricolage par exemples). Le nombre d'intoxications mortelles par le monoxyde de carbone reste très important. Il convient tout particulièrement de protéger la santé des populations vivant en habitat insalubre en supprimant ou en réhabilitant ces logements, grâce à une meilleure coordination et mobilisation des différents acteurs publics concernés au travers du pôle d'éradication de l'habitat indigne. Les locaux municipaux (écoles, crèches, bâtiments administratifs...) sont bien sûr concernés (notamment du point de vue du contrôle de la qualité de l'air intérieur, selon les dispositions à ce sujet dans le Plan National Santé Environnement).

Il est aussi nécessaire de faire respecter la loi Evin dans les établissements publics afin de limiter le tabagisme et surtout le tabagisme passif.

Une politique d'achat " écoresponsable " peut être menée en établissant par exemple un cahier des charges prenant en compte des critères environnementaux afin d'acheter des matériaux plus sains (peintures, colles, vernis, produits d'entretiens...). Ceci est particulièrement important pour l'entretien des espaces verts et de la voirie (éviter l'emploi de pesticides pour protéger les eaux ...) ou pour l'aménagement des aires de jeux (éviter l'utilisation de bois traités avec des produits dangereux ...).

Les exigences et contrôle en matière de pollution industrielle et de pathologie professionnelle : le contrôle des installations classées relève de la compétence de l'Etat et en particulier du préfet. Le maire a le droit de s'informer mais n'a pas d'actions à mener. En revanche, le conseil municipal peut donner un avis et émettre une réserve sur la création ou l'extension de ces établissements.

Le service Santé au travail (ancien service de Médecine du travail) se doit de contrôler les expositions professionnelles et de les réduire si nécessaire. La municipalité a le devoir de s'interroger sur les expositions potentiellement dangereuses en liaison avec le Comité d'Hygiène et de Sécurité de la ville.

Les villes peuvent aussi participer à l'information, la formation et la communication en matière d'éducation à l'environnement de la population et de son personnel afin de les sensibiliser aux différentes expositions dangereuses et les faire participer aux actions de prévention possibles.

Encadré 2 : Types de cancers et déterminants environnementaux

Environ 15% des cancers seraient imputables à des facteurs environnementaux

Si l'on considère les seuls facteurs géophysiques, sont reconnus comme responsables les rayonnements ionisants (radon) et solaires (rayonnement ultraviolets naturel après action des chlorofluorocarbures), les produits physiques et chimiques présents dans l'eau et dans l'air (comme la pollution atmosphérique due aux transports et aux usines : le benzène, les métaux lourds, certaines substances comme les hydrocarbures, les dioxines, les effluents des véhicules diesel...), les agents cancérogènes au travail (exemple de l'amiante) et le tabagisme passif. Mais cette liste est loin d'être

exhaustive car il existe des centaines d'autres substances présentes dans l'environnement et potentiellement cancérogènes. La connaissance des facteurs susceptibles de favoriser l'apparition de cancers constitue donc un enjeu important de santé publique. De nombreuses équipes dans le monde recherchent activement les liens de causalité entre les différentes formes de cancer et les nombreux facteurs environnementaux, ce qui implique une multiplicité d'études épidémiologiques durant encore de nombreuses années.

Localisations cancéreuses et déterminants environnementaux étudiés à l'INVS (Lettre de l'Institut de Veille Sanitaire, novembre 2003) :

TYPES DE CANCER	DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX (étudiés à l'INVS)
Cancer pulmonaire	Effets à long terme de la pollution atmosphérique Rayonnements ionisants d'origine naturelle (radon) Amiante
Cancers cutanés	Rayonnements ultraviolets
Leucémies	Benzène Tabagisme passif Rayonnements ionisants
Mésothéliome	Amiante (exposition environnementale)
Divers	Incinérateurs et dioxines Pesticides Sous-produits de la chloration des eaux potables Arsenic d'origine hydrique

3.3 Améliorer l'accès aux actions de prévention et aux services de soins

Appuyer les initiatives visant à un meilleur accès pour tous à la prévention et aux soins

Les municipalités peuvent participer à l'amélioration de l'accès du plus grand nombre aux services de prévention et de soins, ceci sur plusieurs points. Une politique de prévention en matière de lutte contre le cancer peut ainsi être réalisée par la mise en œuvre d'actions coordonnées à l'échelle communale. Ces actions de prévention en direction des citoyens pourront principalement s'axer sur la promotion, la sensibilisation, l'information et l'éducation du plus grand nombre de nos concitoyens, avec comme moyens, des conseils, de la communication et une orientation afin de rendre, idéalement, grâce à la citoyenneté et la prise de conscience de chacun, toute personne Acteur.

Une cohérence entre les différentes actions de prévention, leur continuité, l'élaboration de stratégies et de programmes peuvent permettre aux municipalités d'élaborer une véritable politique de prévention et de promotion à la mesure de leur volonté d'engagement et de leurs moyens.

L'échelon communal est pertinent et important car le plus proche des citoyens. En privilégiant le contact avec la population et les professionnels de première ligne, il favorise la prise en compte d'une santé vécue, perçue liée aux conditions du cadre de vie, et doit ainsi permettre une évolution des politiques publiques (pour le soin, l'éducation, le logement, l'environnement...). La réflexion locale est susceptible en effet d'améliorer l'application et l'adaptation à ce niveau des politiques publiques sachant que les mécanismes de décision sur les aspects structurants ne relèvent pas de compétences municipales.

L'intervention en direction des citoyens, suscite une réflexion stratégique d'ensemble vis-à-vis des thèmes de santé publique retenus au vu de la situation locale, cette réflexion pourra prendre corps au besoin dans le cadre de projets de santé articulés le cas échéant avec les plans et projets de niveau intercommunal, départemental, régional et national dans les domaines considérés.

A la faveur d'objectifs partagés, de tels projets ont vocation à mobiliser l'ensemble des acteurs concernés pour les thèmes choisis ; cette implication communale dans les projets collectifs de santé se justifie spécialement, sur les territoires des politiques territoriales de l'Etat, en particulier la politique de la ville. Ces territoires donnent lieu en effet à des contrats avec l'Etat, propres à favoriser la conception et la mise en œuvre de ces projets de santé au sein d'un projet territorial plus global. Des dispositifs spécifiques peuvent, en outre, être mis à contribution (cf. l'annexe 3 relative aux "ateliers santé ville"). De ce point de vue, et dans cet objectif, les coordinations locales, mises en œuvre au titre de "ville-santé" sont particulièrement précieuses.

Comment les Municipalités peuvent-elles améliorer l'accès du plus grand nombre aux services de prévention, de dépistage et de soin ?

LA PRÉVENTION :

■ Stratégie contre le tabagisme :

1/ Organiser une campagne-type " Mairie sans tabac " en promouvant l'interdiction de fumer sur le lieu de travail pour tous les employés municipaux (à titre d'exemplarité et dans le cadre d'une politique générale visant à l'application de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs)

Rappeler l'obligation des entreprises (la mairie pouvant être considérée comme telle) à lutter contre le tabagisme avec respect des Non-Fumeurs et connaissance du risque de cancer par tabagisme passif.

Proposer un partenariat avec les médecins du travail et/ou avec des associations de prévention afin de faciliter l'aide au sevrage tabagique.

2/ Pour la population scolaire : mettre en place des programmes de prévention et d'éducation à la santé, en partenariat avec la médecine scolaire et l'Education Nationale, au sein des écoles, collèges et lycées (exemple : Campagne " Ecole sans tabac ") et toujours proposer une aide au sevrage.

3/ Mobiliser les Associations orientées dans la lutte contre le tabac dans des programmes d'information citoyenne.

4/ Avoir une démarche de conseils au sein de consultations de Prévention Tabac, prévues par la loi d'orientation en santé publique, plus orientées vers les jeunes et les femmes enceintes.

Exemples d'actions municipales dans ce cadre :

Montpellier : passage d'un bus " Bus Info Jeunes " dans différents quartiers qui informent les jeunes à la sortie des collèges et lycées.

Boulogne-Billancourt : création d'un Espace Santé Jeunes (12/25 ans) - Sensibilisation au sujet tabac des enfants de CM2 " jamais la première cigarette ".

Dunkerque : club " Pataclope " - Groupe de paroles dans les quartiers défavorisés.

Besançon : ville " non-fumeurs " : stratégie globale au niveau de la ville.

■ Stratégie de lutte contre l'alcoolisme :

1/ Aider à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool en ayant une démarche d'information et de communication vers une consultation spécialisée de prévention, prévue par la loi relative à la politique de santé publique.

2/ Relayer les campagnes d'information grand public sur les risques sanitaires liés à l'excès d'alcool.

3/ Alerter sur les dangers de l'alcool pendant la grossesse.

4/ Favoriser le dialogue professionnels – patients.

Comme vu au chapitre 1, il est par ailleurs important de rappeler à ce propos le rôle du maire dans la procédure d'autorisation de **débats de boissons**.

■ Prévention des autres risques :

1/ Mettre en place des partenariats avec l'Education Nationale en application du Contrat Cadre National autour d'actions pour l'éducation à la santé avec des **approches pédagogiques**.

2/ Dans le cadre du PNNS (Plan National Nutrition Santé), développer des actions de **promotion de l'hygiène alimentaire** en raison notamment de l'impact sur le cancer colo-rectal :

- augmenter la consommation de fruits et légumes : information sur leur rôle protecteur vis à vis du cancer du côlon par exemple,
- améliorer la qualité diététique des repas servis dans les restaurants scolaires,
- mettre des fontaines à eau dans les lieux publics.

Ces activités supposent une sensibilisation et une information de l'ensemble des personnels communaux impliqués dans les services d'alimentation (y compris les services à la personne, avec le portage des repas). Dans ce cadre là, un guide pratique en santé et nutrition a été élaboré par quelques villes du Réseau Français des Villes-Santé à destination des élus et techniciens (cf. Encadré 3).

3/ Développer des actions de prévention du mélanome par des campagnes d'information sur le **risque d'exposition solaire excessive**, en particulier chez les jeunes enfants (incidence deux fois plus élevée en dix ans). Sensibiliser le personnel d'encadrement des jeunes enfants dans les structures communales et associatives. Ces campagnes peuvent s'appuyer utilement sur la fourniture gratuite de matériels de protection (tee-shirts, casquettes,...).

4/ Détecter la présence d'amiante dans les bâtiments communaux et désamiantage.

La définition et la mise en œuvre de ces stratégies de prévention ne peuvent se faire efficacement sans l'appui, la forte implication et la coordination des différentes directions municipales, premier échelon entre le citoyen et le politique. La définition de priorités en la matière peut bénéficier des instruments de la vie démocratique locale qui favorisent le rapprochement avec les citoyens (au travers des conseils de quartier, ou via les associations...) comme avec les professionnels de santé (publics et libéraux).

Notons pour mémoire à ce propos que les maires sont présidents des Conseils d'Administration des Hôpitaux situés sur le territoire de leur commune et qu'ils peuvent gérer et financer des Centres de santé, de même que des services de PMI (Protection Maternelle Infantile) en accord avec le Département.

La mise en œuvre des activités stratégiques précitées peut s'appuyer sur des dispositifs de prévention de proximité :

- des " Espaces Prévention ", des Centres municipaux de Prévention et de Soins favorisant le lien des différents partenaires mais aussi, des permanences d'animateurs présents dans les lieux de parole, d'échanges et d'informations comme les animations mobiles au niveau des quartiers et auprès des personnes en état de précarité.
- des réseaux de professionnels de santé qui, au-delà de la prise en charge ou l'accompagnement sanitaire et social des personnes, ont également vocation à développer des actions collectives.
- divers dispositifs sociaux (en particulier les Centres communaux d'action sociale) dont les activités d'accueil, d'écoute et d'orientation, peuvent être mis au service d'objectifs de santé face notamment aux problèmes de santé mentale et comportementale (souvent du ressort de la souffrance psychique).

Toutes ces actions nécessitent des moyens financiers - problème récurrent dans les interventions locales - (sans que soient cependant mésestimées les possibilités d'orientation des activités locales dites de " de droit commun " sur des objectifs de santé collectivement reconnus dans la proximité) ; ces moyens pourront être négociés avec le niveau régional en fonction des cahiers des charges qui résulteront de la mise en œuvre du PRSP et du GRSP (prévus par la loi du 9 août 2004). Les " Ateliers Santé Ville " qui mettent l'accent sur les fonctions de pilotage du projet peuvent bénéficier en outre des crédits de la politique de la ville.

LE DÉPISTAGE :

1/ Actions de soutien surtout logistique en facilitant l'ouverture de salles municipales et l'accès de locaux à des professionnels de santé, en particulier aux médecins libéraux qui peuvent jouer un rôle important dans les actions de dépistage en particulier.

Proposer un partenariat plus large aux différentes associations communales intéressées dans la lutte contre le Cancer, aux ligues contre le cancer et aux bénévoles.

2/ Rôle de relais de l'information pour faire mieux connaître l'existence de programmes de dépistages nationaux ou départementaux pour les cancers du sein, du colon, du col utérin et de la peau (mélanome).

3/ Participation active aux campagnes de dépistage en incitant à consulter et en facilitant l'accès du plus grand nombre aux différents examens :

Mammographie, hémocult II, Frottis cervicaux (favoriser le dépistage individuel), détection précoce des mélanomes par des dermatologues relayée par des journées nationales de dépistage. Le niveau local pourra ainsi contribuer à la meilleure compréhension des difficultés d'accès aux dépistages des publics les plus éloignés (pour des raisons économiques, psychologiques, culturelles...) afin d'adapter les stratégies du PRSP.

Informier et sensibiliser différentes professions pouvant participer au dépistage précoce du mélanome : coiffeurs, esthéticiennes, kinésithérapeutes, " centres UV " (centres non thérapeutiques utilisant des rayons ultraviolets), afin d'en améliorer la détection précoce.

Former du personnel bénévole pour faire connaître par exemple l'existence du dépistage colo-rectal dans la commune et le relayer.

Permettre que ne soit plus tabou le mot **CANCER**.

LES SOINS :

Les municipalités peuvent intervenir sur plusieurs champs :

1/ Soutenir les équipes soignantes qui s'investissent, les médecins libéraux qui se fédèrent en Réseaux pour le développement de soins palliatifs, mobiles ou non, en les accueillant et en les faisant connaître et encourager le développement de service infirmier à domicile (SIAD).

2/ Participer à un projet global d'HAD (Hospitalisation à Domicile) en proposant un soutien qui facilite le quotidien des personnes malades : intervention d'associations de services d'aide à domicile (heures de ménage, garde d'enfants, préparation de repas), amélioration de l'accessibilité aux services de soins. Aide pratique pour les différentes démarches administratives, aide psychologique, qui contribue à une meilleure prise en charge des différents traitements. Présence et accompagnement pour rompre la solitude qui aggrave la souffrance physique.

3/ Participer à l'amélioration de l'accessibilité physique aux services de soins, notamment pour les habitants de quartiers défavorisés ou/et enclavés, par l'amélioration de la visibilité de l'offre de soins, une aide à la mobilité : actions de proximité visant un accompagnement vers le soin ou actions visant à favoriser l'accès aux consultations.

En conclusion, la note encourageante est que toutes ces aides et cette addition de bonnes volontés peuvent contribuer à une meilleure qualité de vie et parfois même à un pronostic meilleur.

Encadré 3 : La nutrition à l'échelle de la ville

Guide pratique à l'usage des acteurs locaux dans le cadre du Programme National Nutrition Santé

Ce guide élaboré par un groupe de villes du Réseau Français des Villes-Santé dans le cadre de la convention pluriannuelle avec la DGS a pour objectifs :

- la définition et la clarification d'un sens partagé des interventions en nutrition,
- la concrétisation de programmes nutrition,
- la mise en cohérence des interventions.

Il est principalement destiné aux élus et techniciens municipaux mais peut être aussi utile aux autres professionnels. Tous les champs d'action municipale sont envisagés dans le cadre de l'organisation et des circuits

liés à la nutrition. Des préconisations d'organisation des principaux axes d'actions à développer et des principes de travail sont donnés. De nombreuses annexes fournissent des exemples de villes-santé ayant mis en œuvre des actions précises, riches dans leur diversité dans le champ de la nutrition.

Comme le souligne l'éditorial de la Présidente du RFVS, " l'alimentation joue un rôle déterminant dans la survenue des maladies les plus répandues que sont les cancers, les maladies cardio-vasculaires, l'obésité ou l'ostéoporose ".

3.4 Participer au soutien et à l'accompagnement social des malades et de leur entourage

Accueil, écoute et soutien psychologique, accompagnement social et administratif, aide à la vie quotidienne ...

Participer à l'accompagnement du malade et de sa famille, c'est prendre en compte l'ensemble des acteurs et dispositifs sociaux, médicaux, institutionnels, qui peuvent intervenir. Mais donner de la qualité et du sens à cet accompagnement, c'est œuvrer pour sa cohérence et sa souplesse.

L'organisation de l'accompagnement souligne la nécessité d'une connaissance des services existants et des demandes de la population. La ville peut être cet échelon de rencontre entre le terrain et les acteurs. Elle peut aussi veiller à la pertinence de la mise en œuvre de certains dispositifs d'organisation des soins. L'intérêt réside dans le fait de la proximité avec la population, la diversité et l'étendue des pouvoirs du maire, du sentiment d'appartenance ressenti par les citoyens, autant de raisons de considérer les villes et leurs partenaires comme des acteurs essentiels d'une politique sanitaire et sociale locale. Pour les malades, les municipalités peuvent agir pour favoriser une bonne coordination des acteurs de l'accompagnement que sont le malade, sa famille, les bénévoles et les professionnels médicaux et sociaux.

Les villes peuvent s'impliquer sous différentes formes afin de répondre aux attentes de la population et améliorer la vie quotidienne :

■ Pour le malade et son entourage :

1/ Accueillir et informer les malades et leur entourage, en ouvrant des " Kiosques Information " près des lieux de vie (dans le cadre de contrats Santé Publique / Etat / collectivités locales) afin de répondre aux questions de la personne malade, à son attente quant à l'accompagnement social, psychologique, administratif ainsi le système de prise en charge pluridisciplinaire de son cancer deviendra plus clair et transparent.

2/ Servir de relais d'information pour les documents diffusés concernant le cancer.

3/ Ecouter, proposer un soutien psychologique et accompagner dans leurs démarches administratives et sociales, en proposant des " Accueils Cancer ", lieux de soutien accessibles à ceux qui sont touchés, à titre personnel ou familial, par le cancer. Ces structures de proximité sont animées par des équipes de spécialistes à l'écoute des besoins et des difficultés des personnes (psychologues, assistants sociaux, secrétaires médicales et sociales...).

4/ Proposer des aides pour leur vie quotidienne, en participant à un projet global d'Hospitalisation à domicile (HAD) en proposant un soutien qui facilite le quotidien difficile des personnes malades : soutien aux associations de services d'aide à domicile (heures de ménage, garde d'enfants, préparation des repas), aide pratique pour les différents papiers administratifs, soutien psychologique... Ces aides contribuent à une meilleure prise en charge des différents traitements. Elles apportent aussi une présence visant à briser la solitude, facteur aggravant de la maladie.

■ Pour les acteurs :

1/ Promouvoir la création d'associations de malades, en soutenant les bénévoles par l'aide au montage d'associations, en leur apportant une aide logistique mais aussi en facilitant leur communication.

2/ Les accompagner dans leur apprentissage par le soutien à la création d'écoles de bénévoles et la promotion de temps de rencontres et d'échanges.

3/ Favoriser les réseaux de professionnels en soutenant les équipes soignantes qui s'investissent, les médecins libéraux qui se fédèrent en réseaux pour le développement des soins palliatifs et de la prise en charge de la douleur, en accueillant les équipes de professionnels et bénévoles, mobiles ou non et en les faisant connaître.

4/ Promouvoir des échanges entre le secteur sanitaire et social, en proposant des temps de rencontres entre les différents secteurs d'interventions (sanitaire, social, professionnels et bénévoles) comme des conférences, des séminaires ou des ateliers de travail, ceci pour favoriser une prise en charge globale du malade et de son entourage et la transversalité des secteurs professionnels (création de liens et partage de l'information).

3.5 D'autres implications pour les villes ?

Participer à la surveillance épidémiologique des cancers ? Le rôle des villes en matière d'observation, de veille et d'épidémiologie.

La surveillance épidémiologique des cancers entre dans le cadre plus général de la surveillance de l'état sanitaire de la population française, confiée à l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) par la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme. Cette surveillance constitue une aide pour les décideurs et doit permettre le pilotage et l'évaluation des mesures de prévention et de prise en charge des cancers, en particulier celles du plan cancer. Elle est assurée par un réseau animé par l'INVS. Pour mettre en œuvre ce programme, l'INSV a d'abord développé un partenariat avec les registres du cancer du réseau Francim et le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'INSERM (CépiDc). Le CépiDc-INSERM dispose de l'ensemble des données sur les causes médicales de décès fournies par les certificats de décès. L'échelon municipal ne fait pas partie du dispositif mis en place par l'INVS.

*Mais la nouvelle loi de santé publique semble désigner les collectivités territoriales comme un maillon incontournable de la **veille sanitaire**. Elles ont pour obligation de mettre en place des dispositifs d'observation permettant de déceler " les menaces imminentes pour la santé de la population dont elles ont connaissance ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée ". Les récentes crises sanitaires (canicule, légionellose...) ont démontré l'importance du niveau communal en matière de vigilance et d'alerte. Qu'en est-il du cancer ? En complément du dispositif de surveillance épidémiologique (sur les maladies déclarées et leurs évolutions) mis en place par l'INVS, et en conséquence du renforcement de ses prérogatives en matière de vigilance et d'alerte, une ville est légitime dans la mise en place d'un observatoire sur les déterminants environnementaux et comportementaux du cancer. Mais avec quels moyens ? A quelles conditions, vu les dispositifs régionaux et intercommunaux susceptibles d'être développés ? Certaines municipalités sont prêtes à s'investir dans un dispositif d'observation et de veille en matière de santé. D'autres sont d'ores et déjà impliquées dans des " Observatoires Santé Social ".*

En relation avec la DGS, une analyse a été réalisée par le Réseau Français des Villes-Santé sur la transférabilité en France du " Baromètre Santé " de Rotterdam (comme un outil propre à mieux faire ressortir les inégalités de santé au niveau local et ce qui les détermine dans l'optique d'un rééquilibrage équitable des politiques publiques). Cette analyse a abouti à la rédaction d'un guide intitulé " Vers un profil santé de ville " (cf. Encadré 4).

Collaborer à la formation et à la recherche ? La place des villes dans les canceropôles :

Un des objectifs du plan cancer est de donner une nouvelle impulsion à la recherche. On peut s'interroger sur le rôle que peuvent jouer les villes dans les dispositifs locaux mis en place pour favoriser cet essor. Le Plan Cancer prévoit la création, au niveau régional, de " canceropôles ". Ceux-ci ont pour but d'associer les hôpitaux de référence et des unités de recherche pour assurer un continuum soins-recherche. Le schéma organisationnel prévu autour de ces pôles régionaux est de constituer des réseaux au niveau local associant les hôpitaux locaux, les cliniques et les médecins de ville afin d'assurer ce continuum soins-recherche au plus proche des malades. En tant que présidents des conseils d'administration des hôpitaux présents sur leur commune, les maires peuvent intervenir pour veiller au bon fonctionnement du réseau local, et rester ainsi vigilants quant à la réelle mise au service des malades des innovations issues de la recherche concernant l'optimisation du diagnostic et du traitement des cancers.

Les villes peuvent aussi, par l'intermédiaire de bourses d'études, favoriser la réalisation de recherches universitaires pour des étudiants s'intéressant à l'analyse des situations locales dans certains domaines : épidémiologie et sciences sociales (ces deux points étant cités dans la mesure 67 du Plan Cancer).

En matière de formation, c'est essentiellement en formation continue des professionnels médicaux et paramédicaux que la ville peut intervenir, en facilitant localement l'organisation de modules de formation visant le renforcement des connaissances et des compétences en cancérologie (meilleure connaissance des déterminants, sensibilisation aux campagnes de dépistage, information sur les nouveaux protocoles de prise en charge du malade, le fonctionnement en réseau de soins et de santé...).

Encadré 4 : Lien entre le " Baromètre santé " de Rotterdam et le guide " Vers un profil santé de ville "

Le Réseau Français des Villes-Santé a élaboré, après convention avec la DGS, un guide pratique sur les indicateurs inspiré du " Baromètre Santé " de Rotterdam appelé " Vers un profil santé de ville " à l'échelon du territoire français.

Le baromètre de Rotterdam est un dispositif municipal mis en place et géré par le service de santé de cette ville. Il fonctionne à partir d'une base de données, somme de nombreuses informations produites par les services de santé présents sur la ville et par des organismes extérieurs (125 indicateurs). En parallèle, un questionnaire sur la santé est proposé tous les deux ans à un échantillon représentatif de la population, permettant d'affiner les connaissances sur l'évolution des comportements et du niveau de santé ressenti. Le baromètre se présente sous forme d'un gra-

phique (en toile d'araignée) permettant de visualiser l'état de santé de la population de chaque quartier d'une ville à partir de six dimensions : santé, sécurité, statut social, démographie, styles de vie et environnement physique. Chaque dimension correspond à l'addition de 4 ou 5 indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

La démarche " Profil santé de ville " telle que développée par les villes santé du réseau français, s'applique de manière pragmatique sur différents sujets de santé dans une optique de pilotage de l'action publique. Par ailleurs, des approches plus globales fondées sur les différents indicateurs de santé disponibles au niveau local ont aussi été développées à ce titre (en lien avec les observatoires régionaux de santé).

Quelques recommandations stratégiques et repères méthodologiques

Cette partie du guide a pour objectif d'apporter des éléments de réponses à quelques questions que peuvent se poser les municipalités souhaitant s'engager sur les différents objectifs présentés dans la partie précédente.

4.1 Quels sont les modes organisationnels possibles, en interne, les plus appropriés pour développer ces actions ?

On constate la complexité des facteurs environnementaux généraux et professionnels, comportementaux et sociaux dans l'apparition de la plupart des cancers et l'augmentation du nombre des cancers liée probablement à la fois à l'intrication de ces déterminants et à l'augmentation de la durée de vie humaine.

Une réponse globale doit donc être apportée par les responsables politiques en charge de la ville et les citoyens eux-mêmes co-gestionnaires de leur santé. Souvent, les réponses sont malheureusement parcellaires, fragmentées, non reliées entre elles par un plan clairement défini et affiché. Elles se sont inscrites dans un mouvement de prévention local rattaché à des actions impulsées par les ministères concernés.

Ce souci de globalité, gage de pérennité et de cohérence, ne doit toutefois pas porter préjudice à l'intérêt de se mobiliser sur des objectifs de santé susceptibles d'être plus facilement atteints à court ou moyen terme par des moyens spécifiques (s'agissant essentiellement des mesures favorisant l'accès aux soins ou aux dépistages) ; même dans de tels champs restreints, le partage d'objectifs pourra être facteur de synergies vu la diversité des acteurs publics et privés potentiellement concernés.

De nombreuses villes, villes-santé ou pas, participent à des actions de prévention du cancer et de dépistage des cancers les plus fréquents. Les modes organisationnels de ces villes (cf. Encadré 5) sont très variés et sont fonction des types d'actions privilégiés localement.

Lorsqu'un service communal d'hygiène et de santé existe, il prend en charge de façon systématique le contrôle de la pollution aérienne et hydrique notamment, couvrant ainsi toute la population générale. Ce service communal peut avoir des dimensions et des objectifs très variables. Certains se limitent aux compétences

légales, d'autres abordent tous les domaines de la prévention en relation avec les autres services municipaux et les autres acteurs institutionnels ou associatifs. Le service communal d'hygiène et de santé peut être placé sous l'autorité d'un adjoint à " la santé et à l'environnement " mais l'intitulé de la délégation n'entraîne pas forcément l'action sur la totalité du champ de prévention.

La prévention en santé peut être dévolue à une structure particulière : " Communauté municipale de santé ", " Maison associative de santé ", " Observatoire Santé Social ".

Le service municipal de santé peut être rattaché au centre communal d'action sociale ou à une direction, telle que la direction de la famille, qui se voit ainsi dotée d'une mission " santé " particulière.

L'action communale de prévention peut aussi être déléguée à une association à mission définie par la municipalité soit pour une action globale, soit pour une action spécifique tels que le dépistage du cancer du sein, l'information de la population scolaire sur le cancer en général ou sur les risques liés au tabac...

Les actions de prévention peuvent enfin être mises en œuvre au sein de centres de santé municipaux, ou associatifs (Croix-Rouge Française par exemple).

La diversité des structures communales œuvrant dans le champ de la prévention selon les tailles des villes, leur volonté politique, leur travail en réseau aussi bien interne qu'externe, rend présomptueuse la définition de " modes organisationnels les plus appropriés pour développer les actions de lutte contre le cancer ".

Cependant on peut dégager des idées fédératrices pour :

- un travail en réseau interne à la municipalité elle-même impliquant tous les services agissant sur les déterminants environnementaux avec l'objectif clairement affiché de " prévention du cancer ", ce qui est loin d'être évident pour des entités travaillant séparément les unes des autres et ne croisant que rarement leurs actions,
- une participation large de toutes les associations non seulement de " lutte contre le cancer " mais des différentes associations à orientation " santé ", environnementale, éducative et sociale, ou de lutte contre l'exclusion,

- une liaison accrue avec les actions de prévention des autres collectivités territoriales, notamment les conseils généraux, les communautés de communes et les conseils régionaux,
- une liaison permanente avec les partenaires institutionnels pour des programmations coordonnées et plus cohérentes entre elles (comme déjà signalé au titre des futurs PRSP et GRSP),
- une liaison avec les hôpitaux présents sur le territoire communal ou proches pour une collaboration scientifique aux programmes de lutte contre le cancer,
- une liaison avec la médecine du travail pour la prévention des cancers professionnels,
- une diffusion large des actions dans la population par une participation active dans les quartiers par le biais des comités de quartier qui sont rarement impliqués dans une problématique santé, par celui de conseils de quartier dans les grandes villes.

Tout cela implique des décisions prises par l'ensemble du conseil municipal et clairement affichées pour la population. Un tel programme ne peut se concevoir (au moins dans les villes d'une certaine importance) sans mettre en place un comité de pilotage, un groupe projet et un chef de projet adaptés aux objectifs poursuivis ainsi que des commissions municipales et extra-municipales sur ce projet. Mais " la valeur n'attendant pas le nombre " d'habitants, des exemples de petites villes mettant en œuvre des programmes de prévention avec une implication forte des citoyens montrent que la dynamique de prévention est partout possible.

Aussi un engagement spécifique nouveau des villes du Réseau Français Villes-Santé ou des collectivités territoriales qui le veulent pourrait être pris dans la lutte contre le cancer.

4.2 Quels sont les partenariats à privilégier ?

Concernant la lutte contre le cancer au niveau local, quatre grands types de partenaires peuvent être mobilisés par une municipalité :

■ Les partenaires institutionnels :

Il s'agit de solliciter les représentants de l'Etat et de l'assurance maladie (y compris la branche accident du travail et maladie professionnelle) en charge localement de la problématique " cancer ". Il s'agit aussi, le cas échéant, de s'inscrire dans leurs appels d'offres en faisant valoir les atouts d'une animation transversale et participative pour la qualité des actions et projets au niveau local. Les organisations étant différentes d'un territoire à un autre, il s'agit avant tout d'identifier

Encadré 5 : Type d'engagement et modes organisationnels

Quelques exemples :

Les Villes-Santé sont souvent impliquées dans des actions de lutte contre le cancer et (ou) ses déterminants en particulier comme relais et acteur des programmes nationaux de santé publique.

Ces programmes ne peuvent, pour être efficaces, s'en tenir à un message d'information, mais doivent prendre en compte les aspects environnementaux, sociaux, culturels et psychologiques. C'est donc au niveau le plus proche des populations que ces aspects peuvent être pris en compte dans une démarche participative, partenariale et intersectorielle.

Quelles que soit l'importance de l'agglomération et la place de la santé dans l'organigramme municipal, on identifie dans les Villes-Santé plusieurs possibilités d'actions :

- **dans le temps** : soit des actions ponctuelles s'inscrivant souvent dans un message d'une campagne nationale, soit des actions engagées dans la durée s'appuyant sur des structures identifiées par les acteurs locaux,
- **dans la forme** : actes de prévention et d'information sur les déterminants du cancer ou sur le dépistage, aide aux malades ou à leur entourage : accès aux soins, information, accompagnement social.

La très grande majorité des Villes-Santé s'est investie dans des actions de lutte contre le cancer.

- **Montpellier** : création d'un " Mammobile " afin d'apporter les possibilités de dépistage du cancer du sein auprès de populations qui sont peu réceptives aux messages de prévention ou qui ont des difficultés pour aborder la filière de soins,
- **Brest** : messages de prévention du mélanome en milieu sportif (école de voile) particulièrement exposé au rayonnement solaire,

- **Corbeil-Essonnes** : communication sur une action de dépistage du cancer colorectal organisé à l'échelon départemental impliquant les professionnels de santé et notamment les médecins libéraux de la ville,

- création d'un lieu permanent de prévention et de différentes actions en matière de santé souvent en multipartenariat associatif : Soissons, Dunkerque, Montpellier (Epidaure)...

L'engagement dans ces actions nécessite :

- un pôle identifié en santé au sein de l'organigramme municipal, souvent lié au CCAS, à l'environnement, à la vie des quartiers...
- une transversalité reconnue et facilitée,
- un lien permanent avec les acteurs locaux, les partenaires institutionnels, et les associations.

La volonté politique garante de la pérennité et du succès de ces actions doit s'inscrire dans une démarche de démocratie locale participative et s'appuyer sur la sensibilisation à la citoyenneté.

Le mode organisationnel varie selon les choix politiques et la taille des villes, mais en général, on retrouve une délégation et un poste technico-administratif en charge de la thématique " santé ". Villeurbanne (124 000 habitants) et Soissons (29 000 habitants) en sont deux illustrations. Sur ces deux villes de taille différente, la santé est une délégation de maire-adjoint, à la promotion de la santé (Villeurbanne) ou à la santé et aux affaires sanitaires et sociales (Soissons). Techniquement, à Villeurbanne, c'est un agent de développement " santé " rattaché à deux directions (" hygiène et santé publique ", au sein d'un espace santé-environnement, et " démocratie locale, développement et vie de quartier ") qui a en charge la thématique " santé " ; à Soissons, c'est le responsable de la Maison des préventions.

le pôle régional constitué pour l'organisation de la lutte contre le cancer. En matière de soins, dans le cadre de la mise en place des Canceropôles, des groupements sanitaires en oncologie se créent à l'échelle régionale. Ils regroupent les centres hospitaliers universitaires et les centres de lutte contre le cancer. Dans les Agences régionales d'hospitalisation (ARH) et les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), les personnes en charge respectivement du Schéma régional d'organisation sanitaire (le SROS, dont le cancer est une des thématiques obligatoires) et du Plan Régional de Santé Publique (le PRSP, qui a pour objectif de mettre en œuvre le volet régional du Plan Cancer) sont les interlocuteurs privilégiés pour connaître les moyens mobilisables pour développer localement des actions de lutte contre le cancer. Les universités peuvent être aussi des partenaires importants au niveau méthodologique et scientifique. Les villes pourront aussi adhérer aux groupements régionaux de santé publique, chargés de la mise en œuvre du PRSP, moyennant une mutualisation des moyens publics.

■ Les partenaires d'action :

De nombreuses structures associatives sont mobilisables pour le financement ou la mise en œuvre des actions de terrain : il s'agit des associations de prévention en santé ou d'éducation à la santé telles que les Comités départementaux d'éducation à la santé (CODES), des associations de lutte contre le cancer (Association pour la recherche sur le cancer, Ligue contre le cancer...) mais aussi des associations de malades et de leurs familles (association nationale des malades du cancer de la prostate...). Les médecins libéraux, leur représentation régionale (URML), les services de médecine du travail, les réseaux de soins ou de santé constitués (ou à initier), peuvent aussi être mobilisés. En outre, les activités, dans ce champ, des agences nationales (institut national de prévention et d'éducation sanitaire, institut national de lutte contre le cancer...) définissent un contexte de communication, d'étude ... dans lequel il peut être utile d'inscrire les efforts locaux pour une meilleure efficacité collective.

■ La population :

Le partenariat avec les habitants, par l'intermédiaire des structures et des services présents dans les quartiers, doit être aussi privilégié, ceci dans la perspective d'un développement d'actions basées sur l'engagement citoyen et sur les démarches participatives.

■ Les entreprises :

Dans le cadre de la lutte contre les pollutions industrielles et les pathologies professionnelles, un partenariat avec les entreprises les plus concernées et présentes sur la commune est possible afin de collaborer sur des solutions et actions permettant de réduire les conséquences des expositions pour les salariés et les populations proches des sites.

4.3 Quels sont les financements (publics et privés) mobilisables pour développer ces actions ?

En plus des fonds propres aux municipalités dans le cadre de leur action sanitaire et sociale, plusieurs sources financières, publiques et privées, peuvent être mobilisées :

- 1/ Les institutions de protection sociale des différents régimes : régime général, régime agricole, régime des non salariés - non agricoles des trois branches (assurance maladie, assurance vieillesse et allocations familiales),
- 2/ L'Etat, par l'intermédiaire de ses directions (DRASS) déconcentrées en charge des enveloppes budgétaires régionalisées pour la mise en œuvre des plans nationaux prioritaires, et du plan régional de santé publique voire le cas échéant des crédits de la politique de la ville ; la contribution de l'Etat pourra porter également sur l'offre de soins en lien avec l'Assurance maladie (ARH-URCAM) dans le cadre du Schéma régional d'organisation sanitaire ou pour le développement des réseaux de soins (avec la dotation régionale des réseaux),
- 3/ Les grandes associations de lutte contre le cancer (Ligue nationale contre le cancer, l'Association de recherche contre le cancer...) ou certaines fondations (Fondation de France...) peuvent être sollicitées pour contribuer aux financements d'un projet communal,
- 4/ Certaines entreprises commerciales privées, notamment dans les domaines agro-alimentaires, pétrochimiques ou pharmaceutiques, possèdent leur propre fondation ou ligne budgétaire, et peuvent ainsi être sollicitées. Toutefois, il est important de veiller à garder la maîtrise du projet et à ne pas être dépendant de certaines exigences telles que l'utilisation du projet comme support publicitaire aux produits commercialisés par l'entreprise,
- 5/ L'Union européenne, dans le cadre du Fond Social Européen (FSE), peut financer certains projets sur des thématiques diverses dont la santé dans le domaine de la recherche ou de la prévention.

4.4 De la réalisation d'actions ponctuelles à un réel projet global, sur du long terme, de lutte contre le cancer

L'intervention des municipalités en matière de lutte contre le cancer se limite souvent à des actions ponctuelles : participation à des événements, diffusion de supports de prévention, réalisation d'actions d'éducation à la santé, participation à

une campagne de dépistage... Mais peu de villes se sont lancées dans la gestion d'un projet global, sur du long terme. Or, la commune est l'échelon privilégié pour développer un programme de lutte contre le cancer dont le principe fondamental serait la mobilisation citoyenne face à ce fléau.

■ Mobiliser les partenaires et les populations autour d'un état des lieux

La définition d'une politique publique, et notamment celle de la santé, est censée répondre aux besoins des habitants. Ces besoins sont souvent identifiés essentiellement à travers des données statistiques et des remontées d'informations des professionnels présents sur le territoire.

Pour un diagnostic partagé, il est nécessaire de favoriser l'expression directe des populations sur leurs besoins et leurs attentes. De plus en plus de dispositifs (notamment dans le cadre de la politique de la ville) tentent de s'appuyer sur une " démarche participative ", c'est-à-dire associant les populations concernées à la définition et à la mise en œuvre d'une politique plus ciblée. Ces démarches participatives peuvent aussi être mobilisées pour la lutte contre le cancer. Aussi, notamment par l'intermédiaire des structures de quartiers, une municipalité peut mobiliser les habitants et les acteurs sur un diagnostic participatif portant sur une ou plusieurs problématiques liées aux facteurs environnementaux et/ou comportementaux du cancer.

La question de la participation des populations recouvre des réalités et des intentions très différentes qui, de surcroît, doivent être resituées dans leur contexte pour en saisir les limites et les possibilités au-delà des volontés réelles des élus et des professionnels. De façon schématique, il est possible de distinguer dans les démarches réelles de participation, trois postures renvoyant chacune à des intentions différentes :

- **Information** : les habitants sont interpellés, informés, sensibilisés dans une logique de responsabilisation vis-à-vis d'une question d'ordre public (en l'occurrence ici, la lutte contre le cancer). C'est ensuite aux populations de s'organiser pour réagir à ces informations,
- **Consultation** : les populations sont consultées pour donner leur avis sur une ou des questions d'ordre public. Les élus s'engagent à tenir compte de cet avis mais conservent la responsabilité de la prise de décision,
- **Décision partagée** : les habitants sont invités à participer pour contribuer à la définition des orientations politiques, ce qui suppose une prise de décision partagée après une concertation.

La définition des intentions est déterminante et la plus grande clarté dans les attendus et les possibles est nécessaire. Habitants, élus et techniciens doivent apprendre à dialoguer, à s'écouter mutuellement afin d'aboutir, par une démarche véritablement concertée, à une action pérenne efficace. Dans le cadre des politiques contractuelles comme la politique de la ville, le contrat de ville favorise

les modalités de coordination avec l'Etat, y compris dans les secteurs autres que celui de la santé (éducation, environnement...), aidant ainsi à préciser les attentes possibles au vu des responsabilités des uns et des autres.

Plus les intentions sont ambitieuses, plus les moyens nécessaires à mobiliser sur cette dynamique sont importants. S'agissant d'état des lieux de la situation sanitaire et des ressources, le temps passé pour établir des stratégies et des objectifs concertés ne doit pas être sous-estimé. Le dispositif d'enquêtes, d'entretiens collectifs et de questionnaires individuels auto-administrés peuvent servir de supports à cette démarche participative.

La mobilisation des habitants peut être menée conjointement avec celle de certains professionnels concernés par la santé et présents sur le territoire. L'intérêt de cette démarche participative est triple :

- L'utilisation des compétences et des connaissances de ces acteurs,
- Une meilleure appropriation des résultats du diagnostic par ceux-ci,
- Une mobilisation en amont garante d'une certaine cohérence et cohésion pour la constitution d'un réseau d'acteurs mobilisé contre le cancer.

■ Définir des priorités d'actions en fonction des besoins et de ses moyens

Les problématiques soulevées par l'état des lieux doivent être traduites en actions prioritaires à mener sur la commune ou dans le quartier (le cas échéant au titre du contrat de ville). Ces actions sont définies collégialement (élus, techniciens, professionnels, population) en fonction de nombreux critères : intérêt, urgence, faisabilité, moyens humains et financiers mobilisables... Elles sont reprises dans un plan d'action globale précisant les objectifs, la méthode, l'organisation, les responsabilités, les moyens, le calendrier et les modalités d'évaluation.

■ Développer un engagement citoyen

Dans la mesure du possible, la réalisation du plan d'action doit s'appuyer sur la poursuite de la mobilisation citoyenne de la population, notamment en privilégiant les actions participatives, c'est-à-dire celles plaçant les habitants en tant qu'acteurs de leur prévention.

■ Favoriser la réalisation d'actions cohérentes entre elles

Ces actions doivent être menées de façon cohérente entre elles, dans un souci de complémentarité et d'approche globale de la problématique. Aussi, il est nécessaire qu'un " chef d'orchestre " soit désigné à l'échelle municipale pour veiller à cette cohérence. Un couple " élu - technicien " semble le plus approprié, ceci afin de prendre en considération à la fois les dimensions politico-institutionnelles (notamment le lien avec les partenaires institutionnels) et techniques (suivi des actions sur le terrain) du projet global.

Conclusion

Les réflexions et les illustrations dans le présent document montrent les nombreuses possibilités d'action en santé publique au niveau des villes et l'intérêt à ce titre d'une implication de l'autorité municipale.

La portée politique de ces actions est d'autant plus grande que la santé, du point de vue du public, touche à la vie des personnes au quotidien en raison :

- des représentations que chacun se fait de la santé dans le cadre d'une société riche de sa diversité culturelle,
- des " déterminants " environnementaux, économiques et sociaux qui peuvent agir sur l'état de santé des populations .

Un tel enjeu pose à l'action de santé publique une exigence qui s'impose à divers acteurs :

- le professionnel de santé pour une prise en charge et un accompagnement de la personne dans le respect de son intégrité personnelle, de sa situation sociale, de son histoire, de son environnement ...
- l'expert scientifique, appelé à affronter les savoirs établis (quoiqu'en permanente évolution), avec les connaissances de la population ancrées dans la conscience humaine (quoique pouvant être sujettes à des habitudes sinon des traditions préjudiciables),
- le représentant de l'Etat pour faire comprendre, notamment à travers les instances régionales de santé publique, les divers ressorts en jeu des politiques publiques et veiller à adapter celles-ci avec l'éclairage des acteurs de proximité moyennant le développement du pilotage territorial,
- l'agent " technique " de la puissance publique (Etat, collectivité territoriale, établissements publics, ...) appelé à faire de la santé des populations un " thème d'intervention " comme un " objectif de mobilisation " dans les différents domaines concernés, de l'action sanitaire et sociale, de l'éducation, du logement...
- l' élu local, tenu de recréer au besoin les cohérences des différents acteurs et d'harmoniser les solidarités locales pour que les inégalités de santé trouvent dans le développement local les conditions de leur réduction progressive,
- le citoyen, l'usager et ses représentants enfin pour que grâce à l'effort de clarification sur les rôles des uns et des autres, ils puissent mieux interpeller les politiques publiques et ainsi mesurer leur responsabilité propre.

C'est pourquoi, dans le cadre partenarial de la ville - voire du contrat de ville - la reconnaissance d'objectifs de santé publique partagés est tout à fait déterminante. Ils induisent une réflexion stratégique d'autant plus nécessaire que la mise en œuvre de certaines actions connaît des limites préjudiciables (par exemple un dépistage de cancers à l'égard de publics peu réceptifs à la démarche).

La conception de projets sur objectifs peut répondre aux enjeux d'information de la population, d'articulation intersectorielle et de participation.

En ce sens, la santé publique est déjà au cœur de la démocratie locale et de la participation citoyenne. Il reste sans doute à l'exprimer mieux. Souhaitons que ce guide pratique y apporte sa contribution et osons ajouter que la thématique " Prévention du Cancer " se prête symboliquement bien à la reconquête d'une vie collective plus harmonieuse.

Les concepts de Santé et de Santé Publique

La définition de la santé la plus couramment utilisée est celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 1946 : " la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social de l'individu et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ". La santé, c'est aussi un rapport dynamique à l'environnement, soit le potentiel d'énergie qui maintient ou rétablit à tout moment l'équilibre de bien-être sans cesse menacé d'un organisme soumis à chaque instant aux agressions de son environnement.

En 1986, l'OMS, dans la Charte d'Ottawa, propose une nouvelle définition : la santé, c'est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu et s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but de la vie.

En 1992, le Haut Comité de la Santé Publique donne quelques précisions intéressantes dans l'ouvrage édité par l'ENSP de Rennes " stratégie pour une politique de santé " : la santé est un phénomène social autant qu'individuel. Cette considération implique de prendre en compte la santé non seulement comme l'état d'un corps individuel mais aussi comme un phénomène inscrit dans les pratiques et les discours de la société tout entière. Par conséquent, la compréhension de la santé ne peut être assurée par la médecine seule, même aidée de l'épidémiologie ; les sciences humaines et sociales jouent un rôle important dans cette compréhension.

La santé publique a pour objets l'étude, la mise en œuvre et l'évaluation des moyens permettant d'améliorer l'état de santé d'une population. La santé publique est considérée aujourd'hui comme une discipline à part entière. Selon certains auteurs, elle succède historiquement au courant hygiéniste et à la médecine préventive. Cette discipline déborde du champ de la médecine pour prendre en compte d'autres dimensions ; son intervention, en effet, porte non seulement sur la santé d'une population, mais aussi sur les facteurs qui concourent à la modifier : éléments de l'environnement physique (l'influence des pollutions atmosphériques ou conditions de logement par exemple), économique (la précarité économique...) et social (processus de marginalisation ou d'exclusion...). Elle touche alors à des questions de choix de société où les politiques de santé font place à la politique tout court.

La nouvelle loi de santé publique : le rôle des collectivités territoriales dans les politiques régionales de santé publique

Votée à l'issue de la session parlementaire extraordinaire, la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 propose un nouveau cadre d'intervention en la matière. Une des principales dispositions prises par cette loi est une nouvelle organisation de la politique de santé. Si la responsabilité première de l'Etat en matière de santé publique est réaffirmée de façon solennelle, le rôle de l'échelon régional est toutefois confirmé en matière de définition et de mise en œuvre de la politique de santé publique. Les collectivités territoriales, et notamment les communes, sont concernées par plusieurs points de la loi :

La loi prévoit la participation des communes et groupements de communes au groupement régional de santé publique dont la mission est de mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique. Les membres de ce groupement sont nommés par arrêté du représentant de l'Etat.

La loi précise la nécessaire participation des collectivités territoriales au système de veille sanitaire : celles-ci sont tenues de signaler sans délai au représentant de l'Etat dans le département les menaces imminentes pour la santé de la population dont ils ont connaissance ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée.

La liste des professionnels chargés de la mise en œuvre de la politique vaccinale a été élargie aux praticiens qui interviennent dans les centres municipaux de vaccination.

La loi renforce l'autorité des communes en matière de protection de la ressource en eau.

La loi conforte les attributions des services communaux d'hygiène et de santé en matière de prévention du saturnisme (contrôle administratif et technique des règles d'hygiène).

La loi renforce la compétence du maire en ce qui concerne le contrôle administratif et technique des règles générales d'hygiène relatives à l'habitat (salubrité des habitations et de leurs dépendances, alimentation en eau, évacuation et traitement des eaux usées, lutte contre les bruits de voisinage et la pollution d'origine domestique).

Les applications de ces nouvelles directives doivent être précisées dans de futurs décrets d'application.

Santé publique, précarité et politique de la ville : les Ateliers santé ville dans les contrats de ville

Depuis leur création, les politiques d'insertion, de lutte contre les exclusions et de la ville cherchent à intégrer les questions de santé. Le bilan du IX^{ème} plan déplorait un traitement inégal de cette thématique. Dans le cadre du XI^{ème} plan, les politiques d'insertion (sociale et professionnelle) ont su tenir compte de cette dimension santé, comme l'illustrent le développement des bilans de santé auprès des jeunes en insertion professionnelle (en collaboration avec les missions locales et les caisses d'assurance maladie) et la prise en compte des situations de santé dans la politique de revenu minimum d'insertion. La politique de la ville ne fut pas en reste : le dossier-ressource du XI^{ème} plan énonçait directement le lien entre les conditions précaires, la santé et la ville. La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 a renforcé la prise en compte de ce lien et a prévu la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Une des concrétisations de ces programmes fut la possibilité d'inscrire un volet spécifique santé dans les trois quarts des contrats de ville.

Après une année consacrée au bilan des problèmes d'accès à la prévention et aux soins, la circulaire du 13 juin 2000, " relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire " est intervenue pour cadrer la mise en œuvre de ces programmes régionaux. Coïncidant avec le lancement de la nouvelle génération des contrats de ville 2000-2006, cette circulaire précise les orientations du comité interministériel des villes sur la politique de la ville en matière de santé, au travers de la mise en place des Ateliers santé villes (ASV). Ceux-ci sont conçus comme un nouvel outil au service d'une démarche participative locale et de l'articulation entre politique de santé et politique de la ville dans le cadre des contrats de ville.

La finalité des Ateliers santé ville est celle de la loi de lutte contre les exclusions dans laquelle ils s'inscrivent : réduire les inégalités dans le champ santé-précarité.

Les objectifs des ASV peuvent être déclinés ainsi :

- accroître la cohérence et l'efficacité de l'action locale en matière de santé, par la mise en place d'une coordination des acteurs présents sur le territoire,
- éclairer les acteurs et les décideurs sur la forme prise localement par les inégalités sociales de santé et définir de façon concertée les réponses à apporter, ceci par la réalisation de diagnostics partagés et la programmation d'actions prioritaires,
- insérer la thématique santé dans le processus global de développement social local mis en œuvre sur le territoire du contrat de ville, en veillant aux articulations nécessaires avec les autres composantes (l'économique, le social, l'habitat, le culturel...),
- initier et développer la participation des habitants sur l'identification des problèmes, la détermination des réponses, la mise en œuvre des actions et leur évaluation, ceci au titre de la démocratie sanitaire.

Les ASV ne sont donc pas un dispositif supplémentaire, mais un échelon local privilégié de mise en œuvre des politiques de santé publique, d'articulation avec la politique de la ville, d'organisation des acteurs institutionnels et de terrain et d'expression des populations.

Promotion, Prévention et Education à la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer ainsi celle-ci (charte d'Ottawa, OMS, 1986). Cette notion repose sur un postulat : la nécessité fondamentale d'un changement à la fois dans les façons de vivre et dans les conditions de vie afin d'améliorer la santé de chacun. Il s'agit donc d'un principe collectif qui engage une population aux côtés des pouvoirs publics autour de plusieurs axes :

- élaboration d'une politique de santé publique,
- création d'un environnement (physique et humain) exerçant une influence positive sur la santé,
- renforcement de la démocratie sanitaire,
- réorientation des services de santé vers une approche globale de la santé par le développement d'un partenariat avec les autres secteurs concernés par la santé,
- développement des attitudes personnelles grâce à la mise en œuvre d'une réelle politique d'éducation pour la santé auprès et avec les citoyens.

La prévention, c'est une intervention qui anticipe sur le risque. Elle vise donc la réduction des risques par une intervention en amont. Il existe trois types de prévention :

- la prévention primaire : elle vise à réduire le risque, sa survenue ou ses conséquences : l'éducation pour la santé, les actions sur les déterminants de la santé ainsi que la réglementation et la vaccination, sont les formes d'intervention de la prévention primaire,
- la prévention secondaire : elle cherche à révéler l'atteinte pour prévenir l'aggravation de la maladie, par des soins précoces : les campagnes de dépistage sont ses formes d'intervention,
- la prévention tertiaire : elle vise à éviter les rechutes ou les complications lorsque la maladie est avérée. Elle consiste alors en une réadaptation à la situation créée par la maladie ou ses séquelles : l'éducation thérapeutique et la réadaptation sont deux formes d'intervention de la prévention tertiaire.

L'éducation pour la santé, telle que définie par l'OMS en 1986 (charte d'Ottawa), s'inscrit dans la politique de promotion de la santé et de prévention primaire. Elle est une des conditions de réussite des autres mesures de santé publique, telles que les campagnes de dépistage et l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins. Mission de service public intégrée au système de santé et au système éducatif, l'éducation pour la santé a pour finalité de donner à chaque personne les compétences et les moyens lui permettant de promouvoir sa propre santé ainsi que celle de la collectivité, c'est-à-dire :

- acquérir les aptitudes indispensables à la vie et à la prise en charge de sa santé,
- accéder aux informations sur les systèmes de santé et de protection sociale et sur les moyens de se protéger et de se soigner,
- apprendre à utiliser de manière optimale les services de soins, de prévention et de promotion de la santé,
- s'impliquer dans des démarches visant à l'amélioration de la santé de la collectivité.

Elle approche les questions de santé à la fois dans leur globalité et en utilisant des portes d'entrée différentes, telles que :

- des thèmes particuliers : accidents de la circulation, tabac, contraception, vaccination, maladies ou infections sexuellement transmissibles (...),
- des catégories de population : jeunes, femmes enceintes, personnes âgées, personnes en situation précaire (...),
- ou des lieux de vie : l'école, la maison, le quartier, l'hôpital, le travail (...).

L'éducation pour la santé se traduit dans les faits par des actions de différents types :

- des campagnes de communication,
- la diffusion d'informations sur les moyens de prévention, les maladies, les services de santé (...),
- et des actions éducatives de proximité dans des lieux de vie.

Les liens entre les compétences légales d'une ville en matière d'environnement et les priorités du plan " Santé et environnement "

Selon le code de santé publique, il est dit dans l'article L. 1311-1 que " sans préjudice de l'application de législations spéciales et des pouvoirs reconnus aux autorités locales, des décrets en Conseil d'Etat, pris après consultation du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, fixent les règles générales d'hygiène et toutes autres mesures propres à préserver la santé de l'homme, notamment en matière :

- de prévention des maladies transmissibles,
- de salubrité des habitations, des agglomérations et de tous les milieux de vie de l'homme,
- d'alimentation en eau destinée à la consommation humaine,
- d'exercice d'activités non soumises à la législation sur les installations classées pour la protection de l'environnement,
- d'évacuation, de traitement, d'élimination et d'utilisation des eaux usées et des déchets,
- de lutte contre les bruits de voisinage et la pollution atmosphérique d'origine domestique,
- de préparation, de distribution, de transport et de conservation des denrées alimentaires ".

Ces compétences des municipalités en matière de santé et d'environnement s'intègrent parfaitement dans certaines mesures retenues comme prioritaires dans le plan " Santé et environnement ", soit :

- protéger la santé publique en améliorant la qualité des milieux,
- protéger la population de la pollution à l'intérieur des locaux.

Les transports urbains, l'alimentation en eau, l'habitat et la gestion des déchets sont les principaux domaines sur lesquels les communes sont acteurs du Plan Santé Environnement.

Les compétences légales des villes en matière d'actions sociales

Les communes ont une vocation générale instituée par la loi du 5 avril 1884.

En matière sociale, elles assurent traditionnellement la gestion des structures d'accueil de la petite enfance (garderies, crèches), des foyers de personnes âgées et des services à domicile. Elles possèdent aussi une mission plus globale de prévention et de développement social à travers leurs Centres communaux d'action sociale (CCAS). Les CCAS sont notamment chargés de l'analyse annuelle des besoins sociaux (ABS) et des aides d'urgence.

La loi du 13 Août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales organise de nombreux transferts de compétences en matière d'action sociale, mais c'est essentiellement le département qui en bénéficie, devenant ainsi le " chef de file en matière d'action sociale et médico-sociale ".

Adresses et sites internet utiles

(liste non exhaustive)

■ Direction Générale de la Santé

14, avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

■ www.sante.gouv.fr : site du Ministère de la Santé et des Solidarités

Possibilité de télécharger le Plan cancer à l'adresse suivante :

■ www.plancancer.fr

■ INPES : Institut national de prévention et d'éducation à la santé

43, boulevard de la Libération - 93203 Saint-Denis cedex

Tél. : 01 49 33 22 22

■ www.inpes.sante.fr

■ www.tabac-info-service.fr

■ INCA : Institut national du cancer

21, rue Leblanc - Immeuble le Ponant B - 75740 Paris cedex 15

Tél. : 01 53 98 54 60

■ www.institutnationalducancer.fr

Cancer info service : 0 810 810 821 (n° azur)

■ Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS

■ www.villes-sante.com : site du réseau

S2D - Centre Collaborateur de l'OMS pour les villes-santé francophones

10 rue Jean Boucher - 35000 Rennes

Tél/ fax : +33 (0)2 99 50 33 95

Courriel : ccvsante.oms@wanadoo.fr

■ Exemples d'associations impliquées dans la lutte contre le cancer :

■ www.ligue.cancer.asso.fr : site de l'association de la Ligue nationale contre le cancer

■ www.arc.asso.fr : site de l'association pour la recherche sur le cancer

■ www.fnfcc.com : site de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer

■ www.epidaure.fr : site Epidaure à Montpellier

Fédération nationale des comités féminins pour le dépistage des cancers
Délégation de Paris de l'union des regroupements des Mutuelles de France
6, rue Léon Jouhaux – 75110 PARIS
Porte Monique de Saint-Jean

Courriel : m.destjean@wanadoo.fr

■ www.cancerdusein.org : site d'adresses diverses

■ www.comitefeminingironde.com : site du comité féminin de Gironde pour le dépistage du cancer du sein

■ www.adk92.org : site de l'association pour le dépistage des cancers dans les Hauts-de-Seine

■ Exemples d'agences et d'associations impliquées dans la surveillance et la protection de l'environnement :

■ www.atmo-france.org : site de la fédération des associations agréées de surveillance de la qualité de l'air

■ www.air-interieur.org : site de l'observatoire de la qualité de l'air intérieur

■ www.afsse.fr : site de l'agence française de sécurité sanitaire et environnementale

Liste des abréviations

ABS	Analyse des besoins sociaux
ADEME	Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
APPA	Agence pour la prévention de la pollution atmosphérique
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ASV	Atelier santé ville
CCAS	Centre communal d'action sociale
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales des décès
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS	Direction générale de la santé
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
ENSP	Ecole nationale de santé publique
FSE	Fonds social européen
GRSP	Groupement régional de santé publique
HAD	Hospitalisation à domicile
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INCA	Institut national du cancer
INVS	Institut national de veille sanitaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
PDU	Plan de déplacement urbain
PMI	Protection maternelle et infantile
PNNS	Programme national nutrition santé
PNSE	Plan national santé environnement
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (pour les plus démunis)
PRQA	Plan régional de la qualité de l'air
PRSP	Plan régional de santé publique
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire