



**PREMIER
MINISTRE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

cnv conseil
national
des villes

AVIS

« PENSER LE BIEN-ÊTRE EN SANTE DANS LES QPV : L'Habitant comme acteur clé »

« En qualité de membre de la profession médicale, Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité ; Je considérerai la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ; Je respecterai l'autonomie et la dignité de mon patient ; Je veillerai au plus grand respect de la vie humaine ; Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ; Je respecterai les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ; J'exercerai ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ; Je perpétuerai l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ; Je témoignerai à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ; Je partagerai mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ; Je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ; Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiques, même sous la contrainte ; Je fais ces promesses sur mon honneur, solennellement, librement »¹.

A l'heure où des politiques d'exclusions, s'affirment et s'ancrent de plus en plus dans nos sociétés, créant des fractures et extrapolant les inégalités, il semble bon de rappeler les valeurs de la médecine.

L'avis a été adopté à l'unanimité en Assemblée plénière le 25 octobre 2024.

¹ Le serment d'Hippocrate.

SYNTHESE DE L'AVIS

L'accès à la santé demeure une préoccupation croissante et ce particulièrement dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, qui se retrouvent souvent dans des situations de déserts médicaux, alors même que les inégalités sociales et environnementales de santé qu'ils subissent, exposent davantage sa population et exacerbent ses besoins, et que le taux de renoncement à la santé y est plus important. Depuis 2016, **la santé est une politique publique portée dans le cadre réglementaire de la stratégie nationale de santé** définie par le Gouvernement et dont la déclinaison s'appuie sur de nombreux acteurs, à des échelons territoriaux divers. La place de l'usager et plus largement **la démocratie en santé s'est affirmée comme une démarche à développer dans le déploiement des politiques publiques territoriales de santé**, permettant une coopération, favorisant la solidarité et le lien social, et garantissant des décisions coconstruites, efficaces et éthiques.

L'avis du Conseil national des villes comporte **treize recommandations opérationnelles** qui s'articulent autour de deux axes, un premier sur **le renforcement du pouvoir d'agir des habitants**, et un second qui présente sous forme de leviers des **solutions et des actions innovantes** qui émergent dans les territoires.

Préalablement à toute volonté de développement de l'action publique en santé sur les territoires, il est nécessaire de **disposer d'une vision globale du maillage territorial existant pour permettre une articulation cohérente entre les différents acteurs et dispositifs**.

Si les pratiques des professionnels de santé s'inscrivent dans des doctrines ancrées depuis de nombreuses années, de nouvelles pratiques et structures se développent, soucieuse de **mener une approche horizontale et globale qui dépasse le seul « soin »**, à l'instar de l'approche participative de la santé communautaire. La **pluralité des acteurs et professionnels qui compose les centres où elle s'exerce**, encourage la **co-construction grâce aux expertises croisées**, et permet aux habitants d'être **acteurs de leur propre santé en apportant leurs expertises d'usage et leurs savoir-faire aux professionnels et acteurs de la santé**. Il existe néanmoins un véritable besoin de soutien politique et financier pour promouvoir cette approche. Afin d'agir sur les pratiques, faire évoluer les parcours de formation, initiale et continue, des professionnels de la santé et de la médiation est un enjeu central.

Il existe un véritable **enjeu de soutien à la médiation, de communication et d'information à destination des populations les plus fragiles**. La médiation sociale en santé et la médiation en santé constituent des **solutions pour réduire le renoncement aux soins, rapprocher les personnes éloignées du système de santé et améliorer l'alliance thérapeutique**. Une réponse adaptée passe notamment par une meilleure articulation entre le travail des médiateurs et celui des travailleurs sociaux, la **formation et la professionnalisation des médiateurs**, ainsi qu'une attention particulière à leurs conditions d'exercice.

L'organisation de l'offre de soins doit permettre **de s'installer en proximité voire de « délocaliser »** parfois les équipements et les consultations au plus près des publics pour les inscrire dans leur cadre de vie, à l'instar des « bus santé ». D'autres freins, qu'ils soient financiers, culturels, religieux, cognitifs, psychologiques, liés à des stéréotypes de genre, à l'âge ou encore à des difficultés d'accès à l'information, entravent néanmoins l'accès à la santé.

Le modèle des maisons de santé pluriprofessionnelles et centres de santé communautaires, qui proposent **une large amplitude horaire d'ouverture et d'accueil doivent être sources d'inspiration**

car elles permettent de lutter contre l'illectronisme. Par ailleurs, une stratégie d'aller-vers doit aussi permettre de lever les freins linguistiques, notamment par le renforcement de la présence d'interprètes dans les établissements et le recours à l'interprétariat.

Répondre aux situations de détresse psychologiques est une priorité sanitaire majeure qui nécessite la mise en place de dispositifs pour répondre au déficit d'information, de dispositifs de prévention et de personnel pour sensibiliser et accompagner les personnes.

L'alimentation durable, de qualité et équilibrée, ainsi que la pratique régulière d'une activité sportive doivent être au cœur des politiques de santé. **D'une part, les habitants des quartiers font face à une double peine** : l'absence de commerces de qualité et l'absence de produits alimentaires à des prix abordables. **D'autre part, les habitants des quartiers pratiquent moins d'activités physiques que les habitants des autres unités urbaines et pour des durées plus courtes.**

Le CNV porte également une attention particulière à la **situation des femmes** afin de les sensibiliser à **leur propre santé**, et de lutter contre les discriminations car elles constituent **une des raisons du renoncement et du non recours des femmes des quartiers à se faire soigner**. Par ailleurs, à tout âge de la vie, l'accès à la santé doit être garanti pour tous. **L'absence de médecine scolaire dans les écoles élémentaires et la faiblesse du réseau d'infirmières scolaires dans les établissements** en REP et REP+, est une situation alarmante. **La politique de la ville ne peut pas et ne doit pas pallier les carences du droit commun**, comme le soulignait le CNV en 2020 dans son avis intitulé « *Penser le présent, penser les futurs* ». Un an plus tard, dans son avis "*Vieillir en quartier prioritaire : un enjeu de société – Sortir du déni de vulnérabilité*", l'instance alertait sur la **situation préoccupante des personnes âgées dans les territoires en géographie prioritaire**.

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS DE L'AVIS

Mieux appréhender le non recours aux soins dans les QPV

- La Conférence nationale de la Santé (CNS) et l'ONPV pourraient se mobiliser, pour identifier et mesurer des indicateurs de non recours aux soins, sur l'impact des déterminants de santé dans la perspective d'établir à l'échelle locale des diagnostics sur les spécificités des publics.

Renforcer des dispositifs existants

- La démarche de contractualisation unique avec une gouvernance « interministérielle » installée au local mériterait d'être encouragée en tenant compte des spécificités des territoires.
- Le déploiement des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), qui viennent en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux pour des parcours de santé complexes, doit être accompagné et renforcé auprès des populations fragiles.

Encourager les expérimentations

- Le Ministère de la Santé doit maintenir un Fond d'intervention régional (FIR) conséquent à la main des ARS pour leur permettre d'innover, de s'adapter au niveau local et d'assurer le soutien des expérimentations.
- Dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018, favoriser les expérimentations en QPV, réfléchir à leurs modes de généralisation ou l'adaptation d'expérimentations existantes dans d'autres territoires.

Créer des espaces de dialogue

- Que la Direction générale de l'offre de soin du Ministère de la santé favorise et accompagne les ARS pour le développement d'espaces de dialogue (partage d'expérience, recherche et innovation, confrontations de pratiques entre pairs) en lien avec des acteurs associatifs et les services municipaux intervenants dans le champ de la politique de la ville.

Améliorer la formation des professionnels de santé

- Développer des modules en formation initiale et continue des professionnels sur l'empathie et sur l'impact des déterminants sociaux de santé dans tous les parcours des professionnels de la santé.

Promouvoir l'approche de la santé communautaire

- Inscrire les principes et les méthodes de la santé communautaire et l'importance d'assurer des missions de médiation en santé, dans le cahier des charges des 40 centres de santé financés par le fond de co-investissement de l'ANRU.
- Assurer le recrutement de coordonnateurs de parcours dans les maisons et centres de santé participatifs ou communautaires qui jouent un rôle d'articulation des acteurs et de mobilisation des habitants dans leur propre santé.

Renforcer la médiation

- Rendre obligatoire dans la feuille de route des ARS, la mise en œuvre d'actions de médiation sociale en santé et de médiation en santé dans le cadre des PRAPS.
- Il apparaît nécessaire de reconnaître officiellement le métier de médiateur -véritable interface entre les habitants et les institutions-, dans le code de la santé publique voire plus encore dans le code de l'action sociale et des familles, afin de les inscrire dans le droit commun.
- Développer des formations sur la médiation sociale en santé et sur la médiation en santé à un niveau BAC+3 reconnu au niveau national dans le répertoire opérationnel des métiers et emplois (ROME).
- Le Ministère de la Santé pourrait déployer en priorité dans les quartiers prioritaires, des médiateurs en santé pour passer leur effectif de 1 000 à 2000 d'ici 2030.

SOMMAIRE

CONTEXTE.....	8
PREAMBULE.....	12
AXE 1 : RENFORCER LE POUVOIR D'AGIR DE L'HABITANT DANS SON PARCOURS DE SANTE.....	16
1) Objectiver : de quoi parle-t-on ?	16
2) Changer de paradigme pour replacer chaque habitant au cœur de son parcours de santé	17
Enrichir la formation des professionnels	17
Promouvoir l'approche de la santé communautaire	18
3) Donner toute leur place aux usagers	21
Renforcer l'information et la communication au plus près des habitants	21
L'approche et l'intérêt de la médiation	21
AXE 2 : LEVER LES FREINS UN ENJEU D'EMANCIPATION	24
Un accueil inconditionnel.....	24
Accompagner les publics allophones et lever la barrière de la langue.....	25
La santé mentale : un tabou dans les quartiers	25
Des solutions « en proximité » pour répondre à l'enclavement des quartiers	27
Penser la prévention à la santé par l'alimentation	28
Encourager et accompagner la pratique sportive et l'activité physique	30
Une attention particulière sur des publics.....	30
ANNEXES.....	33

Les travaux et réflexions se sont structurés autour de cinq réunions thématiques regroupant 17 membres² issus des quatre collèges du Conseil national des villes. Les membres ont procédé à un grand nombre d'auditions³.

Un temps d'échanges et de débats a été réservé dans un premier temps à la présentation des conclusions des co-pilotes du groupe de travail devant les membres du Bureau de l'instance le lundi 16 septembre 2024, puis lors de l'Assemblée plénière du vendredi 25 octobre 2024 devant l'ensemble des membres de l'instance.

² Tahar AKERMI, Pierre-Pascal ANTONINI, Patrick CHEVALLIER, Irma CORONADO-GOUPIL, Julie DELPECH, Fabienne FERTE, Laurent GIRAUD, Khalid IDA-ALI, Guillaume LE BLANC, Daniel LENOIR, Didier MENARD, Hoda NAGY, Ibrahima MMADI, Lilia SANTANA, Denis SOUILLARD, Lorana VINCENT, Hakim YAZIDI.

³ Liste des personnes auditionnées en Annexe 3.

CONTEXTE

La Pandémie de Covid-19 a remis en lumière la fragilité du système de santé et les disparités territoriales de l'offre hospitalière et libérale de soins en médecine générale et spécialisée comme en offre de santé. Les constats sont alarmants, tant dans les territoires ruraux qu'urbains, bien que leurs besoins et leurs ressources diffèrent. De nombreux rapports ont permis de documenter, d'objectiver et de dénoncer ces situations d'inégalités sociales et territoriales qui creusent depuis de nombreuses années l'impact des déterminants de santé⁴.

L'accès à la santé demeure une préoccupation croissante et ce particulièrement dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville⁵, qui se retrouvent souvent dans des situations de déserts médicaux, alors même que les inégalités sociales et environnementales de santé qu'ils subissent, exposent davantage sa population et exacerbent ses besoins, et que le taux de renoncement à la santé y est plus important. Selon les données publiées en 2024 par l'Institut Montaigne, les quartiers prioritaires comptent 249 professionnels de santé libéraux pour 100 000 habitants, contre une moyenne de 396 sur l'ensemble du territoire français. Concernant les spécialistes, les habitants des QPV ont en moyenne 31 médecins spécialistes pour 100 000 habitants contre 67 en dehors des quartiers⁶.

Depuis 2016, la santé est une politique publique portée dans le cadre réglementaire de la stratégie nationale de santé⁷ définie par le Gouvernement et dont la déclinaison s'appuie sur de nombreux acteurs, qu'ils soient publics, privés, associatifs ou encore politiques et ce, à des échelons territoriaux divers. La place de l'usager et plus largement la démocratie en santé⁸ s'est affirmée comme une démarche à développer dans le déploiement des politiques publiques territoriales de santé, permettant une coopération, favorisant la solidarité et le lien social, et garantissant des décisions coconstruites, efficaces et éthiques. Inscrite au cœur de la stratégie nationale de santé 2023-2033, la démocratie en santé est l'un des douze enjeux permettant d'améliorer le système de santé français. Désormais, l'ambition devra être de passer à l'échelle voire de la rendre opposable à tous les territoires et aux professionnels de santé.

La mise en œuvre et l'atterrissement des politiques publiques de droit commun dans les territoires nécessite un travail d'articulation⁹ entre les différents acteurs à l'échelle locale afin de permettre une meilleure compréhension des stratégies respectives et une mobilisation efficiente des financements. Force est de constater que l'organisation actuelle ne favorise pas l'articulation en parcours de soins et

⁴ Selon Yannick Nadesan, Président du Réseau français Villes-Santé : « 80% de l'état de santé d'une personne est lié à son environnement ».

⁵ Le rapport annuel 2016 de l'ONPV précise que l'offre de soins en médecins généralistes et spécialistes libéraux est déficitaire dans les quartiers, avec 3,2 fois moins de médecins généralistes présents en QPV que dans les unités urbaines environnantes.

⁶ Institut Montaigne (2022), Rapport « L'avenir se joue dans les quartiers pauvres ».

⁷ La Stratégie nationale de santé est définie par le Gouvernement et se fonde sur l'analyse du Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables. La nouvelle stratégie nationale de santé a été conclue en 2023 pour une période de 10 ans.

⁸ Selon la Conférence Nationale de Santé, la démocratie en santé est une urgence santé publique et se définit comme étant la « promotion des droits individuels et collectifs des usagers et vise à impliquer les acteurs du système de santé ainsi que les populations dans la conception, l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé [...] elle couvre l'intégralité du parcours de santé, incluant les secteurs ville, sanitaire, médico-social et social, ainsi que les aspects de prévention et de promotion de la santé », La démocratie en santé : une urgence de santé publique (sante.gouv.fr), 2022.

⁹ Cour des Comptes (2023), L'organisation territoriale des soins de premier recours. Chapitre III Une politique publique à structurer en fonction de résultats attendus.

de santé dans une approche transversale avec une offre de soin construite dans la durée ni de lutter efficacement contre le phénomène du renoncement.

Les ARS définissent et mettent en œuvre les politiques de santé¹⁰ en région avec une gouvernance qui leur est propre¹¹. Leurs missions sont priorisées et organisées dans le cadre des Programmes régionaux de santé (PRS), adaptés aux caractéristiques de leurs territoires qui se décline au niveau local à travers les contrats locaux de santé (CLS) signés avec les collectivités locales, mais restent souvent marquées par un tropisme sur l'offre hospitalière de soin. **Le rôle structurant des ARS** - dans le déploiement de la politique de santé dans les territoires **devrait se développer sur le champ du partage d'expérience, de la recherche et de l'innovation et des confrontations de pratiques entre pairs** en favorisant des espaces de dialogue notamment avec les acteurs associatifs et les services municipaux en charge de la politique de la ville.

Le CNV recommande à la DGOS¹² de favoriser et d'accompagner les ARS pour le développement d'espaces de dialogue (partage d'expérience, recherche et innovation, confrontations de pratiques entre pairs) en lien avec des acteurs associatifs et les services municipaux intervenants dans le champ de la politique de la ville.

Bien que **la santé ne soit pas une compétence locale obligatoire**, les élus locaux sont des partenaires et des acteurs majeurs qui restent très attentifs à l'offre de santé sur leur territoire et aux déterminants de santé de leur population¹³. Au niveau local, l'articulation des outils et la coordination entre les collectivités et les acteurs de terrain s'exercent particulièrement dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS), des contrats locaux de santé mentale (CLSM)¹⁴, ou encore des Ateliers Santé Ville (ASV)¹⁵. Ces démarches ont montré leur capacité à agir en faveur de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et la mise en œuvre de solutions adaptées pour une offre de santé de proximité. **Il faut leur donner les moyens d'agir y compris pour le secteur associatif et adapter l'organisation territoriale**¹⁶.

Les **communautés professionnelles territoriales de santé** (CPTS) constituent un outil intéressant pour favoriser la coordination des professionnels du soin. Il est soullevé **le rôle essentiel de leurs coordonnateurs** qui permet de **penser les enjeux de santé publique dans une approche globale et en transversalité** avec les acteurs et les dispositifs qui se déplient sur un territoire. Le **co-financement** (Assurance Maladie-Collectivité) et le **statut** (filière professionnelle) de ces postes sont un véritable point d'attention structurant dans l'efficacité des actions déployées sur les territoires.

¹⁰ Les ARS déclinent la politique de santé publique et en régulent l'offre. Leurs actions transversales et territoriales doivent s'appuyer sur un grand réseau d'acteurs de la santé publique, du médico-social, de l'hospitalier et également de la médiation.

¹¹ Depuis 2014, les ARS disposent d'une plus grande autonomie dans le déploiement de la politique publique et d'un renforcement des pouvoirs du directeur de chaque ARS qui rend compte du déploiement de la politique auprès du Ministre de la Santé, à travers le Préfet de région.

¹² La Direction générale de l'offre de soin du Ministère de la santé.

¹³ Villes Santé & Banque des territoires (2021), Offre et accès aux soins primaires quels rôles des villes et intercommunalités ?

¹⁴ Jusqu'en 2019, les contrats locaux de santé et les contrats locaux de santé mentale, étaient exclusivement conclus avec les communes et établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), ayant des indicateurs de santé dégradés.

¹⁵ Les ateliers santé ville sont des démarches réservées aux quartiers prioritaires de la politique de la ville, au croisement de la politique de la ville et de la politique de santé, qui s'appuie obligatoirement sur la participation des habitants et de toutes les ressources locales et qui ont pour objet la coordination des acteurs et des actions locales de santé. <https://www.fabrique-territoires-sante.org/dynamiques-territoriales-de-sante/ateliers-sante-ville/>

¹⁶ Cour des comptes (2023), L'organisation territoriale des soins de premier recours.

Le système de santé en France se concentre principalement sur le traitement des maladies plutôt que sur la prévention des risques, la prise en compte des déterminants de santé, ou l'accompagnement des individus dans leur parcours de soin et de santé. L'écosystème de la santé reste très marqué par le prisme techno-budgétaire au national -avec le financement de la tarification à l'activité (T2A) et le paiement à l'acte.

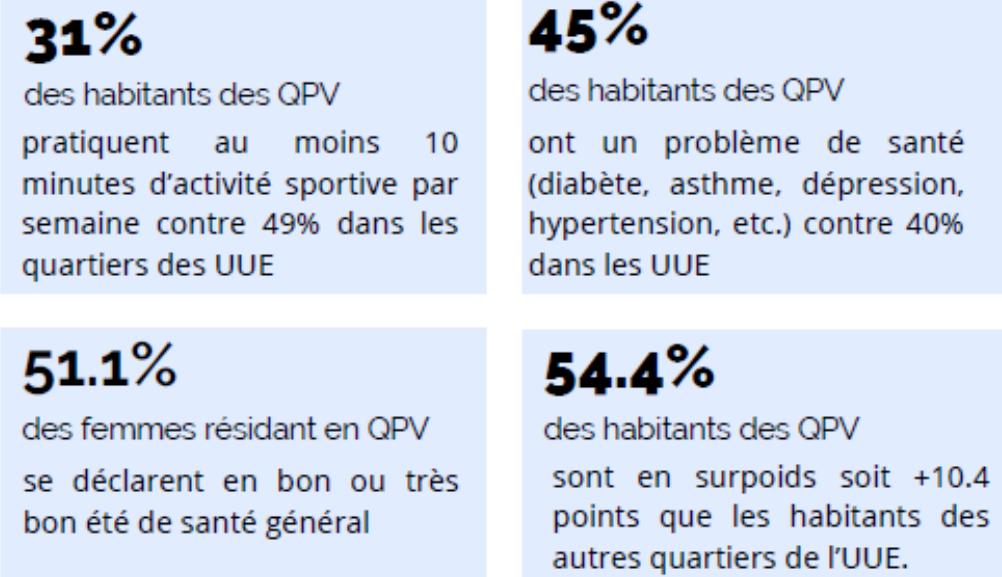
Pour développer et déployer une politique territoriale de santé, il est nécessaire de disposer d'une lisibilité à moyen et long terme. Celle-ci doit permettre de garantir et de développer les structurations des professionnels du soin et du social avec une politique publique de prévention et de promotion de la santé dans une ambition de réduction des coûts du système de santé¹⁷.

La santé doit se concevoir comme une véritable politique publique interministérielle axée également sur la promotion, l'éducation et la prévention de la santé. La mobilisation du droit commun doit pérenniser les financements des postes, des structures et des actions et être renforcée sur les territoires les plus fragiles au profit des populations et notamment les habitants des quartiers prioritaires. Le CNV salue le déploiement ces dernières années des équipements de santé et l'implantation de maisons et centres de santé dans les quartiers¹⁸, qui devra se poursuivre en s'inscrivant pleinement dans le cadre des conventions interministérielles d'objectifs (CIO).

¹⁷ L'absence de politique de santé axée sur la prévention engendre un coût -bien que difficile à estimer pour notre système de santé- important tant pour le système de santé en lui-même que pour les individus.

¹⁸ [Arrêté du 28 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 9 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « Structures d'exercice coordonné participatifs » - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#) : En février 2020, l'ANCT a identifié que 86 % du total des 1 514 QPV ne disposaient d'aucune structure de soins de premier recours (maison de santé pluriprofessionnelle ou centre de santé mono ou pluriprofessionnel) dans leur périmètre.

Une prévalence de déterminants de santé



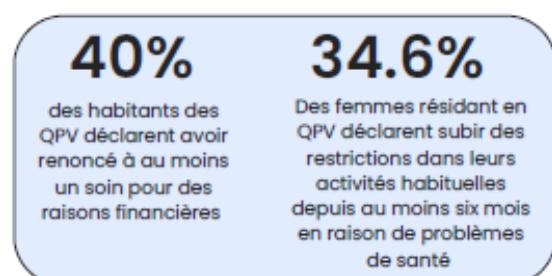
Des QPV inégalement dotés

209
centres de santé
contre 2 063 à l'échelle de la France

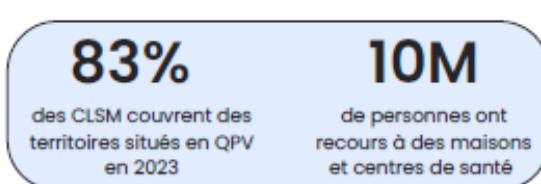
42 maisons de santé
pluriprofessionnelles
contre 1 048 à l'échelle de la France



Des besoins en santé persistants...



...et des évolutions encourageantes



Sources :

- Institut Montaigne (2022), Rapport "L'avenir se joue dans les quartiers pauvres"
- ONPV (2019), Rapport annuel 2019
- Centre national de ressources et d'appui aux CLSM (2023), Rapport "Etat des lieux national sur le fonctionnement des conseils locaux de santé mentale"

PREAMBULE

Le rapport à la santé et à la maladie est très personnel. Leur perception et signification ne peuvent pas uniquement être liées à la seule approche scientifique de la médecine qui oublie de prendre en considération la singularité des personnes qu'elle doit traiter. La santé touche **au bien-être général de la personne et à l'ensemble des déterminants qui influent sur la santé**. Elle inclut des aspects psychologiques, sociaux, culturels et environnementaux moins visibles et plus complexes à identifier, notamment chez les femmes¹⁹. Les politiques publiques qui agissent sur ces nombreux déterminants de santé, doivent être confortées et soutenues.

Les **inégalités de santé sont le résultat de l'impact de ces déterminants de santé** (revenus, scolarités, profession, genre, logement, alimentation, etc.), qui sont exacerbées dans les quartiers prioritaires et dans les territoires d'outre-mer²⁰, où l'on observe une **prévalence de certaines pathologies de santé telles que l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les problèmes respiratoires ou encore les troubles dépressifs**²¹. Ces inégalités peuvent s'accompagner **d'inégalités territoriales**, caractérisées donc, par une **difficulté d'accès aux services, une faible densité de professionnels de santé sur le territoire, ou une surexposition à des risques pour la santé comme la pollution**. Les **déterminants sociaux exacerbent les problèmes structurels d'accès aux soins et intensifient les besoins de santé des habitants**.

Aux inégalités territoriales et sociales de santé s'ajoutent un enjeu sur le **non recours ou le recours tardif aux soins** qui est une réalité présente sur l'ensemble du territoire²² et qui touche plus durement les habitants des quartiers prioritaires. **40% des habitants des quartiers prioritaires déclarent avoir déjà renoncé à au moins un soin** (optique, dentaire, consultation de médecine générale) **pour des raisons financières**, contre 26% dans les unités urbaines environnantes²³. **L'ignorer reviendrait à nier un problème sociétal et social**.

Les constats sur le non recours ou le recours tardif aux soins ne prennent pas en compte les raisons sous-jacentes du renoncement aux droits à la santé et les difficultés d'accès au parcours de santé²⁴.

¹⁹ Dans le rapport à la santé et son évaluation, il faut distinguer la santé subjective qui se réfère à la perception individuelle de son propre état de santé, basé sur les ressentis, les expériences personnelles marquantes et de son bien-être général (niveau de confort, l'absence de stress, la douleur et l'état émotionnel) et la santé objective qui se réfère à l'état de santé mesuré par des indicateurs et des méthodes médicales en se basant sur des chiffres quantifiables (résultats d'examens médicaux, les diagnostics de maladies, les tests de laboratoire, les évaluations cliniques). Ces deux dimensions sont à prendre en compte, particulièrement chez les femmes souvent vulnérables et discrètes, pour évaluer le réel état de santé d'une personne.

²⁰ Selon le Baromètre Santé 2014, les habitants de Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion âgés de 15 à 75 ans sont moins nombreux à se percevoir en bonne santé que ceux de Métropole. En moyenne, 61 % d'entre eux considèrent que leur état de santé est bon ou très bon, contre 69 % des Métropolitains. En Martinique et en Guadeloupe, moins de 60 % des habitants se sentent en bonne santé alors qu'en Guyane et à La Réunion, où la population est beaucoup plus jeune, la situation se rapproche de celle de la Métropole. Toutefois, à structure d'âge comparable, 37 % des Réunionnais déclarent avoir une maladie chronique, contre 34 % des Métropolitains.

²¹ Dans son rapport annuel publié en 2019, l'ONPV soulignait notamment que 45% des habitants des quartiers ont un problème de santé (diabète, asthme, dépression, hypertension, etc.).

²² D'après l'enquête Statistiques sur les Ressources et Conditions de Vie (SRCV) de l'Insee 4,4% de la population française déclare avoir renoncé à un examen ou à un traitement médical.

²³ ONPV (2019), Rapport annuel 2019.

²⁴ Ce phénomène de renoncement a augmenté depuis plusieurs années, et cela s'explique notamment par trois facteurs : Des facteurs endogènes (motifs géographiques, socioéconomiques ou un faible niveau de littératie en santé) ; Des problèmes systémiques d'organisation du système de santé (délais de rendez-vous trop longs, horaires inadaptées, services inadaptés aux différents groupes sociaux, ou encore la dématérialisation de la prise de rendez-vous) ; Un système de santé qui n'est ni conçu ni aménagé pour prendre en charge l'usager dans une approche de parcours de soins.

Questionner les croyances et les représentations²⁵ pour comprendre pourquoi une personne ne recourt pas naturellement aux soins est nécessaire. On sait aujourd’hui que **les efforts financiers et humains déployés pour lutter contre le renoncement contribuent à améliorer la santé des populations et dans un même temps à réduire les dépenses du système de santé**. Pour en identifier toutes les causes et en objectiver les impacts, il faut désormais se donner les moyens d’en renforcer la connaissance.

La participation des habitants dans la mise en œuvre des politiques territoriales de santé, de prévention et d'accès à la santé est **un facteur essentiel** pour déployer une politique publique territoriale de santé. Celle-ci doit être en capacité de diminuer les inégalités et d'identifier les leviers mobilisables et d'autre part de déployer des actions qui répondent véritablement aux besoins des habitants. **L'implication des habitants contribue à une approche globale des déterminants en santé s'en s'enfermer dans le soin.**

Les expérimentations sur la co-construction avec les habitants de la définition des besoins, des actions et des priorités sont nombreuses. Il n'existe pas de modèle qui puisse être réplicable, car il est nécessaire de prendre en compte les spécificités territoriales et de partir des besoins des habitants, mais il apparaît intéressant que **dans le cadre du fond d'intervention régional (FIR)²⁶, chaque ARS puisse accompagner des actions innovantes pour faire émerger des projets en priorité envers les populations des quartiers prioritaires.**

Les travaux préparatoires du **projet régional de santé (PRS)** de l'ARS Ile-de-France 2018 ont été fortement marqués par la **participation des habitants**, avec l'organisation de rencontres dans les QPV qui ont réuni plus de 80 habitants répartis en groupe de travail. Ces temps de co-construction étaient animés par la **Fédération des associations de médiation sociale et culturelle d'Ile-de-France**.

Après la phase de rédaction, **une restitution a été organisée dans les locaux de l'ARS pour échanger sur les préconisations retenues et celles non-retenues**. Il est également prévu qu'une partie des habitants puisse publier en leur nom le rapport de plaidoyer. Cette co-construction a permis d'infléchir la politique de santé à l'échelle locale.

L'action a été reconduite pour l'élaboration du PRS 2023.

Le Ministère de la Santé doit maintenir un Fond d'intervention régional (FIR) conséquent à la main des ARS pour leur permettre d'innover, de s'adapter au niveau local et d'assurer le soutien des expérimentations.

²⁵ Les raisons du renoncement sont multiples : financières, logistiques, délais d'attente, distance géographique mais également en raison d'une appréhension des soins ou l'attente d'une amélioration. <https://odenore.msh-alpes.fr/>

²⁶ Les ARS ont à disposition deux types de financements :

- L'ONDAM - financement voté chaque année par le Parlement- qui ne constitue pas un budget, mais un indicateur de maîtrise des dépenses de santé à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, mais aussi dans les centres-sociaux ;
- Le FIR qui finance des actions et des expérimentations validées par les ARS en faveur de la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire.

Dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018²⁷, favoriser les expérimentations en QPV, réfléchir à leurs modes de généralisation ou l'adaptation d'expérimentations existantes dans d'autres territoires.

La compétence santé n'est pas identifiée dans le champ de compétences des collectivités territoriales ce qui rend complexe son articulation à l'échelle territoriale. Dès lors, la politique de la ville peine à trouver sa place et à jouer son rôle de levier au droit commun en raison d'une politique locale qui ne serait pas portée et financée en tant que telle avec des compétences bien identifiées. Les collectivités territoriales portent des responsabilités majeures dans l'attractivité de leur territoire, et à ce titre contribuent à l'installation et à la collaboration des professionnels de santé au service de la population.

La mobilisation des acteurs nationaux et régionaux dans une logique de complémentarité, ainsi que l'articulation des dispositifs de droit commun avec ceux de la politique de la ville pour aller vers les publics, qu'ils soient usagers ou non usagers du système de santé, doivent permettre de construire des parcours et une offre de soin dans la durée afin de lutter efficacement contre le phénomène de renoncement.

Cela permet de poser un cadre cohérent de l'action de l'Etat tenant compte des spécificités territoriales (ruralité, urbain, péri-urbain), des profils des populations et des moyens financiers (droit commun et politique de la ville) et humains.

Le cadre de la contractualisation « Engagements Quartiers 2030 » et sa méthode -inter ministérialité, territorialité, logique de complémentarité et participation citoyenne- doivent être interrogés pour que l'axe santé devienne demain une priorité dans ces contrats et que ces axes y soient développés.

En termes de vision, il apparaît nécessaire que la politique de la ville agisse à travers une interministérialité renforcée sur des enjeux de promotion de la santé, de prévention dans une approche

La Métropole européenne de Lille (MEL) a voté – le 7 mai 2024 - une contractualisation unique « Contrat de ville et Pacte des Solidarités »²⁸ soutenue par un financement de l'Etat à hauteur de 10 millions d'euros. Les volontés politiques ont convergé pour proposer – sur la base d'un bilan – des ambitions répondant aux besoins des habitants.

La MEL, a mis un point d'honneur à travailler en interservices et le département a réorganisé ces services avec la mise en place d'un ou de chefs de projet.

L'objectif de la contractualisation unique vise à établir une vision commune à travers des objectifs communs et partagés, et des engagements de chacun des partenaires²⁹.

La démarche de contractualisation unique avec une gouvernance « interministérielle » installée au local mériterait d'être encouragée en tenant compte des spécificités des territoires.

²⁷ La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations qui contribuent à améliorer le parcours des usagers, l'efficience du système de santé, l'accès aux prises en charge et la pertinence de la prescription des produits de santé.

²⁸ MEL (2024) Signature du Contrat de Ville et des Solidarités : [DP_Contrat_de_ville_et_des_solidarites_copie.pdf](https://lillemetropole.fr/)

²⁹ La contractualisation unique de la MEL a notamment permis de renforcer l'action de la CPAM et de l'ARS en direction des populations des quartiers prioritaires.

intersectorielle des politiques publiques, et de lutte contre le renoncement qui sont des axes de réflexions innovants mais encore trop peu investis par les politiques publiques. **L'ANCT pourrait soutenir plus particulièrement les acteurs locaux qui s'investissent sur les champs de la promotion et de la sensibilisation de la santé, sur l'enjeu du bien vieillir et de la santé mentale dans un objectif de renforcement du pouvoir d'agir des habitants³⁰.**

Les quartiers prioritaires de la politique de la ville regorgent d'initiatives innovantes, qui peuvent et doivent inspirer plus largement la co-construction des politiques publiques. Ces territoires ont réussi à inventer ensemble de nouvelles pratiques leur permettant de passer, à un moment donné, face à un problème donné, d'une pratique isolée de l'action sanitaire ou sociale à des pratiques coopératives. Sur l'aspect plus particulier la promotion de la santé, tout comme de l'accompagnement au droit, des **bonnes pratiques se déploient -parfois depuis plusieurs années sur les territoires- avec des acteurs de santé et de la médiation³¹ et ont montré leur efficacité et capacité à réduire des inégalités.** L'enjeu est aujourd'hui de **permettre à ces projets et actions qui promeuvent une approche holistique de la santé de passer à l'échelle sur l'ensemble du territoire et d'être confortés dans leurs financements à travers une juste et réelle mobilisation du droit commun.**

Le CNV souhaite rappeler que depuis des années des constats forts ont été pointés -preuve en est la Stratégie nationale de santé 2017-2022 qui proposait des axes prioritaires à mettre en œuvre. Il est urgent désormais de bâtir une véritable politique publique de la santé qui renforce l'écosystème des professionnels favorisant une stratégie et volonté de méthodes collaboratives et qui remette les habitants au cœur de leurs parcours de santé et de soin.

Le CNV membre de la Conférence nationale de la santé (CNS) restera attentif à la déclinaison des axes prioritaires de la Stratégie nationale de la santé 2023- 2033 particulièrement auprès des populations des territoires fragiles.

³⁰ En 2023, 3,6% du budget du programme politique de la ville (BOP 147) était dédié à des actions d'éducation, de sensibilisation et d'accompagnement à la santé.

³¹ Tant les acteurs de la médiation sociale en santé portés par la politique de la ville, que la médiation en santé dont les postes sont portés par le Ministère de la Santé.

AXE 1 : RENFORCER LE POUVOIR D'AGIR DE L'HABITANT DANS SON PARCOURS DE SANTE

1) Objectiver : de quoi parle-t-on ?

Préalablement à toute volonté de développement de l'action publique en santé sur les territoires, il est nécessaire de **disposer d'une vision globale du maillage territorial existant pour permettre une juste et cohérente articulation entre les différents acteurs et dispositifs**. Cela doit passer par des diagnostics pour identifier les potentialités et construire une politique territoriale de santé au plus près des habitants. **Le CNV suivra avec attention les travaux réalisés par la Direction générale de l'offre de soin (DGOS) du Ministère du travail, de la santé et des solidarités, et salue le travail entrepris en collaboration avec l'ANCT pour réaliser une cartographie des maisons et centres de santé.**

Disposer d'une lisibilité et se donner les moyens de créer un environnement favorable à la santé dans une dynamique de participation citoyenne forte permettraient à la politique publique de s'emparer du sujet et de l'évaluer. **Le CNV salue les travaux entrepris par la direction générale déléguée à la politique de la ville de l'ANCT, en collaboration avec l'Observatoire national de la politique de la ville (ONPV), pour lancer une étude nationale sur les dynamiques territoriales de santé visant à dresser un état des lieux des différentes structures et dispositifs locaux³².**

La Conférence nationale de la Santé (CNS) et l'ONPV pourraient se mobiliser, pour identifier et mesurer des indicateurs de non recours aux soins, sur l'impact des déterminants de santé dans la perspective d'établir à l'échelle locale des diagnostics sur les spécificités des publics.

Le déploiement de l'offre de soin et de santé doit être pensé dans une réflexion sur la notion de quartiers vécus tout en gardant à l'esprit que l'accessibilité n'est pas un enjeu pour tous les territoires. L'enjeu n'est donc pas de déployer un centre de santé dans tous les quartiers prioritaires, mais bien de **réaliser un travail d'analyse et de diagnostic fin qui permette d'apporter des réponses et solutions concrètes aux habitants dans un bassin de vie afin d'assurer une couverture territoriale optimisée**.

Le CNV salue les différentes mesures prises depuis la période de crise sanitaire et sociale, dans le cadre des différents Comités interministériels des villes, visant notamment à l'implantation de structures au plus près des besoins des habitants dans leurs bassins de vie. Toutefois, l'instance souligne que faute d'une information et communication suffisantes, les **freins pour l'accès à la santé pour les habitants persistent**.

Il faut aboutir à une simplicité du système de santé, tant en fonctionnalité numérique et digitale que dans une accessibilité facilitée à l'usager. Celui-ci n'a pas à comprendre la complexité et la structure des institutions pour pouvoir se soigner convenablement et accéder aux services existants. Les acteurs et les institutions de santé pourraient utilement s'engager dans une volonté de partage de l'information et des données médicales. **La technologie doit être facilitatrice et non un obstacle supplémentaire.**

³² Contrat local de santé (CLS), Contrat local de santé mentale (CLSM), Atelier santé ville (ASV), Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), Maison sport santé (MSS) et les Structures d'exercice coordonné participatives (SECPA).

2) Changer de paradigme pour replacer chaque habitant au cœur de son parcours de santé

Les pratiques des professionnels s'inscrivent dans une **doctrine ancrée depuis de nombreuses années** qui découle notamment de l'organisation de l'accès aux soins et de leur prise en charge. Ce constat ne se limite pas aux médecins libéraux et hospitaliers mais concerne **l'ensemble des professionnels du secteur de la santé, de la médiation, mais également des personnels accueillants**.

Fort des constats dans les territoires les plus fragiles sur le renoncement aux droits et les difficultés d'accès à la santé et sur la **volonté des professionnels de santé de mener une approche globale de la santé partagée avec le patient qui dépasse le seul « soin »**, de nouvelles pratiques et structures se développent. Il s'agit d'une **rupture fondamentale avec les pratiques de santé classiques** auxquelles les médecins, les futurs médecins et les différents personnels sont de plus en plus sensibles bien que les résistances de professionnels et praticiens soient encore fortes.

Ces approches visent notamment à faciliter et rendre cohérent le travail des acteurs, et à favoriser les prises en charge des populations dans une logique de parcours. **Les rapports entre les professionnels s'établissent de la façon la plus horizontale possible reconnaissant dès lors la compétence de chacun au même niveau et visant une gouvernance partagée de la structure**. Ce rapport horizontal se retrouve également dans la relation entre le patient et le soignant, qui s'appuie et se construit autour des **notions d'empathie, d'écoute et de bienveillance**. **Au-delà même de la relation soignant-soigné se joue ici un véritable enjeu de lien social pour les habitants**.

Par ailleurs, il existe des discriminations dont les habitants des quartiers sont plus fortement touchés tant dans l'accès à la santé que dans l'accès à l'éducation, à l'emploi, au logement, etc., qui ont également un impact négatif sur la santé des habitants.

Le déploiement des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), qui viennent en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux pour des parcours de santé complexes, doit être accompagné et renforcé auprès des populations fragiles.

Enrichir la formation des professionnels

La **formation des professionnels de santé apparaît comme un préalable pour agir sur les pratiques professionnelles et favoriser le développement de relations de confiance entre professionnels et habitants, et ce tant dans le cadre de la formation initiale que continue**. Les formations dispensées, notamment aux futurs médecins, se tiennent souvent loin des réalités du terrain et relations avec les populations et s'attachent davantage à l'étude des pathologies, alors même qu'il apparaît nécessaire **dans l'optique d'un parcours de soin que la porte d'entrée pour le praticien soit l'usager**. Cet enjeu de formation ne se limite pas aux seuls médecins, mais concerne **l'ensemble des professionnels du secteur de la santé³³, et de la médiation**. Il est déterminant aux côtés des médecins, de pouvoir accueillir des infirmières, des infirmières en pratique avancée, des aides-soignantes en libéral, des kinésithérapeutes, des travailleurs sociaux et des coordonnateurs de projets de santé.

³³ Il est notamment relevé l'intérêt de former les métiers de l'accueil qui sont des intermédiaires essentiels entre les habitants et les médecins.

Dès lors, un changement de paradigme doit s'opérer pour reconnaître tout l'intérêt des **formations transversales**. En effet, les compétences d'un médecin vont de pair avec celles des autres médecins, des infirmiers, des spécialistes, mais également des connaissances et des pratiques de l'habitant. Lorsque la confiance est établie dans la relation entre le praticien et le patient, ce dernier sera plus enclin à livrer tous les éléments nécessaires à un diagnostic complet. Il faut être capable de nourrir sa décision et ses actes, du savoir-faire de l'autre et reconnaître une égale dignité dans la parole de chacun. Une pratique partagée entre les acteurs de la santé et les habitants permet une meilleure prise en considération des déterminants de santé.

Sur le modèle de la formation dispensée par l'EHESP³⁴, des modules de formation sur l'empathie ou encore sur l'impact des déterminants sociaux sur la santé pourraient être dispensés dans tous les parcours des professionnels de santé. Il a également été souligné l'intérêt de communiquer et de transmettre cette approche en santé en participant à des conférences et/ou formations de professionnels dans un parcours de formation continue.

Développer des modules en formation initiale et continue des professionnels sur l'empathie et sur l'impact des déterminants sociaux de santé dans tous les parcours des professionnels de la santé.

Promouvoir l'approche de la santé communautaire

La santé communautaire est un modèle qui apporte un sens à la pratique des médecins et qui de ce fait, en font un facteur d'attractivité pour les professionnels de santé³⁵. En effet, soigner un patient peut être source de frustration pour le professionnel qui ne dispose pas de l'ensemble des clés pour lever les freins et les obstacles. L'intérêt de la santé communautaire repose sur la pluralité des acteurs et professionnels qui compose les centres où elle s'exerce, permettant une approche complémentaire de la santé qui s'appuie sur la co-construction permis par les expertises croisées³⁶, mais également qui permet aux habitants d'être de véritables acteurs de leur propre santé en apportant leurs expertises d'usage et leurs savoir-faire aux professionnels et acteurs de la santé.

Constat est fait que la santé communautaire dans son approche participative et dans sa faculté à penser les déterminants de santé, permet de mieux soigner les populations et de les inscrire dans un parcours de santé³⁷. Dès lors, elle contribue à une réduction des dépenses publiques en matière de santé puisqu'ils contribuent à renforcer la prévention et la prise en charge en amont des pathologies.

Force est de constater que le modèle de **fonctionnement des centres de santé communautaire fait l'objet de contestations** car il se définit à contre-courant de la médecine classique qui est encadrée par la sécurité sociale. La santé communautaire apparaît comme un processus qui interroge les

³⁴ L'EHESP dispense une formation sur la santé communautaire qui forme les futurs professionnels par exemple sur les liens et enseignements entre la précarité et l'interaction avec les soins, sur la prise de décision partagée.

³⁵ Lors des auditions de deux centres de santé, il est notamment apparu que les centres de santé ne sont pas concernés par les problématiques de déserts médicaux. Ils sont contraints de refuser des candidatures de praticiens et ne peuvent répondre favorablement aux propositions de collectivités qui souhaitent en déployer sur leurs territoires.

³⁶ A titre d'exemple, le centre de santé communautaire de la ville de Bron « Le Jardin » a construit un programme de prévention des chutes pour les personnes vieillissantes avec l'expertise d'un podologue, d'un kinésithérapeute et d'une danseuse.

³⁷ [La démarche participative en santé Répertoire d'actions mises en œuvre 2021-2022](#).

institutions et qui remet en cause le fonctionnement institutionnel de la santé à travers une remise en cause de sa vision et de sa culture.

FOCUS : Expérimentation Structures d'exercice coordonnée participatives (SecPa)

L'expérimentation « SecPa » a été lancée en août 2021³⁸, sur **26 centres et maisons de santé participatifs** situés dans ou à proximité d'un QPV afin d'observer la viabilité économique du modèle ainsi que ses effets sur les inégalités de soins dans les quartiers prioritaires et les zones rurales en grande pauvreté et prend fin en avril 2025. **Le Gouvernement a souhaité acter lors du Comité interministériel des villes d'octobre 2023 la labérisation de ces 26 centres et maisons de santé** situés dans ou à proximité d'un QPV en 2022³⁹. Ces centres étaient déjà implantés dans les territoires et fonctionnaient parfois sans le savoir sur le modèle de la santé communautaire. L'expérimentation est financée par l'ANCT, les Caisse Primaires d'Assurance Maladie et le ministère de la santé pour un **budget global de 30 millions d'euros**.

Ces expérimentations ont fait l'objet d'évaluations⁴⁰, permettant de démontrer dans ces premières années de suivi, que **les SecPa diminuent le non recours** grâce aux démarches d'aller vers et de médiation en santé ; **permettent un accueil aux habitants très vulnérables** au sein d'un **parcours de santé mieux adapté et améliorent l'éducation en santé** des habitants. Les retours d'expériences ont **prouvé toute la pertinence et la faisabilité de ce dispositif**, qui permet de **réaliser des économies sur le budget de fonctionnement** de la structure et **contribue à la réduction des inégalités de santé dans les QPV**. Les SecPa ont démontré être **des outils efficaces pour répondre aux enjeux d'inégalités de santé dans les quartiers prioritaires**.

En l'absence de perspectives de généralisation des structures dans le cadre du dispositif SECPA, le CNV alerte sur le risque d'effondrement du modèle économique des centres de santé communautaire.

Il convient de rappeler que **le financement de ces structures repose largement sur le financement à l'acte de la médecine générale**⁴¹ qui **ne correspond pas à l'ensemble de l'activité de ces structures**, car reposant sur des activités non médicales avec l'organisation d'ateliers, la tenue de réunions entre les différents professionnels présents dans la structure, la mise en œuvre de partenariats avec les acteurs locaux, des réflexions sur la coordination des parcours des usagers, etc. **Il existe un véritable besoin de soutien politique et financier pour promouvoir cette approche participative de la santé dont les effets et avantages ont déjà été évalués**⁴². Dans le cadre des contrats de ville « Engagements quartiers 2030 », un soutien financier au fonctionnement global de ces structures⁴³ pourrait être apporté.

³⁸ Dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018 une expérimentation d'innovation en santé « 26 structures d'exercice coordonnée participatives (SECPA) a été lancée en 2021.

³⁹ Dossier de presse. Comité interministériel des villes, octobre 2023, p24.

⁴⁰ [La démarche participative en santé Répertoire d'actions mises en œuvre 2021-2022](#), page 9.

⁴¹ En moyenne les structures sont subventionnées à hauteur de 20% de leur budget global et sont donc dépendantes financièrement à 80% des consultations médicales.

⁴² Questions d'économie de la Santé, Des expérimentateurs et promoteurs inattendus : mise en œuvre, effets et usages de l'expérimentation Peps dans 16 centres de santé, n°285, janvier 2024.

⁴³ A titre d'exemple, la ville de Bron a soutenu pour l'année 2023 le centre de santé communautaire à hauteur de 10 000€ en fonctionnement global.

Le recours à la santé communautaire permet de donner un sens à l'**engagement des professionnels et des acteurs locaux tout en assurant une satisfaction des usagers**. Les témoignages ont montré l'existence d'un **double intérêt** à proposer et à accompagner le déploiement de ces centres de santé. Ils viennent bousculer les paradigmes et les pratiques en place en permettant de donner une place nouvelle aux habitants.

Sans affirmer que la santé communautaire doit constituer nécessairement le seul et unique futur de la santé dans les quartiers, il apparaît nécessaire de **soutenir et d'accompagner le déploiement des centres de santé communautaire et des maisons de santé pluriprofessionnelles et participatives qui facilitent l'accès aux soins pour une population souvent en marge de l'offre de soins**. C'est une **alternative complémentaire qui peut bénéficier à toutes les catégories de la population⁴⁴** et qui doit pouvoir être accessible à tous et sur l'ensemble des territoires.

Les praticiens et professionnels du secteur de la santé sont confrontés à **des difficultés sociales qui les mobilisent énormément**, et ce davantage encore pour les praticiens des centres de santé communautaire qui -victimes de leurs succès- se **retrouvent face à des situations d'extrême urgence**. Il y a un **impératif à agir pour trouver des solutions immédiates à des populations de plus en plus en difficulté**. Le danger pour ces professionnels est d'être aspirés par l'urgence sociale et de suppléer les carences du service public.

Inscrire les principes et les méthodes de la santé communautaire et l'importance d'assurer des missions de médiation en santé, dans le cahier des charges des 40 centres de santé financés par le fond de co-investissement de l'ANRU⁴⁵.

Assurer le recrutement de coordonnateurs de parcours dans les maisons et centres de santé participatifs ou communautaires qui jouent un rôle d'articulation des acteurs et de mobilisation des habitants dans leur propre santé.

Les enjeux de santé sont corrélés à de **nombreux facteurs et déterminants sociaux qui peuvent constituer des clés d'entrée intéressantes pour penser autrement la prévention et la promotion à la santé, et qui permettent d'agir en complémentarité**. Si la santé communautaire s'appuie très largement sur cette approche en développant **de ateliers qui permettent de réaliser de la prévention en santé⁴⁶**, celle-ci peut et devrait s'appliquer à de nombreuses situations pour permettre d'agir sur la santé des habitants tout en les rendant acteurs de leur propre santé. Il convient d'adapter les réponses en considérant l'acuité des problèmes car plus ils sont aigus plus ils sont responsables d'un cumul des difficultés et donc de l'accroissement des inégalités territoriales de santé. **Il faut agir de manière simultanée et concertée sur les divers aspects de la vie quotidienne des personnes.**

⁴⁴ Parmi les bénéficiaires du centre de santé communautaire de Bron, 50% des usagers ne vivent pas dans un quartier prioritaire.

⁴⁵ Le comité interministériel des villes d'octobre 2023 a notamment acté de « poursuivre le fond de co-investissement de l'ANRU pour créer 40 centres de santé et 100 crèches dans les QPV ».

⁴⁶ Lors des auditions des deux centres de santé communautaire, il a notamment été évoqué l'organisation d'ateliers culinaires, de jardinage, de lecture, des jeux de mémoires, ou tout simplement des temps de convivialité qui permettent une première accroche avec les habitants afin de les inscrire dans des parcours de santé.

3) Donner toute leur place aux usagers

Renforcer l'information et la communication au plus près des habitants

Il existe un véritable **enjeu de communication et d'information à destination des populations les plus fragiles**, pour agir tant sur la dimension de prévention que de l'accès aux soins et à la santé. Les associations jouent un rôle essentiel dans cet accompagnement des populations au repérage de l'impact des déterminants de santé sur leur santé et sur l'accompagnement vers l'accès au droit. Elles **devraient être plus largement intégrées dans l'ensemble des échanges avec les institutions et organismes** en charge de la déclinaison des politiques publiques de santé. Malgré leurs implications, engagements et ressources, **les associations restent encore peu valorisées à l'échelle des institutions**, et pour certains habitants les dispositifs et actions de santé restent méconnus.

Il a été relevé le rôle que peuvent jouer **des acteurs locaux pour être des relais d'information de confiance** tels que les bailleurs sociaux lorsque des structures de santé s'installent en bas d'immeuble, les centres sociaux ou encore les habitants eux-mêmes. Des initiatives sur les territoires se déploient dans une **volonté d'aller-vers les habitants les plus éloignés à travers la mobilisation de « pairs »**⁴⁷ **pour faciliter les échanges et lever les freins**. Certains territoires soutiennent **l'accompagnement des résidents par des « ambassadeurs santé »** qui assurent un relais d'informations, et permettent de surmonter les barrières linguistiques, en favorisant une relation de confiance avec les personnes souffrant, grâce à leur proximité géographique, sociale et culturelle. Si ces actions permettent de lever les freins et de concourir au renforcement de l'accès à la santé des habitants, le CNV alerte sur les attentes et injonctions portées sur ces acteurs et habitants bénévoles.

Il semble nécessaire de **porter une attention particulière aux conditions d'exercice des missions des travailleurs sociaux** qui ne sont pas à la hauteur des missions et prérogatives qui leurs sont confiées. Le travail social est un véritable enjeu qui nécessite une professionnalisation importante pour être en capacité d'apporter un accompagnement aux populations. Il faut **s'interroger sur les liens qu'entretiennent les professionnels du travail social et les citoyens bénévoles** (« ambassadeurs santé »), car si les deux profils ont à cœur l'intérêt général et la solidarité, la présence ou non d'un cadre salarial les distingue en de nombreux points en termes de rôle, de posture et de capacité d'action. Il existe donc également un enjeu **d'articulation important pour que chacun des acteurs trouve sa place dans le territoire, tant les citoyens bénévoles, les travailleurs sociaux, et les professionnels de santé**.

L'approche et l'intérêt de la médiation

Face aux **difficultés du système de santé à prendre en compte de manière holistique la santé des individus**, la médiation apparaît comme une **solution pour réduire le renoncement aux soins, rapprocher les personnes éloignées du système de santé et améliorer l'alliance thérapeutique**. Les

⁴⁷ A titre d'exemple, l'association VoisinMalin vise à renforcer le pouvoir d'agir des habitants des QPV et à recréer du lien entre eux et les institutions. Dans leurs quartiers, les *Voisins Malins*, agissant en porte-à-porte, écoutent, informent et mobilisent les habitants sur les sujets, projets, services et droits qui les concernent. En partenariat avec les acteurs locaux, les *Voisins Malins*, facilitent la relation entre ces acteurs et les habitants, notamment dans les questions de santé afin de diminuer le non recours et le renoncement aux soins des habitants.

médiateurs constituent un lien privilégié avec les habitants, étant souvent connus et identifiés au sein des quartiers, facilitant ainsi le partage d'information et facilitant l'accès aux droits et aux soins.

L'objectif est de travailler avec les personnes, et non de faire à leur place, **en augmentant l'encapacitation des personnes éloignées du système de santé**. Cela passe par la **facilitation de l'accès aux droits et aux soins**, ainsi que par la mise en place **d'actions de promotion de la santé**. La médiation sociale en santé et la médiation en santé agissent comme **une interface entre les personnes éloignées et les acteurs du parcours de santé**, sensibilisant également les professionnels de santé aux difficultés rencontrées par les patients dans leurs parcours de soins. Ainsi **la médiation ne s'inscrit pas dans une logique de substitution aux ressources et services publics qui ont disparu sur les territoires mais bien dans une dynamique de complémentarité et d'encapacitation des populations**.

Médiation en santé et Médiation sociale en santé : de quoi parle-ton ?

La médiation en santé est reconnue au niveau institutionnel depuis son inscription dans la loi de modernisation du système de santé de 2016 et son inscription dans le Code de la Santé publique en 2017. Force est de constater que le cadre d'emploi n'est pas encore officiellement reconnu par les pouvoirs publics. Portée par le Ministère de la Santé

La médiation sociale en santé s'inscrit quant à elle dans le livre IV du Code de l'Action sociale et des familles.

Le CNV considère que ces deux approches ne doivent pas être exclusives sur un territoire, mais bien complémentaires. La médiation sociale en santé devant intervenir en amont de la médiation en santé. L'intérêt repose sur une juste répartition pour que chaque acteur trouve sa juste place auprès du public. Le droit commun doit prendre toute sa place.

La médiation en santé bénéficie aujourd'hui **d'une reconnaissance institutionnelle⁴⁸, certes modeste**, mais elle figure parmi les **objectifs prioritaires des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)**, qui ciblent **les populations en situation d'extrême précarité**, comme les Roms ou les sans-abris. Ces volets d'intervention sont portés à l'échelle régionale par les ARS. Force est de constater qu'en l'absence de directives explicites, la mise en œuvre et le déploiement d'actions de médiation en santé restent dépendants d'un pouvoir discrétionnaire des acteurs locaux.

Le CNV recommande de rendre obligatoire dans la feuille de route des ARS, la mise en œuvre d'actions de médiation sociale en santé et de médiation en santé dans le cadre des PRAPS⁴⁹.

La médiation ne doit pas pallier le manque de travailleurs sociaux ni se substituer à eux. L'action sociale des départements recule, et les infirmières dans les établissements scolaires sont souvent absentes ou en sous-effectif. Or on sait que **plus il y a de déficit de l'offre sociale, plus la médiation se trouve en responsabilité. Leurs missions doivent être pensées en articulation**. Les médiateurs doivent permettre de **construire un réseau** avec divers partenaires tels que les centres sociaux, les

⁴⁸ [LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#)

⁴⁹ Le CNV soutient la recommandation du rapport IGAS « La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider » en 2023, qui préconisait notamment aux ARS de consolider l'outillage et l'accompagnement des médiateurs ainsi que des équipes au sein desquelles ils évoluent dans le cadre des programmes régionaux de la médiation en santé incluant notamment de l'analyse de pratiques et des modalités de structuration des échanges avec les partenaires.

médiathèques, les associations et les instances de l'Education nationale pour **ramener vers le système de santé les personnes qui en sont éloignées ou n'y ont pas accès**⁵⁰.

L'enjeu principal est celui de la posture professionnelle et de la reconnaissance de la filière de la médiation⁵¹. Cela passe nécessairement par la **formation et la professionnalisation des médiateurs**. Il a été souligné que des **formations sur la médiation sociale en santé et la médiation en santé** tendent à **se multiplier et permettent aux personnes d'obtenir un niveau de qualification BTS**⁵². Il est nécessaire de donner des clés d'apprentissage suffisantes qui correspondent aux besoins de leurs missions pour les accompagner aux mieux. Le CNV salue les travaux entrepris par la **Conférence nationale de santé (CNS)**⁵³ qui souhaite également porter une attention particulière sur la formation et la professionnalisation des médiateurs dans le domaine de la santé.

Il apparaît nécessaire de **dénoncer les conditions d'exercice précaires des médiateurs**. L'absence de reconnaissance du métier et de soutien institutionnel induit une fragilité importante pour les structures qui jonglent avec des sources de financement multiples et ne permettent pas de stabilité à plus long terme. **Nul n'est besoin de rappeler qu'il n'est plus envisageable de faire porter l'accompagnement de populations en situation de précarité à des professionnels eux-mêmes en situation précaire.**

Il est intéressant de relever que des pratiques se mettent en œuvre pour recruter les médiateurs sur **des contrats à durée indéterminée et avec une rémunération au-delà de la rémunération minimale légale**⁵⁴. Les ARS en tant qu'établissements publics en charge de décliner la politique de santé publique à l'échelle régionale **pourraient contribuer au renforcement de l'attractivité des postes des acteurs du soin et notamment les médiateurs**.

Il apparaît nécessaire de reconnaître officiellement le métier de médiateur -véritable interface entre les habitants et les institutions-, dans le code de la santé publique voire plus encore dans le code de l'action sociale et des familles, afin de les inscrire dans le droit commun.

Développer des formations sur la médiation sociale en santé et sur la médiation en santé à un niveau BAC+3 reconnu au niveau national dans le code ROME.

Le Ministère de la Santé pourrait déployer en priorité dans les quartiers prioritaires, des médiateurs en santé pour passer leur effectif de 1 000 à 2000 d'ici 2030.

⁵⁰ Ce réseau, notamment à La Place Santé (ACSBE), se manifeste par la mise en place de modules de travail au sein des institutions partenaires afin d'aborder les difficultés de santé des publics concernés. Le lien avec l'Education nationale se crée par la visite des nouveaux professeurs au centre de santé, où ils reçoivent les coordonnées des médiateurs pour faciliter le suivi des situations les plus précaires.

⁵¹ Cf. Annexe sur le rapport médiation sociale.

⁵² A titre d'exemple, la ville de Bron a développé une formation débouchant sur un diplôme universitaire au sein du centre de santé communautaire de Bron à partir de septembre 2024 sur la médiation en santé.

⁵³ Irma Coronado-Goupil membre du collège habitant représente l'instance et participe aux travaux de la CNS.

⁵⁴ Sur le centre communautaire de Saint-Denis, les médiateurs avaient initialement été recrutés à 80% sur des postes d'adultes-relais en contrats courts, ce qui constituaient un frein à l'exercice de leurs missions et leurs engagements professionnels. Depuis 2012, l'ensemble des salariés sont en contrats à durée indéterminée.

La médiation prend sa place dans un travail pluriprofessionnel avec un ensemble d'acteurs qui dans une dynamique commune ont chacun un rôle complémentaire à jouer⁵⁵. **10 millions de Français ont déjà recours à des maisons et des centres de santé dans leur ensemble.** La médiation en santé doit exister au-delà de la santé communautaire.

AXE 2 : LEVER LES FREINS UN ENJEU D'EMANCIPATION

Divers freins, qu'ils soient financiers, culturels, religieux, cognitifs, psychologiques, liés à des stéréotypes de genre, à l'âge ou encore à des difficultés d'accès à l'information, entravent l'accès à la santé. Au-delà de répondre à un accompagnement individuel pour permettre l'accès au droit à la santé, il s'agit de **renforcer l'autonomie et de favoriser véritablement l'émancipation des habitants particulièrement pour les populations fragiles.**

Un accueil inconditionnel

La mise en place de **plateforme numérique d'accès aux nouvelles démarches dématérialisées** et dans un même temps la **disparition de la présence des personnels d'accueil ou d'assistance téléphonique ont plongé une large partie de la population dans une situation que l'on caractérise d'illectronisme.** Trouver un médecin ou spécialiste en proximité, prendre des rendez-vous médicaux, avoir accès à des résultats médicaux ou simplement demander des informations sont **des défis quotidiens.**

Le modèle des maisons de santé pluriprofessionnelles communautaire et centres de santé communautaire doit inspirer plus largement les établissements de santé et les lieux d'accès aux soins et à la santé. Ils proposent notamment **une large amplitude horaire d'ouverture et d'accueil journalier**, durant laquelle les usagers prennent des rendez-vous à la fois de manière dématérialisée sur internet, mais également par téléphone ou directement auprès du personnel accueillant. Des créneaux sont réservés quotidiennement pour accueillir les patients sans rendez-vous. L'accueil **privilégie les liens et rapports humains et sociaux**, alors que dans les centres de santé classiques le rapport s'inscrit dans une approche strictement médicale. Ainsi, les personnels accueillants sont toujours suffisamment nombreux pour **être en capacité d'apporter une réponse adaptée** à chaque personne et leurs missions s'articulent autour de la **notion d'accueil inconditionnel, clé de la lutte contre le renoncement aux soins** « *Il faut commencer par dire oui* ». L'idée est d'ici de rendre le lieu **le plus agréable possible sans stigmatisation pour que les personnes aient envie de revenir au centre et s'inscrivent durablement dans un parcours de soin.**

La mobilisation des habitants dans le cadre du Projet régional de santé de 2023 a permis de prévoir un financement pour les secrétariats physiques dans le budget de l'ARS Île-de-France. Ce soutien répond aux préoccupations des habitants concernant la disparition progressive des secrétariats physiques.

Pour garantir un accueil en personne, le conseil départemental des Yvelines contribue au financement des secrétariats médicaux. Afin de ne pas limiter toutes les prises de rendez-vous à des plateformes numériques, il finance une partie du salaire brut d'un poste de secrétariat pour une durée de trois ans⁵⁶.

⁵⁵ Toutefois, l'absence de médiateurs spécialisés en santé, notamment dans des territoires ruraux et les villes de taille moyenne, complique leurs missions, en raison de l'isolement qu'ils subissent. Ils sont en effet souvent seuls et doivent gérer plusieurs milliers d'habitants sur plusieurs thématiques.

⁵⁶ [Accès aux soins : guide pratique pour les élus](#) – ARS Bourgogne Franche-Comté.

Accompagner les publics allophones et lever la barrière de la langue

La **barrière de la langue** constitue une **rupture de communication et de compréhension** qui s'illustre non seulement lors des consultations entre le patient et le professionnel de santé, mais également lors de la prise de rendez-vous, lors de son accueil et de son suivi thérapeutique et plus largement dans la compréhension du système de la santé et des interlocuteurs à l'échelle locale.

Le CNV considère que le renforcement **de la présence d'interprètes dans les établissements de santé et** le renforcement du recours à l'interprétariat pour la mise en place **d'actions d'aller-vers en santé** notamment en accompagnement des médiateurs, sont des préalables pour lever les freins linguistiques des habitants et garantir aux professionnels une prise en charge **respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé des patients, ainsi que du secret médical.**

Les médiateurs, les professionnels et le personnel d'accueil en santé pourraient être formés à ces enjeux afin d'assurer -en l'absence d'interprètes- une meilleure compréhension tout au long du parcours de santé des habitants, ce qui permettrait aussi de les rassurer.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, dans le cadre d'une convention pluriannuelle, subventionne l'association « ISM CORUM »⁵⁷ pour des actions d'interprétariat en santé. La demande d'un interprète peut se faire en ligne, elle est gratuite et accessible aux patients, aux professionnels de santé ainsi qu'aux associations réalisant des actions de santé, de prévention et d'aller-vers.

L'ARS Normandie a lancé un projet en 2023 permettant à l'ensemble des professionnels de santé libéraux de bénéficier d'un accès gratuit à l'interprétariat professionnel⁵⁸.

Dans le centre de santé communautaire de Bron (69), l'usage de l'interprétariat est assuré par les professionnels de santé ainsi que les personnels accueillants ce qui permet de lever les freins au non-recours au droit et d'assurer un accueil digne et de qualité à chaque usager.

La santé mentale : un tabou dans les quartiers

Les troubles psychiques ont été particulièrement révélés pendant la crise sanitaire et les différentes périodes de confinement⁵⁹. Le CNV avait déjà pointé en 2020 dans sa contribution au plan de relance⁶⁰, l'impact de l'épidémie sur la santé mentale de la population et sur l'organisation de l'action en santé mentale et recommandait de doter le secteur sanitaire et hospitalier public de moyens humains et financiers permettant une offre et un accès aux soins dignes pour toutes et tous.

Répondre aux situations de détresse psychologiques est une priorité sanitaire majeure dont il faut se saisir alors que les personnes ont du mal à en parler. **La santé mentale reste un tabou.** Il y a un réel

⁵⁷ Inter service migrants Corum

⁵⁸ [L'ARS finance un service d'interprétariat à destination des professionnels de santé](#) – ARS Nouvelle Aquitaine

⁵⁹ Selon une enquête réalisée par l'Observatoire des médiations en 2023, auprès des structures de médiation sociale sur leur activité, 35% des répondants déclarent avoir à faire à des situations de détresse psychologiques, notamment sur les enjeux de santé mentale.

⁶⁰ CNV (2020), Avis « Panser le présent – Penser les futurs », adoptée le 22 juin 2020.

déficit d'information, de dispositifs de prévention et de personnel pour sensibiliser et accompagner en confiance. Des moyens humains et financiers suffisants doivent être mobilisés.

Le dispositif **des ambassadeurs en santé mentale**⁶¹ mobilise des jeunes volontaires engagés dans un service civique en faveur de la santé mentale. Les jeunes sont formés pour apprendre à reconnaître les symptômes des problèmes de santé mentale et les situations de crise, à offrir une aide initiale, à écouter et répondre de manière pertinente et à orienter vers une aide professionnelle adéquate.

Le **CCOMS** de Lille-Métropole est mandaté par l'OMS pour mettre en œuvre un **programme d'actions et de formation en santé mentale**. Ces formations visent à mobiliser et sensibiliser les professionnels de santé et médico-sociaux, ainsi que les habitants, en les formant à repérer les personnes en détresse psychologique, à adopter les bons mots et à orienter les personnes vers les professionnels compétents.

Le CCOMS anime et coordonne un Groupement de Coopération Sanitaire, qui rassemble 29 établissements spécialisés permettant la mise en place d'un réseau autour des enjeux de santé mentale qui permet de prolonger l'action du centre collaborateur sur le territoire national⁶².

L'**ARS IDF** a mis en place à Nanterre une campagne de prévention autour des sujets du sommeil et de la santé bucco-dentaires avec les habitants d'un foyer Adoma, dans le but de renforcer l'accès à l'information de prévention et aux soins.

Le sujet du sommeil était sous-jacent à celui de la santé mentale. Les habitants ont partagé leurs difficultés de sommeil liées à des angoisses (peur de ne pas pouvoir retourner dans leurs pays d'origine et instabilité de leur foyer d'accueil), puis ont choisi collectivement les stratégies adaptées à leurs besoins en matière d'information et de prévention. Cela a contribué à améliorer les compétences des résidents en matière de prévention et de santé, et les a habilités à servir de relais d'information pour informer les autres résidents sur les dispositifs de santé.

Pour démystifier la santé mentale et encourager la sensibilisation des publics, il est nécessaire que **ces actions soient organisées en collaboration avec l'ensemble des acteurs compétents en matière de santé et de prévention et de les intégrer aux initiatives du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)**.

A Angoulême, **une convention a été signée entre un hôpital spécialisé et des équipes mobiles de médiation** afin de **repérer les publics et réaliser une prise en charge sur le terrain**

La Métropole européenne de Lille finance une **action en santé visant à déployer des ambassadeurs en santé mentale** dont le rôle est de **sensibiliser et accompagner le bien-être des jeunes**. L'objectif de ces ambassadeurs est de **libérer la parole, informer sur les structures ressources en santé mentale et sensibiliser à la prévention en santé mentale des jeunes**,

Le **CCOMS** déploie des actions de sensibilisation à la santé mentale en lien avec le CLSM, telles que « **La santé mentale dans mon quartier** » initiée en 2020. Sous forme de séances de sensibilisation favorisant le pouvoir d'agir des acteurs clés des QPV, ce projet vise à renforcer des actions de promotion et de formation en santé mentale, développer un

⁶¹ <https://www.ambassadeurs-santementale.fr/>.

⁶² [Le CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale re-désigné par l'OMS jusqu'en 2026](#) – ESPM Lille Métropole.

par l'intermédiaire d'une approche de « jeune à jeune », au sein des structures sociales, éducatives et médico-sociales liées à la protection de l'enfance, de la protection judiciaire de la jeunesse et du champ de l'insertion.⁶³

réseau d'acteurs ou encore identifier des besoins et ressources du quartier. Ce projet a pour objectif général de renforcer l'implication des acteurs des QPV dans **le développement d'une stratégie locale en matière de santé mentale.**

Des solutions « en proximité » pour répondre à l'enclavement des quartiers

L'accessibilité aux soins est déterminante pour ancrer et faciliter les habitudes. L'organisation de l'offre de soins doit **mieux répondre aux besoins des habitants** et s'intégrer de manière cohérente dans le territoire **en s'installant en proximité – telles que des maisons de santé situé en plein cœur des quartiers- voire en « délocalisant »** parfois les équipements et les consultations au plus près des publics pour les inscrire dans leur cadre de vie. **A ce titre le CNV souligne l'intérêt du déploiement des « bus santé dont il faut néanmoins assurer la complémentarité avec un parcours santé pérenne pour accompagner les personnes.**

La proximité géographique du centre de santé communautaire Le Jardin à Bron, situé au cœur des quartiers prioritaires, est une **condition constitutive à son fonctionnement.** Cette proximité favorise l'adhésion des habitants au centre et facilite les actions de proximité.

Par ailleurs, le centre de santé communautaire a développé **un partenariat avec une association locale de transports** pour assurer **la mobilité des usagers** depuis leur domicile jusqu'au centre. Ce **partenariat permet de lever d'éventuels freins** de mobilité qui auraient conduit l'usager à se reposer sur un voisin ou à devoir mobiliser les services d'un taxi.

La Métropole Européenne de Lille a mis en place un réseau de « **bus santé solidaire** » destiné à **rapprocher les soins et l'accès aux droits des publics les plus éloignés**, tout en levant les barrières de mobilité dans l'accès aux soins pour les habitants des quartiers. En 2023, ce bus a permis de détecter **41 cas de diabète et deux cancers.** L'opération a mobilisé 150 professionnels sur trois jours, offrant un parcours personnalisé de deux heures à 1 000 habitants.

La **Croix-Rouge des Hauts-de-Seine** a été soutenue par la Préfecture de la Région Île-de-France, l'ARS d'Île-de-France, et la CPAM des Hauts-de-Seine pour la **mise en place de trois véhicules mobiles** : un cabinet médical mobile (accueil, information, bilan de santé, consultation ou téléconsultations), un bureau d'information mobile (formation à la pratique des outils numériques), et une ancienne ambulance réaménagée.

Les difficultés pour les professionnels de santé de trouver un local de surface et d'accès correspondant aux besoins et publics au sein des quartiers restent importantes. Différents acteurs aident à l'accompagnement des projets et à l'installation notamment dans le cadre de projet de renouvellement urbain. Les ARS et les bailleurs en lien avec les collectivités sont des acteurs à mobiliser pour lever les freins et comprendre les besoins d'un territoire et de ses habitants en favorisant la collaboration avec le secteur de la santé. Les contrats de ville « Engagement Quartiers 2030 » peuvent

⁶³ [Les jeunes s'engagent pour le bien-être et la santé mentale](#), Unis-Cité.

désormais mobiliser des financements d'investissement ce qui permettrait d'accroître les actions sur le volet santé en lien avec les crédits politique de la ville.

Au titre du NPNRU, l'ANRU soutient la construction d'équipements publics et privés de santé par des subventions pour des projets immobiliers visant « la construction et l'exploitation de locaux de santé ».

Dans le cadre du PRU du quartier Chancellerie-Gibjoncs-Moulon dans le Cher (18), l'ANRU soutient la commune de Bourges en finançant près d'un quart du coût global estimé à 4,4 millions d'euros pour la construction d'un centre de santé.

L'ANRU peut faciliter l'implantation de projets immobiliers destinés à accueillir des professionnels de santé (dont le modèle économique est fragile, nécessitant des loyers raisonnables, et des retours sur investissement à long terme), grâce à son fonds de co-investissement.

Grâce à ce soutien, les professionnels de santé peuvent se voir proposer des espaces immobiliers à la location, sans avoir à supporter eux-mêmes l'investissement initial.

Les ARS peuvent également financer l'ingénierie nécessaire à l'amorçage de projets immobiliers de santé grâce à leur Fonds d'intervention régional.

Par ailleurs, les ARS, dans le cadre de leur stratégie pour une répartition équitable des professionnels de santé sur un territoire, peuvent soutenir davantage une structure s'installant dans des territoires peu denses en offre de soin comme les quartiers prioritaires. Ce soutien accru est à la discréction de l'ARS⁶⁴.

Penser la prévention à la santé par l'alimentation

Un rapport de l'Organisation pour les Nations-Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) met en exergue le fait que **le coût caché des systèmes agroalimentaires⁶⁵ est à l'échelle de la Terre de 10 000 milliards de dollars américain, dont 70% sont imputés au domaine de la santé⁶⁶**. Ce constat pointe le renforcement des inégalités d'accès à une alimentation saine et variée pour les populations, or on sait qu'il existe un lien intrinsèque entre la nutrition et les enjeux de santé, et plus particulièrement dans les quartiers, où l'on observe une surreprésentation des maladies alimentaires⁶⁷.

En ce sens, la question de l'accès à une alimentation durable, équilibrée et de qualité est un déterminant puissant pour agir sur la santé des habitants. Force est de constater, encore trop souvent aujourd'hui que **les quartiers prioritaires sont des déserts alimentaires**, non pas au sens où ils seraient des territoires dépourvus de commerces mais au sens où on y constate une absence de commerces d'alimentation de qualité. **Les habitants des quartiers font face à une double peine** : l'absence de commerces de qualité et l'absence de produits alimentaires à des prix abordables.

Afin de lutter contre ces inégalités, **des associations mettent en place des solutions pour permettre aux habitants des quartiers prioritaires d'avoir accès à des produits de qualités issus de l'agriculture paysanne et durable**, ou les nombreuses épiceries sociales et solidaires qui se déploient

⁶⁴ [sante-et-bien-etre.pdf \(anru.fr\)](https://sante-et-bien-etre.pdf (anru.fr)) page 71.

⁶⁵ <https://www.fao.org/newsroom/detail/hidden-costs-of-global-agrifood-systems-worth-at-least--10-trillion/fr>

⁶⁶ [Derrière l'étiquette de prix](https://www.fao.org/2019/05/01/derriere-l-etiquette-de-prix), Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO).

⁶⁷ ONPV (2019), Rapport annuel 2019.

sur les territoires les plus fragiles. Il pourrait être intéressant de favoriser la mise en place d'un pourcentage d'alimentation durable dans les épiceries sociales et solidaires.

Le CNV considère nécessaire de renforcer les actions de sensibilisation et d'informations auprès des populations sur des dispositifs de prévention et de communication autour des maladies alimentaires, mais également sur des ateliers de nutrition. Les initiatives déployées localement, rencontrent un franc succès, elles peuvent prendre la forme de formations réalisées par une diététicienne sur **des conseils pour réaliser ses courses, pour cuisiner ou pour adopter un régime alimentaire sain**. Elles permettent également de réaliser des consultations auprès des populations souvent peu sensibilisées à ces enjeux de prévention. Néanmoins, compte tenu de la diversité culturelle des pratiques alimentaires, il est crucial pour les diététiciennes d'adapter leur enseignement aux spécificités de leurs publics. Il a été souligné le **rôle que peuvent jouer les infirmières scolaires dans les établissements scolaires**⁶⁸ pour assurer ces formations et permettre d'agir en prévention auprès des jeunes. D'autant que **les constats dans les écoles sont alarmants, concernant des problèmes dentaires ou encore des troubles de visions liés au diabète chez les enfants**.

Au-delà, des enjeux de formations et de conseils, il existe un véritable besoin de **valorisation des pratiques culinaires issues de traditions culturelles et familiales variées dans une approche « bien-être en santé »** qui vise une réelle perspective d'émancipation. Cela passe par la création des conditions de la rencontre, en permettant des espaces de cuisine collective ou dans des tiers lieux de solidarité alimentaire.

Le projet de « **Coopérative alimentaire couplée à l'information nutritionnelle** » de Paris 19^{ème} vise à faciliter l'accès à des produits alimentaires de qualité, financièrement accessibles, dans un cadre permettant de développer une information nutritionnelle de proximité. Le projet n'a pas encore débouché sur la création d'une structure pérenne mais s'est traduit par l'organisation de ventes, cueillettes et ateliers ponctuels, mobilisant un petit groupe d'habitants venus des QP du 19^{ème}.

L'association **VRAC**⁶⁹ développe des tiers-lieux de solidarité alimentaire, tel que « **La Maison Engagée et Solidaire de l'Alimentation**⁷⁰ » (MESA) de Lyon 8^{ème} dans le QPV Santy grâce notamment au soutien de l'ANRU dans le cadre du dispositif Quartiers fertiles. Pensé par et pour les habitants, ce tiers-lieu regroupe plusieurs activités : une cantine et une épicerie solidaires offrant des produits de qualité, avec un système de tarifications différentes en fonction de ses moyens, un espace café, une cuisine ouverte pour les habitants et un lieu d'animations et d'évènements dédié à des temps d'échanges et de rencontres.

L'association **VRAC**⁷¹ favorise le développement de groupements d'achats dans les QPV sur 20 territoires en France et en Belgique. Elle compte aujourd'hui plus de 8 000 foyers adhérents et poursuit son action dans 100 groupements d'achats présents dans les QPV ou sur les campus universitaires. Le projet de l'association est orienté vers l'accès du plus grand nombre à des produits de qualité issu de l'agriculture paysanne, biologique et équitable à des prix bas, grâce à la réduction

⁶⁸ Dans son avis « Panser le présent, Penser les futurs » adopté en 2020, le CNV recommandait notamment de « doter prioritairement les établissements scolaires en REP et REP+ d'infirmiers et de personnels médicaux.

⁶⁹ [Vers un Réseau d'Achat en Commun - VRAC NATIONAL \(vrac-asso.org\)](http://vrac-asso.org)

⁷⁰ <https://vrac-asso.org/actualites/inauguration-de-la-maison-engagee-et-solidaire-de-lalimentation-mesa-a-lyon-8eme/>

⁷¹ Grâce au fonds pour une alimentation durable mis en œuvre dès 2023 à travers le programme Mieux Manger Pour Tous (MMPT), le réseau VRAC permet de vendre à -10% du prix coutant ses produits pour contrer l'inflation pour les habitants des QPV et -50% pour les personnes bénéficiaires des minimas sociaux.

des coûts intermédiaires (circuits-courts) et superflus (limitation des emballages). Cela permet aux habitants de ces quartiers de s'inscrire dans un mode de consommation durable et responsable, qui repose sur le collectif et les dynamiques locales pour faire face à la précarité et proposer un autre rapport à la consommation, à la santé et à l'image de soi.

Le CNV salue les mesures prises pendant le confinement et qui ont été pérennisées par certaines collectivités locales, visant à **assurer un petit-déjeuner à l'école en classe de maternelle et de primaire**.

Encourager et accompagner la pratique sportive et l'activité physique

La pratique régulière d'une activité physique a un impact positif sur plusieurs déterminants de la santé. Constat est fait que, **les habitants des quartiers pratiquent moins d'activités physiques que les habitants des autres unités urbaines⁷² et pour des durées plus courtes⁷³, ce qui participe à une prévalence plus élevée de maladies cardiovasculaires, d'obésité et de diabète⁷⁴**. La pratique sportive concourt au renforcement des liens sociaux, à une appropriation des espaces publics, à la prévention de certains problèmes de santé. Or, il convient de relever des difficultés d'accès aux équipements ou aux clubs sportifs des freins économiques, culturels, religieux qui freinent l'engagement.

Face à cet enjeu, il est essentiel de **faciliter l'accès à l'activité physique pour les habitants des quartiers**. Les maisons sport-santé jouent un rôle crucial en établissant un lien entre le sport et la santé, en guidant les individus vers des activités physiques adaptées à leur âge, à leurs préférences et à leurs moyens. Par ailleurs, renforcer **l'intégration de l'activité physique dans les structures de santé** est indispensable en tant que **démarche de prévention**.

Le centre de santé communautaire La Place Santé à Saint-Denis organise des **ateliers permettant aux patients de pratiquer une activité sportive** (ex : gym). Ces ateliers offrent également des opportunités de dialogue en groupe, aidant ainsi à rompre l'isolement. Le sport devient ainsi un outil de prévention tant physique que mentale.

Une attention particulière sur des publics

La **situation des femmes**, notamment dans les quartiers prioritaires est doublement invisibilisées **parce qu'elles sont des femmes, et parce qu'elles résident en quartier prioritaire**. Alors qu'elles sont **davantage victimes de problèmes de santé que les femmes en dehors des quartiers prioritaires⁷⁵**, elles font trop souvent passer la prise en charge de la santé de leur proche avant la leur. Il est nécessaire de **sensibiliser les femmes à leur propre santé**, en les intégrant dans un parcours de santé global, afin également de lutter contre les discriminations.

Le centre communautaire de Bron a mis en place des doubles consultations. L'idée est de recevoir la femme pour une visite médicale initialement destinée à son enfant, puis de diviser la consultation en deux temps.

⁷² EKOPOLIS, Dossier thématique « [Les enjeux de santé dans les quartiers prioritaires - Quelles réponses de l'urbanisme ?](#) ».

⁷³ ONPV (2016), Rapport annuel 2016.

⁷⁴ ONPV (2016), Rapport annuel 2016.

⁷⁵ Les cahiers du DSU « Femmes des quartiers prioritaires : les oubliées de la santé ».

Banlieue Santé développe l'action « **Café des femmes** » qui s'inscrit dans une stratégie d'amélioration de la santé des habitantes des quartiers défavorisés en capacitant les femmes sur des thématiques de santé. Dans ce cadre on peut citer notamment trois programmes de formation que sont « **Programme Femme ressources** », « **Programme Papillon** » et la formation « **MotherSchools** » qui reposent sur des démarches participatives sur la santé des femmes avec un enjeu fort de littératie en santé (développer la motivation, et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé).

Lancé par le CHU De Lille, le « **Bus du cœur des femmes** », accueille des femmes pour un dépistage cardiovasculaire et gynécologique (gratuit, sur rendez-vous) en 10 étapes. Le bus sillonne 15 villes de France chaque année. Les femmes sont reçues pendant une heure et demie par des professionnels de santé. Des entretiens médicaux, mesures de tension artérielle, bilan biologique sont réalisés, un bilan global est dressé avec courrier pour le médecin traitant. En 2021 et 2022, 90 % des femmes qui ont participé au dépistage ont au moins deux facteurs de risque d'accident cardiovasculaire.

Dans le cadre d'une Recherche-Action Emancipatrice co-financé par l'ARS, un projet « **Écoutez-moi, docteur !** » est né à Champigny-sur-Marne (94). Ce projet vise à accompagner un groupe d'habitantes, dans une démarche collective d'identification et de lutte contre les discriminations subies dans le domaine médical. Le projet avait pour but d'améliorer la relation entre le médecin et la patiente -notamment étrangère- pour permettre une évolution mutuelle des représentations erronées.

Il a été observé que les femmes subissent **des traitements différenciés de la part des soignants**⁷⁶, ce qui nuit à la qualité des soins qu'elles reçoivent. Ces traitements différenciés sont basés sur des **stéréotypes ethno-raciaux**. Par exemple, la douleur de ces femmes n'est pas prise au sérieux ou est mal évaluée, en raison de ces stéréotypes, comme le syndrome méditerranéen⁷⁷.

Cette peur des discriminations est une des raisons du renoncement et du non recours des femmes des quartiers à se faire soigner. Ces discriminations que subissent les habitantes des quartiers est le résultat d'une représentation erronée des médecins dû à une méconnaissance. Ces représentations peuvent également relever d'une mauvaise compréhension du rôle du médecin et, pour des raisons culturelles, renoncer à se faire soigner si le professionnel de santé est un homme. Il convient également d'évoquer le refus de soins de la part de médecins au prétexte que la personne ne maîtriserait pas la langue ou ne disposeraient pas de la CMU.

Le vieillissement des populations dans les quartiers prioritaires reste un enjeu largement sous-estimé par les pouvoirs publics. Dans son avis de 2021 intitulé "Vieillir en quartier prioritaire : un enjeu de société – Sortir du déni de vulnérabilité", le **CNV a alerté sur la situation préoccupante des personnes âgées dans les territoires en géographie prioritaire** et recommandé de développer et soutenir toutes les formes de médiation sociale et numérique à destination des seniors, afin de créer un climat de confiance, de détecter les situations de dégradation et d'isolement, et de lutter contre le non-recours aux droits et à la santé.

⁷⁶ Femmes des quartiers populaires : les oubliées de la santé, Les Cahiers du Développement Social Urbain 2022/2 (N° 76).

⁷⁷ Le syndrome méditerranéen est un stéréotype ethno racial selon lequel les personnes originaires du pourtour méditerranéen seraient moins résistantes à la douleur ou en tout cas exprimeraient plus cette douleur qu'un patient caucasien | Le syndrome méditerranéen, santé et préjugés 2024.

Il est essentiel de porter une attention particulière à nos aînés, qui, en raison de leur âge, sont plus exposés à des problèmes de santé tout en étant confrontés à des obstacles supplémentaires liés à leur vieillissement. La place de nos aînés dans la société, les situations d'isolement, et les problèmes de santé mentale sont des enjeux majeurs, non seulement pour la politique de la ville, mais pour l'ensemble de la société. Des actions existent déjà pour lutter contre le renoncement aux soins des aînés, pour faciliter leur accès aux soins, et pour améliorer leurs connaissances en matière de santé. Ces initiatives doivent continuer à être soutenues et renforcées.

Le CNV alerte sur une attention particulière devant être portées sur la situation de femmes étrangères. **L'autonomie des femmes étrangères résidant légalement en France n'est pas garantie par notre droit**, car l'obtention de leur titre de séjour dépend souvent de leur situation maritale ou familiale. Le statut des femmes immigrées se réduit à celui d'épouses subordonnées à la nationalité du conjoint. Par exemple, en cas de divorce ou de veuvage dans l'année qui suit le regroupement familial, ces femmes peuvent voir leur carte de résidence non renouvelée. Par exemple aussi, si le conjoint décide de retourner seul au pays, l'épouse peut se voir obligée de restituer son titre de séjour. **Cela les place dans une situation de dépendance vis-à-vis de leur conjoint qui n'est pas acceptable.**

Le Café des Biens-Ainés est **un programme de médiation en santé pour les personnes âgées précaires et isolées de plus de 60 ans du quartier de La Cabucelle à Marseille**. Il permet de faciliter l'accès aux soins et à la prévention par un accompagnement médico-social individuel et une programmation d'ateliers collectifs et de sorties pour rompre l'isolement.

Le centre de santé communautaire de la ville de Bron a mis en place **un programme de prévention des chutes pour les personnes âgées**, avec la collaboration d'un podologue, d'un kinésithérapeute et d'une danseuse. **En intégrant la prévention des risques dans ses actions**, le centre de santé sensibilise non seulement **les personnes âgées aux risques des chutes**, mais aussi les plus jeunes, qui peuvent ainsi devenir plus **attentifs aux problèmes de santé de leurs ainés**.

L'absence de médecine scolaire dans les écoles élémentaires, ainsi que la faiblesse du réseau d'infirmières scolaires dans les écoles, collèges, et lycées, notamment en REP et REP+, est une situation alarmante. Pourtant avant l'âge de 16 ans, **toute une génération pourrait être sensibilisée par des actions de prévention en santé. La politique de la ville ne peut pas et ne doit pas pallier les carences du droit commun**, notamment celles de l'Éducation nationale. Or, l'absence de médecine scolaire **entrave la réussite scolaire des jeunes en quartiers prioritaire**. Il s'agit **d'un enjeu d'égalité républicaine** puisqu'un problème de santé non détecté, tel qu'une myopie sévère ou un trouble dys chez un enfant en primaire, va entraver l'ensemble de sa scolarité et créer des inégalités.

En 2020, dans son avis intitulé « *Panser le présent, penser le futur* », le CNV a souligné l'importance de **doter tous les établissements scolaires situés dans les quartiers prioritaires d'infirmiers et d'infirmières scolaires, et de permettre l'accueil de personnels médicaux, même en dehors des heures de classe, pour informer et orienter les familles, et établir avec elles des relations plus étroites.**

ANNEXES

Annexe 1 - Auto-saisine du Conseil national des villes

« La santé et la participation des habitants »

Le Président de la République, le 12 mars 2020, s'adresse aux français et souligne que « *Ce que révèle d'ores et déjà cette pandémie, c'est que la santé gratuite sans condition de revenu, de parcours ou de profession, [pour] notre État providence, ne sont pas des coûts ou des charges mais des biens précieux, des atouts indispensables quand le destin frappe [...]. Il est des biens et des services qui doivent être placés en dehors des lois du marché.* ». L'ensemble des acteurs locaux en quartiers prioritaires de la politique de la ville partage le diagnostic d'une fragilité préexistante des 6 millions d'habitants y résidant : moindre espérance de vie, sur représentation des maladies chroniques liées souvent à une mauvaise hygiène de vie, prégnance des souffrances psychologiques, et non recours ou recours trop tardifs aux soins⁷⁸.

Le CNV s'est interrogé dans ses récents travaux sur les enjeux de santé, dans les différentes dimensions de l'action publique, à différents âges de la vie. Les crises récentes du système de santé ont mis en lumière ses difficultés et faiblesses. Selon l'Institut Montaigne, en 2022, 74 % des citoyens estiment que le système de santé se dégrade et 37 % estiment vivre dans un désert médical. Près de 40 % des habitants des QPV ont déclaré avoir renoncé à au moins un soin. Les quartiers prioritaires de la politique de la ville, restent marqués par de fortes disparités en matière de santé, qu'il s'agisse des indicateurs (espérance de vie, prévalence de certaines pathologies, etc.), de l'offre de soin et de prévention. Le Gouvernement a mobilisé des moyens et déployé des dispositifs. Les réflexions autour de la prochaine stratégie nationale de la santé 2023-2033 identifient 12 propositions dont : « *Rendre opérationnel le concept de « Santé dans toutes les politiques », renforcer la prise en compte des déterminants environnementaux, mettre en œuvre une politique de prévention et renforcer la démocratie en santé en impliquant les citoyens* ». La santé dans les quartiers prioritaires s'articule dans les différentes démarches territoriales contrat local de santé - « Ateliers santé-ville » - contrat de ville mais aussi et surtout dans la politique de droit commun. Engagements Quartiers 2030, constitue désormais le cadre de déploiement des stratégies territoriales avec une mobilisation partenariale publique et privée élargie qui doit répondre aux enjeux identifiés et priorisés avec les habitants.

Le CNV souhaite s'auto saisir de ce sujet en s'interrogeant sur la place des habitants dans la mise en œuvre des politiques territoriales de santé, de prévention et d'accès aux soins. Le CNV s'appuiera sur les données de l'ONPV et les expériences menées dans les territoires de la politique de la ville afin de proposer aux acteurs des pistes et réponses opérationnelles et innovantes.

⁷⁸ CNV – Avis *Panser le présent – Penser les futurs* – 22 juin 2020.

Annexe 2 – Verbatim

« La santé communautaire crée le moyen par lequel les habitants peuvent reprendre la main sur leur santé et favorise l'échange de savoir entre pairs »

Lorana Vincent

« Il faut faire la distinction entre un emploi aidé et la médiation, mais aujourd'hui on enferme la médiation dans des métiers précarisés »

Denis Souillard

« La situation des assistantes scolaires est une véritable hémorragie. Les habitants étaient connectés à elles, mais ce métier n'existe plus »

Irma Coronado-Goupil

« Le sport est un bon moyen de prévention par rapport à la santé, et cela favorise le bien-être »

Patrick Chevalier

« Des dispositifs il y en a à l'appel mais ils sont trop éloignés du public que l'on vise »

Tahar Akermi

« Le rôle de la médiation sociale et de la médiation en santé est essentiel pour nos quartiers »

Hoda Nagy

« En matière de santé, s'il n'y a pas de prévention c'est catastrophique »

Fabienne Ferté

« En agissant avec l'éducation nationale sur les enjeux de prévention, on peut toucher 100% d'une classe d'âge pour faire de la prévention »

Lilia Santana

« La notion de médiateur en santé est quasi inexistante dans nos territoires. Le métier de médiateur doit passer par des formations »

Ibrahima M'Madi

« La participation des habitants c'est l'acceptation des savoir-faire et des ressources qui se complètent et dont il faut profiter pour être de meilleurs soignants »

Didier Ménard

« La participation des habitants dans l'élaboration des politiques publiques de santé, doit permettre une ouverture de nos questionnements »

Pierre-Pascal Antonini

« Il faut qu'en amont des réflexions stratégiques soient portées en concertation avec les habitants de façon obligatoire »

Laurent Giraud

« Les habitants et les associations qui œuvrent localement sont éloignés, ils ne sont pas intégrés dans les projets ou discussions »

Fabienne Ferté

« Il n'y a pas de politique publique au niveau gouvernementale qui prenne en compte la santé dans une dimension globale »

Daniel Lenoir

« La santé mentale est toujours tabou dans les quartiers »

Hakim Yazidi

Annexe 3 - Les personnes auditionnées

Madame	Gwenaelle FERRE	Coordinatrice des projets du Centre de santé communautaire et planétaire de Bron et enseignant de l'EHESP sur les formations en médecines participatives	14/05/2024
Monsieur	Benoit	Médecin généraliste au Centre de santé communautaire et planétaire de Bron et assistant universitaire à l'Université de médecine de Lyon	14/05/2024
Madame	Amina	Habitante et usagère du Centre de santé communautaire et planétaire de Bron	14/05/2024
Monsieur	Jérôme	Habitant et usager du Centre de santé communautaire et planétaire de Bron	14/05/2024
Madame	Salimata SIDIBE	Coordinatrice de projets et de parcours de santé à la Coopérative Communautaire Santé Bien être de Saint Denis	14/05/2024
Madame	Asta	Médiatrice en santé à la Place Santé à Saint-Denis	14/05/2024
Madame	Aurore	Habitante et usagère à de la Place Santé à Saint-Denis	14/05/2024
Monsieur	Gwendal BARS	Responsable de département et référent politique de la ville de la direction de la santé publique à l'ARS Ile-de-France	30/05/2024
Madame	Sylvie CHARRIERE	Commissaire à la lutte contre la pauvreté pour la région Hauts-de-France	30/05/2024
Madame	Virginie LASERRE	Préfète déléguée pour l'égalité des chances, Préfecture du Nord	30/05/2024
Madame	Bénédicte MADELIN	Présidente de l'association La Fédé	20/06/2024
Madame	Aurélie DUTOUR	Chargé de développement La Fédé	20/06/2024
Madame	Emilie HENRY	Membre de la mission interministérielle sur la médiation en santé	20/06/2024
Madame	Hélène CHAPET	Directrice du programme « Lien social et Images des quartiers » à l'ANCT	04/07/2024
Madame	Tara DE CONDAPPA	Chargée de projet santé au programme « Lien social et Images des quartiers » à l'ANCT	04/07/2024

Annexe 4 – Bibliographie

RAPPORTS

ANRU (2021), La santé et le bien-être dans les quartiers en renouvellement urbain, *Outils et méthodes pour des projets favorables à la santé*

Centre national de ressources et d'appui aux CLSM (2023), Rapport « Etat des lieux national sur le fonctionnement des conseils locaux de santé mentale »

Conférence nationale de santé (2022), La démocratie en santé : une urgence de santé publique

Conférence nationale de santé (2024), La démarche participative en santé, *Répertoire d'actions mises en œuvre (2021-2022)*

Cour des Comptes (2023), L'organisation territoriale des soins de premier recours

Fabrique Territoires Santé (2023), Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins

Haut Conseil de la santé Publique (2023), Pour une meilleure gouvernance du système de santé.

IGAS (2023), La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider

Institut Montaigne (2022), L'avenir se joue dans les quartiers pauvres

LaFédé (2023), Recherche-action émancipatrice sur la participation des habitant·es de quartiers populaires à l'élaboration d'actions d'information en santé

ONPV (2016), Rapport annuel 2016

ONPV (2019), Rapport annuel 2019

ONPV (2019), La santé des habitants en quartier prioritaire de la politique de la ville : *une moins bonne perception de l'état de santé et une plus forte prévalence du surpoids et de certaines pathologies*

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (2023), La situation mondiale de l'alimentation et de l'agriculture 2023

ARTICLES DE REVUES

ESCUDIE Jean-Noël (2022), Vingt-six structures retenues pour préfigurer la "santé participative" et un nouveau cahier des charges, Localtis la Banque des Territoires

Fabrique Territoires Santé (2022), L'articulation entre les dynamiques territoriales de santé (CLS, CLSM et ASV) et les CPTS : enjeux et questionnements

LERIQUE Florence (2022), Les territoires de santé participative : un nouveau partenariat entre la Santé et la Ville, Revue de droit sanitaire et social, 2022, 3, pp.520.

LEGRAND Julia & PITTI Laure (2024), Des expérimentateurs et promoteurs inattendus : mise en œuvre, effets et usages de l'expérimentation Peps dans 16 centres de santé, Questions d'économie de la Santé n°285

Les cahiers du développement social urbain (2022), Femmes des quartiers populaires : les oubliées de la santé

PAOLOTI Juliette (2021), Participation des habitants et politique de la ville en matière de santé (Promo Santé Ile-de-France)

Pratiques Santé (2021), L'action locale de santé : les leviers de mobilisation

SERFATY Annie (2020), Participation des habitants-usagers-citoyens : un impératif de santé publique (Promo Santé Ile-de-France)

PUBLICATIONS

ARS Bourgogne-Franche-Comté (2019), Accès aux soins : guide pratique pour les élus

ARS Ile-de-France (2018), La coopératives d'Acteurs en promotion de la santé

ARS Ile-de-France (2019), PRS2 : participation des habitant(e)s à la définition des priorités de santé publique - Cadre méthodologique et résultats

ARS Nouvelle-Aquitaine (2023), L'ARS finance un service d'interprétariat à destination des professionnels de santé de Nouvelle-Aquitaine

Banque des territoires (2024), Enjeux de santé dans les QPV : comment agir localement ?

Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (2022), Le CCOMS redésigné par l'OMS jusqu'en 2026

CIV (2023), Dossier de presse du Comité interministériel des villes d'octobre 2023

Conseil national des villes (2020), Panser le présent, penser les futurs

Ekopolis (2021), Les enjeux de santé dans les quartiers prioritaires - Quelles réponses de l'urbanisme ?

Fnasat & Sidaction (2024), Médiation en santé : Sécuriser le métier de médiatrice et médiateur en santé pour en assurer l'efficacité

France Assos Santé (2024), SECOPA : la santé participative en phase d'expérimentation

Haute autorité de santé (2017), La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins

Insee (2024) Enquête statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV)

Institut Montaigne (2022), La santé : une priorité pour les Français

Institut Montaigne (2022), Inégalités de santé : quelle situation dans les quartiers pauvres ?

IREV (2019), Développer la démocratie en santé grâce aux ambassadeurs santé dans les quartiers

Légifrance, Arrêté du 28 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 9 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « Structures d'exercice coordonné participatives

Métropole Européenne de Lille, Préfecture du Nord, (2024) : Dossier de presse Signature du Contrat de ville et des solidarités

Ministère du Travail, de la santé et des solidarités (2023), La démarche participative en santé – Répertoire d'actions mises en œuvre 2021-2022

Ministère du Travail, de la santé et des solidarités (2023), Stratégie nationale de santé 2023-2033

ODENORE (2024), Le baromètre du non recours dans le Blaisois

Préfecture du Nord (2022), Dossier de presse : Signature du Contrat de ville et des Solidarités de la Métropole Européenne de Lille

RNCRPV (2022), L'évaluation des contrats de ville en Ile-de-France, synthèse du séminaire régional du 28 septembre 2022

Santé participative (2017), La santé participative et l'approche de santé communautaire

Santé publique France (2024), Baromètre Santé (2014)

Société Française de Santé publique (2018), Les contrats locaux de santé en quête de sens

Unis-Cité & Fondation ARHM (2022), Les jeunes s'engagent pour le bien-être et la santé mentale

Villes-Santé & Banque des territoires (2021), Offre et accès aux soins primaires quels rôles des villes et intercommunalités ?

Villes-Santé (2022), La participation des habitants.es en santé

PRESSES

France Inter (2024), Le syndrome méditerranéen, santé et préjugés

La Gazette (2024), La santé mentale des locataires, un défi pour les bailleurs

Le Monde (2024), « Maladies chroniques : pourquoi un patient sur deux ne suit pas son traitement malgré les risques » Sandrine Cabut et Pascale Santi