

La santé dans les Contrats de ville

Comment renforcer l'accès à la santé et promouvoir les démarches de santé communautaire et d'aller vers dans les QPV ?

Synthèse de la journée de travail et d'échanges du 26 avril 2023 à Strasbourg

Introduction

 **Maude Luherne**, Directrice du Réseau français Villes-Santé

Cette journée s'inscrit dans le cadre d'un projet soutenu par la Banque des Territoires. Nous avons déjà travaillé ensemble en 2020-2021 sur la question des leviers des villes et intercommunalités pour améliorer l'offre et l'accès au soin. Ce premier projet avait permis de faire le point sur les actions des villes et a notamment abouti à un ouvrage.

Depuis 2022, nous travaillons sur la question de la santé dans les Contrats de ville, dans la perspective de la nouvelle génération en 2024. C'est l'objectif de cette journée co-organisée par le RfVS et la Ville de Strasbourg : se projeter sur une partie des défis en matière de santé dans les QPV pour les prochaines années, en se penchant sur l'observation locale en santé, sur le soutien à l'offre de soin, et sur l'aller-vers et la médiation en santé.



 **Alexandre Feltz**, Adjoint à la Maire de Strasbourg en charge de la santé publique et environnementale

On parle aujourd'hui de santé mais les quartiers de la politique de la ville concentrent des problématiques plus larges. Voici quelques points que je souhaite souligner en introduction de cette journée :

- 1) Les QPV concentrent les inégalités sociales de santé (ISS). L'obésité infantile en est un marqueur important : à Strasbourg, il y a une différence de 1 à 5 selon les quartiers de la ville. Il est important pour les élus « généralistes » de disposer de ces chiffres pour montrer les ISS.
- 2) Dans les QPV, la pauvreté est importante (30-40%) mais il ne faut pas oublier qu'elle est aussi présente ailleurs. Ici, deux tiers des « pauvres » habitent hors QPV.
- 3) Les QPV nécessitent des actions spécifiques. Nous avons mis en place une vaccination hors les murs dans le cadre du Covid, les places étaient prises par des personnes qui avaient accès

au système de soin. Nous avons donc fait, dans un second temps, des centres de vaccination dans les quartiers. La nécessité d'actions spécifiques s'incarne aussi dans la question de l'accès aux soins. Avec la DT de l'ARS, nous avons constaté qu'il y avait 5 à 7 déserts médicaux à Strasbourg. Les QPV sont de plus en plus des déserts médicaux. Il y a 7 fois moins de généralistes dans les QPV. Les spécialistes en sont quasiment absents.

- 4) Les Maisons Urbaines de Santé (MUS) sont des lieux de résistance, elles ont le soutien et l'attention de la ville. Je salue les coordinateurs des MUS pour leur travail quotidien. Dans ces lieux, pour l'instant, les médecins sont remplacés quand ils partent en retraite, ce qui n'est pas le cas ailleurs. A la fin du mandat, nous aurons six maisons urbaines de santé.
- 5) La prévention est primordiale. Les grands projets structurants de la ville sont implantés dans les quartiers, par exemple le Sport Santé sur Ordonnance (SSO) : une part importante des personnes viennent des QPV. Autre exemple : dans notre dispositif PRECOSS, nous avons plus de personnes issues des QPV.
- 6) Les actions qui prennent en compte toute la population sont également importantes. Il est essentiel d'articuler des actions spécialisées et des actions globales. Par exemple, nous avons l'ordonnance verte pour les femmes enceintes : des actions d'éducation pour la santé sur les perturbateurs endocriniens, avec la distribution hebdomadaire de paniers de légumes bio pendant la grossesse. L'ARS et la CPAM vont nous rejoindre sur ce projet. Nous portons une attention particulière pour que les femmes des quartiers prioritaires y accèdent, avec des lieux d'information dans les quartiers.
- 7) Finalement, les ISS, ce sont d'abord des inégalités sociales tout court.

 **Benjamin Soulet**, Adjoint à la Maire de Strasbourg en charge de l'équité territoriale et politique de la ville

La réduction des ISS est un enjeu majeur sur notre territoire car il est marqué par une pauvreté très importante. La ville est riche de sa culture mais c'est aussi un territoire pauvre. Le taux de pauvreté est de 26%. C'est la troisième grande ville la plus pauvre, derrière Nîmes et Perpignan. Nous sommes l'EPCI avec les plus fortes inégalités de revenus entre les plus riches et les plus pauvres. Les écarts d'accès aux études supérieures vont de 1 à 20. L'écart de revenu fiscal va de 1 à 7. L'offre médicale est moindre dans les QPV, là où les enjeux de santé sont les plus forts. L'espérance de vie est moindre dans les QPV, il y a deux fois plus de diabète, le suivi médical est moins régulier. Les troubles anxio-dépressifs sont deux fois plus fréquents dans ces quartiers-là.

A Strasbourg, il y a une culture de l'observation locale pour mieux adapter nos actions. Nous agissons en santé sur plusieurs plans : l'implantation de professionnels de santé via les MUS, la mobilisation de politiques de droit commun (le SSO, la santé bucco-dentaire, l'aller-vers avec une équipe mobile et un bus santé, nous avons également une piscine mobile qui se déplace dans les QPV pour accompagner le savoir-nager). Le droit commun doit mettre plus dans les QPV.

Nous sommes en train de faire les consultations pour le nouveau Contrat de ville. Il faut qu'on intègre la santé dans l'ensemble des politiques publiques. Nous devons travailler de manière intégrée et avoir une approche globale sur l'ensemble du territoire communal, ne pas s'enfermer dans les QPV, tout en mettant plus dans ces quartiers qui ont plus de besoins : améliorer l'habitat, le cadre de vie, etc. Si on améliore l'environnement des quartiers, on améliore aussi le bien-être et la santé.

📍 **Alexandre Schnell**, Directeur Territorial Eurométropole, Direction Régionale Grand Est de la Banque des Territoires

Nous sommes à quelques semaines des annonces sur le plan Quartiers 2030 et sur le travail sur la nouvelle génération de Contrats de ville. Nous y faisons évoluer les questions de santé. Nous croyons beaucoup au format de travail d'aujourd'hui. La sujet de la santé est essentiel dans les QPV. Les maladies chroniques y sont plus présentes, les environnements sont moins favorables à la santé. Le renforcement des questions de santé dans les futurs Contrats de ville est un point essentiel.

Nous sommes présents sur les politiques publiques d'intérêt général, par exemple pour donner un coup d'accélérateur sur les solutions issues du numérique pour faciliter l'accès aux médecins spécialistes. Nous travaillons sur les questions foncières et immobilières. Nous développons les Maisons pluriprofessionnelles de santé dans les zones plus rurales également. Nous faisons beaucoup, mais ce n'est pas encore assez. Nous voulons donc dégager des idées fortes de cette journée.

📍 **Stéphanie Jaeggy**, Déléguée territoriale adjointe, Délégation Territoriale Bas-Rhin de l'ARS Grand Est

Dans la lignée de la Charte Ottawa, on suit les préalables en promotion de la santé : se loger, avoir accès à l'éducation, à un revenu, vivre dans un écosystème stable, avoir un droit à la justice sociale, etc. La synergie des Contrats de ville permet justement d'accompagner le développement social, du projet de société au projet individuel. Lors du Covid, via le *contact tracing*, nous avons dû développer des dispositifs pour sensibiliser les populations à des échelles de territoire réduites. L'aller-vers a alors démontré son efficacité pour ramener vers droit commun.

La réduction des ISS est au cœur des missions des ARS. Le Contrat Local de Santé est, pour nous, l'outil de contractualisation privilégié. A Strasbourg, le CLS a permis d'agir sur l'offre de soin, la santé mentale, les addictions, le surpoids et l'obésité. Il permet une lisibilité des actions, des structures et des financements, qui est nécessaire pour les partenaires. Le CLS permet aussi de faire de l'accompagnement nutritionnel via des associations locales, l'accompagnement sur les bons réflexes, mais aussi de faire de la médiation en santé, apporter des informations sur les droits, accompagner la création de trois nouvelles MUS. Il favorise le travail en coopération. Le CLS 3 en cours signature, qui constitue le volet santé du Contrat de ville, sera à la hauteur des valeurs des Villes-Santé.

Atelier 1 – Quel recours à l'observation locale en santé et aux données de santé pour aboutir à un constat partagé ?

Les données d'observation en santé dans les QPV, Emilie Gardeur, Directrice de l'ORS Grand Est

Présentation de **l'Observatoire Régional de Santé (ORS) Grand Est**

- Association
- Statut indépendant
- Les ORS existent depuis les années 70/80
- Un ORS par région
- Un réseau national : la [FNORS](#)
- Né de la fusion de l'ORS Alsace et de l'ORS Lorraine en décembre 2017.

Les missions de l'ORS consistent à accompagner la décision et l'action en santé publique :

- Améliorer la connaissance de l'état de santé, des besoins de la population et analyser les déterminants de santé.
- Aider à la décision, à l'action et à l'évaluation en santé publique et contribuer à améliorer l'état de santé et réduire les inégalités de santé.
- Observer dans le Grand Est : Région, départements, intercommunalités, communes, quartiers, etc.
- Diffuser l'information aux décideurs, aux professionnels et au public.

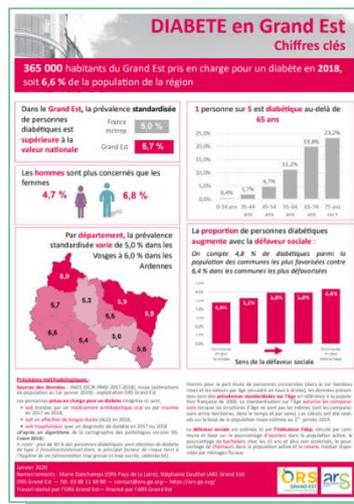
Les types de travaux menés par l'ORS Grand Est :



Synthèse de la journée de travail « Comment renforcer l'accès à la santé et promouvoir les démarches de santé communautaire et d'aller vers dans les QPV ? »

- Travaux « quantitatifs » : exploitation de bases de données notamment via l'accès à des bases de données nationales spécifiques, dont des bases de données de santé (SNDS : système national des données de santé).
- Travaux « qualitatifs » qui donnent du sens pour les données non traçables et non identifiables via les chiffres.

Les travaux d'observation sont menés à différentes échelles : région, département, commune, intercommunalité, « territoires de vie santé » (TVS), quartiers etc. Nos études peuvent viser des publics spécifiques (détenus, jeunes, etc.)



L'ORS mène donc des travaux d'observation, de diagnostic des territoires, des « tableaux de bords » ou « portraits de territoires », mais aussi des travaux en lien avec certaines pathologies ou certains dispositifs (évaluer les actions, trouver des leviers...).

Les enjeux de l'observation locale

- Enjeux de connaissance :
 - o Améliorer la connaissance des territoires, leur situation actuelle et leur évolution ;
 - o Améliorer la connaissance des populations et de leurs modes de vie ;
 - o Améliorer la connaissance des populations bénéficiaires de certaines politiques sociales ;
 - o Aider à la décision ;
 - o Être un outil de prévention.
- Enjeux d'évaluation :
 - o Mesurer l'impact des politiques menées localement ;
 - o Être un outil de suivi.
- Enjeux d'animation territoriale :
 - o Communiquer localement sur une thématique pour en faire comprendre les enjeux ;
 - o Animer le territoire, en tant que support d'une dynamique partenariale (notamment dans le cadre de diagnostics partagés).

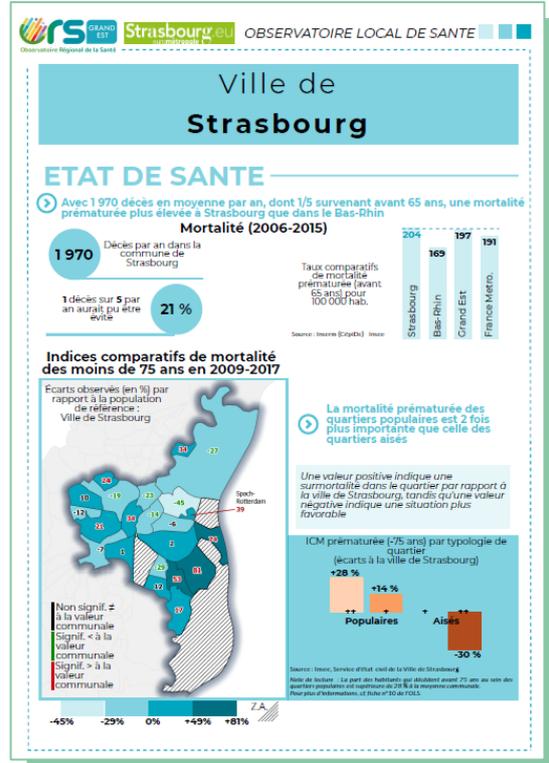
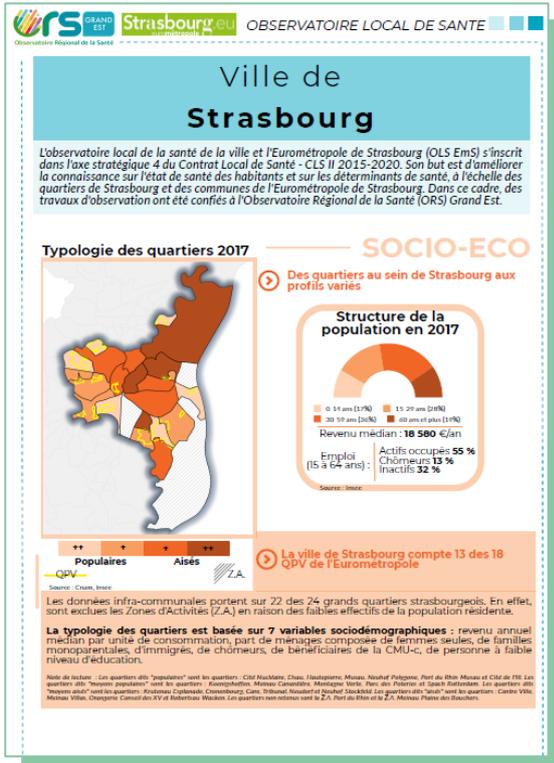
> Observer est la première clef de l'action

Exemples de travaux tirés de l'Observatoire Local de Santé de Strasbourg :

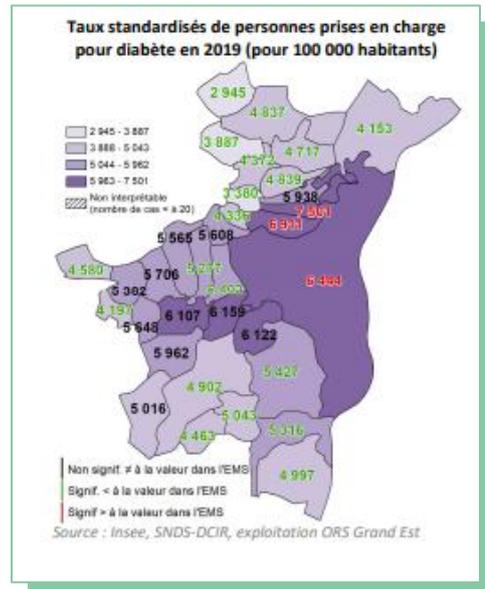
- Fiches : santé scolaire, offre de soins communale en professionnels de santé libéraux et mixtes, situation sanitaire et état de santé – affections de longue durée.

Synthèse de la journée de travail « Comment renforcer l'accès à la santé et promouvoir les démarches de santé communautaire et d'aller vers dans les QPV ? »

- Infographies :

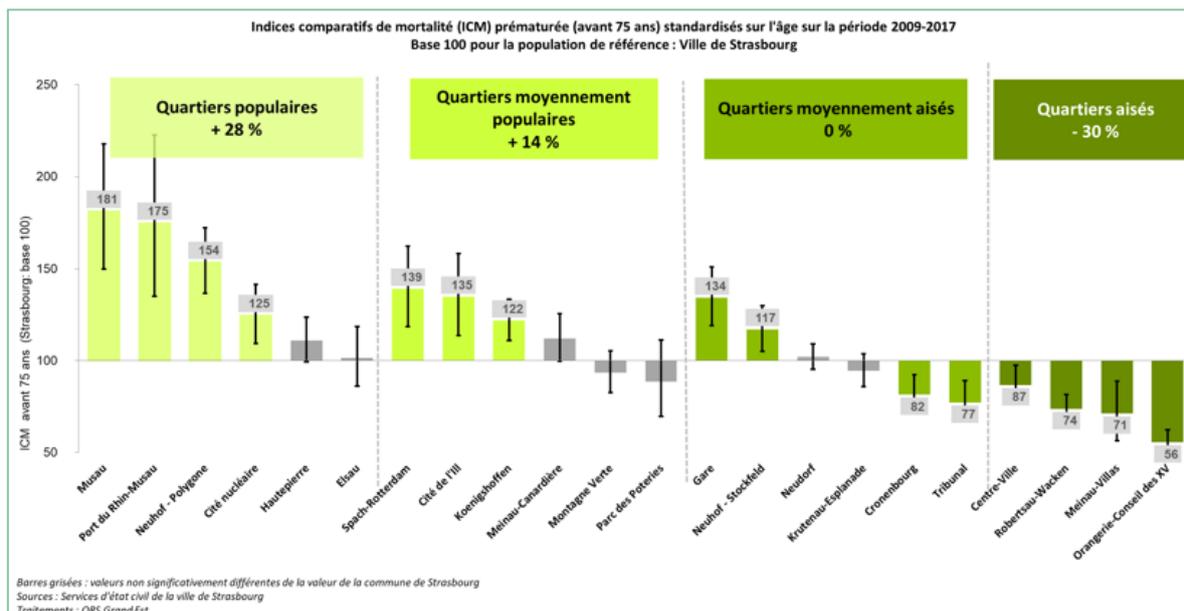


> Les données chiffrées peuvent permettre de mettre en évidence les sur-prévalences (exemple du diabète ci-contre).

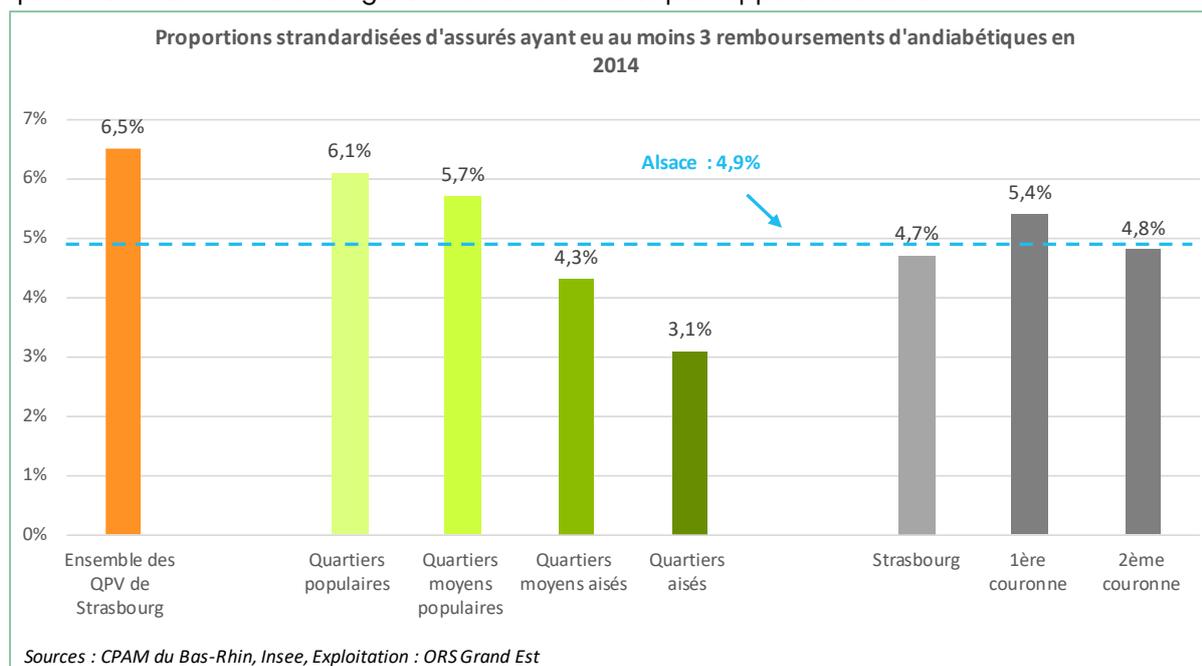


Pour les données de santé, l'échelle la plus fine directement accessible est l'échelle communale. Les travaux sont réalisés soit à partir de données accessibles directement dans des bases de données, soit à partir de données demandées spécifiquement à des producteurs. Par exemple, à partir de l'état civil, on a pu collecter des données sur la mortalité infra-communale. Il en ressort que les quartiers aisés ont une sous-mortalité de 30% (cf. graphique suivant). Dans les QPV, il y a une surmortalité par rapport à la mortalité en Région Grand Est.

Synthèse de la journée de travail « Comment renforcer l'accès à la santé et promouvoir les démarches de santé communautaire et d'aller vers dans les QPV ? »



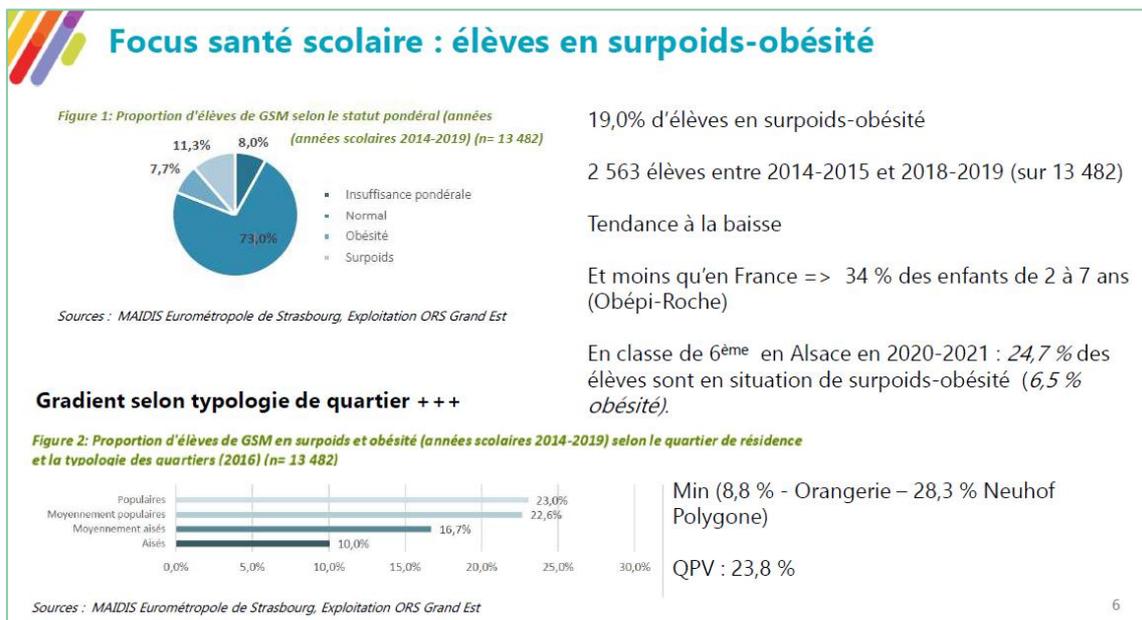
L'accès aux données de la CPAM du Bas-Rhin a permis une observation de la consommation de soins, qui reflète notamment les inégalités sociales de santé par rapport au diabète.



L'ORS n'a pas pu avoir accès à ces données sur l'ensemble des départements et il est difficile d'avoir accès aux données infra-communales. A titre d'exemple, l'ORS Bretagne a conventionné avec la CPAM sur la base de données infra-communales, c'est ce vers quoi nous souhaitons également aller.

A Strasbourg, il y a, de surcroît, un accès aux données de la santé scolaire¹. Elles montrent aussi des inégalités sociales et territoriales de santé, par exemple via l'écart de l'obésité infantile (en grande section de maternelle) entre les quartiers, au sein du territoire communal.

¹ La Ville de Strasbourg a la délégation santé scolaire.



En 2015, l'ORS avait également réalisé des « [cartes d'identités territoriales de santé](#) » de tous les QPV (qui avaient été définis en 2014).

> L'observation permet de rendre visible les inégalités.

L'ORS travaille aussi sur des enquêtes, mais il y a vrai enjeu à la participation, notamment des populations éloignées de la santé.

Conclusion :

L'intérêt d'un diagnostic santé ou santé-environnement :

- Susciter l'implication des acteurs, des élus ;
- Travail partenarial ;
- Instaurer une dynamique sur les territoires ;
- Base pour construire une stratégie, des programmes d'actions pour améliorer la santé, la qualité de vie, pour promouvoir un environnement favorable.

Difficultés et limites :

- Recueil des données, nécessité parfois de conventionner ;
- Disponibilité des données aux échelons géographiques souhaités ;
- Dates des données ;
- Représentativité, qualité des données, robustesse statistique ;
- Hétérogénéité (parfois) ;
- Limites / biais aux données ;
- Croisements des données ;
- Interprétation, besoins d'échanges ;
- Communication, appropriation des résultats.

Il faut néanmoins être vigilant quant à la possible stigmatisation lorsqu'on cible des territoires trop particuliers ou des populations stigmatisées.

📌 Synthèse des ateliers « Quel recours à l'observation locale en santé et aux données de santé pour aboutir à un constat partagé ? »

Constats

- Problématique des données datées.
- Les diagnostics sont datés, incomplets. Il est donc difficile de s'appuyer dessus.
- Il est nécessaire d'avoir plus de données pour orienter les actions.
- Difficulté à obtenir les données de la CPAM.
- Besoins de données infra-communales.
- Les périmètres des QPV ne recoupent pas ceux des IRIS.

Exemple à Bordeaux : questionnement sur l'installation d'une maison de santé dans un quartier mais il n'y a aucune données sur ce QPV, l'information est « noyée » car elle n'est pas disponible à la bonne échelle.

Accès aux données / aux bases de données à une échelle quartier / infra-communale

- SNDS, données d'hospitalisation, Assurance Maladie
 - o Conventionnement non systématique, collectivité-dépendant. La plupart des participants n'ont pas accès aux données de la CPAM.
 - o A noter que l'ORS Bretagne a une convention globale avec la CPAM pour l'accès à des données sur toute la région Bretagne, sur un niveau IRIS.
- Etat civil ;
- Education Nationale : pas d'accès des villes aux données de santé scolaire, les ORS peuvent y avoir accès (ex. bilans de santé en 6^e) ;
- Données de l'Observatoire local de l'habitat ;
- Données du Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD) ;
- Données de la MDPH (travailler le lien avec le Département) ;
- Analyses des besoins sociaux réalisées par les CCAS ;
- CPTS (elles peuvent obtenir des données très localisées) ;
- Etc.
- Coopération inter-acteurs producteurs et utilisateurs de données, nécessaire circulation et partage des données.

Exemple à Besançon : le covid a permis de tisser des liens durables avec la CPAM. Dans le cadre du diagnostic du CLS, la convention avec la CPAM a été un vrai levier.

Remontées des observations des acteurs de terrain

- La médiation permet de recueillir beaucoup de données qualitatives. Les travailleurs sociaux sont des ressources importantes pour l'observation locale en santé. Pour ces acteurs, le principal frein est le temps dédié. Ils sont plus dans l'échange et l'action directe et n'ont pas beaucoup de temps pour l'analyse ou la remontée des données de terrain.
- Faire travailler les acteurs ensemble peut faire raccourcir les temps de diagnostic, et c'est bénéfique pour les liens et la concertation entre les acteurs.

- Quels moyens, quel temps pour prendre du recul et faire la synthèse des remontées de terrain ?

Participation des habitants et remontées de leurs avis

- Enjeu de la littératie en santé pour faire participer une plus grande diversité de personnes aux politiques publiques : comment récolter la parole ?
- L'association JEFF travaille avec les personnes en souffrance psychique sur la distinction entre les désirs et les besoins, car identifier ses besoins est plus difficile. Les données de terrain ne sont pas remontées.
- MUS Neuhof à Strasbourg : production de données dans le cadre d'un projet de recueil de témoignages des habitants qui a abouti à un livre « la santé ça vous parle ». Ce qui « fait santé » dans les QPV, pour les habitants, c'est une vision très globale de la santé. Un autre livre est en cours de création sur le thème « discriminations et santé » dans le cadre d'ateliers « migrations et santé ».



Exploitation et communication des résultats

- Constat que l'objectivation d'un enjeu par les données n'implique pas nécessairement un passage à l'action.
- La restitution est très importante. Il y a une vraie appétence des habitants et des acteurs locaux de prendre connaissance des données en santé.
- Attention aux biais d'interprétation si les éléments ne sont pas contextualisés.
- Les centres de ressources politique de la ville, nœud de la coopération entre acteurs, sont une aide pour la valorisation des données auprès d'une diversité de publics (ex. intim'agir).
- Enjeu de la restitution via des cartographies pour rendre visible les ISTS (mais attention à la stigmatisation de certains quartiers).
- Enjeu de mieux partager les résultats de l'observation locale avec les partenaires (notamment l'ARS).

Exemple à Bordeaux dans le cadre de l'ASV : sur un quartier compliqué et avec des relations de concurrence, la coordonnatrice a rencontré les acteurs individuellement (80 partenaires au total, associatifs et institutionnels). Ce temps a été long mais nécessaire. L'échange sur les questions de santé a permis à chacun (y compris non expert de la santé) de légitimer et crédibiliser sa place. Il y a eu un temps de restitution en commun, en plénière, très positif. Depuis, les objectifs sont clairs pour tout le monde, c'est plus simple de mettre en place des GT car les priorités sont clarifiées. L'enjeu est maintenant de faire perdurer ce travail dans le temps.

Exemple à Rezé : la politique locale en santé est lancée depuis 2 ans. Il n'y a pas de CLS mais une « démarche santé » pour laquelle il y a eu un diagnostic en amont. Des temps ont été dédiés à la

restitution des données avec les habitants, ils ont eu un vraie appétence pour le sujet. Il serait peut-être pertinent de faire une restitution également avec les acteurs du territoire.

Points de vigilance

- Observation sociale n'est pas évaluation. Les démarches d'observation ne peuvent servir pour une évaluation médico-économique des actions de santé.
- Quid des publics qui échappent à l'observation : les gens du voyage, les populations jeunes « volatiles » (déménagements fréquents) ?

Messages clefs dans la perspective des futurs contrats de ville et recommandations

- Récolter des données (qualitatives en particulier) prend du temps. Cela ne peut se faire en un « one-shot partenarial », descendant, déconnecté de la vie locale. L'observation locale en santé est nécessairement un processus long de tissage, d'animation locale, de création de liens de confiance et cela nécessite des engagements (financiers, humains) pérennes.
- Face au défi de la participation des habitants, on peut construire la politique directement auprès des bénéficiaires mais il faut aussi impliquer les acteurs intermédiaires qui sont de vraies ressources. Rôle par ex. des ambassadeurs, médiateurs socio-culturels, de la question de la langue et de l'accès à l'information. Par ailleurs, il n'y a pas toujours besoin de grands panels dans le cadre des remontées de terrain : des retours de focus groups ou de quelques personnes concernées par telle question de santé sont très précieux. Il est possible d'améliorer le recueil des données qualitatives via le levier de la santé communautaire.
- Envisager faire plus d'enquêtes *flash* pour faire vivre les diagnostics et les données (exemple d'une enquête *flash* sur les lieux de distribution alimentaire pour adapter le service et aider à orienter des actions de prévention).
- Dédier plus de temps à la restitution des données, avec les acteurs, avec les habitants. C'est nécessaire et riche pour tout le monde, et cela permet de faire vivre le diagnostic.
- Donner des lignes guides nationales pour les diagnostics des CLS, des CLSM, des Contrats de ville : clarifier le processus et proposer des indicateurs communs qui soient les plus utiles et pertinents. Avec un cadre, la transmission des données ARS et CPAM serait peut-être plus fluide et systématique.
- Nécessité de faire connaître les acteurs tels que la FNORS et les ORS, ainsi que les sources de données aux acteurs locaux pour qu'un plus grand nombre puisse se saisir des données.
- Proposer un contrat-cadre permettant un échange inter-acteurs de données de santé au niveau local (soins, maladies, santé mentale, besoins sociaux, état civil, etc.) dans une relation de confiance quant aux objectifs d'utilisation de ces données ? Ex. partenaires CLS, politique de la ville, etc. Ce serait une approche gagnant-gagnant. Exemple de 'clauses de données' pratiquées par certains acteurs.
- Rechercher davantage de lien avec le monde de la recherche, en particulier de la recherche-action, pour collecter/interpréter/valoriser les données de santé au niveau local.
- Besoin d'un cadre national, serein, structuré pour la transmission des données entre acteurs (éviter la peur de l'erreur de transmission).

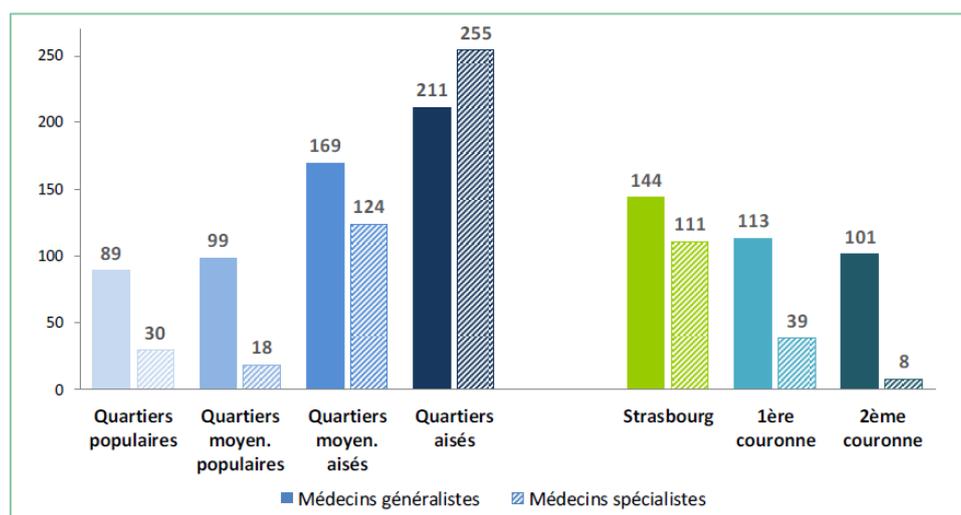
Atelier 2 – Comment soutenir l'offre de soin dans les QPV ?

📌 La dynamique Strasbourgeoise de soutien aux Maisons Urbaines de Santé (MUS) : convention cadre et partenariats institutionnels

Thibault Mutel, Chef du service Santé et autonomie à la Direction Solidarités, Santé, Jeunesse de la Ville de Strasbourg.

Il y a une double peine dans les QPV : d'une part des inégalités sociales de santé, et d'autre part moins de professionnels de santé.

- Une surmortalité prématurée plus importante : Les habitants d'un QPV ont deux fois plus de risque de décéder avant 75 ans.
- Une fréquence de surpoids et d'obésité plus importante, en particulier parmi les enfants scolarisés : le taux de surpoids/obésité des enfants scolarisés en grande section de maternelle dans les QPV est jusqu'à 5 fois plus important que dans un quartier aisé.
- Un suivi médical moins soutenu, en particulier concernant les pathologies chroniques telles que le diabète :
 - o Deux fois plus d'habitants diabétiques dans les QPV.
 - o Un suivi médical spécialisé moins régulier (ex. cardiologue et ophtalmologue).
- Des troubles anxio-dépressifs plus fréquents :
 - o Deux fois plus fréquents chez les habitants de QPV.
 - o Un moins bon recours aux psychiatres.
- Et un accès à la santé moindre : Une densité moindre en professionnel de santé
 - o Jusqu'à 7 fois moins de médecins généralistes installés dans les QPV par rapport aux quartiers aisés.
 - o 58 % de l'offre en médecins spécialistes est concentrée dans les quartiers aisés centraux.



La Ville de Strasbourg a une politique de santé volontariste avec, en plus, des compétences déléguées :

- Réduction des inégalités sociales et territoriales de santé
- Attention aux populations les plus fragiles

- Délégation du Département : PMI
- Délégation de l'Education nationale : Santé scolaire
- Centre de santé dentaire

Une Atelier Santé Ville (ASV) est en place depuis 2010 et est en articulation avec le CLS (troisième génération en cours de finalisation).

Les Maisons urbaines de santé



Sur l'objectif du renforcement de l'accès aux soins, des Maisons urbaines de santé (MUS), déclinaison locale des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ont été créées pour favoriser la coopération des professionnels de premier recours et améliorer les parcours de santé des habitants. L'exercice y est pluridisciplinaire et coordonné, avec une diversité de professionnels :

- professionnels de santé libéraux :
 - o Médecins généralistes
 - o Infirmiers
 - o Kinésithérapeutes
 - o Sages-femmes
 - o Orthophonistes...
- Diversité des intervenants extérieurs :
 - o Infirmiers de santé publique
 - o Consultations de tabacologie
 - o Médiateurs santé
 - o Psychologues : PAEJ
 - o Ecrivain public...



© Philippe Schalk pour Strasbourg Eurométropole

Les projets de santé des MUS, validés par l'ARS (à partir des données de diagnostic local en santé, le recueil des besoins spécifiques du quartier et avec des protocoles de soins coordonnés entre les professionnels), intègrent des interventions de prévention et promotion de la santé. Il y a là une alliance entre l'offre de soin de premier recours et la politique de santé publique développée par la Ville de Strasbourg.

Les engagements de la Ville auprès des MUS

Dès 2008, la Ville s'est engagée de manière volontariste avec les objectifs suivants :

- Sécuriser une offre de soin 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 via la création de structures attractives.
- Développer les liens entre les professionnels de santé libéraux et la politique municipale de santé :
 - o Lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé ;
 - o Axe fort du Contrat local de santé et du Contrat de Ville ;
 - o Prévention et promotion de la santé.

La Ville a tout d'abord un rôle d'accompagnement sur le volet immobilier, en lien avec les bailleurs sociaux et avec les collègues de la rénovation urbaine :

- Subvention d'investissement pour la construction et rénovation/extension des locaux.
- Partenariat institutionnel large pour sécuriser les loyers de sortie afin d'assurer l'installation des professionnels.

> Il faut penser « offre de soin de premier recours » quand on pense l'aménagement ou le réaménagement de quartiers. Au début, les bailleurs sociaux pensaient que les professionnels de santé n'avaient pas besoin d'aide mais, dans les QPV, l'exercice prend plus de temps et est en parallèle moins rémunérateur.

La Ville a aussi un rôle de soutien aux projets de santé des MUS :

- Subventions de fonctionnement pour des actions de promotion de la santé : équilibre alimentaire, addictions, suivi des pathologies chroniques, etc.
- Ingénierie de projet : accompagnement au développement de projets de santé communautaire adaptés aux besoins locaux des populations, en lien avec les actions de santé portées par la Ville.

Atelier conte
pour les enfants de 5 à 8 ans et leurs parents
14 janvier de 16h45 à 17h30
A destination des enfants et de leurs parents

Atelier culinaire
échanger, partager des astuces et comprendre ses besoins alimentaires pour mieux les respecter
13 janvier de 14h à 16h
La collation
Atelier ouvert à tous

Groupe de parole
échanges en langue d'origine autour de la santé des femmes
27 janvier de 9h à 11h
Droits des femmes
A destination des patientes et habitantes du quartier
En présence d'un interprète arabe et albanais

Groupe de marche
balades dans les environs de Hautepierre
3, 7, 24 et 31 janvier de 14h à 15h30
Public spécifique : nous contacter

Soutien à la parentalité
ateliers parent-enfant, café des parents...
Pas d'atelier en janvier

(alt
Paej

Point
d'accueil
et d'écoute
pour les jeunes

La convention cadre

C'est un travail partenarial historique, qui se concrétise via une convention cadre signée en mars 2017, renouvelée en 2020 et avec un enjeu de renouvellement en 2023. La convention donne un cadre commun qui formalise les engagements de chacun dans la création et le développement des MUS, à la fois sur le plan immobilier et sur le plan des activités. Elle permet d'accompagner de manière concertée et coordonnée les porteurs de projets de MUS aux différentes étapes des projets.

- Un modèle économique intégrant des financements publics (subventions d'investissement) : Ville, Région Grand Est et Département du Bas-Rhin
- Une aide temporaire de la Ville au démarrage d'une nouvelle activité : Prise en charge des loyers pour les surfaces vacantes à la livraison du projet immobilier le temps que l'équipe définitive de professionnels de santé se constitue.
- Un engagement fort du Pôle de l'Habitat social (bailleurs) : Aide à la recherche de locaux, programmation et aménagement, maîtrise des loyers de sortie



A ce jour, nous avons en projet (quartier Port-du-Rhin) et 5 MUS en fonctionnement :

- 2008 : Neuhof
- 2014 : Cité de l'III et HautePierre
- 2022 : Meinau et Elsau

PORT-DU-RHIN Santé

La nouvelle maison de la santé (enfin) sur les bons rails

Après une gestation de dix ans, le projet de maison urbaine de santé est sur le point de prendre vie au Port-du-Rhin. Cet équipement de santé de proximité permettra de combler un déficit criant dans ce quartier. D'autant que ce dernier concentre les difficultés sociales.

Après les maisons urbaines de santé du Neuhof – il y a une décennie –, puis de HautePierre et de la Cité de l'III (à la Robertsau), celle du Port-du-Rhin va enfin voir le jour. « Le chiffrage des travaux est en cours (un ascenseur doit y être installé), mais elle sera opérationnelle fin 2020 », promet Philippe Bies, adjoint du quartier, et président de Ophéa (ex-CUS Habitat).

■ **Une promesse après le sommet de l'Otan**
Une éternité, selon certains habitants du quartier, qui ne pensaient pas voir le tram arriver avant la maison de santé... Les deux événements ayant le même lien avec la revitalisation promise pour ce quartier, après le traumatisme vécu lors de son saccage, pendant le

La nouvelle maison de la santé du Port-du-Rhin accueillera les premiers patients fin 2020 au premier étage du 24 route de l'Île-des-Epis. Photo DNA/THOMAS TOUSSAINT

Dr Alexandre Feltz.

■ **Répondre aux besoins des populations fragiles**
Une nécessité, poursuit l'adjoint en charge de la Santé, pour répondre aux besoins de santé des personnes les plus fragiles, qui sont les plus exposées aux problèmes de santé : « C'est le quartier de Strasbourg qui concentre le plus de personnes qui ont du diabète, des maladies cardio-vasculaires, des cancers et les cas d'obésité infantile », indique-t-il.

■ **De la place pour s'agrandir**
Une offre globale de soins sera donc proposée en 2020, à la suite de la « définition des besoins nécessaires pour écrire le projet de santé ». Mais cette maison de santé risque vite d'être victime de son succès – comme c'est le cas ailleurs (au Neuhof, notamment, où un projet d'extension est prévu) –, avec l'absorption de la clientèle de médecins qui ne se font pas remplacer en leur absence : « C'est pour cela que nous avons prévu un peu de place supplémentaire », a souligné Philippe Bies.

Philippe DOSSMANN

sionnels de santé, porté notamment par le Dr Nabila Hamza, médecin, qui s'est installée en 2010 dans le quartier d'où elle est originaire. Elle est aujourd'hui la seule généraliste à exercer au Port-du-Rhin. À ses côtés, Dominique Wolf et Véronique Gutmann, orthophonistes, ainsi que Daniel Langolf et Ocila Merah, infirmiers diplômés d'Etat, s'engagent dans le projet.

■ **Optimiser le parcours de santé**
L'idée de ce regroupement est d'optimiser les parcours de santé des habitants du Port-du-Rhin, en particulier dans les « niveaux de recours de proximité, où il n'y a pas de dépassement d'honoraires pratiqués, contrairement aux niveaux de recours de 2^e voire de 3^e catégorie, que sont les cliniques privées », explique le

D'autres leviers puissants pour agir sur l'offre de soin dans les QPV :

- Une nouvelle cartographie publiée par l'ARS Grand Est en juillet 2022 :
 - o 20 QPV dans la région, dont 7 sur Strasbourg, identifiés comme des « zones sous-denses » ;
 - o Cela permet de débloquer des aides à l'installation incitatives et des exonérations fiscales, donc ça attire les professionnels de santé.

- Un dynamisme fort et des expérimentations - article 51 (crédits CNAM) :
 - o 2 MUS expérimentant le projet de SEC participatives (60 lauréats en France, 2 en Grand Est) ;
 - o Vers des aides de droit commun pour intégrer la « santé participative » un modèle économique pérenne et soutenable.

- Des projets de rénovation urbaine intégrant les questions d'accès aux soins :
 - o Subventions ANRU ;
 - o Des locaux ciblés pour des projets de MUS.

Alexandre Feltz, Adjoint à la Maire de Strasbourg en charge de la santé publique et environnementale

Pour compléter sur le plan politique : dans le programme municipal, nous avons dit que nous ferions au moins une MUS. Tout le monde n'était pas d'accord car ça ne relevait pas de la compétence de la Ville. Aujourd'hui, on n'est plus dans cet état d'esprit : nous arrivons à l'aboutissement du modèle des MUS. Le montage financier fonctionne très bien avec un niveau de subvention important (Ville, Région, Département, ANRU, etc.). Le fonctionnement des MUS permet de sortir un loyer (les bailleurs sociaux sont propriétaires et les professionnels de santé sont locataires). Parfois ce type de projet ne fonctionne pas, on a les murs mais pas les professionnels de santé. Dans ces cas-là, il faut peut-être passer au salariat. Les centres de santé municipaux c'est extrêmement compliqué, donc il y a sans doute encore des choses à inventer.

Synthèse des ateliers « Comment soutenir l'offre de soin dans les QPV ? »

Quelques exemples d'actions

- **La Courneuve** : un centre municipal de santé historique en centre-ville : 12 médecins généralistes dont 2 sont partis et 7 sont proches de la retraite. L'équipe accueille beaucoup de stagiaires, un ou deux souhaitent rester y exercer. Le centre a bénéficié d'un budget de 15M d'euros lors d'un projet de rénovation urbaine leur permettant d'intégrer de nouveaux locaux. Le centre de santé est dirigé par un médecin, il y a une approche participative dans l'équipe du centre de santé (ex. la coordinatrice administrative est une ancienne soignante qui peut aussi proposer des actions). Souhait de créer des antennes ou des permanences dans les différents quartiers.
- **Rezé** : en 2020, 6 médecins sont partis à la retraite dans un QPV. Un projet de MSP n'a pas abouti. Un médecin proche du quartier est finalement venu s'installer et a initié un projet de

centre médical, il a racheté le local. La Ville essaie de maintenir le lien une fois par an (engagement dans un document cadre à faire un « bilan » chaque année). Une CPTS est en cours de construction, espoir que ce soit un point d'ancrage, une ressource pour faire le lien avec la Ville.

- **Bordeaux** : Dans un quartier, deux médecins partent à la retraite, non remplacés. Dans un projet de rénovation urbaine, il y a un projet de pôle médical. Le bâtiment sera prêt en 2026 mais pour le moment l'équipe de professionnels de santé n'est pas identifiée.
- **Contre modèle** : les centres de santé implantés par des groupes ayant une approche lucrative, avec un grand turnover de médecins. Ils sont créés dans la suite des centres ophtalmologiques, puis des centres dentaires, sur le même modèle. Problème : l'ARS ne regarde pas le type de prestataire, pas de question sur sa qualité et ses objectifs. Ils représentent un danger pour les projets de santé participatifs qui ont vocation à être des vecteurs d'animation, à faire le lien entre habitants et professionnels de santé.

Leviers pour faire émerger les lieux de santé (exercice regroupé)

- Démarrage par un diagnostic CLS/ASV. Les projets de lieux d'exercice regroupé sont également fortement liés aux dynamiques/projets de rénovation urbaine (financement, mobilisation des professionnels et des habitants).
- Professionnels de santé motivés pour s'engager dans le projet.
- Portage politique.
- Financements (démarrage ARS, FEDER, Ville).
- Appui, aide et expertise de l'ARS, leviers financiers de l'ARS.
- Positionnement de la collectivité : « faire écosystème ».
- Liens avec les bailleurs, qui ont un rôle central de relai auprès des habitants.
- Nouveau fond ANCT sur les locaux d'activité et commerciaux en rez-de-chaussée ?

Points forts/ faibles des démarches de coordination locale en santé (CLS, ASV, CPTS) pour améliorer l'offre de soin

Points forts :	Points faibles :
<p>Dialogue, partenariats, partages d'enjeux. Dispositifs qui permettent d'aller vers une approche globale de la santé dans le parcours de soin. Permettent de financer des projets.</p> <p>>> ASV : Labo d'expérimentation. Entrée locale pour les partenaires. Approche territoire, plus de proximité que d'autres dispositifs. Les constats partent du diagnostic ASV.</p> <p>>> CLS : Plus de poids, plus global. Lever sur le partenariat (par exemple avec les CPTS). Echelle plus grande.</p>	<p>Manque de moyens</p> <p>Moyens humains de coordination insuffisants et très hétérogènes selon les territoires.</p>

>> CPTS : Peut constituer un point d'ancrage pour faire le lien avec la Ville et les actions locales de santé (dépend de la composition de la CPTS).	
--	--

Freins à la création des lieux de santé (exercice regroupé)

- Concurrence des autres acteurs qui développent des centres de santé (acteurs mutualistes, hôpitaux et acteurs privés)
- Concurrence entre les quartiers.
- Difficulté de construction et de stabilisation du modèle économique : difficulté à trouver des budgets pour les financer et surtout les pérenniser.

Points de vigilance

- Limites à cibler seulement les QPV : plus de 60% des personnes qui vivent en dessous du seuil de pauvreté vivent en dehors des QPV.
- Défi du vieillissement de la population.
- Risque de désengagement de l'Etat sur la question de l'offre de soin lorsqu'il est considéré que le territoire est 'bien couvert' ?

Recommandations

- Contrats de ville : faire de la santé un objectif à la fois transversal (dans tous les enjeux) et spécifique
- Limites de l'approche « participative » et de la « co-construction » : comment cela est fait concrètement ? Nécessité d'impliquer, de mobiliser les associations présentes dans les quartiers pour les impliquer sur les sujets de santé, dans la dynamique des centres de santé.
- Reconnaître que le modèle du centre de santé salariant les médecins, basé sur une approche communautaire, peut aider à répondre à différentes attentes (habitants, médecins, lien avec le quartier). Le salariat est de plus en plus attractif, l'approche d'aller-vers est intéressante pour les nouveaux médecins (travail sur la qualité d'accueil, d'écoute, une approche plus globale du bien-être).
- Les projets de lieux de santé doivent rejoindre une véritable politique municipale de santé, reconnue et valorisée. Il doit être un vecteur de lien entre les dynamiques urbaines et les professionnels de santé qui sont installés sur le territoire.
- Intégrer plus de social dans la formation des médecins.

Aller-vers et médiation en santé dans les QPV : présentations de retours d'expériences

Premiers retours du projet Santé porté par Voisin Malin sur le quartier de l'Elsau à Strasbourg, Flora Rossi, Directrice territoriale, Association Voisin Malin

L'association [Voisin malin](#) existe depuis 2011 et a été créée face au constat de la rupture du dialogue entre les institutions et les habitants dans les QPV. Voisin malin porte des actions dans différents territoires, sur différents sujets, mais toujours avec un fonctionnement basé sur le recrutement de voisins, donc d'habitants des quartiers concernés, en contrat à temps très partiel, dans l'idée qu'ils fassent du porte-à-porte pour aborder les questions du quotidien définis pour chaque territoire. Ça peut être sur la santé, sur les droits, sur l'environnement, etc.



Pour chaque dispositif, les missions sont construites avec les partenaires du territoire, en 3 étapes.

- 1) Les « voisins » suivent une formation courte sur l'appropriation des messages en lien avec la thématique de l'action.
- 2) Ensuite, ils sont accompagnés pour réaliser le porte-à-porte. Ils ont l'obligation de frapper trois fois par logement, dans l'idée que le quartier soit couvert. Si l'habitant ne répond pas au bout de trois passages, le « voisin » n'insiste pas (il y a 75 à 80% d'ouvertures de portes).
- 3) Après chaque mission, un temps de bilan est réalisé avec les partenaires (partage des constats, préconisations) avec la participation des « voisins ».

3 impacts majeurs de Voisin Malin :

- Amélioration de la vie du quartier ;
- Tremplin : prise de confiance par les missions données ;
- Les partenaires peuvent approcher les populations et recueillir leurs idées et besoins.

Une mission sur la thématique de la santé commence au printemps 2023 dans le quartier de l'Elsau, à Strasbourg. Avec les partenaires locaux, le choix a été d'aborder en particulier la problématique du recours au dépistage des cancers.

Q & R

- Les voisins peuvent-ils proposer les missions / les sujets ? ou bien s'agit-il d'un choix des partenaires ?

Les voisins peuvent proposer des sujets car ils connaissent le quartier et les habitants.

- Comment les voisins malins sont-ils recrutés ?

Ils sont recrutés via les recommandations des acteurs locaux. Il y a besoin d'un ancrage sur le quartier. On demande aux médecins, aux associations, aux concierges, ou pendant le porte-à-porte.

- Quelles sont les sources de financements ?

Le modèle économique est hybride. Les demandes d'interventions sont en majeure partie des commandes (par exemple un bailleur social remarque tel dysfonctionnement et finance une mission). L'association a aussi quelques subventions publiques. Il y a souvent des co-financements d'acteurs privés pour équilibrer.

- Les voisins font-ils toujours partie du quartier ?

Oui forcément. Ils doivent vivre à 15 min du lieu d'intervention.

- Comment la question de la confidentialité des propos recueillis est-elle traitée ?

Les voisins ont une demi-journée d'accréditation. On fait des mises en scène pour tirer des principes : juste distance, confidentialité, coopération, etc. il y a un responsable de site qui accompagne au départ chaque voisin en porte-à-porte, avant que le voisin soit en autonomie. Il y a aussi des séminaires collectifs pour revenir sur nos principes.

- Comment mettre le dispositif en place dans les villes ?

Nous avons 22 sites en France. On ne se développe plus mais on essaie d'essaimer vers d'autres structures. On s'appuie sur des structures locales pour développer le principe sur d'autres territoires.

- Quid d'une formation diplômante pour les voisins ?

Les voisins ont des contrats de 20h par mois. L'idée est que ce ne soit jamais leur première source de revenus. Nous voulons qu'ils gardent la casquette « habitant ». Ils ne sont pas experts des thématiques. Ils développent des compétences mais le but n'est pas forcément de professionnaliser les habitants.

- Quelle articulation avec les travailleurs sociaux et les acteurs de la médiation ?

On considère que l'habitant va savoir écouter car vit les mêmes réalités mais il peut ensuite orienter vers des structures spécialisées dont ces acteurs.

- Est-il possible de suivre l'évolution et l'éventuelle amélioration des conditions de vie ?

Les voisins malins peuvent repasser quelques mois après le premier passage pour voir si des informations ont été retenues ou s'il y a eu un passage à l'action. Ce n'est pas systématique, cela dépend des missions. La difficulté est que ce n'est pas toujours la même personne qui ouvre la porte. Dans les sites où on est implanté depuis 10 ans, il y a énormément de passages sur les punaises de lit ; au fur à mesure des années, c'est une stratégie payante, aujourd'hui on voit que les logements sont moins infestés.

Nous démarrons par ailleurs une campagne d'évaluation d'impact auprès des partenaires.

- Quelle relation avec les conseils de quartier ?

Les voisins malins peuvent aussi faire partie du conseil de quartier s'il y a le respect de la neutralité. Il y a des instances où on travaille ensemble mais nous n'avons pas de lien direct avec les conseils de quartier. De manière particulière, une des missions avait pour objectif d'informer sur la mise en place des conseils de quartier.

- 📌 **Les « Acteurs relais santé » et le projet « du local pour tous » à Besançon**, Eve Palumbo, Chargée de mission en Santé Publique, et France Vega, chargée de mission nutrition – diététicienne (Ville de Besançon)

A Besançon, **les « acteurs relais santé »** est un projet né depuis le COVID, avec le souhait de former les personnes aux bonnes pratiques pour savoir où se faire vacciner, où se faire dépister. C'est devenu une fiche action du CLS avec l'objectif de :

- faciliter la diffusion de l'information en santé
- dans chaque structure existante, identifier des personnes relais.

Il y a trois types d'acteurs :

- les « relais accueil » : toutes les structures de terrain (accueils des maisons de quartier, les MJC etc.) qui sont outillés sur la question de l'accès au soin via un annuaire et des ressources sur des sujets de santé, les questions pratiques qu'on peut se poser sur les sujets de santé. Le service santé de la Ville est à disposition de ces structures-là en cas de question.
- les « acteurs relais terrain » : les animateurs famille-jeunesse, les personnes qui travaillent dans des associations, etc. avec l'idée de les sensibiliser à des concepts ou des thématiques de santé et de les outiller, une fois de plus dans l'idée qu'ils puissent répondre à des demandes des publics avec lesquels ils sont en contact. Ce n'est pas du temps de travail en plus, c'est quelque-chose qui doit être simple à adopter dans les pratiques professionnelles habituelles de la personne.
- Les « acteurs relais habitants » avec le développement de messages de santé dans un cadre social. L'habitant va, dans sa vie quotidienne, croiser son entourage, ses voisins, et pourra porter des messages de santé. Ici, il ne s'agit pas d'un cadre professionnel. A titre d'exemple, les ambassadrices santé du quartier de Planoise de Besançon ont d'abord travaillé sur un petit diagnostic des problématiques du quartier et elles ont retenu deux thématiques sur lesquelles ont travaillé pendant sept séances : la santé buccodentaire et la question de la nutrition. Elles ont été acculturées, ont eu des outils ludiques pour s'approprier les sujets et ensuite ont pu diffuser les messages dans leur entourage, dans la vie quotidienne. Cette année, le souhait est de travailler sur le sujet de la santé des femmes et notamment le dépistage du cancer du sein.

Le **projet « du local pour tous »** est la continuité des acteurs relais. L'objectif est d'introduire l'alimentation de qualité à l'aide alimentaire. Nous avons distribué à trois reprises des paniers de fruits et légumes locaux. Chaque distribution a été accompagnée d'une action de sensibilisation sur les sites de distribution. La dernière action de sensibilisation a consisté en la distribution d'un [livret de recette](#). Il y a également des [podcasts en différentes langues](#) (anglais, arabe, serbo-croate et ukrainien) pour traduire les recettes, de sorte que ce soit accessible à tous. L'objectif est de le distribuer aux bénéficiaires de l'aide alimentaire,



mais il peut également être un outil pour des associations, les maisons de quartiers, etc. Nous allons proposer l'outil plus largement.

Q & R

- Combien de personnes sont « acteurs relais » ?

Les sessions visent une quinzaine de personnes dans les QPV. Il faut au moins trois personnes formées par structure.

- Sur le projet « du local pour tous », comment faire participer les personnes ?

On apporte des choses à manger, on passe par la dégustation pour faire passer des messages et faire venir les personnes.

- Le livret de recettes est-il diffusable ?

Il est possible de transmettre le livret. Il y a deux recettes par saison, sans viande. Il y a des focus sur la santé et l'introduction de notions « anti-gaspi ». Les recettes sont traduites en cinq langues. > lien : [livret de recette](#)

- Lors des distributions alimentaires, les paniers n'ont pas toujours de produits de la culture des personnes bénéficiaires, comment cela a-t-il été travaillé lors du choix des recettes ?

Ce sont des recettes très simples, à partir des produits qui sont ceux retrouvés à l'aide alimentaire, y compris des aliments que les personnes peuvent ne pas connaître et y compris avec des conserves.

- Les recettes requièrent-elle peu de matériel ?

Nous avons fait une enquête et toutes les personnes interrogées avaient un mode de cuisson (hors micro-onde).

Autres guides de recettes réalisables avec peu d'ustensiles et matériel :

- Secours populaire, [Cuisiner avec une bouilloire](#) (2020).
- Ville de Paris, [Cuisiner malin](#) (2021) (avec un micro-onde ou avec une bouilloire).

📌 **Les interventions du camion MarSoins à Rezé**, Valentine Auzanneau, Coordinatrice des politiques publiques Santé et Égalité Femmes-Hommes, Ville de Rezé

La Ville de Rezé est l'une des 24 communes de Nantes Métropole. Le QPV « Château » compte 2 785 habitants (en baisse entre 2013 et 2018 -6%). 34% des habitants ont moins de 25 ans en 2018. Plus de la moitié des ménages (54%) est monoparental. Le taux de pauvreté concerne 38% des habitants.



[L'association « A vos soins »](#), basée à Saint-Nazaire, gère un centre de santé et un dispositif mobile, le camion « MarSoins » (mobilité, accessibilité, accessibilité, pardon et réduction des inégalités d'accès aux soins), qui a pour but de faciliter l'accès à la santé et favoriser l'information. Il intervient dans différentes villes du territoire, en Bretagne et Pays de la Loire et notamment à la ville de Rezé depuis 2018.



La venue du camion MarSoins, qui n'est donc pas un dispositif de soins mais un dispositif d'information, d'animation et éventuellement de dépistage, était d'abord organisée par les services de la Ville de Rezé qui, à l'époque, n'avait pas de service santé. Ensuite, elle a été confiée à un centre socioculturel qui est situé au cœur du QPV Château.

Le camion MarSoins est intervenu sur différentes thématiques : bilan auditif et visuel, bien-être, addictions, santé bucco-dentaire, vie affective et sexuelle, santé des femmes, nutrition. A chaque fois, l'intervention du camion se déroule en trois heures :

- Le lieu est défini en amont, sur le quartier.
- Une seule thématique est abordée à chaque intervention.
- Une équipe est présente : le conducteur, une coordinatrice, une personne qui fait l'accueil et au moins un professionnel de santé.
- Un stand « aller-vers » est positionné à l'extérieur du camion.
- Dans le camion, l'accueil des personnes est réalisé sous forme d'un entretien individuel en fonction du sujet, il y a de la prévention et/ou du dépistage et évidemment de l'information. Suite à ça, ils informent sur les démarches, sur la liste des soignants du territoire, sur les documents utiles. Evidemment, ça ne résout pas le manque de créneaux pour des rendez-vous, qui est un autre enjeu.



Les objectifs sont donc :

- Agir en prévention santé ;
- Agir pour l'accès aux droits ;
- Développer le lien social ;
- Agir sur la capacité à toucher les publics : le camion touche des publics non repérés par le centre socio-culturel, mais il est plus difficile de toucher les jeunes ;
- Être dans une dynamique partenariale : les partenaires se mobilisent soit pour venir sur place avec le camion, soit en amont pour organiser sa venue. Il y a également des professionnels vers lesquels sont réorientés les bénéficiaires mais il est nécessaire d'approfondir le partenariat avec les professionnels de santé (co-construire la venue, venir sur place,...).

Quelques chiffres 2022 :

- 116 entretiens individuels menés ;
- Les femmes constituent les 2/3 des personnes reçues ;
- 48 personnes ont été orientées vers une consultation ;
- 68% des personnes habitaient le QPV ;
- Moyenne d'âge : 41 ans (de 3 à 82 ans).

Pour 2023, les thématiques pressenties sont « vie affective et sexuelle » à destination d'un groupe de jeunes filles et le sujet de la nutrition à destination des seniors, ainsi que l'idée de faire intervenir le camion devant une école primaire en fin d'année sur les dépistages dentaires et visuels, en travaillant en amont avec les parents, les enseignants. La Ville est donc dans une dynamique d'un nombre

moins d'interventions par an, mais des interventions qui sont travaillées plus en amont et plus en aval avec les professionnels du quartier (professionnels de santé et autres).

Parmi ses autres projets, la Ville a mis en place sur un village santé sur la vie affective et sexuelle ainsi que des actions d'aller-vers notamment avec la Maison des Services, située en plein cœur du QPV.



Q & R

- Quel est le budget et financement du camion MarSoins ?

Le budget est différent en fonction de chaque venue. Jusqu'à 2023, le financement était géré au niveau de la ville (financement CSC et politique de la ville). A partir de 2023, l'ARS et Nantes Métropole financent directement l'association MarSoins sans passer par le centre socio-culturel.

- Y a-t-il besoin d'une récurrence pour faciliter la visibilité ?

La première année, les interventions étaient toujours dans le même lieu, une fois par mois. Ça créait le lien de confiance mais la récurrence fait que ce sont potentiellement toujours les mêmes personnes qui reviennent à chaque fois. Ça interroge sur le parcours de soin, car la fidélisation n'est pas le but du camion.

📌 **Antenne délocalisée du programme d'ETP surpoids et obésité de l'enfant à Metz**, Coralie Lemoine-Falgas, coordonnatrice CLS, Metz Métropole



Le programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) « poiplume » sur le surpoids et l'obésité des enfants, existe dans le centre-ville de Metz, mais peu d'habitants des QPV y participaient. Une antenne a donc été créée dans un QPV. Les objectifs étaient :

- La mise en place d'une équipe-projet ;
- Le déploiement d'un plan de communication et d'orientation pour les habitants du QPV ;
- La mise en place d'un temps de sensibilisation à destination des professionnels ;
- La réalisation de séances d'ETP adaptées aux besoins des familles de ce quartier ;
- L'appropriation des ressources et la continuité après les 6 mois d'accompagnement des familles (école des sports, centres sociaux, etc.)

Cette antenne du programme d'ETP a été financée par l'ARS et la Ville via le Contrat de ville (financement de sessions collectives complémentaires).

Sept enfants ont suivi le programme. Ils ont été ciblés via le programme de réussite éducative. Ils ont été accompagnés pendant six mois via l'antenne délocalisée. Le programme comprend quatre séances individuelles avec l'enfant et sa famille :

- un bilan éducatif partagé avec le pédiatre du réseau de santé et un entretien de suivi ;
- un entretien d'évaluation avec le pédiatre ;
- un entretien avec une diététicienne ;
- un entretien avec un psychologue.

Et en parallèle de ces séances individuelles, il y a des ateliers collectifs pour les sept familles, c'est-à-dire une présentation du programme aux familles puis des ateliers :

- Atelier « Je comprends le surpoids et l'obésité de mon enfant »
- Atelier parole « Je n'ai pas confiance en moi »
- Atelier parole « Pas facile d'aider son enfant »
- Atelier « j'adapte les repas de mon enfant en fonction de ses besoins »
- Atelier « je décrypte les étiquettes alimentaires »
- atelier « j'équilibre les repas de la famille en restant économe »
- Trois ateliers « cuisine »
- Quatre ateliers « découverte d'activités sportives en famille »
- Un atelier cuisine a été réalisé en plus à la demande des familles, très convivial (chez une famille).

Le bilan a été très positif pour cette première édition de la délocalisation du programme d'ETP. Cinq enfants ont eu une baisse de de l'IMC ; six enfants ont eu une baisse de la sédentarité ; une inscription en club sportif ; des nouvelles notions ont été acquises et des modifications de comportement. Sur les

sept enfants, cinq témoignent d'une amélioration de la vie de famille et avec des amis, et un bien-être globalement amélioré.

Points forts de l'action :

- Appui sur le CLS et le PRE pour développer les partenariats nécessaires.
- Structuration hors les murs du programme d'ETP : implication de nouveaux professionnels, mise à disposition de locaux.
- Accompagnement des professionnels du PRE : liens de confiance et très bonne connaissance des familles.
- Organisation d'ateliers en complémentarité du programme d'ETP au plus près des problématiques des familles concernées. Attention accrue aux besoins et demandes des familles.
- L'accompagnement sur une année permet la création d'un lien fort entre les familles qui perdurent en dehors du programme (sorties en familles).
- Ateliers en groupe : ont favorisé le questionnement, le partage d'expériences, d'habitudes culturelles et d'astuces au quotidien.
- L'action a conduit à une meilleure connaissance des dispositifs de part et d'autres (professionnels et familles).

Difficultés rencontrées :

- Abandon de 3 familles (en plus des 7 familles suivies) avant ou après le premier entretien au regard de l'implication conséquente ou d'autres freins.
- Complexité dans l'organisation des ateliers collectifs car choix des dates avec tout le monde au coup par coup.
- Les parents étaient plus timides dans la pratique lors des ateliers d'activité physique avec les enfants.
- Enthousiasme modéré des médecins du quartier sur l'efficacité des actions de lutte contre le surpoids et l'obésité.

Points à améliorer :

- Elaborer des outils de communication autour du programme vers le public cible ;
- Etablir un planning avec les familles dès le début de l'action ;
- Répartir les ateliers cuisine tout au long du parcours des ateliers collectifs ;
- Favoriser la découverte du sport tout au long de l'année sous différents formats ;
- Réaliser le programme dans le quartier puis ouverture vers d'autres structures à renforcer : sensibiliser clubs et associations sportives ;
- Concevoir et organiser de nouveaux ateliers en fonction des demandes exprimées par les familles ayant évalué le programme (par exemple, « faire ses courses avec une diététicienne »).

Suites et perspectives :

Dans le cadre de l'évaluation du CLS, l'ARS attend un essaimage dans plusieurs QPV, peut-être sur d'autres thématiques, et aussi auprès des adultes.

- Renouvellement du programme sur une nouvelle année scolaire : actuellement en cours.
- Déploiement d'antennes dans d'autres QPV.
- Déploiement d'antennes d'autres programmes d'ETP :
 - o Diabète
 - o Surpoids et obésité de l'adulte
 - o Ostéoporose

Q & R

- Pourquoi associer le surpoids et l'obésité ? Le surpoids n'est pas nécessairement un signe de mauvaise santé.

L'IMC est le critère d'inclusion dans le programme mais plus largement les enfants visés témoignaient mal vivre leur surpoids (manque de confiance en soi, manque d'amis, etc.). Par ailleurs, même si le surpoids et l'obésité sont la porte d'entrée du programme, les familles rencontraient aussi d'autres difficultés (éducation, difficultés scolaires, etc.).

- Comment le budget est-il réparti ?

Cette antenne du programme d'ETP a été financée par l'ARS et la Ville via le Contrat de ville (financement de sessions collectives complémentaires). Quelques sessions n'entrent pas dans le budget. Par exemple, pour l'intervention de l'école des sports, ce sont d'autres financements de la Ville.

Réactions et mises en perspective

📌 **Gaëlle Donnard**, Observatoire régional de l'intégration et de la ville (ORIV)

[L'ORIV](#) est une association qui assure la fonction de centre de ressource politique de la ville dans Grand Est et travaille également sur la prévention des inégalités et des discriminations. Elle a un œil sur ce qui se passe dans les territoires. Les 19 centres de ressources politique de la ville sont rassemblées au sein d'un [réseau](#), qui a notamment un GT national sur les questions de santé et permet le croisement des expertises des autres collègues.

« Comment renforcer l'accès à la santé et promouvoir les démarches de santé communautaire et d'aller vers dans les QPV ? », quelles préconisations pour une meilleure prise en compte de la santé dans les QPV ? Le moment est propice pour questionner ce sujet. Deux thématiques ont été questionnées aujourd'hui : [qu'est ce que la santé fait au quartier et vice-versa ?](#) Didier Fassin dit « la santé c'est du social incorporé » : dans les QPV, 54 % des habitants s'estiment en bonne santé ou en très bonne santé, contre 69% ailleurs (rapport ONPV 2019).

Aujourd'hui, nous avons parlé « CLS », « ASV », « CPTS », « Contrat de ville », « action spécifique », « action transversale », « chausser les lunettes de la santé », « animation », « coordination », des thèmes que vous entendez quotidiennement, vous qui travaillez sur les sujets de santé. Dans ce contexte, il y a des points de vigilance pour la future contractualisation :

- [La préoccupation pour les moyens financiers et humains](#) (par exemple la question du modèle économique pour développer l'offre de soin) : c'est un sujet qui revient constamment. Comment articuler les moyens de droit commun de la santé, dans le contexte de la territorialisation des politiques de santé depuis quelques années, avec les moyens supplémentaires de la politique de la ville ?
- [Créer des dynamiques territoriales, c'est créer des dynamiques partenariales](#), passer par tous les corps de métier, politiques, administratifs, associatifs. Les partenariats sont nécessaires dans le millefeuille de dispositifs (on peut être surpris par le nombre d'acronymes) qui ont des portages différents, qui relèvent de cultures professionnelles différentes. Il y a un enjeu d'articulation et de lisibilité des dispositifs.
- [La reconnaissance nécessaire de la compétence de chacun](#). Quand on essaye de croiser la politique de la ville et la santé, il y a besoin de s'acculturer. On n'a pas le même cadre quand on est habitant, professionnel de santé, professionnel de la politique de la ville, etc. Par exemple, il y a un enjeu d'acculturation des bailleurs pour les Maisons Pluriprofessionnelles de Santé.

Deux défis ont été soulignés aujourd'hui :

- La force de la Ville c'est l'ancrage territorial, un positionnement très partenarial. Face au défi de meilleure prise en compte la santé, mes collègues qui travaillent sur la politique de la ville disent : « on a du mal à voir l'articulation entre le Contrat de ville et le Contrat Local de Santé.
- Les enjeux qui ont été rappelés dans les QPV : le vieillissement, l'accès au soin, la santé mentale. Parmi les enjeux à venir figure aussi le défi de la participation des habitants : « démocratie sanitaire » dans le champ de la santé, « participation » dans celui de la politique de la ville.

 **Lilia Santana**, Fabrique Territoires Santé

J'espère que la période actuelle particulière peut être une opportunité : [le renouvellement des Contrats de ville et le renouvellement des CLS](#). C'est le moment pour voir l'articulation entre les deux démarches.

Les orientations du Ministre de la ville ne sont pas encore figées. La lettre envoyée aux Préfets invite à être à l'écoute du terrain et des habitants, ça ne peut se faire sans les habitants. Quand on les interroge, ils répondent justement avec une vision large de la santé, beaucoup plus que les professionnels de santé.

Dans la période actuelle, il faut s'appuyer sur les enseignements qu'on peut tirer de ces deux politiques. La politique de la ville a 40 ans d'existence, il y a donc un recul, une capitalisation sur ce qui fonctionne ou non, sur les erreurs. Voici quelques points à souligner :

- Les CLS sont les héritiers des ASV. Les ASV ont vraiment joué leur rôle et ont donné lieu aux CLS et aux CSLM. A la Fabrique Territoires Santé, nous sommes [inquiets à propos des ASV](#). Il y a une faible visibilité sur cette démarche, mais on constate tout de même qu'il y en a moins. On ne sait pas si ce serait positif parce qu'on serait passé dans le droit commun avec les CLS, qui seraient le volet santé du Contrat de ville, ou bien négatif parce que les actions de santé dans les QPV se seraient diluées et qu'on ne les voit plus.
- [L'importance de l'observation et du croisement des observations](#). Puisque nous sommes dans une approche globale de la santé, il faut voir aussi ce qui se passe du côté des déterminants de santé (observatoire de l'habitat, etc.). On a besoin de ces observatoires, avoir la connaissance pour les actions mais aussi pour convaincre les élus, les partenaires, les décideurs. Il est également important aussi de voir avec qui on observe. [Comment on interroge les causes, les conséquences ? Les habitants ont à dire là-dessus](#).
- [La place de l'offre de soin](#) : elle était moins prégnante il y a quelques années mais elle augmente. On voit énormément d'expériences et d'initiatives, comme les Maisons urbaines de santé de Strasbourg, avec le soucis d'interroger la manière de faire venir des professionnels de santé ou *a minima* stabiliser leur présence. On est ici pleinement dans une action relevant de la politique de la ville car ça questionne l'accès aux droits : lutter contre le renoncement au soin qui est un mal compliqué à traiter.
- [La question des compétences](#) : les collectivités n'ont pas de « compétence santé » mais elles ont de nombreuses compétences concernant les déterminants de la santé. Lors de la dernière loi de décentralisation, les associations d'élus se sont questionnées et étaient frileuses à l'idée de ne pas obtenir des moyens.
- L'autre élément à tirer des 40 ans de la politique de la ville et des 20 ans des ASV : [la participation des habitants est encore le parent pauvre](#). Il faut faire attention à ce que chacun garde sa place : que les habitants s'expriment sur leur territoire, sur leur expertise d'usage, qu'ils puissent s'engager dans des projets, mais que leurs actions ne viennent pas en substitution du travail social ou compenser les manques de moyens du travail social.
- Sur la question des moyens : [on ne peut pas demander aux habitants de recevoir moins qu'ailleurs, de demander aux professionnels de faire avec moins, faire avec des bouts de ficelle](#) car ça se traduit par la mise en concurrence entre territoires. Il ne faut pas creuser les inégalités entre les territoires, ne pas mettre les équipes municipales en difficulté.
- Finalement, le principal message à porter est l'importance du pilotage. Sur les 40 ans de recul sur la politique de la ville, on a vu que [le plus important était le pilotage politique, avec un co-pilotage à parts égales élu local-ARS, élu local-Etat](#). Pour cela il faut créer des temps de

rencontres, d'échanges. Un bon pilotage c'est des personnes qui se connaissent car ils se rencontrent régulièrement. Ce partenariat est là pour ne pas oublier ceux qui sont invisibles, qui ne viennent plus toquer aux portes. Les actions présentées cet après-midi sont précieuses pour ça car elles viennent s'inscrire dans un réseau de partenaires.