



# La santé dans les QPV : comment mieux intégrer la santé dans les Contrats de ville ?

Rapport final juin 2024

Projet mené avec le soutien de la Banque des Territoires

## 1. Inclure la santé dans les Contrats de ville : à propos des éléments de méthode

### 1.1. L'observation en santé et l'observation de la qualité de vie dans les QPV

#### Constats

Depuis quelques années, les villes commencent à travailler sur des démarches d'observation locales en santé à l'échelle infra-communale, de sorte à mieux guider les choix d'action publique. Ces travaux regroupent tant des informations sur l'état de santé des habitants, des éléments de diagnostics sur les déterminants de santé, que des informations sur l'offre et l'accès au soin.

Les villes peuvent pour cela recourir aux données mises à disposition par des partenaires (ARS, CPAM, etc.) ou mener des enquêtes. Elles recourent également à leur position de coordinateur de nombreuses actions, qui leur permet de faire remonter les constats d'agents de la collectivité (par exemple via les Mairies de quartiers, les professionnels de la santé scolaire lorsque la compétence est déléguée à la commune, etc.) et d'autres acteurs de terrain fédérés via les dispositifs de coordination animés par la ville (Contrat local de santé, Atelier Santé Ville, Conseil local en Santé mentale). Ces données font remonter des informations permettant à la collectivité de mieux saisir l'ampleur de tel enjeu de santé et/ou de convaincre les partenaires. Par exemple, dans une Ville-Santé ayant la délégation santé scolaire : les bilans de santé des enfants de 4 ans montrent dès cet âge une prévalence du surpoids et de l'obésité plus importante dans les QPV que dans le reste de la commune.

Finalement, des villes mènent également des enquêtes propres aux QPV sur la qualité de vie. Dans la perspective de renouveler ces enquêtes dans le temps, les réponses pourraient permettre de disposer d'informations sur l'évolution du ressenti des habitants dans ces quartiers et de contribuer ainsi à la définition de politiques locales.

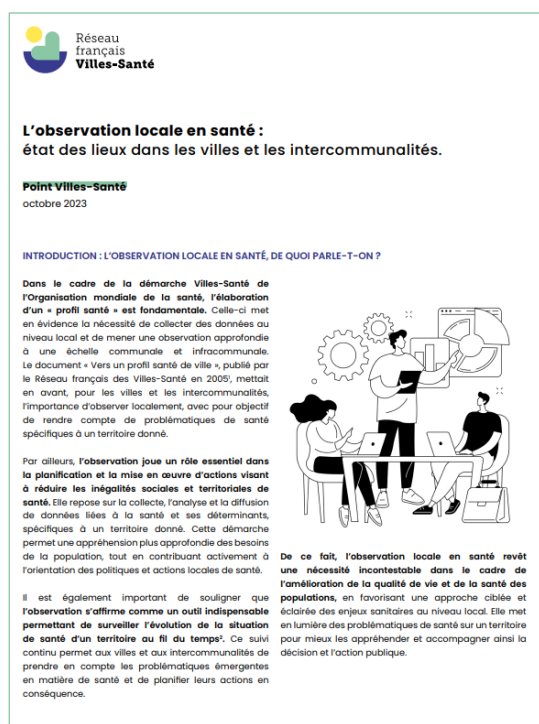
#### Besoins

- Poursuivre les démarches d'observation locale en santé pour mieux caractériser les besoins dans les QPV mais également pour identifier des quartiers jusqu'ici non identifiés comme prioritaires.

## Exemples d'actions

- A **Rennes**, la démarche de cartographie de l'offre de soin permet de mieux saisir les inégalités entre les QPV et le reste de la commune. En complément d'autres éléments de diagnostic, notamment qualitatifs, l'approche cartographique infra-communale sert d'outil d'aide à la décision.
- A **Nantes**, la démarche d'observation locale en santé a notamment mis en évidence les forts besoins dans les QPV et a mené à un investissement plus fort de la collectivité sur le soutien au développement de l'offre de soin, y compris sur le plan financier (développement de Maisons de santé). Les éléments de diagnostic permettent ici également de justifier un soutien financier à une activité libérale. Par ailleurs, la démarche d'observation locale en santé a également permis d'identifier un micro-quartier de l'hypercentre dont les habitants étaient en situation de précarité et cumulaient un certain nombre de facteurs de défaveur, mais qui n'était précédemment pas identifié comme un quartier défavorisé.

>> Pour en savoir plus : RfVS (2023) « [L'observation locale en santé : état des lieux dans les villes et les intercommunalités](#) ».



## 1.2. Pilotage et articulation entre le Contrat Local de Santé (CLS), le Conseil local en Santé Mentale (CLSM), la démarche Atelier Santé Ville (ASV) et le Contrat de ville

### Constats

L'articulation des divers dispositifs de coordination et de contractualisation avec le Contrat de ville est l'un des points de difficulté les plus importants. Pour rappel, les trois principaux dispositifs d'animation et de coordination liés à la santé dans les villes/EPCI sont :

- Le **Contrat local de Santé (CLS)** est un contrat entre l'ARS et la commune / l'intercommunalité et d'autres partenaires (CPAM, Département, CHU etc.). Le CLS comporte des fiches-actions sur divers enjeux de santé définis entre les signataires (accès au soin, alimentation, activité physique, santé-environnement, etc.). Au sein de la collectivité, un ETP (ou une partie d'un ETP)

co-financé par la collectivité et l'ARS est dédié à la coordination du CLS (instances, relations avec les acteurs du territoire, AAP). Dans certaines régions, le nombre d'axes thématiques inclus dans un même CLS est très limité (par exemple un nombre, imposé par l'ARS, de 3 thématiques dans une région). Le CLS ne comporte donc pas nécessairement l'ensemble de l'action de la collectivité en matière de santé. Lorsqu'il existe, le CLS constitue obligatoirement le volet santé du Contrat de Ville. Les CLS tendent à être conclus de plus en plus à l'échelle intercommunale, sous l'impulsion des ARS.

- Le **Conseil local en santé mentale (CLSM)** est une instance de coordination, de concertation, entre les élus, les professionnels de la psychiatrie, du social, du médico-social, les personnes concernées et leurs familles. Le CLSM a pour but de mettre en œuvre les politiques de santé mentale sur un territoire, travailler en partenariat, et trouver des réponses adaptées aux problématiques de santé mentale identifiées, à la fois sur l'accès au soin mais aussi sur le volet prévention et promotion de la santé mentale. Le CLSM constitue, lorsqu'il existe, le volet santé mentale des CLS ou des contrats de ville (Loi 3DS).
- L'**Atelier Santé Ville (ASV)** est une démarche d'animation en santé propre aux QPV, mise en place par le Comité interministériel de la Ville en 1999. La démarche ASV permet de mener des actions en santé dans les QPV à partir du contexte du quartier, de ses acteurs et de ses habitants. L'ASV s'insère dans les dispositifs de contractualisation entre l'Etat et l'intercommunalité / la commune relatifs à la Politique de la ville. Néanmoins, les financements des ASV ont drastiquement baissé, tant pour les actions que les postes de coordination, en particulier depuis la création des CLS. Les postes (1 ETP ou, plus souvent, une partie d'un ETP) de coordinateurs ASV sont donc de moins en moins financés par l'Etat. Dans ces cas, certaines villes ont repris à leur charge l'entièreté du financement. Dans d'autres, le temps dédié à travailler spécifiquement sur la santé dans les QPV a dû être réduit.

La [Loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine](#), dite « Loi Lamy », a fixé dans son article 1, la mobilisation des politiques de droit commun en première intention, avant le recours à des instruments spécifiques :

*Art. 1 « Elle [la politique de la ville] mobilise et adapte, en premier lieu, les actions relevant des politiques publiques de droit commun et, lorsque la nature des difficultés le nécessite, met en œuvre les instruments qui lui sont propres. »*

C'est dans cet esprit et dans la mise en œuvre des principes de la promotion de la santé que les dispositifs tels que les CLS adoptent la perspective de l'universalisme proportionné : s'adresser à l'ensemble de la population, avec des actions renforcées envers les publics qui en ont le plus besoin, notamment les habitants des QPV, mais également des personnes défavorisées résidant hors QPV ou encore les publics particulièrement vulnérables tels que les enfants. Les Villes-Santé se questionnent sur la part des actions de santé qui devraient plutôt prendre place dans le CLS et celle qui trouverait au mieux leur place dans le contrat de ville. Les QPV sont marqués par l'absence de ressources, le besoin de retisser des liens, faire de l'intermédiation, ramener des services et une dynamique via le contrat de ville, sans se substituer au CLS. Le contrat de ville devrait notamment permettre au droit commun (pas uniquement l'accès au soin), dont les actions du CLS, d'arriver sur les QPV, via des actions de médiation en santé et d'aller-vers.

Les Villes-Santé constatent par ailleurs la difficulté à sortir les actions de santé du Contrat de ville et les faire entrer dans le droit commun, du fait du manque de moyens. D'autres points compliquent le passage des actions vers le droit commun du CLS :

- Le souhait, au titre de la Politique de la ville, est d'être dans une approche très fine, très proche des habitants. Or, la tendance des CLS est de couvrir des territoires de plus en plus grands, à l'échelle de l'EPCI, ce qui éloigne des habitants et des besoins et leviers spécifiques que la collectivité et ses partenaires peuvent identifier sur tel QPV.
- Actuellement et dans les prochaines années, les CLS sont conclus à des échelles de plus en plus grandes (passage de CLS communaux à des CLS intercommunaux voire même à l'échelle d'un groupement d'intercommunalités) mais à moyens constants, tant sur le plan de la coordination que des actions. A la fois sur le plan technique et le plan politique, les collectivités seront donc face à une articulation à trouver entre commune et intercommunalité, notamment pour que toute l'action en matière de santé publique, à l'échelle de la ville, ne se dilue pas dans une action santé publique sur un territoire beaucoup plus large avec une uniformité de service qu'il ne sera pas possible d'assurer à l'échelle de l'intercommunalité (peu de communes ont des services santé conséquents). Ainsi, concernant le CLS, de nombreuses communes et EPCI seront concentrées sur la nouvelle mise en œuvre à trouver face à ce changement d'échelle.
- De plus en plus, la santé disparaît des appels à projets du Contrat de ville, renvoyant la thématique de la santé au CLS. Bien qu'il soit toujours possible de déposer des projets relevant de la santé dans les AAP du Contrat de ville, la santé est invisibilisée des thématiques portées et prioritaires à l'échelle du QPV. Les Villes-Santé constatent en conséquence qu'il n'y a plus de réponses concernant des actions de santé lorsque celle-ci disparaît des axes explicitement listés. Les AAP des CLS ne sont quant à eux pas propres aux QPV (comme détaillé précédemment, ils couvrent des territoires de plus en plus larges), et ne constituent donc pas non plus un tremplin spécifique pour les actions de santé dans les QPV.

**Les ASV** ont quant à eux largement montré leur plus-value pour agir envers les habitants des QPV. A titre d'exemple, une évaluation de la démarche ASV à Lyon a été réalisée par un centre de recherche dans la cadre d'un appel à projets de l'ARS. Le Centre de recherche en a conclu que les ASV apportent une meilleure interconnaissance des partenaires, développent des synergies dans le cadre de la mise en place des actions, mettent en relation les acteurs associatifs, les institutionnels et les professionnels libéraux, augmentent les liens de confiance, mènent à des actions cohérentes complémentaires, à une meilleure lisibilité sur terrain, à une meilleure participation des habitants. Sur le plan quantitatif, le centre de recherche a estimé les réductions de coûts : leur conclusion est que le travail réalisé par 2 coordinateurs ASV équivaut à 8 ETP (le travail partenarial démultipliant le travail de plusieurs personnes). Il y a pourtant de moins en moins d'ASV faute de financement des postes de coordination. Ces disparitions n'ont pas été compensées par un passage dans le droit commun, avec le CLS comme volet santé du contrat de ville, et il y a plutôt eu une dilution des actions portées par les ASV.

Les postes de coordinateurs des CLS, des CLSM et des ASV sont particulièrement importants pour articuler le secteur de la santé et celui de la politique de la ville (Contrat de ville mais également Cité éducative). Ils veillent non seulement à la cohérence des multiples actions menées par divers acteurs (dont les associations et autres acteurs locaux). Ils témoignent notamment travailler dans la perspective d'un « puzzle » à faire avec ces différents plans, contrats et dispositifs, pour répondre *in fine* aux enjeux de santé (cf. retour d'expérience d'Evry-Courcouronnes ci-dessous).

## **Besoins**

- Renforcer les moyens des Ateliers Santé Ville (ASV) dont l'efficacité a été démontrée et qui permettent d'agir spécifiquement à l'échelle des QPV.

- Pérenniser les postes de coordinateurs, qui permettent d'optimiser le recours aux différents plans / contrats / dispositifs existants.
- Conserver une mention explicite de la santé dans le Contrat de ville et dans les appels à projet de ces derniers.
- **Avoir un réel copilotage entre l'État et l'élu local, à parts égales, avec des rencontres régulières. Tant du côté du CLS que du Contrat de ville, les villes témoignent d'un glissement d'un réel co-pilotage à une relation de « Etat pilote » à « collectivité opérateur ».**

### Exemples d'action

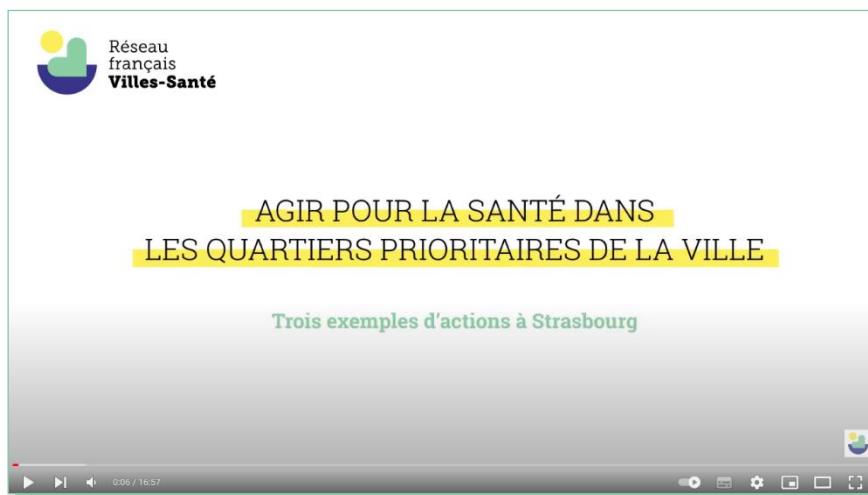
A **Evry-Courcouronnes**, il y a tant un CLS qu'un CLSM et une labellisation Cité éducative. L'enjeu est donc de faire en sorte de croiser ces dispositifs et de faire en sorte que les acteurs concernés travaillent ensemble, ainsi qu'optimiser leurs actions. Pour cela, les postes de coordination au sein de la collectivité sont primordiaux. La coordinatrice du CLSM d'Evry-Courcouronnes et Ris-Orangis est par exemple également référente de la commission Santé de la Cité éducative. Ce positionnement permet de faire le lien entre les deux dispositifs, et également de faire le lien entre la Direction santé de la collectivité (dont elle fait partie) et d'autres politiques éducatives qui entrent dans les thématiques couvertes par la Cité éducative (autres que celle de la santé). Concrètement, la collectivité va chercher des solutions au sein de chaque dispositif/plan/contrat afin de répondre aux besoins des QPV. Par exemple, au sujet de la vie affective et sexuelle :

- La Ville travaillait déjà avec l'ARS et une coopérative d'acteurs sur la santé des jeunes
- La Direction santé et la Politique éducative et de l'innovation éducative à la Ville travaillent également ensemble face aux besoins croissants et face à une nécessité d'agir à tous les niveaux, dans toutes les écoles, et d'aller vers des publics de plus en plus jeunes. Dans ce cadre, ils mènent des actions à partir des collégiens de 6<sup>ème</sup>.
- Face au besoin de commencer les actions dès le CMI-CM2, les moyens existants qui ciblent les adolescents ou jeunes adultes ne suffiraient pas. C'est pourquoi des actions ont été fléchées dans la programmation 2022 de la Cité éducative, avec l'intention de toucher un public beaucoup plus jeune.

Ainsi, c'est bien le rôle de coordination qui permet de repérer les besoins et les manques, et d'identifier le levier pour répondre à ce dernier, parmi les dispositifs existants, sans que les solutions se superposent, en constituant finalement un « puzzle » pour répondre à un enjeu de santé.

La Ville de **Strasbourg** mène des actions en santé *via* ses différents dispositifs de contractualisation avec l'Etat ainsi qu'en dehors. Dans la vidéo suivante, les élus délégués à la santé et à la politique de la ville témoignent sur l'articulation entre les deux domaines d'action. Trois actions de santé sont ensuite présentées, témoignant d'une part de l'action publique locale spécifique aux quartiers prioritaires de la Politique de la ville, et d'autre part de l'attention particulières aux habitants des QPV dans les actions menées à l'échelle communale.

>> Pour en savoir plus : vidéo « [Agir pour la santé dans les quartiers prioritaires de la ville : trois exemples d'actions à Strasbourg](#) » réalisée dans le cadre du projet.



### 1.3. Les moyens

#### Constats

Outre les problématiques de financements des postes de coordinateurs, les Villes-Santé rapportent des difficultés quant au financement des actions, dans un contexte où les appels à projets constituent la principale ressource financière :

- Le Contrat de ville apporte un financement pour impulser une action. Néanmoins, même pour les actions jugées réussies, il est difficile, voire souvent impossible de trouver des financements de « droit commun » après le financement d'impulsion du Contrat de ville. En résulte la perte d'une dynamique et l'arrêt de tout ou partie de l'action.
- Lorsqu'un projet est déposé par une association au nom de plusieurs acteurs, cette même structure voit ses propres subventions (par exemple une subvention de l'ARS sur une autre action) réduire par ailleurs.
- Les petites associations renoncent parfois à déposer des projets, car elles ne peuvent prendre en charge la lourdeur administrative.
- Les personnes situation de précarité économique mais résidant dans les quartiers hors QPV semblent encore plus isolées, pour lesquelles il n'y a pas de réponse. Certaines Villes-Santé se penchent donc sur l'idée d'ajouter des possibilités de financement d'actions pour les publics exclus dans les quartiers « hors Contrat de ville ».

Finalement, sur un sujet dépassant les Contrats de villes, l'encadrement des dépenses des collectivités n'est pas effectuée au prisme des subventions ou des co-financements qu'elles reçoivent. Pourtant celles-ci témoignent de la définition d'une priorité partagée par plusieurs acteurs, parmi lesquels figure souvent l'Etat. Ainsi, certaines villes et intercommunalités renoncent parfois à répondre à des appels à projets afin de ne pas alourdir leurs dépenses, et ce bien qu'elles pourraient se le permettre sur le plan comptable.

#### Besoins

- Relancer le co-financement par l'Etat des postes de coordinateur ASV (cf. ci-dessus)

- Identifier des solutions pour pérenniser les actions qui ont été impulsées dans le cadre du contrat de ville, notamment via une meilleure articulation entre la politique de la ville et le droit commun.
- Etablir des lignes guides sur les incidences du portage par une structure d'une réponse à un AAP au nom de plusieurs acteurs.
- Alléger le poids administratif des AAP pour les porteurs de projets (notamment les formats des documents pour rendre compte des actions), actuellement trop lourd pour des petites associations, qui renoncent pour certaines à déposer un projet.

## 2. Les actions sur des enjeux de santé prioritaires

Les Villes-Santé relèvent notamment quatre grandes familles d'enjeux de santé majeurs dans les QPV :

- **L'offre et l'accès aux soins, dont les enjeux de médiation et d'aller vers ;**
- **La santé mentale ;**
- **L'activité physique et l'alimentation ;**
- **La santé-environnement.**

Ces enjeux sont parties intégrantes des politiques municipales ou intercommunales de santé, à l'échelle de l'ensemble du territoire municipal / intercommunal. Néanmoins, dans une approche d'universalisme proportionné et dans une visée de réduction des inégalités sociales de santé, les Villes-Santé les renforcent en destination de certains publics, parfois selon une approche populationnelle (envers les enfants par exemple), mais aussi selon une approche territorialisée (dans la QPV par exemple). En effet, les inégalités sociales et territoriales, bien connues de la Politique de la ville, se manifestent également via une iniquité en santé notamment entre les habitants des QPV et la population générale. Ainsi, si on retrouve les mêmes thématiques de santé, les actions sont renforcées envers les QPV et les populations les plus défavorisées. **Pour être efficaces, les actions de santé dans les QPV requièrent plus de minutie dans le montage et la conduite de projet, de sorte à répondre aux spécificités de ces contextes (cumul de freins à la santé) et requièrent donc un ancrage local fort, une coordination importante entre les acteurs, les diverses actions menées et les dispositifs qui les portent, ainsi que plus de temps humain dédié à l'action.** Par exemple à Bourg-en-Bresse, afin de soutenir la pratique sportive en club des enfants habitant dans les QPV, une éducatrice sportive employée par la municipalité est notamment chargée, dans le cadre d'une action plus globale, de conduire ces enfants chaque semaine depuis leur domicile jusqu'à leur créneau de sport (cf. encart ci-dessous).

### 2.1. L'offre et l'accès aux soins dont l'aller-vers

#### Constats et enjeux de santé publique dans les QPV

La problématique de l'offre et l'accès au soin est aujourd'hui présente à l'échelle du territoire national et les projections ne laissent pas entrevoir d'amélioration avant le milieu des années 2030. Les villes 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<sup>1</sup>. Les Villes-Santé confirment ce constat dans leurs démarches d'observation en santé.

En réponse aux enjeux relatifs à l'offre disponible, les collectivités se positionnent 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. Le renoncement aux soins est multifactoriel<sup>2</sup>. 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, dont les habitants des QPV.

## Besoins

- Poursuivre le soutien à l'installation de structures d'exercice regroupé dans les QPV.
- Soutenir financièrement les actions de prévention – promotion de la santé menées par les acteurs locaux, y compris par les centres de santé (actions de prévention qui ne relèvent pas d'actes pris en charge par la Sécurité sociale).
- Permettre aux habitants de s'approprier le système de santé et les informations en santé en renforçant les actions *d'aller-vers*.

## Exemples d'actions

- **Les Pôles Ressources Santé à Lille**

Depuis 2011, la Ville de Lille a mis en place des Pôles Ressources Santé dans cinq QPV 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. Les structures (centre social, centre de santé...) 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, les



<sup>1</sup> ONPV. (2016). [Rapport 2016](#).

<sup>2</sup> DREES. (2021b). [Renoncement aux soins : La faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres](#). *Etudes & Résultats*, numéro 1200.



professionnels de la prévention, les professionnels médico-sociaux, de la réduction des risques, les professionnels sociaux, les 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. Via leur Pôle Ressources Santé, les habitants d'un quartier peuvent également 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.

>> Pour en savoir plus : vidéo « [Les Pôles Ressources Santé à Lille. Des relais de proximité dans les QPV](#) » réalisée dans le cadre du projet.

#### - Les **Maisons Urbaines de Santé (MUS)** à **Strasbourg**

La Ville de Strasbourg s'est engagée dans le soutien au développement des MUS, de sorte à répondre à 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.

En plus de l'offre de soin, les MUS proposent également des interventions de prévention et de promotion de la santé adaptées aux besoins locaux des populations. 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, par exemple les addictions. Il est important de souligner que les MUS ont été impulsées grâce à la dynamique des Ateliers Santé Ville (ASV).



>> Pour en savoir plus : vidéo « [Maison Urbaine de Santé du Neuhof](#) » réalisée dans le cadre du projet.

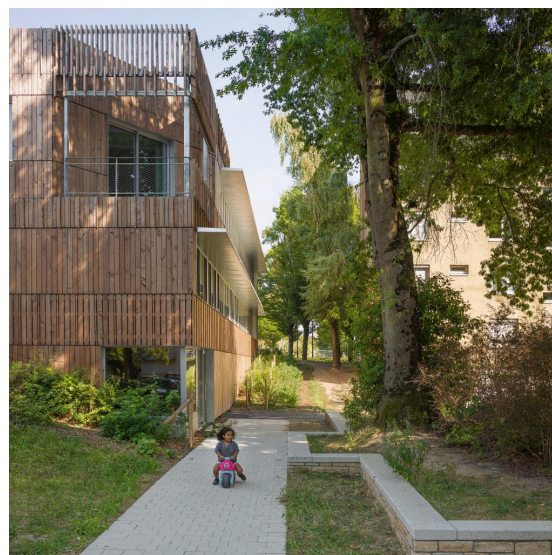
#### - Le **dispositif OPALI-Ne** à **Strasbourg**

A Strasbourg, l'équipe d'OPALI-Ne accueille et accompagne les personnes en difficulté avec les addictions dans leurs diverses démarches. Au-delà de l'accueil dans les locaux, situés dans le QPV du Neuhof, elle va également vers les personnes, dans l'espace public, afin d'informer et faciliter le premier pas des usagers.

>> Pour en savoir plus : vidéo « [OPALI-Ne, l'accompagnement des personnes en difficulté avec les addictions](#) » réalisée dans le cadre du projet.

#### - **La Maison de Santé de Bellevue à Nantes**

Dans le QPV du Grand Bellevue, une Maison de santé a ouvert en 2022. La maison de santé rassemble médecins généralistes, sage-femmes, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologue, infirmière ASALEE, infirmiers, assistantes médicales et secrétaires médicales. Une coordinatrice des professionnels de santé, ainsi qu'une coordinatrice de la Ville de Nantes et un agent d'accueil de la Ville de Nantes complètent l'équipe. Dans cette maison de santé, les personnes peuvent être reçues pour des consultations mais également pour des actions individuelles et collectives (groupes de paroles, dépistages, permanences d'associations, etc.). Pensé comme un lieu d'accueil au-delà des consultations habituelles, l'équipement est hybride, avec 40% de la surface louée par la Ville de Nantes pour des actions de préventions et de promotion de la santé. Il permet ainsi de déployer un « arsenal thérapeutique » au service de l'approche globale de la santé des patients et de rompre l'isolement des professionnels de santé.



Crédit : Architecte DLW, Nantes

>> Pour en savoir plus : fiche retour d'expérience de la MSP Bellevue réalisée dans le cadre du projet, suite à l'intervention dans le webinaire de clôture « [Offre de soin primaire dans les QPV](#) ».

#### - **Le Centre de Santé Brès-Croizat de Cherbourg-en-Cotentin**

La Ville de Cherbourg-en-Cotentin a créé un centre de santé dans le centre-ville, à proximité d'un QPV, pour répondre aux besoins de la population, en particulier aux plus de 10 000 habitants sans médecin traitant. Après un travail de préfiguration, le centre a ouvert en 2020 sous la forme d'une Société coopérative d'intérêt collectif (SCIC). Cette forme juridique permettait d'associer de nombreux partenaires, dont la collectivité, et apportait la souplesse du droit privé. Le centre de santé est locataire d'un rez-de-chaussée d'une opération immobilière portée par un bailleur social. Après avoir apporté au centre de santé 300 000 € de subvention pour l'aménagement des locaux et une subvention d'équilibre de 200 000 € pour la lancement des activités, la Ville s'est heurtée à la limite du règlement des minimis et ne pouvait légalement contribuer à subventionner le centre de santé. Ce dernier étant

axé sur des consultations longues et des actions de prévention en santé, dont de l'aller-vers, afin de répondre aux besoins de la population, le déficit budgétaire menaçait la pérennité du centre. La Ville l'a donc repris en régie en 2022, sous forme d'un centre municipal de santé.

Le centre de santé travaille avec de nombreux partenaires (centre hospitalier, associations, etc.). Il est également en lien avec les autres services et politiques de la collectivité, notamment le programme de réussite éducative. Il permet de recevoir les enfants suivis dans le cadre de ce programme et qui n'avaient pas de médecin traitant.

>> Pour en savoir plus : [fiche retour d'expérience du Centre de Santé Brès-Croizat](#) réalisée dans le cadre du projet, suite à l'intervention dans le webinaire de clôture « [Offre de soin primaire dans les QPV](#) ».



Crédit : Centre municipal de santé Brès-Croizat - Ville de Cherbourg-en-Cotentin

## 2.2. La santé mentale à tous les âges

### Constats et enjeux de santé publique dans les QPV

La santé mentale est un état de bien-être mental qui permet aux individus de faire face aux stress de la vie, de réaliser leurs capacités, d'apprendre et de travailler, et de contribuer à leur communauté. Elle fait partie intégrante du bien-être et de la santé qui sous-tend notre capacité individuelle et collective à prendre des décisions, construire des relations. Elle va au-delà de l'absence de troubles psychiques et dépend d'un équilibre complexe qui est vécu différemment d'une personne à l'autre, avec des degrés variables de difficultés et de sentiment de détresse, et peut potentiellement avoir des impacts sociaux et cliniques très différents. Les maladies et troubles de la santé mentale incluent les troubles psychiques, les handicaps psycho-sociaux ainsi que d'autres états associés à une détresse important, des limitations dans la vie quotidienne, ou un risque d'atteinte à sa propre personne. Les personnes vivant avec des troubles psychiques sont plus exposées à un état de santé mental moins élevé, mais cela n'est pas toujours ou nécessairement le cas.

Les enjeux de santé mentale sont plus forts dans les QPV que dans les autres quartiers. A titre d'exemple, la déclaration d'épisodes dépressifs y est de 4 points supérieure par rapport aux habitants des autres quartiers (+8 points chez les femmes)<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> RNCRPV, Les enjeux de santé dans les quartiers prioritaires (2023).

## Besoins

- Comme sur la question de l'accès au soin, poursuivre le développement de solutions de proximité, venant compléter le maillage de réponses face à un système de santé surchargé.
- Asseoir les dispositifs tels que les Points écoute, qui ont notamment démontré leur capacité à agir lors de la crise covid, mais pour lesquels les financements sont menacés.
- Construire des dispositifs de soutien en santé mentale envers les plus jeunes (lycéens, collégiens, enfants du primaires), face aux besoins croissants de ce publics, et pour lesquels il y a encore trop peu de moyens pour agir.

## Exemples d'actions

- **Des permanences de psychologues dans les Mairies de Quartier et les Centres sociaux à Lille**

La Ville de Lille a mis en place des permanences de psychologues, les « Espaces écoute santé » dans les Mairies de quartier, et les « Points écoute santé » dans les centres sociaux. Ces permanences visent à répondre à la souffrance psycho-sociale. Les personnes qui y sont accueillies font face à des situations diverses : deuil, chômage, problèmes familiaux, violences intra-familiales, etc. Après quelques séances avec un psychologues, elles peuvent être orientées, selon leurs besoin, vers des professionnels du social, du médico-social. D'autres peuvent être réorientées vers le Centre Médico-Psychologique. Ce type de permanence permet de renforcer le maillage de réponses face à la souffrance psycho-sociale, en particulier dans un contexte d'accès de plus en plus difficile aux structures et aux professionnels de santé mentale, qui sont surchargés. Les permanences permettent également de proposer un premier contact, sur la question encore stigmatisée qu'est la santé mentale. Le projet est financé dans le cadre du contrat de ville pour les quartiers politique de la Ville, les espaces écoute santé situés hors QPV sont financés par le service santé. Pour en savoir plus :

>> Pour en savoir plus : vidéo « [Les Espaces écoute santé et les Points écoute santé de la Ville de Lille](#) » réalisée dans le cadre du projet.



## 2.3. L'activité physique et l'alimentation saine

### Constats et enjeux de santé publique dans les QPV

La sédentarité, le manque d'activité physique et le déséquilibre nutritionnel sont des facteurs de risques de nombreuses maladies chroniques et font partie des causes fondamentales du développement du surpoids et de l'obésité, qui ont atteint des proportions épidémiques dans les pays

européens avec 59% des adultes et près d'un enfant sur trois en situation de surpoids dans la Région européenne. L'obésité est un facteur de risque de développement de certains cancers tels que les cancers du sein, du côlon, du rein, de l'endomètre et du foie entre autres<sup>4</sup>. Également, le surpoids et l'obésité augmentent le risque de mortalité, de récurrence ou de second cancer<sup>5</sup>. L'obésité serait responsable de 13% des décès annuels dans la Région Européenne (soit 1,2 million de décès par an)<sup>19</sup>. L'OMS, dans son dernier rapport de surveillance de l'obésité infantile, alerte sur la nécessité d'agir urgemment pour inverser les tendances actuelles en constante augmentation<sup>6</sup>.

Les inégalités sociales et territoriales de santé sont clairement observables dans la prévalence du surpoids et de l'obésité. Dès le plus jeune âge, les inégalités sociales liées au niveau socio-économique du foyer et au milieu de vie<sup>7</sup> constituent des facteurs de risques du développement du surpoids et de l'obésité. Or, l'adoption d'un comportement n'est pas qu'une question de choix, et de nombreuses inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) entrent en jeu. L'accessibilité sociale, géographique, financière, physique à une alimentation saine et à une pratique d'activité physique est très inégale selon les conditions et milieux de vie des individus. À titre d'exemple, l'inégale répartition des équipements sportifs ou la vétusté de certains peut éloigner physiquement ou freiner à la pratique certaines populations notamment dans les QPV<sup>8</sup>. 54,4% des habitants des QPV sont en surpoids, soit 10,4 points de plus que les habitants des autres quartiers<sup>9</sup>.

### Les besoins

- Aller vers des systèmes de soutien aux acteurs locaux plus pérennes (subventions pluriannuelles, financements récurrents, etc.)
- Renforcer les actions envers tous les publics (tous âges, femme/homme, filles/garçons)

### Exemples d'actions

- **Les Food truck Women à Amiens**

À Amiens, c'est un *food truck* de la Ville animé par l'association « Food Truck Women » qui sillonne la Ville et plus particulièrement les lieux de distribution de l'aide alimentaire, qui sont en majorité situés dans les QPV. Face aux constats des acteurs associatifs de l'aide alimentaire sur les difficultés d'appropriation de certains aliments par le public en situation de précarité alimentaire et aux problématiques de mobilités des habitants, la Ville d'Amiens a construit une réponse *d'aller vers*. Le projet « YA+k », élaboré avec le monde associatif et les personnes en situation de précarité a permis de valoriser les savoirs vécus de femmes qui sont devenues « Ambassadrices Santé Alimentation ».

---

<sup>4</sup> Institut National du Cancer. [Surpoids et obésité](#).

<sup>5</sup> Institut National du Cancer. [Stratégie Décennale de Lutte Contre Les Cancers 2021-2030 - Feuille de Route 2021-2025](#).

<sup>6</sup> OMS Europe. [Report on the Fifth Round of Data Collection, 2018–2020: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative \(COSI\)](#); Copenhague, 2022.

<sup>7</sup> Santé publique France. [Etat Des Connaissances - Synthèse Pour Les Professionnels Des Recommandations de l'Anses de Février 2016 Sur l'activité Physique et La Sédentarité. Actualisation Des Repères Du PNNS](#); 2017.

<sup>8</sup> Cambon, M.; L'Horset, P. [Promouvoir l'activité Physique Dans Les Territoires](#) (Collection Fnes D-CoDé Santé); 2021.

<sup>9</sup> ONPV, [Bien vivre dans les quartiers prioritaires](#), 2019.

Les ambassadrices volontaires regroupées en association portent l'animation du *Food Truck* qui se déplace sur les lieux de distribution de l'aide alimentaire. Elles réalisent des recettes à partir du contenu des paniers distribués, partagent leurs idées pour cuisiner avec peu de matériel. Les bénéficiaires de l'aide alimentaire peuvent goûter les recettes sur place et échanger sur leurs problématiques du



quotidien. Les fiches recettes sont rédigées en « facile à lire et à comprendre » (FALC), avec beaucoup de pictogrammes et d'illustrations pour pallier aux problématiques d'illettrisme ou dépasser la barrière de la langue. Le *Food Truck* animé par l'association « Food Truck Women » est un support pour aborder les questions liées à l'alimentation et la santé de pairs à pairs. Le projet a aussi permis une dynamique d'*empowerment* des ambassadrices : pour certaines, la participation a été un tremplin vers un emploi dans le domaine de la restauration collective.

L'action a été accompagnée spécifiquement dans le cadre de la dotation politique de la ville (DPV) pour un budget annuel de 20 000€ depuis 2015. Un agent de la collectivité consacre 60% de son équivalent temps plein à la coordination de l'action « YA+K » (organisation des déplacements du *Food Truck* et des actions, achat des matières premières, etc.).



Pour en savoir plus : [vidéo « Les savoirs vécus : l'expérience des Food Truck Women »](#)

#### - Les dispositifs « Liaison école-club » et « Pass'sport fille » à Bourg-en-Bresse

Pour réduire les inégalités sociales, la Ville de Bourg-en-Bresse a développé deux dispositifs visant à lever tous les freins (financier, culturel, transport, administratif...) de la pratique du sport en club. Le premier dispositif : la « Liaison école-club » est un dispositif historique de la ville né d'un constat partagé entre les acteurs de terrain, l'éducation nationale et la Ville. Le dispositif s'est étendu au Pass'sport fille pour faire face à l'enjeu de la baisse d'activité physique observée chez les filles lors du passage au collège. Ces deux dispositifs visent à :

- Permettre aux enfants des écoles classées en zone de QPV de pratiquer un sport en club dans le but d'intégrer les valeurs de la vie associative dans un contexte de mixité sociale ;
- Développer la pratique féminine ;
- Encourager les associations à accueillir et à intégrer les jeunes du dispositif parmi leurs adhérents.

Le Dispositif Liaison école-club est destiné aux enfants des classes de CE2, CM1, CM2 scolarisés dans les écoles classées en QPV dont la famille perçoit l'allocation à la rentrée scolaire. Les familles bénéficient d'un contact privilégié pour faciliter l'inscription des enfants dans les clubs notamment par : une aide administrative, une aide financière à hauteur de deux tiers du tarif de la licence sportive,

une aide au transport assurée pour les familles qui ne peuvent accompagner leurs enfants sur les trajets domicile - club sportif, et un suivi individualisé notamment avec la mise en place d'un contrat reliant tous les partenaires. Le dispositif Pass'sport fille fonctionne sur les mêmes prérogatives pour les filles de 6ème, 5ème et 4ème qui ont bénéficié de la liaison école-club les années précédentes.

Le portage financier est assuré par : l'agglomération *via* la politique de la ville, la Ville de Bourg-en-Bresse, mais aussi l'État *via* une aide à l'emploi pour supporter le poste de l'agent en charge du développement des deux dispositifs et aussi une aide de l'État *via* la politique de la ville pour l'aide à la prise de licence.

- **L'antenne délocalisée du programme d'éducation thérapeutique du patient « surpoids et obésité de l'enfant » à Metz**

Un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) « surpoids et obésité de l'enfant » existait déjà en centre-ville, mais peu d'habitants des QPV y participaient. La Ville a donc créé une antenne délocalisée dans un QPV, financée par l'ARS et la Ville *via* le Contrat de ville (financement de sessions collectives complémentaires).

Sept enfants ont suivi ce programme et 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 et un entretien avec un psychologue.

En parallèle de ces séances individuelles, des ateliers collectifs sont organisés pour les sept familles :

- 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

Le bilan a été très positif pour la première édition de la délocalisation du programme d'ETP. Cinq enfants ont eu une baisse de l'IMC ; six enfants ont eu une baisse de la sédentarité, une inscription en club sportif, de nouvelles notions qui sont acquises et des modifications de comportement. Sur les sept enfants, cinq témoignent d'une amélioration de la vie de famille et du lien avec des amis et un bien-être globalement amélioré.

## **2.4. Santé-environnement**

### **Constats et enjeux de santé publique dans les QPV**

D'une part, les habitants des QPV peuvent être exposés, dans leur environnement quotidien, à plus de facteurs néfastes et moins de facteurs de protection pour la santé. Ils ont par exemple souvent moins accès à des espaces verts de qualité. Les QPV subissent également plus fortement le phénomène d'îlot de chaleur urbain. Ils peuvent être plus exposés aux nuisances (pollution de l'air, bruit) issues des grands axes routiers. A l'échelle du bâti, les logements présentent des problématiques de santé-environnement bien connues (bruit, précarité énergétique), malgré les efforts faits en matière de

rénovation. Les programmes de rénovation urbaine et les dynamiques relevant de l'urbanisme favorable à la santé (UFS) s'attellent à ces enjeux

D'autre part, comme les autres messages de santé publique (cf. paragraphe sur l'activité physique et l'alimentation), les actions de promotion en santé-environnement peuvent peiner à toucher les personnes les plus défavorisées. Ainsi, les Villes-Santé, comme les autres acteurs de la promotion en santé-environnement, sont confrontés à l'enjeu du croisement des inégalités sociales de santé et des inégalités environnementales de santé. Elles doivent être vigilantes à ce que leurs actions de prévention et promotion en santé-environnement, par exemple les actions de sensibilisation à l'exposition aux substances préoccupantes parmi lesquelles figurent les perturbateurs endocriniens, ne bénéficient pas à ceux qui sont déjà mieux informés, renforçant ainsi les inégalités sociales de santé. L'aller vers, la médiation par les pairs et la santé communautaire sont donc des leviers à renforcer également dans les actions relevant des sujets de santé-environnement ; et les contrats de ville peuvent être mobilisés en ce sens.

### **Les besoins**

Les besoins concernant les actions en santé-environnement rejoignent celles des actions de prévention-promotion de la santé. En effet, si le cadre de vie est travaillé notamment via la mise en œuvre du concept d'urbanisme favorable à la santé et par les projet de renouvellement urbain, on peut constater un manque de littératie en santé dans les QPV, y compris sur les sujets de santé-environnement. Ainsi, les démarches de sensibilisation, d'information et d'aller-vers sont également primordiales dans les QPV.

### **Exemples d'actions**

#### **- L'ordonnance verte à Strasbourg**

Avec son « ordonnance verte », la Ville de Strasbourg s'adresse à toutes les femmes enceintes du territoire et porte une attention particulière à celles issues des QPV, mettant ainsi en œuvre le principe d'universalisme proportionné : s'adresser à tous, en faisant plus pour celles et ceux qui en ont le plus besoin. Le dispositif consiste en des ateliers de sensibilisation aux perturbateurs endocriniens couplés à la distribution hebdomadaire gratuite de paniers de légumes biologiques, de sorte à lutter contre l'exposition des femmes enceintes et du fœtus aux perturbateurs endocriniens, tout en allant vers une alimentation saine. La Ville a veillé à avoir des lieux de distributions de paniers et des lieux d'ateliers dans les QPV. Dans sa prochaine édition, l'ordonnance verte intègrera une « durée solidaire », c'est-à-dire un nombre de paniers de légumes déterminé en fonction du quotient familial.

>> Pour en savoir plus : vidéo « [Mobiliser le droit commun tout en veillant aux QPV : l'exemple de l'ordonnance verte](#) » réalisée dans le cadre du projet.

#### **- La lutte anti-vectorielle à Bordeaux Métropole**

A Bordeaux Métropole, les actions de lutte anti-vectorielle, qui vise à lutter contre la densité de moustique tigre, responsable de la transmissions de maladies telles que la dengue, le chikungunya et le Zika, prennent corps à diverses échelles. Les informations générales au grand public via le site internet, des affiches, etc., visent l'ensemble de la population. D'autres démarches sont menées à échelle plus fine. La Métropole a notamment travaillé à l'échelle d'un quartier, dans un QPV. Les



habitants d'une vingtaine d'habitation ont été sensibilisés aux bons gestes pour réduire les gîtes larvaires (petites quantités d'eau stagnante, par exemple dans les coupelles de jardinières). La Métropole a ensuite pu constater une diminution de la densité du moustique dans le quartier et les environs. Cette action, menée dans un QPV, illustre les changements dans la lutte anti-vectorielle, dans la perspective « une seule santé », en agissant en amont sur les gestes préventifs et en s'appuyant sur la participation des habitants.

## Annexe : liste des réunions passées

Date	lieu	Thématique	Nombre de participants
20/05/2022	Visio	Réunion de lancement ; Liens entre l'ASV, le CLS et le Contrat de Ville	4 participants du secrétariat RfVS 32 participants de Villes-Santé 2 participants d'autres villes 2 participants Banque des Territoires 1 participant d'autre structure (Fabrique Territoires Santé)
05/07/2022	Visio	Bilan et évaluation du Contrat de Ville et des actions, financement des actions	4 participants du secrétariat RfVS 18 participants de Villes-Santé 2 participants d'autres villes 1 participant d'autre structure (CNFPT)
22/09/2022	Visio	Alimentation et activité physique dans les QPV	4 participants du secrétariat RfVS 34 participants de Villes-Santé 1 participant d'autre ville 2 participants d'autres structures (CNFPT, Fabrique Territoires Santé)
15/11/2022	Visio	Transversalité et coordination des politiques dans les QPV : l'exemple des actions de santé menées dans le cadre de la Cité éducative	3 participants du secrétariat RfVS 18 participants de Villes-Santé 2 participants d'autres structures (CNFPT, Fabrique Territoires Santé)
07/12/2022	Lille	Les actions de santé mentale dans les QPV : l'exemple des espaces écoute santé	2 participants du secrétariat RfVS 15 participants de Villes-Santé
26/04/2023	Strasbourg	Journée « Comment renforcer l'accès à la santé et promouvoir les démarches de santé communautaire dans les QPV ? » - Le recours à l'observation locale en santé - Le soutien à l'offre de soin dans les QPV - L'Aller-vers et la médiation en santé dans les QPV	3 participants du secrétariat RfVS 26 participants de Villes-Santé 2 participants Banque des Territoires (Direction régionale Grand Est) 22 participants d'autres structures (ARS Grand Est et délégation territoriale du Bas-Rhin, Préfecture Grand Est, Maison de santé, Centre municipal de santé Fabrique Territoires Santé, Centre de Ressource politique de la ville, Centre de ressources en santé mentale, ORS Grand Est, associations locales porteuses d'actions en santé)
27/06/2023	Visio	Les actions d'aller-vers et de médiation en santé dans les QPV	25 participants issus de Villes-Santé + 2 hors Villes-Santé
17/10/2023	Visio	Les actions en santé-environnement	3 participants du secrétariat RfVS 18 participants de Villes-Santé 1 participant d'une autre structure (FUB)
10/11/2023	Visio	Temps d'échange sur les perspectives 2024	2 participants du secrétariat RfVS 22 participants de Villes-Santé 2 participants d'autres structures (Fabrique Territoires Santé, ORIV)

25/01/2024	Hub des Territoires	Double webinaire de clôture du projet : <ul style="list-style-type: none"><li>- Enjeux de santé dans les QPV : comment agir localement ?</li><li>- Offre de soin primaire dans les QPV : trois modèles de lieu de santé</li></ul>	Environ 30 personnes en présentiel Environ 120 participants en distanciel
------------	---------------------	---	--