

# OFFRE ET ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRES

QUELS RÔLES DES VILLES ET INTERCOMMUNALITÉS ?



Avec le soutien de



Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé

© Réseau français des Villes-Santé de l'OMS  
EHESP - Département SHS  
15 avenue du Professeur Léon Bernard  
35043 Rennes

Le Réseau vous invite à diffuser son travail, tout en n'oubliant pas d'en citer la source.  
Veuillez nous tenir informés via [secretariat@villes-sante.com](mailto:secretariat@villes-sante.com)

# OFFRE ET ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRES

QUELS RÔLES DES VILLES ET INTERCOMMUNALITÉS ?



# TABLE DES MATIÈRES

<b>Comité de rédaction</b> .....	3
<b>Éditorial Yannick Nadesan</b> .....	4
<b>Éditorial Olivier Sichel</b> .....	5
<b>Introduction - Actions des villes-santé pour améliorer l'offre et l'accès aux soins primaires</b> .....	6
<b>Chapitre 1 Établir un contexte local facilitant</b> .....	<b>14</b>
1.1 Connaître les réalités locales et cartographier l'offre de soin .....	15
1.2 Co-construire l'interconnaissance entre les acteurs locaux, travailler les solutions collectivement et assurer une animation territoriale en santé .....	21
1.3 Se structurer pour agir .....	28
<b>Chapitre 2 Agir sur l'offre de soin</b> .....	<b>32</b>
2.1 Promouvoir le territoire auprès des professionnels de santé .....	34
2.2 Faire converger les projets d'installation, les locaux libres et accompagner les projets immobiliers .....	38
2.3 Suivre et accompagner les projets d'exercice regroupé .....	44
2.4 (Co)porter un projet d'exercice regroupé (centre municipal/intercommunal de santé, SCIC...) .....	53
<b>Chapitre 3 Rapprocher les personnes du soin</b> .....	<b>60</b>
3.1 Informer, orienter et accompagner les personnes vers le soin .....	62
3.2 Faire venir le soin au plus près des personnes (espace public, au domicile, dispositifs mobiles) .....	69
3.3 Améliorer l'accès aux droits en matière de santé : ouverture et maintien des droits .....	73
3.4 Organiser ou soutenir des soins gratuits .....	80
<b>Chapitre 4 Allier soins primaires et prévention - promotion de la santé</b> .....	<b>86</b>
<b>Conclusion</b> .....	91
<b>Bibliographie</b> .....	94
<b>Liste des sigles</b> .....	96
<b>Le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS</b> .....	97



# COMITÉ DE RÉDACTION

Cet ouvrage a été produit dans le cadre du projet « Rôles des Villes et Intercommunalités en matière d'offre et d'accès aux soins primaires » du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, mené en 2020-2021 grâce au soutien de la Caisse des Dépôts et Consignations – Banque des Territoires.

Il a été écrit à partir des retours d'expériences des Villes-Santé et des réflexions partagées au sein du groupe de travail « Offre et accès aux soins primaires » du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, dont les participants sont :

## **ALBI**

Sandrine Camman, Gilbert Hangard

## **ANGERS**

Gérard Boussin, Nathalie Garnier, Léa Potin

## **BESANÇON**

Rémy Schwartzler, Stéphanie Thomas

## **BOURGOIN-JALLIEU**

Alain Batillot, Emmanuel Terras

## **BOURG-EN-BRESSE**

Anne-Lise Morel

## **BREST**

Cassandre Crapeau, Clara Keravec, Sabine Kerros, Esther Nohé

## **CAEN**

Zoé Godey

## **CALAIS**

Janique Fontaine, Isabelle Poncin-Patoka

## **CHÂTEAURoux**

Tiphaine Delétang

## **CHERBOURG-EN-COTENTIN**

Florence Dubois, Lydie Le Poittevin

## **EVRY-COURCOURONNES**

Nelly Togbe

## **FONTENAY-SOUS-BOIS**

Laëtitiya Suhecki-Gaita

## **FORT-DE-FRANCE**

Audrey Jean-Jacques

## **GRENOBLE**

Pierre-André Juven, Véronique de Leiris

## **GUYANCOURT**

Annabel Gilliet, Dominique Salone

## **JURANÇON**

Nadine Daste

## **LILLE**

Frédéric Agostini, Rémy Degrève, Carole Malaquin, Hélène Pauchet, Marie-Christine Staniec-Wavrant

## **LYON**

Myriam Buffet, Laurence Langer-Sautière

## **METZ**

Isabelle Hauser, Coralie Lemoine-Falgas

## **MONTPELLIER**

Olivier Dufour, Nina Panteix

## **NICE**

Annick Martin, Patricia Saraux, Emmanuelle Soummer

## **NIMES**

Catherine Vigoureux

## **PARIS-VALLEE DE LA MARNE (CA)**

Ilhame Kadi, Samia Sahel

## **POITIERS**

Elisabeth Chevalier-Compain, Juliette Tanty

## **PORTES DE FRANCE – THIONVILLE (CA)**

Pauline Patout

## **RENNES**

Marie Donnard-Lasne, Rose Fonteneau, Arnaud Laurans, Audrey Martin, Vincent Muzard, Etienne Rouvin

## **ROMANS-SUR-ISÈRE**

Chérif Boukhari, Mélissa Gleyze, Linda Hajjari

## **ROUBAIX**

Caroline Bertout

## **ROUEN**

Sophie Carpentier

## **SAINT-BRIEUC**

Marie-Laure Dumont, Nadia Laporte, Sophie Thomas-Dornemain

## **SAINT ETIENNE-DU-ROUVRAY**

Christophe Dalibert, Chloé Stephan

## **SAINT QUENTIN-EN-YVELINES**

Anne Baekelandt

## **TOULOUSE**

Dominique Bourgois, Martin Favreau, Marion Hnatyszyn

## **VALENCE**

Nadia Aftisse, Jade Escoffier

## **VAL DE GARONNE**

### **AGGLOMÉRATION**

Laurence Bessières, Sonia Ghrairi, Régine Poveda

## **VANDŒUVRE-LES-NANCY**

Flavie Mayer

## **VAULX-EN-VELIN**

Virginie Martinon, Marie Perrin

## **VILLENEUVE D'ASCO**

Amélie Desmulliez, Sarah Koumbemba

## **VILLEURBANNE**

Pascale Colom

## **RFVS**

Julie Boussard, Nina Lemaire, Maude Luherne, Morgane Marière

Pour citer cet ouvrage : Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, Offre et accès aux soins primaires : quels rôles des Villes et Intercommunalités ? Rennes, 2021.

## **Remerciements**

Le RfVS remercie vivement la Caisse des Dépôts et Consignations – Banque des Territoires, qui a rendu possible la publication de cet ouvrage. Nous remercions tout particulièrement Marina Alcalde, Michèle Pfrimmer et Sébastien Poidatz de la Banque des Territoires, ainsi que Adelphe de Taxis du Poet, de la Direction des Politiques Sociales du Groupe CDC.

Nous remercions toutes les Villes-Santé, ainsi que les élus et techniciens qui se sont investis dans le projet et son groupe de travail, en particulier Gérard Boussin (Angers), Rose Fonteneau (Rennes) et Anouk Haeringer-Cholet (Besançon) pour leurs contributions, leur disponibilité et leur soutien au fil de la réalisation du projet.

Nous remercions enfin toutes les Villes-Santé qui ont participé au recueil d'actions sur les soins primaires, par leur contribution à l'enquête de 2020-2021, mais aussi en amont, via leurs participations aux travaux et colloques du RfVS : Aulnay-sous-Bois, Armentières, Beaumont, Bordeaux, Bourgoin-Jallieu, Calais, Carcassonne, Châteauroux, Cherbourg-en-Cotentin, Conflans-Sainte-Honorine, Grande Synthe, Grand Chalons (CA), Grand Nancy Métropole, Grenoble, Lille, Montpellier, Montreuil, Mulhouse, Nantes, Narbonne, Nîmes, Orléans, Perpignan, Rennes, Saint Denis, Saint Etienne-du-Rouvray, Saint Quentin-en-Yvelines, Salon de Provence, Strasbourg, Toulouse, Valence, Villeurbanne.



# ÉDITORIAL - YANNICK NADESAN

Je suis heureux de présenter ce nouvel ouvrage du Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé, réalisé en coopération avec la Banque des Territoires.

Cet ouvrage est le fruit d'un travail collaboratif entre les membres de notre réseau, composé de près de 100 Villes et Intercommunalités agissant dans le domaine de la santé. La santé, nous l'entendons au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé qui est « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* » et en ce sens « *est un droit fondamental de l'être humain.* » (Déclaration d'Alma Ata, 1978).

Ce droit fondamental de l'être humain, les Villes-Santé le mettent en pratique au quotidien, et la crise sanitaire que nous traversons avec la pandémie de COVID-19 nous l'a rappelé. Les Villes-Santé participent activement à la politique de santé au niveau local, en articulation avec les professionnels de santé, les ARS, les CPAM, les préfetures et les associations, mais aussi avec les nombreuses et nombreux citoyennes et citoyens engagés dans la vie locale. Elles mobilisent leurs compétences et leurs moyens, sur les plans matériels, financiers et humains. Elles déploient localement une multitude d'actions, comme la mise en œuvre de stratégies d'observation en santé, de vaccination, de campagnes de communication, de mise à disposition de matériel, mais aussi de lien et d'articulation avec les acteurs de la santé (y compris de santé mentale), de soutien aux actions sociales, d'entraide et de solidarité. Elles contribuent ainsi à l'extraordinaire capacité de résilience de nos territoires.

L'élaboration de cet ouvrage nous l'a démontré une fois de plus, les Villes et Intercommunalités s'emparent de la question de l'accès aux soins de première ligne et souhaitent jouer un rôle actif. Les exemples sont nombreux : évaluer l'offre sur un territoire et la rendre lisible, accompagner les professionnels de santé dans leur installation et la pérennité de leur exercice, soutenir l'ingénierie et le lien avec les bailleurs, animer les réseaux de santé, faciliter l'accès aux soins, etc. Beaucoup d'exemples sont présentés dans cet ouvrage, destiné principalement à toutes les Villes souhaitant en savoir plus sur le « champ des possibles » quant à leur capacité d'améliorer l'offre et l'accès aux soins sur leur territoire.

Ce document vise également à donner à voir à l'ensemble des acteurs de la santé et du soin que les Villes et Intercommunalités sont des acteurs légitimes et fédérateurs quand il s'agit de parler « offre de soin ». Et au-delà de l'offre de soin, nous souhaitons par cet ouvrage ouvrir des perspectives d'intégration des approches de prévention et de promotion de la santé dans l'offre de soin. Des recommandations vous sont proposées en fin de cet ouvrage.

Je termine mes propos en adressant mes remerciements à la Banque des Territoires qui nous a permis de concrétiser cet ouvrage et de travailler à sa diffusion.

Je vous souhaite une excellente lecture,

**Yannick Nadesan**

Président du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS



# ÉDITORIAL - OLIVIER SICHEL

La protection de la santé est non seulement un besoin premier de nos concitoyens, mais il est devenu une des préoccupations majeures des habitants de nos territoires notamment en raison de la lutte contre la pandémie à laquelle nous devons faire face.

Fidèle à sa mission centrée autour de l'intérêt général, et comme toujours vigie des grandes évolutions sociétales, la Banque des Territoires travaille depuis bientôt deux ans avec le réseau français des Villes-Santé de l'OMS.

Premier fruit de cette collaboration, ce document illustre le rôle des Villes et Intercommunalités en matière d'offre et d'accès aux soins primaires. Ce recueil d'expériences de terrain démontre, si besoin était, le rôle primordial que ces collectivités peuvent jouer alors même qu'elles n'en ont pas la compétence réglementaire.

Je retiens de cette étude comparative l'importance de l'observation fine des territoires par eux-mêmes, qui leur permet d'identifier leurs enjeux et de cerner les besoins différenciés de leur population. Je soulignerais également leur capacité à agir, directement ou en facilitateur, permettant ainsi aux acteurs locaux de démultiplier leur efficacité.

Je suis convaincu que cette étude servira de guide des bonnes pratiques, au sein du réseau des Villes-Santé de l'OMS et au-delà, pour les collectivités toujours plus nombreuses qui s'appliquent à améliorer l'offre de soin sur leur territoire.

Privilégier les approches territoriales, favoriser l'innovation et la coordination des acteurs - ce sont précisément ces convictions qui guident l'action de la Banque des Territoires. Dès 2018, nous avons choisi de faire de la santé et du vieillissement un axe de notre plan stratégique, décision confirmée ensuite dans notre plan de relance par lequel nous participons à la modernisation de notre système de santé et à l'amélioration de la prise en charge des patients.

Cette ambition traverse l'ensemble du Groupe Caisse des Dépôts, dans toutes ses entités, aussi bien Bpifrance, le groupe La Poste qu'ICADE santé, EGIS, CDC-Habitat et Transdev.

Les enjeux restent entiers, nous le savons. Cette étude constitue une brique pour continuer à bâtir l'action publique locale, dont la Banque des Territoires est et demeure un partenaire engagé.

**Olivier Sichel**

Directeur général délégué de la Caisse des Dépôts  
Directeur de la Banque des Territoires



# INTRODUCTION - L'ENGAGEMENT VOLONTARISTE DES COLLECTIVITÉS LOCALES FACE AUX DÉFIS DE L'OFFRE ET L'ACCÈS DE SOIN

Le présent ouvrage a été réalisé dans le cadre du projet « Rôles des Villes et Intercommunalités en matière d'offre et d'accès aux soins primaires » du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS avec le soutien de la Banque des Territoires. Il vise à expliciter l'implication et l'engagement des Villes-Santé pour améliorer l'accès aux soins, aux droits en santé pour réduire les inégalités, en ligne avec le consensus de Copenhague entre les Maires « Une meilleure santé et plus de bonheur dans les villes, pour toutes et tous » et la Stratégie 2020-2030 du RfVS qui s'en inspire. Cet ouvrage vient également compléter et enrichir les travaux du RfVS publiés en 2015 sur l'offre de soins de premier recours, faisant suite à un groupe de travail et à un colloque des Villes-Santé à Grenoble en 2013 sur la gouvernance et la mise en œuvre des soins de santé primaires (RfVS 2015).

L'ouvrage est construit sous forme de fiches thématiques qui proposent des conseils pratiques éclairés par des retours d'expériences des Villes-Santé et des exemples d'actions concrètes en matière d'offre et d'accès aux soins primaires. Chaque fiche se termine par un encart synthétisant les principaux enjeux auxquels les Villes et intercommunalités font face, avec une description des freins et leviers qui y sont relatifs. Cet ouvrage vise ainsi à soutenir les acteurs de proximité, en particulier les collectivités territoriales, intéressées par la mise en œuvre d'actions en faveur de l'amélioration de l'offre et de l'accès aux soins sur un territoire. L'offre et l'accès au soin est néanmoins un sujet vaste et complexe. Ainsi, d'autres freins et voies d'amélioration à l'échelle nationale et relevant d'autres politiques et acteurs ne sont pas l'objet de cet ouvrage.

**L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les soins primaires comme des soins : « de premier contact, accessibles, continus, globaux et coordonnés.**

*Les soins de premier contact sont accessibles au moment nécessaire ; les soins continus se concentrent sur la santé à long terme d'une personne, plutôt que sur la courte durée d'une maladie ; les soins globaux sont un panel de services adéquats aux problèmes courants d'une population ; la coordination consiste en le rôle des soins primaires de coordonner les autres spécialistes dont le patient pourrait avoir besoin.<sup>1</sup> »* . Ils font partie intégrante du système de santé et sont le premier niveau de contacts des individus avec celui-ci. Les professionnels de santé concernés sont par exemple les médecins généralistes, les dentistes ou encore les pédiatres. **Dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978**, les soins primaires sont reconnus comme « rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire<sup>2</sup>. » .

## 1. Les défis contemporains liés à l'offre de soin

### 1.1. Evolution de la population et des enjeux de santé

Les enjeux démographiques liés à la croissance et au vieillissement de la population ainsi qu'à l'augmentation de la part des maladies chroniques constituent trois grands enjeux de santé publique majeurs au niveau mondial. Ces défis contemporains puisent en partie leur origine dans le phénomène de transition épidémiologique et démographique.

<sup>1</sup> <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terminology>

<sup>2</sup> Déclaration d'Alma-Ata (who.int)



D'une part, les maladies chroniques, affections de longue durée évolutives (maladies cardio-vasculaires, cancers, diabète, maladies respiratoires, etc.), représentent la principale cause de décès et d'incapacité dans le monde. En 2019, les maladies non transmissibles principales sont responsables de 44 % de tous les décès enregistrés à l'échelle mondiale <sup>3</sup>.

D'autre part, le vieillissement de la population lié à l'allongement de l'espérance de vie à la naissance et de l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans, explique en partie l'accroissement du nombre et de la proportion de personnes âgées au sein de la population. Cette hausse en constante évolution suscite à la fois des défis et des possibilités d'autant plus qu'elle touche inégalement les territoires.

La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes, l'augmentation de la population, et le poids des maladies chroniques se traduisent par une augmentation de la demande de soins de santé primaires et de longue durée, donc par un besoin constamment grandissant de professionnels, de services et de structures adaptés aux besoins des populations. Ces enjeux de santé, associés aux inégalités sociales de santé face au soin influent le système de soin et son accès. Les besoins de recours aux soins et de main d'œuvre formée ne cessent d'augmenter. Un affaiblissement de la densité médicale est observé en parallèle.

Dans ce contexte, la préoccupation croissante concernant les maladies infectieuses, en particulier les zoonoses, traduit également un enjeu majeur actuel et futur puisque certaines peuvent provoquer des flambées épidémiques récurrentes comme Ebola ou la dengue par exemple, voire des pandémies mondiales à l'image du virus SARS-CoV-2 responsable de la pandémie actuelle de la Covid-19.

## 1.2. Une démographie médicale, une densité médicale et un temps médical en baisse

D'après la DREES, « au 1<sup>er</sup> janvier 2021, 214 200 médecins [généralistes et spécialistes] de moins de 70 ans sont en activité en France. Depuis 2012, cet effectif est globalement stable, néanmoins, le nombre de médecins généralistes a baissé de 5.6% ». (DREES, 2021c).

Le *numerus clausus*, mis en place en 1972 afin de réguler le nombre de professionnels médicaux, déterminait le nombre d'étudiants autorisés à entrer en formation de médecine et d'odontologie (puis à partir de 1977 pour la maïeutique et 1980

pour la pharmacie). Ceci impacte la démographie médicale actuelle. En 2021, il a été remplacé par un *numerus apertus*, c'est-à-dire une fourchette minimum-maximum de nombre d'étudiants à admettre dans chaque filière concernée. Ce *numerus apertus* est défini par la Conférence nationale de santé, notamment à l'issue de concertations régionales avec les Agences Régionales de Santé (ARS) et les Universités. Dans le respect des objectifs nationaux et en fonction de ses capacités d'accueil en deuxième cycle, et des besoins du territoire, chaque Université définit ensuite ses objectifs quinquennaux d'admission en première année du deuxième cycle des formations dans les quatre filières. Cette décision est prise sur l'avis conforme de l'ARS qui doit, pour émettre son avis, consulter la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), où siègent tous les acteurs régionaux de la santé, dont des collectivités territoriales. Ce nouveau système devrait permettre une augmentation du nombre de professionnels de santé à partir de l'horizon 2030. Néanmoins, selon les projections de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES 2021c) cette dernière ne se traduira pas par une augmentation de la densité médicale (c'est-à-dire le nombre de médecins rapporté à la population) ni à la densité médicale standardisée (qui, elle, prend en compte les besoins en soins plus forts différenciés selon l'âge, en lien avec le vieillissement de la population).

Par ailleurs, les professionnels de santé, en particulier les jeunes professionnels, aspirent aujourd'hui à un rythme de travail permettant un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale et personnelle, notamment dans un contexte de féminisation de la profession (et de travail des deux parents dans le cas d'une vie de famille). Si dans les générations précédentes, certains professionnels de santé pouvaient exercer jusqu'à 70h par semaine, leur temps de travail se rapproche aujourd'hui d'une durée de travail hebdomadaire plus classique. Ainsi, au-delà de la baisse du nombre de professionnels de santé, il faut aussi prendre en compte la baisse du temps médical par professionnel. Cet enjeu se pose notamment lors des remplacements de médecins en fin de carrière, puisque l'arrivée d'un nouveau médecin n'induit pas forcément un temps d'exercice médical équivalent.

<sup>3</sup> <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>



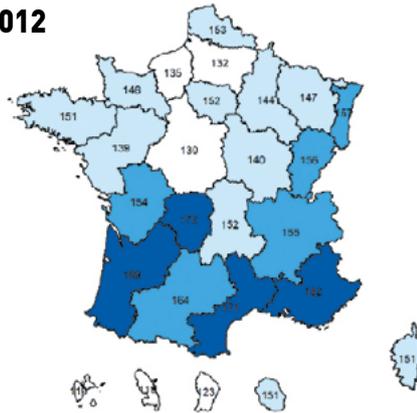
La démographie médicale est marquée par la conjonction d'une baisse du nombre de professionnels, une baisse (compréhensible) de leur durée de travail hebdomadaire et une augmentation des besoins

notamment avec l'augmentation et le vieillissement de la population.

### 1.3. L'inégale et inéquitable répartition des professionnels de santé sur le territoire au regard de la population

L'organisation de la démographie médicale est liée au principe de liberté d'installation des professionnels libéraux de santé, qui s'installent notamment pour des raisons de contexte familial et/ou emploi du conjoint, parmi d'autres. Or, au-delà des perspectives de densité médicale à l'échelle nationale, la répartition de ces professionnels sur le territoire est inéquitable au regard du nombre d'habitants et des besoins de la population. Ces disparités sont constatées à différentes échelles régionales (cf. carte ci-dessous) et locale. Par exemple, les régions du sud de la France sont globalement plus attractives que le centre du pays, y compris lorsque la démographie médicale est rapportée au nombre d'habitants et aux besoins des régions où la part de personnes âgées est plus importante.

2012

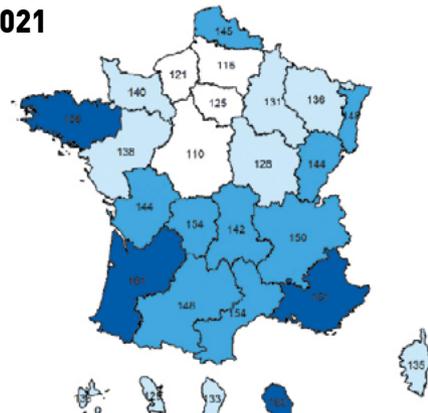


Densité pour 100 000 habitants.

Densité moyenne : 153 professionnels pour 100 000 habitants.

- (119, 138)
- (138, 153)
- (153, 169)
- (169, 182)

2021



Densité pour 100 000 habitants.

Densité moyenne : 140 professionnels pour 100 000 habitants.

- (119, 126)
- (126, 140)
- (140, 154)
- (154, 161)

Densités régionales standardisée de médecins généralistes de moins de 70 ans (anciennes régions) en 2012 et 2021 (source : DREES 2021c à partir des données RPPS et INSEE).

Ainsi, l'expression de « désert médical », désormais bien connue tant par la population que par les pouvoirs publics, a-t-elle été popularisée dans le débat public pour décrire des territoires dans lesquels le manque important de professionnels de santé limite le recours au soin des personnes. Sa définition n'est en revanche ni unique ni stable : il peut s'agir de difficulté à recourir à un médecin généraliste, à des spécialistes, à l'hôpital ; cette difficulté peut s'exprimer sous forme de distance géographique à parcourir ou en termes de délai d'attente pour obtenir un rendez-vous. Comme le constate la DREES, « l'expression invite plutôt à considérer le cumul de difficultés dans le recours à différents services de santé qui peuvent ou auraient pu se substituer les uns aux autres » (DREES 2017). C'est une qualification qui fait sens au sein d'une comparaison entre

territoires, en qualifiant les zones où l'accès au soin est rendu plus difficile par rapport à d'autres.

Ainsi, si l'évocation de « déserts médicaux » renvoie dans l'imaginaire collectif plutôt à des zones rurales, on constate aujourd'hui une réalité bien plus contrastée : l'accès géographique au soin est une problématique dans une partie conséquente des territoires ruraux, mais **on peut désormais aussi constater des « déserts médicaux » dans des villes. Celles-ci peuvent sembler bien dotées si on s'attache aux moyennes à l'échelle communale, qui masquent néanmoins de fortes disparités à l'échelle infra-communale.** Par exemple, dans son rapport de 2016, l'Observatoire National de la politique de la Ville a identifié que la densité en médecin généraliste, chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmier

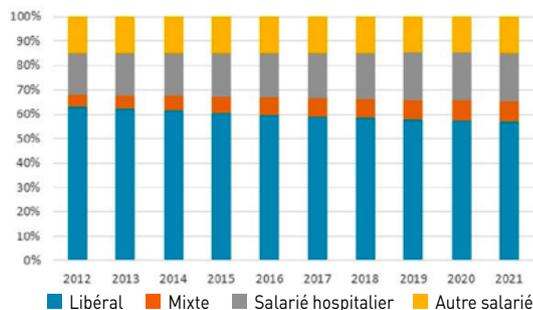
et masseur-kinésithérapeute libéraux est 1.8 fois inférieure dans les quartiers relevant de la politique de la ville que dans leurs unités urbaines respectives (ONPV 2016).

Le contexte est néanmoins marqué par un **manque d'indicateurs fiables qui permettent aux décideurs locaux de connaître la situation réelle de l'offre et de s'engager dans une prospective d'incitation et d'accompagnement.**

#### 1.4. L'évolution des aspirations et des modalités d'exercice des professionnels de santé

Les modes d'exercices des professionnels de santé se sont diversifiés au cours des dernières années : exercice en libéral ou en salarié, seul ou regroupé. Les types de structures d'offre de soin se diversifient aussi : centre de santé qui salarient des professionnels, maisons de santé pluriprofessionnelles dans lesquelles exercent des professionnels libéraux etc. (cf. fiches 2.3 et 2.4).

Dans son analyse de l'évolution de l'offre de soin de 2012 à 2021, la DREES constate que la pratique de l'exercice libéral est en baisse (diminution de 15% des médecins en exercice libéral exclusif entre 2012 et 2021). Aujourd'hui, de plus en plus de médecins, en particulier les jeunes professionnels, se tournent vers le salariat ou vers un exercice mixte, partageant leur temps entre salariat et activités libérales. Ces tendances sont valables tant pour les médecins généralistes que les spécialistes (DREES 2021c).



Répartition des médecins par mode d'exercice et spécialité entre 2012 et 2021 (Source : DREES, 2021c à partir des données RPPS).

#### 1.5. Conséquences sur l'accès au soin

La baisse de la densité médicale et l'inégale répartition géographique des professionnels de santé ont des conséquences variables sur l'accès au soin des personnes, qui ont des vécus très divers face aux problématiques rencontrées. Par exemple, les patients peuvent développer des stratégies de mobilité ou

encore consulter au plus proche de leur lieu de travail et non de leur domicile.

Ces enjeux peuvent concrètement se traduire par des délais de prise en charge allongés, une difficulté à trouver un professionnel de santé, notamment un médecin traitant, un éloignement géographique qui implique des déplacements conséquents, y compris pour des actes courants. Ces fortes difficultés, qui concernent toute la population, peuvent mener à un non-recours au soin, ou un recours moins fréquent. Bien que les problématiques de recours au soin entraînées par la faible densité médicale concernent l'ensemble de la population, une étude de 2021 de la DREES souligne qu'une faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes dites « défavorisées » : « *les personnes pauvres en conditions de vie ont trois fois plus de risques de renoncer à des soins que les autres. En outre, dans une zone très sous-dotée en médecins généralistes, leur risque est plus de huit fois supérieur à celui du restant de la population* » (DREES 2021b). Ainsi, ces problématiques sont directement en lien avec les inégalités sociales et territoriales de santé qu'elles peuvent renforcer.

Les médecins généralistes eux-mêmes rencontrent des difficultés face à l'offre de soins locale qu'ils jugent insuffisante selon les territoires. Dans une étude de la DREES de 2019, leurs perceptions de l'offre locale traduisent des difficultés en matière de réponse aux sollicitations des patients et de continuité des soins. L'offre de soin existante sur un territoire impacte alors directement les conditions de travail d'un médecin, en termes de qualité et de quantité. En plus d'être facteur de motivation dans le choix du lieu d'installation, les perceptions des médecins sont cohérentes avec les données objectives de l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL)<sup>4</sup> (DREES 2020a).

## 2. La politique nationale de santé

En matière de santé, la politique nationale s'inscrit dans le cadre général de la territorialisation de la santé qui vise à s'adapter aux spécificités des territoires. Ce mouvement de territorialisation de la santé ne s'est pas traduit par une implication forte des collectivités territoriales ; il s'est traduit, en 2009, par la création des Agences Régionales de Santé (ARS), placées sous tutelles du ministère de la Santé. Ainsi, la territorialisation de la politique de santé s'est inscrite dans le cadre de la déconcentration, et non de la

<sup>4</sup> « La DREES et l'Irdes ont développé conjointement un indicateur d'accessibilité aux soins : l'APL (accessibilité potentielle localisée). Cet indicateur synthétique permet de tenir compte à la fois de la proximité et de la disponibilité des médecins. » [DREES, 2017]



décentralisation (Délégation Sénatoriale aux collectivités territoriales 2021).

Outre la fin du *numerus closus* précédemment mentionnée, la politique nationale de santé évolue pour faire face aux enjeux contemporains liés à l'offre de soin. Par exemple, le partage de compétences entre professionnels de santé est envisagé avec le développement des pratiques avancées des infirmiers. La stratégie « Ma Santé 2022 » annoncée en 2018 propose des actions en direction de l'organisation des professionnels de santé pour une réduction des inégalités d'accès aux soins que connaissent les Français. Ainsi, la plan « Ma Santé 2022 » prône la coopération entre les professionnels jusqu'au développement de l'exercice coordonné sur tous les territoires. En matière de soins de proximité, l'objectif est alors de généraliser les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), d'augmenter le nombre de maisons et centres de santé pour que l'exercice isolé fasse figure d'exception, d'ici à 2022. En cohérence avec ce plan, l'accord-cadre interprofessionnel, signé le 10 octobre 2018 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et l'Union nationale des professions de santé (UNPS) fait de la généralisation de l'exercice coordonné la norme de l'organisation future des soins primaires.

Enfin, parmi les mesures annoncées dans les conclusions du Ségur de la santé, figure l'amélioration de la coordination et de l'accès aux soins non programmés par le développement de l'exercice coordonné. Les objectifs fixés dans la mesure 25 sont : doubler le nombre de maisons de santé pluri-professionnelles et de centres de santé d'ici 2022 ; conforter les équipes de soins (primaires et spécialisées) en les dotant d'un cadre et de missions formalisés ; et mettre en place un mécanisme de bonus financier pour soutenir les CPTS créées en 2020-2021 et celles qui s'engagent dans des missions de régulation en matière de soins non programmés.

Le projet de loi « 3DS » (différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification), dans sa version de l'automne 2021, prévoit également des mesures complémentaires en faveur d'une meilleure association des collectivités territoriales et une plus grande responsabilité des élus locaux en matière de gouvernance et de financement de l'offre de soin de proximité.

### 3. Les compétences des Villes et EPCI dans le champ de la santé publique

**Les élus locaux sont directement interpellés par leurs administrés et par les professionnels de santé** sur l'enjeu d'accès à la santé et aux soins. Ils sont fortement mobilisés sur le souci de faciliter cet accès pour les habitants du territoire, lutter contre les déserts médicaux et contre les inégalités sociales et territoriales d'accès au soin. Confrontées à de véritables défis de santé publique au niveau local (désertification médicale, inégalités sociales et territoriales de santé, etc.), les Villes et EPCI, de même que les Départements et les Régions, s'engagent en matière d'offre et d'accès au soin. **Elles peuvent ainsi mettre en œuvre une politique volontariste qui se veut au plus proche des besoins de la population.** Elles peuvent développer ainsi de nombreuses actions pour développer l'offre de soin, lutter contre le non-recours au soin et contre les inégalités sociales et territoriales de santé. En effet, **elles ne sont pas dépourvues de compétences dans le champ de la santé publique, malgré le fait que « la politique de santé relève de la responsabilité de l'État »** (Article L.1411-1 du Code de la santé publique).

En 1902, les Bureaux municipaux d'hygiène (devenus par la suite Services communaux d'hygiène et de Santé (SCHS) sont devenus obligatoires<sup>5</sup> (jusqu'en 1984) pour les villes de plus de 20 000 habitants, marquant ainsi une compétence spécifique dans le champ de la santé publique. Aujourd'hui, outre les SCHS, les pouvoirs de police administrative générale du Maire (Article L.2212-2 du Code général des collectivités territoriales) lui permettent de prendre des mesures pour « *assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la salubrité publiques* », par exemple concernant les bruits, les pollutions ou encore les maladies épidémiques. Cependant, cette compétence très large est limitée par de nombreuses polices administratives spéciales, qui viennent spécifier des pouvoirs particuliers et peuvent par exemple confier ceux-ci de manière exclusive à l'Etat.

De plus, en matière d'offre de soin, les communes et EPCI<sup>6</sup> peuvent aussi créer et gérer des centres de santé (Article L.6323-1-3 du Code de la santé publique) (cf. fiche 2.4) ou encore apporter un soutien logistique, financier ou immobilier pour favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé, en matière d'exercice coordonné par exemple (Article L.1511-8 du code général des collectivités territoriales).

<sup>5</sup> À partir de 1984, l'obligation de création d'un SCHS est supprimée et les communes et EPCI sont libres d'en créer, quelle que soit leur nombre d'habitants (article 41 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983).

<sup>6</sup> De même que les autres collectivités territoriales, les établissements publics de santé, les personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé et certaines sociétés coopératives d'intérêt collectif



Elles peuvent aussi exercer des compétences en matière de santé dans le cadre d'une délégation de compétence ; par exemple la Protection Maternelle et Infantile (PMI) peut lui être déléguée par le Département.

Au-delà des soins primaires, les Villes et Intercommunalités agissent enfin depuis longtemps en prévention et promotion de la santé. Elles ont des capacités à agir sur des déterminants de santé tels que le cadre de vie, la culture, la vie associative etc., via des compétences spécifiques et via la clause générale de compétence concernant les communes, ou encore via leurs établissements publics tels que les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS). C'est dans cette optique que les Villes-Santé s'engagent à intégrer « la santé dans toutes les politiques ».

## 4. Quels leviers pour les Villes et Intercommunalités en matière d'offre et d'accès aux soins primaires ?

Les Villes et Intercommunalités agissent et s'engagent, notamment au travers quatre grands champs d'actions présentés ci-dessous, et qui structurent cet ouvrage. (voir double page suivante).

### 4.1. Un rôle d'observateur des réalités locales et d'animateur territorial de santé

L'échelon des Villes et Intercommunalités apparaît pertinent pour cultiver une connaissance fine de l'offre de soin, de l'évolution démographique et des besoins en matière de santé afin de structurer l'action. Plusieurs leviers tels que l'observation et la cartographie, permettant d'objectiver les réalités locales, y compris les inégalités sociales et territoriales de santé, sont utiles à l'action et à la prise de décision. Ajoutée à cela, l'animation territoriale est l'un des préalables en matière de développement de l'offre de soins et d'amélioration de l'accès aux soins. Elle peut se traduire par la connaissance des acteurs couplé à la capacité à former un réseau mobilisable. À ce niveau, l'enjeu de la coordination réside dans la mise en lien et la mobilisation des acteurs compétents (professionnels de santé, institutionnels, acteurs de la prévention et promotion de la santé, etc.) autour de stratégies et plans locaux fédérateurs.

### 4.2. Un rôle d'incitation et de facilitation à l'installation des professionnels de santé et de mise en lien avec les acteurs

L'accompagnement des professionnels dans leurs projets d'installation (d'exercice regroupé ou non) par la mise en lien des acteurs, le travail en intersectorialité et la co-construction des projets sont essentiels. Les Villes et Intercommunalités ont aussi la possibilité de porter

des projets d'exercice regroupé pour renforcer l'attractivité de leur territoire.

Pour pallier les difficultés de démographie médicale, les actions ciblées sur la valorisation de ce dernier, de ses ressources, doivent éviter toute concurrence délétère entre communes.

Toutes les ressources internes aux réseaux municipaux et les acteurs compétents de divers secteurs sont à mobiliser, à coordonner, et à mettre en lien pour faciliter le maillage territorial de la santé.

### 4.3. Un rôle d'accompagnateur des habitants en rapprochant les personnes du soin



La connaissance des réalités locales, c'est-à-dire des variations infra-communales en matière d'offre et d'accès aux soins, est un véritable atout pour les Villes et Intercommunalités dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. En

identifiant les besoins et les ressources à l'échelle d'un quartier, ces dernières peuvent adapter leurs modalités d'actions pour lutter contre le non-recours au soin. Les dispositifs mobiles, les actions d'aller-vers et l'organisation de soins gratuits sont des exemples de leviers qu'utilisent les Villes pour rapprocher les personnes du soin, notamment les personnes éloignées du système de santé, et les plus en difficultés dans leur parcours.

### 4.4. Un fil rouge : la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

L'enjeu de l'offre et de l'accès aux soins est travaillé en parallèle des autres déterminants de santé dans un processus de promotion de la santé et dans une ambition d'universalisme proportionné et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. En ce sens, les liens entre soin et prévention ou promotion de la santé sont nombreux. D'une part, certains professionnels de santé intègrent les démarches de prévention et promotion de la santé dans leurs pratiques. D'autre part certains lieux, certaines structures ou certaines actions permettent de lier soin et prévention, c'est le cas par exemple dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) où une partie des locaux peut accueillir des séances d'éducation thérapeutique du patient (ETP), des permanences d'acteurs de promotion de la santé ou bien-être dédiées à l'information en santé. Il s'agit alors d'aller vers une vision globale de la santé, au-delà du soin.

# ACTIONS DES POUR AMÉLIORER L'OFFRE ET



## ÉTABLIR UN CONTEXTE LOCAL FACILITANT

### CONNAITRE LES RÉALITÉS LOCALES ET LES RENDRE LISIBLES

- Cartographie
- Observation en santé

### SE STRUCTURER POUR AGIR

- Portage politique
- Ressources humaines
- Stratégie et partenariats

### CO-CONSTRUIRE L'INTERCONNAISSANCE ENTRE LES ACTEURS LOCAUX, TRAVAILLER LES SOLUTIONS COLLECTIVEMENT ET ASSURER UNE ANIMATION TERRITORIALE EN SANTÉ

- Temps d'échange
- Réseaux locaux
- Ressources utiles aux professionnels de santé
- Instances de concertation



## AGIR SUR L'OFFRE DE SOIN

### PROMOUVOIR LE TERRITOIRE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Mise en avant de l'environnement professionnel
- Palette de diverses modalités d'exercice
- Accueil de stagiaires

### ACCOMPAGNER LES PROJETS SUR LE PLAN IMMOBILIER

- Mise en relation des acteurs
- Accompagnement des projets
- Collaboration pérenne santé - aménagement - développement économique

### SUIVRE ET ACCOMPAGNER LES PROJETS D'EXERCICE REGROUPÉ (MSP, PÔLE DE SANTÉ...)

- Plaidoyer
- Accompagnement des porteurs de projets
- Médiation vis-à-vis des partenaires institutionnels

### (CO)PORTER UN PROJET D'EXERCICE REGROUPÉ (CENTRE MUNICIPAL DE SANTÉ, SCIC...)

- Élaboration du projet
- Création du lieu
- Financement
- Gestion



# VILLES-SANTÉ

## L'ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRES



### RAPPROCHER LES PERSONNES DU SOIN

#### INFORMER, ORIENTER ET ACCOMPAGNER LES PERSONNES

- Outils d'information
- Lieux dédiés
- Personnalisation de l'information
- Médiation en santé
- Implication des usagers

#### AMÉLIORER L'ACCÈS AUX DROITS EN MATIÈRE DE SANTÉ

- Ouverture et maintien des droits
- Information, temps d'échanges
- Accès à une complémentaire santé

#### FAIRE VENIR LE SOIN AU PLUS PRÈS DES PERSONNES

- Dispositifs mobiles
- Actions dans l'espace public
- Faire venir le soin au domicile

#### ORGANISER OU SOUTENIR DES SOINS GRATUITS

- Dispositifs complémentaires aux Permanences d'Accès aux Soins de Santé
- Intégration des soins primaires dans des lieux d'accueils (par exemple à destination des personnes sans domicile fixe)



### ALLIER SOIN ET PRÉVENTION- PROMOTION DE LA SANTÉ DANS TOUTES LES ACTIONS

- Faire connaître les dispositifs de prévention – promotion de la santé aux professionnels de santé
- Interconnaissance des acteurs
- Projets communs (sport-santé sur ordonnance...)
- Actions de prévention dans l'espace public
- Allier soin, prévention et promotion de la santé dans un même lieu
- Etc.



## 1

# ÉTABLIR UN CONTEXTE LOCAL FACILITANT

Les Villes et intercommunalités n'ont pas de compétence obligatoire en matière d'organisation de l'offre de soin. Elles ne sont pas donc pas systématiquement associées aux travaux sur la répartition de cette offre. Néanmoins, elles ont une connaissance fine du territoire, de la population et des enjeux de santé spécifiques à leur bassin de vie, une capacité à aller à la rencontre des acteurs du soin et de la prévention, de la promotion de la santé, et de la population. Ces connaissances sont des éléments d'aide à la décision non seulement pour les politiques et actions locales, mais aussi pour les acteurs en charge de l'organisation de l'offre de soin et les professionnels de santé. **Les Villes et Intercommunalités ont donc un rôle d'observateur des réalités locales à conforter et mettre en avant**

notamment auprès des Agences Régionales de Santé (ARS) et des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM).

Les Villes et Intercommunalités ont aussi un rôle important à jouer sur l'animation territoriale de santé, qu'elles portent souvent via les Contrats Locaux de Santé (CLS). En favorisant l'interconnaissance, en portant ou soutenant des projets locaux, elles disposent d'une capacité à fédérer les acteurs.

Les collectivités peuvent ainsi élaborer un contexte local facilitant non seulement pour l'évolution de l'offre de soin, mais aussi pour faciliter son fonctionnement. Elles peuvent ainsi apporter une plus-value importante tant aux acteurs en charge de l'organisation de l'offre de soin qu'aux professionnels de santé.



## ÉTABLIR UN CONTEXTE LOCAL FACILITANT

### CONNAÎTRE LES RÉALITÉS LOCALES ET LES RENDRE LISIBLES

- Démographie médicale, l'offre de soin, acteurs du territoire
- Cartographie de l'offre de soin
- Observation en santé, notamment à l'échelle infra-communale

### SE STRUCTURER POUR AGIR

- Portage politique
- Temps de travail dédié
- Appui sur des dispositifs partenariaux (CLS, etc.)
- Formalisation d'un plan d'action

### CO-CONSTRUIRE L'INTERCONNAISSANCE ENTRE LES ACTEURS LOCAUX, TRAVAILLER LES SOLUTIONS COLLECTIVEMENT ET ASSURER UNE ANIMATION TERRITORIALE EN SANTÉ

- Rencontre avec les (futurs) professionnels de santé et temps d'échange
- Co-construction de réseaux et de dispositifs de coordination locale (CLS, ASV, etc.)
- Ressources utiles aux professionnels de santé
- Instances de concertation (conseil de santé)



# 1.1 CONNAITRE LES RÉALITÉS LOCALES ET CARTOGRAPHIER L'OFFRE DE SOIN

**La connaissance fine du territoire infra-communal est directement utile pour l'action des Villes et Intercommunalités, et représente une plus-value pour les acteurs en charge de la planification de l'offre de soin (ARS, CPAM), les professionnels de santé et leurs réseaux professionnels.** Il y a donc un enjeu à faire connaître les capacités des services de la ville, à observer et révéler les réalités locales, les rendre lisibles et apporter des éléments pertinents pour nourrir les politiques et projets portés par d'autres acteurs.

## CONNAITRE LES VARIATIONS INFRA-COMMUNALES

De plus en plus de données existent tant sur l'offre de soin et le recours au soin que sur la population elle-même (données socio-démographiques, mobilité des personnes, etc.) et sur les déterminants de santé (état de l'environnement, pratique sportive, etc.). Ces données existent souvent à des échelles macroscopiques : régionale, départementale, et aux échelles des Villes et Intercommunalités. Ces données permettent de situer sa commune ou son intercommunalité au regard des réalités d'autres territoires similaires ou encore de tracer des perspectives de développement à l'échelle régionale ou nationale.

**Pour agir efficacement sur la réduction des inégalités sociales de santé et observer les disparités existantes au sein de leurs territoires, les Villes et Intercommunalités ont besoin d'accéder également à des données à l'échelle infra-communale.** Ces données permettent d'affiner les connaissances par quartiers et/ou entre les catégories de population (âge, niveau socio-économique, etc.), pour évaluer l'offre de soin et l'état de santé de ces groupes.

Pour cela, les Villes et Intercommunalités développent des actions pour accroître leurs connaissances et ainsi

répondre au mieux aux besoins et prioriser les réponses à mettre en place. Par exemple, depuis dix ans, la Ville de **Nantes** a un **observatoire de santé qui objective les inégalités de répartition de l'offre de soin, de l'état de santé des habitants et de leur niveau de recours au soin.** Cet observatoire inclut une entrée « défavorisation sociale et matérielle ». Ainsi, la Ville compile des données à l'échelle infra-communale sur le recours au soin en partenariat avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et sur l'état de santé des enfants, grâce à son service municipal de santé scolaire qui réalise des bilans de santé auprès de l'ensemble des enfants Nantais scolarisés en grande section de maternelle et CE2. Ce travail sur l'observation en santé a permis d'objectiver sur quels quartiers intervenir en priorité et attribuer des moyens supplémentaires, dans un principe d'universalisme proportionné : il s'agit notamment des quartiers de la Politique de la ville (QPV), mais aussi de quartiers regroupant des populations défavorisées socialement sans pour autant être considérées comme prioritaires au sens de la Politique de la Ville. Ce diagnostic a notamment permis de renforcer les actions de médiation en santé dans les quartiers qui en avaient le plus besoin. Ainsi, **l'observation en santé mise en place par les collectivités peut constituer une aide à la décision.**

**Les Villes et Intercommunalités ont la capacité à faire remonter les informations des acteurs du terrain notamment via les dispositifs locaux de coordination,** tels que les Contrats Locaux de Santé (CLS), les Ateliers Santé Ville (ASV), les Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM), ou encore les réseaux créés spécifiquement tel que le réseau santé précarité du **Grand Nancy** (cf. fiche 1.2). Ces canaux sont précieux pour renforcer la connaissance du territoire et des variations infra-communales. Ils se révèlent aussi efficaces pour agir face à une situation soudaine : au fil de la crise sanitaire liée à la Covid-19, les réseaux locaux préétablis ont été de véritables lieux d'observation, notamment parce qu'ils comprennent des structures directement au contact d'une diversité d'habitants (par exemple par des remontées



d'informations de l'association Médecins du Monde). Ces structures ont pu faire connaître leurs besoins et ceux des habitants. Très rapidement, les Villes et Intercommunalités ont pu en tirer une capacité à identifier les lieux où il était nécessaire de renforcer l'action publique, comme la sensibilisation aux gestes barrières pour éviter la propagation de la COVID-19.

Plus généralement, les savoir-faire et expertises présents et regroupés au sein d'un service municipal (médecine

scolaire, Service communal d'hygiène et de santé (SCHS), etc.) donnent une vision précise sur les enjeux de santé au sein du territoire communal, selon une approche globale de la santé, au delà de l'accès au soin (habitat, alimentation, etc.). Elles permettent ainsi d'avoir un poids pour défendre et argumenter les projets et la vision large de la santé mais aussi de profiter des retours des multiples projets pour mieux connaître les besoins en santé de la population.

## CARTOGRAPHIER L'OFFRE DE SOIN

### Comment cartographier l'offre de soin ?

**Les cartographies de l'offre de soin font partie des outils mis en place par de nombreuses villes telles que Metz, Montreuil, Rennes ou Villeurbanne.**

Grace à des jeux de données ouvertes tels que le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPS) des Agences Régionales de Santé (ARS) et le répertoire ADELI de l'Assurance Maladie, tous deux compris dans l'annuaire santé du Ministère de la Santé<sup>7</sup> ; et le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux<sup>8</sup> (FINESS, établissements déjà géolocalisés) de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), il est possible de cartographier la répartition

d'une partie des professionnels de santé. En revanche, il faut prendre en compte les limites quant à l'exactitude et l'exhaustivité des données, notamment face à la diversité croissante des types d'exercice de ces professionnels : temps partiel, temps de travail partagé dans différents lieux, téléconsultation, etc.

La ville peut enrichir la cartographie avec d'autres données telles que la densité de population, la proportion de personnes en affection longue durée (ALD) par IRIS, les lignes de transports en commun, les périmètres des quartiers prioritaires de la ville (QPV), etc. En utilisant un logiciel de Service d'Information Géographique (SIG), il est aussi possible de calculer les isochrones autour des lieux de soin, en prenant en compte non pas la distance à vol d'oiseau, mais la distance réelle à parcourir pour les personnes.

<sup>7</sup> <https://annuaire.sante.fr/web/site-pro/>

<sup>8</sup> <http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/index.jsp>



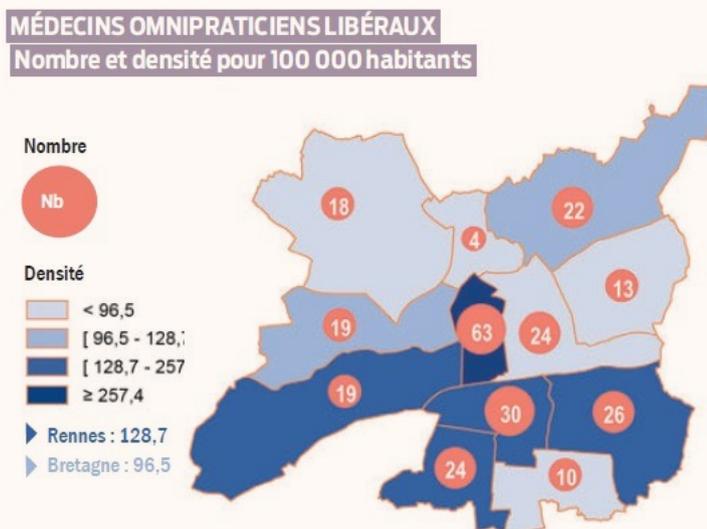
## Tableau de bord sur la santé et cartographie de l'offre de soin libérale à Rennes

- Période : 2018 - 2021
- Échelle de territoire concernée : Rennes Ville et Métropole
- Porteur/pilote principal : Ville de Rennes et Rennes Métropole
- Rôle de la collectivité : Pilote de l'action
- Partenaires : Service Information Géographique (service mutualisé Rennes Ville et Métropole), Observatoire Régional de Santé Bretagne (ORSB), Direction Aménagement urbain Habitat (Rennes Métropole)

La démarche d'observation mise en place par la Direction santé publique handicap de la Ville de Rennes, en lien avec la question de l'offre de soins, répond à plusieurs objectifs :

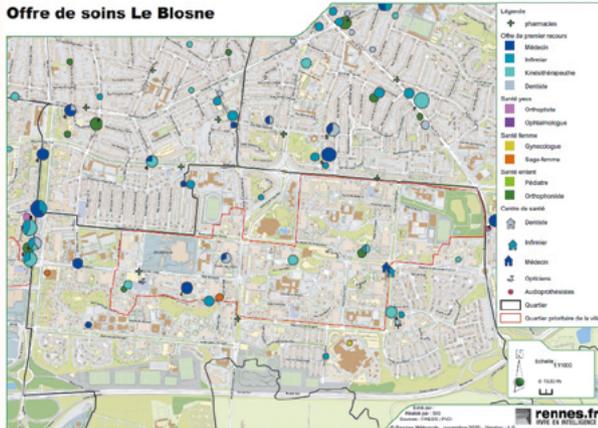
- avoir une connaissance fine du territoire et une vision des inégalités sociales et territoriales de santé à l'échelle de la ville et de ses quartiers (vision infra-communale),
- soutenir le travail d'animation territoriale en santé.

L'observation de l'offre de soin a tout d'abord été formalisée par un projet de **recueil et d'analyse des données de santé à l'échelle de la ville**, avec une approche infra-communale. La Ville de Rennes a fait appel à l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne pour compiler et documenter ces données infra-communales. Ce projet a donné lieu la création en décembre 2018 d'un «**Tableau de bord – La santé dans la ville de Rennes**» avec une partie dédiée aux données relatives au recours aux soins et à l'offre de soin. Ce travail de diagnostic sur l'offre de soin libérale était inscrit dans le Contrat Local de Santé.



Extrait du Tableau de bord « la santé dans la ville de Rennes »  
(crédit : Ville de Rennes et ORSB)

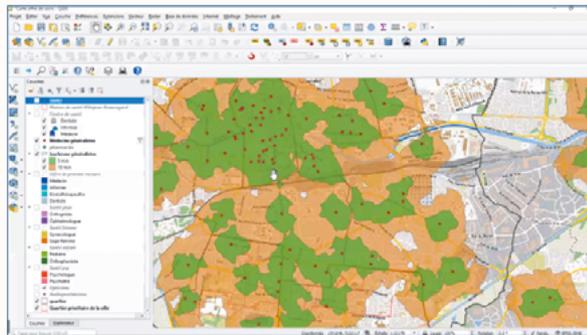
Ensuite, a été créé un **outil d'observation cartographique de l'offre de soin libérale**, toujours avec une approche infra-communale. Pour ce projet, la Direction santé publique handicap de la Ville s'est associée au SIG de la



Carte de l'offre de soin libérale dans un quartier à Rennes (crédit : Ville de Rennes et Rennes Métropole)

CPAM sur les professionnels de santé, base de données FINESS). Les cartes peuvent être éditées pour chaque quartier et ceci en fonction des besoins et des projets de santé et projets urbains en cours.

Le projet et la concertation entre services se poursuivent. La réflexion à mener concerne entre autres les évolutions souhaitées de cet outil (son actualisation, l'ajout d'autres catégories de professionnels de santé, le croisement avec d'autres données, l'affichage des isochrones, des projections dans le temps, l'ajout de détails sur les professionnels géolocalisés...).



La cartographie dynamique, ici montrant des isochrones, dans l'interface du logiciel gratuit QGIS (crédit : Ville de Rennes et Rennes Métropole)

Ville/Métropole ainsi qu'au Service Aménagement de la Métropole (en lien avec l'enjeu de prise en compte de l'offre de soin dans le cadre des projets d'aménagement). Cette collaboration a permis la création d'une cartographie dynamique géolocalisant les professionnels de santé libéraux de premier recours installés sur la ville (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes) et de second recours (gynécologues, sages-femmes, pédiatres, orthophonistes, ophtalmologistes, orthoptistes). L'outil est réactualisé chaque année (une à deux fois) avec les données disponibles publiquement extraites de l'annuaire santé (base de données regroupant les répertoires ARS et

Le tableau de bord santé de 2018 et l'outil cartographique ont objectivé les fortes disparités infra-communales du territoire rennais. Nous savons que la répartition de l'offre de soin libérale sur la ville est hétérogène avec des densités de professionnels de santé plus faibles dans les quartiers prioritaires de la ville, dans leurs quartiers d'ancrage et également dans les quartiers périphériques. Cette connaissance fine du territoire permet une intervention de la Ville mieux ciblée et adaptée aux besoins notamment dans une logique d'universalisme proportionné.



## Quels usages faire de la cartographie ?

Ces cartographies peuvent constituer :

- **Des outils d'aide à la décision** : pour réfléchir sur les mouvements à venir, les projets urbains en cours, l'adéquation avec les nouvelles constructions réalisées, le rapprochement des demandes d'installation et les opportunités immobilières. La cartographie est alors un outil interservices pertinent, comme c'est le cas à **Rennes**. Dans le cadre d'un projet d'aménagement, la cartographie peut alors être complétée par une étude qualifiant l'offre de soin et questionnant son accès, au-delà des critères géographiques.
- **Des outils de communication** envers les professionnels de santé qui envisageraient de s'installer sur le territoire : à **Villeurbanne**, la cartographie est insérée dans une plaquette qui explicite l'écosystème de santé en place sur le territoire (cf. *fiche 2.1*)
- **Des outils de projection** pour anticiper les besoins, les mouvements. L'objectif serait alors d'intégrer d'autres indicateurs concernant les médecins généralistes (notamment leur âge, les départs en retraite, le nombre

moyen de patients par professionnel, etc.). Ici encore, c'est un outil interservices intéressant, par exemple pour en échanger avec des Directions de quartiers.

**La cartographie doit toutefois être accompagnée de l'expertise des services santé de la collectivité (ou de prestataires) capables de l'interpréter**, de sorte à ne pas restreindre l'offre de soin à une approche quantitative qui négligerait d'autres enjeux (accessibilité financière du soin, mobilité des habitants, etc.) ainsi que l'évolution des conditions d'exercice des professionnels de santé (exercice regroupé, télé médecine, visite à domicile, etc.). Ainsi, la cartographie est-elle un point de départ mais n'est pas l'outil unique pour questionner l'accès au soin dans son territoire. De plus, il faut garder en mémoire que les inégalités sociales de santé ne se traduisent pas toutes systématiquement en inégalités territoriales de santé : la population défavorisée peut souffrir d'un moins bon accès au soin sans que la raison soit strictement (ou uniquement) liée à la répartition géographique de l'offre de soin.



## SYNTHÈSE

### CONNAITRE LES RÉALITÉS LOCALES ET CARTOGRAPHIER L'OFFRE DE SOIN

#### Enjeux pour les Villes et Intercommunalités :

- Rendre lisibles (aux élus, aux services, aux partenaires) les données quantitatives et qualitatives à une échelle infra-communale, sur la population, les enjeux de santé, l'offre et l'accès au soin
- Identifier les quartiers/zones dans lesquels renforcer en priorité l'attractivité pour l'installation de professionnels de santé, par exemple en y soutenant la création d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- Mettre en avant cette connaissance fine du territoire auprès des acteurs en charge de l'organisation de l'offre de soin et des professionnels de santé

#### Leviers :

- Connaissances et expertise sur la santé au sein des services capables d'interpréter les données / un diagnostic / une cartographie
- Existence de dispositifs de coordination locale (CLS, ASV, CLSM, réseaux)

#### *Spécifiquement sur la cartographie de l'offre de soin :*

- Logiciels gratuits et données ouvertes
- Compétence en géomatique au sein de la collectivité
- Culture du travail en transversalité santé – aménagement – géomatique

#### Freins :

#### *Spécifiquement sur la cartographie de l'offre de soin :*

- Données non-exhaustives : des données utiles tels que les tranches d'âge des professionnels de santé (pour anticiper les départs en retraite), les temps partiels, les temps partagés dans différents lieux ne sont pas disponibles
- Les nouveaux modes d'exercices (coordonné, MSP, temps partiel partagé dans différents lieux...) ne sont pas toujours évidents à afficher sur une carte
- Il est plus difficile de trouver des données fiables et exhaustives pour certaines catégories de professionnels, par exemple les psychologues libéraux

#### Points de vigilance :

- L'interprétation des données (quantitatives et qualitatives) et en particulier de la cartographie de l'offre de soin nécessite des connaissances en santé publique
- Anticiper la gestion de l'actualisation des données et des cartes extraites
- Anonymisation des données : attention au partage de données qui auraient été recueillies par les services. La suppression des noms et adresses ne suffit pas, car par croisement de différentes sources, les données peuvent parfois être désanonymisées. Des prestataires peuvent proposer des créations d'avatars, créant une population fictive partageant les mêmes caractéristiques que la population réelle. Se référer au Délégué à la Protection des données personnelles apparaît nécessaire pour anticiper ces risques et trouver des solutions pour l'exploitation des données.

#### Partenaires :

Le travail en transversalité est nécessaire. Concernant la cartographie des professionnels et établissements de santé, si toutes les Villes et Intercommunalités ne disposent pas d'ingénierie en géomatique en interne, elles peuvent faire appel à des acteurs spécialisés tels que les Observatoires Régionaux de Santé (ORS), les Agences d'urbanisme ou des cabinets d'études spécialisés. Les collectivités peuvent aussi se rapprocher des formations universitaires en géomatique, par exemple pour confier une mission à un stagiaire de master 2, à condition que sa méthode soit bien documentée pour permettre une actualisation de la cartographie.



# 1.2 CO-CONSTRUIRE L'INTERCONNAISSANCE ENTRE LES ACTEURS LOCAUX, TRAVAILLER LES SOLUTIONS COLLECTIVEMENT ET ASSURER UNE ANIMATION TERRITORIALE EN SANTÉ

## QUELS ENJEUX POUR LES VILLES ET INTERCOMMUNALITÉS ?

**Les collectivités et les autres acteurs locaux en prévention et promotion de la santé portent de nombreuses actions qui peuvent faciliter l'intervention des professionnels de santé :** dispositifs d'aide à l'ouverture ou au maintien des droits, dispositifs sport-santé sur ordonnance, éducation thérapeutique du patient, accompagnement vers l'alimentation saine, etc. (cf. partie 4). Néanmoins, les professionnels de santé ne peuvent prendre le temps d'aller à la recherche des acteurs et dispositifs existants sur le territoire, sur lesquels ils pourraient s'appuyer et vers lesquels ils pourraient orienter leur patientèle. **Les Villes et Intercommunalités peuvent donc apporter une plus-value aux professionnels de santé en mettant en avant cette offre de proximité.**

**Une bonne interconnaissance peut aussi permettre de faire aboutir des dispositifs portés par les acteurs locaux tels que les dépistages et bilans de santé gratuits** (cf. fiche 3.4), qui ne seraient pas pleinement efficaces s'ils ne débouchaient pas sur une consultation avec un professionnel de santé. À Lille par exemple, un travail de longue date sur la santé mentale (le Conseil Local de Santé

Mentale existe depuis plus de dix ans) permet une très bonne interconnaissance des acteurs du territoire et des partenariats privilégiés. Ainsi, lorsque des permanences de psychologues ont été mises en place par la Ville dans les Mairies de

quartier à destination de personnes qui n'allaient pas vers les structures de santé mentale, ces dernières pouvaient *in fine* obtenir un rendez-vous plus rapidement avec le Centre Médico-Psychologique si une prise en charge rapide s'avérait nécessaire. C'est l'interconnaissance entre les acteurs, la confiance construite au fil du temps qui permet de mettre en place ce système efficace pour une meilleure prise en charge.

Au-delà de ces cas de figure, **une meilleure interconnaissance entre les acteurs, y compris les habitants, permet une plus grande efficacité des actions de chacun :** premièrement pour savoir à qui s'adresser et ainsi faciliter les parcours, mais aussi pour co-construire un regard plus pertinent sur les besoins des habitants, les enjeux de santé et les enjeux liés à l'offre de soin dans le territoire, les freins et leviers, réfléchir aux réponses les plus adaptées et construire une synergie autour des projets pour les faire aboutir. Par exemple, à Nantes, des médecins généralistes de deux quartiers s'étaient rapprochés des services de la Ville, en recherche d'un appui pour créer des structures d'exercice coordonné. La Direction santé publique de la Ville a donc été missionnée pour faciliter l'information et la coordination des professionnels libéraux de santé sur ces deux quartiers, mettre en lien l'ensemble des partenaires associatifs avec lesquels la Ville travaille, et mettre à disposition les données de santé pour la réalisation des diagnostics de besoins. L'interconnaissance et la collaboration ont permis de faire aboutir les deux structures d'exercice regroupé (cf. fiche 2.2).

En proposant divers types de rencontres et de manières de travailler ensemble (groupes de travail, événements, temps conviviaux, etc.), **la collectivité et ses partenaires peuvent construire progressivement des liens de confiance.**



## ALLER À LA RENCONTRE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET SUSCITER DES TEMPS D'ÉCHANGE

**Les Villes et Intercommunalités, les élus comme les techniciens, gagnent à rencontrer les professionnels de santé de leur territoire, mieux connaître leurs conditions d'exercice, leurs points de vue, leurs attentes.** Il est aussi important, via ces échanges, de déconstruire des représentations qui peuvent être parfois caricaturales et d'un autre temps, en ce qui concerne le rôle et les conditions de travail de chacun. C'est aussi à travers ces échanges que la Ville peut faire connaître ses propres missions et que les élus et agents concernés par la thématique de la santé peuvent être identifiés par les professionnels de santé.

Des temps d'échanges peuvent aussi être proposés par les Villes. À **Rouen**, dans le cadre de l'Atelier Santé Ville, ont été mis en place des « Les P'tits Déj de la prévention » qui réunissent les acteurs locaux de la santé, dont les professionnels médicaux et sociaux. Des « rencontres de la santé » annuelles avaient aussi été mises en place, avant la crise sanitaire de la Covid-19, sur des thématiques creusées avec le CHU pour faire entrer l'hôpital dans la ville, auprès des associations et des autres acteurs locaux.

**Val de Garonne Agglomération** a quant à elle choisi de valoriser et mieux connaître les professionnels médicaux installés sur le territoire via un projet photographique de portraits élaborés par des sociologues. Ce travail donnera lieu à une exposition qui sera un lieu d'échange, créateur de liens entre professionnels de santé, élus et citoyens.

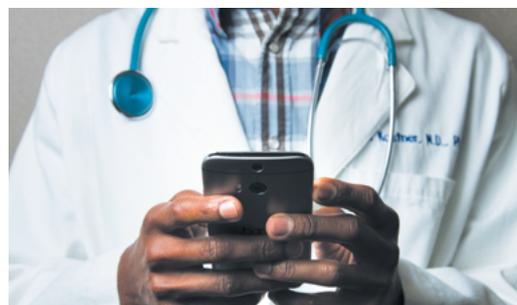


Récemment, face à la crise sanitaire de la Covid-19, les professionnels de santé se sont largement mobilisés et concertés, certains ont pu accélérer la constitution de leur

Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ou encore se rassembler au sein d'une association. Les échanges avec les Villes ont alors souvent connu un nouvel élan. Par exemple, à **Villeurbanne**, une conférence téléphonique hebdomadaire, en fin de journée, était proposée par l'adjointe déléguée à la santé aux professionnels de santé afin d'échanger sur les constats et besoins respectifs. Il s'agit désormais de poursuivre les relations qui ont été construites.

## ÉLABORER DES RESSOURCES UTILES AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

**Pour faciliter la prise de connaissance des professionnels de santé des acteurs et dispositifs de santé locaux, il est possible de créer des ressources qui leur seront utiles.** À **Villeurbanne**, une lettre d'information électronique « Santé Villeurbanne » qui valorise les actions santé locales est régulièrement envoyée aux professionnels de santé.



La Ville de **Rennes** a quant à elle élaboré avec le CHU et l'ARS un guide pratique de recours aux soins psychiatriques à l'usage des médecins généralistes pour la population rennaise. Cet outil prend la forme d'une plaquette qui permet aux médecins de choisir une orientation en fonction de trois critères : soins programmés en ambulatoire, soins en 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 public (avec cartographie), privé et associatif est donnée en début de document. La plaquette se termine par un rappel synthétique des différentes mesures de soins exposées de façon graduée.



## Guide pratique en santé mentale sur le territoire de Grand Chalons

Dans le cadre du Contrat Local de Santé, un groupe de travail sur la santé mentale a mis en avant deux problématiques majeures du territoire, à savoir le manque d'outil de coopération et de coordination pour les professionnels et le manque de connaissance de l'existant par les acteurs du territoire. Deux projets ont donc été proposés : la création d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) et d'un guide en santé mentale.

L'offre en la matière est riche sur le territoire du Grand Chalons. Le parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiques ou d'un handicap psychique exige des prises en charge complexes, souvent à long terme. Il implique la coordination de multiples intervenants des domaines sanitaire, social, médico-social, etc. Chaque situation revêt une dimension unique qui nécessite une réponse adaptée. L'information et la connaissance de ces acteurs sur un territoire comme le Grand Chalons est une condition indispensable au développement d'un partenariat local.



**MAISON DES ADOLESCENTS**

**Maison des Adolescents**

**Missions générales**  
L'accueil, l'écoute, l'information des adolescents et de leur entourage ; l'évaluation des besoins, l'accompagnement et l'orientation le cas échéant vers les partenaires du réseau.

**Missions spécifiques**

- Écoute, informé, accompagner et orienter les adolescents et leurs familles, pour répondre aux questions, préoccupations ou difficultés rencontrées.
- Mettre en place une réponse adaptée et coordonnée en accord avec l'adolescent et/ou sa famille.
- Être un lieu de ressources pour les jeunes, leurs familles, et pour l'ensemble des professionnels intervenant auprès des jeunes.

L'accueil et l'accompagnement sont exercés par une équipe de professionnels de l'écoute : accueillants de formations diverses (infirmiers, psychologues, assistants sociaux), qui peuvent également proposer une rencontre avec d'autres intervenants (pédagogues, pédopsychiatres...)

La maison des Adolescents propose un accompagnement pluridisciplinaire, généralement de courte durée. Principes d'intervention : gratuits, confidentialité, libre adhésion, possibilité de venir avec ou sans les parents, avec ou sans rendez-vous.

**Population cible - Conditions requises**

- Les jeunes de 11 à 25 ans rencontrant des difficultés ou questionnements liés à l'adolescence (relations aux autres, relations familiales, relations amoureuses et sexualité, questions scolaires, troubles alimentaires, mal-être adolescents, etc.)
- Les parents préoccupés par le comportement et la santé de leurs jeunes.
- Domiciliés ou scolarisés dans le département.

**Coordonnées**  
28-30 rue du Pont de fer  
71 100 Chalon sur Saône  
Tél. : 03 85 94 01 44  
Fax : 03 85 94 09 38  
santem@maisondesado21.fr  
www.maisondesado21.fr

**Horaires**  
Lundi, mercredi et vendredi  
de 9h à 12h et de 13h à 18h30  
Accueil du public : 7 jours sur 7  
Avec ou sans RDV

11

C'est pourquoi, dans le cadre du CLSM, un guide pratique sur la santé mentale à destination des professionnels de santé, des bénévoles et des élus de la collectivité, a été créé. Cet outil opérationnel regroupe les ressources utiles pour permettre d'orienter les personnes en souffrance psychique vers une prise en charge adaptée afin de les réintégrer dans une vie sociale, voire professionnelle, nécessaire à leur épanouissement. Le guide référence l'offre locale en matière d'accueil, d'écoute, de soins et d'insertion.

Au sein du guide, sont indiqués pour chaque structure ou service : les missions, la population cible et les éventuelles conditions requises pour s'y adresser, ainsi que les coordonnées et les horaires d'ouverture.

Ce guide pratique constitue un outil d'information particulièrement utile pour faciliter le travail en commun et contribuer à apporter les réponses adaptées aux besoins de ces usagers qui nécessitent un accompagnement et une attention toute particulière.

## CO-CONSTRUIRE DES RÉSEAUX ET DES DISPOSITIFS DE COORDINATION LOCALE

Les dispositifs de coordination locale tels que les Ateliers Santé Ville (ASV), les Contrats Locaux de Santé (CLS) et les Conseils Locaux de Santé Mentale

(CLSM) permettent d'aller plus loin en instaurant des modalités de travail commun plus systématiques, dans un fonctionnement organisé et relativement stabilisé, en particulier grâce à la présence d'un coordinateur ou coordinatrice dédié au dispositif.

Les collectivités et les autres acteurs peuvent aussi impulser d'autres types de réseaux thématiques tels que les réseaux santé-précarité ; ou encore impulser et soutenir des réseaux à l'échelle d'un quartier, comme les Pôles Ressources Santé à Lille.

## Lab's Santé Solidarité Précarité du Grand Nancy : réseau de veille sanitaire et sociale

- Période : depuis 1998
- Echelle de territoire concernée : intercommunalité
- Pilote principal : Grand Nancy Métropole et l'association AD2S (Accès Droits Santé Solidarité)
- Rôle de la collectivité : Coordination, pilotage et évaluation
- Partenaires : Représentants institutionnels, des professionnels du monde du social et du monde médical, des associations et des personnes en situation de précarité

En 1998, un Réseau Santé Précarité est institué à la suite de 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 la santé. Après l'élargissement de ce premier groupe de travail, cette organisation regroupe désormais des représentants institutionnels, des professionnels du monde du social et du monde médical, des associations et des personnes en situation de précarité.

En 2019, le Réseau Santé-Précarité se transforme en Lab' Santé Solidarité Précarité copiloté par la Métropole et l'association AD2S (Accès Droits Santé Solidarité). Cette action est alors intégrée au CLS de deuxième génération.

Sa mission principale est la réduction des inégalités sur le territoire. Le réseau 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 Métropole, 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, etc. 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 sites ou encore la création de supports sont régulièrement proposés par les membres du réseau.

## À Lille, les Pôles Ressources Santé fédèrent les acteurs de la santé

- Période : Depuis 2011
- Echelle de territoire concernée : 5 quartiers
- Pilote principal : Ville de Lille (délégation santé)
- Rôle de la collectivité : Coordination et financement du projet
- Partenaires : habitants, usagers, bénévoles ; professionnels de santé ; professionnels de la prévention ; professionnels médico-sociaux, de la réduction des risques ; professionnels sociaux ; professionnels de l'éducation.

Pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé et organiser une réponse adaptée aux enjeux de santé de la population dans la proximité, la Délégation Santé de la Ville de Lille a mis en place des Pôles Ressources Santé dans chacun des cinq quartiers suivants : Faubourg de Béthune, Fives, Lille Sud, Moulins et Wazemmes. Leur objectif est d'améliorer la santé globale des habitants en fédérant les structures et acteurs de santé, au sens large. Les structures retenues comme « Pôles Ressources Santé » par la Ville sont financées pour mettre en place un réseau d'acteurs et poser un diagnostic commun. Chacune met à disposition un référent santé, dont la mission est notamment de réunir toutes les 6 à 8 semaines les habitants, usagers, bénévoles, les professionnels de santé (libéraux, hospitaliers, centres de santé etc.) ; professionnels de la prévention



(associatifs, institutionnels etc.) ; professionnels médico-sociaux, de la réduction des risques ; professionnels sociaux ; professionnels de l'éducation. Ces rencontres pluridisciplinaires et coopératives permettent de **partager un diagnostic des besoins** (chaque Pôle définit ses thématiques d'action prioritaires) **et créer une synergie autour de projets** de prévention et de promotion de la santé pour y répondre. Les Pôles Ressources Santé sont aussi des portes d'entrée dans les démarches santé des personnes (orientation pour l'accès aux droits, accompagnement au bilan de santé, encouragement au recours au soin, etc.)

Pour les professionnels du quartier, la plus-value du Pôle Ressource Santé est d'être informé des projets en cours, des campagnes de prévention, des dispositifs locaux et des dispositifs de droit commun ; de pouvoir orienter les usagers selon leurs besoins ; de bénéficier d'un accompagnement dans leurs projets de promotion de la santé ; de mieux connaître les enjeux de santé du quartier ; d'enrichir les projets de promotion de la santé des habitants et de participer aux rencontres du réseau des acteurs de santé du quartier.

Via leur Pôle Ressources Santé, les habitants d'un quartier peuvent 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 et participer aux actions et à l'élaboration de projets de promotion de la santé.

Le rôle de la Ville est de coordonner l'ensemble du projet, en particulier :

- 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 au soin ;
- Permettre le développement du partenariat intra et inter quartiers.

Par ailleurs, les **CPTS** sont un atout pour le territoire. **Une CPTS dynamique peut impulser ou soutenir de nombreux projets, tant pour améliorer l'accès au soin, s'atteler à des enjeux de santé spécifiques, mais aussi travailler à l'amélioration de l'offre de soin et la création de structures d'exercice regroupé.** Par exemple, à **Châteauroux**, la CPTS a joué un rôle majeur dans la création de deux structures d'exercice regroupé (cf. fiche 2.3). Les Villes et Intercommunalités gagnent donc à garder une veille sur la formation des CPTS, à se rendre disponible et à se faire identifier comme interlocuteur. Les CPTS

prennent forme à l'initiative des professionnels de santé et bénéficient d'un financement de la CPAM et de l'ARS, notamment pour financer un poste de coordonnateur. Néanmoins, les dossiers à constituer sont lourds ; les professionnels de santé peuvent manquer de temps pour les renseigner et manquent d'accompagnement pour leur réalisation. **Certaines Villes et Intercommunalités peuvent soutenir les projets de CPTS, par exemple en apportant une aide sur les plans administratif et logistique et le montage de projets.**

## METTRE EN PLACE DES INSTANCES DE CONCERTATION

**Les réponses aux enjeux de santé et aux problématiques liées au soin peuvent être co-construites avec les acteurs du territoire pour favoriser l'interconnaissance et créer une dynamique de réseau.**

La Ville de **Besançon** a par exemple mis en place un **Conseil Local d'Appui en Santé Publique (CLASP)** qui est un groupe de réflexion sur lequel la Ville peut s'appuyer pour prendre des décisions éclairées. Ce conseil, qui n'est



pas un organe décisionnel, est constitué de vingt acteurs locaux (infirmiers, médecins libéraux et hospitaliers, chercheurs en sociologie et en écologie, acteurs d'associations médico-sociales et d'éducation pour la santé, ingénieurs en santé publique, etc.). Son objectif de conseil se place dans la politique des collectivités visant à favoriser la santé et le bien-être de la population en agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé.



Ce groupe d'abord informel s'était réuni spontanément pendant la crise sanitaire du Covid-19 et s'était mobilisé pour les campagnes de sensibilisation et information aux gestes barrières puis à la vaccination, l'organisation des centres de dépistage et de vaccination, et la surveillance

épidémiologique de l'évolution de la maladie. Le CLASP a ensuite été officialisé par la Ville début 2021 pour apporter un éclairage scientifique, stratégique et technique sur des problématiques de santé publique, quel qu'en soit le sujet, sur demande de Mme La Maire ; alerter sur des problématiques locales comportant un enjeu important en santé publique ; et contribuer à la compréhension et à l'explication du rationnel scientifique de décisions des pouvoirs publics.

A Nice, un **Conseil local de santé** s'est réuni tous les quinze jours pour traiter les questions liées à la crise sanitaire de la Covid-19. Cette instance, qui réunit une centaine de personnes aux profils différents (médecins libéraux et hospitaliers, sages-femmes, kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens, CPAM, ordre des médecins, URPS, etc.) permet un lien direct entre la ville et l'hôpital. Lors des rencontres, la Ville, le CHU et d'autres partenaires notamment de la prévention répondent aux questions posées par les professionnels en amont et pendant la visio.

Dans ces cas de figure, la thématique de la Covid-19 a encouragé le travail collectif, et les professionnels ont pu voir l'intérêt de travailler avec les Villes et Intercommunalités, notamment leur capacité à fédérer les acteurs.

## À Châteauroux, un « Conseil d'Organisation de la Santé » se penche sur l'amélioration de l'accès aux soins

- Période : Depuis septembre 2020
- Echelle de territoire concerné : Ville de Châteauroux
- Pilote principal : Ville de Châteauroux
- Rôle de la collectivité : Pilote
- Partenaires : Variables selon les thématiques abordées (ARS, cabinet en charge du diagnostic territorial, professionnels locaux ou de la Région afin de comparer les pratiques et expériences notamment sur le développement de la télémédecine, cabinets spécialisés dans les centres de santé...)

Au regard des difficultés d'accès aux soins sur son territoire, la Ville de Châteauroux a souhaité mettre en place un Conseil d'Organisation de la Santé (COS), nouvel organe consultatif dont l'objectif est de réunir celles et ceux qui travaillent sur les questions de santé sur le territoire pour définir les actions qui peuvent être utiles à l'amélioration de la qualité des soins et attirer davantage de professionnels. Il a pour objet la recherche et la participation à la mise en œuvre de tous moyens permettant d'améliorer l'accès au soin sur le territoire.

Ledit COS, co-présidé par un élu et un représentant des professions médicales, est constitué de 17 membres :

- Madame la Directrice du Centre hospitalier Châteauroux-Le Blanc
- Monsieur le Directeur de la Clinique Saint-François
- Un représentant des usagers
- Un représentant des infirmiers
- Une représentante des agents du Centre hospitalier Châteauroux-Le Blanc
- Monsieur le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) du Centre hospitalier Châteauroux-Le Blanc



- Un représentant du Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Indre
- Madame la Présidente de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)
- La chargée de mission Santé à l'Agence d'Attractivité de l'Indre
- Madame la Sénatrice de l'Indre
- Madame la Vice-Présidente de la Communauté d'Agglomération Châteauroux-Métropole déléguée à la Santé
- Madame la Maire-Adjointe déléguée à l'Évènementiel
- Monsieur le Maire-Adjoint délégué à la Santé Publique
- La Coordinatrice du Contrat Local de Santé
- Trois médecins du territoire

Le dispositif est piloté par la coordinatrice du service santé publique de la Ville de Châteauroux.

Le Conseil d'Organisation de la Santé se réunit tous les deux mois afin de faire un point sur l'avancement des différents dossiers en cours. Des sous-groupes de travail se réunissent sur plusieurs thématiques (logements et mobilité des étudiants, locaux pour les professionnels de santé, organisation d'un audit sur l'offre de soin du territoire, conditions d'installation...).

À l'heure actuelle, le Conseil mène activement, en collaboration avec un cabinet privé, une étude « évaluation et enjeux de l'accès aux soins de premiers recours sur le bassin de vie ». Cette dernière, complexe et complète, permettra ainsi aux membres du Conseil d'avoir une nouvelle approche de la situation du territoire en matière d'offre de soin, permettant ainsi d'adapter au mieux ses axes de travail pour les mois et années à venir.

## SYNTHÈSE

### CO-CONSTRUIRE L'INTERCONNAISSANCE ENTRE LES ACTEURS LOCAUX, TRAVAILLER LES SOLUTIONS COLLECTIVEMENT ET ASSURER UNE ANIMATION TERRITORIALE EN SANTÉ

#### Enjeux pour les Villes et Intercommunalités :

- Connaître les professionnels du territoire, leurs actions, leurs conditions d'exercice
- Être identifié et faire connaître ses propres missions et actions
- Faire connaître aux professionnels de santé les dispositifs et acteurs locaux sur lesquels ils peuvent s'appuyer ou vers lesquels ils peuvent diriger leurs patients (sport-santé sur ordonnance, atelier nutrition, etc.)
- Coordonner ou soutenir des dispositifs favorisant l'interconnaissance, les échanges de points de vue et les collaborations
- Co-construire les réponses avec tous les acteurs locaux concernés : ARS, CPAM, professionnels de santé et leurs structures (CPTS, Ordres, URPS), professionnels de la prévention-promotion de la santé, habitants etc.

#### Leviers :

- Mobilisation des élus pour aller à la rencontre des professionnels
- Présence de dispositifs de coordination locale, d'instances collaboratives, de réseaux d'acteurs sur le territoire

- Liens avec les réseaux de professionnels de santé (CPTS, URPS, ordres, associations...)
- Diversifier les modes de rencontres et espaces d'échanges (groupes de travail, évènements, temps conviviaux, etc.)
- Interlocuteur dédié à l'offre et l'accès au soin dans les services de la Ville / l'intercommunalité et identifié par les partenaires

#### Freins :

- Financements précaires des dispositifs de coordination et des postes de coordonnateurs
- Disponibilité des médecins et des élus
- Parfois, difficulté à fédérer au-delà d'un noyau dur de professionnels de santé fortement mobilisés sur de multiples projets

#### Points de vigilance :

- Engagement nécessaire pour favoriser la pérennité de ce type de dispositifs
- Il peut être plus facile de mobiliser les professionnels sur des projets thématiques fédérateurs et concrets, par exemple le sport-santé
- Maintenir la dynamique des relations et réseaux qui ont vu le jour face à la crise sanitaire de la Covid-19



# 1.3 SE STRUCTURER POUR AGIR

**Les Villes et Intercommunalités ne sont pas dépourvues de compétences en santé publique, malgré la prépondérance de la responsabilité de l'Etat en la matière. Ceci peut freiner l'action des Villes et Intercommunalités mais ne les empêche pas d'agir** (cf. introduction). La volonté politique des élus locaux face aux enjeux constatés sur le territoire, aux interpellations des habitants et des professionnels de santé a mené de nombreuses Villes et Intercommunalités à travailler à l'amélioration de l'offre et de l'accès au soin. Elles ont d'ailleurs de nombreuses connaissances et capacités à agir (observation en santé, activation de réseaux, portage immobilier, lien entre soin et prévention-promotion de la santé, lien avec l'action sociale, etc.) pour contribuer à l'effort collectif visant à améliorer l'offre et l'accès au soin et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Néanmoins, **elles doivent pour cela se structurer, disposer de moyens humains, inscrire l'offre et l'accès au soin dans les projets politiques, techniques, et dans les dispositifs partenariaux.** Par ailleurs, elles ne sont pas toujours perçues par les acteurs de l'organisation de l'offre de soin comme des interlocuteurs pouvant être sollicités sur ces enjeux. **Les Villes et Intercommunalités doivent donc aussi être particulièrement actives pour établir des relations partenariales,** tant avec les institutions, qu'avec les établissements de santé ou les professionnels de santé à titre individuel, ce qui requiert des moyens humains.

## LES MOYENS HUMAINS ET LA PLACE DE LA THÉMATIQUE « OFFRE ET ACCÈS AU SOIN » AU SEIN DE LA COLLECTIVITÉ

Les moyens humains au sein des Villes et Intercommunalités, tant sur la santé au sens large que sur l'offre et l'accès au soin, sont très divers. Entre celles qui disposent d'une Direction santé publique de plusieurs agents et celles qui disposent d'un poste dédié à la santé, par exemple à la coordination d'un Contrat Local de Santé, les réalités et les capacités à agir sont très diverses. La thématique du soin, quand elle est confiée à un agent, est souvent une des nombreuses thématiques dont il a la charge, mais elle peut aussi faire l'objet de 0,5 à 1 équivalent temps plein (ETP). **Les Villes-Santé tendent à estimer qu'à minima un ETP dédié aux questions d'offre et d'accès aux soins est nécessaire pour intervenir de manière efficace sur cet enjeu.**

Cette thématique peut être traitée au sein des services de santé, de développement économique, et sur certains aspects dans les services « aménagement et développement du territoire » et les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS).

### À Nîmes, la Direction de la Santé et de l'Hygiène s'est structurée pour agir en tant qu'assistant à maîtrise d'ouvrage auprès des professionnels de santé

Depuis 2018, la collectivité territoriale nîmoise a engagé une politique de soutien aux professionnels de santé libéraux du territoire.

L'accès aux soins de premiers recours est un sujet de préoccupation majeur au niveau national, son objectivation locale ne laisse pas encore apparaître de graves problèmes sur le territoire nîmois, cependant les difficultés d'accès aux soins apparaissent de manière marquée et les projections peuvent inquiéter, largement relayées par les habitants. Les tensions très fortes au niveau des urgences hospitalières et d'autres filières de soins comme par exemple la psychiatrie hospitalière sont liées pour partie à ces sujets d'organisation des soins de premiers recours.



Les institutions principalement concernées par ce sujet sont l'ARS et la CPAM, cependant la collectivité territoriale a un rôle à jouer pour porter les intérêts de ses habitants et contribuer à la disponibilité des services dont ils ont besoin.

Notons toutefois qu'en l'état actuel de l'organisation du système de santé, l'implication et le portage par les professionnels eux-mêmes est une condition *sine qua non* pour amorcer une quelconque dynamique. Dès lors, la maîtrise d'œuvre comme la maîtrise d'ouvrage relèvent de leurs prérogatives. **La Ville ne peut se situer que dans le soutien et l'accompagnement dans la maîtrise d'ouvrage.**

La Direction de la Santé et de l'Hygiène de la Ville de Nîmes s'est structurée pour répondre à ces enjeux en s'appuyant sur le Contrat Local de Santé signé entre la Ville et l'ARS. Un chef de projet est positionné sur ce sujet en interactions fortes au sein de la direction avec ses homologues positionnés par approche populationnelle et parcours de santé au sein d'une équipe coordonnée. Les missions de ce chef de projet s'articulent entre :

- l'ingénierie en soutien à la mise en place et au suivi des projets d'exercices coordonnés
- le lien avec :
  - l'hôpital, les Facultés, Universités, IFSI, écoles de formation,
  - les institutions partenaires (ARS, CPAM, CD, Services de l'Etat, ...)
  - et les organisations professionnelles (Conseils ordinaires, URPS, ...)
- l'articulation des différentes directions de la municipalité et de leurs leviers d'action pour faciliter et soutenir l'évolution de l'organisation des soins de premiers recours.

Les efforts engagés depuis 2018 ont quelques résultats encourageants :

- Plusieurs Maisons de santé pluridisciplinaires ont vu le jour ou sont en préparation.
- Des projets s'initient dans plusieurs quartiers de la ville.
- La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé nîmoise (CPTS) s'est constituée en préfiguration autour de la mobilisation des professionnels de santé pour répondre aux enjeux de la vaccination de masse anti-covid. Les liens sont établis pour engager plus avant les travaux avec les professionnels nîmois pour installer la CPTS.
- Les liens avec le Nouveau Programme de Renouvellement Urbain (NRPUR) ont été proposés pour inclure dans ses enjeux de services à la population le sujet de l'accès aux soins de premiers recours en lien avec la nouvelle Loi de santé. Une première prise en compte est effective bien qu'encore modeste.
- Notre participation aux travaux menés dans le cadre de la rénovation urbaine sur l'organisation des professionnels dans plusieurs quartiers a contribué à faire évoluer des situations bloquées depuis longtemps.

Les enjeux immédiats pour la période à venir (2021/2022) :

- Structurer dans le cadre du CLS l'accompagnement des projets d'exercice coordonné actuels et à venir notamment l'installation de la CPTS.
- Mobiliser et développer les contributions de la Ville aux différents projets, matérielles et immatérielles, comme en matière de participation à leur gouvernance.
- Articuler ces travaux avec le développement des réseaux de santé de proximité dans les quartiers, notamment avec les mobilisations citoyennes et la Politique de la Ville.
- Consolider les liens avec le NRPUR.
- Contribuer à structurer et consolider les parcours de santé notamment dans les aspects de coordination des soins de premiers recours et dans les liens SPR Ville – Hôpital comme SPR Ville – ESMS – Acteurs Sociaux.



## ORGANISER LOCALEMENT LES CONDITIONS D'UNE APPROCHE TERRITORIALISÉE

**Au-delà de la place du soin et de la santé dans les services municipaux, se pose plus globalement la question de l'organisation administrative de la Ville.**

En particulier sur les enjeux d'accès au soin et d'offre de soin, une bonne connaissance du terrain et ses acteurs est un atout pour la Ville. Pour cela, elle doit avoir une **organisation, une gouvernance et une manière d'agir qui aident les élus à porter des politiques territorialisées et qui aident la fédération des acteurs ou des projets** (tant les projets de lieux de santé, que ceux qui lient soin et prévention-promotion de la santé). Pour les moyennes et grandes Villes, les Directions ou Mairies de quartier sont alors des atouts importants, avec lesquels il est nécessaire que les autres services et élus se coordonnent.

## FORMALISER UNE STRATÉGIE TERRITORIALE D'AMÉLIORATION DE L'OFFRE ET DE L'ACCÈS AUX SOINS

La formalisation d'une stratégie locale pour agir sur l'offre et l'accès au soin offre un cadre facilitant. A ce titre, **l'intégration de l'offre et l'accès au soin en particulier dans les dispositifs partenariaux, notamment les Contrats Locaux de Santé, est un levier important pour construire et légitimer l'action de la Ville ou l'intercommunalité sur cette thématique, pour définir et planifier les priorités**, comme au **Grand Chalon**, à **Angers Loire Métropole**, **Saint-Denis**, **Montreuil**, **Val de Garonne Agglomération**, **Villeurbanne** ou encore **Toulouse**. Le CLS joue aussi un rôle clef pour fédérer les institutions sur ces questions. Par exemple, à **Toulouse**, le CLS est signé par treize partenaires et la fiche action du CLS portant sur le soin est portée conjointement par la Ville, l'ARS et la CPAM, ce qui renforce l'engagement et le partenariat. A **Villeurbanne**, pour l'élaboration du CLS,

la collectivité a pu prendre appui sur le travail d'un stagiaire en santé publique explicitant les données épidémiologiques sur chaque thématique de santé. Ces données sont incluses dans les fiches-action, légitimant d'autant plus la présence de la thématique de l'accès au soin et l'offre de premier recours dans le CLS. De plus, dans chaque fiche sont précisées les actions existantes, les nouvelles actions et les actions en perspective pour les années suivantes (après les 3 ans du CLS). Ces perspectives ont permis de partager un horizon commun avec les signataires du CLS et parfois d'aller au-delà des actions prévues.

**La présence de la thématique « offre et accès aux soins » dans le CLS peut aussi permettre d'y dédier une partie du temps de travail de son coordinateur.**



Certaines Villes ou Intercommunalités ont aussi formalisé une stratégie d'amélioration de l'offre et de l'accès aux soins propre à leur territoire, en complément de l'inscription de la thématique dans le CLS, tel que le **Grand Chalon** avec son « Schéma directeur pour le développement de l'offre de soin de premier recours ».



## Le Schéma directeur pour le développement de l'offre de soin de premier recours du Grand Chalons

- Période : à partir de 2016
- Echelle de territoire concernée : intercommunalité
- Pilote principal : Le Grand Chalons / Direction des Solidarités et de la Santé
- Rôle de la collectivité : Gestionnaire du dispositif (administratif, financier, coordination, RH, etc.)
- Partenaires : ARS BFC, Agence d'Urbanisme Sud Bourgogne (pour l'étude préalable), Conseil Départemental 71, Conseil Régional BFC, Préfecture de Saône et Loire, CPAM, Etablissements hospitaliers et spécialisés (publics et privés du territoire Grand Chalons), les 51 communes du territoire, association des médecins remplaçants du Chalonnais et autres associations du territoire, URPS, conseils de l'ordre, etc.

La Communauté d'Agglomération du Grand Chalons s'est vu transférer une nouvelle compétence au 1<sup>er</sup> janvier 2012 : « Action sociale d'intérêt communautaire » se définissant à travers 6 domaines d'activités dont la santé publique. Un Contrat Local de Santé avait été signé en 2014 entre l'ARS, la Préfecture, la CPAM et le Grand Chalons. Deux nouveaux signataires sont venus renforcer ce partenariat en 2015 : le Conseil Régional et le Conseil Départemental. Ce CLS engageait les partenaires à travailler sur les problématiques liées à l'offre de soin. Une étude pour l'élaboration d'un schéma favorisant l'accès aux soins de proximité et l'attractivité auprès des jeunes professionnels, financée par l'ARS Bourgogne Franche-Comté, a donc été lancée en 2016 sur le territoire du Grand Chalons avec comme prestataire l'Agence d'Urbanisme Sud Bourgogne. C'est à partir de cette étude qu'un schéma directeur pour le développement de l'offre de soins de premier recours sur le Grand Chalons et l'attractivité des professionnels de santé a été réalisé. Sur la base des constats faits au travers de l'étude, qui confirme les besoins immédiats et futurs de professionnels de santé sur le territoire du Grand Chalons notamment en ce qui concerne les médecins généralistes, ce schéma directeur propose 5 grands principes :

- Un dispositif de soutien financier pour le développement des lieux d'exercice coordonné
- La réalisation d'actions de promotion du territoire
- Un dispositif de soutien financier à la recherche de professionnels de santé
- Un dispositif de soutien financier à l'acquisition de matériel médical spécifique pour les structures coordonnées
- L'ingénierie et l'accompagnement technique du Grand Chalons dans les projets d'installation

## SYNTHÈSE

### SE STRUCTURER POUR AGIR

#### Enjeux pour les Villes et Intercommunalités :

- Connaître et objectiver les besoins et priorités du territoire, à l'échelle infra-communale
- Définir et porter un projet politique et technique, en associant les partenaires

#### Leviers :

- Portage politique
- Binôme élu - technicien opérationnel
- 1 ETP dédié à ce sujet dans la collectivité
- Gouvernance et manière d'agir de la Ville qui aident les élus à porter des politiques territorialisées et qui facilite la fédération des acteurs ou des projets, notamment en se

coordonnant avec les Directions / Mairies de quartier

- Relations partenariales avec les institutions (ARS, CPAM, URPS, Ordres, etc.), les établissements de santé et les professionnels de santé. Implication des professionnels de santé, URPS et professionnels des ordres dans les CLS, en particulier sur les axes portant sur le soin
- Connaissance du territoire

#### Freins :

- Manque de moyens humains au sein de la Ville / l'intercommunalité



## 2

## AGIR SUR L'OFFRE DE SOIN



## AGIR SUR L'OFFRE DE SOIN

**PROMOUVOIR LE TERRITOIRE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

- Mise en avant de l'environnement professionnel
- Palette de diverses modalités d'exercice
- Soutien à l'accueil de stagiaires

**FAIRE CONVERGER LES PROJETS D'INSTALLATION, LES LOCAUX LIBRES ET ACCOMPAGNER LES PROJETS IMMOBILIERS**

- Mise en relation des acteurs du territoire (professionnels de santé, bailleurs, etc.)
- Accompagnement des projets d'exercice regroupé sur le volet immobilier
- Collaboration pérenne entre les services santé, aménagement et développement économique pour anticiper la création de locaux sur le territoire

**SUIVRE ET ACCOMPAGNER LES PROJETS D'EXERCICE REGROUPÉ (MSP, PÔLE DE SANTÉ...)**

- Plaidoyer pour la création et soutien politique et/ou budgétaire aux maisons de santé
- Accompagnement des porteurs de projets
- Médiation vis-à-vis des partenaires institutionnels
- Fédérer et mettre en lien les acteurs libéraux et les acteurs de la santé primaire

**(CO)PORTER UN PROJET D'EXERCICE REGROUPÉ (CENTRE MUNICIPAL DE SANTÉ, SCIC...)**

- Élaboration du projet avec les partenaires
- Création du lieu
- Financement
- Gestion (RH, comptable, administrative...)

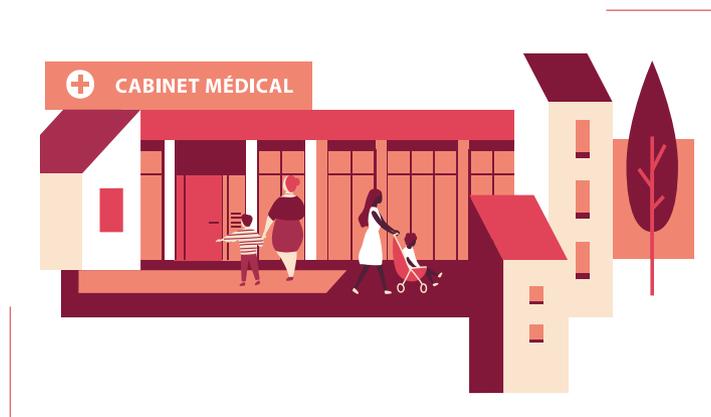


Les Villes et Intercommunalités sont régulièrement interpellées par la population quant à une offre de soin déficitaire, ainsi que par des professionnels de santé sur les difficultés qu'ils peuvent rencontrer. Face à cela, **elles peuvent promouvoir leur territoire pour susciter les souhaits d'installation**, tout d'abord en explicitant l'environnement professionnel et l'écosystème de santé local, mais aussi en facilitant l'accueil de jeunes ou futurs professionnels de santé tels que les internes, par exemple sur le plan du logement.

**Si elles n'ont pas vocation à s'immiscer dans les projets d'installation en libéral ou les projets portés par les professionnels de santé tels que les Maisons Pluriprofessionnelles de Santé, elle peuvent soutenir ces projets et apporter une plus-value** : en apportant des données, en informant sur l'évolution du territoire (par exemple un nouveau quartier en construction où arriveront de nouveaux habitants en recherche d'un médecin traitant), en accompagnant les projets sur le volet immobilier, ou encore en

mettant en relation divers acteurs du territoire. En soutenant ces projets, elles peuvent contribuer à faire en sorte que le territoire offre une palette de modalités d'exercice : libéral ou salarié, seul ou regroupé, pluriprofessionnel ou non, etc. Elles peuvent aussi veiller à renforcer l'attractivité de certains quartiers déficitaires en offre de soin, par exemple certains quartiers prioritaires au sens de la politique de la ville, contribuant ainsi à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

**Les Villes et Intercommunalités peuvent aller plus loin en portant un centre municipal ou intercommunal de santé, ou en étant l'un des associés porteurs d'un centre de santé sous forme d'une société coopérative d'intérêt collectif (SCIC).**



## 2.1 PROMOUVOIR LE TERRITOIRE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Ces dernières années, de nombreuses campagnes de communication initiées par des Villes ou Intercommunalités ont visé à attirer les professionnels de santé en mettant en avant des conditions favorables à l'installation, les ressources existantes sur le territoire sur lesquelles ils pourraient s'appuyer, ou bien encore un cadre de vie agréable.

### METTRE EN AVANT L'ÉCOSYSTÈME DE SANTÉ EN PLACE

L'environnement professionnel est un facteur important pour l'installation des professionnels de santé. **En mettant en avant l'implantation des professionnels de santé, l'environnement médical et le maillage des structures, les Villes et Intercommunalités peuvent favoriser l'installation de professionnels.** La présence de certaines structures telles qu'un hôpital ou une maison médicale de garde est particulièrement appréciée : les médecins savent qu'un autre acteur peut prendre le relais en soirée et les week-ends. **Il est aussi important de mettre en avant les dispositifs et acteurs de la prévention-promotion de la santé sur lesquels les professionnels de santé pourront s'appuyer** (aide au maintien ou à l'ouverture des droits, sport-santé sur ordonnance, service de prévention et de lutte contre les addictions, etc.) **et les services supports existants** tels qu'un Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) ou une Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA), etc.

A la recherche de professionnels de santé, la Ville de **La Roche-sur-Yon** a par exemple fait une campagne de communication en présentant l'ensemble des structures du territoire et les diverses conditions d'exercice qu'elles offrent. Ces arguments ont mené à l'installation sur le territoire d'un médecin généraliste.

**Val de Garonne Agglomération** développe actuellement un travail de fond pour connaître les professionnels exerçant sur le territoire (remplaçants, généralistes, jeunes internes) ; celui-ci a notamment pour objectif de saisir leur trajectoire professionnelle afin de mettre en exergue les raisons qui les ont poussés à s'installer (ou non) dans un territoire rural.

Cette approche basée sur la rencontre et l'échange permet de favoriser l'interconnaissance, d'améliorer le lien entre les professionnels et les élus en déconstruisant notamment les stéréotypes existants de part et d'autre, et également de valoriser auprès des professionnels les dispositifs territoriaux existants. L'agglomération a aussi récemment passé une convention avec une association d'étudiants bénévoles « Choquez-nous », qui sensibilise la population au massage cardiaque. Le lien avec cette association permet certes de développer des actions de prévention sur le territoire, mais également de mieux connaître les étudiants en médecine et leurs motivations quant à leur choix d'implantation.



# À Villeurbanne, l'environnement professionnel synthétisé dans une plaquette

Une plaquette « Professionnels de santé libéraux, bienvenue ! » expose l'environnement médical et de santé de Villeurbanne. La plaquette a beaucoup servi et a rencontré un franc succès auprès des pharmaciens et des médecins qui s'installaient. Le document met aussi en avant les quartiers dans lesquels une plus forte part d'habitant a une Affection de Longue Durée (ALD) pour laquelle il y a donc un besoin de suivi médical régulier. L'engagement de la ville sur la santé est aussi explicité.

## Un environnement médical complet et complémentaire, des services municipaux impliqués

### Le Médipôle, un des plus grands hôpitaux de la Région

Fruit d'une coopération hospitalière solide entre le groupe général Hospitalier Libéral de santé et le groupe mutualiste Hésamut, l'établissement, qui ouvre début 2019, regroupe sur un même site des pôles d'urgence, de médecine, de chirurgie, un centre de dialyse, un pôle Furonel/EFM, un centre de soins de suite et de réadaptation, un centre d'urgence médicale et un laboratoire d'analyses médicales.

- 140 lits et places, 292 praticiens
- Une gamme de spécialités médicales et chirurgicales
- Une permanence de soins non programmée pour les enfants de 0h à 23h.
- L'E.M. Le projet immobilier a été financé par la Ville qui facilite également sa mise entre les professionnels de santé et le Médipôle au bénéfice du patient.



### Deux centres de consultations gérontologiques et chirurgicales

Finés de 2015, les centres de consultations des médecins salariés de Hésamut et de consultations Hésamut sont facilités dans leur accès et le parcours du patient avec le Médipôle.

- 110 professionnels de santé
- 18 consultations médicales (généraliste, cardiologie, néphrologie, hépatologie, chirurgie gynécologique, centre de consultations contre les maladies infectieuses, dermatologie avec dermatologie, etc.)
- 1 cabinet avec un service de haute qualité pour les patients le temps de leur consultation dans le centre de consultations Hésamut
- L.E.M. Le projet immobilier a été accompagné dès son origine par la Ville



## OFFRIR UNE PALETTE DE DIVERSES MODALITÉS D'EXERCICES

Les aspirations des professionnels de santé sont très diverses : exercice libéral ou salarié, seul ou regroupé, horaires qui permettent de concilier vie professionnelle et vie personnelle, réduction du temps de travail en fin de carrière, etc. Ainsi, **la diversification des conditions d'exercice sur un territoire augmente-t-elle les chances d'attirer des professionnels de santé.**

À **La Roche-sur-Yon**, deux Maisons de Santé pluriprofessionnelles avaient été ouvertes en 2016 et 2017. Elles avaient permis le regroupement de professionnels déjà présents sur le territoire mais aussi d'attirer de jeunes médecins. Néanmoins, de nouveaux patients ne trouvaient toujours pas de médecins généralistes. La Ville a donc jugé nécessaire qu'elle s'investisse et agisse pour permettre un accès aux soins pour tous. Ainsi a-t-elle monté un Centre Municipal de Santé (CMS), dans l'objectif de compléter la palette de conditions d'exercice pour répondre à l'ensemble des aspirations des nouveaux médecins qui voudraient s'installer sur le territoire, qui offre donc désormais des possibilités en libéral, en salariat, ainsi qu'à l'hôpital. La gestion administrative et comptable du centre est gérée par la Ville et n'empiète donc pas sur le temps médical des professionnels. La création du CMS a permis l'installation de médecins venus spécifiquement pour y exercer (cf. fiche 2.4).

À **Nantes**, dans plusieurs quartiers prioritaires de la ville, les médecins généralistes les plus âgés faisaient progressivement valoir leur droit à la retraite sans être remplacés, posant la question à terme de l'accès aux soins de premier recours pour des populations déjà repérées comme fragiles du point de vue de leur état de santé. La Maire de Nantes a alors décidé de soutenir dans un premier temps deux projets de Maisons de Santé pluriprofessionnelles libérales, et plus récemment un projet de Centre de Santé associatif avec des professionnels de Santé salariés (encore en phase d'étude de faisabilité), dans l'objectif de rendre ces quartiers « désertés » plus attractifs à l'installation des professionnels de Santé. On observe aujourd'hui que les Maisons de Santé pluriprofessionnelles soutenues par la Ville sont devenues des équipements structurants à l'échelle des quartiers où elles ont été implantées. Cinq médecins généralistes se sont ainsi installés dans

chacun des équipements (cf. fiche 2.3), attirant auprès d'eux des professionnels paramédicaux également intéressés par l'exercice pluri-professionnel. Si l'accompagnement de ces projets par la Ville a représenté un investissement important en temps humain, il a aussi permis, en favorisant le regroupement de médecins prescripteurs, de restructurer l'offre de soins sur des territoires considérés comme défavorisés socialement.

## SOUTENIR L'ACCUEIL DE STAGIAIRES EN MÉDECINE

**L'accueil de stagiaires en médecine sur le territoire** est aussi un levier pour renforcer l'offre de soins et favoriser les installations de professionnels de Santé. Dans la perspective de l'accueil de stagiaires, les villes peuvent se rapprocher des étudiants ou des universités. À **Toulouse**, l'élue approche l'Ordre des Médecins, notamment le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins qui est aussi le Professeur coordonnateur du Département universitaire de médecine générale des facultés de médecine toulousaines, et essaie de favoriser les stages, en particulier là où des besoins importants sont identifiés. À **Lille**, le service Santé s'est rapproché d'étudiants en service sanitaire en difficulté pour trouver des terrains de stage. Les services et les partenaires de la Ville ont été mobilisés pour proposer des stages dans différents domaines, auprès de différents publics. Certains étudiants ont ainsi pu découvrir les actions de la Ville. **Angers Loire Métropole** a quant à elle signé une convention cadre « Territoire universitaire de Santé » qui facilite les temps partagés et l'accueil des internes chez des médecins libéraux. Elle permet par exemple d'accueillir un médecin à mi-temps dans une maison sport Santé et son autre mi-temps en libéral.



Les Villes-Santé agissent aussi sur **les conditions d'accueil de ces internes, en particulier sur la question du logement**. De manière générale, les étudiants en médecine paient déjà un loyer dans la ville où se situe leur université et le paiement d'un second loyer peut être un frein. C'est pourquoi **Cherbourg-en-Cotentin** porte un projet de nouvel internat. La ville de **Valence**, désireuse d'influencer favorablement l'installation de futurs médecins sur son territoire, propose quant à elle depuis novembre 2020 une colocation à un tarif préférentiel, dans un quartier préservé de la Ville, pour faciliter l'hébergement de trois internes en médecine générale le temps de leur stage auprès de médecins valentinois. Une subvention d'investissement du Comité d'hygiène sociale et une convention de partenariat de fonctionnement avec le Département de la Drôme contribuent à ce projet. A **Châteauroux**, depuis 2014, les internes et leurs maîtres de stage sont accueillis lors d'un évènement. Des échanges réguliers et des sorties avec les

étudiants permettent de recueillir leur avis sur leur vie professionnelle et quotidienne (logement, loisirs...), la qualité de l'accompagnement dont ils ont bénéficié et les améliorations qu'ils suggèrent. Pour construire ces événements, le service santé s'est fait progressivement accompagner par le service attractivité du territoire et a monté un partenariat avec le Conseil Départemental. Les journées prévues sont basées sur des sorties, activités et des lieux qui sortent de l'ordinaire tels que des sorties en ULM, des activités nautiques, des matchs de football, des visites, des concerts, etc. Cet aspect original des rencontres les rend plus attrayantes ce qui suscite les échanges, d'autant plus avec des personnes aux profils variés. Ainsi les sujets habituels, tels que les problématiques liées au logement, sont abordés de manière constructive. En sus, la municipalité travaille activement quant à un nouveau dispositif de soutien pour l'hébergement des étudiants en stage sur le territoire Castelroussin.

## SYNTHÈSE

### PROMOUVOIR LE TERRITOIRE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

#### Enjeux pour les Villes et Intercommunalités :

- Mettre en avant l'écosystème du territoire en matière de santé : lieux de soins, établissements de santé (hôpital, maison médicale de garde, etc.) mais aussi dispositifs d'action sociale et de prévention-promotion de la santé (sport-santé sur ordonnance...) sur lesquels les professionnels de santé pourront s'appuyer
- Soutenir la diversification des conditions d'exercice sur le territoire
- Faciliter l'accueil de stagiaires en médecine sur le territoire, en particulier leur logement

#### Leviers :

- Interconnaissance entre les élus, les services de la Ville / l'intercommunalité et les professionnels de santé
- Relations partenariales avec les autres collectivités, les universités, les institutions (ARS, CPAM), les représentants de professionnels de santé (ordres, URPS, etc.)
- Moyens humains au sein de la Ville / l'intercommunalité

#### Points de vigilance :

- Évolution, et parfois instabilité, des aspirations des jeunes professionnels (salarial, exercice non isolé, moins de charge administrative, temps de travail adapté, équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle, etc.)
- Éviter la concurrence entre territoires : il ne s'agit pas de faire venir des professionnels de santé d'autres territoires, mais avant tout d'offrir des conditions favorables d'une part pour éviter que les médecins formés ne se tournent vers d'autres disciplines, et d'autre part pour faciliter leur exercice
- La faible attractivité de certains territoires infra-communaux tels que les quartiers de la politique de la ville doit être prise en compte dans les stratégies de la Ville / l'intercommunalité, de sorte à renforcer les dispositifs et les efforts pour y attirer des professionnels



## 2.2 FAIRE CONVERGER LES PROJETS D'INSTALLATION, LES LOCAUX LIBRES ET ACCOMPAGNER LES PROJETS IMMOBILIERS

Si l'installation de professionnels de santé, tant seuls qu'en exercice regroupé, ne peut être réduite à une problématique immobilière, celle-ci est un facteur qui facilite ou freine les installations. **Via leurs compétences sur l'aménagement et le développement économique, ainsi que par leur connaissance des acteurs de santé, de l'urbanisme, de l'immobilier et de l'habitat, les Villes et Intercommunalités sont des acteurs de premier plan pour faciliter la dimension immobilière des projets.** Elles peuvent donc agir à divers niveaux, qui nécessiteront tous un travail intersectoriel santé – aménagement : mettre en relation les acteurs du territoire, par exemple pour faire converger les projets individuels d'installation et les locaux libres ; accompagner le développement de programmes immobilier *ad hoc* à un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle ou de Centre de Santé ; développer une collaboration pérenne entre le service santé et le service aménagement, de sorte à anticiper la question de l'offre de soin dans la planification et les opérations d'aménagement.

### METTRE EN RELATION LES ACTEURS DU TERRITOIRE ET CONSEILLER LES ACTEURS

Grace à leur connaissance fine du territoire, les Villes et Intercommunalités, telle que **Villeurbanne**, peuvent **informer les professionnels de santé souhaitant s'installer sur les besoins, la répartition géographique existante des médecins, mais aussi sur les grands développements urbains à venir**, qui impliqueront l'arrivée de nombreux habitants à court terme. Les cartographies de l'offre de soin (*cf. fiche 1.1*) sont alors des outils précieux. Face à des interpellations de professionnels de santé, **les Villes et Intercommunalités mettent aussi en lien les demandeurs qui les contactent avec, par exemple, les**

**baillleurs qui disposent de locaux libres** en rez-de-chaussée, comme c'est le cas à **Angers, Amiens et Rennes**. Plus spécifiquement, à **Rennes**, une chargée de mission dédiée à l'offre de soin peut être interpellée par tous les types de professionnels, via des canaux internes aux services, via les sollicitations par courrier adressées aux élus, ou encore lors de rencontres pendant des réunions. La question des locaux est récurrente, par exemple lorsque les professionnels sont à l'étroit, ont des questions sur l'accessibilité des locaux ou un souhait d'installation. Dans ce cadre, elle les contacte pour cerner le projet, leurs attentes, le lieu visé, de sorte à recentrer le questionnement et être plus efficient dans la recherche de réponses. Ensuite, un suivi plus ou moins fort est mis en place. En fonction du projet, la chargée de mission peut orienter la personne vers d'autres professionnels de santé qui cherchent des nouveaux collaborateurs, mais aussi par exemple les informer des opportunités immobilières, qu'il s'agisse de locaux libres ou en cours de construction sur lesquels la Ville a une visibilité.

**Les Villes et Intercommunalités peuvent aussi activer des liens avec les bailleurs sociaux.** À **Montreuil**, un partenariat est engagé avec le bailleur social Office Public de l'Habitat Montreuillois pour des locaux à loyers modérés qui permettent l'installation de professionnels de santé libéraux. Ils permettent 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 ou le CSAPA PASS93 pour la prise en charge des problématiques liées aux addictions.

Les services santé des Villes et Intercommunalités, comme à **Villeurbanne**, sont aussi des interlocuteurs pour les investisseurs en immobilier. Ils peuvent orienter et conseiller, par exemple sur la surface et l'agencement nécessaires aux cabinets de santé, parfois trop souvent intégrés dans une catégorie générique « locaux commerciaux » alors qu'ils sont très spécifiques.

Enfin, les services (ou chargés de mission) dédiés au handicap peuvent informer les professionnels de santé



libéraux sur la réglementation et les démarches relatives à la mise en accessibilité de leur cabinet, comme c'est le cas à **Montreuil**.

**Ainsi, les Villes et Intercommunalités sont-elles capables d'activer des réseaux mêlant professionnels de santé et professionnels de l'immobilier et de l'aménagement, qui permettent la mise en œuvre des projets et le rapprochement de l'offre et de la demande.**

## ACCOMPAGNER LES PROJETS D'EXERCICE REGROUPÉ SUR LE VOLET IMMOBILIER

Pour faire avancer au mieux les projets, il est nécessaire d'établir une coordination avec les interlocuteurs de l'ARS et de la CPAM en charge de l'exercice coordonné, comme c'est le cas à **Toulouse** et à **Rennes**, car chaque acteur a des éléments et des sollicitations différents. Cette coordination permet un suivi global de projets en cours sur un territoire donné. Ainsi, les acteurs peuvent non seulement croiser leurs informations, suite à la rencontre d'un acteur du territoire par exemple, mais ils peuvent aussi chacun apporter leurs propres compétences et connaissances. **Les Villes et Intercommunalités apportent tout particulièrement leur connaissance des disponibilités et des opportunités foncières.**



**Elles accompagnent aussi certains projets sur le volet immobilier à un degré plus important**, notamment les projets de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles ou de Centres de santé, **en particulier lorsqu'ils sont situés dans des quartiers sous-dotés en offre de soin.**

Ces soutiens sont parfois nécessaires car la réalité de l'installation des professionnels de santé a évolué : les installations et l'équilibre financier des structures de soins sont aujourd'hui compliquées. Les professionnels de santé font face à des charges importantes et leur temps médical est réduit. Face à cela, les promoteurs immobiliers font aussi face à des coûts du foncier non négligeables et doivent tenir l'équilibre financier. Le modèle d'un bâtiment occupé par plusieurs acteurs, par exemple une MSP et la Ville, peut permettre d'équilibrer les loyers et d'offrir des conditions attractives pour les professionnels de santé.

Ils peuvent pour cela s'appuyer sur des aménageurs publics, d'économie mixte, ou privés, partenaires habituels pour les collectivités locales. À **Châteauroux**, un centre de santé a été monté au sein d'une friche industrielle. Pour cela, les porteurs du projet de centre de santé et la Ville ont pu s'appuyer sur l'Office Public de l'Habitat, d'Aménagement et de Construction 36 (OPAC36), opérateur qui crée des projets immobiliers en accession locative sur l'ensemble du département. Un terrain appartenant à la Ville a donc été vendu à l'OPAC36 qui s'est chargé du montage du projet immobilier. Cet opérateur, expert en immobilier, a aussi pu s'appuyer sur d'autres acteurs comme la CPTS, qui est localement très dynamique. Alors, l'OPAC36 a pu monter le projet immobilier, notamment en faisant des groupes de travail avec les professionnels de santé. *In fine*, diverses professions médicales exercent dans cette structure. L'OPAC36 demeure propriétaire du bâtiment et gère le règlement des loyers. C'est donc une solution « clef-en-main » sur le plan immobilier pour la Ville et les professionnels de santé. Un second programme est en cours de construction.

Les Villes et Intercommunalités peuvent aussi s'appuyer sur leur ingénierie interne pour accompagner ces projets. Par exemple, dans le cadre de son CLS, la Ville de **Caen** mène une action qui vise à faciliter l'organisation de regroupements de professionnels de santé non conventionnés. Les initiatives de regroupements de professionnels de santé peuvent bénéficier d'un accompagnement des services d'urbanisme de la Ville et de la Communauté Urbaine de Caen la Mer afin d'identifier des opportunités de foncier et/ou de bâti sur le territoire. Un projet de pôle de santé est actuellement soutenu dans ce sens sur un quartier prioritaire de Caen. Cette action est complémentaire d'initiatives portées par l'ARS et l'URPS des Médecins Libéraux de Normandie visant à soutenir la création de pôles de santé libéraux ambulatoires.

À **Villeurbanne**, la Ville a accompagné le montage de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle des Buers en aidant les membres de l'association sur le plan de la recherche foncière. Elle a acheté et aménagé 500m<sup>2</sup> de locaux pour une mise à disposition locative à l'association (*cf. fiche 2.3*). À **Angers, Orléans et Valence**, la collectivité a aussi joué un rôle clef dans le montage d'une MSP ou d'un pôle de santé sur le plan immobilier.



## À Angers, le rôle clef de la ville sur le plan immobilier d'une MSP

- Période : projet de MSP initié en 2010, MSP ouverte depuis 2013
- Echelle de territoire concernée : un quartier
- Pilote principal : Professionnels souhaitant se regrouper, dont un centre infirmier associatif
- Rôle de la collectivité : Accompagnement sur le volet immobilier, porteur d'un lieu de promotion de la santé (200 m<sup>2</sup>) et sous-location des locaux (450 m<sup>2</sup>) à la MSP.
- Partenaires : ARS, Région Pays de Loire, bailleur social

En 2009, des professionnels de santé exerçant dans un quartier prioritaire de la ville, dans des appartements, ont interpellé la Ville sur les problèmes d'insécurité qui rendaient leur exercice très compliqué. Les trois médecins généralistes et un centre de soins infirmiers souhaitaient néanmoins fortement rester sur ce quartier. En parallèle, un projet de rénovation urbaine du quartier était en cours.

La Ville a donc travaillé avec eux et l'idée d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle a émergé. Ce type de projet, porté par les professionnels qui souhaitent se regrouper, requiert beaucoup de médiation, de souplesse. Il demande aussi un travail administratif important, que les médecins n'ont généralement pas le temps d'effectuer. Ainsi, sur la question de la forme juridique et de l'organisation administrative, la présence du centre infirmier associatif dans le projet a été très utile (capacité à y dédier du temps et habitude de traiter des questions administratives). La diversité des types d'acteurs a néanmoins fait face à une difficulté d'ordre juridique : une Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) ne peut comprendre que des personnes physiques et non pas des personnes morales. Le centre de soin infirmier ne peut donc en faire partie. Il a donc été nécessaire de créer une association qui regroupe le centre de soin infirmier et la SISA.

La Ville n'est pas signataire du projet de santé de la MSP. Son rôle a été d'accompagner le projet en particulier sur le plan immobilier, en lien avec le projet de rénovation urbaine du quartier. À ce stade, ce dernier comprenait un projet de cité universitaire, porté par un bailleur social, avec des espaces commerciaux en rez-de-chaussée (une supérette). Le projet de cellule commerciale a été modifié : un laboratoire d'analyse et la MSP ont remplacé la supérette. Néanmoins, les locaux correspondaient peu aux attentes pour une MSP : 650 m<sup>2</sup> au lieu des 450 m<sup>2</sup> nécessaires pour la MSP, local plutôt fermé sur lui-même, pas de baies vitrées, éclairages non adaptés, etc. Un travail a donc été mené avec l'architecte pour redessiner les locaux en fonction des spécificités d'un lieu de soin. Le bailleur social, propriétaire de l'ensemble du bâtiment souhaitait avoir un locataire unique pour les locaux de santé. Les professionnels souhaitent quant à eux être locataires plutôt que propriétaires. La Ville loue donc les 650 m<sup>2</sup> et sous-loue 450 m<sup>2</sup> à l'association qui regroupe la SISA et le centre de soin infirmier. Une convention lie donc la Ville et le bailleur social et une autre convention lie l'association et la ville (loyer, charges, ménage...). Si une des cellules n'est pas et n'a jamais été louée, le loyer est à charge de la ville. A partir du moment où une cellule a déjà été louée, ce sont les professionnels qui doivent la payer et trouver un nouvel occupant.

La Ville conserve 200 m<sup>2</sup>, une opportunité pour mener un premier niveau d'information en santé par l'organisation de réunions et d'animations en éducation thérapeutique du patient (ETP). Deux bureaux y sont à disposition pour des permanences d'acteurs publics (permanences vaccination, CPAM, associations de lutte contre les addictions, sur la santé mentale). La Ville assure l'accueil dans le hall d'entrée dans lequel passent tous les usagers (médiation, information) mais pas le secrétariat médical ni la prise de rendez-vous. Le fonctionnement du lieu a fait l'objet d'arrangements qui se sont définis au fur et à mesure, par exemple sur l'utilisation du standard téléphonique de la MSP, le financement du ménage, les coûts de fonctionnement à partager, etc.

Après des allées et venues au fil de l'élaboration du projet, la MSP a ouvert en 2013, toujours avec le centre de soin infirmier, avec trois nouveaux médecins généralistes, un kinésithérapeute, un orthophoniste et une sage-femme. La composition de la MSP a ensuite évolué en lien avec l'augmentation du nombre d'habitants dans le quartier : trois autres médecins généralistes, un kinésithérapeute et un orthophoniste l'ont rejoint.



## Un projet immobilier accueillant une MSP à Bellevue à Nantes

- Période : 2014-2022
- Echelle de territoire concernée : un quartier prioritaire de la ville
- Pilote principal : SEM Loire Océan Développement et Novapole Immobilier
- Rôle de la collectivité : Initiation et facilitation du projet immobilier
- Partenaires : Nantes Métropole, Ville de St Herblain, Région Pays de Loire, ANRU, professionnels de la future MSP, habitants

La démarche d'observation en santé de la Ville de Nantes (cf. fiche 1.1) a objectivé des inégalités très marquées entre les quartiers prioritaires nantais et le reste de la ville, qui concernent notamment le recours au soin et à la prévention. Si l'étude de la répartition de l'offre de soins de premier recours à l'échelle municipale ne classe pas Nantes comme territoire prioritaire au regard des besoins des autres communes de la région, une analyse à l'échelle des quartiers prioritaires de Nantes a laissé toutefois apparaître une inégalité dans la répartition de l'offre de médecins généralistes, de spécialistes, et de certaines professions paramédicales, particulièrement marquée sur les quartiers de Bellevue et Nantes Nord.



Le projet de MSP à Bellevue (crédit : DLW architectes)

En parallèle de ces constats, des médecins généralistes de Bellevue et de Nantes Nord se sont rapprochés de la Ville de Nantes, en recherche d'un appui pour créer une structure de soins qui permettait le regroupement de soignants, pour un exercice pluriprofessionnel. Une concertation à l'échelle des deux quartiers, associant plus de 50 habitants, avait l'objectif de définir ce que pouvait être idéalement « une Maison de santé accessible à tous ». Les retours des habitants mobilisés ont permis de valider que la création de Maisons de santé sur ces quartiers, serait bien une réponse adaptée aux besoins de la population, les MSP ayant comme double avantage de représenter un cadre de

travail recherché par les professionnels de santé souhaitant s'installer, et de favoriser, au travers d'un projet de santé validé par l'ARS, le développement de la prévention en proximité.

La Ville a accompagné les deux projets de MSP en facilitant l'information et la coordination des professionnels libéraux de santé sur ces deux quartiers, la mise en lien avec l'ensemble des partenaires associatifs, et en mettant à disposition des données relatives à la santé pour la réalisation des diagnostics de besoins. L'accompagnement a aussi porté sur la dimension immobilière des projets, dans le cadre de projets de rénovation urbaine.

Concernant la MSP de Bellevue, initiée par Nantes Métropole et les Villes de Nantes et Saint-Herblain, la construction du bâtiment est réalisée par la SEM Loire Océan Développement et portée par Novapole Immobilier (outil de portage immobilier au profit des politiques publiques métropolitaines, filiale de Loire Océan Développement). La construction est en partie subventionnée par l'Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU) et la Région Pays de Loire. Novapole Immobilier est propriétaire et gestionnaire du bâtiment, les locaux sont loués aux professionnels de santé de la MSP pour la partie offre de soin, et à la Ville de Nantes pour la partie prévention. Cet investissement public se justifie par le besoin objectivé par la démarche d'observation en santé.

Cette MSP a fait l'objet d'une démarche de concertation approfondie avec les habitants ; lors de la conception de l'équipement, puis lors d'une réflexion menée sur l'accueil (mobilier, bornes d'accueil, ambiance...) avec des retours réguliers sur l'avancée du chantier.

Au sein de ce bâtiment de 900 m<sup>2</sup> se trouveront donc différents professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, sage-femme). Ce sera aussi un lieu d'information, d'accompagnement et de prévention : la Ville de

Nantes y conservera l'usage d'une partie du lieu pour y proposer des actions de prévention co-construites avec les habitants, le CCAS et des associations locales liées à la santé au sens large : addictions (aide au sevrage tabagique par exemple), santé des femmes, alimentation et activité physique, soutien psychologique, accès aux droits, etc.

L'ouverture de la MSP Bellevue aura lieu en janvier 2022, celle de Nantes Nord, à l'été 2023. La Ville porte également un nouveau projet (encore en phase d'étude de faisabilité) en lien avec la CPAM et l'ARS : un centre de santé, avec des professionnels salariés, avec un statut associatif, dans un autre quartier prioritaire.

**Enfin, les Villes et Intercommunalités peuvent aussi contribuer au financement d'une ingénierie pour les projets immobiliers.** Bourg-en-Bresse fait appel à une agence d'architecture et un bureau d'études spécialisé mis à disposition des professionnels de santé en vue d'installations, de déménagements ou de regroupements.

Néanmoins, ces accompagnements de projet font face à la versatilité de certains professionnels de santé. En effet, **la temporalité d'un projet d'installation et celle d'un projet immobilier ou d'une opération d'aménagement ne s'alignent pas**, cette dernière pouvant nécessiter au moins 4 à 6 ans entre les premiers contacts avec les futurs occupants et la livraison d'un bâtiment. Ainsi, au fil de l'élaboration du projet, le groupe de professionnels évolue, certains partent, et tant ceux restant que les partenaires doivent travailler dans ce contexte mouvant.

La Ville ou l'Intercommunalité doit aussi trouver son rôle dans le projet, qui évolue souvent au fil du temps. **Son investissement dépend de la place qu'elle accepte de prendre dans le projet.** Des Villes qui ont fortement soutenu des projets, déclarent qu'elles ne pensaient initialement pas s'impliquer autant. Elles se sont néanmoins adaptées aux besoins des professionnels face à la nécessité d'agir pour améliorer l'accès au soin. **En parallèle, les Villes et Intercommunalités doivent être vigilantes à ne pas octroyer un avantage injustifié à une structure.** Ainsi, tout investissement financier d'une collectivité à la mise en place d'une structure de soin, via le projet immobilier ou par ailleurs, doit être justifié. Pour cela, l'observation en santé est utile : elle permet d'objectiver le besoin de renforcer l'attractivité d'un quartier, à cause des enjeux de santé de la population ou à cause d'un manque d'offre de soin. L'inscription de l'enjeu de l'offre et l'accès au soin dans des outils partenariaux tels que les Contrats de Ville ou les Contrats Locaux de Santé permettent aussi de légitimer l'investissement et le rôle de la collectivité.

## ÉTABLIR UNE COLLABORATION PÉRENNE ENTRE LES SERVICES SANTÉ, AMÉNAGEMENT ET DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE

Enfin, **les Villes et Intercommunalités anticipent la question des locaux dédiés au soin dans l'urbanisme et l'aménagement, via un travail intersectoriel entre le service santé et les services aménagement / développement**, en sensibilisant aux spécificités des lieux de soin, aux enjeux de santé, en apportant des connaissances sur les types de structures et notamment leurs modèles économiques. Il s'agit de faire connaître les problématiques des professionnels de santé dans l'aménagement urbain en amont, et non par défaut.

Les services santé peuvent donc amener les services d'aménagement opérationnel à intégrer la santé aux projets, en particulier les opérations de rénovation urbaine des quartiers prioritaires de la ville, où l'offre de soin est souvent déficitaire. À Amiens, Angers ou encore à Rennes, un travail intersectoriel de plusieurs années permet d'imaginer ou prévoir des espaces pour accompagner une offre de santé dans les opérations de rénovation urbaine. Les services « développement économique », qui ont une bonne connaissance des projets du territoire et peuvent aider à enrichir les projets de santé, doivent aussi être intégrés à ce travail intersectoriel.



## SYNTHÈSE

### FAIRE CONVERGER LES PROJETS D'INSTALLATION, LES LOCAUX LIBRES ET ACCOMPAGNER LES PROJETS IMMOBILIERS

#### Enjeux pour les Villes et Intercommunalités :

- Mettre en relation les professionnels de santé, les acteurs de l'immobilier et de l'habitat
- Faciliter les projets d'installation en les accompagnant sur le plan immobilier
- Prévoir des lieux dédiés au soin dans les opérations d'aménagement, en particulier celles relevant de la rénovation urbaine de quartiers défavorisés, en co-construction avec des professionnels de santé et les habitants
- Construire l'intersectorialité santé – aménagement – développement économique au sein des services de la Ville / l'intercommunalité

#### Leviers :

- Moyens humains dédiés dans la collectivité
- Connaissance du territoire, observation en santé, cartographie de l'offre de soin
- Interconnaissance entre les acteurs
- Construction d'une confiance au fur et à mesure entre les partenaires

*Pour un projet spécifique de structure d'exercice regroupé :*

- Interlocuteur clairement identifié du côté des professionnels de santé et en capacité de se mobiliser sur le plan administratif
- Appui sur les acteurs experts du portage foncier, de l'immobilier et de la construction
- Concertation avec les habitants et usagers

#### Freins :

- Le court ou le moyen terme des projets des professionnels de santé ne correspond pas toujours avec le long terme des projets d'urbanisme ou de renouvellement urbain ; versatilité des professionnels

*Pour un projet spécifique de structure d'exercice regroupé :*

- Coût du foncier et équilibre financier de la construction

#### Points de vigilance :

*Pour un projet spécifique de structure d'exercice regroupé :*

- Le degré d'engagement de la collectivité pourra évoluer au fil du temps et nécessitera des réajustements
- Veiller à justifier le soutien financier (ou autre) de la Ville / l'intercommunalité à une structure privée



## 2.3 SUIVRE ET ACCOMPAGNER LES PROJETS D'EXERCICE REGROUPÉ



Les médecins traitants ont un rôle pivot dans la coordination des soins primaires. Pour autant, une grande diversité de professionnels intervient au service de ce type de soins, c'est le cas des infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, sages-femmes, dentistes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, etc. La liberté d'installation est une réalité pour la majorité de ces professions. Elle peut cependant aller parfois à l'encontre d'une répartition homogène sur le territoire pour un accès aux soins équitable, avec des fortes concentrations dans certaines régions ou villes et à l'inverse, parfois, la constitution de déserts médicaux. L'approche territoriale d'organisation et de régulation de l'offre de soins primaires représente donc un enjeu systémique. **L'approche globale des soins primaires demande d'articuler les interventions des soignants, des acteurs du médico-social et du social avec des interventions de prévention et promotion de la santé individuelles et collectives** (Bourqueil et al., 2021a).

L'un des facteurs favorables au développement de l'offre de soins primaires au niveau local, à l'échelle des Villes et Intercommunalités notamment, est le développement du mode d'exercice coordonné. **Lorsque les professionnels de santé sont organisés collectivement, ils sont à la fois plus visibles pour les habitants et « mobilisables »** par les élus et acteurs locaux. C'est pourquoi **les Villes et Intercommunalités ont tout intérêt à promouvoir, suivre et accompagner les projets d'exercice regroupé.**

### LA PLURALITÉ DES PROJETS D'EXERCICE REGROUPÉ

Le Plan « Ma Santé 2022 » place le développement de **l'exercice coordonné<sup>9</sup> comme priorité** afin que les soins de proximité organisés de manière isolée deviennent exception. Ce rôle d'organisation entre tous les professionnels de santé d'un territoire est notamment confié aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018).

**Il existe aujourd'hui, plusieurs sortes de structures ou modes d'exercice coordonné.** Par exemple, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) et les Centres de santé (CDS) sont des structures sanitaires de premier recours, où les professionnels exercent de façon coordonnée sur la base d'un projet de santé.



- **Centre de santé** : lieu de soins qui réunit des professionnels de santé salariés dispensant principalement des soins de premier recours, exerçant souvent en secteur 1. Les centres de santé sont gérés par des collectivités locales, des structures associatives à but non lucratif, des assureurs de la santé (Assurance maladie ou mutuelles) ou des établissements de santé. Ils salarient des professionnels médicaux, paramédicaux ou sociaux.

<sup>9</sup> « Cet exercice coordonné signifie qu'à l'échelle d'un territoire (entre 20 000 et de plus de 100 000 habitants), l'ensemble des professionnels de santé doivent s'organiser pour garantir l'accès à un médecin traitant, pour organiser une réponse aux urgences qui relèvent des soins de ville, pour proposer plus d'actions de prévention, pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et pour mieux coopérer entre médecins de toutes spécialités, notamment autour des pathologies chroniques. » [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef\\_pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_pdf)



- **Maison de santé pluriprofessionnelle** : regroupement de plusieurs professionnels de santé libéraux de premier recours. Au minimum deux généralistes et un autre professionnel de santé doivent être présents dans l'équipe. Les soignants sont unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients. Ils peuvent exercer ou non dans les mêmes murs. Le plus souvent les professionnels sont regroupés dans une société interprofessionnelle de soins ambulatoire (SISA). Les ARS certifient les critères d'élection aux financements des MSP (il ne s'agit pas d'une labellisation à proprement parler) via une rémunération forfaitaire en plus des activités à l'acte de l'Assurance Maladie.
- **Pôle de santé** : regroupement d'acteurs (professionnels de santé et, le cas échéant, maisons de santé, centres de santé, réseaux de santé, établissements de santé ou de services médico-sociaux, groupements de coopération sanitaire et groupements de coopération sociale et médico-sociale) assurant des soins de premier ou de second recours et pouvant participer à des actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) représentent aussi un regroupement de professionnels d'un même territoire organisés autour d'un projet commun, le cas échéant en équipes de soins primaires, auquel peuvent s'associer des acteurs médico-sociaux et sociaux. **Les CPTS, au même titre que les MSP et CDS, concourent à l'amélioration de la continuité et de la qualité des soins par une meilleure coordination des acteurs qui la composent**<sup>10</sup>.

## DIFFÉRENTES MODALITÉS D'ACTIONS POUR SUIVRE OU ACCOMPAGNER LES PROJETS D'EXERCICE REGROUPE

De nombreuses Villes et Intercommunalités se penchent sur l'enjeu du développement de l'exercice coordonné pour favoriser l'accès aux soins. Dans la très grande majorité des cas, les projets sont initiés par les

professionnels de santé. L'interconnaissance entre professionnels de santé et élus locaux favorise les partenariats (cf. fiche 1.2).

À différents niveaux, les Villes-Santé qui suivent ou accompagnent les professionnels de santé dans ces démarches peuvent endosser divers rôles :

1. **Rôle de plaidoyer** pour la création et le soutien politique et/ou budgétaire aux maisons de santé : un rôle facilité par les compétences de la ville en matière d'observation en santé et grâce aux études réalisées en matière de démographie médicale ;
2. **Rôle de facilitateur** vis-à-vis des professionnels pour l'élaboration du projet de santé, vis-à-vis des bailleurs pour les éventuels projets immobiliers (cf. fiche 2.2) ;
3. **Rôle de médiateur** vis-à-vis des partenaires institutionnels, dans le cadre d'un contrat local de santé par exemple ;
4. **Rôle de fédérateur** et de mise en lien entre les acteurs libéraux et les acteurs de la santé primaire ;
5. **Rôle de financeur** d'une ingénierie externe (cabinet de recrutement par exemple).

Dans ce rôle de plaidoyer, les élus et services de la Ville de **Toulouse** sont engagés et impliqués pour favoriser l'interconnaissance avec les professionnels de santé et ainsi connaître leurs projets collectifs, recueillir leurs besoins, les accompagner et promouvoir leurs projets. De son côté, la Ville d'**Angers** a endossé le rôle de facilitateur auprès d'un bailleur social pour accompagner des professionnels de santé dans leur projet de regroupement en Maison de Santé Pluriprofessionnelle au sein d'un QPV (cf. fiche 2.2).

## S'INSCRIRE DANS LE TISSU PARTENARIAL

Alors que les Villes et Intercommunalités ne sont pas toujours identifiées comme partenaires privilégiés, celles-ci doivent **tisser les liens avec l'ensemble des partenaires locaux pour trouver leur place et s'intégrer aux discussions concernant les projets d'exercice regroupé** voire s'engager dans un travail collaboratif avec les professionnels de santé.

<sup>10</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche\\_12.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_12.pdf)



## Appui à la mise en place d'un centre de santé communautaire à Rennes

- Période : 2017-2021
- Echelle de territoire concernée : Le Blosne, un quartier prioritaire de la ville
- Pilote principal : Association du Centre de santé communautaire du Blosne
- Rôle de la collectivité : Ingénierie de projet, accompagnateur/facilitateur de l'action
- Partenaires : Ville de Rennes, Rennes Métropole, ARS, CPAM, Préfecture, CHU, TAG 35 (propulseur d'entrepreneuriat collectif de l'Ille-et-Vilaine), France Active Bretagne, Département, associations.

Pendant plusieurs années, la Ville de Rennes a mené un travail réflexif avec les professionnels de santé du quartier prioritaire du Blosne, autour de la problématique de l'offre de soins de premier recours peu dense sur le quartier, sur la question immobilière et sur l'exercice coordonné. Ce travail, mené avec des partenaires associatifs et institutionnels, visait à répondre à plusieurs enjeux locaux repérés, à savoir de renforcer l'offre de soin médicale, d'offrir des conditions d'exercice répondant aux aspirations de la nouvelle génération de professionnels de santé et de rendre accessibles les locaux pour les personnes à mobilité réduite.



En 2018, cette mobilisation prend la forme d'une concertation ponctuée de rencontres thématiques réparties sur l'année dont l'objectif est de co-construire un projet de santé sur le quartier du Blosne avec les acteurs institutionnels, associatifs, des professionnels de santé libéraux, et des habitants. En conclusion de cette concertation, le projet de création d'un centre de santé a émergé. Cette initiative est alors portée par une association créée par quatre médecins généralistes ayant participé aux rencontres thématiques.

Depuis 2019, la dynamique de travail du centre de santé s'est formalisée et la Ville assure un rôle de

facilitateur auprès de l'association porteuse du projet pour l'implantation du centre sur le quartier, que ce soit sur :

- le volet immobilier : accompagnement dans la recherche d'un lieu d'implantation, accord avec un bailleur social pour la mise à disposition de locaux, appui à la prise en charge financière et technique de travaux d'adaptation des locaux pour avoir un loyer soutenable, intégration dans le Projet de Rénovation Urbaine (PRU) et les opérations d'aménagement. Le PRU qui va transformer ce quartier a créé des opportunités immobilières/d'installation.

- le volet financier : à travers des subventions (appels à projets et contrat de ville) sur le volet diagnostic communautaire et le volet équipement en matériel (hors matériel médical). Les limites réglementaires du précédent zonage «médecin» de l'ARS n'ont pas permis à la Ville de Rennes d'octroyer les aides à l'installation prévues à l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales.

- le volet partenarial : mises en relation, diffusion de l'information sur le projet au sein des réseaux d'acteurs, invitation à présenter le projet aux habitants en conseil de quartier, articulation de l'offre de soin du centre de santé avec les projets de santé en cours sur le quartier.

- le volet de la gestion de projet : participation au comité de suivi, aide financière pour la réalisation d'un diagnostic communautaire.

Sur ces différents aspects, de nombreuses ressources humaines ont été mobilisées autour de ce projet à la direction santé publique, la direction de quartier et au sein des services aménagement et patrimoine.



L'ouverture de ce centre de santé communautaire au sein d'un QPV vient renforcer et faciliter l'accès aux soins de premier recours pour les habitants avec une équipe d'une dizaine de professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Le centre de santé a souhaité développer particulièrement ses approches communautaires et sociales. Il est dit «communautaire» car ses créateurs ont choisi d'impliquer la «communauté» des habitants du

quartier à tous les niveaux du projet (participation au diagnostic des besoins, participation à la programmation des actions collectives de prévention, etc.). L'accompagnement social fait également partie des approches retenues par les porteuses de projets. Ainsi, un dispositif de médiation en santé est mis en place afin de favoriser l'accès aux droits et aux soins des habitants.

A travers cet exemple, on constate qu'une ville ou intercommunalité peut être une véritable ressource dans l'accompagnement d'un projet d'exercice regroupé porté par des professionnels de santé volontaires.

En parallèle du projet de création d'un centre de santé communautaire au sein d'un QPV présenté ci-dessus, la Ville de **Rennes** participe à des temps d'échanges réguliers où une partie est dédiée aux projets d'exercice coordonné du territoire rennais, réunissant des agents de la Direction Santé Publique Handicap de la Ville de Rennes, du Pôle offre de soin ambulatoire de la Délégation Départementale 35 de

l'Agence Régionale de Santé Bretagne et du Pôle innovation et développement de l'offre de soin de la CPAM 35. Ces temps d'échange entre institutions permettent de croiser les données relatives aux projets d'exercice coordonné et de disposer du même niveau d'information sur leur état d'avancement. La Ville peut alors partager sa vision sur les enjeux rattachés aux projets, définir collectivement les orientations à adopter, mettre en évidence les disparités infra-communales en matière d'offre de soin, ou encore apporter une réponse en adéquation/complémentarité avec les interventions des partenaires associés aux réunions.

## FOCUS SUR LES MAISONS DE SANTÉ

**De nombreuses Villes et Intercommunalités suivent et accompagnent des projets d'exercice coordonné en Maison de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), par exemple :**

- La Ville de **Nantes** a assuré un appui à la création de deux MSP à travers une démarche participative (cf. fiche 2.2).
- La Ville de **Villeurbanne** a accompagné les professionnels de santé à l'initiative d'une MSP à différentes étapes (voir l'encadré ci-dessous).
- À **Carcassonne**, la collectivité s'est saisie de la question de l'exercice regroupé par le financement d'un cabinet spécialisé pour l'accompagnement des professionnels à la rédaction des projets de santé et projets immobiliers. Le financement du cabinet spécialisé dans le montage des MSP a abouti à la création d'une maison de santé. Le budget alloué permettra, à terme, la création de trois MSP sur la commune.
- Les Villes de **Châteauroux**, **Lyon**, **Narbonne** et **Orly** sont également impliquées dans des dynamiques d'accompagnement à la création de MSP sur les volets financier, immobilier ou partenarial.

Ces structures pluri professionnelles (cf. définition d'une MSP au début de la fiche 2.3) sont dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux, pharmaciens et éventuellement travailleurs sociaux. Ces professionnels libéraux doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Les MSP sont liées aux ARS à travers un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). En juin 2021, 1889 maisons de santé en fonctionnement et 366 projets de MSP étaient recensés en France<sup>11</sup>.

**Aider à la création de Maisons de Santé Pluriprofessionnelle est un levier intéressant pour les collectivités, tant elles représentent un outil d'animation, pouvant faire le lien entre un quartier, sa vie, et le soin.** Néanmoins, l'ouverture d'une MSP n'est pas une fin en soi, il faut la faire vivre et s'assurer qu'elle participe à la réduction des inégalités de santé sur son territoire d'implantation.

<sup>11</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>



## Accompagnement à la création d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle par la Ville de Villeurbanne

- Période : depuis 2012
- Echelle de territoire concernée : un QPV
- Pilote principal : Association des professionnels de santé (APS) des Buers
- Rôle de la collectivité : Accompagnateur/facilitateur tout au long de l'action et mise à disposition de locaux
- Partenaires : Région Rhône-Alpes, ARS, Professionnels de santé

En juin 2012, la Ville de Villeurbanne avait été interpellée par un médecin généraliste ayant la volonté de développer une Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Une première rencontre entre plusieurs professionnels de santé avait permis d'affiner le contexte local et de mettre en perspective les enjeux individuels. Ces derniers avaient décidé d'étendre la réflexion avec les professionnels exerçants sur le quartier limitrophe de Buers – Croix-Luizet (quartier prioritaire au sens de la politique de la ville).

Avant que les professionnels de santé se constituent en association en 2014, la Ville a accompagné le collectif de professionnels de santé en assurant son secrétariat. L'association finalement constituée réunissait 4 médecins généralistes, 4 infirmiers et 4 orthophonistes. Le projet de santé prévoyait l'association supplémentaire d'au moins 2 masseurs-kinésithérapeutes.

La collectivité a ensuite accompagné l'association sur plusieurs volets :

- accompagnement des membres de l'association sur la recherche foncière ;
- mise à disposition d'une salle de réunion pour l'association ;
- accompagnement des membres de l'association sur les aspects d'observation locale des besoins de santé, en amont de la formalisation du projet de santé ;
- projet d'achat et aménagement des 500 m<sup>2</sup> 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).

## Maisons Urbaines de Santé (MUS) de Strasbourg, une déclinaison des MSP

- Période : depuis 2008
- Echelle de territoire concernée : QPV de la Ville de Strasbourg
- Pilote principal : Équipes de soins primaires, Ville de Strasbourg et ARS Grand Est
- Rôle de la collectivité : Soutien à la création des MUS sur le plan immobilier et soutien au projet de santé (subventions de fonctionnement et accompagnement en ingénierie de projet)
- Partenaires : Professionnels libéraux, Région Grand Est, ARS Grand Est, Collectivité Européenne d'Alsace, bailleurs Habitation moderne et CUS Habitat, Cnam du Bas-Rhin, association Femage

Le concept strasbourgeois de « Maison Urbaine de Santé (MUS) » est la déclinaison locale des Maisons de santé pluriprofessionnelles.

Les habitants des quartiers prioritaires de la Politique de la ville (QPV) ont un état de santé plus dégradé que dans les quartiers plus aisés, alors même que ces quartiers font état d'une démographie des professionnels de santé nettement moins favorable qu'ailleurs.



C'est pour répondre à ce constat et pour contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, que, dès 2008, la Ville de Strasbourg s'est engagée de façon volontariste aux côtés des équipes de soins primaires dans le soutien à la création de MUS dans les QPV. Cet engagement de la Ville poursuit deux objectifs principaux :

- Sécuriser une offre de soins de premier recours dans les QPV, au plus près des habitants qui rencontrent et cumulent le plus de problèmes de santé ;
- Anticiper la tension liée à la diminution de la démographie médicale sur les QPV, en soutenant la création de structures attractives pour des professionnels de santé désireux de s'installer.



Les MUS strasbourgeoises proposent par ailleurs des interventions de prévention et de promotion de la santé adaptées aux besoins locaux des populations, en lien étroit avec les actions de santé portées par la Ville. Des subventions de fonctionnement de la Ville de Strasbourg et des partenaires institutionnels (ARS grand Est, Préfecture du Bas-Rhin – Politique de la Ville et CPAM 67 en particulier) permettent la mise en place en proximité d'actions de santé publique et de promotion de la santé ainsi que l'intervention de professionnels de santé d'associations, notamment sur la thématique de la réduction des risques :

- Consultations de psychologues : Point d'accueil écoute jeune et réseau de micro structure d'addiction
- Consultations de médecin tabacologue

#### **Une convention cadre engageant les partenaires :**

L'originalité du modèle strasbourgeois de Maisons Urbaines de Santé tient à l'alliance entre les équipes de professionnels libéraux qui portent les projets de MUS et les services et institutions publics ainsi que les bailleurs sociaux.

Une convention cadre en faveur du développement des MUS à Strasbourg a été adoptée en conseil municipal du lundi 10 février 2020 et ratifiée par l'ensemble des partenaires suivants :

- l'Etat (Préfet de la région Grand Est),
- l'Agence régionale de santé Grand Est,
- la Région Grand Est,
- La Collectivité Européenne d'Alsace,
- les bailleurs Habitation moderne et CUS Habitat,
- la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin,
- l'association Femage (association fédérant les maisons de santé du Grand Est).

Cette convention traduit le souhait des partenaires de formaliser, via un cadre commun, leurs engagements en faveur du développement des MUS sur le territoire strasbourgeois. L'objectif partagé de cette convention est d'accompagner de manière concertée et coordonnée les porteurs de projets de MUS aux différentes étapes de leurs projets afin de favoriser leur création ainsi que leur développement dans la durée.

Dans le cadre de cette convention, et conformément aux objectifs fixés par le Contrat de Ville ainsi que le Contrat local de santé II de la Ville de Strasbourg signé en 2015 et son avenant signé en 2019, la Ville s'engage à soutenir les projets de MUS à travers :

- Le soutien aux projets immobiliers des promoteurs de MUS, pour la construction d'un bâtiment ou sa rénovation/extension : subvention d'investissement et aide à la recherche et à la mobilisation de co-financements,
- Le soutien au projet de santé, et en particulier aux actions de promotion de la santé : subventions de fonctionnement et accompagnement en ingénierie de projet.

Aujourd'hui, trois MUS sont labellisées et en activité sur le territoire de la Ville. L'enjeu majeur pour les années à venir est d'assurer le soutien aux équipes de professionnels de santé engagés dans ces projets de MUS, structures dont l'utilité est aujourd'hui largement reconnue.

## Une dynamique impulsée par la CPTS et soutenue par la collectivité pour l'amélioration de l'offre de soin à Châteauroux

- Période : à partir de l'automne 2021
- Echelle de territoire concernée : CPTS Châteauroux & Co (territoire superposable à Châteauroux Métropole)
- Pilote principal : CPTS Châteauroux & Co
- Rôle de la collectivité : Mise à disposition de locaux provisoires, prise en charge du loyer des locaux définitifs
- Partenaires : Conseil Régional pour le portage juridique, ARS, CPAM36

Le territoire de Châteauroux Métropole est celui dont la densité de patients sans médecin traitant est la plus forte du département de l'Indre (environ 20%). La patientèle moyenne des médecins installés est déjà très supérieure aux chiffres nationaux. Afin d'ouvrir de nouvelles solutions sans s'ajouter à l'épuisement professionnel des médecins généralistes installés, la CPTS Châteauroux & Co a imaginé un nouveau dispositif nommé OSAT (Offre de Soins Alternative et Transitoire) dans l'attente d'une amélioration de l'équilibre démographique sur son territoire générée grâce à d'autres actions menées en parallèle, notamment la création d'une MSP, mais aussi le déploiement d'assistants médicaux et de la télémédecine par exemple.

Le démarrage du dispositif OSAT pensé par la CPTS et soutenu par la collectivité est envisagé pour octobre 2021 après validation du projet par les partenaires institutionnels.

L'OSAT a pour objectif de créer une nouvelle offre de soins, grâce au temps médical disponible des médecins en attente d'un projet d'installation, dédiée aux patients sans médecin traitant. Dans un fonctionnement proche d'un centre de santé, des médecins salariés vont réaliser les actions prioritaires pour que le suivi des patients atteints de pathologies chroniques reste assuré en attendant qu'ils puissent retrouver un médecin traitant. Le dispositif sera mis en œuvre en débutant par un trinôme avec la perspective de doubler l'effectif les mois suivants.

Les médecins travailleront de façon coordonnée avec des assistants médicaux et des infirmiers de pratiques avancées afin d'optimiser le temps médical.

Afin de réduire les inégalités sociales de santé sur le territoire, l'équipe médicale priorisera ses actions envers les publics les plus vulnérables : patients en ALD, âgés, bénéficiaires de la CSS, pour répondre à la mission socle principale « accès aux soins » des CPTS.

Dans ce projet d'Offre de Soins Alternative et Transitoire porté par la CPTS Châteauroux & Co, la Ville de Châteauroux soutient les professionnels de santé en particulier sur le plan immobilier. En effet, la Ville met à disposition des locaux provisoires et prendra en charge le loyer des locaux définitifs.



## L'EXERCICE REGROUPE COMME SOLUTION POUR ASSURER LA PERMANENCE DES SOINS

Dans certaines Villes-Santé, les projets d'exercice regroupé ont pris la forme de maison médicale de garde où se relaient à tour de rôle des médecins. **Les maisons médicales de garde sont créées dans le but de désengorger les services d'urgences hospitalières et pour pallier les carences médicales d'un territoire en dehors des horaires d'activité de la médecine de ville.**

Dans la Ville de **Rouen**, les personnes qui n'ont pas de médecin traitant peuvent recourir à la maison médicale de garde. C'est par exemple le cas des étudiants qui n'ont plus de suivi par leur médecin de famille et ne peuvent pas trouver un nouveau médecin traitant. Cette offre permet, en partie, de pallier la saturation des services d'urgences.



En 2011, la Ville de **Nîmes** a soutenu la mise en place d'une maison médicale de garde sur le site du CHU dans l'objectif de désengorger les urgences. La construction de la Maison médicale de garde s'élevait à 550 000 €, à laquelle la Ville avait contribué à hauteur de 150 000 € et l'Agglomération à 75 000 €. Le Département et la Région avaient aussi contribué au financement. Sont pris en charge les patients dont les pathologies relèvent de la médecine de ville. Afin de réduire les difficultés locales de la permanence des soins non programmés et l'habitude de la population à 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. La Ville a facilité les relations entre l'association des médecins

libéraux et le centre hospitalier puis a pris en charge environ un tiers de la dépense pour la construction de la structure. Cette structure ouverte tous les jours de la semaine fonctionne grâce à la présence de nombreux médecins généralistes qui ont adhéré à ce projet. La population prise en charge présente, en grande partie, des difficultés sociales et matérielles. Les professionnels initient des actions pédagogiques de prévention auprès de la population.

Également, la Ville de **Montreuil** a accompagné des professionnels de santé dans leur projet d'exercice regroupé en maison médicale de garde sur plusieurs aspects logistiques et financiers :

- montage de projet du dossier de demande de subventions,
- réalisation de différents travaux de rénovation et d'agencement (peintures, mise en place d'une ligne téléphonique dédiée, etc.),
- mise à disposition de locaux et financement de l'entretien et du fonctionnement de ceux-ci,
- réalisation de supports de communication.

La structure ainsi constituée assure la permanence des soins de ville le week-end et les jours fériés pour faciliter l'accès aux soins des habitants.

## FREINS ET DIFFICULTÉS

Les professionnels de santé peuvent bien entendu choisir de mener seuls leur projet. **Cependant, les projets de santé des structures alors constituées peuvent parfois être en inadéquation avec le projet de la Ville pour le territoire.** Alors, l'intégration des professionnels de santé (via les URPS notamment) dans les démarches de contractualisation, comme les CLS, est un levier actionné par certaines Villes-Santé pour que les professionnels de santé prennent connaissance et éventuellement participent dans un cadre partenarial à la déclinaison de la politique de santé municipale.

**Par ailleurs, les Villes-Santé s'accordent sur le fait que les tâches administratives relatives au montage des MSP ou CPTS sont très lourdes.** Les dossiers à constituer pour les Agences Régionales de Santé (ARS) demandent un investissement humain important pour des professionnels de santé non formés à ce travail administratif et qui manquent de temps à y consacrer. Une amélioration de l'accompagnement des professionnels sur cet aspect administratif permettrait de faciliter la constitution de structures d'exercice coordonné. Au volet administratif s'ajoute le temps de

montage de projet, d'association, de médiation, de création de partenariats et le cas échéant de recherche de locaux. La temporalité des projets n'est pas la même que celle des professionnels de santé qui se projettent dans un nouveau mode d'exercice avec de nouvelles conditions de travail dans un avenir proche. Ces aspects freinent la concrétisation de certains projets.

Enfin, le choix de la structure juridique des projets d'exercice regroupé peut parfois poser problème, comme à **Angers** (cf. fiche 2.2) lorsque celle-ci (la SISA) exclut la possibilité d'inclure une personnalité morale telle qu'un centre de soin infirmier.

## SYNTHÈSE

### SUIVRE ET ACCOMPAGNER LES PROJETS D'EXERCICE REGROUPÉ :

#### Enjeux pour les Villes et Intercommunalités :

- Organiser et réguler l'offre de soins primaires au niveau local
- Agir en adéquation avec les orientations nationales en faveur du développement de l'exercice coordonné
- Les professionnels libéraux regroupés sont plus visibles et plus facilement mobilisables
- S'appuyer sur les projets d'exercice regroupé comme outil d'animation pour faire le lien avec le quartier, sa vie et le soin

#### Leviers :

- Plusieurs modalités d'actions et niveaux d'implication : rôle de plaidoyer, rôle de facilitateur, rôle de médiation, rôle de fédérateur, rôle de financeur
- Se mettre en lien avec l'ensemble des partenaires institutionnels, associatifs, les professionnels libéraux, etc. pour participer aux projets
- Mise à disposition de données de santé (diagnostics de territoire, de santé, etc.)
- Accompagner la création de MSP, CDS, maison médicale de garde...
- Faire en sorte que les professionnels de santé s'approprient le projet de santé municipal en les intégrant dans les démarches de contractualisation (CLS)

#### Freins :

- Temporalité des projets *versus* temporalité des professionnels de santé
- Poids du volet administratif lié au montage de projet
- Capacité et disponibilité des professionnels de santé pour s'engager dans ce type de démarche

#### Points de vigilance :

- (In)adéquation des projets de santé des structures d'exercice regroupé avec la politique municipale
- Formes juridiques des projets d'exercice coordonné

#### Partenaires :

Les institutions, en particulier les ARS, sont des partenaires privilégiés pour les collectivités mais aussi pour les professionnels porteurs de projet. Réussir à s'intégrer dans les discussions et à accompagner les professionnels de santé dans leurs projets nécessite un lien de confiance et un travail d'étroite collaboration pour bénéficier à tous.



## 2.4 (CO)PORTER UN PROJET D'EXERCICE REGROUPÉ (CENTRE MUNICIPAL/INTERCOMMUNAL DE SANTÉ, SCIC...)

L'exercice regroupé peut aussi prendre la forme d'un centre de santé qui peut être mono-professionnel ou pluri-professionnel. Les professionnels de santé y sont salariés. L'ouverture d'un Centre de Santé est conditionnée à l'élaboration d'un projet de santé et à la conclusion d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec l'ARS. Les centres de santé ont un atout d'attractivité médicale car le salariat est un mode d'exercice très convoité, notamment par les jeunes médecins puisqu'il offre des conditions de travail plus sereines.

Les Villes et Intercommunalités, dans leur objectif d'amélioration de l'offre et de l'accès aux soins mesurent **l'intérêt de doter leur territoire d'une large palette de modalités d'exercice médical pour attirer les professionnels de santé**. C'est pourquoi certaines d'entre elles créent des centres de santé

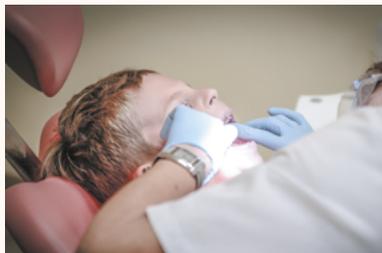
municipaux ou intercommunaux et portent ces projets d'exercice regroupé (Saderne, 2021). Les Villes de **Cherbourg-en-Cotentin, La Roche-sur-Yon** et **Montreuil** illustrent, par leurs expériences, les capacités d'action d'une collectivité *(cf. encadrés ci-dessous)*.

Le mode de gestion d'un CDS peut suivre différents modèles juridiques et financiers. **Une fois le centre de santé en place, la Ville ou l'Intercommunalité doit en assurer son fonctionnement notamment le suivi administratif**. Le portage de ce type de projet d'exercice regroupé requiert un investissement humain et financier important sur le long terme. De plus, les collectivités engagées dans ces démarches peuvent rencontrer des difficultés, en particulier pour atteindre le recouvrement des coûts ou supporter un non-recouvrement des coûts.

### QUEL(S) INVESTISSEMENT(S) POUR UNE COLLECTIVITÉ SOUHAITANT PORTER UN CENTRE MUNICIPAL/INTERCOMMUNAL DE SANTÉ ?

#### La Ville de Montreuil et ses centres municipaux de santé

Montreuil dispose de trois Centres Municipaux de Santé médicaux et dentaires qui s'inscrivent en complémentarité de l'offre de soin libérale et privée. Le premier d'entre eux a ouvert en 1905.



La Ville de Montreuil s'inscrit dans cette démarche volontariste forte en faveur du développement, du soutien et de la pérennisation des centres de santé, car ils constituent un axe fort du développement des soins primaires. Structures de proximité, au plus près des assurés et de leurs besoins, les centres municipaux de santé situés à Montreuil participent à l'accès de tous à la prévention et à des soins de qualité, sans sélection ni discrimination. Ils pratiquent le tiers payant, et s'engagent à respecter les tarifs conventionnels. En complément de la démarche curative, les centres de santé municipaux participent activement à des actions de prévention et de promotion de la santé en lien avec l'ASV et le CLS, favorisant ainsi une prise en charge globale de la santé.

L'exercice regroupé et coordonné entre professionnels de santé et la concertation organisée entre gestionnaires et professionnels de santé constituent le fondement de la pratique des centres de santé. Cette pratique permet d'apporter une réponse adaptée aux besoins de santé. L'unité du lieu permettant la cohérence des interventions ; le dossier médical, dentaire ou de soins infirmiers individuel commun évitant la redondance des examens complémentaires ; l'organisation de la permanence et de la continuité des soins ; la possibilité d'échanges permanents entre omnipraticiens, médecins spécialistes, et auxiliaires médicaux ; la participation des assurés à l'élaboration du projet sanitaire de l'organisation gestionnaire : tels sont les points forts des centres de santé municipaux qui doivent permettre une réponse à la fois plus cohérente et plus économe aux problèmes de santé des assurés.

En 2017, les trois centres municipaux de santé ont permis d'accueillir 20 000 patients. Un large panel de professionnels est représenté : médecins généralistes, gynécologues, cardiologues, rhumatologues, ORL, dermatologues, pédiatres, médecine du sport, acupuncture, infirmières, kinésithérapeutes, diététiciennes, chirurgiens-dentistes, orthodontistes, psychologues, mais aussi un centre de planification et d'éducation familiale.

Pour améliorer l'équilibre financier de ces centres, la Ville s'appuie sur les appels à projets de l'ARS et du Conseil Départemental, la lutte contre l'absentéisme des patients, les marchés publics pour les matériels, une gestion rigoureuse du tiers payant et la valorisation des actes techniques.

## Un Centre Municipal de Santé géré par la Mission Santé Publique de la Ville à La Roche-sur-Yon

- Période : depuis 2017
- Echelle de territoire concernée : un quartier dépourvu de ressources médicales
- Pilote principal : Ville de La Roche-sur-Yon
- Rôle de la collectivité : Porteur du projet
- Partenaires : Professionnels de santé, maison de quartier

La Ville de La Roche-sur-Yon est engagée dans une démarche d'amélioration de la démographie médicale. Après un accompagnement de projets libéraux ayant abouti à la création de deux MSP, la collectivité s'oriente vers le salariat en portant la création d'un centre municipal de santé qui a ouvert ses portes en 2017. L'objectif est alors de proposer un nouveau cadre de pratique médicale et d'avoir une large palette de possibilités sur le territoire, pour répondre à l'ensemble des aspirations de nouveaux médecins qui voudraient s'installer sur La Roche-sur-Yon.

Suite à la réalisation d'une cartographie des structures médicales existantes, c'est un quartier du Sud-Ouest de la ville qui est retenu pour l'implantation du Centre de Santé.

Le service de Santé Publique de la Ville assure la gestion administrative et comptable de la structure, ce qui requiert un investissement humain conséquent. Par ailleurs, la collectivité a dû engager une campagne de communication pour le recrutement des médecins. L'attractivité de l'exercice en salariat et des conditions de travail avantageuses associées ont permis le recrutement de médecins de divers horizons, jeunes ou proches de la retraite, qui se sont installés spécifiquement sur le territoire pour bénéficier du confort salarial proposé par le Centre de Santé Municipal.

Le service Santé Publique de La Roche-sur-Yon a fait face à une difficulté du maintien de l'activité du centre, dans un contexte instable de 2017 à 2019 (contrats courts, majorité de vacataires). La situation est désormais stabilisée.

En plus de répondre aux enjeux d'attractivité médicale, l'ouverture du Centre Municipal de Santé contribue à la réduction des inégalités de santé en accueillant essentiellement une patientèle yonnaise sans médecin traitant. La ligne directrice de prendre en charge les personnes sans médecin traitant consiste à éviter les ruptures de soins et répondre aux situations d'urgence. Bien que tous les patients yonnais sans médecin traitant ne soient pas absorbés, l'ouverture du Centre Municipal de Santé a produit une nette amélioration de la situation communale.

Aussi, des projets de santé publique sont menés avec l'équipe salariée en lien avec les habitants et la maison de quartier. Ces projets sont portés par la Ville et les médecins du centre de santé municipal interviennent en tant qu'experts sur les thématiques proposées (sensibilisation/formation aux gestes de premier secours, alimentation des seniors, etc.).



## QUEL ÉQUILIBRE FINANCIER POUR LES CENTRES DE SANTÉ MUNICIPAUX ?

Selon les Villes-Santé, concernant les centres municipaux ou intercommunaux de santé, la principale difficulté est d'ordre financier. Pour tout centre de santé, l'objectif de l'équilibre financier est très difficile à obtenir. Les collectivités visent alors la limitation du déficit. Deux explications au non-équilibre financier : la présence de

professionnels dont la pratique n'est pas remboursée par la sécurité sociale ou bien un coût salarial plus élevé que les remboursements. Il faut alors rechercher des subventions notamment auprès de l'ARS. Il est souhaitable que l'évolution des politiques nationales soutienne l'essor de ce nouveau mode d'exercice qui participe à la réduction des inégalités de santé et facilite l'accès aux soins.

La Ville de **La Roche-sur-Yon** a un retour d'expérience encourageant avec une réduction du déficit de son centre municipal de santé conséquente entre 2019 et 2020, grâce à l'augmentation du nombre de patients « médecin traitant » et au recrutement de nouveaux professionnels (une équipe stable à effectif plein).

## SOCIÉTÉ COOPÉRATIVE D'INTÉRÊT COLLECTIF : AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS D'UN NOUVEAU MODE DE GESTION

### Création d'un centre de santé coopératif en SCIC par la Ville de Cherbourg-en-Cotentin



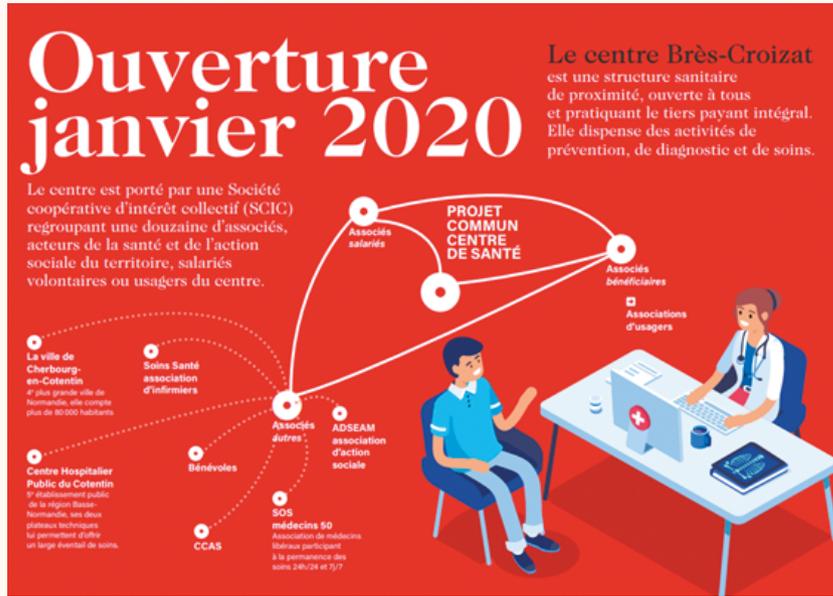
- Période : depuis 2016
- Echelle de territoire concernée : Communauté d'Agglomération du Cotentin
- Pilote principal : Ville de Cherbourg-en-Cotentin
- Rôle de la collectivité : Porteur du projet
- Partenaires : Professionnels de santé, ensemble des associés de la SCIC, ARS, CPAM, cabinet spécialisé en diagnostic de santé

En 2016, La Ville de Cherbourg-en-Cotentin commande un diagnostic local de santé à un cabinet spécialisé afin de définir les besoins du territoire en matière d'accès au soin et de définir les contours d'un projet de santé. Les constats sont les suivants :

- Si le départ à la retraite des médecins généralistes est une problématique nationale, la situation est plus marquée dans le Cotentin avec 67% de médecins de plus de 55 ans, contre 61% dans la Manche et 55% en France.
- Un recours important aux urgences hospitalières, en perpétuelle croissance (deux tiers des passages aux urgences du Centre Hospitalier Public du Cotentin (CHPC) ne donnent pas lieu à des hospitalisations) et une croissance des actes réalisés par SOS Médecins qui réalise 50% des interventions à domicile.
- Des publics fragilisés pour accéder à une offre de proximité, particulièrement en centre-ville (personnes âgées rencontrant des difficultés de mobilité, personnes en situation de précarité).
- Une précarisation de la population entraînant des difficultés à assumer des frais de santé, peu ou pas pris en charge (par exemple : soins dentaires, prothèses auditives).
- Des enjeux de prévention forts : santé mentale, prévention des conduites addictives, vie affective et sexuelle.
- Des enjeux d'éducation à la santé avérés : éducation nutritionnelle, hygiène bucco-dentaire...

À l'issue de ce diagnostic de santé local, la Ville de Cherbourg-en-Cotentin décide de s'engager dans la création d'un Centre de Santé salarié afin de renforcer l'offre de soin sur le territoire (notamment en cœur de ville), permettre l'accès aux soins spécialisés, améliorer les prises en charge pluridisciplinaires et la coordination entre professionnels de santé et diversifier les modes d'exercice disponibles sur le territoire.

Le comité de pilotage sur les enjeux de santé de Cherbourg-en-Cotentin existant se transforme alors en comité de mise en œuvre pour mener cette mission. Dès 2017, ce comité se lance dans les premières étapes de création du Centre de Santé Brès-Croizat.



Les grandes étapes de création du Centre de Santé Brès-Croizat :

### 1. Identification du lieu

A l'instar du diagnostic de santé réalisé, c'est au sein du centre-ville près du centre hospitalier, point névralgique de Cherbourg-en-Cotentin, que le lieu d'installation a été choisi.

### 2. Choix du mode de gestion

Trois modes de gestion étaient juridiquement envisageables : en régie, par une association, par une Société Coopérative d'Intérêt Collectif (SCIC). La collectivité de Cherbourg-en-Cotentin s'est tournée vers la SCIC, mode de gestion introduit par l'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé. Les sociétés coopératives d'intérêt collectif permettent de rassembler toutes les parties prenantes (patients, collectivités territoriales et opérateurs publics ou privés) autour d'un projet de santé commun en plaçant les usagers comme véritables acteurs du système de santé dans les territoires.

Le mode de gestion en SCIC a été privilégié car il permet de favoriser l'implication des professionnels, l'innovation et une certaine souplesse en matière de recrutement (absence de grille salariale).

Selon les statuts de la SCIC, il existe 4 catégories d'associés :

- Catégorie A : les salariés de la SCIC ;
- Catégorie B : personnes qui bénéficient habituellement des activités de la SCIC (association des usagers de Centre de Santé) ;
- Catégorie C : collectivités territoriales et établissements publics de coopération intercommunale. Les collectivités territoriales ne peuvent posséder plus de 50% du Capital social de la SCIC.
- Catégorie D : personnes physiques ou morales contribuant par tout moyen aux activités de la société.

### 3. Recrutement d'un préfigurateur

A ce stade du projet, fin 2018, une préfiguratrice a été recrutée par la Ville, pour assurer les missions de finalisation des statuts de la SCIC, d'écriture du projet de santé (homologation de ce dernier par la CPAM et l'ARS), d'élaboration du projet de contrat de bail, d'élaboration d'un projet de budget pluriannuel, de création d'un plan de communication, de portage d'une dynamique partenariale forte et de recherche de financements externes.



#### 4. Recherche de financements

Le Centre de Santé est financé par les forfaits de majoration et les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) de la CPAM ainsi que les subventions de la Ville de Cherbourg-en-Cotentin (une subvention relative à la prestation de prévention à laquelle s'additionne une subvention d'équilibre).



#### 5. élaboration du projet de santé

Le projet de santé a été écrit avec l'ensemble des partenaires et associés de la SCIC. Il définit les critères suivants :

- le périmètre géographique, aujourd'hui limité à Cherbourg-en-Cotentin ;
- les publics prioritaires : toutes les personnes sans médecin traitant (les patients en errance médicale en priorité) adressés par la CPAM, les personnes repérées par le service de réussite éducative, et les personnes en situation de précarité ;
- le centre de santé est un lieu de stage identifié ;
- la mission de permanence des soins et de soins non programmés (mission des centres de santé) ;

- la mission de prévention et promotion de la santé, en lien avec le projet municipal de santé, autour de diverses thématiques : nutrition, gynécologie, pédiatrie, ... selon les compétences des médecins en place.

#### 6. Recrutement des médecins

Une campagne de communication a été lancée pour recruter les médecins. Pour la communication le volet prévention qui attire particulièrement les jeunes diplômés, a été mis en avant. Également, l'accent est porté sur la rémunération (salaires plus élevés que dans les centres de santé municipaux). La localisation géographique est mise en valeur dans une rubrique spécifique « pourquoi choisir Cherbourg-en-Cotentin ? ».

#### 7. Ouverture du centre

Le centre de santé est désormais composé d'une équipe de professionnels de santé et d'un staff administratif conséquent. L'ouverture du centre de santé a été un réel atout sur l'attractivité du territoire bien que l'enjeu soit toujours d'actualité.

#### Le choix du modèle en SCIC, bilan et perspectives :

Lors du montage de projet, la Ville de Cherbourg-en-Cotentin n'a obtenu que peu de soutien des partenaires institutionnels jusqu'à une prise de conscience tardive de l'intérêt d'un nouveau mode d'exercice pour attirer les jeunes médecins sur le territoire.

Aussi, l'équilibre budgétaire du Centre de Santé Brès-Croizat est fragile. L'inconvénient de la SCIC est qu'il s'agit d'une structure privée, ce qui limite le montant des subventions de la collectivité. Bien que séduisant, le modèle de gestion en SCIC complexifie les demandes de subvention. La Ville de Cherbourg-en-Cotentin a dû étudier le modèle de la SCIC pour qu'il soit financièrement et juridiquement viable afin de ne pas dépasser les minimis établis par l'Union Européenne. C'est pourquoi, après discussions avec l'ensemble des associés du Centre de Santé, il a été décidé la reprise du centre en régie municipale à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

## DES CENTRES DE SANTÉ DESTINÉS À UN PUBLIC SPÉCIFIQUE : UN CAS DE FIGURE EXCEPTIONNEL

D'autres centres de santé peuvent être très spécifiques. Par exemple, à **Valence**, un centre de santé jeunes porté par la ville s'adresse aux 16-25 ans. Ce cas de

figure très particulier, qui bénéficie de l'accord de l'ARS, résulte de l'histoire de ce centre qui est aussi un service de santé universitaire.

### Le Centre Santé Jeunes de Valence

- Période : depuis 1993
- Echelle de territoire concernée : Territoire Valentinois
- Pilote principal : Ville de Valence
- Rôle de la collectivité : Pilote
- Partenaires : L'ADUDA (Agence de Développement Universitaire Drôme Ardèche), Universités de Grenoble-Alpes, centre de santé universitaire de Grenoble, Mission locale agglomération et territoire du Valentinois, Département de la Drôme, Agence Régionale de Santé, CROUS, CPAM, Centre hospitalier de Valence, Centre hospitalier spécialisé Drôme Vivarais, Point Relais Oxygène, médecins spécialistes libéraux ou hospitaliers, réseau des Adultes-Relais, addictologie (TEMPO, association Addictions France)



Ville de Valence - Eric Caillet

Le centre santé jeunes (CSJ), service de soins et de promotion de la santé, porté par la Ville de Valence, est ouvert à tous les jeunes de 16 à 25 ans. Créé en 1993, ce service remplit les missions de centre de santé interuniversitaire en direction des étudiants (avec l'Université de Grenoble-Alpes et l'Aduda, cofondateurs du dispositif). Il est aussi le service santé des jeunes de la mission locale. La Ville assure la gestion administrative, financière, RH, la coordination et contribue à hauteur de 25% du budget de fonctionnement ainsi que sur les dépenses d'investissements. Les autres financeurs sont la CPAM, l'ADUDA, l'ARS, le Département, la Mission Locale.

La santé des jeunes est un axe prioritaire du contrat local de santé 2019-2023, piloté par la Ville. Le CSJ porte une attention particulière aux personnes les plus éloignées du système de santé. Il permet de lutter contre les inégalités sociales de santé au travers notamment de l'accompagnement réalisé par les secrétaires pour améliorer l'accès aux droits santé (convention avec la CPAM), des bilans de santé et des actions de prévention et de promotion de la santé ciblées.

Le CSJ s'inscrit dans un dispositif plus large de prise en compte des difficultés de santé des jeunes, qui comprend aussi le Point relais oxygène et le réseau d'adultes relais. L'Aduda, l'Université Grenoble-Alpes, le centre de santé interuniversitaire de Grenoble, la mission locale agglomération et territoire valentinois, le Département, Tempo-Oppelia, la CPAM, l'Agence régionale de santé, le Centre hospitalier de Valence, le Centre hospitalier Drôme-Vivarais, les professionnels de santé libéraux et les nombreux partenaires des champs éducatifs, sociaux, médico-sociaux sont des partenaires indispensables au bon fonctionnement du CSJ. Les jeunes bénéficient donc d'une offre de soins diversifiée et d'actions collectives de promotion de la santé sur un même lieu, sans avoir à avancer de frais pour les consultations.

#### Une offre diversifiée :

- Accompagnement pour l'accès aux droits de santé
- Entretiens et soins infirmiers
- Bilans de santé
- Médecine générale
- Médecine du sport
- Centre de planification et d'éducation familiale : gynécologie, dépistage des infections sexuellement transmissibles, contraception, suivi de grossesse
- Vaccination

- Entretiens psychologiques (Point relais oxygène)
- Diététique
- Consultations jeunes consommateurs
- Consultations pour les aménagements universitaires des étudiants en situation de handicap

- Ateliers de gestion du stress, sophrologie, relaxation
- Formation de secourisme
- Actions collectives de promotion de la santé, sur site ou décentralisées

#### Une équipe pluridisciplinaire travaille au sein du CSJ :

- 1 infirmière coordinatrice
- 4 médecins généralistes avec des compétences différentes (gynécologie, médecine du sport, addictologie et/ou désignés par la commission des Droits et de l'autonomie des personnes handicapées et/ou médecin agréé par la préfecture de la Drôme)
- 2 assistantes administratives et médicales
- 1 infirmière
- 2 psychologues
- 1 diététicienne
- 1 sophrologue

- 1 relaxologue
- 1 art thérapeute
- 1 travailleur social spécialisé en addictologie (Tempo-Oppélia)
- 1 coach sportif
- 1 assistance sociale du CROUS

Ils sont soit salariés de la Ville de Valence, soit des prestataires qui interviennent pour la ville (interventions ponctuelles) ou sont des professionnels mis à disposition par différents partenaires.

Le CSJ a donc constitué au fur et à mesure des années un partenariat riche et les professionnels essaient de développer régulièrement de nouvelles compétences permettant de répondre au mieux aux besoins des jeunes, notamment pour les jeunes sans réseau de soins déjà constitué (étudiants étrangers, mineurs non accompagnés, jeunes arrivant sur le territoire).

## SYNTHÈSE

### SUIVRE ET ACCOMPAGNER LES PROJETS D'EXERCICE REGROUPÉ :

#### Enjeux pour les Villes et Intercommunalités :

- Organiser et réguler l'offre de soins primaires au niveau local
- Agir en adéquation avec les orientations nationales en faveur du développement de l'exercice coordonné
- Favoriser l'attractivité médicale

#### Leviers :

- Différents degrés d'implication possibles dans le portage du projet et/ou dans sa gestion (exemples : création d'un centre municipal de santé, Ville membre de la SCIC du centre de santé, gestion des ressources humaines, management des équipes, gestion administrative et comptable...)
- Communication efficace pour mettre en avant l'attractivité de la structure
- Choix d'un mode gestion adapté et du bon dimensionnement de l'équipe
- Avoir un ancrage territorial

#### Freins :

- Moyens financiers (notion de recouvrement des coûts)
- Moyens humains nécessaires, investissement et temps disponible au sein des services de la Ville (recrutements éventuels)
- Recrutement des professionnels de santé
- Charges salariales conséquentes
- Manque ou absence de soutien des partenaires institutionnels

#### Points de vigilance :

- Equilibre budgétaire d'un centre de santé difficile à atteindre et fragile
- Choix de la forme juridique
- Règle des minimis pour les subventions d'une collectivité à une structure de droit privé (SCIC)
- Pouvoir de l'ARS d'invalider le projet de santé et donc son ouverture



## 3

RAPPROCHER  
LES PERSONNES  
DU SOIN

## RAPPROCHER LES PERSONNES DU SOIN

INFORMER, ORIENTER ET ACCOMPAGNER  
LES PERSONNES VERS LE SOIN

- Outils de présentation de l'offre de soin du territoire et/ ou sur les droits en santé
- Lieux de rencontres, d'échange, d'écoute et d'information en santé, identifiés et connus par la population (maisons de prévention santé, maisons des adolescents etc.)
- Personnalisation de l'information en particulier envers les personnes éloignées du soin via des lieux, des permanences
- Actions de médiation en santé
- Implication des usagers

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX DROITS EN MATIÈRE DE  
SANTÉ : OUVERTURE ET MAINTIEN DES DROITS

- Information, temps d'échanges
- Accès à une complémentaire santé

FAIRE VENIR LE SOIN AU PLUS PRÈS  
DES PERSONNES

- Dispositifs mobiles
- Actions dans l'espace public
- Faire venir le soin au domicile

## ORGANISER OU SOUTENIR DES SOINS GRATUITS

- Dispositifs complémentaires aux Permanences d'Accès aux Soins de Santé
- Intégration des soins primaires dans des lieux d'accueils (par exemple à destination des personnes sans domicile fixe)

« Toute personne devrait pouvoir bénéficier d'une offre de soins primaires accessible : géographiquement (proximité), financièrement (accès aux droits), temporellement (délais) et socialement (offre de soin lisible) » (Bourgueil et al., 2021b). Cependant, les inégalités existent et elles sont nombreuses. En réponse aux enjeux relatifs à l'offre disponible, les collectivités agissent sur l'attractivité de leur territoire et se placent comme facilitateur de l'installation des

professionnels. Cependant, **agir sur l'offre de soin et la démographie médicale par la multiplication des structures de soins n'entraîne pas nécessairement une amélioration du niveau de recours au soin de la population.** En effet, encore faut-il que la population soit suffisamment informée pour s'orienter en toute autonomie vers le soin, qu'elle dispose de moyens et opportunités d'accès aux soins et aux droits de santé pour une prise en charge optimale.



**La lutte contre les inégalités sociales de santé (ISS) est un objectif phare de la loi de modernisation du système de santé de 2016.** Les ISS, qui participent au non-recours au soin, intègrent les inégalités de pouvoir et d'accès aux ressources et aux services en matière de santé. Ces inégalités sont présentes dès l'enfance, et les Villes et Intercommunalités agissent pour les réduire<sup>12</sup>.



**Le renoncement aux soins est multifactoriel** (DREES, 2021b). Il est imputable à une combinaison d'inégalités, qu'elles soient d'ordre géographiques (inégalités territoriales, déserts médicaux, contraintes de mobilité, accessibilité...), financières (manque de moyens :

couverture des frais, reste à charge) ou socio-culturelles (obligations familiales ou professionnelles, barrière de la langue, culture santé, appréhension, isolement social...). Les obstacles dans le recours au soin expliquent parfois l'éloignement du système de santé de certaines personnes ou populations. Ces derniers sont à la fois liés au système de santé et/ou à l'individu et plus particulièrement présents chez les personnes en situation de précarité.

En effet, pour la population, **aller ou non vers le soin n'est pas uniquement un choix mais dépend bien d'un ensemble de conditions favorables pour y accéder.** C'est alors que l'information en santé, la prévention, l'orientation et l'accompagnement vers le soin deviennent nécessaires. Pour les Villes et Intercommunalités, il s'agit alors d'agir sur les déterminants sociaux de santé et de développer des conditions favorables pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins.

D'autre part, l'accès aux soins primaires est conditionné par l'ouverture et le maintien des droits en matière de santé. L'amélioration de l'accès aux droits et l'organisation de la gratuité des soins représentent des leviers importants pour rapprocher certains publics du soin.



Par conséquent, **c'est en agissant sur les multiples facteurs systémiques ou individuels que les Villes et Intercommunalités pourront améliorer le niveau de recours au soin des personnes les plus éloignées du système de santé.**

Les Villes-Santé sont mobilisées pour rapprocher les personnes du soin à travers des approches ciblées ou d'universalisme proportionné. L'engagement des Villes et Intercommunalités dans ce domaine d'intervention répond à un objectif de lutte contre le renoncement au soin par le biais d'une réduction des inégalités d'accès aux soins.

« L'universalisme proportionné est une démarche mixte (universelle et ciblée) qui vise à définir des objectifs de santé pour tous, en identifiant les obstacles auxquels se heurtent certains groupes précis afin d'adapter les stratégies d'action de manière à éliminer ces obstacles » (Guichard & Dupéré, 2017).



Il existe différents niveaux de lutte contre le non-recours au soin, plusieurs types de démarches et différentes possibilités d'agir pour garantir l'accès aux soins primaires pour tous. Les trois fiches-actions suivantes présenteront les moyens d'agir des

collectivités pour rapprocher les personnes du soin grâce à l'information et l'accompagnement, la médiation en santé, le déploiement d'une stratégie d'« aller-vers » ou l'organisation de soins gratuits par exemple.

<sup>12</sup> Se référer à l'ouvrage « Réduction des inégalités sociales de santé : Les Villes agissent dès l'enfance », Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, 2018.



## 3.1 INFORMER, ORIENTER ET ACCOMPAGNER LES PERSONNES VERS LE SOIN

**Informé, orienter et accompagner les personnes vers le soin s'inscrit dans une stratégie d'empowerment des populations.** L'empowerment défini comme « le résultat d'une interaction dynamique entre deux niveaux : le développement de compétences individuelles (internes) et le dépassement de barrières structurelles (externes) » (Wallerstein, 2006) est une notion de pouvoir, non pas le pouvoir donné aux personnes, mais la création des conditions pour que ces personnes le prennent.

En ce sens, les collectivités agissent pour sensibiliser les populations aux déterminants de santé et provoquer le recours aux soins primaires dans le droit commun ou par le biais de dispositifs spécifiques.

### UN MESSAGE UNIVERSEL COMME PREMIER NIVEAU D'INFORMATION

Pour rapprocher les personnes du soin, les Villes et Intercommunalités peuvent tout d'abord les **informer sur les enjeux de recours et de non-recours au soin, les sujets de santé et de prévention et l'offre de soin de proximité disponible sur leur territoire.** De nombreux acteurs, dont les collectivités, participent à la diffusion d'informations et à l'orientation des personnes vers les services de soins primaires, l'idée étant de rendre accessibles et compréhensibles les bonnes pratiques en santé ou les comportements favorables à la santé. Il s'agit de la littératie en santé, entendue comme « les connaissances, la motivation et les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer de l'information dans le domaine de la santé pour ensuite se forger un jugement et prendre une décision en termes de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé, dans le but de maintenir et promouvoir sa qualité de vie tout au long de son existence » (Sorensen et al., 2012).

L'enjeu premier de l'information en santé est d'offrir un même niveau d'information à l'ensemble de la population pour favoriser le recours au soin d'un plus grand nombre. **Les Villes et Intercommunalités peuvent favoriser la transmission de l'information en santé par :**

- **la création/diffusion d'outils de présentation de l'offre de soin locale** : annuaire des acteurs sanitaires et sociaux, guide des adresses utiles...

- **la création/diffusion d'outils d'information sur les droits en santé** : outil d'aide au choix d'une complémentaire santé, livret d'information sur la gestion des frais de santé...
- **la mise en place et l'ouverture de lieux de rencontres, d'échange, d'écoute et d'information en santé, identifiés et connus par la population** (par exemple : des pôles ressources santé, maisons de prévention santé, « points santé », maisons des adolescents...)

À **Narbonne**, la Maison de la Prévention Santé, structure créée par la Ville de Narbonne dans le cadre du Contrat Local de Santé, est un lieu dédié à l'information en matière de santé et de prévention. Située en cœur de ville, la Maison de la prévention offre un espace d'accueil dédié à l'information et à la sensibilisation aux bonnes pratiques en matière de santé, pour les habitants de Narbonne.



La structure permet également de rassembler les différents acteurs de prévention et partenaires locaux dans un lieu fédérateur, ce qui facilite la connaissance de ces derniers et favorise la participation aux animations proposées. À travers la sensibilisation aux enjeux de santé et la promotion des comportements favorables à la santé, le dispositif vise la prévention des maladies chroniques. Au-delà des modalités d'information et de conseil, des ateliers pratiques et



des dépistages sont proposés. La Maison de la Prévention Santé est ouverte à tous. De nombreuses associations locales y tiennent des permanences. Les Narbonnaises et Narbonnais peuvent donc être écoutés, informés puis orientés selon leurs besoins.



La Ville de **Lille** a également opté pour cette stratégie de création de structures dédiées à la santé et à la prévention avec cinq « Pôles Ressources Santé » dans chaque QPV de la ville. Ces Pôles Ressources Santé sont ouverts à tous. Pour la population Lilloise, les Pôles Ressources Santé, portés par des structures de proximité (maison de santé, centre social, etc.), représentent une porte d'entrée dans leurs démarches santé. Les professionnels de santé et du social qui s'y retrouvent vont pouvoir répondre aux besoins de chacun, dans l'objectif de rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun : orienter pour l'accès aux droits, accompagner aux bilans de santé, encourager le recours au soin...

Ainsi, par le biais d'un Pôle Ressource Santé, un habitant peut :

- être informé et orienté dans sa démarche d'accès aux droits (CMU, ACS, AME...);
- être accompagné dans sa démarche 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 ses besoins et attentes en santé;
- participer aux actions et à l'élaboration de projets de promotion de la santé. (cf. fiche 1.2 pour plus de détail).

**L'information en santé peut également s'apparenter à la présentation de l'offre de soin locale au grand public, moyen de toucher un grand nombre de personnes et de faire connaître les opportunités et solutions disponibles sur le territoire.** C'est grâce à la

connaissance des enjeux de santé et la visibilité sur l'offre disponible que la population pourra entrer dans une démarche santé et s'orienter vers les soins, vers les professionnels de santé, de manière autonome.

La Ville de **Bordeaux** a créé l'outil « Bordeaux santé - Adresses utiles » qui répertorie l'ensemble des structures qui proposent un accueil, une écoute, un accompagnement ou une prise en charge dans le secteur de santé. Ces structures publiques ou associatives complètent l'offre proposée par les nombreux professionnels de santé libéraux bordelais.

La multiplication des actions de prévention dans plusieurs zones géographiques est également un moyen de rendre plus visible l'information en santé et de multiplier les canaux de communication pour promouvoir le recours aux soins primaires.

## LA PERSONNALISATION DE L'INFORMATION ET DE L'ACCOMPAGNEMENT VERS LE SOIN

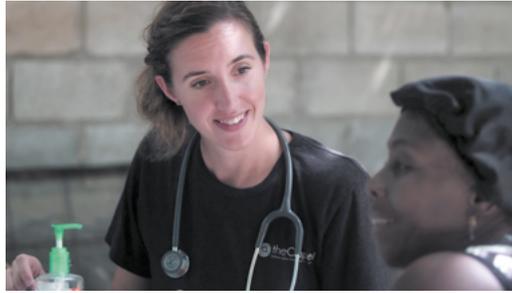
Une information diffusée largement au grand public, quel que soit le canal de diffusion utilisé, ne pourra pas atteindre l'ensemble de la cible à l'échelle d'une Ville ou Intercommunalité. Les questions d'inégalités d'accès à l'information et de littératie en santé vont représenter un obstacle chez les personnes éloignées de l'information et du système de santé. Qu'elle soit générale ou spécifique, **l'information doit donc être adaptée, simplifiée ou traduite pour toucher tous les publics.** Aussi, pour les personnes non impliquées dans une démarche de soin, l'information n'entraînera pas nécessairement une mise en action. Pour y faire face, l'accompagnement vers le soin doit intégrer la dimension individuelle, prendre en compte le contexte environnemental et culturel, et tendre vers la personnalisation.

**Les Villes-Santé s'accordent sur le rôle qu'elles ont à jouer dans l'accompagnement des personnes en situation de pauvreté en conditions de vie (ou pauvreté matérielle) qui sont les plus concernées par le renoncement aux soins<sup>13</sup>.** Pour répondre à leurs besoins spécifiques, elles mettent en place des interventions ciblées et adaptées aux conditions et au mode de vie de la personne. Réussir à rapprocher les personnes du soin nécessite donc de développer un

<sup>13</sup> « Vivre sous le seuil de pauvreté monétaire multiplie par 1,6 le risque de renoncer à des soins, tandis qu'être pauvre en conditions de vie le multiplie par 3,2. » (DREES, 2021b).



accompagnement personnalisé et des stratégies dites d'aller-vers, adaptées en fonction du public cible.



La Ville de **Rennes**, par exemple, a développé une approche ciblée à l'échelle de la ville et à destination des publics précaires. Des dispositifs et projets cherchent à réduire les inégalités en ciblant en particulier les personnes qui ont des difficultés d'accès aux soins, qu'elles soient migrantes, en grande précarité, souffrant de troubles psychiques, etc. L'un de ces dispositifs facilitant l'accès aux droits et aux soins, notamment en santé mentale, concerne les migrants. En partenariat avec le Réseau Louis Guilloux<sup>14</sup>, la Ville de Rennes soutient et participe au déploiement et pilotage d'un projet d'accompagnement psychosocial des migrants. Ce dispositif permet à des personnes migrantes souffrant de psycho-traumatismes de rencontrer un psychologue (avec interprète si besoin) formé à cette approche spécifique. Un travail de fond sur le partenariat et le réseau est nécessaire pour que ce projet inscrit dans l'offre locale soit pérenne, et facilite l'orientation pertinente et adaptée vers le droit commun lorsque cela est possible. En parallèle, la Ville de Rennes assure (en lien avec l'Agence Régionale de Santé Bretagne) un suivi du dispositif « Points santé » : interface facilitant le lien avec les dispositifs de droit commun, l'offre de premier recours, l'hôpital et les dispositifs sociaux, tout en proposant une prise en charge des soins infirmiers et de la souffrance psychique (un poste infirmier est en partie porté par la Ville). Les « points santé » répartis sur trois sites, proposent un accueil et un accompagnement santé aux personnes en grande précarité.

## LA MÉDIATION EN SANTÉ POUR RAPPROCHER LES PERSONNES DU SOIN : QUEL(S) BÉNÉFICE(S) ?

**La médiation en santé est une méthode d'aller vers introduit dans la loi de modernisation du système de santé de 2016.** La Haute Autorité de Santé a réalisé un référentiel de formation, de compétences et bonnes pratiques en médiation en santé en 2017 qui détaille le cadre déontologique et les missions possibles de la médiation pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins (Haute Autorité de Santé, 2017).

Dans le Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, cette stratégie d'intervention est définie comme suit :

*« La médiation sanitaire, ou médiation en santé, désigne la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins. Elle vise à favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités. »* [Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé., 2017]

**La médiation en santé représente donc un levier pour rapprocher les personnes du soin et aussi un outil efficace de lutte contre les inégalités**, qui met en exergue les enjeux d'intersectorialité entre le milieu de la santé et celui du social (Haschar-Noé & Bérault, 2019). Dans un objectif d'accompagnement vers le soin et de soutien à l'autonomie, la médiation en santé s'apparente à la mise en œuvre « d'actions d'information, d'éducation, de conseil et de soutien destinées à toute personne, ou à son entourage, éprouvant une vulnérabilité en santé, dans une visée de renforcement de ses capacités à opérer ses propres choix pour la préservation ou l'amélioration de sa santé » (Saout & Voiturier, 2015). La médiation en santé ne relève pas seulement d'une activité d'information ou de communication, elle renvoie aux

<sup>14</sup> Le Réseau Louis Guilloux se positionne sur la construction de réponses innovantes au regard des besoins de santé non pris en charge ou mal couverts pour des publics précaires en Ile-et-Vilaine, pour permettre l'accès aux droits sociaux et de santé et aux soins.



enjeux d'accès aux soins, aux droits et à la prévention pour les personnes les plus éloignées du système de santé. Cette stratégie d'accompagnement répond à une logique d'*empowerment* et s'inscrit dans le cadre d'une démarche d'« *aller vers* » (Haschar-Noé & Bérault, 2019).

Certaines Villes et Intercommunalités se sont saisies de la question de la médiation en santé pour rapprocher les personnes du soin comme à **Lille** et **Nantes**.

## Nantes – Médiation en santé

- Période : depuis 2020
- Echelle de territoire concernée : QPV et quartiers avec niveau de recours au soin similaire (quartiers ciblés en fonction des données recueillies par l'observatoire de santé).
- Pilote principal : Association Les Forges Médiation et Ville de Nantes.
- Rôle de la collectivité : Financier (avec l'ARS), soutien politique et méthodologique, garant de la cohérence avec la politique de la Ville.
- Partenaires : Association Les Forges Médiation et l'ARS.

Le principe de la médiation en santé a été progressivement développé depuis une quinzaine d'années à Nantes. A l'origine, ce projet a été initié par l'association Médecins du Monde, puis par l'Association Les Forges Médiation, et développé au cœur des bidonvilles de l'agglomération et auprès des gens du voyage. Les services de la Ville ont suivi les avancées de cette expérimentation dans le cadre de la Coordination Santé Précarité, dispositif animé par la Ville qui réunit plusieurs fois par an les principaux acteurs de l'urgence sociale (associations et institutions), et vise à développer ou à valoriser des projets en santé. En 2019, la Mairie de Nantes lance le Plan « 26 actions pour la vie des quartiers » né d'une réflexion collective à tous les niveaux entre élus, services, bailleurs, conseillers citoyens et acteurs associatifs. Le Plan présente 26 actions de proximité réalisables à court terme qui visent à améliorer le quotidien des habitants des QPV. Il vient compléter l'engagement de la Collectivité avec les 4 projets globaux et le contrat de Ville. La médiation en santé apparaît alors comme l'une des meilleures options pour répondre aux axes prioritaires identifiés : la promotion de la santé, l'accès aux droits, le soutien à l'émancipation individuelle et collective...

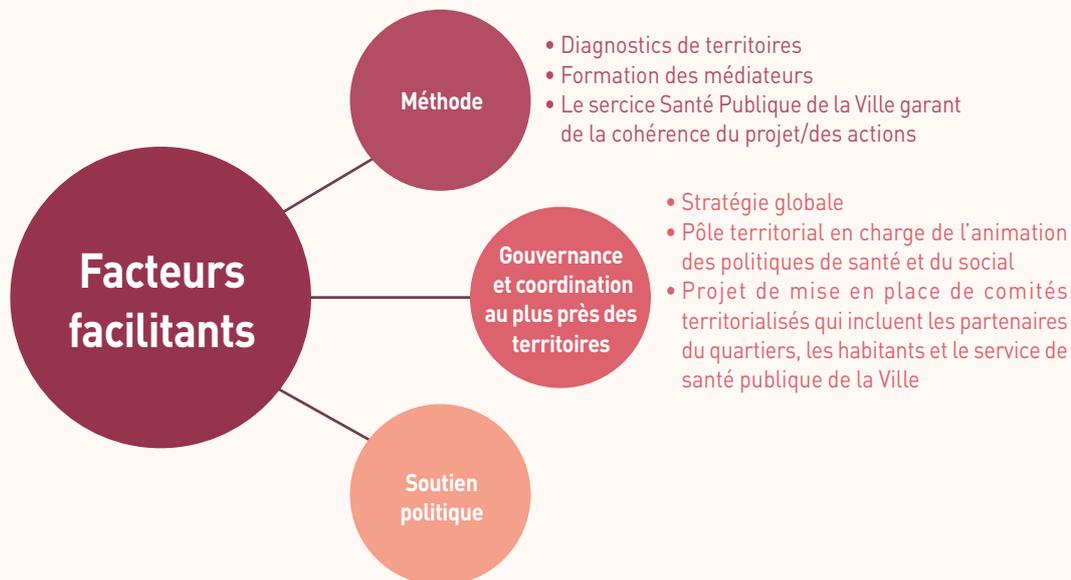
A l'issue de ce diagnostic, le pôle santé des populations de la Direction de la santé publique de la Ville de Nantes lance un appel d'offres dans le cadre d'un marché public, remporté par l'Association Les Forges Médiation. En raison de la pandémie de la Covid-19, la mise en œuvre du projet a été bousculée. Dès mars 2020, les médiateurs en santé, formés et employés par l'association, ont commencé leurs missions de terrain avec une approche d'abord centrée sur la crise sanitaire (écoute de la population, prévention, information sur les gestes barrières, etc.). Entre août et octobre 2020, les Forges médiation ont mené une phase de diagnostic et rencontré les acteurs des quartiers concernés pour définir avec eux des axes prioritaires en réponse aux besoins des habitants. La feuille de route ainsi élaborée est mise en œuvre depuis novembre 2020.

En pratique, il y a un médiateur référent par quartier retenu dans le cadre de l'expérimentation (soit quatre médiateurs en santé à ce jour, et une coordinatrice). Les médiateurs travaillent en binôme, ils déambulent ou assurent des permanences dans les associations de quartier, en collaboration avec les soignants engagés dans les projets de maisons de santé soutenues par la Ville. Les liens avec les acteurs du quartier et professionnels de santé sont ainsi tissés pour favoriser l'orientation vers le médiateur en santé et faciliter la continuité du parcours de soins.

La collectivité participe et coordonne des points d'étapes mensuels pour chaque quartier concerné avec l'association Les Forges.



La méthode d'intervention est qualitative avant d'être quantitative. Un médiateur en santé ne va pas accompagner physiquement un très grand nombre de situations. En revanche, la médiation en santé permet d'apporter une réponse à des situations complexes, grâce à l'accompagnement de proximité et individualisé proposé. Dans les QPV Nantais, la médiation en santé a permis de rapprocher des personnes éloignées du soin des services de santé et de prévention.



**Le projet de médiation en santé présente également des facteurs limitants :**

- L'accompagnement de la médiation en santé nécessite un investissement non négligeable de la collectivité en termes de moyens humains pour coordonner le dispositif à l'échelle des quartiers, de façon à associer l'ensemble des acteurs (élus, associations locales, professionnels de santé, partenaires institutionnels, etc.). Le dispositif doit *in fine* être en capacité de se réajuster régulièrement, pour s'adapter aux réalités de chaque territoire (gouvernance à l'échelle du quartier).
- Pour la Ville de Nantes, financeur de l'action, le développement de la médiation en santé à l'ensemble des quartiers Nantais ne peut qu'être progressif, le concept de médiation en santé devant être assimilé par les acteurs locaux avant d'être étendu, pour que les habitants orientés vers le médiateur en santé soient bien les plus éloignés de la prévention et du soin (nécessité de prioriser).

Les modalités d'intervention de la médiation en santé sont définies dans le code de la santé publique et les médiateurs sont des professionnels formés aux fondements de cette démarche. Cependant **il existe aussi des initiatives de médiation par les pairs** au sein d'un quartier ou d'une communauté par exemple.



## Lille : Les ambassadeurs et ambassadrices santé

- Période : projet initié en 2015, mis en œuvre depuis 2016 et renouvelé tous les ans.
- Echelle de territoire concernée : Ville de Lille.
- Pilote principal : Service santé de la Ville de Lille.
- Rôle de la collectivité : Financement et coordination du dispositif.
- Partenaires : les Pôles Ressources Santé, la CPAM, l'ARS, le Conseil Départemental.



Le service santé de la Ville de Lille, qui développe aussi la médiation en santé avec des professionnels personnels de la Ville en parallèle, a fait le choix d'allier la lutte contre le non-recours au soin aux fondements de l'expertise citoyenne, de la démocratie en santé et du développement du pouvoir d'agir. Un projet participatif et innovant a vu le jour en 2015. Il est piloté par la coordinatrice des pôles ressources santé et le service santé assure la partie méthodologique, en lien avec les Pôles Ressources Santé, les habitants et les professionnels. Les Pôles Ressources Santé (*cf. fiche 1.2*) assurent la mise en place opérationnelle du projet.

Le projet « Ambassadeurs et ambassadrices santé » permet d'appliquer les principes de démocratie en santé et d'expertise citoyenne puisque ce sont des habitants volontaires et bénévoles qui deviennent ambassadeurs santé. L'idée étant de partir des besoins des habitants, de construire avec les personnes volontaires les actions qu'elles souhaitent mettre en place et d'aller vers « les invisibles ». L'avantage de la mobilisation des ambassadeurs santé, eux-mêmes habitants des quartiers où ils agissent, est de favoriser le lien de confiance avec la population et de faire tomber les barrières entre le monde de la santé et les personnes éloignées du système de soin. Aussi, ce principe de médiation par les pairs rend l'information et l'accompagnement vers le soin adaptés.

Les habitants expriment leurs attentes, leurs besoins, leurs difficultés mais aussi leurs ressources. Ils s'informent, se forment et mettent en place des actions dans un but d'amélioration de leur état de santé globale mais aussi d'améliorer celui de leurs concitoyens. Au total, ce sont 65 habitants qui sont ou ont été impliqués dans le projet.

Les **objectifs** du projet des ambassadeurs et ambassadrices santé sont les suivants :

- améliorer la santé des des Lilloises et des Lillois ;
- développer les compétences psycho-sociales et l'*empowerment* des ambassadeurs de santé (engagement citoyen en faveur de la santé) ;
- agir sur les déterminants de santé et permettre un meilleur accès à l'information, aux dépistages et aux soins ;
- permettre aux habitants isolés d'avoir accès à l'information pour rentrer dans un parcours coordonné de soins (ouverture de droits en santé, accompagnements aux bilans de santé et dépistages, meilleur accès à l'information et à la prévention en santé, accompagnement en cas de refus de soins, etc.).



## Lille : Les ambassadeurs et ambassadrices santé (suite)

En termes d'**effets**, le déploiement du dispositif a facilité la représentation des habitants au niveau institutionnel et a entraîné une hausse de la fréquentation des structures de proximité et une augmentation des compétences psycho-sociales des personnes. A titre d'exemple, après une formation sur la santé des femmes réalisée par le planning familial (sensibilisation et explication de la mammographie), les ambassadrices santé ont pu partager, dans leur entourage, leurs connaissances acquises avec leurs propres mots dans le cadre de leur mission bénévole, puis, une augmentation du nombre de dépistage du cancer du sein a été observée sur le quartier concerné.

Quelques **conditions de réussite** à la mise en œuvre d'un tel projet sont mises en évidence par la Ville. Premièrement, la volonté politique forte est indispensable. Deuxièmement, il est favorable de se baser sur une structure de proximité (ici les pôles ressources santé) pour avoir une coordination solide, puis de monter des projets à partir des attentes des ambassadeurs et ambassadrices et non pas des besoins repérés par les professionnels. Un point de vigilance est à noter : l'évaluation d'impact est difficile à mesurer.



Le dispositif a obtenu une reconnaissance nationale, la ville de Lille a reçu un Label ARS « droits des usagers de la santé » en 2018.

En conclusion, la réponse aux enjeux d'information, d'orientation et d'accompagnement des personnes éloignées du soin auxquels les Villes et Intercommunalités font face peut être universelle, ciblée ou proportionnée pour bénéficier au plus grand nombre. L'intérêt des Villes et Intercommunalités mobilisées dans la lutte contre le non-recours au soin et l'amélioration de l'accès aux soins primaires est de **connaître sa cible, et de partir des besoins des personnes pour proposer un accompagnement adapté et efficace.**

## SYNTHÈSE

### INFORMER, ORIENTER ET ACCOMPAGNER LES PERSONNES VERS LE SOIN

#### Enjeux pour les Villes et Intercommunalités :

- Développer l'*empowerment* et améliorer le niveau de littératie en santé des habitants pour leur permettre de faire des choix libres et éclairés
- Lutter contre le renoncement au soin
- Faire connaître les professionnels, les services de prévention et de soin du territoire
- Orienter les personnes éloignées du soin vers le droit commun

#### Leviers :

- Privilégier l'approche d'universalisme proportionné pour répondre aux besoins de tous
- Mixer actions ciblées (par âge/milieu de vie/ facteur de risque) et actions destinées à la population générale (toute la ville)
- Diffuser l'information pour tous et l'adapter aux publics spécifiques

- Tendre vers un accompagnement vers le soin personnalisé pour toucher « les invisibles »
- Développer des actions d'aller vers et multiplier les lieux de soins et de prévention sur le territoire pour accrocher les personnes là où elles se trouvent
- Développer la médiation en santé par des professionnels ou par des adultes relais

#### Freins :

- Facteurs du renoncement au soin : culturels, économiques, sociaux...
- Investissement humain et financier : jusqu'à où les collectivités pourront aller ?

#### Points de vigilance :

- Veiller à ne pas oublier une population ou à ne pas creuser les inégalités
- Des résultats qualitatifs plus que quantitatifs



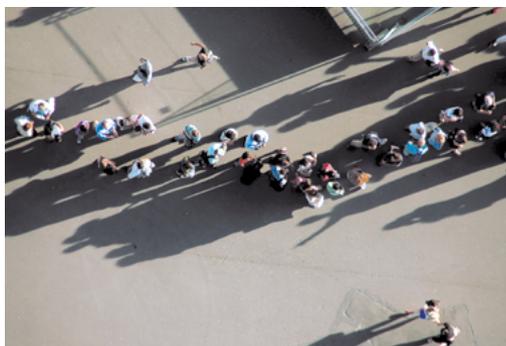
## 3.2 FAIRE VENIR LE SOIN AU PLUS PRÈS DES PERSONNES (ESPACE PUBLIC, AU DOMICILE, DISPOSITIFS MOBILES)

En complément des actions d'information et d'accompagnement vers le soin, les Villes et Intercommunalités participent au rapprochement du soin au plus près des personnes, à proximité des lieux de vie ou lieux de fréquentation. **La démarche dite d'*aller vers* est notamment utilisée pour viser les publics les plus éloignés du soin, ou pour pallier les inégalités territoriales de démographie médicale, les freins géographiques ou les contraintes de mobilité.** La médiation en santé explicitée précédemment est basée sur ce principe d'*aller vers* mais vise aussi l'autonomisation des personnes pour qu'elles s'orientent vers le soin. Dans cette *fiche 3.2*, les dispositifs présentés proposent directement un service de soin ou de prévention aux bénéficiaires. A terme, l'objectif visé sera d'orienter les personnes vers le droit commun en facilitant leur parcours de santé.

**Afin de réduire les inégalités d'accès au soin et lutter contre le renoncement aux soins, les Villes-Santé sont impliquées dans la mise en œuvre d'actions permettant de faire venir le soin au plus près des personnes, que ce soit sur l'espace public, à leur domicile ou via des dispositifs mobiles.**

Les interventions dites d'*aller vers* peuvent représenter une opportunité pour réaliser des bilans de santé avec des personnes éloignées du système de santé pour connaître leur état de santé général et leurs besoins, afin de les orienter au mieux.

### LE SOIN MOBILE ET DANS L'ESPACE PUBLIC



La **Ville de Saint Quentin-en-Yvelines**, met régulièrement en place des actions de sensibilisation, de promotion de la santé et de la santé mentale et de prévention pour les résidents des foyers de travailleurs migrants, des résidences de jeunes travailleurs ou de résidences étudiantes du territoire. Ces actions sont menées dans une démarche d'*aller vers* les publics concernés, en partenariat avec l'Association Investigation Préventive et Clinique et des dispositifs locaux. Face aux problématiques de santé rencontrées par ces publics (forte prévalence des maladies chroniques, vieillissement, santé mentale et précarisation, difficultés d'accès à la santé), la collectivité et ses partenaires orientent vers les dispositifs les plus adaptés et organisent la prise de rendez-vous pour des bilans de santé et dépistages. Ces interventions hors les murs ont été mises en place pour :

- favoriser l'accès à la prévention par l'examen périodique de santé des résidents des foyers (ADOMA, étudiants, jeunes travailleurs),
- et augmenter le taux de présentisme aux bilans de santé proposés par ailleurs par les partenaires, par une présence *in situ*.



Une initiative similaire existe à **Châteauroux** à l'échelle d'un quartier et sur l'espace public. Dans le cadre de l'Atelier Santé Ville (ASV), des stands de prévention sont organisés chaque année, en extérieur, au sein d'un quartier prioritaire. Les professionnels présents proposent bilans de santé et dépistages aux habitants. La présence de professionnels de santé en dehors des murs du centre hospitalier représente alors une porte d'entrée dans une démarche de soin et une opportunité de rencontre directe avec les habitants du quartier en rupture de soins.

## La Ville de Brest et son unité mobile de santé

- Période : existe depuis 1997, renouvelée en 2015
- Echelle de territoire concernée : Ville de Brest (et au-delà dans le cadre du conventionnement avec le CHRU)
- Pilote principal : Service Promotion de la santé de la Ville de Brest
- Rôle de la collectivité : Financement et coordination du dispositif
- Partenaires : L'ARS, le CHRU de Brest, l'UFR d'odontologie, le centre de santé « Point H », les professionnels de santé

Depuis plus de vingt ans, la Ville de Brest agit pour l'amélioration de l'accès aux soins de la population brestoise à travers le déploiement d'un dispositif mobile. L'unité mobile est en fonction depuis 1997 et a été renouvelée en 2015.

Face aux inégalités d'accès et aux problématiques de non-recours aux soins primaires constatées, le service de Promotion de la santé de la Ville s'est mobilisé pour mettre en place et coordonner les interventions d'une unité mobile de santé destinée à sillonner la ville pour offrir aux Brestoises et Brestoises éloignées du soin un accès à la santé et à la prévention facilité.



L'unité mobile de santé est un camping-car spécialement aménagé avec deux espaces : un petit pour l'accueil et un autre plus spacieux dédié aux dépistages, consultations ou soins.

Le service de Promotion de la santé est en charge de la coordination des interventions et déplacements de l'unité mobile : développement de projets, gestion des partenariats, gestion des plannings partagés, gestion du stationnement, gestion des problèmes techniques, etc. Les actions du volet prévention sont financées partiellement par l'ARS dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens ; en revanche le fonctionnement courant de l'unité mobile et les ressources humaines nécessaires à sa coordination sont financés en totalité par la collectivité.

Sur le terrain, plusieurs actions de prévention sont assurées par les différents partenaires du dispositif. Le CHRU de Brest se consacre aux missions de vaccination et de promotion de la santé sexuelle auprès des publics précaires. L'UFR d'odontologie intervient dans les écoles pour mettre en œuvre un programme de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire et propose des dépistages buccodentaires aux étudiants. L'unité mobile de santé est également utilisée par d'autres partenaires pour des bilans de santé préventifs, des actions de prévention en tabacologie dans le cadre du « mois sans tabac » notamment. La mobilité du dispositif permet de proposer ces services sur l'espace public, pour le grand public ou auprès de publics cibles dans un quartier prioritaire ou au sein d'établissements scolaires par exemple. L'objectif étant de favoriser l'accès aux soins primaires pour les personnes en rupture de soin.



A ce jour, malgré une volonté politique forte et une demande croissante des partenaires de la ville pour l'utilisation de l'unité mobile, la pérennité des actions représente un enjeu. La coordination du dispositif demande un investissement humain et financier important pour la collectivité. Le service de Promotion de la santé de la Ville de Brest est confronté à des difficultés pour obtenir des moyens humains supplémentaires afin de développer de nouvelles actions tout en assurant la logistique et la gestion des partenariats de manière efficiente, sur le long terme.



Pendant la période de crise sanitaire de la Covid-19, les Villes-Santé ont été confrontées à de nombreux enjeux de santé publique. Les collectivités ont dû faire preuve de réactivité pour répondre aux besoins des populations, d'autant plus que la pandémie de Covid-19 a accru les inégalités sociales et de santé. **Mulhouse Alsace Agglomération** a mis en place un centre de vaccination mobile en lien avec les équipes du Groupe hospitalier de la région de Mulhouse et Sud-Alsace et l'ARS Grand-Est. Dès le mois de mars 2021, le Vacci'Bus a permis de faciliter l'accès à la vaccination contre la Covid-19 aux personnes de 75 ans et plus et/ou vulnérables à très haut risque de développer une forme grave de la maladie. Le dispositif mobile a sillonné 36 communes de l'agglomération (sur 39) non pourvues d'un centre de vaccination fixe. Quelques mois plus tard, toute personne de plus de 18 ans a pu bénéficier du service Vacci'Bus.

A **Lille**, en réponse à l'exacerbation des problématiques de Santé Mentale, la collectivité a organisé la mise en place de permanences de psychologues dans les mairies de quartiers pour accrocher les personnes qui ne viendraient pas vers le soin, en étant là où elles sont, c'est-à-dire dans les quartiers. Le principe était alors d'orienter la personne vers le système de soin ou autres (travailleur social) en faisant bénéficier les habitants d'une à trois consultations gratuites. Cette action s'inscrit dans une démarche de repérage précoce des troubles psychiques et des problématiques de santé mentale.

## FAIRE VENIR LE SOIN AU DOMICILE



**Rapprocher les personnes du soin peut également se traduire par faire venir le soin au domicile des personnes. De cette manière, les stratégies d'aller vers peuvent aussi être un moyen d'assurer la continuité des soins.** Les centres communaux d'action sociale (CCAS) des

Villes et Intercommunalités peuvent être gestionnaires de services de soins à domicile : Service d'aide à domicile (SAD), Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Services polyvalents d'aide et de soins à

domicile (SPASAD), etc. Par exemple, le CCAS de la Ville de **Nice** est gestionnaire d'un SAD, de deux SSIAD et d'un SPASAD (pluridisciplinarité des équipes) pour répondre au mieux aux besoins de la population niçoise grâce à une offre de soins à domicile. Ces missions peuvent également être portées par d'autres acteurs.

Les Villes-Santé mettent en avant plusieurs freins concernant les soins à domiciles. Premièrement, **la réalisation de soins à domicile est couteuse en temps**. Aussi les professionnels de santé peuvent-ils rencontrer des difficultés de mobilité ou de stationnement. La Ville de **Villeurbanne** a permis l'obtention d'une heure et demie de stationnement gratuite dans le cadre des visites à domicile par des médecins généralistes. Néanmoins **la visite à domicile demeure aussi freinée par la rémunération des professionnels face aux coûts et au temps alloués**.

L'enjeu important du prendre soin à domicile est l'entrée dans le domicile, soit dans l'intimité, de la patientèle. Venir au domicile des personnes nécessite de prendre le temps de tisser un lien de confiance. Les unités qui vont à domicile prennent le temps d'y aller plusieurs fois, ce qui permet de débloquer des cas complexes. Les ressources humaines nécessaires sont donc conséquentes.

**Que ce soit sur l'espace public, au sein d'une structure ou au domicile, l'enjeu de faire venir le soin au plus près des personnes nécessite de prendre en compte l'ensemble des conditions dans lesquelles la population vit.** Toucher les publics les plus réfractaires au soin requiert de prendre le temps de tisser des liens de confiance. L'accompagnement vers le soin et vers le droit commun est un travail de longue haleine pour les acteurs associatifs, les professionnels du soin, et les collectivités. A **Toulouse**, la Plateforme Santé Précarité regroupe l'ensemble des acteurs du soin, les décideurs, les financeurs et les opérateurs associatifs du domaine de la précarité. La Plateforme Santé Précarité permet la coordination des différents acteurs et de leurs interventions d'aller vers les publics en situation de précarité pour proposer des bilans de santé, des dépistages et vaccinations et l'ouverture des droits en santé.

Enfin, **il faut veiller au fait que ces interventions permettant d'aller à la rencontre des personnes en rupture de soin ne soient pas une occasion unique pour les bénéficiaires mais bien qu'elles permettent de maintenir un lien avec ces derniers et dans certains cas une orientation vers le droit commun grâce au dépassement de certains obstacles de renoncement au soin.**

## SYNTHÈSE

### FAIRE VENIR LE SOIN AU PLUS PRÈS DES PERSONNES (ESPACE PUBLIC, AU DOMICILE, DISPOSITIFS MOBILES)

#### Enjeux pour les Villes et Intercommunalités :

- Proposer ou soutenir des services de soin et de prévention aux personnes les plus éloignées du système de santé
- Profiter des interventions mobiles pour réaliser des bilans de santé
- Lutter contre le renoncement au soin
- Orienter les personnes éloignées du soin vers le droit commun

#### Leviers :

- Développer les actions « hors les murs » et diversifier l'offre de soin
- Faire venir le soin dans les lieux de vie des personnes éloignées du soin pour casser les barrières géographiques et les difficultés de mobilité
- Rendre le soin mobile donc plus accessible
- Proposer des actions ciblées par population / milieu de vie / thématique

- Assurer la continuité des soins grâce à la prise en charge à domicile

#### Freins :

- Facteurs du renoncement au soin : culturels, économiques, sociaux...
- Investissement humain et financier nécessaire pour faire vivre et développer les dispositifs mobiles et actions d'*aller vers*
- La visite à domicile freinée par la rémunération des professionnels face aux coûts et au temps nécessaires

#### Points de vigilance :

- Lien de confiance à créer
- Prendre en compte les conditions de vie de personnes, tous les moments ne sont pas propices à l'*aller vers*
- Mobilité et stationnement pour les professionnels de santé qui interviennent à domicile



# 3.3 AMÉLIORER L'ACCÈS AUX DROITS EN MATIÈRE DE SANTÉ : OUVERTURE ET MAINTIEN DES DROITS

L'accès universel aux droits qui permettent l'accès aux soins est garanti par l'Assurance Maladie. Le régime général des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) compte 59,2 millions de bénéficiaires. L'ouverture et le maintien des droits sont soumis à conditions. Depuis 2016, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) prévoit le principe de protection universelle maladie : toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé. L'Assurance Maladie aide également les assurés aux ressources modestes à bénéficier d'une Complémentaire Santé Solidaire (ex-CMU-C) pour bénéficier d'un remboursement de la part des frais de santé non remboursée par l'Assurance Maladie. La Complémentaire Santé Solidaire vise à réduire le risque de renoncement aux soins pour raisons financières (DREES, 2015), au même titre qu'une

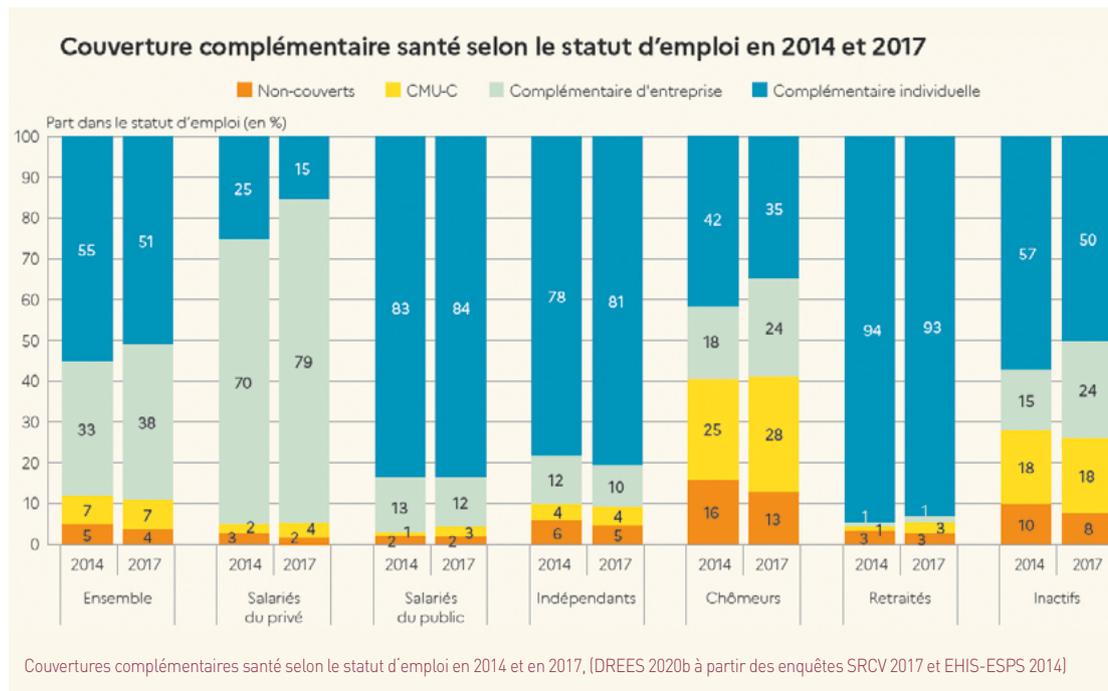
couverture complémentaire standard. En effet, il est à noter que les bénéficiaires de la CMU-C renoncent 4,5 fois moins au soin que les personnes sans complémentaire santé (DREES, 2021b). En 2021, 7.31 millions de personnes sont protégées par la complémentaire santé solidaire (CSS) (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021).



## LES INÉGALITÉS D'ACCÈS ET LES TYPES DE COMPLÉMENTAIRE PEUVENT RENFORCER LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

De nombreuses Villes et Intercommunalités se penchent sur l'enjeu de l'accès des habitants à une mutuelle santé. En effet, la complémentaire santé joue un rôle de plus en plus important dans le système de protection sociale et l'accès au soin. Les salariés du secteur privé doivent tous avoir accès à une complémentaire santé d'entreprise depuis 2016.

Néanmoins, en France métropolitaine, en 2017, 5% de la population n'est pas couverte par une complémentaire santé (DREES, 2020). L'absence et le type de complémentaire santé sont fortement liés au statut d'emploi, comme le montre le graphique ci-dessous. Le principal frein à l'accès à une complémentaire santé est son coût.



Ainsi, l'accès à une complémentaire pour les personnes au chômage et les « autres inactifs » est un enjeu de santé publique.

Les personnes âgées sont aussi une catégorie de population concernée par cet enjeu. Si « seulement » 3% des retraités ne sont pas couverts, les personnes âgées font face à des cotisations plus élevées du fait de l'âge du bénéficiaire (pour les complémentaires individuelles) et de l'augmentation des garanties dont ils ont besoin (tant pour les contrats individuels que les contrats collectifs) (DREES, 2021a). Les contrats souscrits par les seniors offrent des remboursements

plus importants mais ils ne compensent pas leur reste à charge plus élevé (DREES, 2021a). Ainsi, pour les personnes âgées les plus défavorisées, non seulement l'accès, mais aussi le type et le niveau de garantie sont-ils un enjeu de santé publique.

Faciliter l'accès et l'ouverture des droits en matière de santé représente donc un enjeu primordial pour favoriser le recours aux soins primaires. Les Villes-Santé déploient différentes actions en ce sens pour permettre au plus grand nombre de bénéficier de ses droits d'accès à la protection universelle et à la couverture complémentaire.



## QUELS LEVIERS POUR AGIR ?

L'un des premiers leviers des Villes et Intercommunalités est de faire connaître les droits en matière de santé aux personnes non assurées. Pour cela, toutes les modalités d'interventions illustrées précédemment et permettant de rapprocher les personnes du soin sont des occasions pour informer ou accompagner à l'ouverture et au maintien des droits : diffusion d'outils d'information, médiation, sensibilisation aux droits en santé dans le cadre d'interventions mobiles ou d'*aller vers*, etc.

A titre d'exemple, l'intercommunalité de **Saint-Quentin-en-Yvelines**, via son service Institut de Promotion de la Santé (IPS), a élaboré un livret d'information « comment gérer vos frais de santé ? » et propose des temps d'échange sur le sujet des aides légales et extra légales dans le cadre de l'animation d'ateliers santé en direction de l'ensemble des Saint-Quentinoises et des Saint-Quentinois avec une priorité donnée aux publics résidents dans les quartiers politique de la ville. Dans le livret, les thématiques abordées sont :

- les remboursements (parcours de soins coordonné, les secteurs de conventionnement, les participations...),
- les aides possibles (AME, CSS...),
- la complémentaire santé (utilité, garanties et prestations...),
- les contacts utiles sur le territoire.

La Ville de **Grande-Synthe** propose ce même type d'atelier dans le cadre de l'Atelier Santé Ville, en partenariat avec la CPAM pour l'animation. Ces temps d'échange appelés « Cafés Santé » permettent d'informer les habitants sur les droits en santé mais aussi leur donner la possibilité de s'exprimer sur les difficultés qu'ils rencontrent et ainsi faire remonter leurs besoins et attentes. En complément, des temps d'échange et d'information sur l'accès aux droits et aux soins sont menés par la CPAM auprès des professionnels de premier rang afin d'augmenter leurs connaissances dans ce domaine et ainsi leur permettre d'être relais d'information auprès des publics.

## LES VILLES ET INTERCOMMUNALITÉS ONT-ELLES UN RÔLE À JOUER SUR L'ACCÈS À UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?

Certaines collectivités souhaitent accompagner les habitants pour la souscription et le choix d'une mutuelle adaptée à leurs besoins pour couvrir leurs frais de santé complémentaires et ainsi dépasser certaines problématiques de renoncement aux soins ou d'accès aux droits. Plusieurs Villes-Santé, en particulier via leurs CCAS, ont mis en place des « mutuelles communales ». Ces mutuelles peuvent prendre différentes formes. Les deux formes les plus courantes sont :

- **La Ville signe une convention de partenariat avec une (ou plusieurs) mutuelle**, avec laquelle la commune a négocié des tarifs, les contrats étant ensuite souscrits individuellement par les habitants. C'est le cas notamment dans l'agglomération Dunkerquoise, où la démarche initiée par les Villes de **Grande Synthe** et de **Saint-Pol-sur-Mer** en 2014 s'est élargie à la **Communauté Urbaine de Dunkerque** (CUD) en 2016. Le choix a été de s'appuyer sur l'Espace Santé du Littoral (ESL) pour en être le porteur. En effet, dans le cadre d'une politique de prévention en matière de santé menée par l'ESL mandaté par la CUD sur cet axe, les parties ont décidé de collaborer par le biais d'une convention de partenariat articulée sur un projet permettant aux habitants de l'agglomération de bénéficier d'une complémentaire santé en choisissant une mutuelle répondant à un cahier des charges exigeant, tant sur le plan du critère économique que sur la mise en place d'actions de prévention sur le territoire.
- **La Ville facilite l'intervention d'une association d'assurés, elle informe les habitants**. L'association est souvent créée par des professionnels de l'assurance, notamment des courtiers. L'association recherche et propose à ses membres un contrat collectif de complémentaire santé à des tarifs attractifs. A **Bourg-en-Bresse**, **Caen**, **Evry-Courcouronnes** et à **Valence**, ce type de dispositif a été mis en place. L'activité de courtage peut aussi être confiée à un partenaire extérieur à l'association, comme à **Bordeaux** et à **Metz**.





Néanmoins, la ville ou son CCAS ne sera pas un intermédiaire ou un apporteur d'affaires. **La Ville ou son CCAS jouent un rôle de facilitateur, et ne délivrent aucune subvention ou flux financier aux acteurs commerciaux.** La relation contractuelle se situe entre l'assuré et la mutuelle. La commune joue ainsi un rôle d'initiateur et de médiateur, mais elle n'est ni assureur, ni souscripteur, ni financeur (Lapray, 2020).

## Mutuelle communale d'Evry-Courcouronnes

- Période : depuis septembre 2018.
- Echelle de territoire concernée : Commune d'Evry-Courcouronnes
- Pilote principal : Association spécialisée
- Rôle de la collectivité : Communication et mise à disposition de locaux
- Partenaires : sociétés mutualistes

Depuis 2018, la commune d'Evry-Courcouronnes a mis en place un dispositif de mutuelle communale avec une association spécialisée qui propose écoute, échange et conseil lors de rendez-vous individuels. À chaque rendez-vous, l'association vérifie l'éligibilité éventuelle de la personne à la Complémentaire Santé Solidaire. Si ce n'est pas le cas, elle recherche, auprès de sept mutuelles (sociétés mutualistes), un contrat de complémentaire santé adapté aux besoins de la personne.

La Ville met à disposition une salle communale pour la tenue des permanences et assure un appui, notamment par ses services de santé et du social, pour communiquer sur le dispositif auprès des habitants. Ce service a permis à une centaine d'habitants de souscrire à une mutuelle et à une aide à la complémentaire santé.

Les permanences, interrompues fin 2020 à cause de la crise sanitaire, reprendront à compter de novembre 2021, deux demi-journées par mois, avec une communication en amont auprès des services recevant du public : guichet solidarité, PASS, guichet unique, maisons de quartiers et centres sociaux afin d'informer le plus largement possible.



## Metz Mutuelle Santé

- Période : 2015-2021
- Echelle de territoire concernée : Ville de Metz.
- Pilote principal : une association spécialisée dans la promotion (à titre gratuit) de tout type d'assurance
- Rôle de la collectivité : Facilitateur, relais d'informations
- Partenaires : Association spécialisée et partenaires habituels du CCAS

La Ville de Metz, avait fait le constat d'un fort taux de non-souscription à une complémentaire santé et de renoncement au soin chez les ménages aux revenus modestes et personnes fragiles. Selon une enquête locale réalisée, les freins à la souscription à une complémentaire santé sont variés : manque d'information, difficultés administratives, difficultés financières pour souscrire à une mutuelle, lourdeur administrative représentée par la constitution des dossiers et l'obligation de les renouveler chaque année, difficulté du choix d'une mutuelle en fonction des garanties souhaitées, etc.

Face à ces problématiques, le CCAS de la Ville de Metz avaient proposé de mettre en place un dispositif d'aide au choix et à l'obtention d'une complémentaire santé, de promotion de l'accès aux droits et de lutte contre les inégalités. Le dispositif Metz Mutuelle Santé s'adressait à toutes les personnes bénéficiaires des interventions du CCAS de la ville de Metz et de ses partenaires ainsi qu'à toutes personnes domiciliées sur la commune de Metz en recherche d'informations sur les droits de santé et/ou d'une complémentaire santé adaptée à ses besoins.

La mise en œuvre de ce dispositif avait été confiée par convention à une association spécialisée qui œuvre, à titre gratuit, pour la promotion de tout type d'assurances de personnes (à l'exclusion de l'assurance vie) et de biens, la sélection d'opérateurs assureurs dont les produits tiennent compte des populations spécifiques, ou encore la souscription pour le compte des assurés de contrats dits «groupes ouverts» favorisant la mise en place de prestations et de prix négociés.

### Pour l'utilisateur, le recours au dispositif se déroulait ainsi :

- La personne contactait un numéro unique et non surtaxé, dédié au dispositif « Metz Mutuelle Santé ». Un interlocuteur de l'association répond directement (du lundi au vendredi de 9h à 18h).
- L'interlocuteur prenait connaissance de la situation de la personne et effectuait un recueil de données et de besoins.
- L'interlocuteur effectuait immédiatement la recherche auprès des différentes mutuelles partenaires des couvertures santé les mieux adaptées à la situation de la personne.
- La personne recevait par courrier et/ou mail les différentes solutions proposées. L'interlocuteur s'engageait à aider à la compréhension des différents contrats par l'utilisateur pour favoriser son libre choix.
- Un contrat pouvait ensuite être signé entre la personne et une mutuelle, mais ni les travailleurs sociaux, ni l'association ne sont partie prenante de ce contrat.

De plus, l'association informait les équipes du CCAS et des partenaires sur les modalités d'utilisation du dispositif, rapportait régulièrement les résultats au CCAS, et s'engageait à effectuer une analyse comparative des propositions d'assureurs non-partenaires. Ainsi, l'association ne se substituait pas à l'action des travailleurs sociaux avec lesquels elle restait en lien, mais elle intervenait sur la partie assurance pour apporter son expertise et des solutions de couvertures.

### Arrêt du dispositif en 2021 : raisons et perspectives

De 2015 à 2020, l'association avait été saisie 376 fois. 58% des sollicitations avait débouché sur une adhésion, la grande majorité (71%) étaient des personnes de 60 ans et plus. Ce dispositif a été arrêté fin 2021 puisque n'ayant pas répondu complètement aux attentes tant du public que des professionnels. Ce sujet demeure néanmoins une préoccupation du CCAS et de la Ville de Metz, et fera l'objet d'une réflexion ultérieure.



## DES POINTS DE VIGILANCE SUR LE PLAN JURIDIQUE

**Les Villes et Intercommunalités qui souhaiteraient s'engager dans la mise en place d'une mutuelle communale doivent veiller à prendre en compte certains points juridiques** (Lapray, 2020) :

- La commune ne peut recourir à un marché public avec une mutuelle car les collectivités locales n'agissent ici pas en tant qu'acheteurs. Elles peuvent en revanche s'inspirer de la procédure des marchés publics en passant par un appel à concurrence et un cahier des charges pour la convention de partenariat. Il s'agit alors de négocier avec des organismes mutualistes ayant répondu à un appel à partenariat et de retenir une ou plusieurs offres sans lien contractuel ni financier avec l'/les organisme(s) choisi(s).
- La contribution des agents communaux au dispositif de mutuelle communale doit se limiter à communiquer les horaires de permanences ainsi que l'adresse et ou le numéro de téléphone du prestataire. L'agent communal ne pourra pas aider à choisir le panier de soins.
- La communication doit être encadrée : une communication trop avantageuse à destination d'un prestataire commercial quelconque pourrait être assimilée à un délit d'octroi d'un avantage injustifié.
- Si un local du domaine public est mis à disposition, cette dernière doit donner lieu au paiement d'une redevance.

Les Villes et Intercommunalités peuvent aussi développer des solutions alternatives, telles que des aides au paiement d'une complémentaire santé comme c'est le cas à **La Roche-sur-Yon**.

### La Roche-sur-Yon : Aide au paiement de la complémentaire santé

- Période : depuis 2016
- Echelle de territoire concernée : Ville de La Roche-sur-Yon
- Pilote principal : CCAS de La Roche-sur-Yon
- Rôle de la collectivité : Coordination et financement
- Partenaires : Organismes de complémentaires santé, partenaires habituels du CCAS

La Ville de La Roche-sur-Yon, a développé un type d'aide municipale pour l'acquisition d'une complémentaire santé. Le CCAS de la Ville propose une aide financière facultative pour les Yonnais et Yonnaises qui ne bénéficient pas d'une mutuelle d'entreprise, exclus des dispositifs d'aides légaux (Complémentaire Santé Solidaire) et extra légaux (Action Sanitaire et Sociale des organismes de protection sociale) ou afin de venir en complément de ceux-ci.

L'accès au dispositif est conditionné au processus suivant :

- Les personnes sans accompagnement social sont reçues dans le cadre des permanences sociales pour que leur demande soit instruite. Une évaluation sociale est réalisée. Les ménages doivent avoir sollicité les dispositifs de droit commun et avoir des ressources inférieures à 140 % de celles prises en compte par la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).
- Un récépissé de demande est remis à l'intéressé. Il précise l'objet, la date de commission et les modalités de réponse.
- Le dossier est examiné en Commission Consultative Journalière le jour ouvré suivant la demande.
- La réponse est envoyée à la personne avec copie au référent social.

Le montant de l'aide est calculé en fonction de la composition familiale et de l'âge de chacun des membres du foyer. Elle peut intervenir soit seule, en cas de refus des dispositifs légaux et extralégaux, soit en complément, dans la limite de 75% du coût total.

Age de la personne	- de 16 ans	16 à 49 ans	de 50 à 59 ans	+ de 60 ans
Montant maximal de l'aide	50 €	150 €	200 €	400 €

Cette aide est délivrée par le CCAS de La Roche-sur-Yon sous forme de chèque adressé directement à la mutuelle choisie.



## SYNTHÈSE

### AMÉLIORER L'ACCÈS AUX DROITS EN MATIÈRE DE SANTÉ : OUVERTURE ET MAINTIEN DES DROITS

#### Enjeux pour les Villes et Intercommunalités :

- Améliorer l'accès aux soins et aux droits pour les publics précaires ou éloignés du système de santé
- A terme, orienter les personnes éloignées du soin vers le droit commun

#### Leviers :

- Informer, sensibiliser à l'accès aux droits de l'assurance maladie
- Connaissance des publics cibles dans sa commune (questionnaire ou entretiens auprès des usagers)
- Créer des outils pour faire connaître les droits en matière de santé : outil d'aide au choix d'une complémentaire santé, services d'aide et accompagnement au choix d'une mutuelle, livret d'information sur la gestion des frais de santé...

- Accompagner l'ouverture aux droits
- Mettre en place des dispositifs d'aide au choix et à la souscription à un organisme de mutuelle
- Intégrer la CPAM et les organismes de mutuelle dans ces actions

#### Freins :

- Limites juridiques

#### Points de vigilance :

- La collectivité ne peut agir en tant qu'acheteur
- Les agents communaux ne peuvent participer au choix du panier de soins
- Assurer une communication neutre



## 3.4 ORGANISER OU SOUTENIR DES SOINS GRATUITS

**L'accès aux droits et aux soins pour les personnes les plus démunies et sans couverture sociale représente un véritable enjeu.** Le renoncement au soin est dans certains cas essentiellement lié à un frein financier. **La proposition de soins gratuits apparait alors comme une des solutions pour répondre aux besoins de ces personnes en situation de précarité financière.**



Le dispositif national des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), passerelles de prise en charge médico-sociale implantées au sein des hôpitaux, accueille gratuitement les personnes sans protection sociale et rencontrant des difficultés d'accès aux soins du fait de leurs conditions de vie ou de leurs difficultés financières (personnes sans domicile fixe, personnes migrantes, etc.). Au sein des PASS ambulatoires, sont proposés : des consultations médicales non facturées et un accompagnement social pour faciliter l'accès aux droits.

Les Villes-Santé se rejoignent sur le fait que la PASS constitue un outil intéressant et nécessaire mais que son action est limitée. En effet, en plus d'être très souvent surchargées, certaines PASS ont rendu la prise de rendez-vous obligatoire et ont dû mettre en place des critères d'admission pour gérer l'accroissement de la demande. En conséquence, le dispositif perd de sa souplesse et devient inaccessible pour certains publics, notamment les personnes sans domicile fixe.

**Pour faire face à cette grande difficulté observée sur de nombreux territoires, des Villes et Intercommunalités oeuvrent pour le déploiement de solutions alternatives.**



# LA CRÉATION DE DISPOSITIFS COMPLÉMENTAIRES AUX PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

## Une offre complémentaire à la PASS hospitalière proposée par la Ville de Bourgoin-Jallieu

- Période : depuis 2011
- Echelle de territoire concernée : Ville de Bourgoin-Jallieu
- Pilote principal : Ville de Bourgoin-Jallieu
- Rôle de la collectivité : Mise en place et financement
- Partenaires : Hôpital, PASS, PASS psy, professionnels de santé

Prendre en compte le public sans domicile, éloigné du soin, est une volonté municipale de la Ville de Bourgoin-Jallieu. La collectivité a constaté que la PASS hospitalière était très peu utilisée par ce public. Premièrement, la localisation de l'hôpital, en dehors du centre-ville, pose la question de son accessibilité. Deuxièmement, l'obligation de prise de rendez-vous est une difficulté pour cette population en situation de grande précarité pour laquelle la tenue des horaires est compliquée. C'est pourquoi, en 2011, la municipalité a ouvert un centre de consultation pour permettre aux personnes en marge du système de santé et de sécurité sociale d'accéder au soin. Le centre est ouvert une demi-journée par semaine. Les consultations médicales sont entièrement gratuites et accessibles sans rendez-vous. Le médecin volontaire (bénévole) qui assure les permanences occupe un rôle d'interface entre le public accueilli et les travailleurs sociaux. L'objectif étant d'orienter les personnes vers le droit commun et vers un suivi social et de faire le lien avec la PASS hospitalière.

La difficulté principale est que ce sont souvent les mêmes personnes qui reviennent au centre de consultation au fil du temps, la réorientation vers le droit commun nécessite patience et accompagnement. En 2019, 447 consultations ont été réalisées : 20 % étaient des premières visites et 80% des consultations de personnes qui reviennent régulièrement. La majorité (130 personnes) étaient affiliées à l'ex-CMU-C et 40 personnes n'avaient aucune affiliation de sécurité sociale.

Face à un manque de ressources humaines pour assurer la continuité des consultations médicales, la municipalité mène une réflexion en lien avec les services de l'hôpital, la PASS et la Permanence d'Accès aux Soins de Santé en milieu psychiatrique (PASS psy), pour maintenir cet engagement et continuer de proposer des consultations gratuites, sans prise de rendez-vous et à proximité pour les publics bénéficiaires.



## Création d'une PASS de Ville à Saint-Denis

- Période : depuis 2007
- Echelle de territoire concernée : Ville de Saint-Denis
- Pilote principal : Ville de Saint-Denis
- Rôle de la collectivité : Porteur du projet
- Partenaires : Hôpital, PASS hospitalière, centres municipaux de santé, CCAS, pharmacies et laboratoires d'analyse

Dans le cadre de l'Atelier Santé Ville de la Ville de Saint-Denis, l'ensemble des professionnels du territoire mène une réflexion sur les liens entre précarité et santé depuis plusieurs années. Depuis 2007, un travail spécifique a été mené sur la PASS hospitalière, afin de la rendre plus opérante. Cependant, malgré l'amélioration du fonctionnement et de l'efficacité de la PASS de l'Hôpital de Saint-Denis, du fait d'une absence de consultations de médecine générale, les patients doivent passer par les urgences pour des maux a priori bénins et contribuent ainsi à leur engorgement. C'est en partie de cette réflexion qu'est née l'idée d'ouvrir des permanences d'accès aux soins en santé dans les centres municipaux de santé de la Ville : la PASS de ville.

L'enjeu est de pouvoir orienter les patients à la fois vers une consultation de médecine générale gratuite et vers une aide à la constitution du dossier permettant l'ouverture des droits. La PASS de Ville permet aux usagers des quatre centres municipaux de santé, sans avancer de frais, de :

- Bénéficier d'une consultation de médecine générale dans un des centres municipaux de santé ;
- Accéder aux médicaments, aux soins et aux examens complémentaires ;
- Être accompagné(e) dans l'ouverture des droits à l'assurance maladie ;
- Être orienté(e) vers les structures médico-sociales de droit commun si nécessaire ;
- Bénéficier d'un parcours de soin, du suivi et de la continuité des soins de médecine générale.

Pour la mise en place du dispositif de PASS de Ville, un comité de pilotage en a défini les modalités suivantes : formation des équipes des centres municipaux de santé (agents d'accueil, médecins et infirmières), recrutement d'une Coordinatrice PASS de ville, élaboration d'outils de communication, d'outils de suivi, partenariats techniques avec les pharmacies et laboratoire d'analyses, partenariats opérationnels avec les associations, la PASS hospitalière, le service social municipal, le CCAS...

Le dispositif permet d'accueillir et de soigner toutes les personnes en difficulté financière ou n'ayant pas de couverture sociale.



# INTÉGRER LES SOINS PRIMAIRES DANS DES LIEUX D'ACCUEILS, POUR UNE VISION GLOBALE DE LA SANTÉ

L'Institut de Promotion de la Santé de **Saint-Quentin-en-Yvelines** a ouvert des permanences pour apporter des soins gratuits aux personnes en grande difficulté n'ayant pas accès aux soins de droit commun de santé. Les publics sont adressés par les partenaires « précarité » du territoire. Les permanences de consultation sont assurées un jour par semaine, gratuitement et sur rendez-vous, par l'association Médecins bénévoles qui réunit : professionnels de santé, assistantes sociales et personnels bénévoles accueillants. Les Médecins bénévoles assurent l'accueil

des personnes pour un accompagnement individuel à la démarche administrative, à l'accès aux droits et aux ressources précarités du territoire. En plus des consultations médicales, l'accompagnement consiste également à orienter, prendre contact avec les partenaires médicaux ou spécialistes, informer les patients sur les raisons des suites médicales à donner ; les aider à se rendre dans les différents lieux de santé. L'association prend également en charge les soins de spécialistes, pharmacie, analyses médicales, imagerie médicale.

## Brest : le « point H »

- Période : depuis 1992
- Echelle de territoire concernée : Ville de Brest (et potentiellement au-delà)
- Pilote principal : Ville de Brest au départ. Le point H dépend désormais de la Croix rouge.
- Rôle de la collectivité : Mise à disposition des locaux au pôle santé et financement partiel
- Partenaires : ARS, CPAM, PASS hospitalières, professionnels de santé.

En 1992, la Ville de Brest a ouvert un Centre d'accueil médicalisé de soins gratuits pour les personnes en difficulté sociale, appelé le « Point H » (H = hygiène). Cette structure associative a pu voir le jour grâce aux financements de postes de médecins par la CPAM puis elle est devenue centre de santé en 2010, financée par l'ARS et la CPAM. La municipalité met à disposition les locaux et finance les charges.

Le point H reçoit des publics précaires, des personnes sans domicile fixe notamment et également des migrants. Des médecins et infirmières bénévoles sont présents pour proposer un accès aux soins gratuit (même en l'absence de droits) et facilité par des consultations possibles sans rendez-vous en cas d'urgence. L'équipe de professionnels de santé présente sur place a dû faire preuve d'adaptation pour réaliser le suivi de dossier de ces personnes éloignées du système de santé. Lors de ces prises en charge, les professionnels ont développé leurs compétences en addictologie, sur les pathologies psychiatriques et sur la précarité. D'autres professionnels ont intégré le dispositif plus tardivement. Par exemple, des consultations de psychologues ont été mises en place.

Pour faire le lien avec les acteurs du territoire, un travail de partenariat s'est construit avec la PASS et les services de l'hôpital pour la prise en charge des cas complexes.

Au fil des années, de plus en plus de personnes issues de l'immigration se sont présentées au Point H, soit plus de 1400 à 1800 patients suivis chaque année. En conséquence, la Ville a financé des solutions de traduction par téléphone. Cette évolution met en évidence la réelle nécessité de cette structure, en complément de l'offre hospitalière.

De plus, une étude locale a permis de montrer que la majorité des personnes ayant fréquenté le Point H s'étaient ensuite orientées vers le droit commun et disposaient alors d'un médecin généraliste. Ce centre de consultation de soins gratuits est alors une véritable passerelle vers le droit commun pour les habitants.

Selon la Ville de Brest, les conditions de réussite d'un tel centre de consultations sont : l'accueil bienveillant, l'écoute et l'adaptabilité aux conditions de vies des personnes accueillies.



D'autres Villes-Santé ont ouvert des structures d'accueil pour les publics en situation de vulnérabilité. C'est le cas à **Angers** avec le « point accueil santé solidarités » dans lequel les personnes vivant à la rue et les populations migrantes peuvent se laver et laver leurs vêtements, rencontrer une infirmière ou une psychologue. Des permanences y sont assurées par la PASS pour rapprocher les personnes du soin et les orienter vers l'hôpital.



Par ailleurs, à **Nice**, le service Santé publique de la Ville instaure une « charte Nice santé+ » pour les structures collectives de soins, pour engager les soignants à ouvrir les soins à tous les patients et ainsi lever les freins d'accessibilité existants, associer de la prévention, améliorer la fluidité des parcours de santé. La Ville s'engage également sur la construction de deux établissements de Maison de Santé Pluriprofessionnelle, avec Maison sport-santé intégrée, sur deux QPV pour réduire le non-recours au soin, augmenter la prévention et mobiliser les habitants. La gouvernance sera participative et la médiation en santé sera également un outil d'aide.

## SYNTHÈSE

### ORGANISER OU SOUTENIR DES SOINS GRATUITS

#### Enjeux pour les Villes et Intercommunalités :

- Améliorer l'accès aux soins et aux droits pour les publics précaires ou éloignés du système de santé
- A terme, orienter les personnes éloignées du soin vers le droit commun
- Compléter l'offre de soin existante pour les publics précaires (Permanences d'Accès aux Soins de Santé), souvent surchargée

#### Leviers :

- Proposer des soins gratuits et sans prise de rendez-vous
- Rendre les soins gratuits accessibles géographiquement : prioriser les centres villes, les quartiers politiques de la Ville, etc.
- S'associer aux acteurs du médical et du médico-social pour la gestion des cas complexes (PASS notamment)
- Adapter les prises en charge aux conditions de vie des personnes
- Engager les soignants à ouvrir les soins à tous les patients

#### Freins :

- Manque de ressources humaines volontaires, recours à des bénévoles, ce qui peut limiter la pérennité des actions
- Facteurs de renoncement aux soins

#### Points de vigilance :

- L'orientation vers le droit commun demande un accompagnement sur le long terme

#### Partenaires :

Les collectivités qui portent ou participent l'organisation de soins gratuits travaillent essentiellement avec les services hospitaliers, notamment les PASS, et les partenaires associatifs.





# 4

## ALLIER SOINS PRIMAIRES ET PRÉVENTION - PROMOTION DE LA SANTÉ



### ALLIER SOIN ET PRÉVENTION - PROMOTION DE LA SANTÉ DANS TOUTES LES ACTIONS

- Faire connaître les dispositifs de prévention – promotion de la santé aux professionnels de santé
- Interconnaissance des acteurs
- Projets communs (sport-santé sur ordonnance...)
- Actions de prévention dans l'espace public
- Allier soin, prévention et promotion de la santé dans un même lieu, etc.

Les Villes et Intercommunalités, confrontées aux multiples problématiques territoriales concernant l'offre et l'accès aux soins primaires, développent une politique volontariste pour garantir l'offre de soin au

niveau local et développer des moyens de rapprocher les personnes du soin, bien que leurs compétences dans ce champ soient limitées.



Pour autant, **les Villes-Santé ont été identifiées par l'OMS depuis 30 ans comme des acteurs privilégiés dans la promotion d'une santé globale et positive incluant le bien-être**. Ainsi, au-delà des soins primaires, les Villes-Santé agissent-elles depuis longtemps en prévention et promotion de la santé. Leur périmètre d'intervention est large, allant de la prévention primaire, secondaire ou tertiaire, de l'éducation pour la santé à la promotion de la santé.

Telle que définie dans la Charte d'Ottawa de 1986, la promotion de la santé est le « *processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* ». En ce sens, les Villes et Intercommunalités, dans un souci d'équité et de prise en compte de l'ensemble des déterminants de la santé, s'appliquent à mettre en œuvre des politiques favorables à la santé et à créer des environnements favorables à la santé. Le renforcement de l'action communautaire et du pouvoir d'agir est recherché. Ainsi, les collectivités locales ont un rôle à jouer dans divers domaines tels que la santé mentale, la santé physique, la santé scolaire, la santé environnementale, etc.

Plusieurs actions précédemment citées s'inscrivent dans une démarche de prévention ou de promotion de la santé, mais le champ d'interventions des Villes-

Santé dans ce domaine est bien plus large. Par leur capacité à fédérer les acteurs et à monter des projets, les Villes et Intercommunalités allient soin, prévention et promotion de la santé. Elles apportent alors une plus-value au système local de soin, en complémentarité avec leurs projets, actions ou interventions de prévention et promotion de la santé pour une approche globale de la santé.

## DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ COMME PORTES D'ENTRÉE VERS LE SOIN

**À travers leur action en prévention et promotion de la santé, les Villes et Intercommunalités, peuvent offrir une porte d'entrée vers le soin aux populations.** Les exemples d'actions cités ci-après sont complémentaires à la stratégie permettant de rapprocher les personnes du soins (cf. partie 3 « *Rapprocher les personnes du soin* »).

### La Ville d'Armentières agit pour la prévention des cancers par le biais de l'organisation d'un évènement sportif annuel, une course appelée la « Color Run ».



La prévention des cancers constitue l'une des quatre thématiques prioritaires du Plan Local de Santé Publique (PLSP) armentierois. C'est pourquoi depuis 2008, la Ville d'Armentières mène une politique de santé volontariste et engagée en matière de prévention des cancers. La part des cancers dits « évitables », c'est-à-dire attribuables à des facteurs de risques liés au mode de vie ou à l'environnement, a été réévaluée en France Métropolitaine, elle est de 35 %. Le surpoids et l'obésité font partie des « principaux facteurs » évitables des cancers, notamment chez la femme. La pratique d'activités physiques ou sportives contribue au maintien de la santé dans le cadre de la prévention primaire.

L'organisation d'un évènement sportif permet de sensibiliser et de prévenir les cancers dans un cadre convivial et festif. La Color Run est une course « pas comme les autres » puisque les participants sont aspergés de poudre colorée tout au long du parcours. Le parcours de 5 km est ouvert à tous, il s'effectue au choix, en courant ou en marchant. En parallèle, des activités de loisirs sont proposées et un village est animé de stands tenus par les partenaires associatifs et institutionnels de la Ville. Ainsi les participants pourront échanger, dans un moment convivial et informel, avec les professionnels de santé et acteurs locaux sur les cancers, les méthodes de dépistage, les accompagnements, etc.

## Le Bus du Cœur à Marseille

- Période : 6, 7 et 8 octobre 2021, souhait de renouveler l'action chaque année
- Echelle de territoire concernée : Animation située dans un arrondissement défavorisé mais qui s'adresse à l'ensemble du territoire marseillais
- Pilote principal : Ville de Marseille et Fondation Agir pour le cœur des femmes
- Rôle de la collectivité : Mise à disposition et accessibilité au site, organisation et logistique générale du Village de Santé, mobilisation des services au-delà de la Direction des Solidarités, de la Santé et de l'Inclusion (Directions de l'Action Sociale et de l'Animation, des Régies, de l'Informatique, de la Communication, Mairie d'arrondissement, Bataillon de Marins Pompiers), mobilisation des partenaires locaux.
- Partenaires : AP-HM et Aix Marseille Université, association «Santé croisée», CODEPS 13, DICAdd13, CPCAM et CESAM13, URPS IDE, le Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC), mutuelle AESIO, ASPTT

Face aux nombreux enjeux de santé qui touchent tout particulièrement les femmes, notamment les maladies cardio-vasculaires, et face au non-recours au soin de nombreuses femmes en situation de précarité, la Fondation « Agir pour le Cœur des Femmes » a lancé le « Bus du cœur », en partenariat avec cinq villes françaises, dont Marseille.



La Ville de Marseille a donc accueilli ce Bus du cœur pendant trois jours, au sein du troisième arrondissement de la Ville, dans un des quartiers les plus pauvres de France. Le Bus du Cœur de la Fondation y a proposé des rendez-vous individuels de dépistage. Il était équipé pour une visite en sept étapes clés : mesure de la pression artérielle, du périmètre abdominal et balance pondérale, dépistage du diabète et de la dyslipidémie, dépistage d'anomalies à l'électrocardiogramme, entretiens gynécologique, diététique, tabacologique et addictologique. Ce repérage a été réalisé par des médecins de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille-Aix Marseille Université.

Un travail intersectoriel avait été mené au sein de la Ville pour permettre l'efficacité de ce dispositif d'aller-vers : le Service de la Santé Publique et des Handicapés de la Direction des Solidarités, de la Santé et de l'Inclusion, avec le concours de la Direction de l'Action Sociale et de l'Animation, s'était mobilisé pour préinscrire environ 200 femmes, habitantes de cet arrondissement ou plus largement de la Ville. Celles-ci ont été accompagnées sur place par les animateurs des centres sociaux et des Maisons pour tous. Des interprètes étaient présents afin de rompre la barrière de la langue. Suite à leur passage dans le Bus du cœur, les femmes ont pu bénéficier de créneaux qui avaient été prévus dans les centres hospitaliers, afin d'assurer le débouché des dépistages sur des consultations dans les cas nécessaires.

Autour du Bus du cœur, la Ville avait aussi organisé un « village santé », lui aussi présent pendant trois jours et ouvert à toutes, sans rendez-vous. De nombreux acteurs locaux y étaient mobilisés de sorte à lever les freins au recours au soin, mais aussi pour couvrir plus largement et de manière positive les enjeux de santé :

- La CPAM et le Centre d'examen de l'Assurance Maladie des Bouches-du-Rhône y ont traité des problématiques d'accès aux droits et à la santé ;
- L'association « Santé croisée » a sensibilisé sur l'équilibre alimentaire, en lien avec la « smoothyclette », activité ludique (pédaler pour préparer un smoothie) gérée par une mutuelle ;
- Le Comité Départemental d'Education et de promotion de la santé a assuré une sensibilisation plus générale sur la santé et a présenté de la documentation en santé ;
- Une sophrologue a initié aux gestes qui apaisent ;





- Le Bataillon de Marins Pompiers de la Ville de Marseille a initié aux gestes qui sauvent et a assuré pour les plus petits une prévention sur les risques domestiques au travers d'un atelier Playmobil ludique.
- L'URPS Infirmier a investi le domaine de l'éducation à la santé notamment avec une démonstration d'utilisation d'appareil de prise de tension artérielle.
- Le service du Droit des Femmes et le Dispositif d'Information et de Coordination en Addictologie des Bouches-du-Rhône (DICAdd13) ont sensibilisé sur les problématiques de l'addictologie notamment et ont répondu à toute question liée aux droits de la femme.

- Enfin, le mercredi, une animation dédiée aux enfants a permis aux mères d'accéder au parcours santé du bus en toute tranquillité et dans le respect de l'intimité.

Le portage politique, la mobilisation de la Ville et des partenaires ont été des points-clés pour la tenue de ce dispositif, que la Ville souhaite renouveler chaque année.

## LES SOINS PRIMAIRES COMME PRÉMICES DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

**C'est aussi dans le cadre d'une prise en charge en soins primaires qu'une personne peut être orientée vers un dispositif de promotion de la santé.** La démarche est alors inversée, et les soins primaires

deviennent la porte d'entrée de la promotion de la santé, à l'image de la prescription d'activité physique pour les patients atteints d'une maladie chronique ou en affection de longue durée.

Nombreuses sont les Villes-Santé engagées dans le Sport-Santé sur Ordonnance (SSO). La Ville de **Strasbourg** est pionnière en la matière, elle pilote et anime un groupe de travail national SSO et organise chaque année les Assises Européennes du Sport-Santé sur Ordonnance.

Plusieurs dizaines de Villes-Santé contribuent à la promotion du Sport-Santé sur Ordonnance en travaillant en collaboration avec les professionnels prescripteurs et les acteurs locaux. Les Villes peuvent, par exemple, mettre à disposition des équipements sportifs de la commune pour la pratique du SSO, ou porter des dispositifs spécifiques comme les Maisons Sport-Santé.

## Programme d'ETP pour les patients diabétiques à Conflans-Sainte-Honorine

A Conflans-Sainte-Honorine, c'est lors des consultations au centre de santé municipal que les praticiens et leurs confrères en exercice libéral recrutent des patients diabétiques pour les orienter vers des programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)<sup>15</sup>. Il existe un partenariat avec les professionnels de santé libéraux et institutionnels formalisé par la création d'une CPTS sur la Ville (en cours de création).

Le programme d'ETP « Mieux vivre votre diabète » a été autorisé fin 2015 par l'ARS puis reconduit en 2020. La commune pilote l'action d'ETP en s'appuyant sur le Pôle Ressources Régional en ETP. L'équipe est composée de quatre professionnels de santé : deux médecins généralistes, une diététicienne et une infirmière, tous formés aux 40 h réglementaires.

Le programme « Mieux vivre votre diabète » 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. En pratique, le patient est orienté vers une infirmière qui se charge de lui programmer un premier entretien afin de définir ses besoins. A l'issue, plusieurs ateliers seront proposés :

- Atelier sur la connaissance du diabète et de ses complications, comprendre et connaître les traitements du diabète.
- Atelier sur l'activité physique.
- Atelier sur l'alimentation : équilibre, lecture des étiquettes, diabète et ramadan, etc.
- Un atelier incluant les femmes atteintes de diabète gestationnel va être lancé.

L'ETP s'inscrit dans le courant de l'éducation pour la santé et plus globalement dans celui de la promotion de la santé. En pilotant cette action d'éducation thérapeutique du patient diabétique, la Ville de Conflans-Sainte-Honorine, agit en promotion de la santé à partir des services de soins primaires.

## La Maison Relais Santé à Valence

- Période : Depuis 2013
- Echelle de territoire concernée : Valence
- Pilote principal : Ville de Valence
- Rôle de la collectivité : pilote
- Partenaires : Agence Régionale de Santé, associations et réseaux de santé, Centre Hospitalier de Valence, Centre Hospitalier Drôme Vivarais, Hôpitaux Privés Drôme Ardèche

La Maison Relais Santé est une structure innovante destinée aux personnes atteintes de maladies chroniques et à leur entourage, ouverte depuis 2013.

Ce dispositif installé dans les locaux du Pôle santé de la Ville répond à l'axe prioritaire du Contrat local de santé 2019-2023 de la Ville : « bien vivre avec une maladie chronique ». Il est fédéré par la Ville de Valence et regroupe vingt-quatre associations de malades ou d'aidants, trois réseaux de santé et une infirmière coordinatrice qui accueille les habitants, soutient les projets et coordonne les acteurs. Ensemble, ils accompagnent les Valentinoises et Valentinois souffrant d'une maladie chronique et leurs proches. De nombreuses activités pour apprendre à vivre avec la maladie et mieux la connaître sont proposées tout au long de l'année : conférences, activités physiques adaptées, groupes de parole, rendez-vous avec les bénévoles des associations... La Maison Relais Santé favorise aussi la mise en place de journées de dépistage ouvertes aux habitants.

C'est aussi un lieu fédérateur pour toutes les associations d'usagers et les réseaux de santé qui y tiennent des permanences. Le Centre hospitalier de Valence, le Centre hospitalier Drôme-Vivarais, les hôpitaux privés Drôme-Ardèche et l'Agence régionale de santé soutiennent activement les associations d'aide aux malades au travers de ce dispositif.

<sup>15</sup> Selon la définition de l'OMS de 1998, « l'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Elle comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient. Ce processus vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquiescer et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie » (OMS, 1998).



# CONCLUSION : DES COOPÉRATIONS LOCALES À RENFORCER

Les Villes et Intercommunalités affichent leur mobilisation sur cette thématique et disposent de dispositifs de coordination structurants et d'une connaissance fine des besoins de la population à l'échelle infracommunale. Elles ont à la fois la volonté mais aussi la capacité à agir sur l'offre et l'accès aux soins. C'est par un soutien aux professionnels de santé, une mise en lien avec les acteurs locaux et les institutions, que les Villes et Intercommunalités se placent au cœur d'un écosystème en capacité d'agir collectivement pour l'amélioration de l'offre et la réduction des inégalités d'accès au soin. Elles participent alors à la concrétisation d'installations de professionnels en exercice regroupé ou non, en salariat ou en libéral, ou encore à la création de centres de santé municipaux. Également, les Villes et Intercommunalités se positionnent comme acteur de proximité pour favoriser l'accessibilité au soin pour tous et développer des actions de prévention et de promotion de la santé.

## 1. Les Villes et Intercommunalités, actrices devenues incontournables pour améliorer l'offre et l'accès au soin

Inscrits dans une politique volontariste, les rôles des Villes et Intercommunalités en matière d'offre et d'accès aux soins primaires évoluent. Depuis quelques années ces dernières accompagnent les professionnels de santé et leurs organisations sur le plan immobilier mais aussi dans leurs projets de santé. La réactivité et la forte mobilisation des collectivités dans la gestion de la crise sanitaire de la Covid-19 (sensibilisation, solidarités, vaccination, prévention en santé mentale, etc.) prouvent là encore la place et le rôle de celles-ci

en articulation avec les professionnels de santé, les institutions et les citoyens (RfVS 2020 et RfVS 2021).

Au-delà de la crise sanitaire, les défis préexistants liés à l'offre et l'accès au soin que représentent les enjeux de santé contemporains, la baisse de la densité médicale, l'inégale répartition des professionnels sur les territoires et l'évolution des aspirations et modalités d'exercice ont de telles conséquences **qu'une action commune et coordonnée de l'ensemble des acteurs d'un territoire est essentielle.**

*Ainsi, les villes et intercommunalités peuvent apporter une réelle plus-value aux projets et politiques liées au soin par leur capacité à fédérer, leur connaissance fine des besoins au niveau local, et leur proximité avec les habitants qui sont autant d'atouts pour agir en matière d'offre et d'accès aux soins primaires.*



## RECOMMANDATIONS DES VILLES-SANTÉ AUX COLLECTIVITÉS LOCALES QUI SOUHAITENT AGIR SUR L'OFFRE ET L'ACCÈS AU SOIN

- ▶ **Éviter la concurrence délétère entre les territoires, au sein de son intercommunalité et au-delà.** Pour cela, agir en priorité sur le soutien au bon fonctionnement de l'offre de soin, sur la répartition des professionnels au niveau infracommunal, et sur l'offre de conditions et modalités d'exercices variées et attractives. La cohérence entre les élus au sein d'un même EPCI est nécessaire, au-delà des enjeux de chaque commune.
- ▶ **Garantir la lisibilité du projet de santé du territoire et améliorer la cohérence entre les plans et politiques de l'ARS, la Région, le Département, et des EPCI et Villes.** Cela passe par des liens étroits entre ces acteurs.
- ▶ **Impliquer les habitants et usagers dans les diagnostics locaux, et dans la recherche et la mise en œuvre de solutions.** Les recommandations des Villes-Santé vont dans le sens de la préconisation du manifeste pour refonder les soins primaires de France Assos Santé et AVEC Santé (2021).
- ▶ **Se positionner en observateur des réalités locales,** pour adapter les réponses aux besoins des populations et mettre en relation l'offre et la demande pour faciliter notamment l'installation des professionnels de santé.
- ▶ **Faire connaître ses capacités d'actions à la Préfecture, l'ARS, la CPAM et les professionnels de santé.**
- ▶ **Soutenir, voire animer une dynamique fédérative et coopérative avec les professionnels de santé (ordres, URPS, réseaux locaux), les partenaires institutionnels (ARS, CPAM et universités notamment) et les acteurs locaux (habitants, associations).**
- ▶ **Impliquer les élus lors des rencontres avec les professionnels de santé, et identifier les moyens d'échanger et de communiquer** de manière récurrente et dans un objectif d'interconnaissance.
- ▶ **Faciliter la création de CPTS et se rapprocher de leurs comités de pilotage et/ou des professionnels qui la composent** pour construire le lien entre collectivités et professionnels de santé.
- ▶ **Entrainer les acteurs locaux dans une démarche de prévention et promotion de la santé en intégrant une approche d'universalisme proportionné.** La réponse aux enjeux d'accès au soin doit fondamentalement inclure l'*aller vers*.

### 2. Une nécessaire consolidation des approches territoriales pour améliorer l'efficacité du système de santé

Au-delà des efforts et actions volontaristes de Villes et Intercommunalités, mais aussi des Départements et Régions, il apparaît aujourd'hui nécessaire **de consolider les approches territoriales en y associant les collectivités territoriales pour mieux prendre en compte les enjeux de santé à l'échelon local et améliorer, globalement, le système de santé.** Pour mobiliser efficacement les volonté et capacité d'agir, **la reconnaissance du rôle et de la légitimité d'action des collectivités territoriales est essentielle.** Ce constat du Réseau français des Villes-Santé rejoint ceux d'autres acteurs : collectivités, élus locaux et nationaux, chercheurs.

Les associations d'élus demandent de consolider les approches territoriales en y associant directement les élus, de prendre en compte les enjeux de santé à l'échelon local et d'élargir leur périmètre d'actions à des

mesures favorisant le développement de l'offre et l'accès aux soins par le biais notamment des dispositifs de coordination (CLS, CLSM, etc.) (Maisonneuve, 2020).

En octobre 2021, le rapport d'information sur « les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action », publié au nom de la délégation sénatoriale aux collectivités territoriales et à la décentralisation, renforce l'idée selon laquelle les Villes et Intercommunalités peuvent jouer un rôle important dans l'amélioration de l'offre et l'accès aux soins primaires au niveau local. Douze recommandations sont formulées dont sept à destination des élus locaux et cinq à destination de l'Etat pour faire face aux enjeux de déserts médicaux. Les préconisations destinées aux élus locaux vont dans le sens d'un renforcement des liens entre collectivités et (futurs) professionnels de santé de la faculté, en passant par la concertation (CLS,



projets de santé et d'exercice regroupé) et jusqu'à l'installation de ces derniers (aides personnalisées, salariat, etc.). Les cinq recommandations à destination de l'Etat sont en cohérence avec celles du Réseau Villes-Santé sur la consolidation des approches territoriales ci-dessous.

Le développement des approches territoriales d'accès au soin implique de reconnaître les communes et intercommunalités comme acteur légitime et incontournable en matière de santé. C'est notamment ce que préconisent les sociologues Daniel Benamouzig et Renaud Epstein, et le chercheur en science politique

Patrick Hassenteufel dans une tribune au « Monde » publiée en octobre 2021: « *Les politiques locales de santé nécessitent des capacités d'innovation, de maillage, de débat et d'apprentissages collectifs. Elles nécessitent des choix politiques et financiers, qui doivent être débattus localement avec les populations. Ces nouvelles compétences se prêtent à une démocratie sanitaire de proximité, favorisant une réappropriation partagée des décisions publiques. Elles peuvent contribuer à réduire les inégalités territoriales de santé, dès lors que l'Etat accompagne les territoires les moins dotés par des soutiens financiers et en expertise* ».

## RECOMMANDATIONS AUX ACTEURS INSTITUTIONNELS POUR CONSOLIDER LES APPROCHES TERRITORIALES

- ▶ **Reconnaître à un niveau institutionnel les collectivités territoriales qui agissent en chevilles-ouvrières de proximité du système de santé, notamment en leur ouvrant la gouvernance des ARS jusqu'à leur présidence.**
- ▶ **Améliorer les échanges entre les Villes et Intercommunalités (y compris petites et moyennes), les ARS (en particulier leurs délégations départementales) et la CPAM.** En matière de santé, les Villes et Intercommunalités sont en relation plus ou moins rapprochées avec les Agences Régionales de Santé mais des disparités sont observées entre et au sein des régions. Les Villes et Intercommunalités, quelle que soit leur taille, souhaitent bénéficier de temps d'échanges avec les ARS et la CPAM pour contribuer, à leur niveau, à la cohérence des projets de santé et au suivi des projets d'exercice regroupé des professionnels de santé.
- ▶ **Associer les collectivités locales aux diagnostics et plans portés par les ARS, notamment la définition de la méthodologie et des critères du zonage des médecins.** Ce travail commun entre collectivités territoriales et ARS sur les critères de zonage permettrait de mieux prendre en compte les spécificités infra-communales (QPV par exemple) et éviter une concurrence délétère entre territoires.
- ▶ **Collecter et partager des données plus précises sur la localisation des lieux d'exercice des professionnels de santé** (et les informations associées telles que l'âge des professionnels) de sorte à permettre une observation plus fine des territoires, y compris à l'échelle infra-communale, et des enjeux actuels et à venir.
- ▶ **Renforcer les dispositifs locaux de coordination et/ou de déclinaison des politiques de santé** tel que les CLS, les ASV, les CLSM ou encore les CPTS et pérenniser les postes de coordinateurs et les financements qui leur sont associés, nécessaires pour faire vivre et animer ces dispositifs.
- ▶ **Pérenniser le soutien financier aux structures d'exercice coordonné, en particulier sur leurs actions relevant de la prévention et promotion de la santé.**



# ANNEXES

## BIBLIOGRAPHIE

- AVEC Santé et France Assos Santé. (2021). *Manifeste pour refonder les soins primaires : passer de l'exercice solitaire à l'exercice solidaire*. <https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2021/11/Manifeste-pour-refonder-les-soins-primaires-accessible-AVECsante.pdf>
- Bourgueil, Y., Ramond-Roquin, A., & Schweyer, F.-X. (2021a). *Comment organiser et réguler l'offre de soins primaires sur un territoire ?* In *Les soins primaires en question(s)* (Hygée éditions, Presses de l'EHESP, p. 57-68).
- Bourgueil, Y., Ramond-Roquin, A., & Schweyer, F.-X. (2021b). *Des soins primaires pour qui ? Pour quoi ?* In *Les soins primaires en question(s)* (Hygée éditions, Presses de l'EHESP, p. 25-34).
- Délégation Sénatoriale aux collectivités territoriales (2021), *Les Collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action. Rapport d'information*. <http://www.senat.fr/commission/decentralisation/index.html>
- DREES. (2015). *Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. Etudes & Résultats, numéro 0944*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er944.pdf>
- DREES. (2017). *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?*. *Les dossiers de la DREES, numéro 17*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf>
- DREES. (2020a). *Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. Etudes & Résultats, numéro 1140*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf>
- DREES. (2020b). *Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Etudes & Résultats, numéro 1166*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1166.pdf>
- DREES. (2021a). *Complémentaires santé : En 2016, les seniors restent moins bien couverts malgré une hausse des garanties depuis 2011. Etudes & Résultats, numéro 1198*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1198%20.pdf>
- DREES. (2021b). *Renoncement aux soins : La faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. Etudes & Résultats, numéro 1200*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>
- DREES. (2021c) *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Les dossiers de la DREES n° 76. Mars 2021* [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76\\_0.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76_0.pdf)
- Guichard, A., & Dupéré, S. (2017). *Approches pour lutter contre les inégalités sociales de santé*. In *La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le milieu francophone* (Presses de l'EHESP, p. 997-114).
- Haschar-Noé, N., & Bérault, F. (2019). *La médiation en santé : Une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoins*. *Sante Publique, Vol. 31(1), 31-42*.
- Haute Autorité de Santé. (2017). *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques : La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins*. HAS. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la\\_mediation\\_en\\_sante\\_pour\\_les\\_personnes\\_eloignees\\_des\\_systemes\\_de\\_preve....pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf)
- Lapray, M. (2020). *Préfiguration de la mise en place d'une mutuelle municipale [Rapport de stage INET]*. Institut National des Etudes Territoriales. [https://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/St-Denis\\_Rapport-Inet\\_mutuelle-municipale-062020.pdf](https://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/St-Denis_Rapport-Inet_mutuelle-municipale-062020.pdf)
- Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé., JORF n°0108 du 7 mai 2017, texte n° 61 (2017). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034602662>
- Maisonneuve, C (2020). *Dossier « Santé : les collectivités veulent reprendre la main », La Gazette des communes, 28 septembre 2020*.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). *Ma Santé 2022, un engagement collectif*. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf)



Ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 *relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé*, (2018). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000036484700/>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021). *La complémentaire santé solidaire et l'accès aux soins*. [https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/N%C2%B01%20-%20Revue%20de%20la%20Compl%C3%A9mentaire%20sant%C3%A9%20solidaire\(1\).pdf](https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/N%C2%B01%20-%20Revue%20de%20la%20Compl%C3%A9mentaire%20sant%C3%A9%20solidaire(1).pdf)

Ministère des Solidarités et de la Santé, & Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales. (2019). *Accès aux soins : Le guide pratique pour les élus*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-elus-14-11-2019-vf.pdf>

OMS. (1998). *Education Thérapeutique du Patient - Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional pour l'Europe.

ONPV. (2016). *Rapport 2016*. [http://www.onpv.fr/uploads/media\\_items/rapport-onpv-2016.original.pdf](http://www.onpv.fr/uploads/media_items/rapport-onpv-2016.original.pdf)

RFVS. (2013). *Colloque national du RFVS « De la gouvernance à la mise en œuvre des soins de santé primaires: place et rôle des villes »*. <https://www.villes-sante.com/soins-de-sante-primaires-place-et-role-des-villes-21-octobre-2013/>

RFVS. (2015). *Le Point Villes-Santé sur Les enjeux clés des collectivités sur l'offre de soins de premier recours*. <http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/Brochure1-1.pdf>

RFVS. (2015). *Le Point Villes-Santé sur Accompagner une Maison de Santé Pluri-professionnelle*. <http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/Brochure2-1.pdf>

RFVS. (2015). *Le Point Villes-Santé sur Les Centres de Santé Municipaux*. <http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/Brochure3-1.pdf>

RFVS. (2015). *Le Point Villes-Santé sur Les autres leviers des collectivités pour améliorer l'offre de soins de premier recours*. <http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/Brochure4-1.pdf>

RFVS. (2020). *Retours sur la gestion de crise de l'épidémie de COVID-19 par le réseau des Villes-santé de l'OMS : Synthèse des résultats de l'enquête Villes & COVID*. <https://www.villes-sante.com/activites-du-reseau/mobilisation-du-reseau/retours-sur-la-gestion-de-crise-de-lepidemie-de-covid19-par-le-reseau-des-villes-sante-de-loms-synthese-des-resultats-de-lenquete-villes-covid-novembre-2020/>

RFVS. (2021). *Colloque national du RFVS « Les Villes-Santé en temps de crise sanitaire, apprendre de l'expérience de la COVID19 pour construire l'avenir »*. <https://www.villes-sante.com/colloques-et-seminaires/colloque-rennes-2021/>

Saout, C., & Voiturier, J. (2015). *CAP Santé, Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé*. Collectif interassociatif sur la santé et Ministères chargés des affaires sociales.

Saderne, E. (2021). *Dynamique de création des centres de santé sur le territoire français entre 2017 et 2021. Projet Epidauré Territoires Partenariat IJFR - Banque des territoires - CDC*. <https://ijfr.fr/wp-content/uploads/2021/11/RAPPORT-ETUDE-DYNAMIQUE-CREATION-CDS-2017-2021-IJFR102021-min-1.pdf>

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & HLS-EU. (2012). *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. *BMC Public Health*, 80. <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80#citeas>

Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report)*. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74656/E88086.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf)



## LISTE DES SIGLES

<b>ALD</b>	Affection Longue Durée	<b>FNARS</b>	Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale
<b>AME</b>	Aide médicale d'État	<b>ISS</b>	Inégalités Sociales de Santé
<b>ANRU</b>	Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine	<b>LFSS</b>	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé	<b>MAIA</b>	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
<b>ASV</b>	Atelier Santé Ville	<b>MSP</b>	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
<b>CCAS</b>	Centre Communal d'Action sociale	<b>MUS</b>	Maison Urbaine de la Santé
<b>CDS</b>	Centre de Santé	<b>NPRU</b>	Nouveau Programme de Renouvellement Urbain
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire	<b>OPAC</b>	Office Public de l'Habitat, d'Aménagement et de Construction
<b>CLIC</b>	Centre Local d'Information et de Coordination	<b>ORS</b>	Observatoire Régional de Santé
<b>CLS</b>	Contrat Local de Santé	<b>PASS psy</b>	Permanences d'Accès aux Soins de Santé Psychiatrique
<b>CLSM</b>	Conseil Local en Santé Mentale	<b>PASS</b>	Permanences d'Accès aux Soins de Santé
<b>CMP</b>	Centre Médico-Psychologique	<b>QPV</b>	Quartier Prioritaire de la Ville
<b>CMS</b>	Centre Municipal de Santé	<b>RPS</b>	Répertoire des Professionnels de Santé
<b>CMU</b>	Couverture Maladie Universelle	<b>SAD</b>	Soins A Domicile
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie	<b>SCHS</b>	Service Communal d'Hygiène et de Santé
<b>CPOM</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens	<b>SCIC</b>	Société Coopérative d'Intérêt Collectif
<b>CPTS</b>	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé	<b>SIG</b>	Service d'Information Géographique
<b>CSAPA</b>	Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	<b>SISA</b>	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
<b>CSS</b>	Complémentaire Santé Solidaire	<b>SPASAD</b>	Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques	<b>SSIAD</b>	Services de Soins Infirmiers A Domicile
<b>EPCI</b>	Etablissement Public de Coopération Intercommunale	<b>URPS</b>	Union Régionale des Professionnels de Santé
<b>ETP</b>	Equivalent Temps Plein		
<b>FINESS</b>	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux		



# RÉSEAU FRANÇAIS DES VILLES-SANTÉ DE L'OMS

Le **Réseau français des Villes-Santé de l'OMS** est une association qui a pour but de soutenir la coopération entre les Villes ou les Intercommunalités qui ont la volonté de mener des politiques favorables à la santé et à la qualité de vie urbaine. Depuis 30 ans, il rassemble près d'une centaine de Villes et Intercommunalités françaises qui, en lien avec l'OMS, participent au mouvement international des Villes-Santé. Dans le but de réduire les inégalités sociales de santé, les Villes-Santé visent à intégrer la santé dans toutes les politiques locales comme l'habitat, les transports, la cohésion sociale, la jeunesse, l'urbanisme et l'aménagement. Pour ses membres, le Réseau relaie l'information nationale et internationale touchant à la santé publique et favorise les échanges d'expériences. Il organise régulièrement des journées de réflexion, participe à la recherche, publie des ouvrages et des brochures et anime plusieurs groupes de travail nationaux, par exemple sport-santé sur ordonnance, villes & Covid, perturbateurs endocriniens ou santé scolaire.

Les Villes-Santé françaises en 2021.



Les « 6P », priorités du consensus de Copenhague, à la base de la stratégie du mouvement européen des Villes-Santé.

En complément de l'activité nationale du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, des réseaux régionaux se sont formés. Ils travaillent sur les thématiques de leur choix en fonction des réalités et des actualités locales.

Le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS contribue aux travaux du Réseau européen des Villes-Santé de l'OMS qui compte aujourd'hui 30 pays et plus de 1 400 municipalités adhérentes. La stratégie du mouvement européen jusqu'à l'horizon 2030 a été formalisée et adoptée lors du Consensus de Copenhague. Le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS l'a adapté au contexte national dans sa stratégie 2020-2030 (documents disponibles sur [www.villes-sante.com](http://www.villes-sante.com)).





[www.villes-sante.com](http://www.villes-sante.com)

Conception, réalisation : Studio Quinze Mille

Impression : Imprimerie des Hauts de Vilaine

Achévé d'imprimer en janvier 2022 en France par l'Imprimerie des Hauts de Vilaine  
pour le compte du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS.

Dépôt légal : novembre 2021



LE PHOTOCOPIAGE MET EN DANGER L'ÉQUILIBRE ÉCONOMIQUE DES CIRCUITS DU LIVRE.

# OFFRE ET ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRES

## QUELS RÔLES DES VILLES ET INTERCOMMUNALITÉS ?

Interpellées par les habitants, les professionnels de santé, et soucieuses de l'équité en santé, les Villes et Intercommunalités agissent et s'engagent en faveur de l'amélioration de l'offre et de l'accès aux soins primaires. Réalisé avec le soutien de la Banque des Territoires, cet ouvrage a pour objectif de rassembler les pratiques des Villes-Santé en la matière. Celles-ci y témoignent de leurs retours d'expériences via des exemples d'actions et des conseils pratiques.

Elles établissent des contextes facilitants pour les professionnels de santé et les acteurs en charge de l'organisation de l'offre de soin, par exemple en menant des démarches d'observation en santé et en assurant une animation territoriale de santé. Elles agissent en faveur du développement de l'offre de soin en accompagnant les projets d'installation, les projets de structures d'exercice regroupé ou en portant des centres de santé. Elles œuvrent à rapprocher les personnes du soin, via des services gratuits, des actions de médiation en santé, de prévention. Elles sont aussi des acteurs clefs pour fédérer les acteurs du soin et de la prévention-promotion de la santé au niveau local. Finalement, l'ouvrage ouvre des perspectives et apporte des recommandations à divers acteurs.

Questioned by residents and health professionals, and concerned about equity in health, municipalities are committed to improve access to primary care. Produced with the support of the "Banque des Territoires", this publication aims to bring together the practices of French Healthy Cities on these matters. They report on their experiences through examples of actions and practical advice.

They establish facilitating contexts for healthcare professionals by building local networks and can provide useful local data to actors in charge of the organisation of the health care sector. They support the development of health care structures by supporting new projects or by creating their own healthcare centres. They support people access to healthcare, through free services, health mediation and prevention activities. They are also key actors in federating health care and health promotion actors at a local level. Finally, this publication provides perspectives and recommendations to various actors.

[www.villes-sante.com](http://www.villes-sante.com)

5 €



9 782956 701224  
ISBN : 978-2-9567012-2-4



Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé