

<b>Type demande</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle demande	<input type="checkbox"/> suite de projet	<b>10 juillet 2025 – hb</b>
<b>Domaine(s)/filière(s)</b>	<b>Santé communautaire / promotion de santé et prévention / système de santé</b>		
<b>Titre</b>	Vers des territoires en santé (VTS)		
<b>Responsable(s) du projet</b>	Yves Kühne – RSNB – et Isabelle Hottinger – Cabinet medical Concise		
<b>Origine du projet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projet OSRIC, Intention régionale de créer un dispositif de santé communautaire Nord vaudois (fusion RSNB et ASPMAD)</li> <li>• Volonté régionale de favoriser l'intégration des soins et des services, de renforcer les soins primaires et de développer la santé communautaire (Les Pôles Santé Vallée de Joux et Balcon du Jura)</li> <li>• Projet cabinet Concise (VD) qui depuis 2015 développe les coopérations et des projets interprofessionnels avec mise en place depuis 2 ans d'un colloque interprofessionnel tous les 15j (infirmier·ères, ASSC, ergothérapeute, diététicienne et assistante sociale).</li> </ul> <p>Les partenaires du Réseau sont convaincus que les modèles d'intégration des soins et des services, autour d'un projet impliquant tous les acteurs, est certainement la voie à suivre pour proposer un système de santé durable et efficient.</p> <p>Il y a 10 ans, l'étude OSRIC était finalisée. Si elle confirmait la volonté régionale de poursuivre les réflexions dans le sens d'un système plus intégré, se posait la question de l'échelle du territoire et du bassin de la population.</p> <p>Aujourd'hui, tout indique que cette échelle se situe dans des bassins de population « restreints ». Si la coordination entre les acteurs est nécessaire et pertinente à une échelle régionale, avec des prestations spécialisées et un hôpital de référence, un fonctionnement intégré fait sens sur des territoires plus petits où les acteurs sont en mesure de s'approprier un projet collectif et d'expérimenter l'interprofessionnalité (exemples avec les Pôles Santé, les maisons de la santé – type Meinier à GE).</p>		
<b>Opportunités</b>	<p>Face au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques, à l'accroissement du non recours aux prestations, aux pénuries de personnel, à l'augmentation des coûts, des enjeux se posent en termes d'accessibilité, de continuité des soins, de durabilité des organisations ou de maintien en santé. Plusieurs pistes ou modèles sont discutés depuis des années...</p> <p>Le système se trouve à la croisée des chemins. De nouvelles modalités coopératives sont à envisager, mettant l'accent sur le développement de la santé communautaire (promotion de la santé et prévention) et le renforcement des soins primaires de proximité.</p> <p>Le curseur doit être mis sur la production de la santé... tout en améliorant encore notre capacité à soigner et à accompagner (<i>cf. annexe 1</i>)</p> <p><b>Programme CoSAC : ligne directrice n°2 =&gt; Développer, déployer et évaluer des modèles interprofessionnels innovants et les soins intégrés.</b></p> <p>⇒ Le présent projet s'inscrit pleinement dans ces perspectives avec des intentions novatrices (rôles des IPS dans la médecine primaire et communautaire, responsabilité populationnelle, démocratie en santé, gouvernance partagée, ...)</p>		
<b>Risques</b> (si le projet ne se fait pas)	<p>⇒ Accès aux soins primaires (pénurie de médecins et modification dans les aspirations durant les premières années – organisation du travail)</p> <p>⇒ Augmentation du flux vers l'hôpital (hospitalisation inappropriée) et de demandes d'hébergement</p> <p>⇒ Epuisement et pression sur les personnes proches aidantes</p> <p>⇒ Incompréhension des citoyens, insatisfaction</p> <p>⇒ Augmentation des tensions interprofessionnelles et interinstitutionnelles</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Utilisation non rationnelle des ressources à disposition (concurrence)</li> <li>⇒ Augmentation du non recours aux soins et de la précarité</li> <li>⇒ Système restera cloisonné et fortement influencé par les acteurs =&gt; vision institutionnelle =&gt; agissement par opportunités</li> <li>⇒ Système reste orienté vers la production de prestations de soins (logique de profits) au détriment de prestations de santé (logique de santé publique)</li> <li>⇒ Rationnement des soins (accès aux soins p. ex. pour les populations vulnérables)</li> </ul>
<b>Ambition du projet</b>	<p>Le projet « Vers des territoires en santé » s’inscrit dans la dynamique de transformation du système, avec l’ambition de faire émerger une réponse collective, ancrée localement, aux besoins de sa population. Dans ce contexte, il souhaite développer une approche territoriale intégrée et mettre en œuvre l’exercice de la responsabilité populationnelle en associant les différentes parties prenantes (acteurs du système socio-sanitaire, les communes, les personnes atteintes dans leur santé et la population)</p>
<b>Concepts clés</b>	<p><b>Approche territoriale</b></p> <p>L’approche territoriale en santé publique consiste à organiser les actions de santé en fonction des spécificités géographiques, sociales, économiques et culturelles d’un territoire donné. Elle repose sur l’idée que les besoins en santé varient selon les populations et les lieux, et que l’organisation et les interventions doivent être adaptées localement pour être efficaces.</p> <p>Cette approche s’inspire des principes de la santé communautaire issu de la Charte d’Ottawa.</p> <p><b>Responsabilité populationnelle</b></p> <p>La responsabilité populationnelle implique que les d’acteurs et actrices du système de santé soient responsables collectivement de la santé d’une population donnée. Elle propose d’organiser le système non plus autour des besoins réels d’une population donnée et dans un territoire déterminé.</p> <p>Cela signifie de confier à un collectif d’acteurs et actrices – professionne-le-s de santé, institutions socio-sanitaires, communes – à travers un engagement commun, la mission de favoriser le maintien en santé d’une population définie.</p> <p>Ce concept est lié à la médecine sociale et aux modèles de soins intégrés<sup>1</sup>. Elle souhaite passer d’une logique de soins curatifs à une logique de promotion de la santé, de prévention et d’actions sur les déterminants de santé (environnement, mode de vie, accès aux soins, ...).</p> <p><b>Soins de santé primaires</b></p> <p>Selon l’OCDE (Realising the Potential of Primary Health Care, 2020), Les soins de santé primaires sont l’ensemble des services de santé accessibles en premier recours, couvrant la prévention, la promotion, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs, coordonnés autour des besoins de santé des individus tout au long de la vie et en lien avec les autres niveaux de soins.</p> <p><b>Santé communautaire</b></p> <p>L’OMS, dans le cadre des « Soins de santé primaires » issus de la Déclaration d’Alma-Ata (1978), définit la santé communautaire de la manière suivante : la santé communautaire est le processus par lequel les membres d’une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l’évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités.</p> <p><b>Soins intégrés</b></p> <p>Le concept de soins intégrés suscite de nombreuses réactions et interprétations. Toujours selon l’OMS (Framework on Integrated People-Centred Health Services,</p>

<sup>1</sup> Exemples : Accountable Care Organization aux États-Unis ou Systèmes de Santé Territoriaux en France. Des différences majeures existent néanmoins dans ces modèles au niveau des financements et de la gouvernance

	<p>2018), les soins intégrés sont des services de santé <u>organisés et gérés</u> de manière à assurer la continuité des soins et la coordination entre différents niveaux et sites de prestation, en fonction des besoins de santé des individus tout au long de leur vie, en impliquant les patients et les communautés.</p> <p>Selon AP Contandriopoulos, elle se décline en 5 dimensions : clinique, fonctionnelle, organisationnelle, normative et systémique<sup>2</sup></p> <p><b>Promotion de la santé</b></p> <p>Selon la Charte d’Ottawa (1986), 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 celle-ci. Elle repose sur Le renforcement des compétences des individus et des communautés, l’action sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux et l’intégration de la santé dans toutes les politiques.</p> <p><b>Prévention</b></p> <p>Selon le glossaire OMS (1998). la prévention en santé vise à éviter la survenue, la progression ou les complications d’une maladie, d’un accident ou d’un problème de santé. Elle est classiquement déclinée en prévention primaire (empêcher l’apparition de la maladie : vaccination, hygiène de vie), prévention secondaire (dépister et traiter précocement : dépistage du cancer) et prévention tertiaire (réduire les complications et la rechute : réadaptation).</p> <p><b>Salutogenèse</b></p> <p>Concept développé par A. Antonovsky. La salutogenèse<sup>3</sup> est une approche de la santé qui s’intéresse à ce qui favorise le bien-être et aide les personnes à rester en bonne santé, plutôt qu’à ce qui cause la maladie. Elle considère que la santé se situe sur un continuum, et que chacun peut mobiliser des ressources personnelles et sociales pour mieux faire face aux difficultés. Le concept central est le Sentiment de Cohérence : comprendre ce qui se passe dans sa vie, trouver du sens aux événements et sentir qu’on peut agir pour les gérer</p> <p><b>Démocratie sanitaire</b></p> <p>Ce terme est employé pour désigner la participation des citoyen·ne·s, patient·e·s et usagers et usagères dans les décisions relatives à la santé, que ce soit au niveau des politiques publiques, de l’organisation des soins ou de la recherche. Cela englobe par exemple les comités de patient·e·s, les conférences de citoyen·ne·s sur la santé ou encore les instances de consultation dans institutions de santé.</p>
<p><b>Objectifs généraux du projet</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Contribuer au maintien en santé de la population dans un territoire déterminé et favoriser la salutogenèse</li> <li>⇒ Encourager la participation de la communauté à l’amélioration de la santé dans ledit territoire</li> <li>⇒ Renforcer la coordination des parcours de santé, en particulier pour les maladies chroniques et les personnes en situation de vulnérabilité</li> <li>⇒ Promouvoir la santé et prévenir les risques, en s’appuyant sur les ressources locales et des modèles</li> <li>⇒ Innover dans les pratiques, l’organisation et les collaborations (gouvernance partagée, responsabilité populationnelle) pour répondre aux réalités du territoire et aux besoins de la population</li> </ul>
<p><b>Objectifs spécifiques de la démarche</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fédérer les acteurs du territoire autour d’une vision partagée de la santé</li> <li>2) Mettre en œuvre une approche populationnelle intégrant les déterminants sociaux, environnementaux et économiques</li> <li>3) Renforcer les soins primaires de proximité, le développement des nouveaux rôles et l’interprofessionnalité en s’appuyant sur les bonnes pratiques</li> </ol>

<sup>2</sup> Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., & Rodriguez, C. (2003). The integration of health care : Dimensions and implementation. Working Paper N04-01, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal

<sup>3</sup> Lindström, B. & Eriksson, M. (2012). La salutogenèse. Petit guide pour promouvoir la santé. Traduit par Mathieu Roy & Michel O’Neill. Québec : Presses de l’Université Laval

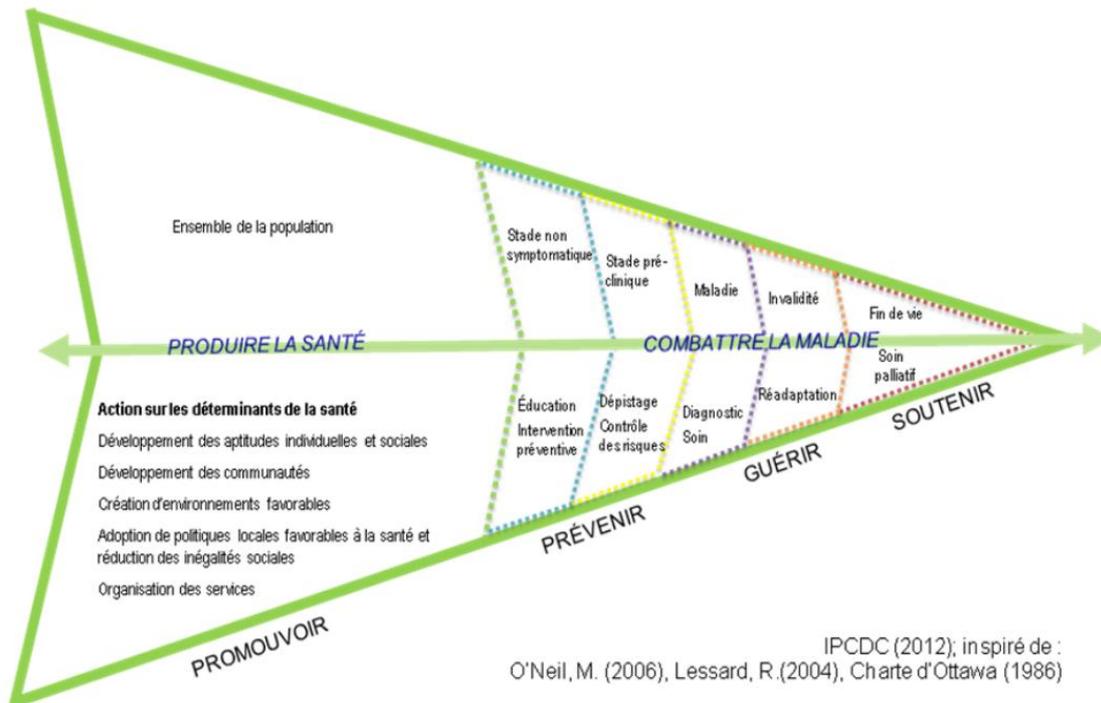
	<p>4) Promouvoir la santé et prévenir les risques, en s'appuyant sur les ressources locales et les modèles de référence</p> <p>5) Expérimenter un dispositif territorial intégré et tester les modalités organisationnelles, fonctionnelles et coopératives d'une gouvernance partagée entre les différents acteurs concernés</p>
<p><b>Périmètre du projet</b></p>	<p>La volonté des parties prenantes du projet est d'assurer une approche holistique intégrant des actions en faveur tant du maintien en santé que du renforcement des soins primaires et des parcours de soins. Renoncer à l'un ou l'autre champ d'activités renforcerait la fragmentation du système. Le périmètre du projet se veut ainsi assez large, tout en identifiant des domaines principaux qui font partie des enjeux majeurs actuels du système :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Le diabète</li> <li>⇒ L'insuffisance cardiaque</li> <li>⇒ Les personnes âgées</li> <li>⇒ Santé mentale et addiction</li> <li>⇒ Les parcours/situations complexes</li> <li>⇒ La cognition</li> <li>⇒ L'activité physique</li> <li>⇒ L'alimentation</li> </ul> <p>Au niveau méthodologique, ces périmètres font appels à des méthodes et des modèles spécifiques. Le travail sera ainsi décliné dans deux axes différents (axes 3 et 4 ci-dessous) requérant des compétences et approches spécifiques</p> <p><b>Territoire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Communes de Bonvillars, Concise, Corcelles, Onnens, Mutrux, et Provence</li> <li>⇒ 3 à 4'000 habitant-e-s : 0-20 ans (22%), 21-64 ans (59 %), 65-79 ans (15%), 80 ans et plus (4%)</li> </ul>
<p><b>Axes de développement du projet</b></p>	<p><b>1. Réaliser un diagnostic initial : stratifier les besoins et identifier les ressources de proximité</b></p> <p><b>Objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Comprendre les besoins de santé de la population locale</li> <li>⇒ Identifier les principales problématiques de santé publique</li> <li>⇒ Évaluer l'accès aux soins primaires, et analyser les ressources disponibles.</li> </ul> <p><b>Méthodes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Collecte de données quantitatives et qualitatives (enquêtes de santé, statistiques locales, entretiens avec les parties prenantes, focus groups).</li> <li>⇒ Cartographie des services de santé existants et des acteurs locaux.</li> <li>⇒ Analyse des déterminants sociaux de la santé dans la communauté.</li> </ul> <p><b>Résultats attendus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Rapport détaillé sur l'état de santé de la population et les besoins spécifiques à combler.</li> </ul> <p><b>2. Mobiliser et Impliquer les Acteurs Locaux</b></p> <p><b>Objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Créer un cadre collaboratif regroupant les différents acteurs du territoire pour garantir une approche participative</li> <li>⇒ Ancrer la démocratie en santé dans le fonctionnement du territoire et développer la littératie en santé (compréhension et accessibilité de l'information) pour renforcer la capacité d'agir de la population</li> <li>⇒ Réduire les inégalités sociales et territoriales en santé</li> </ul> <p><b>Méthodes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Organisation d'ateliers collaboratifs avec les professionnels de santé, les associations, les élus locaux et les représentants des usagers.</li> </ul>

	<p>⇒ Création de comités de pilotage et de groupes de travail thématiques (prévention, soins primaires, santé mentale, etc.).</p> <p>⇒ Communication régulière et transparente pour informer et impliquer la communauté.</p> <p><b>Résultats attendus :</b></p> <p>⇒ Constitution d'un réseau d'acteurs engagés</p> <p>⇒ Mise en place d'espaces de concertation et d'information</p> <p>⇒ Définition d'un cadre d'intervention commun et d'une charte</p> <p><b>3. Développer des programmes de santé communautaire</b></p> <p><b>Objectifs :</b></p> <p>⇒ Renforcer la prévention et la promotion de la santé au sein de la communauté.</p> <p>⇒ Identifier et agir sur les déterminants de la santé</p> <p><b>Méthodes :</b></p> <p>⇒ Mise en place de programmes de sensibilisation et d'éducation à la santé (ateliers, campagnes de prévention, évènements communautaires).</p> <p>⇒ Développement de partenariats pour promouvoir des modes de vie sains (communes en santé, village solidaire, ...).</p> <p>⇒ Sensibilisation des habitants pour faciliter l'engagement et le relais de l'information</p> <p>⇒ Développement d'un environnement favorable à la santé (aire de jeux, parcours avec des bancs, ...)</p> <p><b>Résultats attendus :</b></p> <p>⇒ Améliorer la connaissance en matière de santé au sein de la communauté</p> <p>⇒ Réduction des comportements à risque</p> <p>⇒ Egalité des chances</p> <p><b>4. Renforcer les soins primaires de proximité</b></p> <p><b>Objectifs :</b></p> <p>⇒ Améliorer l'accès aux soins primaires pour l'ensemble de la population, y compris les urgences non vitales</p> <p>⇒ Intégrer les retours d'expérience des personnes atteintes dans leur santé</p> <p><b>Méthodes :</b></p> <p>⇒ Soutien à l'installation de nouveaux professionnels de santé et des nouveaux rôles (IPS – en collaboration avec le projet IPADom –, Mocca, CMA, autres)</p> <p>⇒ Mise en place de dispositifs de coordination des soins et de processus partagés/communs (parcours de santé coordonnés, plan de soins partagés, concilium, DEP ?)</p> <p>⇒ Création d'une "Maison de Santé Communautaire" pour regrouper, en termes de fonctionnement et de coopération, les services de première ligne</p> <p>⇒ Renforcement de l'approche « patient-e-partenaire »</p> <p><b>Résultats attendus :</b></p> <p>⇒ Meilleure couverture des besoins de santé primaire et diminution des inégalités d'accès aux soins.</p> <p>⇒ Mise en place de parcours de soins stratifiés en fonction des besoins et des recommandations cliniques</p> <p>⇒ Meilleure intégration des besoins et attentes des personnes atteintes dans leur santé.</p> <p><b>5. Expérimenter la responsabilité populationnelle</b></p> <p><b>Objectifs :</b></p> <p>⇒ Tester un dispositif innovant de gouvernance partagée en santé où les acteurs locaux sont coresponsables des résultats de santé de la population</p>
--	--

	<p>⇒ Mesurer et évaluer l'impact des actions sur la santé de la population</p> <p><b>Méthodes :</b></p> <p>⇒ Mise en place d'un système de suivi des indicateurs de santé de la population (indicateurs de performance, de satisfaction, d'accessibilité, etc.).</p> <p>⇒ Définition de contrats d'objectifs avec les différents prestataires de soins et suivi de leurs résultats.</p> <p>⇒ Évaluation régulière et ajustements des interventions en fonction des résultats obtenus.</p> <p><b>Résultats attendus :</b></p> <p>⇒ Amélioration des indicateurs de santé et meilleure adéquation entre les besoins de la population et l'offre de soins.</p> <p><b>6. Etude des possibilités de financement incitatif ou de soutien du dispositif</b></p> <p><b>Objectif :</b></p> <p>⇒ Identifier les modalités ou modèles de financement pérennes du dispositif (à charge des assurances, du canton, des communes)</p> <p><b>Méthodes :</b></p> <p>⇒ Etat des lieux des modèles ou des projets en cours permettant de financer durablement les actions de promotion de la santé, de prévention et de coordination</p> <p>⇒ Intégration et réflexions avec les caisses maladies pour des modèles d'assurance</p> <p>⇒ Intégration de la nouvelle structure tarifaire TARDOC</p> <p>⇒ Évaluation de la possibilité de s'appuyer sur les mesures fédérales visant à freiner la hausse de coûts de la santé</p> <p><b>Résultats attendus :</b></p> <p>⇒ Propositions de modélisation d'un financement ou de sources de financement</p> <p><b>7. Évaluer et pérenniser le modèle</b></p> <p><b>Objectifs :</b></p> <p>⇒ Documenter la démarche et la mise en œuvre du dispositif expérimental.</p> <p>⇒ Mesurer les effets sur la population et les acteurs régionaux</p> <p>⇒ Identifier les conditions de pérennisation et de transférabilité</p> <p>⇒ Produire des livrables utiles pour une éventuelle diffusion de la démarche (concept, méthode)</p> <p><b>Méthodes : 3 types d'évaluation</b></p> <p>⇒ Sur les processus =&gt; comment le projet a été mis en œuvre, comprendre les dynamiques, les ajustements, suivi régulier des actions entreprises (quantitatives et qualitatives)</p> <p>⇒ Impact =&gt; satisfaction, changements observables, résultats sur les indicateurs posés, mesures durables mises en place)</p> <p>⇒ Globale =&gt; retour d'expérience, enseignements, transférabilité et modélisation</p> <p><b>Résultats finaux attendus :</b></p> <p>⇒ Mise en place d'un système d'information permettant, non seulement de suivre et renseigner les aspects liés à la santé, mais également sur les trajectoires. Monitoring des impacts</p> <p>⇒ Un rapport documenté, évalué et avec un plan de pérennisation clair</p> <p>⇒ Formulation de recommandations pour l'élargissement du dispositif (modèle) à d'autres territoires</p> <p>⇒ Publication des résultats pour partage avec d'autres territoires</p> <p><b>Évaluation intermédiaire (pour juin 2027)</b></p> <p>⇒ Analyser les dynamiques à mi-parcours, ajuster les actions</p> <p>⇒ Tirer les premiers enseignements (leçons apprises)</p>
--	---

<p><b>Organisation</b></p>	<p><b>Mandant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RSNB</li> </ul> <p><b>Partenaires directs du projet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ASPMAD, Département PSP d'Unisanté, Communes de la région, AMENOV, ARAS, Pro Senectute, EMS, CAT, praticiens et praticiennes indépendant-e-s. ...</li> </ul> <p><b>Copil :</b></p> <p>⇒ 2 personnes déléguées de communes, 1 MPR (cabinet médical de Concise), une représentation des praticiens et praticiennes indépendant-e-s), direction ASPMAD, direction EMS, une représentation patient-e ou personne proche aidante, direction RSNB (présidence)</p> <p><b>Chef-fe de Projet :</b></p> <p>⇒ À déterminer</p> <p><b>Equipes de projet par axe intégrant les partenaires du projet</b></p>
<p><b>Durée prévue</b></p>	<p>Août 2025 à décembre 2028 : 3.5 ans</p>
<p><b>Calendrier prévisionnel</b></p>	<p><b>5 phases :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Phase de préparation</b> : novembre 2024 à juillet 2025 : présentation du projet aux parties prenantes / soumission du projet à l'Etat de Vaud / engagement des parties prenantes (confirmation) /obtention du financement =&gt; <b>go pour la phase d'initialisation</b></li> <li>2) <b>Phase d'initialisation</b> : Août à Décembre 2025 : mobilisation et implication des acteurs Locaux validation du scénario et des objectifs, concept d'évaluation =&gt; <b>go pour la phase de conception</b></li> <li>3) <b>Phase de conception</b> : Janvier à juillet 2026 : diagnostic initial, définition du cadre d'intervention commun, des actions et des indicateurs =&gt; <b>go pour la phase de réalisation</b></li> <li>4) <b>Phase de réalisation</b> : Août 2026 à décembre 2028 : mise en place des actions, suivi du projet et des objectifs, évaluation             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Novembre 2027 : bilan intermédiaire</li> <li>b. Mars 2028 : budget pour le déploiement</li> <li>c. Septembre 2028 : bilan final</li> <li>d. Novembre 2028 : décision</li> </ol> </li> <li>5) <b>Pérennisation et Déploiement dans d'autres régions</b> : dès janvier 2029 si validé</li> </ol>
<p><b>Evaluation (indicateurs)</b></p>	<p>⇒ Nombre d'hospitalisations (diminution du taux de recours aux urgences) Diminution du nombre d'hospitalisations et du taux de recours aux urgences</p> <p>⇒ Aménagement du territoire et mise en place de programmes de promotion de santé et de prévention favorisant les changements comportementaux et le bien-être (ex : villages solidaires, communes en santé, formation, politique intersectorielle...)</p> <p>⇒ Mise en place d'itinéraire clinique dans les domaines du diabète, de l'insuffisance cardiaque et de la gériatrie</p> <p>⇒ Mise en place de documents cadre de coopération (engagements réciproques, chartes, cadre de collaboration) et d'une plateforme citoyenne (démocratie en santé)</p> <p>⇒ Dialogue avec les assurances pour proposer un modèle d'assurance et de financement des prestations non OPAS tels que la coordination et la prévention</p> <p>⇒ Diminution du taux de recours à l'hébergement</p> <p>⇒ Diminution du non-recours aux prestations sociales</p> <p>⇒ Mise en place des approches patient-partenaires</p> <p>⇒ Renforcement des connaissances et des compétences (littératie) en santé</p> <p>⇒ Satisfaction et solidarité citoyenne et des acteurs</p>
<p><b>Perspectives et pérennisation</b></p>	<p>Applicabilité dans les découpages territoriaux des CMS par exemple, déjà existants et organisés dans le canton.</p>

## Annexe 1<sup>4</sup>



<sup>4</sup> Référence : <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle/comment-assumer-responsabilite-populationnelle>