

SOINS DE PREMIER RECOURS

Actions des Villes-Santé

DOCUMENT DE TRAVAIL POUR LE GT SOINS DE SANTE PRIMAIRES
/ SOINS DE PREMIER RECOURS

Sommaire des fiches

Page	Ville-Santé	Titre action	Proposition de catégorie action
4	Beaumont	<u>SSIAD</u>	Brochure 3
5	Bourgoin-Jallieu	<u>Centre de consultation de premier recours</u>	Brochure 3
6	Calais	<u>Accès aux soins : lutte contre la désertification médicale</u>	Divers / Brochure 2
7	Châteauroux	<u>Recherche d'une solution pour la prise en charge des soins de premier recours, création d'un service d'urgences médicales</u>	Brochure 4
9	Conflans	<u>Education thérapeutique du Patient Diabétique</u>	Divers
10	Conflans	<u>Vaccination gratuite</u>	Divers
11	Conflans	<u>Permanence sociale au Centre de Santé Municipal</u>	Brochure 3
12	Grand Chalon (CA)	<u>Protocole de coordination et d'orientation sur l'accès aux dispositifs de soins sur le territoire du Grand Chalon</u>	Brochure 4
14	Grand Nancy (CU)	<u>Le Réseau santé précarité : réseau de veille sanitaire et sociale</u>	Divers
15	Grande Synthe	<u>Accès aux droits et aux soins pour tous</u>	Divers
17	Grenoble	<u>Soutien à l'association de gestion des centres de santé (AGECSA) de Grenoble</u>	Brochure 3
19	La Brie Francilienne (CA)	<u>Etude d'opportunité à la création d'un centre de santé intercommunal</u>	Brochure 3
21	Le Blanc-Mesnil	<u>Les Centres Municipaux de Santé (Pierre Rouquès et Fernand Lamaze)</u>	Brochure 3
22	Lille	<u>Les Pôles Ressources Santé</u>	Brochure 4
24	Lille	<u>Dépistages visuels et dentaires au sein des pôles ressources santé à destination des personnes les plus éloignées de la santé</u>	Divers
25	Lille	<u>Le médiateur santé</u>	Divers
27	Montpellier	<u>La Maison de la Prévention Santé, un outil original de prévention et de promotion de la santé au service des usagers</u>	Brochure 4 / Divers
28	Nîmes	<u>Mise en place d'une maison médicale de garde sur le site de l'hôpital de Nîmes en complémentarité des urgences</u>	Brochure 4
29	Rennes	<u>Bien dans son sport: un projet de promotion de l'activité sportive sur conseil médical</u>	Brochure 4
32	Rennes	<u>Engager une logique de travail globale pour promouvoir les pôles de santé pluri-professionnels sur les quartiers prioritaires comme acteurs forts de prévention et maintenir l'attractivité de l'offre médicale dans les quartiers</u>	Brochure 2
35	Rennes	<u>Construire des ressources utiles pour l'activité des médecins libéraux : "Guide pratique de recours aux soins psychiatriques à l'usage des médecins pour la population rennaise"</u>	Brochure 4
37	Saint Denis	<u>Axe du contrat local de santé : offre de soins de premier recours</u>	Brochure 3

Page	Ville-Santé	Titre action	Proposition de catégorie action
39	Saint Etienne-du-Rouvray	<u>Améliorer ensemble l'offre de soins et les conditions d'exercice sur la commune</u>	Brochure 4
40	Saint Quentin en Yvelines (CA)	<u>Des bilans de santé hors les murs, en foyers Adoma</u>	Brochure 4
41	Saint Quentin en Yvelines (CA)	<u>Elaboration d'un livret « comment gérer vos frais de santé ? »</u>	Divers
42	Saint Quentin en Yvelines (CA)	<u>Des ateliers santé</u>	Brochure 4
44	Salon de Provence	<u>Mise en place d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire sur le quartier de BEL AIR</u>	Brochure 2
46	Strasbourg	<u>Promouvoir l'exercice regroupé et coordonné et accompagner les professionnels dans la construction de leurs projets de Maisons Urbaines de Santé dans les quartiers prioritaires</u>	Brochure 2
48	Valence	<u>Centre Santé Jeunes</u>	Brochure 3
50	Valence	<u>Accompagnement à la création d'un pôle de santé pluriprofessionnel</u>	Brochure 2
52	Villeurbanne	<u>Médiation santé</u>	Divers
54	Villeurbanne	<u>Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) des Buers</u>	Brochure 2
54	Villeurbanne	<u>Lettre d'information électronique pour les professionnels de santé "Santé Villeurbanne"</u>	Brochure 4
56	Villeurbanne	<u>Dispositifs d'aide aux aidants</u>	Divers
58	Villeurbanne	<u>Le Service municipal de santé scolaire</u>	Divers
59	Villeurbanne	<u>Actions de promotion des dépistages de maladies chroniques</u>	Divers
61	Montreuil	<u>Soutien à l'offre de soins et aide à l'installation des professionnels de santé sur les quartiers déficitaires de Montreuil</u>	Brochure 4
62	Montreuil	<u>La Maison Médicale de Garde</u>	Brochure 4
64	Montreuil	<u>Le Contrat Local de Santé</u>	Divers
65	Montreuil	<u>Le PASS ambulatoire</u>	Divers
66	Nantes	<u>Appui à la création de deux maisons de santé pluri-professionnelles (Bellevue et Nantes Nord)</u>	Brochure 2

Description de l'action

- Aider et faciliter le retour à domicile des personnes hospitalisées
- Assurer les soins nécessaires au maintien à domicile
- Accompagner si besoin les personnes en fin de vie
- Les soins évitent ou retardent l'hospitalisation
- Les soins visent à préserver les droits et la dignité des personnes âgées dépendantes
- Les soins visent à soutenir les capacités tant physiques que psychosociologiques de la personne aidée

■ Période

Depuis le 1^{er} mars 2007

■ Echelle de territoire concernée

L'intercommunalité, Beaumont canton Ceyrat St Genès Champannelle

■ Porteur/pilote principal

Le comité intercommunal à vocation unique de l'Artière

■ Rôle de la collectivité

Les 3 communes gèrent cette structure

■ Budget

Budget de fonctionnement : 368 767 €

Contribution de votre collectivité : 11000 à l'ouverture (50%)

Principaux partenaires financiers : ARS

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

- 35 places pour des personnes de plus de 60 ans GIR 2 et 3
- 3 places pour personnes handicapées GIR 1
- 14 places pour des personnes GIR 4

■ Pour plus d'informations

Agnès Desemard, Présidente du Comité

agnes.desemard@orange.fr

Description de l'action

Ouverture d'un centre de consultation destinés aux personnes, qui au moment présent n'ont pas de droits ouverts au remboursement des frais médicaux, ou qui sont en marge ou en rupture avec le système de soin.

Objectifs :

- Aller au-devant des publics ayant des difficultés à aller vers le soin
- Mettre en place des outils de consultation adaptés aux publics précaires
- Organiser l'action dans une démarche globale avec les réseaux existants
- Responsabiliser ces personnes dans leur démarche de soin

Le centre ouvre sur deux demi-journées par semaine et propose des consultations gratuites pour les premiers soins, et oriente vers le droit commun, un suivi social si la personne est en établissement, ou vers la PASS de l'hôpital public, ouverte récemment.

Bilan 2014 : en 2014, le centre a comptabilisé 300 consultations, pour une file active de 123 patients, avec une moyenne de 2.44 consultation par personne

Avec l'ouverture de la PASS de l'hôpital récemment, de nouvelles perspectives de collaborations sont prévues, entre le centre de consultation localisé en centre-ville, et la PASS localisée à l'extérieur, sur l'hôpital.

■ Période

Depuis 2011

■ Echelle de territoire concernée

La commune

■ Porteur/pilote principal

Service hygiène et santé, mairie de Bourgoin-Jallieu

■ Rôle de la collectivité

Porteur et pilote de ce projet

■ Budget

Budget de fonctionnement annuel (estimé ou réel) : 1000 €/annuel estimé

Contribution de votre collectivité : mise à disposition de locaux, frais des fluides

Principaux partenaires: hôpital, association d'accompagnement aux soins, CCAS, conseil général, établissement d'hébergement

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Accueil de public en situation précaire, orientée par les travailleurs sociaux, dans un objectif de les réinsérer dans le parcours de soin de droit commun.

En 2014 : 32% se sont retrouvés sans couverture sociale, et 59% ont été au moins une fois couverts par la CMU ou CMUC (attention, la couverture a pu changer en cours d'année)

■ Pour plus d'informations

Garance Maurin, Responsable du service hygiène et santé

garance.maurin@bourgoinjallieu.fr

Description de l'action

Lutte contre la désertification médicale

- ↳ Création d'une Maison Médicale Secteur Fontinette
 - ↳ Opération de travail interprofessionnel
- « Accès aux Soins » qui détermine une stratégie d'intervention

■ Période

De 2014 à 2017

■ Echelle de territoire concernée

La commune

■ Porteur/pilote principal

Ville de Calais + partenaires Contrat Local de Santé

■ Rôle de la collectivité

Coordination et impulsion

■ Budget

Non précisé

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

■ Pour plus d'informations

Jean-Marc Leroy, Adjoint au Maire délégué à la Santé

Description de l'action

Contexte : La Ville de Châteauroux manque cruellement de médecins généralistes. Départs en retraite, transferts d'activité vers les EHPAD ou les réseaux de soins, arrêts d'exercice anticipés amènent à cette réalité inquiétante : seulement un médecin généraliste pour 1 300 habitants à Châteauroux. Ce constat conduit à une situation conflictuelle

- des patients angoissés à l'idée de ne plus trouver de médecin traitant ou en rupture de soins et de suivi,
- des médecins généralistes surmenés ne pouvant plus assurer la permanence des soins,
- des médecins urgentistes surchargés de travail par une prise en charge de la médecine générale courante qui n'est pas de leur ressort, ce qui entraîne une démotivation certaine et une fuite des effectifs vers des sites d'exercice plus attrayants,
- une population ulcérée de devoir attendre 4 à 5 heures au service des urgences du Centre Hospitalier, sans compter le risque potentiel pour un patient nécessitant des soins urgents et dont la prise en charge serait inévitablement différée. De plus, les habitants des différentes communes environnantes rencontrent les mêmes difficultés d'accès aux soins et sollicitent les praticiens castelroussins qui ne peuvent répondre positivement la plupart du temps.

Ce constat, qui ne concerne malheureusement pas uniquement la Ville de Châteauroux, a généré des réunions, de 2012 à 2013, entre les différentes parties impliquées sans qu'une solution n'émerge de la discussion. La situation de l'offre de soins sur la Ville de Châteauroux étant alarmante et la permanence des soins ne pouvant plus être assurée de manière optimale par la Maison Médicale de Garde et le service des Urgences du Centre Hospitalier, la Municipalité a engagé depuis plusieurs mois une réflexion sur l'opportunité de la création d'un service SOS Médecins sur Châteauroux et son agglomération.

Objectifs :

- **prise en charge des soins non programmés en journée (consultations et visites à domicile),**
- **visites à domicile pour une population âgée qui ne peut plus se déplacer (à domicile ou en EPHAD),**
- **continuité des soins**
- **permanence des soins**

Étapes de l'action :

- mai 2014 : présentation, en conférence de municipalité, des différents axes devant permettre d'optimiser l'offre des soins sur la ville dont l'axe en direction des soins non programmés
- juillet 2014 : réunion Ville/ARS/CPAM/médecins service Urgences/ médecins Maison Médicale de Garde/SOS Médecins Bourges
- septembre 2014 : réunion Ville/ARS/SOS Médecins Bourges/médecins généralistes Châteauroux et agglomération/urgentistes/médecins Maison Médicale de Garde/ordre des médecins
- décembre 2014 : délibération au Conseil Municipal pour octroi, si besoin est, d'une subvention en fonction du chiffre d'affaires de la future association SOS Médecins 36
- 19 janvier 2015 : début de fonctionnement d'un service nommé « Urgences Médicales 36 » avec consultations et visites à domicile. Actuellement, ouverture de 8 h 00 à minuit 7 jours sur 7 (week-end inclus). A terme l'objectif est 24h/24.

■ Période

Depuis mai 2014

■ Echelle de territoire concernée

L'intercommunalité

■ Porteur/pilote principal

Ville de Châteauroux

■ Rôle de la collectivité

A insufflé et coordonné le projet

■ Budget

Budget de fonctionnement annuel (estimé ou réel) : 0

Contribution de votre collectivité : attribution d'une subvention pour que l'association puisse démarrer dans de bonnes conditions en fonction de son chiffre d'affaires et ce, si besoin et pour une durée maximale de 3 mois.

Principaux partenaires financiers : Conseil Général

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Ce service répond aux urgences non vitales notamment des personnes en rupture de soins (public qui faute de médecin proche de son domicile ou faute de médecin tout simplement, ne se soignait plus) ou n'ayant plus de suivi (personnes âgées, personnes ayant une maladie chronique) ou nouvellement arrivées sur la commune.

■ Pour plus d'informations

Jocelyne Annequin, Responsable service Santé Publique/Mission Handicap
jocelyne.annequin@ville-chateauroux.fr

Description de l'action

Le diabète de type 2 est la maladie visée

Ce sont les praticiens du centre et les professionnels libéraux de la Ville qui recrutent les patients. Le patient est ensuite orienté vers l'infirmière qui se charge de lui programmer un premier entretien (avec la diététicienne ou l'infirmière) afin de définir ses besoins.

A ce jour, quatre « ateliers » seront proposés ou envisagés :

- Atelier sur le diabète : explication sur la maladie et sur les traitements (comprendre la maladie, vivre avec une maladie chronique, silencieuse et savoir pourquoi prendre un traitement).
- Atelier sur les complications possibles-explication et mise à jour des connaissances des patients sur les risques de complications liées au diabète (dentaire, OPH, cardio...)
- Ateliers sur l'alimentation : équilibre alimentaire/diabète et Ramadan/alimentation saine et petit budget.
- Atelier sur le pied diabétique-Quelles chaussures, quels soins ?

■ Période

Depuis 2014

■ Echelle de territoire concernée

La commune

■ Porteur/pilote principal

Le Centre de Santé Municipal

■ Rôle de la collectivité

Pilotage de l'action en s'appuyant sur le Pôle Ressources Régional en ETP

■ Budget

Budget de fonctionnement annuel (estimé ou réel) : 8 000 €

Contribution de votre collectivité : 2 000 €

Principaux partenaires financiers : ARS : 6 000 €

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Ce programme cible les personnes pour qui les différentes dimensions de leur maladie ne sont pas forcément bien assimilées afin de leur donner une plus grande autonomie et place dans la prise en charge de cette maladie chronique

■ Pour plus d'informations

Pauline Legros, Infirmière coordinatrice ETP

plegros@mairie-conflans.fr

Description de l'action

La couverture vaccinale n'est pas encore complète à Conflans. Le Centre de Santé a donc une action proactive pour améliorer celle-ci en proposant chaque mois une séance de vaccination gratuite au Centre de Santé (pilotee par un médecin généraliste du Centre en lien avec l'infirmière). Il propose également des actions complémentaires hors les murs pour des publics ciblés : personnes âgées en foyer logement, jeunes utilisateurs du PIJ...

Les objectifs poursuivis sont de contribuer à atteindre ou à maintenir un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés, conformément à l'objectif 42 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Les séances collectives de vaccinations sont ouvertes à titre gratuit à tous les enfants âgés de plus de 6 ans, et à tous les adultes de la commune de CONFLANS-SAINTE-HONORINE et des communes avoisinantes souhaitant consulter.

Lors des séances collectives, sont effectuées les vaccinations obligatoires et recommandées mentionnées dans le calendrier vaccinal prévu à l'article L.3111 du code de la Santé Publique.

■ Période

Depuis 2012

■ Echelle de territoire concernée

La commune

■ Porteur/pilote principal

Le Centre de Santé Municipal en lien avec le Centre Hospitalier Meulan/Les Mureaux (CHIMM). Une convention est signée.

■ Rôle de la collectivité

Mise en œuvre effective auprès du public

■ Budget

Budget de fonctionnement annuel (estimé ou réel) : 2 400 €

Contribution de votre collectivité : 355 €

Principaux partenaires financiers : 2 045 € du CHIMM

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Les personnes les plus vulnérables aux risques de contamination et celles qui éprouvent des difficultés pour accéder au système de soins et de prévention sont considérées comme public prioritaire.

■ Pour plus d'informations

Pauline Legros, Infirmière

plegros@mairie-conflans.fr

Description de l'action

Le Centre de Santé reçoit de nombreux patients dont les droits santé ne sont pas ouverts, sont suspendus ou en attente.

Les médecins, et en particulier les généralistes traitent souvent des questions sociales qui dépassent leurs compétences médicales.

Objectif : proposer une permanence hebdomadaire assurée par un travailleur social municipal qui prend le relais des praticiens sur les problématiques sociales et d'ouverture de droits.

■ Période

Depuis 2014

■ Echelle de territoire concernée

La commune

■ Porteur/pilote principal

Ville de Conflans

■ Rôle de la collectivité

Pilote de l'action

■ Budget

Budget de fonctionnement annuel (estimé ou réel) : 0,1 ETP de travailleur social soit 5 000 € environ

Contribution de votre collectivité : 5 000 €.

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

La permanence et les liens partenariaux construits (lien avec la PASS de l'hôpital de secteur) facilitent l'accès aux soins des plus démunis, réduit le non recours aux soins.

■ Pour plus d'informations

Joseph Perrin, Responsable Action Sociale

jperrin@mairie-conflans.fr

Description de l'action

A la demande de la Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale (FNARS) et afin d'obtenir une cohérence territoriale dans les pratiques d'accueil, de prise en charge et dans les réponses apportées au public ayant des problématiques spécifiques en matière de santé, le groupe de travail, coordonné par la Direction des Solidarités et de la Santé du Grand Chalon, « Accès aux droits fondamentaux et aux droits communs, accès aux soins » a élaboré ce document.

Il a pour but de permettre aux professionnels de santé et autres acteurs du champ sanitaire et social, de se référer à un document unique de coordination et d'orientation sur les accès aux dispositifs de soin afin de favoriser cet accès aux soins et de réduire les inégalités sociales de santé, en médecine de ville et en milieu hospitalier et ainsi encourager les actions de partenariat.

Extrait du document :

Si droits ouverts à l'Assurance Maladie

Personne malade	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tout médecin de ville ou ➤ Service des urgences du Centre Hospitalier 		
Personne présentant un état clinique aigu (somatique ou psychiatrique) ➤ situation de crise	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Allo le 15 ➤ Service des urgences du Centre Hospitalier ➤ Si personne connue du CMP du Chalonnais (Centre Médico-Psychologique): ➤ Appel téléphonique au CMP pour évaluation et orientation 		<p>information, évaluation de toutes les conduites addictives sur rendez-vous. Consultations anonymes, confidentielles, gratuites individuelles ou collectives.</p> <p>➤ Tab'Agir : accompagnement pluridisciplinaire : médecin (consultation remboursée selon tarifs Sécurité Sociale), diététicienne et psychologue (consultation gratuite) et coaching téléphonique. Orientation vers un médecin formé à la tabacologie, à Chalon.</p> <p>➤ Alcooliques Anonymes : groupe de parole et partage d'expérience des malades alcooliques. Réunion Lundi 20h - Accueil 19h - Ouverte premier lundi du mois. Gratuit</p> <p>➤ AL ANON : aider les familles, l'entourage, les amis du malade alcoolique. Réunion : 2ème, 3ème et 4ème lundi à 20h. Réunion Ouverte le dernier lundi de chaque trimestre pour les Al-Anon et leurs amis, les Alcooliques Anonymes et leurs amis, les professionnels de la santé, ainsi que toute autre personne intéressée par les problèmes causés par l'alcoolisme.</p> <p>➤ ALCOOL ASSISTANCE : Groupe d'échanges pour les malades alcooliques et leur entourage. Tous les vendredis de 18h à 19h sauf le 1^{er} vendredi de 20h à 22h.</p>
Personne présentant des troubles psychiatriques non aigus ➤ situation non urgente (pouvant attendre au moins 72h)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si personne connue du CHS : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Appel téléphonique au CMP (orientation des prises en charge) ➤ Si personne inconnue du CHS : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Médecin traitant ➤ Médecin psychiatre libéral ➤ CMP du Chalonnais (selon possibilités après appel tél.) ➤ Point Ecoute de la Direction de la Santé Publique du Grand Chalon: entretien gratuit et anonyme par une psychologue. ➤ CMVD : Clinique Médicale Val Dracy <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en charge totale si personne 100% ALD ou Assurance Maladie + Mutuelle ▪ Sans mutuelle : 20% de reste à charge pour la personne ➤ Si personne en situation de précarité inconnue du CHS : <ul style="list-style-type: none"> ➤ EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité. Entretien infirmier gratuit et confidentiel pour un public en situation de précarité ou d'exclusion. ➤ Point Ecoute 		
Personne en difficulté avec un problème addictif	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Service Addictologie et tabacologie du Centre hospitalier W. Morey : écoute, évaluation et accès aux soins pour l'usager ou son entourage présentant une consommation et/ ou une dépendance et/ou un comportement d'usage à risque. Consultation infirmière gratuite, consultation médicale et sage-femme remboursée selon tarifs de la Sécurité Sociale. ➤ CSAPA- SDIT : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie pour les usagers, leur entourage et les professionnels. <i>Prise en charge anonyme, gratuite et confidentielle</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Groupe de paroles usagers ○ Groupe entourage famille ➤ CAARUD-16Kay : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction Des Risques pour les Usagers des Drogues, structure d'accueil pour usagers en matière de réduction des risques. Accueil personnalisé et groupal, gratuit, confidentiel et anonyme. ➤ CannAGIR : Consultation Jeune Consommateur (CJC) : pour les usagers, leur entourage et les professionnels. Prévention, 		
		Personne souhaitant consulter auprès du CDAG, Centre de planification ou Planning familial	<ul style="list-style-type: none"> ➤ CDAG/ CIDDIST : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit pour VIH, Sida, syphilis, Hépatite B ou C, et Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles. De préférence sur RV: entretien, information et dépistage ➤ Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF): <ul style="list-style-type: none"> - Consultation et information gynécologique, dépistage et traitement des IST, diagnostic de grossesse et accompagnement si demande d'IVG (entretien pré et post); - Entretien, conseil conjugal et familial, accompagnement lors de difficultés de vie conjugale, questionnement autour de la sexualité. Prise en charge gratuite des consultations. ➤ Planning Familial : entretiens individuels ou collectifs, accompagnement et informations sur sexualité, contraception, test de grossesse, IVG, violences, IST, droits des femmes... Anonyme, confidentiel et gratuit - tout public.
		Personne souhaitant réaliser une évaluation de sa santé	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médecin traitant ➤ Bilan de santé pour personne de plus de 16 ans et sans limite d'âge en situation de précarité (Score EPICES > 30) avec 1^{er} consultation auprès du médecin sans avance de frais Cas particulier des bénéficiaires du RSA suivi par un instructeur RSA : accompagnement sur orientation par l'agent de santé. S'adresser à l'accueil de la CPAM pour un RV ou contacter l'agent solidarité

Si droits non ouverts à l'Assurance maladie

Personne saine	Contacteur l'agent solidarité de la CPAM pour une demande d'ouverture de droits	Personne souhaitant consulter auprès du CDAG, Centre de planification ou Planning familial	<ul style="list-style-type: none"> ➤ CDAG : anonyme et gratuit de préférence sur RV ➤ CPEF : Cs gratuite pour mineure, personnes sans droits et majeures en situation irrégulière ➤ Planning Familial
Personne malade	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Service des urgences du Centre Hospitalier + ➤ PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé du Centre Hospitalier W. Morey 	Personne souhaitant réaliser une évaluation de sa santé	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bilan de santé ➤ Lien avec agent solidarité de la CPAM pour évaluation des droits
Personne présentant un état clinique aigu (somatique ou psychiatrique) ☛ situation de crise	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Allo le 15 ➤ Service des urgences du Centre Hospitalier + PASS 		
Personne présentant des troubles psychiatriques non aigus ☛ situation non urgente (pouvant attendre au moins 72h)	<p><i>Si personne connue du CMP Chalon :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Renvoi sur CMP <p><i>Si personne inconnue du CHS :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Point Ecoute ☛ CMP (en fonction des possibilités après appel téléphonique) ☛ EMPP (si public précaire) 		
Personne en difficulté avec un problème addictif	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Service Addictologie et tabacologie du Centre Hospitalier : Consultation infirmière gratuite, consultation médicale et sage femme remboursée selon condition de prise en charge. ➤ CSAPA- SDIT : consultations anonymes, confidentielles et gratuites sur RV. ➤ CAARUD-16Kay : Accueil personnalisé et groupal, gratuit, confidentiel et anonyme ➤ CannAGIR : Consultation Jeune Consommateur (CJC) Consultations sur rendez vous anonymes, confidentielles, gratuites individuelles ou collectives. ➤ Tab'Agir : coaching téléphonique anonyme et gratuit ➤ Alcooliques Anonymes et AL ANON : gratuité ➤ ALCOOL ASSISTANCE 		

■ Période

Depuis 2013

■ Echelle de territoire concernée

L'intercommunalité

■ Porteur/pilote principal

Le Grand Chalonnais

■ Rôle de la collectivité

- Diffusion du document auprès des partenaires du champ sanitaire et social
- Actualisation annuelle

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Permettre une orientation adaptée sur l'accès aux soins, des personnes avec ou sans droits ouverts.

■ Pour plus d'informations

Patricia Pillot, Infirmière Conseillère de Santé

patricia.pillot@legrandchalon.fr

Description de l'action

Suite à l'élargissement du premier groupe de travail, le réseau santé précarité comprend désormais des représentants institutionnels, des professionnels du monde du social et du monde médical, des associations et des personnes en situation de précarité.

Sa mission principale est la réduction des inégalités sur le territoire. Le réseau santé précarité poursuit trois objectifs :

- encourager le partenariat par l'échange d'informations et de pratiques
- développer l'observance des fonctionnements et dysfonctionnements en matière d'accès aux soins et d'interpellation des institutions et/ou associations pouvant améliorer la situation,
- sensibiliser et former les professionnels et futurs professionnels des champs du social et de la santé.

Coordonné et piloté par la communauté urbaine, ce réseau se réunit trois fois par an sur des thématiques retenues par ses membres : inclusion bancaire et lutte contre le surendettement, dépistage du cancer du sein, parcours de soins, permanence d'accès aux soins de santé, ... Le repérage des dysfonctionnements et la recherche de solutions opérationnelles avec les partenaires sont systématiques.

Des études de cas, des actions de sensibilisation grand public, le relais local de journées nationales, des appuis méthodologiques, des actions communes, des visites de site, la création de supports,... sont régulièrement proposés par les membres du réseau.

■ Période

Le réseau a été institué en 1998, suite à la mise en place d'un premier groupe de travail qui avait recueilli des témoignages d'associations caritatives sur les conséquences de la précarité sur leur santé.

■ Echelle de territoire concernée

L'intercommunalité

■ Porteur/pilote principal

Communauté urbaine du Grand Nancy

■ Rôle de la collectivité

Coordination, pilotage et évaluation

■ Budget

Pas de budget, instance de réseau d'échanges d'expériences, de veille sanitaire et sociale.

Mise à disposition matérielle et logistique.

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Veille sanitaire et sociale en matière d'accès aux droits

■ Pour plus d'informations

Mikael André, Chef de projets Santé

mikael.andre@grand-nancy.org

Description de l'action

Historique

En 2008, les villes de Grande-Synthe et de Saint-Pol-sur-Mer, aux caractéristiques sociologiques et démographiques très proches, ont souhaité conjointement mettre en place un Atelier Santé Ville (ASV) intercommunal sur leurs quartiers respectifs en Politique de la Ville. Ce dispositif s'inscrit dans la lutte contre les inégalités de santé et ce, dans le cadre de la loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine. Son rôle est principalement de repérer les besoins et les attentes, de créer des passerelles entre les différents acteurs (élus, professionnels, associations et habitants), de faciliter l'émergence d'actions (groupe de travail...) et d'accompagner les habitants dans leurs requêtes de santé et de bien-être. Porté par le Centre de Santé de Grande-Synthe, il s'est concrétisé en 2009 par le recrutement d'une coordinatrice ASV. Ainsi, les questions d'accès aux soins et aux droits, de bien-être et de vieillissement des populations ont été définies comme les enjeux majeurs de l'Atelier Santé Ville et sont inscrits dans le Plan Local de Santé Intercommunal validé en 2011.

L'ASV intercommunal a donc pour ambition de mener un travail conjoint sur les 2 villes et de mutualiser les moyens pour mieux prendre en compte les attentes des habitants des quartiers prioritaires.

L'axe « accès aux droits et aux soins »

Afin d'optimiser l'accès aux droits et aux soins des assurés de ces deux territoires, un groupe de travail a entamé une réflexion et œuvre dans ce sens depuis deux ans. Dans ce contexte, plusieurs actions pour maximiser la connaissance et l'utilisation du droit commun sont déjà réalisées sur les 2 villes :

1. **Le questionnaire « ma santé m'intéresse ».** Un questionnaire « ma santé m'intéresse » à été créé par groupe de travail et distribué dans les structures accueillant du public (Maison de Quartier, CCAS, associations...) de juillet 2012 à juillet 2013. L'objectif de cette enquête est de connaître davantage le public cible ainsi que leurs besoins en matière de remboursement des soins. Plus de 720 questionnaires ont été analysés.
2. **Les Cafés Santé.** En 2013, 12 Cafés Santé animés par la Sécurité Sociale ou la coordinatrice ASV ont été mis en place au sein de structures accueillant du public. L'objectif est de diffuser une information collective autour des différents dispositifs de la CPAM (CMU, CMU-C, ACS...). C'est également un outil permettant aux habitants de s'exprimer face aux difficultés rencontrées et ainsi faire remonter leurs besoins et attentes. Au 31 décembre 2014, 150 habitants ont participé à ces rencontres.
3. **La formation à destination des professionnels.** Au 31 décembre 2014, 120 professionnels des 2 communes ont participé à cette formation dispensée par la Sécurité Sociale ou la coordinatrice ASV. L'objectif de cette formation est d'actualiser les connaissances des acteurs de proximité pour un meilleur accompagnement et/ou orientation du public.
4. **La permanence d'Accès aux Droits à la Santé.** Afin d'informer les habitants et de les aider dans le montage de dossier (CMU, CMU-C...), une conseillère a été recrutée en décembre 2012 afin d'assurer une permanence appelée « permanence d'accès aux droits à la santé ». La permanence se tient le mardi sur Grande-Synthe et le jeudi sur Saint-Pol-sur-Mer. Au 31 décembre 2014, 312 habitants ont été reçus au sein de cette permanence.
5. **Mise en place d'une complémentaire santé sociale.**
Parallèlement à l'ensemble des actions citées ci-dessus visant à favoriser dans un premier temps l'accès au droit commun, une réflexion sur la mise en place d'une complémentaire santé sociale a été menée.
Plusieurs réunions ont eu lieu pour savoir comment faire, comment s'y prendre, quel public ? Quelle tarification ?...

Ainsi, suite à ces rencontres, l'enquête locale et le questionnaire à destination des professionnels de santé, le Centre de Santé de Grande-Synthe, a lancé en août dernier un appel à partenariat auprès des organismes de complémentaire santé. Sur le même principe que celui des sites d'achats groupés, le but est de négocier les prix et rendre la complémentaire santé accessible à tous. Outre le prix, le respect de l'éthique et de l'ambition sociale du projet, le principe de la redistribution et de la solidarité ainsi que la « non stigmatisation » ont été les principaux critères d'appréciation de cet appel à partenariat.

En novembre, après avoir étudié les candidatures tout en veillant au respect des principes et priorités de l'appel, le comité de pilotage a validé la proposition d'un organisme appelé JUST.

Cet organisme propose un contrat de santé réservé aux plus de 40 000 habitants et aux salariés des petites et très petites entreprises ainsi ceux du tissu associatif dont le siège se situe sur l'une des deux communes. Elle propose également un accueil lors de permanences qui se tiennent une journée sur Grande-Synthe et une demi-journée sur Saint-Pol-sur-Mer.

Au 15 février 267 ménages couvrant 521 personnes ont adhéré à la complémentaire santé. Parmi eux, 22 ménages étaient sans mutuelle pour raisons financières et 78 ménages bénéficiaient de l'ACS.

Partenaires du projet : Ville de Grande-Synthe, Ville de Saint-Pol-sur-Mer, les CCAS des deux communes, le Centre de Santé, la CPAM des Flandres, la CARSAT Nord-Picardie, la FNARS, la Maison de l'Initiative de Grande-Synthe, Emmaus, les Restos du cœur, CLCV, ATD Quart Monde, SPS, les UTPAS des deux territoires, Carrefour des Solidarités, Mutualité Française, APREVA, MGEN, Radiance, ACL Proxipol, Lugova, Secours Populaire, FNATH, Villenvie, USMD.

■ Période

Depuis 2012

■ Echelle de territoire concernée

L'intercommunalité

■ Porteur/pilote principal

Centre de Santé de Grande-Synthe

■ Rôle de la collectivité

Volonté politique (et financeur) pour l'ASV et pour la mise en place de la mutuelle

■ Budget

Principaux partenaires financiers : ARS – ACSE – villes de Grande-Synthe et de Saint-Pol-sur-Mer

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Cette action s'inscrit dans le cadre de l'Atelier Santé Ville intercommunal Grande-Synthe / Saint-Pol-sur-Mer qui a pour objectif de lutter contre les inégalités de santé. L'ASV mène un travail spécifique sur les quartiers dit prioritaire au titre de la politique de la ville. L'ensemble des actions menées dans ce projet est à destination de l'ensemble des habitants sans aucun critère...

■ Pour plus d'informations

Brigitte Deroo, Directrice Centre de Santé

b.deroo@ville-grande-synthe.fr

Description de l'action

La Ville de Grenoble apporte son soutien à l'AGECSA (art. 1 de la convention actuellement en cours) avec pour objectif de :

- Favoriser l'accès aux soins par l'accompagnement de la patientèle dans l'effectivité de ses droits ;
- Le bon usage du soin et le développement d'actions sanitaires en articulation aux soins de la population grenobloise en lien avec le plan municipal de santé ;
- Le développement d'un service de garde de proximité et l'intégration dans le dispositif de prise en charge des urgences dûment reconnues par l'assurance maladie ;
- la promotion de l'éducation thérapeutique et la prévention dans le soin en liaison avec les institutions partenaires œuvrant dans ce sens ;
- Le recueil et le traitement des données permettant d'étudier les besoins de santé des populations concernées par l'implantation des centres de santé ;
- La participation au diagnostic local de santé, dans le cadre du contrat local de santé.

■ Période

Les centres de santé existent et sont soutenus par la ville de Grenoble depuis leur création il y a 40 ans.

■ Echelle de territoire concernée

Les 5 centres de santé répartis sur les 4 quartiers actuellement en ZUS sont gérés par une seule association de gestion au niveau global créé en 1990, autonome dans ses décisions à travers son Conseil d'Administration, avec qui la Ville conventionne.

■ Porteur/pilote principal

Double portage public actuel : Ville de Grenoble / Conseil Général de l'Isère.

Pilote pour la Ville de Grenoble : Direction Santé Publique et Environnementale (D.S.P.E).

■ Rôle de la collectivité

-Élaboration d'un Plan Municipal de Santé permettant l'articulation de ce partenaire avec les autres actions de santé publique développées par la ville.

-Financement au moyen d'une convention d'objectif et de moyens.

-Mise à disposition de locaux pour 3 centres de santé sur 5.

■ Budget

Budget de fonctionnement annuel de l'AGECSA : 5,2 M€ dont 1,5 M€ de subventions d'exploitation. Contribution de votre collectivité : 712 000 € en subvention de fonctionnement + 9 000 € en projets CUCS + 114 000 € de valorisation des locaux mis à disposition. Autres principaux partenaires financiers : le Conseil Général de l'Isère (559 900 €) et l'ARS (166 000 €). Principaux partenaires financiers : La ville de Grenoble, le CG, l'ARS

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

L'action présentée sur cette fiche s'inscrit dans un contexte où la Ville de Grenoble agit sur les soins de premiers recours à travers de multiples actions développées soit directement, soit de manière partenariale:

- diagnostic, dépistage, prévention, éducation à la santé, orientation dans le système de soins à travers le service municipal de santé scolaire auprès de l'ensemble des enfants scolarisés dans les écoles publiques et privées de Grenoble et leurs familles ;
- prévention, sensibilisation, action sur les déterminants à travers le service Hygiène Salubrité Environnement dans le domaine de la santé environnementale auprès du public grenoblois ;

- prévention, information, mobilisation des acteurs et habitants dans les quartiers en difficultés sociales et dans le domaine de la santé mentale par le service Promotion de la Santé.

- soutien et attributions de subventions aux associations locales agissant dans le domaine de la santé.

Le soutien de la Ville accordé à l'association AGECSA en référence aux objectifs précités (cf. point précédent) permet aux centres de santé gérés par l'AGECSA d'apporter une offre de soins dans les quartiers déficitaires en termes d'implantation de praticiens.

-L'association a développé un accueil renforcé dans les centres de santé, orienté vers une meilleure connaissance par les personnes accueillies des dispositifs d'aide sociale et médico-sociale et des conditions d'accès aux droits.

Ce sont les secrétaires médicales qui réalisent ce travail et elles activent les réseaux extérieurs si nécessaire pour l'ouverture des droits sociaux en matière de santé.

-Les médecins de l'AGECSA pratiquent les principes d'une médecine prenant en compte la globalité de la personne tant du point de vue médical que social.

24 % des patients des centres de santé sont bénéficiaires de la CMU, 2 % de l'AME.

La durée moyenne de consultation est de 23 minutes.

30 % des consultations ont une durée égale ou supérieure à 30 minutes.

-De plus pour l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité, ont été mises en place des conventions avec des partenaires ciblés (foyer de jeunes travailleurs, foyer mère-enfant, PASS) pour faciliter la prise de RV pour les publics suivis par ces structures et l'identification d'interlocuteurs ciblés au sein des centres de santé.

-Enfin, une action spécifique permettant l'accès aux soins et prévention de la souffrance psychique pour les publics précaires (103 patients suivis par la psychologue en 2014).

Au-delà de l'accès aux soins, l'AGECSA développe des programmes de prévention dans les quartiers bénéficiant du CUCS :

- prévention et prise en charge de l'obésité dans le quartier Mistral, selon une approche pluridisciplinaire (diététicienne – psychologue – professeur de sport adapté) et proposant une approche à la fois individuelle et collective. En 2014, 107 patients ont bénéficié d'un suivi diététique, dont 18 enfants. 17 personnes ont bénéficié de séances d'APA ;

- prévention des conduites addictives et à risques en ZUS (enquête réalisée par les infirmières auprès de 57 patients, 30 jeunes suivis par un médecin, travail d'information réalisé dans les salles d'attente en 2014).

■ Pour plus d'informations

Patrick Sérís, Directeur Adjoint de la DSPE de la Ville de Grenoble

patrick.seris@villes-grenoble.fr

Description de l'action

La Communauté d'agglomération de la Brie Francilienne (CABF), a fait le choix, dès sa création le 1er janvier 2010, de prendre la compétence facultative de la santé. Les élus souhaitent ainsi s'inscrire dans une politique active en matière de santé en agissant pour la promotion, la prévention et l'accès aux soins, dans un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales.

Par ailleurs, la Seine-et-Marne est le département d'Ile-de-France le moins bien desservi en matière d'offre de soins, aussi bien pour ce qui concerne les médecins généralistes, certains spécialistes, infirmiers et autres paramédicaux.

Depuis 2010, la CABF a mené différentes études afin d'appréhender la situation en matière d'offres de soins sur le territoire, mais également d'avoir un regard sur les pratiques en matière de prévention et de promotion à la santé de ses habitants.

Au court du 1er semestre 2013, la Communauté d'agglomération de La Brie Francilienne a confiée à un bureau d'étude une mission « d'accompagnement à l'élaboration d'une politique globale de santé dans laquelle pourrait s'inscrire un centre de santé intercommunal ».

Cette étude a par ailleurs été cofinancée par l'Acse dans le cadre de la politique de la ville.

Objectifs :

- **Elaboration de la politique de santé de La Brie Francilienne**
- **Etude d'opportunité de création d'un centre de santé intercommunal**

L'étude a consisté, dans un 1er temps, à la réalisation d'un diagnostic territorial de santé, avec l'ensemble des acteurs locaux, les professionnels de santé et les habitants.

Ce diagnostic a ensuite permis de prioriser 4 axes stratégiques de santé dans le cadre de l'élaboration du projet de santé de La Brie Francilienne :

- La santé mentale et les conduites addictives
- Les maladies chroniques
- La santé de la mère et de l'enfant
- L'autonomie des personnes âgées

Enfin, un groupe de travail a été constitué permettant d'étudier l'opportunité et la viabilité économique de la création d'un centre de santé intercommunal, au regard des besoins de la population.

■ Période

De 2013 à 2014

■ Echelle de territoire concernée

L'intercommunalité

■ Porteur/pilote principal

Communauté d'agglomération La Brie Francilienne (CABF)

■ Rôle de la collectivité

La Brie Francilienne, durant cette phase d'étude, s'est positionnée en qualité de coordinatrice des actions de santé. En cas de création d'un centre de santé intercommunal, la CABF pourrait être le pilote de la structure.

■ Budget

Coût de l'étude avec avenant : 45 198,94€

Contribution de la collectivité : 30 198,94€

Principaux partenaires financiers : Acse : 15 000€

Contribution à la réduction des inégalités de santé

Le centre de santé est un lieu de soins de proximité où se soignent tous ceux qui le souhaitent, visant à répondre aux besoins de la population, dans une prise en charge globale du parcours de santé :

- **favoriser l'accès aux soins à tous** avec une attention particulière pour les populations précaires (pratique du tiers payant, accompagnement social, conventionnement avec les mutuelles..),
- offre de soins exercée par une équipe **pluri professionnelle** (médicaux, infirmiers et paramédicaux), avec un plateau technique et spécialisé de base en pratique ambulatoire. Pratique du dossier médical partagé qui assure une prise en charge du patient dans sa globalité...
- **mener des actions de santé publique**, d'éducation pour la santé, de prévention et de dépistage,
- **développer partenariat et complémentarités** avec d'autres structures : Hôpitaux (développement de la télémédecine), laboratoire, maisons de retraite...
- développer le partenariat avec les différents réseaux de santé de Seine-et-Marne, pour une meilleure coordination des soins,
- **contribuer à la formation des étudiants** en médecine générale, des élèves infirmiers et autres personnels ayant à intervenir dans le champ du sanitaire et du social,
- **assurer les consultations des urgences de premiers recours** afin de désengorger les services d'urgences hospitalières.
- **faire participer les usagers**

■ Pour plus d'informations

Cristela El Bejaoui, Directrice action sociale, santé, politique de la ville et aires d'accueil des gens du voyage
c.elbejaoui@briefrancilienne.fr

Description de l'action

Centres de santé polyvalents (médicaux, infirmiers et dentaires) avec :

- Consultations médicales (médecins généralistes et spécialistes), paramédicales (infirmiers, kiné, orthophonie et orthoptie, diététique), dentaires
- Plateau d'électroradiologie (radiologie conventionnelle, échographie, doppler, mammographie, télé-crâne et panoramique dentaire)
- Actions de prévention et d'éducation à la santé
- CPEF

■ Période

Depuis 1935

■ Echelle de territoire concernée

La commune

■ Porteur/pilote principal

Le Maire, M. Thierry Meignen

■ Rôle de la collectivité

Gestionnaire

■ Budget

Budget de fonctionnement annuel (estimé ou réel) : 3 672 143 €

Contribution de la collectivité : 1 738 030 €

Principaux partenaires financiers : CPAM, CG, CRIF, ARS

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Pratique du tiers payant (+Conventionnements avec 70 mutuelles), tarifs de secteur 1, consultations non programmées tous les jours, permanences d'accès aux droits et aux soins de santé (PASS ambulatoire)

■ Pour plus d'informations

Jacky Viltart, Maire Adjoint délégué au logement, la santé et le handicap

j.viltart@blancmesnil.fr

Description de l'action

La Ville de Lille connaît de grandes disparités socio-économiques. Les quartiers prioritaires, au regard des critères de la Politique de la Ville, concentrent les difficultés sociales, avec d'importantes répercussions en termes d'inégalités de santé. Si à l'échelle de la Ville de Lille, les indicateurs socio-économiques et sanitaires sont bien moins favorables que la moyenne nationale, l'écart est d'autant plus significatif dans ces quartiers. Différents diagnostics (Analyse des Besoins Sociaux, Diagnostic du Contrat de Ville, Données de l'Observatoire Régional de Santé) ont permis d'illustrer les problématiques de santé rencontrées par la population (alimentation, addictions, recours au dépistage des cancers, recours aux soins, santé mentale, vie affective et sexuelle...).

Pour organiser une réponse adaptée et dans la proximité, la Délégation Santé de la Ville de Lille a mis en place les Pôles Ressources Santé. L'objectif est d'améliorer la santé globale des habitants en fédérant les structures de prévention et d'accès aux soins dans une dynamique de réseau. La démarche associe 5 quartiers en 2014 : Faubourg de Béthune, Fives, Lille Sud, Moulins et Wazemmes. Pour chacun de ces quartiers, la majorité du territoire reste concernée par la géographie prioritaire du nouveau contrat de ville.

Si la volonté de travailler en réseau n'est pas une nouveauté en soi, la particularité du dispositif est de s'appuyer sur une association au sein de chacun de ces secteurs pour porter le projet. La structure identifiée, qui agit déjà sur des questions de santé, favorise le réseau et l'approche de santé communautaire. L'ensemble des associations mandatées par la Ville comme Pôles Ressources Santé répondent à un appel à projets annuel. Chacune met à disposition un référent santé, dont la mission est notamment de réunir toutes les 6 à 8 semaines :

- habitants, usagers, bénévoles
- professionnels de santé : libéraux, hospitaliers, centres de santé...
- professionnels de la prévention : associatifs, institutionnels...
- professionnels médico-sociaux, de la réduction des risques
- professionnels sociaux
- professionnels de l'éducation

Ces rencontres pluridisciplinaires et coopératives permettent de rendre compte des besoins des habitants, de mettre en place et communiquer sur des projets de prévention et de promotion de la santé. En effet, l'analyse partagée des acteurs de terrain (étude menée par le Reals) a mis en évidence le besoin d'une meilleure connaissance pour les divers acteurs du potentiel de leurs quartiers respectifs : structures, activités, actions menées, partenariats existants...

Le diagnostic partagé a également permis à chaque Pôle Ressources Santé de définir ses thématiques d'action prioritaires : accès et recours aux soins, alimentation, addictions, dépistage des cancers, vie affective et sexuelle.

Plus-value du Pôle Ressource Santé pour les professionnels du quartier

- être informés des projets en cours, des campagnes de prévention, des dispositifs locaux et des dispositifs de droit commun
- pouvoir orienter les usagers selon leurs besoins
- bénéficier d'un accompagnement dans leurs projets de promotion de la santé
- mieux connaître les enjeux de santé du quartier
- enrichir les projets de promotion de la santé des habitants
- participer aux rencontres du réseau des acteurs de santé du quartier

Plus-value du Pôle Ressources Santé pour les habitants du quartier:

- être informés et orientés dans leurs démarches d'accès aux droits (CMU, ACS, AME...)
- être accompagnés dans leurs démarches d'accès à la prévention, aux soins (dépistages, bilan de santé)
- obtenir des informations en prévention santé : alimentation, alcool, tabac, contraception, dépistages (cancers, VIH,...)
- faire part de leurs besoins et de leurs attentes en santé
- participer aux actions et à l'élaboration de projets de promotion de la santé

■ Période

Depuis 2011

■ Echelle de territoire concernée

Un ou plusieurs quartiers

■ Porteur/pilote principal

Ville de Lille, délégation santé

■ Rôle de la collectivité

Coordination du projet :

- coordonner les missions des référents de l'ensemble des pôles ressources santé
- apporter un appui technique et méthodologique aux référents des pôles ressources santé
- veiller à la mise à jour régulière du diagnostic santé de secteur en lien avec les référents pôles ressources
- communiquer et valoriser les projets de santé existants et /ou campagnes d'information auprès de la population dans une démarche participative
- permettre le développement de projets visant l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins
- permettre le développement du partenariat intra et inter quartier

■ Budget

Budget de fonctionnement annuel (estimé ou réel) : 80 000€

Contribution de votre collectivité : 40 000€ (8 000€ par PRS)

Principaux partenaires financiers : Etat (Dispositif Atelier Santé Ville)

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Les Pôles Ressources Santé : une valeur ajoutée pour les habitants

1. une plus grande fluidité dans leur parcours de santé : les rencontres « Pôles Ressources Santé » favorisent une meilleure connaissance du réseau pour les professionnels : orientations, partenariats...
2. l'émergence de projets qui correspondent à leur attentes : les rencontres « Pôles Ressources Santé » permettent de partager un diagnostic des besoins et une synergie autour de projets pour y répondre : groupes de travail, réponses à divers appels à projets (dont Politique de la Ville)
3. des dispositifs/actions pour l'accès aux soins proposés dans la proximité : l'identification des « Pôles Ressources Santé » comme têtes de réseau facilite la mise en œuvre de dispositifs/actions pour l'accès aux soins dans les quartiers.
Exemple : les dépistages optiques et dentaires de la Mutualité Française NPDC (cf. fiche action spécifique)
4. une porte d'entrée dans leurs démarches santé : les Pôles Ressources Santé sont portés par des structures de proximité dans l'objectif de rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun : orienter pour l'accès aux droits, accompagner au bilan de santé, encourager le recours aux soins...

■ Pour plus d'informations

Clément Bailleul, Coordonnateur des Pôles Ressources Santé

clbailleul@mairie-lille.fr

Description de l'action

Depuis 2014, un projet de dépistages visuels et dentaires est mis en œuvre en sein des Pôles Ressources Santé (PRS) en partenariat avec la Mutualité Française Nord-Pas-de-Calais. Ce projet avait d'abord été expérimenté à la Maison de Quartier de Wazemmes en 2013, avant d'être généralisé à l'ensemble des PRS. Les inégalités sociales de santé sont particulièrement marquées pour ces soins onéreux et mal remboursés par l'assurance maladie. Il s'agit de proposer aux personnes, les plus éloignées du soin et repérées par les professionnels, un premier diagnostic et d'accompagner la personne, depuis son accès aux droits vers une prise en charge médicale si nécessaire, et un éventuel appareillage. Les référents des Pôles Ressources Santé travaillent au plus près des publics, en s'assurant que leurs droits sont ouverts, en organisant les créneaux de dépistage et en accompagnant chaque personne dépistée dans sa prise de rendez-vous avec un ophtalmologue ou un dentiste et son suivi de soins.

■ Période

Depuis janvier 2014

■ Echelle de territoire concernée

Un ou plusieurs quartiers

■ Porteur/pilote principal

Ville de Lille et Mutualité Française Nord-Pas-de-Calais

■ Rôle de la collectivité

- piloter et animer les comités de pilotage entre La Mutualité Française NPDC, la Ville de Lille et les Pôles Ressources Santé
- valider les modalités d'intervention
- transmettre l'ensemble des informations nécessaires à la Mutualité Française NPDC tant dans la mise en place du projet, que de l'évaluation.
- réaliser les supports de communication utiles aux Pôles Ressources Santé.
- faciliter les prises de rendez-vous chez les ophtalmologues et dentistes, via les Pôles Ressources Santé.

■ Budget

Contribution de votre collectivité : temps de travail du coordinateur des pôles ressources santé

Principaux partenaires financiers : Mutualité Française Nord-Pas-de-Calais

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

12 personnes sont reçues par demi-journée pour le dépistage visuel. En 2014, 106 personnes ont bénéficié d'un dépistage visuel et 86 d'entre elles avaient besoin d'un rendez-vous chez un ophtalmologue. 27 personnes ont bénéficié d'un dépistage dentaire et 18 d'entre elles avaient besoin d'un rendez-vous chez un dentiste. L'appui sur les Pôles Ressources Santé permet l'orientation du public par les partenaires, notamment les référents RSA (une dizaine de bénéficiaires ont ainsi été orientés en 2014). Le projet permet d'enclencher des parcours de soins pour les habitants, il permet aussi aux structures d'accrocher de nouveaux publics sur des démarches santé (groupe d'alphabétisation du centre social mosaïque par exemple)

■ Pour plus d'informations

Clément Bailleul, Coordonnateur des Pôles Ressources Santé

clbailleul@mairie-lille.fr

Description de l'action

Le médiateur santé a été, dans un premier temps, à titre expérimental, implanté dans un quartier de la Ville : Moulins (quartier en politique de la Ville) selon les éléments de contexte suivants :

Depuis la mise en œuvre du rSa en 2009, le public rSa du CCAS de Lille présente des difficultés complexes dont en priorité le logement et la santé. Ce qui nous conduit à l'accompagnement d'un public en difficultés quant à l'accès et le recours aux soins. En 2011, un projet a été initié par l'équipe de Moulins sur la thématique de la santé, nutrition et budget suite à des sessions de formation proposées aux équipes et d'un diagnostic des besoins du public.

Un travail est mis en place avec le public accompagné par les équipes territoriales du CCAS, sous forme d'ateliers. De ce fait, un maillage partenarial se construit, développement de certains partenariats suite au plan formation santé.

Cette dynamique partenariale est importante sur le quartier de Moulins avec la présence de la Maison dispersée (maison pluridisciplinaire de santé œuvrant notamment sur l'accès aux droits et aux soins), du Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission de l'Hôpital St Vincent de Paul, de Médecin Solidarité Lille, ... renforcée par la mise en place du pôle ressources santé. La direction ayant une équipe emploi, il y a donc la présence d'un conseiller d'insertion professionnelle (chargée d'animation des dispositifs d'insertion professionnelle), spécialisée sur la filière santé/social au sein des équipes de Moulins.

Sur le quartier de Moulins, en 2013 : 986 allocataires du rSa ont été accompagnés par le CCAS de Lille, 177 familles ont été accompagnées dans le cadre de la prévention des expulsions et lutte contre l'habitat indigne, 34 ménages concernés par l'opération de démolition relogement (GPU) ont bénéficié d'un suivi

Les objectifs visés par la médiatrice santé pour le public orienté :

- participer à l'amélioration de l'état de santé des habitants de Moulins,
- écouter, informer, accompagner le public orienté et sa famille sur l'axe santé,
- participer à la mise en place d'actions collectives de santé (Journées thématiques santé, ateliers collectifs).

Le médiateur santé complète depuis mai 2012 une équipe composée de 6 référents rSa, 2 travailleurs sociaux et 1 conseiller d'insertion professionnelle. Il collabore également avec les équipes du service santé de la D2S (participation aux réunions d'équipe, formations, interventions, ...).

Ainsi les personnes suivies par la D2S, principalement des allocataires du rSa, et repérés par les professionnels pour des difficultés de santé sont orientées vers le médiateur santé qui propose un accompagnement global en lien avec ses collègues.

■ Période

Depuis avril 2012

■ Echelle de territoire concernée

Un ou plusieurs quartiers

■ Porteur/pilote principal

Ville de Lille, direction des solidarités et de la santé (D2S)

■ Rôle de la collectivité

- création du poste de médiateur (missions, champs d'actions, objectifs, ...),
- formation et accompagnement du médiateur santé dans le cadre de son travail,
- accompagnement du médiateur santé pour son orientation professionnelle,
- suivi et évaluation.

■ Budget

Budget de fonctionnement annuel (estimé ou réel) : prévisionnel pour 2015 : 53 104€, budget prévisionnel 2015 pour 2 postes d'adultes relais

Contribution de votre collectivité : 7 039€

Principaux partenaires financiers : poste d'adulte relais financé par la DDSCS et l'ARS

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Le cadre de travail pensé de manière adapté au besoin des personnes et innovant permettent un accompagnement global de la personne renforcé, durable et à son rythme en complémentarité avec l'équipe d'action sociale.

Cette démarche est basée sur :

- la libre adhésion des personnes,
- un accompagnement renforcé (rythme de rencontres non imposés, établis avec les personnes en fonction de leurs besoins),
- pas de limite dans le temps,
- interface avec les professionnels de santé (maillage dans le réseau local),
- accompagnement physique dans les structures et/ou possibilité de visites à domicile.

Au 31 Décembre 2014, les 40 personnes, suivies par le médiateur santé, ont bénéficié d'accompagnements dans les domaines suivants : ouverture de droits et d'accès aux soins, souffrance psychique, bilan de santé, ophtalmologie, optique, rhumatisme, podologie, stomatologie (bouche et dents), addictologie, urgences, chirurgie. Ces problématiques de santé peuvent se cumuler sur une seule et même personne.

Après une évaluation très positive, la Ville de Lille a décidé de renouveler ce poste sur Moulins et d'en créer un autre au sein de 2 quartiers prioritaires (un mi-temps par quartier).

■ Pour plus d'informations

Fatima Chehrouri, Directrice des solidarités et de la santé

fchehrouri@mairie-lille.fr

Description de l'action

Créée le 1er décembre 2007, la Maison de la Prévention Santé (MPS) est un lieu ouvert et participatif, entièrement dédié à la prévention et aux actions de santé publique, dans l'esprit de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle se situe au cœur de la ville de Montpellier et agit sur différents niveaux de l'accès aux soins de santé primaires – soins de premiers recours :

- **Prévention :**
 - Organisation d'animations régulières (conférences, ateliers, formations, permanences d'associations, expositions, journées de sensibilisation, collectes de sang, café seniors, café parents,...)
 - Accueil du centre de vaccination publique de la ville avec 3 séances de vaccination par semaine
- **Dépistage :**
 - Organisation de journées de dépistage (cancers de la peau, pathologies de la vue et de l'audition, diabète, Artériopathie oblitérante des membres inférieurs, podologie,...)
- **Orientation :**
 - Les agents d'accueil de la structure orientent les usagers vers les dispositifs et les acteurs de la prévention et du soin sur le territoire
- **Education pour la santé :**
 - Des programmes d'éducation pour la santé sont mis en places au sein de la structure sur les thématiques des addictions et de la nutrition notamment
- **Education thérapeutique :**
 - Des programmes d'éducation pour la santé sont mis en places au sein de la structure (ateliers culinaires avec les patients diabétiques, ateliers de psychomotricité avec des patients atteints de parkinson, ateliers mémoire avec des patients atteints par la maladie d'Alzheimer,...)

■ Période

Depuis le 1^{er} décembre 2007

■ Echelle de territoire concernée

La commune

■ Porteur/pilote principal

Ville de Montpellier

■ Rôle de la collectivité

Pilotage direct de la structure

■ Budget

Budget de fonctionnement annuel (estimé ou réel) : 20 000 euros (hors charges de personnel et de gestion)

Contribution de votre collectivité : 100%

Principaux partenaires financiers : aucun

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

L'ensemble des animations (actions de prévention, dépistages, éducation et orientation) proposées par la Maison Prévention Santé contribuent à la réduction des inégalités de santé. Le centre de vaccination publique étant particulièrement repéré de ce point de vue.

■ Pour plus d'informations

Floriane Aubin, Directrice du Service Communal d'Hygiène et de Santé

floriane.aubin@ville-montpellier.fr

Description de l'action

Devant l'augmentation permanente du recours aux urgences du CHU de Nîmes, il a été décidé de mettre en place une Maison médicale de garde sur le site du CHU. L'utilisation des urgences du CHU est d'autant plus importante que le CHU se situe en bordure d'un quartier classé en zone urbaine sensible.

Objectif : Désengorger les urgences du CHU en faisant prendre en charge les patients dont les pathologies relèvent de la médecine de ville, par les médecins de la Maison médicale.

Afin de réduire les difficultés locales de la permanence des soins non programmés et l'habitude de la population de se rendre spontanément aux urgences du CHU, des médecins généralistes se sont regroupés en association et ont proposé de mettre en place une structure d'accueil collectif, dans l'enceinte du CHU, en lien avec le SAMU centre 15 et les urgences.

Cette structure ouverte tous les jours de la semaine de 18h à 24h et le samedi dimanche de 8h à 2h du matin fonctionne grâce à la présence de nombreux médecins généralistes qui ont adhéré à ce projet.

Ce projet a nécessité la construction et l'aménagement d'un bâtiment de 2 niveaux sur le terrain du CHU. La construction a été réalisée par le CHU.

■ Période

2011

■ Echelle de territoire concernée

Commune de Nîmes + autres communes (pas obligatoirement les mêmes que celles de l'intercommunalité)

■ Porteur/pilote principal

L'association COPERNIC, association de professionnels médicaux

■ Rôle de la collectivité

La Ville a facilité les relations entre les médecins libéraux (association Copernic) et le centre hospitalier et a pris en charge environ 1/3 de la dépense pour la création de la structure

■ Budget

Budget de fonctionnement annuel (estimé ou réel) : par l'ARS

Coût de la construction : 550 000€

Contribution de la collectivité : 150 000€

Principaux partenaires financiers : Nîmes Métropole : 75 000€, Conseil Général du Gard : 50 000€, conseil régional : 100 000€

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

La population prise en charge est en grande partie la population en difficultés sociales et matérielles qui se rend aux urgences notamment pour bénéficier du tiers payant. Les professionnels initient des actions pédagogiques de prévention auprès de la population.

■ Pour plus d'informations

Michel Bazin, Conseiller municipal délégué à la santé, ou **Odile Vidonne**, Médecin Ville

michel.bazin@ville-nimes.fr - odile.vidonne@nimes.fr

Description de l'action

Notre mode de vie actuel est propice à une diminution de l'exercice physique et à une plus grande sédentarisation. Cette évolution n'est pas sans conséquence pour la santé, notamment sur l'augmentation des maladies chroniques. Ainsi le risque de mortalité est plus élevé chez les adultes restant plus de 6 heures assis par jour et ne pratiquant pas d'exercice physique. Les risques de rechute après un cancer du sein sont deux fois moins élevés pour les personnes pratiquant une activité physique et sportive régulière. Au-delà des bienfaits physiques, certaines études montrent un lien entre pratique d'activité physique et qualité de vie.

À son niveau, une collectivité territoriale peut activer plusieurs leviers pour favoriser la pratique d'activité physique et sportive de ses habitants. La Ville de Rennes en a identifié deux avec les partenaires locaux : l'accompagnement des rennais éloignés de la pratique d'activité physique et la création d'un environnement favorable à la pratique d'activité physique et sportive (pistes cyclables, signalétique piétonne, développement d'équipements de fitness en plein air, chemins de randonnées et balades dans la Ville...)

L'activité physique et sportive contribue à la santé dans toutes ses dimensions, elle constitue une pratique favorable à la prévention et à la prise en charge de nombreuses pathologies en particulier des affections chroniques comme le diabète, les cancers, l'anxiété, les lombalgies...

Objectifs de l'action :

- **Favoriser l'orientation médicale vers la reprise d'activité sportive pour des personnes malades, ayant été malades ou étant sédentaires (créer un dispositif facilitant l'orientation médicale et développer des partenariats entre les "prescripteurs" et les associations sportives du territoire permettant l'orientation des patients dans un cadre adapté)**
- **Développer des outils d'information sur l'activité physique quotidienne dans la Ville comme facteur de santé et de bien-être**

Afin de promouvoir l'orientation vers l'activité physique comme "traitement", il paraissait pertinent de développer des passerelles vers la reprise d'activité sportive :

- En ouvrant ces passerelles aux professionnels de santé pouvant orienter vers la pratique sportive – Dispositif Bien dans son sport
- En créant des documents d'information sur l'activité physique au quotidien dans la ville comme outil d'appui - Communication globale sur l'activité physique au quotidien

En 2014, les acteurs du monde de la santé et du sport ont co-construit le projet Bien dans son sport. 33 personnes différentes y ont participé lors des 17 rencontres réparties de la façon suivante :

- 4 comités de pilotage,
- 4 comités techniques,
- 2 rencontres spécifiques avec les acteurs du monde de la santé,
- 3 rencontres spécifiques avec les acteurs du monde du sport,
- 4 rencontres internes à la Ville pour la validation politique du projet.

Ces rencontres ont permis d'élaborer la convention pluriannuelle de partenariat, d'élaborer la charte Bien dans son sport qui sera signée entre l'office des sports et les clubs adhérents volontaires, de formaliser les contenus des documents de communication : livret, affichette, dépliant, et de réfléchir sur les indicateurs d'évaluation et les outils à mettre en œuvre pour le suivi du projet.

Pour la phase de lancement du projet Bien dans son sport, il est prévu en 2015 de :

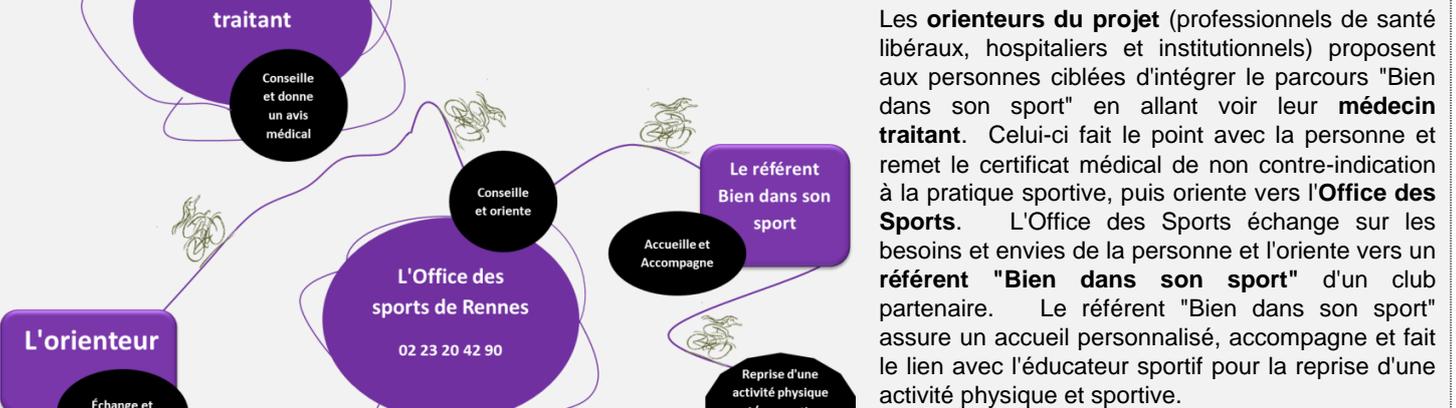
- Signer la convention et les chartes,
- Présenter le projet à l'ensemble des acteurs du monde du sport et de la santé,
- Sensibiliser les référents Bien dans son sport des clubs partenaires,
- Finaliser et distribuer les documents de communication,
- Construire l'outil d'évaluation du projet Bien dans son sport,
- Lancer les premières orientations vers le dispositif Bien dans son sport

Bien dans son sport : la co-construction d'un dispositif pour se sentir mieux dans sa tête et dans son corps

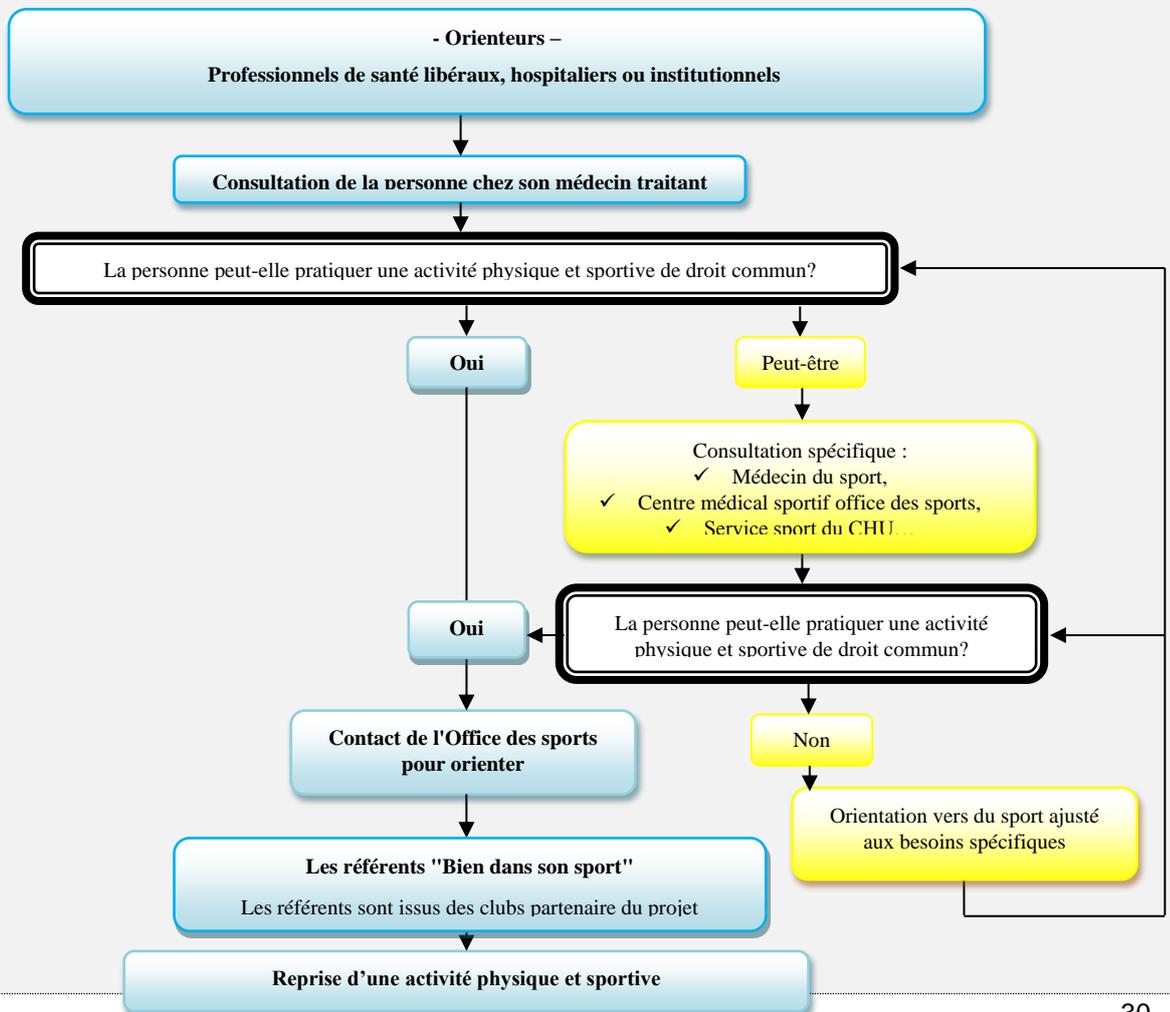
Initié en 2012, ce projet est né de l'expérimentation de l'office des sports, du service de médecine du sport du CHU et de 4 clubs sportifs: Cercle Paul Bert, Tour d'Auvergne, Retraite en forme et Jeanne d'Arc. Le projet a été présenté à la Ville de Rennes qui a souhaité intégrer cette dynamique dans le cadre de sa politique volontariste en matière de santé et a inscrit cet axe de travail dans le Contrat Local de Santé rennais signé en juillet 2013. Le projet « Bien dans son sport » est né de la volonté de rapprocher le monde médical et sportif autour d'un objectif commun la santé des rennais.

Le parcours « Bien dans son sport » s'inscrit dans une démarche de parcours de santé. Chaque protagoniste intervient de sa place avec les missions et compétences qui lui sont propres.

Le projet "Bien dans son sport" vise à valoriser et encourager la pratique physique et sportive des personnes malades, ayant été malades ou étant éloignées de l'activité physique et sportive, sous réserve que la personne soit apte à reprendre une activité de droit commun.



Les **orienteurs du projet** (professionnels de santé libéraux, hospitaliers et institutionnels) proposent aux personnes ciblées d'intégrer le parcours "Bien dans son sport" en allant voir leur **médecin traitant**. Celui-ci fait le point avec la personne et remet le certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive, puis oriente vers l'**Office des Sports**. L'Office des Sports échange sur les besoins et envies de la personne et l'oriente vers un **référént "Bien dans son sport"** d'un club partenaire. Le référent "Bien dans son sport" assure un accueil personnalisé, accompagne et fait le lien avec l'éducateur sportif pour la reprise d'une activité physique et sportive.



■ Période

Réflexion depuis 2012, démarrage 2015

■ Echelle de territoire concernée

La commune

■ Porteur/pilote principal

Ville de Rennes en lien avec CPAM, URPS ML-Pharmaciens, Office des sports, service de médecine du sport du Chu de Rennes

■ Rôle de la collectivité

Impulsion, pilotage

■ Budget

Budget de fonctionnement annuel (estimé ou réel) : temps de travail, réalisation plaquette (PAO Impression) et diffusion

Contribution de la collectivité : temps de travail, réalisation plaquette (PAO Impression) et diffusion

Principaux partenaires financiers : Ville (ARS financement via PPS)

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Vise les personnes éloignées du sport donc plus fragiles.

■ Pour plus d'informations

Solen Ferré, chargée de mission santé (nutrition/accès aux droits)

s.ferre@ville-rennes.fr

Engager une logique de travail globale pour promouvoir les pôles de santé pluri-professionnels sur les quartiers prioritaires comme acteurs forts de prévention et maintenir l'attractivité de l'offre médicale dans les quartiers

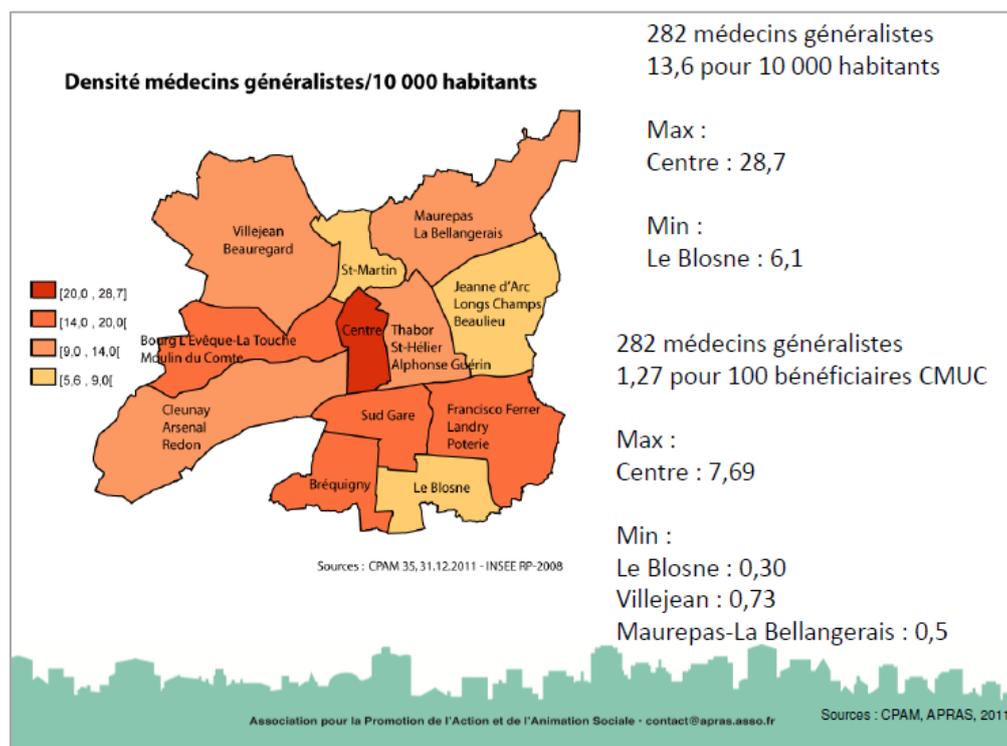
Rennes

[>>> Retour au sommaire des fiches](#)

Description de l'action

Si Rennes ne constitue pas au regard de sa densité médicale moyenne un territoire en difficulté (134 médecins généralistes pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale de 109), il apparaît de fortes disparités sur son territoire avec des territoires –notamment prioritaires- en passe d'être découverts.

Si on ne peut parler de désertification médicale sur le territoire rennais, la préoccupation concernant l'accessibilité des services de soin de premier secours pour sa population doit être constante au regard des problématiques de conformité des structures avec la loi du 11 février 2005 et des départs massifs à la retraite. Aujourd'hui 50% des médecins généralistes sont âgés de plus de 55 ans (45 % à l'échelle Bretonne), cette réalité est encore plus forte dans les quartiers prioritaires. Une étude plus poussée est en cours de réalisation sur ce sujet avec un master système d'information géographique mais ces premiers éléments s'appuient sur une étude réalisée sur la base de données cpam avec un acteur local (APRAS)



Les réflexions menées avec les partenaires autour du Contrat Local de Santé –dont l'URPS ML est signataire-, mais aussi les interpellations de médecins qui pratiquent aujourd'hui sur le territoire rennais et qui partent bientôt à la retraite, témoignent du fait que l'attractivité médicale du territoire rennais n'est pas garantie, notamment dans les territoires prioritaires. En outre, la constitution de pôles de santé collectifs dans la périphérie rennaise attire les jeunes professionnels peu enclins à s'installer seuls en cabinet et pourrait attirer de jeunes praticiens qui voudraient s'installer en milieu urbain.

Rennes dispose déjà de 2 pôles de santé sur 2 quartiers prioritaires qui sont en demande d'appui de la part de la Ville (au projet de santé mais aussi sur l'immobilier). Devant ces développements se pose la question des modalités d'appui de la Ville à ces projets, d'autant qu'il serait pertinent d'appuyer le développement de telles démarches sur d'autres territoires prioritaires.

Ce qui nous engage à identifier une stratégie globale de soutien, cohérente sur l'ensemble des quartiers prioritaire, voici les bases de cette réflexion:

Quelle stratégie ville sur le soutien et la valorisation de ces projets?

Une maison/un pôle de santé pluridisciplinaire (PSP) vise à offrir, sur un même lieu ou dans des lieux distincts mais dont l'activité se réalise en lien, un ensemble de services de santé relatifs à l'offre de soins, la prévention et la promotion de la santé. Les pôles de santé constituent un cadre structurant afin de garantir l'accès aux soins en renforçant l'attractivité du quartier pour les professionnels libéraux mais aussi les habitants, en assurant la continuité des soins, en élargissant la palette de soins et services accessibles dans la proximité (infirmier, kinésithérapeute, pharmacie, psychologie...) et la prise en charge pluri professionnelle des patients. La mise en place des PSP constitue un véritable moteur au profit des coopérations santé à l'échelle des quartiers et à l'implication des habitants dans des actions de promotion de la santé. (pour précision, des acteurs de santé peuvent avoir une pratique coordonnées de santé sans labellisation de la part de l'ARS qui ouvre à des financements)

Le développement de PSP dans les quartiers rennais semble pouvoir constituer un véritable support à l'ancrage d'une dynamique santé auprès des habitants et une continuité des logiques partenariales développées sur le territoire.

Les objectifs d'un soutien aux pôles de santé:

Ainsi une stratégie globale de soutien de la ville au PSP pourrait permettre-outré la garantie de la présence médicale sur le territoire- d'engager un partenariat formel et uniforme sur son territoire en intégrant plusieurs champs de coopération :

- Engagement des professionnels de santé à respecter la **tarification secteur 1, garantir l'accès à tous sans discrimination, la qualité de l'accueil et de la prise en charge,**
- Valorisation sur le territoire, au sein d'un cabinet médical ou en proximité, **des lieux favorables à la promotion de la santé:** temps de promotion de la santé animés par les professionnels du cabinet médical mais aussi par des partenaires
- Engagement dans des coopérations renforcées **avec les acteurs sociaux du quartier autour des enjeux de santé (éducation thérapeutique du patient, échanges santé avec les habitants, ateliers collectifs...)**
- **Participation d'usagers à la gouvernance de la structure** autour d'un projet de santé formalisé sur le territoire en lien avec les services de la Ville de Rennes

Les modalités de soutien aux pôles de santé

Identification des 3 quartiers prioritaires dans lesquels les indicateurs sociaux mais aussi la présence médicale est moindre afin de faciliter l'accès aux soins sur les territoires les plus fragiles dans lesquels le gradient santé/social est fort. En effet, malgré les progrès de la science et l'augmentation générale de l'espérance de vie, le différentiel d'espérance de vie entre les plus pauvres et les plus riches est toujours fort. (un ouvrier vit en moyenne 6 ans de moins qu'un cadre.)

Les dynamiques de pôle qui existent dans ces 3 quartiers prioritaires pourraient être formalisées dans le cadre d'un conventionnement Ville-Pôle de santé par quartier dont le cadre serait le même sur tous les territoires avec des déclinaisons pratiques spécifiques aux projets par quartier.

Le conventionnement a pour objet de clarifier le lien avec les pôles de santé en validant la légitimité de ces projets, en les valorisant et en assurant leur développement en cohérence avec les dynamiques de quartier et les enjeux de santé publique portés par la Ville.

Les engagements de la Ville à travers le conventionnement:

- **Appuyer et accompagner les projets de santé portés par les pôles de santé** (appui à la réflexion, appui méthodologique, mise en synergie des acteurs sur les aspects opérationnels, développement d'innovation)
- **Soutenir des dynamiques partenariales** (auprès des acteurs de proximité via les groupes de partenaires autour des enjeux santé mobilisés sur les quartiers mais aussi mobilisation des institutions)
- **Appuyer la recherche de financement et la construction de projets** (dossiers appels à projet, recherche immobilière...)
- **Animer des démarches inter quartier de rencontre entre les acteurs autour des enjeux de santé,** échange d'expérience, construction de projets passerelles, groupes de travail transversaux
- **Soutenir financièrement le fonctionnement de ces structures et mobiliser les crédits des partenaires autour d'un projet commun** (ARS, Contrat Urbain et pourquoi pas CR)

La proposition financière pourrait être de 5000 euros par structure autour d'objectifs partagés annuellement et de soutien au fonctionnement.

- ⇒ S'appuyer sur la dynamique de conventionnement et financement pérenne pour donner une visibilité à l'association, assurer une trésorerie correcte et mobiliser les autres financeurs (ARS, Contrat de Ville) => vers des conventions multipartenariales à terme...

Cette démarche globale est en cours de validation avec les élus et a été présentée aux deux structures existantes sur le territoire. En 2015 il s'agira de la formaliser.

Parallèlement le souhait des élus est d'engager une réflexion sur un lieu mobile de consultation qui irait au cœur des quartiers prioritaires (Expérimentation en projet et à mener avec PASS du CHU, CPAM, acteurs du soin mobilisés.)

■ Période

Réflexion depuis 2012- formalisation cadre prévu en 2015

■ Echelle de territoire concernée

1 ou plusieurs quartier(s)

■ Porteur/pilote principal

Ville de Rennes (dynamique de travail intégrée dans le CLS)

■ Rôle de la collectivité

Appui réflexion globale

■ Budget

Budget de fonctionnement annuel (estimé ou réel) : 15 000 par an via conventionnement à terme

Investissement pôle associatif 700 000 euros –non dédié aux professionnels libéraux- (structure d'accueil d'asso santé sur un territoire que les professionnels libéraux pourront investir pour des ateliers collectifs, leurs réunions ou des temps d'information santé.)

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Action ciblée sur les quartiers prioritaires.

■ Pour plus d'informations

Maud Renon, Directrice santé publique handicap

m.renon@ville-rennes.fr

Description de l'action

Constats de départ

Au cours d'une rencontre du CLSM rennais autour de la thématique des « soins sans consentement » (6 décembre 2011), il a été rappelé que les chiffres des soins sans consentement en Ille et Vilaine (et probablement à Rennes) est supérieur aux chiffres nationaux. Plusieurs hypothèses (sociales, structurelles, géographiques...) ont été évoquées, sans confirmation à ce jour. Considérant une approche globale de la problématique, il a été rappelé que la qualité de d'une prise en charge précoce représente un levier fort de la réduction des situations de crise et donc des soins sans consentement.

« Les médecins généralistes (MG) représentent les acteurs sanitaires qui assurent le plus et le mieux la détection précoce des troubles graves. Ils assurent en outre la détection et le traitement des troubles légers ou modérés, l'accompagnement psychiatrique et somatique des troubles graves stabilisés. Ils sont souvent mobilisés les premiers en cas d'urgence que fréquemment ils pressentent. Tout ceci dans un contexte où, généralement, ils ont une bonne connaissance du système familial et une alliance positive avec la personne et son entourage depuis des années. Leur rôle est donc incomparable pour le devenir des personnes et comme acteur de santé publique en psychiatrie. L'information et la coordination entre le dispositif spécialisé, public ou privé, et les omnipraticiens sont ainsi, on le comprendra, d'une importance considérable. Or, toutes les enquêtes montrent que, sur ces deux points, beaucoup reste à faire. S'il ne fallait retenir que seulement quelques faits :

- 30 % des consultations et des visites des MG sont consacrées à des troubles psychiatriques (en général troubles dépressifs et anxieux, troubles du sommeil, addictions). Les consultations sont fréquemment plus longues et plus complexes que la moyenne.
- seulement 40 % des MG se déclarent satisfaits de la qualité de leur coopération avec les secteurs de psychiatrie (Drees, 2004, 2008) : manque d'informations claires sur les missions et services proposés par les secteurs, délais de rendez-vous, absence de réponse fiable et de contacts identifiés, absence d'information et de communication relative à l'évolution du patient adressé par le MG¹. »

Sur la base de ces constats, un travail a été engagé entre la Ville de Rennes et le CHU de Rennes avec pour **objectif de produire un outil regroupant l'ensemble des partenaires directement mobilisables dans la pratique quotidienne des médecins généralistes rennais**. Il s'agira d'une plaquette visant à appuyer ces praticiens dans les orientations choisies en fonction de chaque situation.

Description de l'outil

Cette première version de l'outil se présente donc sous la forme d'une plaquette simple et à vocation très pratique. Elle doit permettre au médecin de choisir une orientation en fonction de 3 critères : soins programmés en ambulatoire, ou hospitalier ou soins en urgence. Chacune de ces catégories est subdivisée par type de structure (publique ou privée) et par catégorie d'âge (+/- 16 ou 18 ans). Une explication claire du fonctionnement des secteurs publics (avec cartographie), privé et associatif est donnée en début de document. La plaquette se termine par un rappel (co-écrit avec l'ARS) synthétique des différentes mesures de soins exposés de façon graduée. Elle donne enfin à voir les autres documents du même type recensés comme utiles sur la thématique pour les médecins généralistes à Rennes.

¹ Lettre d'information « Pluriels » n°92/93 Octobre - Novembre 2011 - « Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? »

■ Période

2014

■ Echelle de territoire concernée

La commune

■ Porteur/pilote principal

Ville de Rennes (dynamique de travail intégrée dans le CLS)

■ Rôle de la collectivité

Portage politique (pouvoir d'interpellation de la Maire) et coordination de la démarche. Invitation symbolique en Mairie. A noter que l'URPS ML est signataire du CLS de la Ville ce qui constitue un enjeu symbolique fort au service de l'approfondissement des liens entre Ville et professionnels de santé.

■ Budget

Budget de fonctionnement annuel (estimé ou réel) : temps de travail des professionnels de santé, production du guide (PAO et impression interne) et affranchissement.

Contribution de la collectivité : coordination travail,

Principaux partenaires financiers : Ville

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Action universelle proportionnées puisqu'elle s'adresse à tous, mais bénéficiera plus certainement aux populations dont les médecins connaissent moins les ressources considèrent par ailleurs que les problématiques de santé mentale ont plus de prévalence parmi la population la plus fragile économiquement.

■ Pour plus d'informations

Nicolas Henry, Chargé de mission santé mentale à la Direction santé publique handicap de la Ville
ni.henry@ville-rennes.fr

Description de l'action

La Ville de Saint-Denis souhaite développer une réflexion et un travail en réseau sur l'offre de soins du territoire. L'objectif de cette démarche est de maintenir et développer une offre adaptée aux besoins de la population dionysienne confrontée à une démographie médicale et paramédicale inquiétante.

Nous devons en effet faire face à de nombreux départs en retraite à venir des médecins généralistes, un déficit concernant certains spécialistes et paramédicaux, une disparité dans leur répartition sur la ville. Ceci est à mettre en lien avec une population en forte croissance et par ailleurs très vulnérable (idh2 0.25), et des ruptures de parcours de soin observées.

La ville de Saint-Denis possède néanmoins de nombreuses ressources municipales avec 4 centres de santé, 6 PMI, 4 CPEF, 1 CSAPA, et hospitalières, publique avec un centre hospitalier général et psychiatrique et privé le Centre de Cardiologie du Nord et la clinique du grand stade. Un important tissu associatif intervient dans le champ du sanitaire et du social.

Dans le cadre de la revoyure du Contrat Local de santé, la problématique de l'offre de soins et notamment de celle du 1er recours a été réaffirmée et organisée pour 3 ans.

A. Maintenir et développer l'offre de soins sur le territoire, démarche ASV

1. Connaître le territoire et le faire connaître auprès des habitants et des professionnels

- Créer des outils d'informations : annuaire santé, cartes (ville/quartier),
- développer l'accueil de stagiaires : terrain de stages nouveaux (centres de santé, pharmacies, infirmiers)
- élargir les offres de stages aux écoles de kiné, puéricultrices et dentaire.

2. Faciliter l'installation et le maintien des professionnels de la santé

- Elaborer un accueil coordonné des demandes des professionnels de santé et le traitement de ces demandes d'installation, y compris des demandes d'activités regroupées (soutien à la pérennisation du centre de santé associatif « la place santé » et accompagnement à la création d'une maison de santé en quartiers prioritaire), et développer également la mise en réseau avec les bailleurs, le service du développement économique et les acteurs de quartiers.
- Soutenir les collaborations entre Hôpital, libéraux, centres municipaux et associatifs pour la permanence de soins, la santé mentale et le handicap.
- Promouvoir le partage des connaissances des ressources du territoire, des pratiques, d'élaboration de réseaux entre professionnels du soin (groupe de pairs hôpital / ville/libéraux, bus découverte des ressources santé de SD, Midi Santé et Flash info)

B. Conforter les Centres Municipaux de Santé et leurs instances de concertation

1. Développer l'accès des usagers aux soins, à la prévention, à l'information et à la participation à la vie des CMS.

- Maintenir et renforcer une offre de soins de premier recours de qualité, diversifiée et accessible et développer la prévention primaire (en lien avec les partenaires de l'Education Nationale, les antennes « jeunesse », les associations de quartier, le conseil général) et l'éducation thérapeutique. Développement du dossier médical partagé. Contribuer à la permanence des soins sur la ville.
- Construire un parcours de prise en charge de l'obésité, grâce à la création de consultations gratuites de diététique dans les 4 CMS

2. Créer les comités d'usagers dans les quatre centres municipaux de santé et accompagner la mise en œuvre des actions proposées dans ce cadre.

3. Réactualiser le projet de santé des centres de santé avec les professionnels des centres : groupes de travail.

■ Période

De 2015 à 2017 (CLS)

■ Echelle de territoire concernée

La commune

■ Porteur/pilote principal

Direction municipale de la santé

■ Rôle de la collectivité

Organiser l'offre de soins municipale, coordination et mise en réseau dans le cadre du développement de l'offre des soins sur le territoire

Promouvoir la participation des acteurs y compris celle des habitants (démarche atelier santé ville), participer à l'état des lieux et améliorer la connaissance du territoire

■ Budget

Contribution de votre collectivité : pour l'ensemble de la direction de la santé la contribution de la Ville est de 12 millions d'euros. Principaux partenaires financiers : Assurance Maladie, ARS, Conseil général, Conseil Régional, Politique de la Ville

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Soutien auprès des professionnels souhaitant s'installer dans les quartiers « politique de la ville » et situés en zone fragilisée.

usagers des cms particulièrement vulnérables : migrants, familles monoparentales, travailleurs pauvres, Roms, personnes âgées, étudiants, etc...

Attentifs à une offre adaptée aux besoins de la population.

■ Pour plus d'informations

Karine Bisson, Cheffe de projet santé publique « offre de soins », **Frédéric Villebrun**, ou **Richard Lopez**,
Directeur de la Santé

karine.bisson@ville-saint-denis.fr richard.lopez@ville-saint-denis.fr

Description de l'action

L'objectif est d'accompagner les professionnels de santé dans leurs démarches pour favoriser leur maintien sur le territoire (projets immobiliers, matériel etc...) et de contribuer à renforcer l'offre de soins de premier recours.

Il s'agit d'utiliser l'étude « Améliorer ensemble l'offre de soins et les conditions d'exercice sur la commune » réalisée en février 2013 par l'Observatoire Régionale de la Santé pour développer le partenariat avec les professionnels de santé sur le territoire et améliorer l'offre de soins sur la commune.

Mettre en place des soirées thématiques entre les professionnels de santé et/ou par corps de métier et les réseaux de santé, associations, institutions

■ Période

De septembre 2012 à juin 2015 (durée du CLS 1)

■ Echelle de territoire concernée

La commune

■ Porteur/pilote principal

Ville de Saint Etienne du Rouvray

■ Rôle de la collectivité

La collectivité a un rôle de catalyseur, de coordination et d'aide à la décision.

■ Budget

Contribution de votre collectivité : Ville 1000€

Principaux partenaires financiers : ARS 1000€

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Répartition des professionnels de santé sur le territoire communal. Maintenir et équilibrer l'offre de soins.

■ Pour plus d'informations

Pierre Creusé, Coordinateur santé

pcreuse@ser76.com

Description de l'action

Contexte : L'enquête menée en 2010 par l'IPS dans les établissements Adoma du territoire a mis en évidence certaines problématiques majeures rencontrées par les résidents des foyers : forte prévalence des maladies chroniques, vieillissement et précarisation de la population, difficultés d'accès à la santé.

Des forums santé organisés par l'IPS avec ses partenaires au sein des foyers ont montré que les actions sur site étaient pertinentes, notamment lorsque les acteurs proposaient des services concrets (dépistages du diabète ou bucco-dentaire par exemple). L'association IPC était présente lors de ces actions pour présenter les bilans de santé effectués à l'IPS, et proposer des RDV. Cependant, tous les RDV pris n'ont pas été honorés (entre 20 et 40% de présentisme selon les sites).

Objectifs :

- Favoriser l'accès à la prévention par l'examen périodique de santé (EPS) des résidents de foyers de travailleurs migrants les plus éloignés de la santé
- Augmenter le taux de présentisme au bilan de santé par une présence in situ

Descriptif : Dans le cadre d'une expérimentation (en lien avec la DRJSCS) entre les Ateliers Santé Ville (ASV) et les Centres d'Examens de Santé (CES), un projet a été élaboré par l'IPS (porteur de l'ASV intercommunal) et IPC afin d'organiser les bilans de santé sur site (partiels et/ou complets), au sein des foyers Adoma de Saint-Quentin-en-Yvelines. Deux expériences ont été menées : Bilans de santé en un temps : réalisation de l'EPS sur site dans sa globalité, et Bilans de santé en deux temps : le premier temps sur site, afin de favoriser l'accès à la prévention et mobiliser les publics et le deuxième temps sur le site décentralisé de Trappes (dans les locaux de l'IPS).

Un camping-car pour effectuer les bilans de santé a été mis à disposition par l'association HF Prévention, qui était présente et a effectué des TROD.

La première expérimentation a eu lieu en avril 2013 à Elancourt avec 9 bilans de santé complets proposés et honorés. La seconde en novembre 2013 à Montigny-le-Bretonneux avec le 1er temps (T1) des bilans de santé sur site et le 2ème temps (T2) à l'IPS. 19 personnes s'étaient pré-inscrites, 16 personnes ont bien effectué le T1 au sein de la résidence, et 14 ont également effectué le T2 par la suite à l'IPS. Le taux de présentisme a augmenté de manière significative (74%).

■ Période

2013

■ Echelle de territoire concernée

Deux foyers et résidences Adoma

■ Porteur/pilote principal

Institut de Promotion de la Santé (IPS) et Association Investigation Préventive et Clinique (IPC)

■ Rôle de la collectivité

Organisation, lien avec les résidents, les professionnels (IPC, Médiateur, HF Prévention)

■ Budget

Contribution de votre collectivité : Moyens humains : 1 chargée de mission (5h de préparation et de bilan, 10h de présence), 1 assistante administrative (10h de présence), moyens techniques et matériels : documentation, préservatifs, camping-car.... Principaux partenaires financiers : ACSE, CPAM

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Favoriser l'accès à la prévention par l'examen périodique de santé (EPS) des résidents de foyers de travailleurs migrants les plus éloignés de la santé.

■ Pour plus d'informations

Barbara Perelman, Chargée de mission santé publique

barbara.perelman@agglo-sqy.fr

Description de l'action

Contexte : Un diagnostic santé précarité effectué par l'IPS en 2011 a conduit au montage d'un groupe de travail (GT) animé par l'IPS et composé de 20 partenaires (CPAM, Conseil Général, associations, communes, Mutualité Française IDF...).

Objectif de ce groupe de travail : Mettre en place des actions pour lever ces freins.

Descriptif : L'élaboration d'un livret « comment gérer vos frais de santé ? » diffusable au grand public et aux professionnels a été une des réponses proposées après 3 réunions du GT en 2012.

Le livret a été rédigé par l'IPS, à partir des orientations et informations échangées en groupe de travail. Les thématiques abordées sont les remboursements (parcours de soins coordonné, les secteurs de conventionnement, les participations...), les aides possibles (CMUC, ACS...), la complémentaire santé (utilité, garanties et prestations...), les contacts sur le territoire.

Une première version a été réalisée pour test auprès des publics cibles (une dizaine de groupes d'habitants l'ont testée : ateliers socio-linguistiques, personnes en insertion, centres socio-culturels, bénéficiaires des bilans de santé). Cette phase a permis un réajustement.

Le livret a été diffusé aux partenaires et à la population. La 1ère impression en 10 000 exemplaires fin 2013 a été écoulee en 1 an, ce qui nous a conduits à lancer une réimpression fin 2014 à 5 000 exemplaires avec une mise à jour des données.

Par ailleurs, nous avons mis en place des ateliers d'échanges autour de cette thématique, en direction des publics (animés par la CRAMIF). En 2014, 3 ateliers en direction de 24 habitants ont eu lieu.

Par ailleurs, une conférence a été organisée le 18 septembre 2014, animée par l'IPS, la CPAM, la CRAMIF et IPC avec une cinquantaine de professionnels présents.

■ Période

De 2012 à 2014

■ Echelle de territoire concernée

L'intercommunalité

■ Porteur/pilote principal

Institut de Promotion de la Santé (IPS)

■ Rôle de la collectivité

Montage du groupe de travail composé de 20 partenaires

Rédaction du livret

Financement du livret (graphisme et impression)

■ Budget

Contribution de votre collectivité :

- Moyens humains : 2 chargées de mission (100h), 1 assistant de communication (10h)
- Moyens financiers : 4 100 euros (graphisme et achat photos), 3 000 euros (1ère impression, 10 000 ex), 1 900 euros (2ème impression, 5 000 ex)

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Elaboration d'un outil d'accès à la santé destiné à la population, notamment les populations en situation de précarité, pour une meilleure connaissance des dispositifs existants.

■ Pour plus d'informations

Barbara Perelman, Chargée de mission santé publique

barbara.perelman@agglo-sqy.fr

Description de l'action

Contexte : Un diagnostic santé précarité a été conduit par l'IPS via son ASV intercommunal en 2011. Il en ressort que la mobilisation vers la santé est une démarche volontaire et parfois difficile, d'autant plus quand la personne est en situation de vulnérabilité. Le manque d'information, la méconnaissance ou la mauvaise compréhension des dispositifs de santé, des outils facilitant les droits... accentuent encore les freins à la santé.

Un des leviers passe par une meilleure connaissance des structures de santé du territoire et une dédramatisation du système de santé et de la santé en général. Par ailleurs, les bilans de santé proposés par l'association IPC au sein de l'IPS sont un très bon moyen de remobiliser vers la santé.

L'IPC a pu constater que, malgré les partenariats mis en place, les orientations effectuées par les Ateliers Socio Linguistiques (ASL) étaient très ponctuelles et les rendez-vous peu honorés.

Les freins identifiés pour ce public sont la barrière de la langue (parlé : prise de RDV téléphonique et écrite : questionnaire médical), et la peur d'affronter un contexte nouveau sans repère et avec une maîtrise partielle de la langue.

Objectifs :

- **Mobiliser vers la santé les publics les plus vulnérables**
- **Appréhender le concept de santé globale**
- **Dédramatiser le système de santé**
- **Mieux connaître les structures de santé locales**

Descriptif de l'action : Fin 2012, L'ASV de St Quentin en Yvelines et IPC ont proposé la mise en place d'ateliers santé qui se déroulent en deux étapes

- Première séance : présentation de l'IPS, des partenaires hébergés, de la carte des lieux de santé de droit commun et présentation du bilan de santé par la CESF IPC et prise de RDV.
- La deuxième séance est destinée à parler ensemble de santé autour d'un photolangage.
- Les séances se déroulaient le plus possible au sein de l'IPS (où est hébergé IPC) pour permettre de repérer ce lieu ressource.

Les publics ciblés étaient les participants aux ASL.

Bilan : Lorsque l'on réalise des séances d'informations collectives, la fréquentation est accrue et les rendez-vous majoritairement honorés.

- Personnes rencontrées : 230 dont 73 en présence de la CESF
- Nombre de RDV prévus : 38 personnes
- Nombre d'EPS réalisés : 31
- 81 % de présentisme

Et les personnes venues en ateliers reviennent plus volontairement à l'accueil de l'IPS pour une question, une orientation, l'IPS étant repéré comme lieu ressource

Suite à ce premier bilan, les ateliers ont été ouverts à tous publics en situation de fragilité avec un maximum de 50 ateliers par an (demande augmente chaque année)

Et l'étendue des ateliers proposés a augmenté (corps humain, bon usage des médicaments, santé environnement, qualité de l'air intérieur).

■ Période

Depuis 2012

■ Echelle de territoire concernée

L'intercommunalité

■ Porteur/pilote principal

Institut de Promotion de la Santé (IPS), service de la CASQY

■ Rôle de la collectivité

Pilotage

■ Budget

Budget de fonctionnement annuel (estimé ou réel) : 13 000€ (temps de travail estimé)

Contribution de votre collectivité :

- Moyens humains : toute l'équipe IPS pour l'animation (5 à 10 ateliers par personne) et 1 assistante pour l'organisation (100h annuellement)
- Moyens techniques et matériels : documentation, préservatifs, salles de réunions...

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Favoriser l'accès à la prévention et les compétences psycho-sociales par l'information et l'échange en petits groupes

■ Pour plus d'informations

Catherine Chevallier, Responsable de l'IPS

catherine.chevallier@agglo-sqy.fr

Description de l'action

Le quartier de Bel Air s'est profondément transformé et a vu sa population croître en moins de 5 ans de plus de 42%. Il devrait atteindre dans les 5 ans à venir, plus de 7085 habitants. Il concentre également des indicateurs qui nous ont incités à positionner sur ce territoire, un équipement offrant une offre de soins de premier recours. Ce quartier était par ailleurs dépourvu de professionnels et d'équipements de santé, hormis quelques infirmiers libéraux. Les distances qui séparent les habitants du quartier de l'offre de soins la plus proche : médecin généraliste (3,5 Km), pharmacie (2,9 km), centre hospitalier (4,6 km). L'offre de déplacement en transport en commun repose sur l'existence d'une seule ligne de bus desservant ce quartier toutes les 30 minutes en début et fin de journée.

Bien que le quartier ne soit pas classé en zone CUCS et donc inéligible normalement à la mise en place d'une MSP, son développement exponentiel, la typologie du public et l'absence de médecin en font un territoire prioritaire pour la collectivité. Nous avons donc cherché à mobiliser les professionnels de santé sur ce projet, sachant que des locaux commerciaux de grande capacité sortaient de terre. Deux professionnels de santé « pharmaciens » convaincus que ce type de dispositif correspondait aux évolutions et aux demandes de la pratique libérale, se sont engagés à nos côtés pour passer de l'idée à l'acte. C'est ainsi que nous avons présenté en juillet 2014 le projet de MSP de Bel Air, à la commission d'étude et de validation réunie sous l'égide du préfet.

Compte tenu des particularités locales inédites et de la nature du portage du projet (Fonds privés), l'ARS et le Conseil Régional ont validé en séance sur ce secteur, le projet de création d'une MSP/MRS. Les porteurs ont donc rapidement acquis en (VEFA) les surfaces immobilières nécessaires à l'implantation d'une pharmacie et d'une Maison de Santé Pluri-professionnelle, soit près de 750 m². Dans le même temps, ils acquièrent une pharmacie du centre-ville de Salon (il existe 5 pharmacies sur un linéaire commerciale de 500 mètres) et engage les démarches en vue de son transfert sur Bel Air. Février 2015, le transfert de la pharmacie est accordé.

Depuis, de nombreux professionnels de santé se sont engagés sur ce projet (à ce jour : 3 médecins généralistes, un gynécologue, un orthophoniste, un ostéopathe, un psychologue, deux diététiciennes et des infirmiers), le projet de santé est en cours de définition et d'écriture. L'éducation thérapeutique du patient, la prévention et l'éducation à la santé seront sans aucun doute inscrits dans le projet de santé de ce territoire.

En septembre 2015, ce territoire sera doté d'une pharmacie et d'une Maison de Santé Pluri-professionnelle.

■ Période

De janvier 2014 à septembre 2015

■ Echelle de territoire concernée

Le quartier de Bel Air

■ Porteur/pilote principal

Projet porté par des professionnels de santé libéraux en étroite coopération avec la Direction de la Santé et de l'Environnement de Salon de Provence

■ Rôle de la collectivité

Soutien politique et technique

■ Budget

Budget de fonctionnement annuel (estimé ou réel) : Investissement initial près de 2 millions d'euros.

Contribution de votre collectivité : Création de parking

Principaux partenaires financiers : Conseil Régional PACA +/- 200.000 euros

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Ce projet s'inscrit pleinement dans l'aménagement du territoire en termes d'offre de soins de premier recours. Le quartier de Bel Air présente des indicateurs de fragilité manifeste. A chaque extrémité de la pyramide des âges, on retrouve des populations particulièrement vulnérables, pour qui l'accès aux soins de premier recours est une nécessité (enfants en bas âge, public âgés, familles monoparentales). Ici les seuils de distance, l'absence totale d'offre de soins, le volume de population concernée étaient à considérer.

■ Pour plus d'informations

Lionel Moynet, Directeur du SCHS de Salon de Provence

l.moynet@salon-de-provence.org

Description de l'action

Depuis 2008, la Ville de Strasbourg a fait du soutien à la création de Maisons urbaines de santé (MUS) sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) l'un des axes forts de sa politique municipale de santé.

Cet engagement poursuit plusieurs objectifs :

- **sécuriser une offre de soins de 1er recours sur les QPV, là où résident les habitant - e -s qui rencontrent et cumulent le plus de problèmes de santé,**
- **anticiper la tension liée à la diminution de la densité médicale sur les QPV, en soutenant la création de structures attractives pour des professionnel - le - s de santé désireux de s'installer.**

La densité moyenne des médecins généralistes installés sur la Ville de Strasbourg est de 1,33 médecins pour 1 000 habitants mais elle varie dans un rapport de 1 à 6 entre les quartiers : Spach-Rotterdam : 0.41 med/1 000 habitants ; Hautepierre : 0,76 med/1 000 habitants contre Centre Ville : 2.5 med/1 000 habitants.

La notion de MUS traduit une offre globale en santé sur un QPV, qui articule offre de soins de 1er recours et promotion de la santé :

- sur le modèle des Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), l'activité de professionnel - le - s de santé libéraux. Les équipes de base des MUS comprennent le plus souvent : des médecins généralistes (au minimum 2), et des professionnel - le - s paramédicaux (au minimum 1), tels que infirmiers - ères, kinésithérapeutes, orthophonistes. Cette équipe met en œuvre un suivi global du patient (réunions hebdomadaires, dossier médical partagé, formations croisées entre disciplines),
- l'inscription dans un réseau (Atelier santé ville / ATP santé) dédié à la promotion de la santé situé sur le territoire et le développement de collaborations avec des partenaires : services de la Ville de Strasbourg (Promotion de la santé de la personne : PMI, santé scolaire, centre dentaire ; Action sociale territoriale : CMS ; Soutien à l'autonomie ; ...), CMP de secteur, associations, CSC, ...
- la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé, collectives et individuelles, via la constitution d'une équipe appuyée sur une coordinatrice - eur et un - e adulte-relais,
- l'accueil de dispositifs pour compléter l'offre de soins : microstructure médicale, Point accueil écoute jeunes (PAEJ), consultations de tabacologie, dispositif ASALEE...
- l'accueil d'étudiants - e - s et la formation.

Cette fiche -action est à envisager en lien avec d'autres axes du CLS 2 :

- axe Santé mentale : développement de collaborations entre médecins généralistes des MUS et le CMP de secteur,
- axe Conduites à risques et addictions : soutien à la création de microstructures médicales et de PAEJ au sein des MUS,
- axe Cancers : développement d'actions de prévention du tabagisme, dont
- consultations de tabacologie au sein des MUS.

Trois MUS ont été créées pendant la période de réalisation du CLS I : Neuhof, Cité de l'III, et Hautepierre.

Un projet est en cours de finalisation à Koenigshoffen.

Points de vigilance :

- national : modalités de pérennisation et d'extension des NMR
- local : travail à initier sur un modèle de convention SISA-bailleur-ARS- Ville

■ Période

De 2015 à 2020

■ Echelle de territoire concernée

Plusieurs quartiers prioritaires de la Ville

■ Porteur/pilote principal

Ville de Strasbourg et ARS Alsace

■ Rôle de la collectivité

Rôle de plaidoyer pour la création et le soutien (politique/budgétaire) aux maisons de santé dans les quartiers, rôle facilité par les compétences de la ville en matière d'observation et les études réalisées en matière de démographie médicale ;
Rôle de facilitateur vis-à-vis des promoteurs pour l'élaboration du projet de santé, vis-à-vis des bailleurs pour les éventuels projets immobiliers ;
Rôle de « médiateur » vis-à-vis de l'ARS ALSACE dans le cadre d'un objectif prioritaire du contrat local de santé ;
Rôle de fédérateur et de mise en lien entre les acteurs libéraux et les acteurs de la santé primaire (PMI, santé scolaire, CMP, associations de promotion de la santé, habitants/adultes relais...)

■ Budget

Agence régionale de santé :

- 100 000 €, dédiés à l'équipement initial des MUS
- financement des microstructures médicales (16 000€ : cout moyen d'une microstructure) et des PAEJ (8 000€ : cout moyen d'une antenne PAEJ)
- allocation de financements spécifiques à l'exercice regroupé (NMR : Nouveaux modes de rémunération)
- mise en œuvre d'un appel à projets pour l'accompagnement des porteurs de projets par des consultants spécialisés

Ville de Strasbourg :

- soutien financier à l'installation, en fonction des besoins spécifiques de chaque projet. La Ville de Strasbourg a mobilisé ses services compétents pour la dimension immobilière des projets (Rénovation urbaine, Habitat),
- location d'un local au sein des MUS pour accueillir des dispositifs et activités (PAEJ, PRECCOSS, ...),
- participation au financement des PAEJ,
- accompagnement méthodologique (3 professionnels du service Promotion de la santé de la personne suivent les 4 projets sur le territoire de Strasbourg)

Appel à projets CUCS

DDCS : co-financement des PAEJ

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Les MUS facilitent l'accès à une offre globale pour les habitants des quartiers prioritaires :

- de soins de 1er recours assurée par une équipe pluridisciplinaire libérale,
- de prévention et de promotion de la santé
- de mise en réseau avec l'ensemble des acteurs des quartiers et des habitants

■ Pour plus d'informations

François Jouan, Chef du service promotion de la santé de la personne

francois.jouan@strasbourg.eu

Description de l'action

I - CONTEXTE : évolution de l'Espace Santé Jeunes en Centre de Santé pour jeunes

L'Espace Santé Jeunes de la ville de Valence, service de médecine préventive et de promotion de la santé, a été créé en 1993, articulé autour de la nécessité de prendre en charge la santé des jeunes étudiants Drôme-Ardèche et donc de mettre en œuvre un dispositif de santé universitaire mais également d'ouvrir cet espace aux jeunes en recherche d'emploi de la Mission Locale dont les bilans de santé étaient déjà assurés par les services de santé de la ville.

Après 20 années d'activité de médecine préventive, la Municipalité de Valence a souhaité faire évoluer ce service et étendre l'activité vers le soin, à l'image du Centre de santé interuniversitaire de Grenoble dont il constitue l'antenne de surveillance. Plusieurs besoins ont alors été identifiés :

- Une demande de soins, de prescription :
- Un accompagnement et une prise en charge nécessairement globale
- La prise en charge de situations de grande précarité
- Accompagnement et prise en charge des situations de handicap
- L'évolution de la démographie médicale
- Le cadre législatif : décret du 8 octobre 2008.

II – OBJECTIFS du Centre Santé Jeunes

- Réduire les inégalités de santé dans le cadre des études universitaires mais aussi dans l'insertion professionnelle.
- Articuler pour une même population de jeunes 16-25 ans (étudiants, jeunes en recherche d'emploi mais aussi autres jeunes en difficulté), l'accès aux droits, l'accès aux soins, la veille sanitaire, la prévention, l'éducation à la santé, la promotion de la santé...
- Favoriser l'accès à des soins adaptés aux jeunes adultes (prescription médicamenteuse raisonnée et contrôlée, suivis psychologiques, alternatives aux traitements médicamenteux de la sphère psychique).
- Effectuer une veille sanitaire (maladies à déclarations obligatoires et préconisation d'interventions..)
- Intégrer la promotion de la santé, dans une prise en charge thérapeutique de ces jeunes afin d'avoir une approche plus globale et préventive.
- Aider ces jeunes citoyens au bon usage du système de soins (informations sur l'assurance maladie, Mutuelles...)
- Participer aussi à la formation de jeunes médecins en les accueillant à l'Espace Santé Jeunes

III – Les services : les jeunes peuvent s'adresser au « Centre Santé Jeunes » pour :

- Des actes de médecine générale : des consultations de gynécologie, des consultations de planification familiale, des demandes d'IVG orientées vers les structures compétentes, des consultations de médecine du sport, des entretiens psychologiques, des entretiens et soins avec les infirmiers de prévention, des bilans de santé, des vaccinations, des actions d'éducation thérapeutique, des consultations avec une diététicienne.
- Des actions de prévention et de promotion de la santé : modules santé à thèmes (nutrition – bruit – environnement - alcool et consommations de toxiques – sexualité - sécurité routière), ateliers relaxation, ateliers gestion du stress
- Des actions de formations : Formation au secourisme (PSC1), Soutien méthodologique et réflexion pour les acteurs de terrain (universités, MPT...), Accueil et suivi de stagiaires : infirmier(e)s, étudiants en licence promotion de la santé et ou Master psychologie

■ Période

Depuis 2011

■ Echelle de territoire concernée

La commune

■ Porteur/pilote principal

Direction Santé Familles Environnement

■ Rôle de la collectivité

Le centre santé jeunes est un service municipal rattaché à la direction santé familles environnement. La ville porte la gestion administrative du centre, participe au budget de fonctionnement (60 000€) et a pris en charge son installation dans de nouveaux locaux (financements croisés CPER, université, Conseil régional et ville)

■ Budget

Budget de fonctionnement annuel (estimé ou réel) : 330 000€

Contribution de votre collectivité : porte le service et les charges de fonctionnement du Centre de Santé Jeunes

Principaux partenaires financiers : ARS, Région, Conseil Général, Association des Universités Drôme Ardèche.

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Communication particulière en direction des jeunes en difficultés et travail en réseau avec les adultes relais œuvrant auprès d'eux (prévention spécialisée, mission locale, PJJ, sauvegarde de l'enfance, diaconat protestant, samu social,...) ou de leur relais.

■ Pour plus d'informations

Dr Sylvaine Boige-Faure, Médecin directeur

sylvaine.boige-faure@mairie-valence.fr

Description de l'action

I - CONTEXTE : nécessité de renforcer l'accès aux soins sur les Hauts de Valence

1. Importantes difficultés d'accès aux soins dans les quartiers sensibles
2. Un état de santé dégradé pour les habitants de ces quartiers
3. Evolution de la démographie médicale et déficit de l'offre de soin ambulatoire dans les quartiers périphériques
4. Des attentes nouvelles des professionnels de santé face à des conditions de travail difficiles dans ces quartiers sensibles

II – OBJECTIF : accompagner les professionnels de santé vers la création d'un pôle de santé sur un quartier « politique de la ville », pour maintenir une offre de soin satisfaisante

Après 3 ans de réflexion avec les services de santé publique de la Ville, les professionnels de santé ont constitué le « Pôle Santé des Hauts de Valence » : c'est une association créée en novembre 2012 composée de 2 représentantes d'un Centre de Soins Infirmiers associatif (15 professionnels salariés) et de 24 professionnels libéraux, qui adhèrent à un projet de santé élaboré en commun : 4 médecins, 7 infirmiers libéraux, 5 pharmaciens, 2 kinésithérapeutes, 1 biologiste, 1 chirurgien-dentiste.

Dans le cadre de cette association, des procédures de collaboration entre professionnels de santé ont été mises en place. Afin de faciliter les liens entre tous les professionnels, l'association a obtenu un financement de l'ARS fin 2013 pour la mise en place d'un système informatique commun. Par ailleurs, la Ville a bénéficié d'une aide de l'ARS pour financer un accompagnement administratif au travers d'une prestation externe (Cabinet Conseil : Hippocrate Développement).

L'ensemble de ces professionnels a ainsi décidé de réorganiser les lieux d'offre de soins de ce quartier sur trois sites :

1. maison de santé Valence Europe (ex place Canteloube Fontbarlettes)
2. Projet de l'espace santé Chabeuil
3. Projet de maison de santé quartier du Plan

Ces trois sites font parties intégrantes de la rénovation urbaine du quartier et ont intégré les 10 priorités du Contrat Local de Santé élaboré par la Ville dans le même temps.

En octobre 2014, un des sites a été inauguré, il constitue aujourd'hui, un lieu clé et ressource pour la direction de la santé pour développer des actions de prévention.

■ Période

Depuis 2011

■ Echelle de territoire concernée

Un ou plusieurs quartiers

■ Porteur/pilote principal

Direction Santé Familles Environnement

■ Rôle de la collectivité

Accompagnement administratif : lien avec les partenaires institutionnels, recherche de subventions, ...
Accompagnement sur le volet immobilier

■ Budget

Contribution de votre collectivité : accompagnement par des agents de la ville (direction urbanisme, politique de la ville, santé...),

Principaux partenaires financiers : ARS, Région, Conseil Général

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Le pôle de santé permet de maintenir une offre de soin de qualité sur un quartier où les inégalités territoriales de santé étaient présentes.

La présence d'une équipe pluridisciplinaire permet de développer des actions de prévention et ainsi d'en faciliter l'accès (expl : café santé les jeudis matin)

■ Pour plus d'informations

Dr Sylvaine Boige-Faure, Médecin directeur, ou **Emeline Drevetton**, Coordinatrice Pôle promotion santé

sylvaine.boige-faure@mairie-valence.fr - emeline.drevetton@mairie-valence.fr

Description de l'action

D'avril 2004 à décembre 2014, la Ville de Villeurbanne a mené un partenariat avec la Mutualité française du Rhône, afin de proposer une permanence hebdomadaire d'accès aux droits de santé et d'accès aux soins. La médiatrice santé a ainsi accompagné les personnes les plus éloignées du système de soins :

- pour la formalisation de dossiers d'accès aux droits sociaux et aux complémentaires "santé",
- a fait la passerelle avec les structures de droit commun,
- a informé les publics sur les modalités d'accès aux soins.

Quelques accompagnements physiques ont pu s'opérer lorsque les personnes ne semblaient pas suffisamment autonomes. Au regard des besoins identifiés (notamment par le CCAS, la Mission locale, le service municipal de Santé scolaire et le Programme de réussite éducative), la Ville de Villeurbanne inscrit l'internalisation de cette action dans le cadre du Contrat local de santé 2014-2016, afin de la développer.

En mai 2014 est créé un poste dédié de médiateur santé au sein de la DSP en partenariat avec la Préfecture du Rhône, à l'aide du dispositif "emplois d'avenir".

MISSIONS DU MEDIEATEUR SANTE :

- accompagner et informer les Villeurbannais à l'accès aux droits de santé et à l'accès aux soins en assurant un lien avec les institutions et les services de santé,
- promouvoir les dispositifs d'aide et d'accompagnement de droit commun d'accès aux droits de santé (CMU, ACS, AME) auprès des bénéficiaires potentiels.

ACTIVITÉS DU MEDIEATEUR SANTE :

- tenir des permanences d'accueil d'accès aux droits de santé, pour :
- aider à la constitution de dossiers administratifs, à partir de cahier des charges,
- informer et orienter vers les lieux et les personnes ressources, sans donner d'appréciation sur les situations rencontrées,
- accompagner physiquement les personnes dans leurs démarches de soins (prise et accompagnement aux rendez-vous planifiés) auprès de professionnels de soins de premiers recours et/ou de spécialistes,
- animer des temps collectifs d'information,
- participer aux actions partenariales locales en lien avec les missions, notamment dans le cadre de la Commission "Accès aux droits de santé" du CLS,
- se tenir informé des évolutions réglementaires en matière d'accès aux droits de santé.

■ Période

Depuis mai 2014

■ Echelle de territoire concernée

La commune

■ Porteur/pilote principal

Direction de la Santé publique (DSP) – Ville de Villeurbanne

■ Rôle de la collectivité

Employeur du médiateur santé à titre expérimental sur une période de 3 ans.

■ Budget

Principaux partenaires financiers : Ville de Villeurbanne, DDCS du Rhône (emploi aidé)

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

- réduction de la fracture d'accès aux droits de santé et d'accès aux soins vis-à-vis des Villeurbannais les plus éloignés du système de soins,
- participation à l'autonomisation des personnes dans leur parcours de santé,
- facilitation de certaines prises en charge (hospitalières ou libérales) de personnes en difficulté, vis-à-vis des professionnels de santé,
- fluidification des prises en compte des droits des personnes par l'Assurance maladie, les organismes complémentaires, ...

■ Pour plus d'informations

Mathieu Fortin, Coordonnateur santé

mathieu.fortin@mairie-villeurbanne.fr

Description de l'action

Suite aux diagnostics locaux de santé et dans le cadre des grands projets du mandat, une étude d'opportunité pour la création d'une Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) a été réalisée en 2009. Bien que les acteurs se soient exprimés favorablement sur un tel projet, aucun professionnel libéral n'a pu se mobiliser par la suite.

En juin 2012, la Ville de Villeurbanne est interpellée par un médecin généraliste exerçant sur le quartier Saint-Jean, sur un projet de MSP "universitaire". Une première rencontre entre plusieurs praticiens de ce quartier, permet d'affiner le contexte local et les enjeux pour chacun d'entre eux. Ces derniers décident d'étendre la réflexion avec les professionnels exerçant sur le quartier limitrophe de Buers – Croix-Luizet (quartier prioritaire au sens de la politique de la ville). Fin 2012, un groupe de professionnels de santé intéressés par un tel projet se constitue.

En mai 2014, les professionnels de santé se constituent en association, réunissant 4 médecins généralistes, 4 infirmiers, 4 orthophonistes. Le projet de santé (en cours d'élaboration) prévoit l'association supplémentaire d'au moins 2 masseurs-kinésithérapeutes.

■ Période

Depuis fin 2012

■ Echelle de territoire concernée

Un ou plusieurs quartiers

■ Porteur/pilote principal

Association des professionnels de santé (APS) des Buers

■ Rôle de la collectivité

- secrétariat du collectifs des professionnels de santé, de la mobilisation des praticiens jusqu'à la constitution de leur association,
- accompagnement des membres de l'association sur la recherche foncière,
- mise à disposition d'une salle de réunion à l'association (travaux sur les plans des locaux et formalisation du projet de santé),
- accompagnement des membres de l'association sur les aspects "observation locale des besoins de santé", en amont de la formalisation du projet de santé,
- projet d'achat et aménagement des 500 m2 de locaux pour une mise à disposition locative à l'association,
- projet de partenariat avec la MSP après son ouverture avec : le service municipal de Santé scolaire, la mission de Médiation santé, pour fluidifier les parcours de soins et le service de Promotion santé pour le développement d'actions locales (dépistages).

■ Budget

Contribution de votre collectivité : achat et aménagements des locaux (investissement)

Principaux partenaires financiers : (pressentis) Ville de Villeurbanne (investissement uniquement), Région Rhône-Alpes, ARS

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Prises en charge de premier recours coordonnées des habitants d'un quartier :

- avec 2 zones classées "Quartier politique de la ville" (QPV),
- à forte augmentation démographique,
- associée à une baisse démographique des professionnels de soins de premier recours (médecine générale principalement).

■ Pour plus d'informations

Mathieu Fortin, Coordonnateur santé

mathieu.fortin@mairie-villeurbanne.fr

Description de l'action

En 2012, la DSP fait le constat que les médecins généralistes Villeurbannais ont majoritairement une activité professionnelle isolée, avec un emploi du temps très chargé. Ils ne sont pas disponibles pour participer à des événements municipaux en revanche, ils se disent intéressés par des informations utiles et concrètes.

D'autre part, d'autres directions municipales montrent qu'il existe peu de liens entre la Ville de Villeurbanne et les professionnels de santé. Un outil de communication pour valoriser les actions de santé pourrait également être partagé avec les principaux partenaires de la DSP.

Le format cadre de la lettre électronique (4 numéros par an) :

- 1 dossier thématique (1 à 4 articles),
- 1 zoom en lien avec le dossier,
- 1 focus sous format d'interview,
- les actualités locales,
- l'agenda santé local pour le trimestre.

■ Période

Depuis février 2013

■ Echelle de territoire concernée

La commune

■ Porteur/pilote principal

Direction de la Santé publique (DSP) – Ville de Villeurbanne

■ Rôle de la collectivité

La DSP assure :

- l'animation du Comité de rédaction,
- la rédaction en chef de lettre.

■ Budget

Budget de fonctionnement annuel (estimé ou réel) : 1 500 € (4 000 € initialement)

Principaux partenaires financiers : Ville de Villeurbanne

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Au-delà de la promotion des actions santé menées par la Ville et de ses partenaires, cet outil :

- favorise ou renforce la mise en réseau des acteurs sur le territoire,
- donne des informations pratiques aux professionnels pour leur pratique ou à relayer auprès de leur patientèle,
- rend compte de l'observation en santé réalisée sur la ville.

■ Pour plus d'informations

Pascale Colom, Médecin directeur de la Santé publique

pascale.colom@mairie-villeurbanne.fr

Description de l'action

L'Office villeurbannais des personnes âgées et des retraités (Ovpar) – association type Loi 1901 dont la Ville de Villeurbanne est le principal financeur – est en charge d'un programme d'actions en lien avec l'évolution des besoins de la population vieillissante et des personnes qu'il accompagne.

Initiateur de la coordination gérontologique et Clic expérimental dès 2001, l'Ovpar propose depuis des dispositifs complémentaires pour les aidants, qu'ils soient professionnels ou familiaux, dans une démarche d'anticipation et de prévention face à des situations complexes.

L'Ovpar anime un ensemble de trois dispositifs d'aide aux aidants en lien avec l'adulte âgé de plus de 60 ans : "Les cellules de concertation clinique", "Les temps de médiation" et "Les groupes de parole des familles".

Ces dispositifs poursuivent les objectifs suivants :

- partager des pratiques professionnelles et orienter vers une décision collégiale au bénéfice de l'adulte âgé vulnérable (Les cellules de concertation clinique),
- donner et/ou redonner à l'adulte âgé et à chaque aidant (membre de la famille, professionnel, bénévole, entourage, ...) une place dans l'accompagnement (Les temps de médiation),
- prévenir l'épuisement physique et psychologique des familles pour améliorer la relation de l'aidant familial auprès du proche âgé (Les groupes de parole aux familles).

Ces trois dispositifs s'articulent de la manière suivante :



Ils se caractérisent par :

- une animation unique et partagée (par une psychologue clinicienne), ce qui permet la continuité de la pensée autour de la situation et n'est pas associée à une autarcie nuisible, un enfermement ;
- la complémentarité et les passerelles d'accès entre les dispositifs en fonction du critère unique de chaque situation vécue ;
- la neutralité du lieu des rencontres (Maison des aînés).

Ces trois dispositifs s'appuient sur :

- un réseau de professionnels de santé et de l'accompagnement au domicile qui les légitime : ceux-là même qui le portent en sont bénéficiaires ;
- le service Concertation et réflexion de l'Ovpar qui apporte un soutien logistique et méthodologique au réseau, une interface privilégiée et réactive.

L'ensemble de ces dispositifs a une spécificité territoriale limitée aux Villeurbannais de plus de 60 ans. Ils répondent aux difficultés dont les répercussions peuvent aller jusqu'à fragiliser les intervenants eux-mêmes dans leur pratique professionnelle et donc l'institution représentée.

A noter que l'Observatoire régional des actions innovantes sur la dépendance et l'autonomie (Oraida) a reconnu en 2012 "Les temps de médiation", comme dispositif innovant.

■ Période

Non précisé

■ Echelle de territoire concernée

La commune

■ Porteur/pilote principal

Office villeurbannais des personnes âgées et des retraités

■ Rôle de la collectivité

Non précisé

■ Budget

Non précisé

■ Pour plus d'informations**Claire Alisaïd-Guérin**, Directrice de l'Ovparclaire.alisaïd-guerain@ovpar.fr

Description de l'action

Le Service municipal de santé scolaire (SMSS) intervient auprès des enfants scolarisés de la grande section de maternelle au CM2 selon cinq axes :

- la réalisation du bilan de santé de 6 ans, obligatoire selon le Code de la Santé Publique,
- le suivi des élèves par des examens à la demande et des dépistages systématiques,
- la prévention de l'échec scolaire,
- l'intégration des enfants porteurs d'un handicap,
- les interventions pour la protection de l'enfant en danger ou victime de mauvais traitements,
- une approche globale de la promotion et de l'éducation à la santé.

En poursuivant 3 objectifs :

- la réussite scolaire pour tous,
- la prévention précoce en santé,
- la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Et en adaptant les moyens dédiés au service en fonction des besoins des enfants scolarisés identifiés.

■ Période

Non précisé

■ Echelle de territoire concernée

La commune

■ Porteur/pilote principal

Direction de la Santé publique (DSP) – Ville de Villeurbanne

■ Rôle de la collectivité

Assurer la délégation de service de l'Education nationale sur le territoire communal

■ Budget

Non précisé

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Les actions du service municipal se déclinent en fonction des quartiers selon le principe d'universalisme proportionné. Les dépistages et les actions collectives de promotion de la santé sont réalisés dans toutes les écoles mais les pratiques sont adaptées d'une école à l'autre. Les temps infirmiers sont majorés dans les écoles les plus en difficultés ; par ailleurs un certain nombre d'indicateurs de santé, social et environnementales sont suivis chaque année.

■ Pour plus d'informations

Pascale Colom, Médecin directeur de la santé publique

pascale.colom@mairie-villeurbanne.fr

Description de l'action

Afin de réduire les inégalités d'accès aux soins et à la prévention, la DSP relaie certaines campagnes de prévention et d'information au plus près des habitants, notamment sur les quartiers prioritaires. Ces actions de proximité répondent aux axes du Projet régional de santé (prévenir les risques environnementaux, ou encore fluidifier les parcours de santé pour les pathologies chroniques).

Prévention du diabète de type 2 : sensibilisation par le test glycémique

Depuis 2007, la Ville de Villeurbanne s'associe l'association des diabétiques du Lyonnais (Adly), l'association Dialog's (réseau de prise en charge du diabète de type 2), le Bus info santé du Département du Rhône, la Cnam du Rhône, le Syndicat des pharmaciens du Rhône, la Camieg du Rhône et l'association ABC diététique, dans le cadre de la semaine de prévention du diabète de type de la Fédération française des diabétiques (FFD), qui se traduit par l'organisation :

- ↳ de stands d'information sur les marchés, afin de cibler la tranche d'âge des personnes concernées par la problématique,
- ↳ de tests de glycémie et des points d'informations dans les pharmacies d'officine : un questionnaire préalable au test permet aux pharmaciens d'aborder avec leurs patients leurs facteurs de risque d'apparition du diabète,
- ↳ d'ateliers d'échanges avec les habitants des quartiers prioritaires.

Octobre rose : sensibilisation au dépistage organisé du cancer du sein

Depuis 2010, la Ville de Villeurbanne s'associe à la campagne de promotion du dépistage organisé en partenariat avec : l'Adémas 69, la Ligue contre le Cancer, l'association Europa donna, la Cnam du Rhône, le Bus info santé du Rhône, la Camieg, et les commerçants du centre-ville.

Les actions mises en place poursuivent deux objectifs :

- ↳ **créer un événementiel autour d'octobre rose :**
 - illumination de l'Hôtel de Ville en rose,
 - parcours d'exposition d'œuvres réalisés dans le cadre de Venus 4 dans certains lieux phares de la ville et chez les commerçants du centre-ville,
 - animation d'un stand d'informations,
 - mise à disposition auprès de structures de proximité ou professionnels, d'outils d'information et de sensibilisation du dispositif national,
 - information des employés municipaux.
- ↳ **aller vers les populations les plus éloignées du dépistage :**
 - ateliers socio artistiques dans le cadre de Vénus,
 - accompagnement par des professionnels des quartiers prioritaires de groupes de femmes afin de participer aux différentes actions menées,
 - information et sensibilisation des professionnels paramédicaux et sociaux des quartiers prioritaires.

Mars bleu: sensibilisation au dépistage organisé du cancer colorectal

Depuis 2012, la Ville de Villeurbanne s'associe à la campagne de promotion du dépistage organisé en partenariat avec l'Adémas 69, la Ligue contre le Cancer, la Mutualité française Rhône-Alpes, UFR Staps de Lyon et le Centre Léon-Bérard :

- ↳ diffusion d'outils d'information et de sensibilisation du dispositif national auprès des structures de proximité,
- ↳ action d'information et de sensibilisation d'habitants d'un quartier prioritaire par des professionnels du quartier formés comme relais,
- ↳ accueil du Côlon tour® (en avril 2015).

■ Période

Variable en fonction des actions

■ Echelle de territoire concernée

La commune, un ou plusieurs quartiers

■ Porteur/pilote principal

Direction de la Santé publique (DSP) – Ville de Villeurbanne

■ Rôle de la collectivité

- mise en réseau des acteurs,
- animation du Comité de pilotage dédié à chaque action,
- formalisation du plan et des outils de communication grand public,
- suivi des actions menées,
- participation logistique (mise à disposition de locaux, d'emprises sur la voie publique) sur certaines actions,
- participation à la mise en œuvre de certaines actions.

■ Budget

Non précisé

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Informier et sensibiliser des publics les plus éloignés des actions de dépistages :

- en "allant vers",
- en adaptant les messages,
- en prenant en compte l'environnement des personnes.

■ Pour plus d'informations

Corinne Bernard, Chargée de projets promotion santé

corinne.bernard@mairie-villeurbanne.fr

Description de l'action

La ville de Montreuil dispose de 5 Centres Municipaux de Santé médicaux et dentaires qui s'inscrivent en complémentarité de l'offre de soins libérale et d'un centre de Santé privé. Dès la mise en place de la démarche Atelier Santé Ville en 2002, l'observation de l'offre de soins sur la Ville a été un objectif de travail : recueil de données avec un annuaire santé, cartographies de l'offre de soins (secteur médical et paramédical) avec le service Etudes Habitat. Jusqu'à deux études en géographie de la santé sur la disponibilité spatiale et temporelle de l'offre de soins de 1er recours sur Montreuil et étude sur le recours aux soins dans le cadre de la santé de la mère et de l'enfant dans deux territoires politique de la ville.

Les cartographies ont montré une césure entre le Haut – Montreuil et le Bas-Montreuil et la désertification de certains quartiers. Bien que non référencée jusqu'à présent comme territoire déficitaire par l'ARS, la ville de Montreuil est dans le cadre du nouveau SROS zonée zone fragile ; Sa démographie médicale et paramédicale diminue globalement et selon les professions d'année en année malgré des installations réussies de quelques professionnels, infirmier(e)s en ZUS, 1 pédiatre (rue de Paris); deux médecins généralistes dans un quartier dépourvu (Branly-Boissières) dans des locaux municipaux.

Un partenariat est par ailleurs engagé avec le bailleur social OPHM pour des locaux à loyers modérés qui permettent l'installation de médecins, infirmiers.. Mais aussi le maintien sur le territoire d'associations socio-sanitaires pour des prises en charge spécifiques : par exemple Solienka pour des prises en charges en santé mentale ; le CSAPA PASS93 pour la prise en charge des problématiques alcool...

Dans ce cadre un partenariat est également effectif avec URPS médecins qui organise annuellement un colloque « s'installer en Seine- Saint -Denis » auprès de jeunes praticiens qui permet de recenser les locaux disponibles ou futurs par exemple par des départs en retraite.

Une mise en lien peut alors se faire entre les différentes demandes et les offres de locaux disponibles à un temps t. Des locaux ont par ailleurs été réservés dans le cadre de PRUS à l'achat. De plus, La Mission Handicap peut informer les professionnels de santé libéraux sur la réglementation et les démarches relatives à la mise en accessibilité de leur cabinet.

■ Période

De 2002 à ce jour

■ Echelle de territoire concernée

La commune, un ou plusieurs quartiers, l'intercommunalité

■ Porteur/pilote principal

Ville de Montreuil

■ Rôle de la collectivité

Ingénierie et mise à disposition de locaux ainsi que d'un budget ville pour les travaux (service immobilier)

■ Budget

Contribution de votre collectivité : Mise à disposition de locaux municipaux et travaux qui y ont été réalisées ainsi que coût RH en matière d'ingénierie de projet. Principaux partenaires financiers : Ville, bailleur social OPHM. Cette problématique de l'offre de soins est un des axes stratégiques du volet santé du CDV qui a été défini à l'échelon intercommunal.

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Dans le cadre de la démarche ASV une attention particulière est portée aux ZUS et territoires politique de la ville notamment pour l'offre de soins de premier recours type Médecins généralistes. Sont concernés aussi les quartiers repérés avec une fracture territoriale au local. La localisation des médecins spécialistes est moins soumise à cette notion de quartier. Les installations sur Montreuil sont soutenues.

■ Pour plus d'informations

Nathalie Christol-Jegou, Coordinatrice Atelier Santé Ville et Contrat Local de Santé

nathalie.jegou@montreuil.fr

Description de l'action

Suite à l'arrêt des gardes communales de nuit du secteur libéral dès 2004, la Ville a travaillé avec l'Amicale des Médecins de Montreuil pour la mise en place de la Maison Médicale de Garde dans le cadre de la Permanence des Soins Ambulatoire. Les médecins libéraux sont au cœur de ce dispositif puisque seule une association de médecins libéraux était juridiquement habilitée à déposer les demandes de subventions à l'Agence Régionale de Santé et à percevoir la subvention de fonctionnement. Suite à différentes propositions de locaux, l'amicale nous informait du choix fait dans un premier temps de mettre en place une activité médicale de permanence des soins pour le secteur de «Montreuil-Bagnolet» (secteur initial) tous les dimanches de 8 heures à 20 heures à leur cabinet médical avec régulation par le centre 15. Ce, à compter du 10 décembre 2006.

Après quelques années d'exercice, les médecins ont souhaité réétudier la possibilité d'une garde postée dans un lieu unique. Une recherche de locaux a de nouveau été lancée. Lors des différents comités de pilotage réunissant notamment le CHIAG, l'ARS, le centre 15, la ville de Montreuil, la CPAM93, la ville de Bagnolet et l'ordre départemental des médecins, a été actée la localisation de la MMG au CMS Bobillot. L'activité de cette MMG répond à un besoin d'offrir à la population des soins de 1er recours, aux horaires de la permanence de soins, dans des délais rapides, évitant ainsi des attentes trop importantes voire inutiles aux urgences.

Une convention quadripartite validée en CM du 6 mai 2010 a été signée (Ville de Montreuil, Bagnolet, CHIAG, Amicale des Médecins de Montreuil et ville de Bagnolet). Cette convention prévoit la participation des médecins des CMS à la MMG dès parution des décrets d'application de la loi HPST le permettant.

A l'ouverture, en mai 2010, seuls les dimanches et jours fériés étaient concernés par la MMG. En février 2011 une extension des horaires d'ouverture au samedi après-midi de 12h00 à 20h00 a été validée et rendue possible au regard du nombre de médecins volontaires.

Durant les 5 années de fonctionnement, le nombre de patients pris en charge par la MMG a augmenté grâce aux supports de communication réalisés par la Ville (affiches et flyers).

- En 2011, 2 012 personnes dont 73% des Montreuillois ont été reçus.
- En 2012, 2 936 patients dont 75 % Montreuillois accueillis.
- En 2013, 3 149 patients dont 78% de Montreuillois ont été pris en charge.
- En 2014, 2 967 patients ont été accueillis à 78 % des montreuillois.

■ Période

Depuis 2010

■ Echelle de territoire concernée

La commune, un ou plusieurs quartiers, secteur de la PDSA Pantin, Les Lilas, Romainville, Prés Saint Gervais ; Montreuil & Bagnolet

■ Porteur/pilote principal

Amicale des Médecins de Montreuil/ Ville de Montreuil

■ Rôle de la collectivité

La Ville a notamment participé au soutien auprès de l'Amicale des Médecins en matière de montage du dossier de demande de subvention et a mis des moyens à disposition : l'utilisation gratuite d'un cabinet médical au CMS Bobillot pour son fonctionnement, réalisation de différents travaux de rénovation et d'agencement : peintures, mise en place d'une ligne téléphonique dédiée....

■ Budget

Au démarrage, la MMG a bénéficié d'un soutien financier mais aussi logistique de la ville de Montreuil.

Par la suite, l'AMM a obtenu un soutien financier de l'ARS, la Ville met à disposition ses locaux et paie les coûts d'entretien et de fonctionnement des locaux.

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Cette action relève plutôt du droit commun santé, la convention prévoit néanmoins la pratique du 1/3 payant

■ Pour plus d'informations

Nathalie Christol-Jegou, Coordinatrice Atelier Santé Ville et Contrat Local de Santé

nathalie.jegou@montreuil.fr

Description de l'action

La Ville de Montreuil s'est engagée dans un Contrat Local de Santé de préfiguration en 2012 et renforcé par la suite jusqu'en 2017. Le CLS renforcé est cosigné par l'ARS, L'Etat, la CPAM93, le CG93, la ville de Montreuil.

Ce CLS comporte 12 axes et 25 fiches actions axées sur l'accès aux soins mais aussi sur des actions de prévention et du secteur médico-social, Ils sont pilotés par les services de la Direction de la Santé (SCHS, CMS qui ont des missions de soins mais aussi de prévention, l'ASV dans lequel est dédié un poste de chargée de mission en santé communautaire, la Mission Handicap, la mission réseau santé des adolescents et santé mentale, mais aussi par d'autres directions : Directions des Solidarités (CLIC et service intégration, Direction citoyenneté et politique de la Ville (mission droits des femmes), Direction tranquillité publique (mission CLSPD) et Direction espace public et environnement (A21 et inscription du CLS dans sa totalité à l'agenda 21).

Différentes actions de dépistage sont réalisées telles que les dépistages VIH, des maladies rénales, de la tuberculose avec AIDES Montreuil, RENIF, et l'équipe mobile de dépistage de la tuberculose (CG93).

Un agent de prévention au SCHS dépiste par ailleurs les enfants de CM1 en matière de surpoids et d'obésité dans le cadre du plan de lutte contre l'obésité.

Le Contrat local de santé (CLS) a un objectif de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Il porte des actions articulant les politiques sectorielles multiples : santé, solidarité, citoyenneté, environnement, jeunesse, sport...Le CLS a en effet

- **une approche thématique** : prévention du saturnisme, lutte contre l'habitat dégradé et contre les pathologies liées à la précarité énergétique, la santé environnementale, la santé mentale, l'éducation thérapeutique des patients diabétiques, la lutte contre les addictions, l'éducation à la sexualité, la prévention VIH,
- **une approche relative à la santé des populations** : avec la santé des enfants (lutte contre la mortalité infantile, prévention de l'obésité, prévention bucco-dentaire), la santé des migrants, la santé des femmes (nutrition, prévention des violences faites aux femmes, DO du cancer du sein), la santé des jeunes, la santé des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ; la santé des plus vulnérables.

Dans le cadre de la santé des plus vulnérables un réseau précarité et une PASS ambulatoire ont notamment été mis en place (voir fiche action). Par ailleurs, la Mission handicap développe et anime un réseau de professionnels et de parents autour de l'autisme ; un des axes de travail se dégageant est celui de l'accès aux soins et à la prévention des personnes avec autisme,

De plus, tous les CMS ont fait l'objet d'un diagnostic accessibilité. La programmation sur les deux ans à venir de travaux de mise aux normes accessibilité dans un Centre Municipal de Santé, en concertation avec les usagers, participe de cette politique d'inclusion et d'accès aux soins de santé.

■ Période

Depuis 2012

■ Echelle de territoire concernée

La commune, un ou plusieurs quartiers

■ Porteur/pilote principal

Ville de Montreuil

■ Rôle de la collectivité

Cofinancement de la démarche ASV, des actions de santé publique voire financement global (Action de lutte des pathologies liées à la précarité énergétique)

■ Budget

Contribution de votre collectivité : coût RH en matière d'ingénierie de projet

Principaux partenaires financiers : ARS et Etat pour le fonctionnement ASV et CLS ; pour les actions de santé publique : ARS et CG93 (programme départemental bucco-dentaire) en sus de la part Ville.

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Dans le cadre de la démarche ASV et dans le cadre du CLS, une attention particulière est portée aux quartiers ZUS. Par exemple, dans le cadre du plan de lutte contre l'obésité, les actions de prévention sont prioritaires en écoles ZEP et non ZEP où on note une différence significative (thèse médicale)

■ Pour plus d'informations

Nathalie Christol-Jegou, Coordinatrice Atelier Santé Ville et Contrat Local de Santé

nathalie.jegou@montreuil.fr

Description de l'action

Cette action est inscrite au CLS (fiche action 20) en articulation avec le groupe de travail du réseau précarité et en transversalité d'autres axes du CLS (santé des jeunes, santé des migrants...).

Les objectifs sont l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de vulnérabilité sociale.

Des CPAS (consultations précarité d'accès à la santé) qui sont des consultations de médecine générale gratuites pour les personnes sans droits ainsi qu'un accompagnement social par un travailleur social au CMS Léo Lagrange sont réalisés.

Des formations accès aux droits de santé en partenariat avec la CPAM 93 pour éviter les ruptures de droits ont été réalisées auprès de nombreux et différents acteurs locaux socio-sanitaires.

Dans le cadre de l'expérimentation de la PASS ambulatoire, cette dernière est effective depuis fin 2014 avec la mise en place d'une convention d'effecteurs de soins : les effecteurs de soins sont les CMS mais aussi les professionnels du secteur libéral : une pharmacie, un cabinet de radiologie, un médecin généraliste, des infirmiers et un laboratoire d'analyse médicale à ce jour.

En 2015, la recherche d'autres effecteurs de soins sera poursuivie.

La PASS ambulatoire est un dispositif qui a pour objectif de permettre la réalisation de soins extra- hospitaliers à des personnes en attente d'ouverture de droit. Elle s'adresse aux personnes sans couverture maladie et aux personnes avec une couverture maladie non optimale.

Les situations dans lesquelles avoir recours à la PASS ambulatoire sont des soins déjà prescrits par un médecin ou le besoin d'être vu par un médecin et qui ne peuvent pas attendre l'ouverture des droits.

Dans le cadre du partenariat mis en place avec l'assurance maladie, le principe est de mettre en attente la facture liée à la consultation, le temps que le patient recouvre des droits. Dans le cas contraire, les dépenses engagées par le praticien lui seront remboursées par la Ville.

Deux infirmières coordinatrices des CMS sont référentes sur cette action.

■ Période

Expérimentation dès 2012

■ Echelle de territoire concernée

La commune

■ Porteur/pilote principal

Ville de Montreuil

■ Rôle de la collectivité

Cofinancement de l'action et coanimation CMS /ASV du groupe de travail du réseau précarité

■ Budget

Contribution de votre collectivité : co financement du réseau précarité et de la PASS ambulatoire & ingénierie de projet. Soutien de l'ARS et de la politique de la ville (CUCS précédemment et CDV intercommunal en cours) sur cette action.

Contribution de l'action à la réduction des inégalités de santé

Publics en situation de vulnérabilité sociale concernés par l'accès aux droits de santé et à l'accès aux soins.

Description de l'action

Contexte : La Mission santé publique de la Ville de Nantes conduit depuis 2009 une démarche d'observation de la santé des nantais ayant permis d'objectiver des inégalités de santé très marquées entre les quartiers prioritaires nantais et le reste de la ville (surpoids et obésité, santé bucco-dentaire, mortalité prématurée). Le même constat d'inégalités a été posé pour ce qui concerne le recours aux soins et à la prévention, à partir de l'analyse de la base de données du régime général de l'Assurance Maladie (accès aux dépistages, aux dentistes, etc...).

Par ailleurs, si l'étude de la répartition de l'offre de soins de 1er recours à l'échelle municipale ne classe pas Nantes comme territoire prioritaire, pour autant, une analyse à l'échelle des quartiers prioritaires de Bellevue et Nantes Nord a laissé entrevoir une pénurie de l'offre de médecins généralistes, de spécialistes, et de certaines professions paramédicales.

Enfin, une recherche réalisée à la demande de la Mission santé publique, à l'échelle du quartier prioritaire de Bellevue et ayant associé plus de six cents habitants, a permis d'identifier des leviers susceptibles de favoriser le maintien d'une offre de santé de qualité sur ces quartiers. En analysant les freins à l'accès aux soins des habitants, il nous a ainsi semblé que la création de Maisons de santé pluri-professionnelles pourrait être une réponse adaptée ; ces structures ayant comme double avantage de rendre plus attractifs ces territoires pour l'installation des professionnels de santé, et de faciliter l'accès aux soins des habitants.

Lorsque des médecins généralistes de Bellevue et de Nantes Nord se sont rapprochés de la Ville de Nantes, en recherche d'un appui pour créer de telles structures, la Mission santé publique a donc été missionnée pour faciliter l'information et la coordination des professionnels libéraux de santé sur ces deux quartiers, pour faciliter la mise en lien avec l'ensemble des partenaires associatifs avec lesquels nous travaillons, et mettre à disposition les données de santé dont nous disposons pour la réalisation des diagnostics de besoins.

Objectif général du Projet : faciliter l'accès aux soins et à la prévention des habitants des quartiers prioritaires de Bellevue et Nantes Nord

Objectifs opérationnels :

- 1) Favoriser le développement et le renouvellement sur ces territoires, d'une offre de soins de proximité, pluri-professionnelle et coordonnée, adaptée aux publics en situation de précarité.
- 2) Développer des actions de prévention avec et pour les habitants, notamment les publics à distance de la prévention et du soin, en s'appuyant sur la dynamique des réseaux locaux de santé (animés dans le cadre de l'Atelier Santé Ville), et les partenaires associatifs de la Mission Santé Publique.
- 3) Faciliter l'accès aux droits (CMUC, ACS, AME) et lutter contre le non recours, en accompagnant les publics dans leurs démarches (notamment les usagers sans mutuelle).
- 4) Développer la formation/sensibilisation et l'accompagnement des professionnels du soin, ainsi que les professionnels du secteur sanitaire et social, sur les thématiques complexes (addictions, santé mentale/souffrance psychique, santé sexuelle).

La Maison de Santé pluri-professionnelle n'est donc ni un établissement de santé (la MSP assure des activités de soins sans hébergement), ni un cabinet de groupe (l'exercice est pluri-professionnel et coordonné), ni un centre de santé (les professionnels ne sont pas salariés).

Bref descriptif de l'action : Les deux projets de Nantes Nord et de Bellevue ont suivi approximativement le même déroulé, et s'inscrivent tous deux dans le cadre de projets de Renouvellement Urbain menés avec l'ANRU.

Après des temps d'information, organisée par la Ville avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), à laquelle ont été invités l'ensemble des professionnels de santé libéraux de ces deux quartiers, un comité de pilotage de la Maison de santé a été assez rapidement constitué, avec un ou deux représentants des professionnels par métier. Pour ce faire, les professionnels de santé se sont réunis à plusieurs reprises par groupes métiers, pour se positionner, et réfléchir à des propositions communes. Ces comités de pilotage nous ont permis d'engager collectivement l'écriture des projets de santé (à partir du diagnostic des besoins des habitants, et de l'étude de faisabilité en cours de réalisation auprès des professionnels du quartier), en distinguant l'organisation des soins (qui concerne seulement les professionnels de santé), du volet prévention qui mobilise davantage la Mission santé publique et ses partenaires ressources.

Les modes de collaborations de la Maison de santé avec la Ville de Nantes et ses partenaires seront inscrits à terme dans le projet de santé signé par les professionnels de santé libéraux. Notamment pour que des espaces

(approximativement 100 à 200 m2) soient bien réservés au développement des projets associant les directions municipales, les habitants et les associations. Des collaborations sont déjà en discussion entre la Mission santé publique et les professionnels engagés dans le projet, via des permanences de travailleurs sociaux pour les soutenir sur le volet médico-social (ouverture des droits, etc...), le développement des liens avec le Csapa Le Triangle (addictions), l'association Sport pour tous (favoriser l'activité physique pour enfants en surpoids et personnes diabétiques...), l'Unafam (soutien des familles/santé mentale), ou encore l'Unité Gynéco Obstétrique Médico-Psychosociale du CHU (santé des femmes).

Concernant la participation des habitants, deux stratégies semblent aujourd'hui possibles pour les associer à l'écriture du projet de santé. Ils pourront être mobilisés soit par les médecins libéraux eux-mêmes (méthode expérimentée avec succès par la Maison de santé d'Angers), ou consultés via les instances mises en place dans le cadre du Renouveau urbain. Les professionnels de santé devraient également annoncer la constitution d'une association des professionnels de la Maison de santé, pour permettre une meilleure visibilité des acteurs mobilisés. Les professionnels les plus actifs dans la mise en place du projet ont été habitués jusqu'ici à travailler de façon relativement isolée (ce qu'ils regrettent le plus souvent). Leur regroupement au sein d'une Maison de santé nécessitera donc une phase d'apprentissage.

■ Période

Depuis 2014

■ Echelle de territoire concernée

Un ou plusieurs quartiers

■ Porteur/pilote principal

Mission santé publique de la Ville de Nantes

■ Rôle de la collectivité

Coordination des professionnels de santé libéraux avec une posture de facilitateur

■ Budget

Budget de fonctionnement annuel (estimé ou réel) : Non défini

■ Pour plus d'informations

Xavier Samson, Chargé de projets

xavier.samson@mairie-nantes.fr