



RÉDUIRE LES INÉGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS

Webinaire – 29 mars 2024



RETOUR SUR...

—

WEBINAIRE

-

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

PROGRAMME

Si les leviers pour agir sur l'offre de soins relèvent principalement d'une problématique nationale, les collectivités peuvent agir en faveur d'un environnement et de conditions favorables à l'installation de professionnel·les de santé et au développement d'une offre de soins sur les territoires. D'autres leviers peuvent être activés, tournés vers les usager·ères/patient·es et la levée des obstacles qu'ils-elles rencontrent dans leur accès aux soins (et aux droits). Le dossier ressources réalisé par Fabrique Territoires Santé met en valeur les expériences locales permettant de réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins. La recherche d'une réponse adaptée aux besoins des habitant.e.s, pose alors la question de l'association des collectivités à la gouvernance – partagée – des politiques de santé dans la perspective d'une vision stratégique de réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins.

13 h 30 – 14 h 00 **MOT D'ACCUEIL ET PRÉSENTATION DU DOSSIER RESSOURCES**

Didier FEBVREL, président de Fabrique Territoires Santé

Margaux FÊTE, chargée de projet Fabrique Territoires Santé

14 h 00 – 15 h 10 **TABLE RONDE**

Animée par **Arnaud WIEHN**, vice-président de Fabrique Territoires Santé

Avec :

- **Jean-François MOREUL**, médecin généraliste, président de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) des Vallées de l'Anjou Bleu, administrateur d'un DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination), vice-président de la Fédération nationale des CPTS
- **Céline DE LAURENS**, adjointe au maire de la ville de Lyon, déléguée à la santé, prévention et santé environnementale
- **Caroline IZAMBERT**, cheffe de service promotion de la santé et réduction des risques, Ville de Paris, docteur de l'EHESS,
- **Laurent EL GHOZI**, président d'honneur d'Élus Santé publique et Territoires, président de la FNASAT-Gens du voyage, ancien maire adjoint puis conseiller délégué à la Ville de Nanterre

15 h 00 – 15 h 25 **QUESTIONS-RÉPONSES**

15 h 10 **CONCLUSION**

Didier FEBVREL, président de Fabrique Territoires Santé



RETOUR SUR...

—

WEBINAIRE

-

RÉDUIRE LES INÉGALITES
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

INTRODUCTION



RETOUR

SUR...

—

WEBINAIRE

-

**RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS**

ACCUEIL – INTRODUCTION

Didier Febvrel, président de Fabrique Territoires Santé : Bienvenue pour ce webinaire de l'association Fabrique Territoire Santé, qui porte sur la question de la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins.

Pour rappel, l'association Fabrique Territoires Santé est une plateforme de ressources pour celles et ceux qui fabriquent des dynamiques territoriales de santé, tels que les Ateliers santé ville ou les Contrats locaux de santé. Ces dynamiques sont fabriquées, coordonnées, animées sur des territoires urbains et ruraux. En menant un travail de capitalisation de ces dynamiques et en facilitant l'accès à l'information et aux ressources nécessaires à leur fonctionnement, Fabrique Territoires Santé vise à favoriser la qualité des programmes et des projets menés par ces démarches territoriales de santé. Cela s'opère notamment en organisant des temps de rencontre, des ateliers d'échange ou des journées d'étude, qui contribuent à partager des savoirs et des expériences, ainsi qu'à engager des pratiques et des réflexions sur la promotion de la santé et la réduction des inégalités de santé. C'est le cas, aujourd'hui, de ce webinaire, qui est un temps d'échange sur la question de la réduction des inégalités d'accès aux soins.

Ce webinaire s'inscrit dans la prolongation du dossier ressources consacré au même sujet et sorti en 2023. Vous pourrez le trouver sur notre site, comme d'autres ressources. Si vous voulez trouver toutes les ressources et toute la production de Fabrique Territoires Santé, allez sur notre site.

Je rappelle rapidement l'objet de ce webinaire. Les collectivités territoriales font face à une offre de soins déficitaire sur leur territoire. Elles sont interpellées par les habitantes et les habitants. Dès lors, comment les professionnels, les pouvoirs publics, les élus, les acteurs associatifs peuvent-ils agir sur ces inégalités d'accès aux soins ? Si les leviers pour agir sur l'offre de soins relèvent principalement d'une problématique nationale, les collectivités peuvent agir en faveur d'un environnement et de conditions favorables à l'installation d'un professionnel de santé et au développement d'une offre de soins sur leur territoire. D'autres leviers peuvent être activés, tournés vers les usagers, les usagers, les patientes et les patients, comme la levée des obstacles qu'ils ou elles rencontrent dans leur accès aux soins et aux droits. La recherche d'une réponse adaptée aux besoins des habitantes et des habitants pose alors la question du partage de la gouvernance des



RETOUR SUR...

—
WEBINAIRE
-

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

politiques de santé avec les collectivités territoriales, dans la perspective d'une vision stratégique de réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins.

C'est globalement ce qui sera abordé cet après-midi, notamment dans une table ronde animée par Arnaud Wiehn, le vice-président de Fabrique Territoires Santé, auquel je laisserai le soin de présenter en détail la table ronde et les panélistes qui y participant.

Pour terminer, je remercie Margaux Fête et Lilia Santana, qui ont préparé cet événement, avec la participation active des membres du Bureau et du Conseil d'administration de la Fabrique. Je vous souhaite un bon webinaire et je vous retrouve tout à l'heure, pour la conclusion.

Je laisse la main à Margaux Fête, qui va vous apporter quelques précisions, puis vous présenter le dossier ressources sur la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins.

PRESENTATION DU DOSSIER RESSOURCES « Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins »

Margaux Fête, chargée de projets Fabrique Territoires Santé : C'est sur le plan des droits humains que l'Organisation Mondiale de la Santé aborde la notion de l'accès aux soins. Elle stipule que la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable. Nous voyons ici se dégager les notions de d'accessibilité temporelle, de qualité des soins et de coût abordable. D'un autre côté, la DREES, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques pose le fait que : « alternativement envisagé comme une caractéristique propre à un territoire ou un système de santé, ou encore comme un droit, l'accès aux soins semble moins se définir comme une possibilité dont on jouit que comme l'absence d'obstacle entraînant la possibilité de recours ». Dans ce cas, nous voyons qu'il s'agit surtout d'une absence d'obstacles qui pourraient entraver le recours aux soins.

À la lecture de ces deux définitions, nous voyons que la problématique de l'accès aux soins revêt une dimension quantitative, renvoyant à l'offre de soins sur un territoire au regard de la population locale et de ses besoins, qui est souvent insuffisante, inégale, menant à la problématique des déserts médicaux. Elle revêt aussi une dimension qualitative, en raison d'un nombre important de déterminants d'accès aux soins qui sont détaillés dans le dossier ressources. Nous pensons à l'accessibilité



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

géographique et physique, pour aller jusqu'à l'offre. Nous pensons aussi à l'accessibilité financière, au coût de la santé, mais aussi au coût des transports. Nous pensons également à la capacité à s'orienter dans le système de santé, la lisibilité et les enjeux de littératie en santé, qui deviennent de plus en plus complexes, notamment du fait de la numérisation croissante. Enfin, nous pensons à l'accès aux droits, qui conditionne l'accès aux soins. Cela représente un déterminant majeur. En effet, des personnes peuvent être discriminées dans leur accès aux soins, en fonction de la couverture des droits.

Dès lors, pour reprendre l'interrogation de Didier : Comment les acteurs, actrices, associatifs, collectivités et pouvoirs publics peuvent-ils continuer à réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins ? C'est la question que nous avons posée dans le cadre du dossier ressources en 2022. À la suite de cet appel, nous avons reçu 32 contributions. Nous voulions vous montrer autour de quels axes se déploient les actions qui nous sont remontées.

Certains acteurs et actrices s'attachent à créer ou accompagner une offre de soins. Ce sont des actions qui sont souvent bien articulées avec des actions de prévention et de promotion de la santé. Nous voyons par exemple des parcours de santé, au sein des centres municipaux de santé, ou des espaces mobiles de santé qui sont mis en place en complément d'un service de santé déjà offert.

Nous avons des actions qui s'attachent à l'organisation et à la coordination des professionnels. Nous pensons surtout à l'accompagnement et à la mise en place de CPTS et de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), au-delà de l'exercice coordonné des acteurs qui s'attachent à développer la coordination et la mise en réseau d'acteurs locaux.

Nous avons également des actions qui s'attachent à changer les pratiques, pour améliorer l'accompagnement, notamment par l'information.

Aussi, nous avons des actions autour de l'accompagnement du public. Elles sont nombreuses et gravitent particulièrement autour de la médiation en santé.

Enfin, nous avons des actions qui lèvent les barrières de l'accès aux droits et aux soins. Vous retrouverez toutes ces actions et leurs grandes thématiques dans le dossier ressources.



RETOUR SUR...

—

WEBINAIRE

-

**RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS**

Le dossier ressources s'accompagne également d'entretiens de professionnels de la santé, du soin, mais aussi de la santé mentale. Leurs points de vue sont divers et permettent d'éclairer cette question des inégalités sociales d'accès aux soins.

Je ne suis pas entrée dans le détail, mais vous pouvez également voir les actions dans le dossier ressources, qui indique en outre comment contacter les personnes, afin de faire du lien, constituer un réseau sur ces questions.

Merci à tous. Je laisse introduire la table ronde.



RETOUR SUR...

—

WEBINAIRE

-

RÉDUIRE LES INÉGALITES
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

TABLE-RONDE



RETOUR

SUR...

—

WEBINAIRE

-

**RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS**

Arnaud Wiehn, vice-président de Fabrique Territoires Santé : Bonjour à toutes et à tous, je suis ravi de vous retrouver à l'occasion de ce webinaire. Nous l'avons imaginé comme une table ronde. Elle est numérique, à distance, mais nous ferons en sorte de la rendre dynamique et conviviale, et nous souhaitons qu'elle apporte des pistes de réflexion et des idées opérationnelles.

Les personnes que nous avons conviées incarnent la diversité des acteurs que tu as présentés, Margaux. Certains d'entre vous assument ou ont assumé plusieurs responsabilités et fonctions : élus, professionnels de santé, représentants d'associations, chefs de service en santé, membres de collectifs, chercheurs, et cetera. Ils auront l'occasion d'en parler. Pour autant, tous ceux qui nous écoutent ne se sentiront pas forcément représentés. Nous en avons bien conscience. C'est un exercice imparfait. À ce propos, vous vous en doutez, la Fabrique a convié des représentants de l'État, qui est garant des politiques de santé, que ce soit au sein d'administrations, ou via des Agences régionales de Santé. Malheureusement, personne n'était disponible. Nous ferons contre mauvaise fortune bon cœur en interrogeant d'autant plus ceux et celles qui ont accepté notre invitation, et je les en remercie.

L'idée de cette table ronde est de nous appuyer sur le dossier ressources, que Margaux a présenté synthétiquement, et sur vos expériences, afin de dégager des perspectives, en particulier face à quelques constats dressés par la Fabrique.

Nous avons quatre constats, pour planter le décor et lancer ce débat.

Le premier constat est que l'accès aux soins est tributaire de l'accès à la prévention. Celui-ci, de l'avis de nombre d'observateurs, est loin d'être à la hauteur en France. Pour illustrer, je citerai le désarroi de la médecine scolaire. De toute façon, quand on parle d'accès aux soins, d'inégalités sociales de santé, on va au-delà de la question des soins. Cela paraît évident.

Le deuxième constat : si on imagine assez facilement ce que devrait être, en théorie, un bon accès aux soins, à l'image de parcours de soins types, il est bien plus délicat de définir le paysage de cet accès en termes d'offres, de services et de partage des responsabilités.

Un troisième constat : malgré toute la richesse des initiatives identifiées, valorisées à l'occasion du dossier ressources, il faut bien admettre qu'elles ne suffisent pas, face à des attentes et des exigences. De plus en plus,



RETOUR SUR...

—

WEBINAIRE

-

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

l'accès aux soins est considéré comme relevant du service public, que ce soit une réalité légale ou pas. Nous pourrions en débattre. En tout cas, nous sentons bien une pression et des attentes, à cet égard.

Le quatrième constat, enfin, est que les élus locaux et les collectivités territoriales sont désormais considérés comme incontournables pour contribuer à relever ce défi de l'accès à la santé et donc de l'accès aux soins. Encore faut-il préciser leur rôle et leur place.

Arnaud Wiehn : Je vous propose de démarrer la table ronde et de passer la parole à nos invités. Je vais vous présenter Céline De Laurens. Bonjour, Céline De Laurens, merci d'être là. Vous pouvez ouvrir votre micro. En tant qu'adjointe au maire de Lyon, déléguée à la prévention, la santé et l'environnement, vous suivez notamment le contrat local de santé de la ville de Lyon, dont l'un des axes porte sur l'accès aux soins et aux droits. Nous pourrions en parler. Au-delà de ce contrat, vous pourrez aussi nous dire dans quelle mesure l'accès aux soins et aux droits fait partie de votre politique municipale, en précisant peut-être les priorités et les enjeux à l'échelle de la ville de Lyon.

À cette occasion, vous pourrez aussi nous indiquer si la crise sanitaire a joué un rôle à votre échelle et si, en tant qu'élue, vous avez le sentiment d'être plus – ou moins – attendue sur ces sujets d'accès aux soins, d'inégalités sociales de santé. Si tel est le cas, par qui êtes-vous attendue ? Selon vous, pour y faire quoi ? Je pense que ces attentes ne sont pas forcément congruentes.

Enfin, merci de nous préciser sur quoi vous vous appuyez, pour définir les enjeux actuels et à venir en matière d'accès aux soins. Comment objectiviez-vous la situation ? Faites-vous appel à des études, à des partenaires ? Vous avez la parole.

Céline De Laurens, Adjointe au maire de Lyon, déléguée à la santé, prévention et santé environnementale : Merci pour cette invitation et bravo à la Fabrique Territoires Santé pour la mise en place de ce webinaire. Bonjour à toutes et à tous les 154 participants. Je dois dire que cet exercice de webinaire est très impressionnant, bien que très inconfortable.

Je vais essayer de répondre à l'ensemble des questions qui m'ont été posées, dans le temps imparti. La première est plutôt une question de contexte. Le rôle des villes et, plus largement, des collectivités territoriales en matière de santé, est assez confus. La plupart de mes collègues adjointes et adjoints en santé s'excusent en général de ne pas avoir de



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

prérogative en matière de santé, quand ils commencent leur discours. Je ne leur jette pas la pierre. La santé s'est résumée aux soins pendant très longtemps, sans que cela ne heurte personne.

Vous me demandiez s'il y avait un avant et un après Covid-19. Clairement, la crise du Covid-19 a mis en lumière la nécessité d'une approche territoriale sur les questions de santé, et surtout sur le fait qu'il fallait intégrer la vision de la santé bien au-delà de la seule question du soin. Nous savons bien qu'il ne suffit pas d'avoir des médecins à la pointe pour permettre à une population d'être en bonne santé. Cette approche de santé publique revient au goût du jour, avec le Covid-19. Elle donne toute sa place et tout son rôle aux politiques locales de santé, en particulier aux territoires et aux villes, que je représente aujourd'hui. Je vais vous parler de Lyon, mais je vais aussi vous parler des villes en général, car je suis aussi membre de France Urbaine, qui est un collectif de grandes villes françaises. Nous avons porté à plusieurs reprises, auprès des ministères, la volonté que le rôle des territoires soit reconnu en matière de santé publique. La santé est à prendre au sens de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et non simplement au sens du soin.

La crise du Covid-19 a malheureusement été suivie de ce que certains appellent la grande démission, qui a touché beaucoup de secteurs, dont celui de la santé. Aujourd'hui, nous observons une tension sur la ressource médicale, qui n'épargne pas la médecine libérale. Nous rencontrons donc davantage de difficultés en matière d'accès aux soins sur les différents territoires, même en étant une grande ville. Je ne me plaindrai pas aujourd'hui, parce que la ville de Lyon est bien moins concernée que des territoires ruraux, qui connaissent cela depuis très longtemps. Pour autant, y compris dans les grandes villes, il y a ce qu'on appelle des zones blanches, dans lesquelles la densité de médecins est très faible, parfois comparable à certaines zones extrêmement rurales. Cette difficulté de ressources liée à la grande démission s'accompagne d'un souhait des professionnels de modifier leur exercice et d'aller davantage vers un exercice collectif. Ils cherchent ainsi des locaux de santé qui permettent cet exercice collectif. C'est une nouvelle difficulté, une nouvelle question qui nous est posée : comment pouvons-nous les aider à accéder à ce foncier dans le contexte de crise du logement, que nous connaissons tous et toutes ?

Tout ce contexte est donc poly factoriel. Il fait système. Les villes sont interrogées sur les médecins qui partent, les difficultés économiques, les fermetures de centres de santé et ainsi de suite. On nous demande ce que



RETOUR SUR...

—
WEBINAIRE

—
RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

fait la ville. Nous sommes attendus sur ce sujet. Je vous dirai ensuite ce que nous faisons.

Je vais évoquer les outils que nous avons décidé de mobiliser. Vous voyez que la stratégie nationale de santé est très descendante. La stratégie nationale se décline en schémas régionaux de santé, etcetera. Finalement, le seul outil qui soit aux mains des territoires, c'est le contrat local de santé. J'ai été élue pendant le Covid-19, donc j'essaie de vous parler de l'avant, mais je connais surtout le pendant et l'après. Nous nous sommes dit que nous avions à écrire un contrat local de santé et que nous allions le faire à partir d'un diagnostic et de données d'observation, à la fois sur les questions de santé et de santé environnementale. Nous avons étudié des indicateurs, nous avons examiné où étaient les activités de prévention. Nous sommes également partis d'une concertation citoyenne sur les besoins des Lyonnaises et des Lyonnais. Nous avons eu énormément de participants, 2000 personnes en tout. Je ne détaillerai pas la méthodologie de concertation, mais c'était un important travail de démocratie sanitaire, que nous avons souhaité intégrer comme une condition sine qua non. Pour nous, faire une politique de santé devait passer par l'expression des usagers eux-mêmes, qu'ils soient usagers du système de santé, ou citoyens vivant la ville et ayant besoin de préserver leur santé.

Ce contrat local de santé fait désormais 150 pages. Il a quatre axes, très divers, dont certains concernent le maintien de milieux de vie favorables à la santé. Il y a bien évidemment un axe intitulé « Faciliter l'accès aux soins et aux droits de santé pour toutes et tous ». Cet axe comprend des éléments divers. Certains existaient déjà. Ce sont des actions qui sont poursuivies et renforcées. Je pense aux Ateliers Santé Ville, à la médiation santé, aux dynamiques de coordination territoriale et notamment aux conseils locaux de santé mentale. Nous avons aussi renforcé des dynamiques, comme la question des soins non programmés et l'articulation qui leur est nécessaire. Nous avons la question de la facilitation de l'accès au médecin traitant. Pour cela, il faut aussi maintenir les médecins traitants sur le territoire. Cela intègre de nombreux éléments. Également, nous développons des dispositifs expérimentaux, sur lesquels je ne reviens pas outre mesure. En tout cas, le panel d'actions est important, à la fois sur les soins non programmés, le premier recours, le lien entre ville et hôpital. J'ai listé deux axes seulement, mais nous avons également un axe 4, qui vise à organiser la coordination des acteurs de santé du territoire. Quand nous parlons des acteurs de santé, c'est au sens extrêmement large.



RETOUR SUR...

—
WEBINAIRE

—
RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

Je vous explique tout de même rapidement la dynamique de concertation. Elle s'est traduite par le contrat local de santé. Je rappelle que cet outil n'est pas obligatoire pour une collectivité. Il ne comprend pas de ressource, pas de contractualisation de moyens, contrairement aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Pour celles-ci, des moyens sont dédiés et les coordinations sont importantes, mais je n'y reviens pas, car je pense que vous l'évoquerez.

À partir du moment où un diagnostic était partagé sur le territoire par 2000 personnes et énormément de parties prenantes, nous nous sommes demandé comment créer les conditions de leur engagement. Vous parliez de l'Éducation Nationale. Elle est signataire de notre contrat local de santé. Nous avons voulu que le ministère soit autour de la table et qu'il s'engage sur des actions en lien avec ses populations. À partir du moment où les actions sont fixées, cela crée un niveau d'engagement. Cela permet de basculer des ressources déjà présentes vers ces actions-là, qui sont définies collectivement, ou d'aller chercher des financements par appels à projets. Depuis un an que notre contrat local de santé est signé, nous nous rendons compte que c'est assez performant. Aujourd'hui, sur la promotion des milieux de vie favorables à la santé, nous voyons un énorme succès des appels à projets. C'est très positif. Cela permet vraiment d'avancer et de valoriser l'écosystème.

Je voulais également vous dire que la transversalité est importante au sein d'une collectivité. Celle-ci gère notamment l'urbanisme, le lien avec le Centre Communal d'Action Social (CCAS), ou encore l'action sociale au sens large. D'une manière générale, nos politiques publiques se veulent assez transversales. Ce contrat local de santé a été participatif, bien sûr, en incluant énormément de mes collègues adjoints. Moi-même, je suis aussi embarquée dans le Plan Climat-Air-Energie Territorial (PCAET), je suis aussi embarquée dans le travail sur le bouclier social qui est mené par la délégation aux solidarités, qui rebondit sur les travaux de l'Observatoire du non-recours au droit. Ces travaux ont mis en évidence que le non-recours en matière de santé était un élément important et qu'il fallait y travailler.

Les spécificités que nous avons apportées, ce sont ces notions de coordination multi-acteurs – la méthode des parties prenantes – de travail en réseau, d'implication et d'engagement. Je n'ai pas tout dit, mais je suis sûre que les prochains intervenants vont compléter.



RETOUR SUR...

—
WEBINAIRE
-

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

Permettez-moi simplement d'ajouter qu'il y a un an, les CPTS étaient en cours de constitution sur le territoire. Au premier comité de pilotage, un an après, les différents représentants des CPTS sont venus en force. Pour nous, c'est un énorme levier d'action. Nous constatons aussi l'intérêt qu'ils trouvent à travailler de manière articulée avec la ville, pas forcément les élus, mais tous les acteurs qui interviennent dans la coordination territoriale. C'est très riche. Je pense que ce sont de vrais leviers, que nous devons réussir à structurer de manière pérenne.

Arnaud Wiehn : Merci beaucoup, Céline De Laurens. J'avais justement une question sur les CPTS. Puisqu'ils sont arrivés récemment, sont-ils signataires du contrat local de santé ? Est-ce une perspective ? Historiquement, nous savons que ce sont les URPS qui représentaient les soignants.

Céline De Laurens : Nous sommes restés sur cet historique. Ce sont les Union Régionales de Professionnelles de Santé (URPS) qui sont signataires. Il y en a plusieurs. Cela étant, nous avons voulu élargir le périmètre des signataires en ayant pour objectif de grossir chaque année. Nous avons déjà 35 signataires, mais l'idée était d'amplifier la dynamique partenariale chaque année. Nous ne sommes cependant pas seuls, puisque l'Agence Régionale de Santé (ARS) est avec nous. Elle était un peu plus sceptique. Elle souhaitait commencer par les impliquer, pour qu'ils participent tous, puis réétudier la question dans cinq ans.

En fait, il y a 35 signataires, mais il y a plus de 70 partenaires engagés. Sur le territoire, la dynamique va bien au-delà des signataires. L'engagement des CPTS n'est pas un sujet, ce sont nos partenaires.

Arnaud Wiehn : Merci, madame De Laurens. Je sais que vous avez un impératif. Vous ne pourrez pas rester jusqu'au terme de ce webinaire, mais je veux croire que nous aurons le temps de vous poser une seconde question.

Je vais maintenant m'adresser à Jean-François Moreul. Bonjour, merci d'avoir répondu à notre invitation. Vous êtes médecin généraliste, président de la Communauté professionnelle territoriale de santé des vallées de l'Anjou Bleu, une CPTS telle que nous les évoquions. Vous êtes administrateur d'un DAC, un dispositif d'appui à la coordination. Vous êtes vice-président de la Fédération nationale des CPTS. Nous pouvons considérer que vous êtes au cœur du sujet. À travers toutes ces activités, les vôtres et celles de la kyrielle d'acteurs et de professions liées à l'accès aux soins, merci de nous indiquer comment vous concevez l'articulation



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

de toutes ces fonctions et tous ces services, afin de traiter les difficultés actuelles, notamment d'accès au soin. Je pense à la pénurie des soignants, mais ce n'est peut-être pas ce qui est le plus prégnant sur votre territoire. Vous nous le préciserez.

Dites-nous également comment vous travaillez avec des dispositifs et des dynamiques locales. Nous avons parlé du contrat local de santé à l'échelle de la ville de Lyon, mais il y a peut-être d'autres dispositifs, partenariats et espaces avec lesquels vous collaborez, à votre échelle.

Enfin, plus largement, en tant que médecin, mais aussi vis-à-vis des médecins et soignants que vous représentez, quel regard portez-vous sur l'implication d'acteurs et d'institution qui ne relèvent pas du soin à proprement parler ? Que pensez-vous du fait que l'on considère les soins de plus en plus comme un service public, ou du moins que l'on ait ces exigences-là à leur égard ?

Jean-François Moreul, médecin généraliste, président de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) des Vallées de l'Anjou Bleu, administrateur d'un Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), vice-président de la Fédération nationale des CPTS (FCPTS) ¹: Merci beaucoup pour votre invitation. Merci de me donner la parole. La présentation est parfaite, sans oubli. Je précise cependant que je suis membre d'une maison de santé qui comprend 40 professionnels de santé sur trois communes. J'ai participé activement à sa création, comme vous pouvez vous en douter.

La première chose que je vous dirai, c'est qu'il faut arrêter de parler de déserts médicaux et d'accès aux médecins traitants. Il faut parler d'accès aux soins. On en parle beaucoup, mais l'accès aux médecins n'est pas la seule problématique, même si le médecin généraliste, médecin traitant, est souvent la porte d'entrée dans le système de soins. Dans toutes les organisations de coordination, nous avons plutôt tendance à porter une parole pluriprofessionnelle. Nous allons plutôt nous adresser à l'ensemble des professions et acteurs de santé.

Pour commencer, quelques précisions sur les CPTS et leur fonctionnement. On en parle beaucoup, mais j'ai notamment pu constater que peu d'élus nationaux connaissaient le fonctionnement des CPTS. C'est une association loi 1901, qui est très récente. La première CPTS n'a

¹ Pour accéder au site de la Fédération Nationale des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (FCPTS), cliquez ici : <https://www.fcpts.org/>



RETOUR SUR...

—
WEBINAIRE

—
RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

même pas encore signé son renouvellement de contrat de cinq ans. La CPTS fonctionne avec des fonds nationaux, alloués par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Il s'agit d'un contrat signé entre la CPAM et l'Agence Régionale de santé (ARS). Il est révisé annuellement. C'est important de le préciser. On ne nous donne pas des fonds avec lesquels nous faisons n'importe quoi. Nous proposons un suivi de nos projets, avec des indicateurs très précis, et un suivi annuel de toutes nos missions. Celles-ci sont bien définies, par contrat. Ce sont ce que nous appelons des missions socles. La première est l'accès aux soins, c'est en l'occurrence l'accès au médecin traitant qui est mentionné. Ensuite, ce sont les soins non programmés, les parcours de soins, les situations sanitaires exceptionnelles, une nouvelle mission depuis un an, qui est liée au Covid. Enfin, la dernière mission socle est la prévention. Outre les missions socles, nous avons des missions optionnelles, qui sont la qualité des soins et l'accompagnement des professionnels de santé.

Une CPTS est une association qui a écrit un projet de santé. C'est la base de l'association. Ce projet de santé est établi en fonction d'un diagnostic de territoire. C'est primordial dans le fonctionnement d'une CPTS. C'est un peu comme un Contrat Local de Santé (CLS), que vous connaissez mieux. C'est le même point de départ, avec un diagnostic, un projet, puis des actions qui sont déclinées. Le diagnostic de territoire est la base de tout, puisque cela permet d'adapter nos projets aux besoins de la population. Comme à Lyon, nous interrogeons régulièrement les besoins de nos usagers, qui entrent dans nos actions. Le diagnostic de territoire, très fin, nous permet de connaître l'état de santé de notre population et d'adapter nos interventions en fonction de ses besoins. Arnaud, vous disiez que mon territoire n'avait pas forcément une problématique d'accès au médecin traitant. Effectivement, nous sommes l'un des territoires français comptant le plus faible pourcentage de patients sans médecin traitant. Nous comptons environ 4 % de patients sans médecin traitant. J'imagine que cela peut faire rêver certains participants au webinaire. Pour autant, la CPTS prend tout son sens avec d'autres missions, sans toutefois oublier celle-là.

L'accès aux soins sous-tend toutes les actions de la CPTS. Je vous ai brossé ses missions, mais comme vous disiez en introduction, la prévention est le premier des accès aux soins. Si nous réussissions à améliorer l'accès à la prévention pour la population, nous améliorerions alors la littératie et beaucoup d'autres choses. C'est l'une de nos missions, nous travaillons sur cette prévention. Qu'il s'agisse de l'accès au médecin traitant, ou plutôt l'accès aux soins, qu'il s'agisse des soins non programmés, de l'accompagnement des professionnels de santé ou de la coordination des



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

parcours, toutes ces missions tendent à améliorer l'accès aux soins. Nous disposons de moyens.

Très vite, même si les CPTS ont été prises en main par des libéraux, ils se sont vite rendu compte que l'accès aux médecins ou aux professionnels libéraux ne représente pas grand-chose à l'échelle de tous les déterminants de santé. Dans les exposomes, si nous organisons bien la santé, nous allons agir à 15 % sur l'état de santé d'une personne. Tout le reste, ce n'est pas nous. Si les 85% restant ne nous sont pas directement imputables, cela veut dire que d'autres acteurs, notamment les élus, agissent sur ces déterminants. Quant aux élus des CPTS, en dépit du fait qu'ils ne soient pas directement concernés, tous ont envie de s'y impliquer. Ils entendent apporter leur expertise aux autres acteurs de la santé, au sens large, sur le territoire. C'est notre regard d'élus du CPTS sur tous les autres acteurs qui peuvent influencer sur la santé des personnes. Nous sommes tous dans le même bateau, qui semble peiner à trouver de l'essence pour avancer, faute de financements de l'État.

Nous allons devoir réfléchir collectivement à la manière de rendre l'offre plus cohérente. Il s'agit d'une mission non écrite, mais elle est animée par toutes les CPTS : c'est l'interconnaissance. Dans la CPTS des vallées de l'Anjou Bleu, nous en avons fait une mission transversale. Nous avons un groupe de travail qui questionne chaque mission et projet, en vue d'améliorer l'interconnaissance. Par exemple, sur le territoire, plutôt que présenter une action de premiers secours en santé mentale en n'y mettant que des professionnels de santé libéraux, nous travaillons l'interconnaissance. Dès l'information, nous sommes en structure pluriprofessionnelle et nous favorisons les rencontres entre différents acteurs du territoire. Quand nous créons un programme d'éducation thérapeutique, ce n'est pas du ressort de la seule CPTS. Nous travaillons avec d'autres partenaires, pour nous trouver très tôt en interaction et en interconnaissance.

Où faisons-nous tout cela ? Un peu partout, finalement. Les structures de coordination et les lieux de rencontre sont déjà nombreux. Nous avons des Conseils Territoriaux de Santé (CTS) et des Centre Communaux d'Action Sociale (CCAS) qui réfléchissent à cartographier les déserts des différentes professions. De nombreuses instances et structures réfléchissent à la coordination. Vous disiez tout à l'heure que je suis également porteur du dispositif d'appui à la coordination sur mon département, où nous parlons bien sûr de coordination. Encore une fois, la CPTS met son grain de sel dans toutes ces instances, tous ces espaces. C'est heureux, car nous nous rendons compte à quel point nous étions



RETOUR SUR...

—
WEBINAIRE

—
RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

absents de ces espaces-là. Passées les premières rencontres et les premières félicitations pour notre venue, nous nous retrouvons les manches, nous nous mettons au travail et nous représentons le territoire.

Vous le disiez tout à l'heure, les représentants des professions de santé étaient historiquement les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS). Je travaille beaucoup avec l'URPS sur mon territoire, mais c'est une structure « monoprofessionnelle », qui s'affirme bien comme telle. L'avantage de travailler avec des représentants coordonnés, c'est que nous parlons vraiment à l'ensemble des professions et des acteurs de santé du territoire. Il est vrai que venir porter la parole dans ces instances est une mission noble, mais je sais que je dois faire circuler la parole, interroger. Nous faisons de nombreuses enquêtes auprès des professionnels adhérents à la CPTS. Nous interrogeons la base dès qu'un sujet se présente. Nous créons des supports partagés en ligne. Cela nous permet de prendre en permanence le pouls du territoire que nous représentons. Nous agissons dans les CTS, ainsi qu'au niveau du contrat local de santé.

Ce que nous avons également initié et qui commence à prendre forme, c'est la structuration d'une organisation départementale, voire régionale, entre les CPTS. Porter la parole de notre territoire est important, mais des sujets dépassent parfois un peu son champ. Nous avons alors besoin d'être coordonnés. Je sais, par exemple, qu'il existe une inter-CPTS en Auvergne-Rhône-Alpes. Pour un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) ou pour un dispositif d'appui à la coordination, il est plus facile de parler à une « inter-CPTS » qu'une CPTS isolée. De plus en plus, nous savons mettre en place ces structures, pour représenter les territoires auprès d'organisations départementales, voire régionales.

Il y a cette représentation, cette arrivée du territoire dans les organisations. Il y a du travail. Est-ce quelque chose qui évolue ? De notre côté, je dirais que nous sommes plutôt en progression. Comme je vous le disais en introduction, les CPTS sont un dispositif récent. Plutôt que faire évoluer le dispositif, nous allons déjà chercher à le faire progresser. Un tour de France des CPTS a été réalisé. Le ministère envisage un plan 100 % CPTS, dans la perspective de couvrir le territoire national de CPTS. La position de la FCPTS est que nous allons déjà favoriser une meilleure formation des élus de CPTS, améliorer leurs connaissances et les faire progresser. Le dispositif doit murir. Il ne faut pas ajouter trop de missions, car cela risquerait de décourager des membres. Cela s'est vu. Deux ou trois CPTS ont dû fermer leurs portes. Il faut plutôt faire monter en compétences et faire progresser les participants aux CPTS. Madame De



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

Laurens estimait que travailler avec les CPTS était génial. Nous disons aussi que travailler avec les autres acteurs du territoire est génial.

Arnaud Wiehn : Merci beaucoup, Jean-François Moreul, pour cette première présentation. Nous avons quelques questions. Pouvez-vous préciser le Dispositif d'Appui à la Coordination des parcours complexes (DAC) ? L'intitulé est nouveau, mais je sais que cela fusionne des dispositifs qui existaient déjà. Pouvez-vous présenter et préciser les missions ?

Jean-François Moreul : Le point de départ, ce sont les Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA)². Ces structures nées du plan Alzheimer de notre ancien président. Elles devaient s'organiser pour coordonner les situations complexes des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cela s'est étendu progressivement. La MAIA est devenue un gestionnaire de coordination complexe des personnes de plus de 65 ans en situation de fragilité. Il y a deux ans, le ministère a décidé de faire quelque chose d'un peu plus large, en fusionnant les MAIA et les réseaux de santé au sein des dispositifs d'appui à la coordination. Certains territoires n'en avaient plus, mais là où les réseaux existaient encore, ils ont été fusionnés au sein des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC). Le DAC compte une mission d'information et d'orientation. Il comprend également une mission de gestion des situations complexes, pour tout âge et toute pathologie. Enfin, une autre mission est partagée avec les CPTS, en subsidiarité. Il s'agit de l'animation du territoire et d'interconnaissance des acteurs, là où aucune autre structure ne peut porter cette mission-là.

Arnaud Wiehn : Vos prises de parole sont au cordeau. C'est très bien, puisque nous avons un peu d'avance. Je vous pose quelques questions à la volée, car elles réagissent à ce que vous venez de dire et à ce que disait madame De Laurens, sur l'intégration des CPTS. Contrats Locaux de Santé (CLS) et Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sont deux démarches qui reposent sur des diagnostics larges, dits

² Le dispositif MAIA a été déployé en 2009, dans le cadre du 3ème Plan Alzheimer (2008-2012) pour améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs aidants. Initialement, le sigle MAIA signifiait « maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer ». En 2011, le dispositif MAIA a été revu et rebaptisé « Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie ». Il s'adresse aujourd'hui à l'ensemble des personnes âgées de 60 ans et plus, et plus particulièrement celles atteintes d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.



RETOUR

SUR...

—

WEBINAIRE

-

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

partagés. Si un CLS est antérieur à une CPTS, il ne peut pas bénéficier du diagnostic de la CPTS, quoiqu'il soit peut-être possible, sur certains territoires, d'enrichir le diagnostic d'un contrat local de santé avec des éléments de la CPTS. À votre échelle, monsieur Moreul, les diagnostics, notamment ceux qui ont été réalisés dans le cadre des contrats locaux de santé, ont-ils servi à l'état des lieux et au diagnostic de la CPTS ?

Jean-François Moreul : Il existe plusieurs méthodes pour faire un diagnostic. Quelques bases de données nous permettent de le faire. C'est un peu compliqué, quand on arrive sur un dispositif comme celui-là, de s'attaquer à ce travail. Nous avons eu la chance de créer en même temps le CLS et la CPTS. Nous nous sommes servis du diagnostic du contrat local de santé, tandis que nous menions quelques enquêtes, notamment sur l'offre de soins. Quand on cherche de la donnée, elle n'est pas souvent mise à jour, ce qui est notamment le cas des répertoires. Avec nos connaissances plus fines de l'offre de soins, nous avons pu affiner le diagnostic de territoire du contrat local de santé et nous en servir pour faire celui de la CPTS. Les deux étaient très complémentaires. Dans le contrat local de santé, deux fiches actions sont portées par la CPTS. C'est donc très complémentaire.

Malheureusement, à la différence d'Auvergne-Rhône-Alpes, notre Contrat Local de Santé (CLS) n'est signé qu'entre les élus et l'Agence Régionale de Santé (ARS). Alors que nous sommes porteurs de fiches et que nous avons été présents à l'écriture du CLS, notre ARS n'a pas encore souhaité favoriser l'engagement d'autres structures dans le contrat local de santé. À chaque fois que je les rencontre, je leur dis que c'est dommage, mais cela ne change rien pour le moment.

Céline De Laurens : Je peux aussi apporter un témoignage, sur un regret. Nous avons débuté notre mandat en 2020. C'est l'époque à laquelle les CPTS étaient en train de se monter. Il se trouve que c'est à cette époque que se réfléchissait le projet de loi 4D³. Dans le cadre de ce projet de loi, avec mon groupe politique, nous avons proposé une communication plus fluide entre les différentes organisations territoriales de santé. J'avais notamment proposé qu'il puisse y avoir, dans les conseils d'administration des CPTS, des représentants politiques élus de la ville, comme dans les Conseil Locaux de Santé Mentale (CLSM) qui sont

³ Le projet de loi initialement appelé « 4D : Différenciation Décentralisation, Déconcentration Décomplexification » a échangé son nom pour la loi 3DS « Différenciation Décentralisation, Déconcentration et Simplification ». Elle a été adoptée les 8 et 9 février 2022 par l'Assemblée Nationale et le Sénat. Pour consulter la loi 3DS promulguée, cliquez [ici](#)



RETOUR SUR...

—
WEBINAIRE

—
RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

présidés par des élus. L'ARS m'avait dit à l'époque qu'il ne fallait pas y toucher, que les CPTS étaient pour les professionnels de santé et que les élus n'avaient rien à y faire. C'était une idée sans malice, il s'agissait d'avoir deux outils qui communiquaient, avec des gouvernances croisées, puisque cela aurait aussi pu se faire dans l'autre sens.

D'autre part, il n'y a pas toujours de superposition territoriale parfaite. Le CLS a le périmètre de la ville de Lyon, où il y a plusieurs CPTS. Il y a parfois des contrats locaux de santé sur des périmètres encore plus larges. Nous n'avons pas une correspondance totale de périmètres géographiques.

Pour nourrir la discussion, il faudrait peut-être réfléchir aux diagnostics territoriaux, les nôtres l'ont été par l'Observatoire Régional de Santé (ORS), qui a peut-être dit la même chose à différents CPTS...

Jean-François Moreul : Je confirme.

Céline De Laurens : L'ORS est une association, donc tout va bien, mais il est vrai que les objectifs des différents CPTS devraient aussi s'inspirer de ce qui est fait au niveau des CLS. Je dis cela, mais je pense qu'il est important qu'il existe un écosystème diversifié, des points de vue différents, convergents ou complémentaires. Il est probable qu'un grand nombre d'éléments n'ont pas été intégrés dans le contrat local de santé. Je ne suis pas pour reprendre une organisation verticale. Au contraire, je pense que ces dispositifs visent à permettre la transversalité et la diversité des approches. Merci.

Jean-François Moreul : Si je peux compléter, dans le tchat du webinaire, nous voyons différentes expériences. Chaque territoire a sa propre situation, avec des dynamiques et des forces en présence qui prennent l'espace, quand il est à prendre.

Tout à l'heure, je vous parlais d'évolution. Ce sont des dispositifs qui font preuve d'une évolutivité impressionnante. Cela va très vite. Il est difficile de se tenir au courant de certains éléments, à commencer par notre propre évolution, car les textes changent, mais aussi l'évolution des autres. Je pense aux hôpitaux de proximité. Tout à l'heure, je vous parlais des DAC, qui ont eu un cadre national d'orientation. Se tenir au courant de tout cela n'est pas si simple. C'est une gageure.



RETOUR SUR...

—
WEBINAIRE

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

Arnaud Wiehn : Nous l'imaginons. Vous parliez d'acculturation et vous évoquiez des espaces pour apprendre à se connaître. Effectivement, ce n'est pas si simple.

Bonjour Caroline Izambert, je vous remercie d'avoir répondu à notre invitation. Vous êtes docteure de l'École des hautes études en sciences sociales et cheffe de service promotion de la santé et réduction des risques de la Ville de Paris. À ce titre, dites-nous comment la Ville positionne ses divers services en matière d'accès aux soins, et plus globalement sur la santé. Vous n'avez pas que des services dédiés aux soins. Nous savons qu'une grande ville peut agir de nombreuses manières, sur de nombreux déterminants. En préparant cette rencontre, vous nous avez parlé d'approche par thématique, par public.

Vous avez également évoqué les Ateliers Santé Ville (ASV), des dispositifs qui sont autant d'espaces propices à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Qu'en est-il précisément ?

J'ai une question subsidiaire. Selon vous, la crise sanitaire a-t-elle modifié des choses, sur l'implication de la Ville et de ses services, sur son organisation, la manière dont elle traite ces enjeux ?

Enfin, dites-nous dans quels cadres partenariaux vous avez concrètement l'occasion de traiter ces problématiques. Vous parlerez des ateliers santé ville, mais y a-t-il d'autres espaces, que vous générez ou auxquels vous êtes conviés, pour faire valoir vos moyens d'agir ?

Caroline Izambert, docteure de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) et cheffe de service promotion de la santé et réduction des risques, Ville de Paris : Bonjour, merci beaucoup pour cette invitation et pour la diversité des voix qui s'expriment, avec les soignants, acteurs de la promotion, élus et représentants des collectivités locales, dont je fais partie, du côté de l'administration.

Je me permets de commencer par répondre à votre dernière question. Cela permet d'arriver à la question de l'organisation. La Ville de Paris, comme d'ailleurs Lyon, est une collectivité dotée d'un statut particulier. En effet, Paris cumule les compétences du département et de la municipalité. Les compétences obligatoires couvrent un champ plus large que certaines communes. Ce n'est pas exclusif, mais elle a notamment la protection maternelle et infantile. Si je mets ce dispositif en avant, c'est parce que nous avons des données alarmantes au niveau national et en Île-de-France sur l'évolution de la mortalité maternelle et infantile. À la



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

Ville de Paris, nous disposons d'un outil très précieux de réduction des inégalités sociales de santé.

Au-delà de cette compétence obligatoire assez centrale, la ville a choisi de s'engager dans un certain nombre de projets à long terme, avec ce que nous appelons des centres médico-sociaux, qui permettent l'accès aux droits et aux soins pour des personnes qui en sont dépourvues. Cela inclut des personnes qui viennent d'arriver sur le territoire parisien et plus largement sur le territoire français. Nous avons des centres de soins et tout un relais de santé environnementale et de promotion de la santé, que madame De Laurens a déjà évoqué.

La crise du Covid-19 a été une déflagration pour l'administration parisienne, comme pour toutes les administrations. En raison de la taille de la ville et de sa centralité dans la région, la Ville s'est retrouvée en première ligne sur la vaccination. C'est la Ville de Paris qui a porté plus de la moitié des centres de vaccination sur son territoire. Les bénéficiaires des centres de vaccination de la Ville de Paris allaient bien au-delà de la population parisienne. Cette expérience un peu fondatrice nous a confirmé que nous avons une connaissance très fine des territoires. Je vous donne un exemple qui est peut-être un peu caricatural. Avec nos partenaires de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), nous avons réalisé qu'un IRIS⁴ du dix-neuvième arrondissement, qui est plutôt populaire, était sous-vacciné. Cela arrivait plusieurs mois après le début de la campagne de vaccination. Avec la CPAM, nous avons cherché un éventuel défaut sur la collecte des données, mais le problème persistait. Nous avons remarqué l'existence d'une synagogue orthodoxe dans cet IRIS, avec des riverains qui faisaient preuve d'une forte hésitation vaccinale. Avec les élus de l'arrondissement, nous sommes allés discuter, nous avons fait de la médiation en santé, nous avons étudié les freins. Le public, âgé, était particulièrement exposé au virus. Nous avons travaillé avec une très grande finesse, pour tenter de ramener des personnes dans le champ de la vaccination, avec une efficacité qui nous a d'ailleurs étonnés. Nous avons noté qu'il y avait jusqu'alors un manque de dialogue. Nous ne nous étions jamais adressés à ces personnes. Il ne fallait pas grand-chose pour les encourager à se faire vacciner.

Cette expérience, ainsi que les dix années précédentes qui comprenaient un engagement très fort autour de la lutte contre la sédentarité à l'école – puisque la ville a gardé ses compétences en santé scolaire – ont amené la

⁴ IRIS est une application informatique gérant les flux en provenance des tiers ou des C.P.A.M.



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

mairie de Paris Anne Hidalgo à décider la création d'une Direction de la Santé Publique. Paris est très grand, donc nous avons plus de 10 000 agents qui travaillent au sein de la Direction des Affaires Sociales. Le choix a été fait de regrouper les PMI, les centres de santé et tout ce qui tourne autour de la promotion de la santé et de la santé environnementale au sein d'une direction. Celle-ci regroupe tout de même 1 400 personnes. Cela nous donne une vraie force de frappe sur le territoire. Paris compte un peu plus de deux millions d'habitants.

Au quotidien, nous choisissons de consacrer notre force de frappe prioritairement aux Quartiers Politique de la Ville (QPV). Ceux-ci regroupent des difficultés que nous avons déjà évoquées tout à l'heure, comme le manque de soignants. J'ai bien entendu qu'il ne fallait pas parler de désert médical. Tout de même, pour la formule, Paris est un désert médical comme un autre, en tout cas dans ces quartiers populaires. Les acteurs de terrain nous remontent des difficultés en matière de nutrition. Des enseignants et des éducateurs nous disent constater que des enfants se nourrissent moins bien et grossissent depuis la crise sanitaire. Ils constatent également une baisse de moral. Nous avons moins évoqué cette question de la santé mentale depuis le début de notre rencontre, mais elle est centrale. Il nous a semblé qu'au sein de cette nouvelle direction, nous pouvions arriver à faire des choses nouvelles.

La Ville de Paris met en place une deuxième chose, que nous sommes en train de construire. Il s'agit d'aller voir des expériences de santé qui ont marché ailleurs. À la Ville de Paris, nous sommes plusieurs à venir de la lutte contre le VIH et du monde de la santé communautaire, où entre en jeu la participation des habitants. Certaines techniques sont quotidiennes, pour certains d'entre vous. Nous mettons notamment en place des focus groupes en santé, avec des habitants. Je sais que certaines personnes, autour de cet écran, font cela toutes les semaines. Pour la Ville, c'était parfois nouveau, comme il était nouveau de donner des chèques services aux personnes, pour qu'elles viennent en focus groupe, parce que ce sont des populations précaires. Pour eux, le temps est de l'argent. Nous devons donc indemniser leur participation. Cela nous a permis, sur certaines thématiques de santé environnementale, de découvrir que nous étions parfois à côté du sujet. Nous avons beaucoup de discours descendants. Nous pensions qu'il existait un déficit de connaissances sur les perturbateurs endocriniens. Nous avons découvert, notamment à Belleville, que des personnes étaient très bien informées, mais qu'elles n'avaient pas les moyens d'acheter autre chose. Elles désiraient que nous ne leur ajoutions pas une angoisse de santé supplémentaire. Elles



RETOUR SUR...

—
WEBINAIRE

—
RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

souhaitaient plutôt que nous les aidions à accéder à des produits bénéfiques à la santé. Le dialogue mène à d'autres choses.

Nous avons également créé des dispositifs de soutien aux soignants. Comme dans beaucoup de communes, la question de l'installation est centrale. Il faut faire venir des libéraux, ou d'autres modalités d'exercice, en secteur 1. Or, le foncier est cher à Paris et le secteur 1 pose des problèmes de financement aux professionnels de santé. Il faut des aides à l'installation. Il faut aussi dire aux professionnels de santé qu'ils ne seront pas seuls, notamment sur ces questions de promotion de la santé. Nous savons qu'une consultation est courte, que les personnes cumulent les difficultés dans les quartiers populaires, que les droits ne sont pas ouverts. Parfois, la question de l'interprétariat peut se poser. Plusieurs problématiques de santé se cumulent.

Pour les personnes qui sont en maladie chronique, nous pouvons les envoyer vers les Maisons Sport Santé, que nous avons ouvertes, qui vont les conduire ou les faire revenir vers l'activité physique. C'est aussi une façon d'améliorer les problématiques des soignants, pour qu'ils ne soient pas isolés sur le territoire.

Nous fabriquons des parcours de soins pour que les soignants ne soient pas isolés, alors qu'ils ne seront pas en nombre suffisant dans les années à venir.

Pour finir, sur la question des dispositifs, nous sommes en cours de reconduction de notre CLS. Je vous laisse imaginer, dans une ville comme Paris, le nombre d'acteurs présents autour de la table. Cela étant, si le CLS n'est pas encore signé, cela ne nous empêche pas d'agir. Avec notamment l'ARS et la CPAM, nous avons plutôt opté pour des espaces thématiques. Il s'agit de nous retrouver autour de projets très concrets. Je prends pour exemple une question extrêmement difficile, qui est celle des usagers de drogues dans la rue. Les usagers de crack, notamment, sont une problématique que nous rencontrons beaucoup dans le Nord-Est parisien. Nous avons inventé un espace que je trouve exceptionnel, face à cette situation dramatique. Toutes les deux semaines, l'ARS, la Ville de Paris, les commissariats d'arrondissement et l'ensemble des associations de réduction des risques se réunissent en vidéoconférence, pour faire le point sur la situation. Des réunions sont plus houleuses que d'autres, comme vous pouvez l'imaginer, mais nous arrivons à nous réunir. C'est au sein de cet espace que des parcours ont été conçus pour permettre à des personnes d'avoir un hébergement, une chambre d'hôtel ou une cure en Province.



RETOUR SUR...

—
WEBINAIRE

—
RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

Les partenaires que nous privilégions, c'est un sujet difficile. Je réponds à la question. Nous essayons de ne pas oublier ceux du microlocal, qui sont souvent les plus pertinents.

Un mot des Ateliers Santé Ville (ASV) : de façon un peu provocante, je dirais que nous essayons de privilégier les acteurs qui ne viennent pas de la santé. Nous nous rendons compte que la promotion efficace de la santé dans les quartiers passe souvent par le sport, la culture, la nutrition, quand elle n'est pas trop étiquetée « cinq fruits et légumes par jour et tout ira bien ». Parler des pratiques nutritionnelles des personnes elles-mêmes est plus efficace. Il ne faut pas seulement aller voir la CPAM, l'ARS ou la Ligue contre le Cancer, qui est un acteur majeur. Il ne faut pas oublier que des endroits, comme les centres sociaux, permettent d'être plus efficaces pour la santé des usagers.

Arnaud Wiehn : Merci beaucoup, Caroline Izambert, pour ce témoignage riche, qui contient beaucoup d'illustrations. Comme je le disais, tout le monde ne se retrouve peut-être pas dans les témoignages très urbains. Le hasard a voulu que nous ayons ces représentations de Paris et de Lyon. Je pense que nous pouvons tout de même en apprendre des choses, en tirer des enseignements.

Nous allons évoquer des territoires moins urbains, avec Jean-François Moreul, mais aussi Laurent El Ghozi, à qui je vais laisser nous expliquer les difficultés, les spécificités en matière d'organisation. Il y a peut-être moins d'acteurs, moins d'espaces, mais il peut y avoir des dynamiques plus pragmatiques.

Merci, Caroline Izambert, vous aurez l'occasion de reprendre la parole pour la deuxième salve de questions. Je vais désormais m'adresser à Laurent El Ghozi.

Bonjour, Laurent. Vous avez été médecin chirurgien, maire adjoint, vous avez contribué à la création d'Élus, Santé publique et Territoires, dont vous êtes le vice-président d'honneur. Vous présidez actuellement la Fédération Nationale d'Action Solidaire avec les Tsiganes (FNASAT), et les gens du voyage. À ce titre, dites-nous comment votre association œuvre pour promouvoir l'accès aux soins de ses publics. Quels sont vos activités et vos moyens d'agir ? Pouvez-vous également nous dire au sein de quelle dynamique ou quelles instances votre association a l'occasion de traiter ses sujets ?



RETOUR SUR...

—
WEBINAIRE

—
RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

Si la parole des Tsiganes et des gens du voyage est audible, arrivez-vous à ce qu'ils prennent la parole eux-mêmes? La prise de parole et l'empouvoirement des publics les plus en difficulté sont de vraies questions en France. Je peux déjà vous dire que cela fait écho à des éléments de discussion sur la participation des publics, que ce soit aux éléments de diagnostic ou, plus largement, à la politique de santé à des échelles locales.

Laurent El Ghozi, président d'honneur d'Élus Santé Publique et Territoires (ESPT), président de la Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les tsiganes et les gens du voyage (FNASAT)-Gens du voyage, ancien maire adjoint puis conseiller délégué à la Ville de Nanterre : Merci à la Fabrique et merci à Arnaud, Didier et Margaux d'avoir organisé ce séminaire. Pour répondre à tes questions, il me faudrait quatre heures et demie. J'essaierai d'être bref et synthétique. Je voudrais déjà dire, en tant que fondateur et ancien président d'Élus Santé publique et Territoires, que les graines que nous avons semées depuis vingt ans ont largement poussé. Ce que vous avez dit de Paris et Lyon le montre, à l'évidence. Tout serait résolu très vite s'il y avait, partout, des élus comme vous et des animateurs de CTPS comme Jean-François Moreul. Vous avez dit ce qu'il faudrait faire. La question, c'est : pourquoi ne le fait-on pas ?

La Fabrique me demande de parler d'un sujet particulier, les gens du voyage. Ce sont 300 000 à 400 000 personnes en France, mais c'est la population la plus exclue et la plus discriminée dans tous les pays, dans toutes les enquêtes. La FNASAT est une fédération dont je suis le président depuis douze ans, en tant que président d'une association départementale, l'Association pour l'Accueil des Gens du voyage dans les Hauts-de-Seine. La FNASAT réunit une centaine de structures, des collectivités, mais surtout des associations départementales qui travaillent pour et avec les gens du voyage. Il s'agit de lutter contre les discriminations, favoriser l'accès à tous les droits. Évidemment, le droit d'accès à la santé et à la protection sociale est un droit majeur. C'est aussi le cas de la scolarisation, l'habitat, la formation professionnelle, l'insertion et ainsi de suite. L'objectif est également de favoriser la culture, la mémoire des gens du voyage. La Fédération, en tant que structure nationale, soutient les membres, lutte contre les discriminations, interpelle les politiques nationales et locales pour faire bouger les choses, et a besoin pour cela d'apports de connaissances. J'y reviendrai.

Nous nous sommes penchés sur la question de la réduction des inégalités sociales pour cette population particulièrement exclue. Une enquête



RETOUR SUR...

—
WEBINAIRE

—
RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

menée par Médecins du Monde dans sept États européens, sur la santé materno-infantile des Roms et gens du voyage, a montré que celle-ci était dégradée. Nous le savions déjà. À partir de là, avec Médecins du Monde et quelques autres, nous avons monté un groupe pour promouvoir et valoriser la médiation en santé. Cela a été évoqué tout à l'heure, la médiation en santé consiste à « aller vers », à respecter les différences, renforcer l'interconnaissance, un mot utilisé par Jean-François Moreul, et créer de la confiance pour agir ensemble. Cela nécessite du temps. Cela permet aussi d'accompagner les populations, de les autonomiser, de faire évoluer les politiques publiques et les professionnels de santé, d'interpeller les pouvoirs publics pour faire bouger les choses. La médiation compte évidemment un élément de santé communautaire, ou du moins de participation des usagers. Il n'y a pas de médiation si les usagers ou les publics cibles ne sont pas directement impliqués.

Nous avons créé un programme national de médiation en santé, d'abord destiné aux Roms habitant les bidonvilles, puis élargi aux gens du voyage, et enfin secondairement élargi. Il s'agit de permettre la formation, l'échange de pratiques, et finalement promouvoir ce nouveau métier qu'est la médiation en santé. Nous sommes largement à l'origine du référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS)⁵.

Le programme national de médiation en santé compte 21 associations sur tout le territoire, dont 13 du réseau FNASAT, 42 médiateurs en santé. Pour élargir cela, depuis plus d'un an, nous mettons en place un collectif pour la promotion de la médiation en santé. Ce sont plus de 80 structures sur l'ensemble du territoire, qui travaillent sur un argumentaire qui sera rendu public dans les prochaines semaines. Il tentera de peser, pour que la médiation devienne un véritable métier, reconnu, et qu'il ne soit pas exercé au débotté via des contrats bancals et mal financés. L'objectif est de promouvoir la nécessité d'un intermédiaire entre des publics isolés, les pouvoirs publics et les professionnels du soin et du social. Pour cela, il faut des connaissances. D'où la question de la recherche. Je plaide depuis longtemps pour que la recherche publique alimente et éclaire la décision publique. C'est fondamental.

Un protocole de recherche a été mis en place par la chercheuse en santé publique Stéphanie Vandentorren et la FNASAT, avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine et Santé Publique France, à partir de deux alertes⁶. L'une

⁵ Référentiel « La médiation en santé pour les personnes éloignées du système de prévention et de soins », Haute Autorité de Santé (HAS), 2017. Pour consulter le référentiel, cliquez [ici](#)

⁶ > Pour lire la synthèse de l'enquête, cliquez [ici](#)



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

concernait une imprégnation au plomb extrêmement importante chez des enfants de gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine, qui représentait dix fois ce qui est normalement acceptable. L'autre portait sur une épidémie de rougeole chez ce même public. L'idée est d'étudier les problèmes de santé de ces populations, pour savoir de quoi nous parlons. Je reviens sur une idée fondamentale : si on ne sait pas de quoi on parle, on ne peut pas mener d'action efficace. Surtout, on ne peut pas rapporter les difficultés aux pouvoirs publics, au niveau national ou local, ni y apporter des réponses.

Très brièvement, les résultats de cette enquête ont concerné 1 030 adultes, 337 enfants, avec un taux de participation très important de 73 %. Un article dans le journal de la Société française de Santé publique porte d'ailleurs sur cet aspect de la participation des usagers à un diagnostic santé qui les concerne. L'enquête a montré un taux d'obésité supérieur à 36 %, contre 17 % dans la population générale, 14 % de diabète contre 4,4 %, 25 % d'hypertension contre 14,6 %, 14 % contre 10 % de dépression majeure. C'est donc un état de santé extrêmement dégradé. Cela a également mis en évidence que les conditions de vie, d'habitat, sont précaires, insalubres et même indignes. Nous revenons ici à des notions de santé environnementale, ou de santé liée à ses déterminants. C'est le résultat de politiques publiques et non un hasard. Par exemple, 22 % de cette population n'a pas l'eau courante. 24 % n'a pas d'électricité. 41 % n'a pas de sanitaire digne. 43 % est à moins de 200 mètres d'un carrefour autoroutier ou ferroviaire. Ici, les conditions de vie ont évidemment un impact sur l'état de santé. Ce ne sont pas les modes de vie. Ce ne sont pas des responsabilités individuelles, mais collectives, liées à des politiques publiques.

Je reviens sur la méthode. Cela part d'un diagnostic. De quoi parle-t-on ? Quelles sont les difficultés ? L'idée, largement apparue dans les interventions précédentes, de diagnostic partagé sur un territoire ou pour une population est centrale. Seulement, trois questions se posent : sur quel territoire ? Avec quelle gouvernance ? Comment fait-on ? Chacun se sent légitime à intervenir. Médecins, élus ou ARS se sentent légitimes à diriger. Si chacun a une part de légitimité, cela n'assure ni la cohérence ni la congruence du territoire, ni surtout la gouvernance. Pour moi, l'ARS est trop loin. Elle va valider les projets de santé, donner des moyens via le FIR ou l'Assurance maladie, mais c'est une instance trop éloignée du territoire, qu'il faudra d'ailleurs définir. Elle n'assure pas la congruence entre les différents acteurs. Elle mène plutôt des actions parallèles, en

> Pour lire l'article relatif à la recherche, cliquez [ici](#)



RETOUR SUR...

—
WEBINAIRE

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

tuyaux d'orgue. De l'hôpital, du département, des CPTS, des collectivités locales, des associations, de la ville, qui est en mesure d'assurer la congruence des territoires, la cohérence des projets ? Chaque instance fait un diagnostic local. Chacun a un projet de santé. Pour les populations de gens du voyage ou pour les autres, comment fait-on pour obtenir une cohérence ? Pour essayer d'y parvenir, au lieu d'actions parallèles, il faut partager les priorités et mettre les moyens en commun.

La CPTS est un excellent outil, je suis très heureux que cela se développe, qu'il y ait une fédération nationale, et j'approuve ce qu'a dit Jean-François Moreul. Cependant, même si ses missions peuvent s'élargir à la prévention, la CPTS regroupe essentiellement des professionnels du soin. Ceci est majeur, mais ne représente que 20% de la santé, comme le disait Jean-François. Le référentiel et le cahier des charges de la CPTS comprennent une mission globale sur une population d'un territoire, mais rien n'est dit sur les inégalités sociales et territoriales. Pourtant, nous l'avons largement dit à Elus Santé Publique et Territoires (ESPT) et nous avons essayé de peser pour cela à la FNASAT, lorsqu'on discutait de la loi 4DS, qui a été évoquée tout à l'heure.

Les collectivités locales sont responsables du bien-être global de la population. Cela comprend l'hébergement, les espaces verts, le logement, l'école, l'environnement, les transports, voire l'activité économique. Ce sont des déterminants majeurs de la santé. Pour autant, la collectivité n'a pas de compétences en santé. Céline De Laurens l'a déjà évoqué, je n'y reviens pas.

Qui est donc légitime pour agir ? Je donne un exemple très récent. Mardi, à la suite de la publication de l'étude santé sur les gens du voyage, qui montre la dégradation et un certain nombre de facteurs qui mettent en évidence l'intérêt de la médiation en santé, j'ai été invité par la préfecture du Gard, où je vis. C'est la première fois que la chargée de mission gens du voyage de la Préfecture du Gard s'intéressait à la question de la santé. Elle a invité le service de la Protection Maternelle et Infantile, le service social du département, un représentant d'une maison de santé. Les CPTS invitées ne sont pas venues, alors que le département en compte 13. L'ARS, évidemment invitée, n'est pas venue, ce qui n'est malheureusement pas surprenant. Le constat largement partagé était celui d'une grande ignorance du panorama. Nous savons qu'il est compliqué. Pour les gens du voyage, la question de l'illectronisme s'ajoute à celle de l'illettrisme, les gens sont perdus, d'où l'intérêt de la médiation en santé. Il y a donc une grande ignorance d'un panorama complexe, explosé, sans lien, sans cohérence, sans coordination.



RETOUR

SUR...

—

WEBINAIRE

-

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

Comment les gens du voyage font-ils pour faire venir un médecin ou une infirmière sur les aires d'accueil ? Comment atteindre ces populations très éloignées du soin et des institutions, pour leur permettre d'accéder aux soins ? Nous nous sommes mis d'accord sur un objectif, qui est celui de travailler ensemble, sur un territoire pour une population donnée, avec l'ensemble des acteurs.

Les diagnostics des ressources et des besoins différents selon les territoires. Vous évoquiez le dix-neuvième arrondissement de Paris. Ce n'est pas la même chose que l'Anjou Bleu. Les acteurs, les ressources, les problématiques de la population diffèrent. Seulement, chacun a fait un diagnostic. Je veux bien que l'Observatoire Régional de Santé revende l'un à l'autre et que les données soient globalement les mêmes, et c'est très bien qu'en Anjou Bleu, les diagnostics du CLS et de la CPTS soient faits en même temps, mais si l'Agence Régionale de Santé décidait de faire un diagnostic territorial accessible à tout le monde, ce serait mieux. Je siège aussi au conseil de surveillance de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. C'est le plus grand CHU d'Europe. L'une des choses que je crois avoir réussi à faire entendre à mes chers collègues PU-PH⁷, professeurs des universités et praticiens hospitaliers, c'est qu'ils n'étaient pas isolés dans leur service. Il est bien qu'un cardiologue connaisse la population qui l'entoure, qui recourt à l'hôpital, sache quels sont les besoins, les éventuels déterminants qui entraînent une pathologie, par exemple le diabète pour des populations immigrées. Je prends l'exemple de Nanterre, où j'ai longtemps exercé. Il y a une population originaire de Maghnia, en Algérie, qui a une prévalence du diabète très importante. Si l'hôpital ne s'y intéresse pas, s'il n'a pas participé au diagnostic local, il n'apportera pas les bonnes réponses. Il faut donc un diagnostic unique, mais mis à la disposition de tout le monde.

La FNASAT, met en évidence de difficultés, mobilise des associations départementales, suscite des travaux de recherche qui objectivent des réalités présentées aux décideurs, mène des actions de plaidoyers. C'est une contribution. Nous le voyons avec cette première réunion dans le Gard, mais il y en a d'autres. Un article est paru dans le European Journal of Public Health et dans le BEH de février, il y a un article dans le Journal de la Société française de Santé publique. C'est tout nouveau, mais nous voyons que des responsables comme la Préfecture du Gard s'en saisissent. Des CPTS verront qu'il existe un terrain d'accueil de gens du voyage sur leur territoire et pourront se demander comment s'en saisir, puisque cela

⁷ Professeur des universités – praticien hospitalier



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

fait partie de leur public et de leurs obligations. La FNASAT s'attache à apporter de la connaissance, du plaidoyer, des argumentaires et essaye d'accompagner tous ceux que cela intéresse.

Dans le Gard, tout le monde a découvert qu'il y avait 13 CPTS, à part une personne. Personne ne savait qui contacter ni quelles étaient leurs missions. Je sais que les CPTS sont jeunes, c'est un bon outil, mais il doit absolument être connu. Pour cela, il doit être intégré dans le contrat local de santé. Il doit être en lien avec l'hôpital et les services sociaux. Il faut que nous arrivions à un projet territorial de santé. Ne me parlez pas de la taille du territoire, c'est un vrai débat.

En tout cas, il faut un projet territorial de santé dans lequel la collectivité locale est partie prenante. Elle a la légitimité démocratique, ainsi que la légitimité technique, via ses services qui agissent sur les déterminants de la santé, et par ce que nous appelons à l'Elus Santé Publique et Territoires le pouvoir de convocation du maire. Seul le maire est capable de réunir tous les acteurs, pour les questions de santé, de sécurité ou de logement. Si le maire ne le fait pas, personne ne le fera.

TABLE RONDE - PARTIE 2

Arnaud Wiehn : Merci beaucoup, Laurent El Ghozi, pour cette présentation très riche, comme toujours. Votre intervention a introduit plus largement la question de l'intersectorialité, de la transversalité. Vous l'avez remarqué, madame De Laurens nous a quittés. Elle nous avait prévenus qu'un impératif la mobilisait à 15 heures. Elle ne pourra pas prendre part à la seconde séquence, qui pose une question plus large et qui pose surtout les perspectives.

Il existe une multitude d'espaces, de démarches, vers lesquelles vous pouvez échanger vos points de vue. C'est parfois éclaté, parfois intégré. Il peut y avoir une mutualisation des moyens et des diagnostics, mais cela ne semble pas suffisant. C'est inégalement satisfaisant selon les territoires, les publics et parfois même les métiers, qui ne sont pas satisfaits par la réalité de l'accès aux soins et la lutte contre les inégalités sociales de santé. Prenons alors le temps d'imaginer une amélioration de tout ceci, en premier lieu du point de vue des publics, que nous replacerons au cœur de cet enjeu. Évidemment, il faut aussi prendre en considération les professionnels, les agents des services, les élus locaux, les représentations d'associations, parce que ce sont aussi les opérateurs de toutes les dynamiques.



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

Je vous demanderai d'être synthétiques. Chacun tentera de prendre cinq minutes pour lister les instances, les schémas, les conseils, les contrats, les objets qui existent, qu'il faudrait conforter, réaménager ou réformer, pour un meilleur fonctionnement, pour plus de transversalité et de collaboration. Selon vous, si rien ne s'y prête encore, que faudrait-il créer pour améliorer ce traitement partagé des inégalités sociales de santé et pour favoriser l'accès aux soins ? Je laisse la parole à chacun et chacune, pour cinq minutes, si possible.

Jean-François Moreul : C'était une petite question subsidiaire à laquelle Arnaud ne nous avait pas préparés, ou presque. C'est intéressant et spontané. Pour vous faire rêver sur l'Anjou Bleu, j'exerce dans un village qui s'appelle Bécon-les-Granits. Nous sommes loin des grandes villes, je parle de la campagne.

Faut-il recréer quelque chose ? Beaucoup d'instances existent. Au départ du dispositif CPTS, nous avons souhaité être représentés dans toutes ces instances. Mes collègues les plus moqueurs critiquent « mon usine à gaz » et « ma réunionite », quand je participe à tout cela. Effectivement, beaucoup de choses existent déjà. Je rappelle que ce sont souvent des professionnels de santé libéraux qui siègent dans les CPTS. Même si nous avons une bonne offre de soin dans le territoire, nous sommes quand même soumis à une pression, nous ne pouvons pas lâcher le cabinet. Il est donc difficile d'envisager un engagement supplémentaire.

D'ailleurs, je pense que tout est là, tout existe. Les acteurs sont déjà présents. Je pense que notre tissu est suffisamment intéressant aujourd'hui.

À l'une de mes filles, étudiante en prépa, je disais que j'avais fait tout ce que je voulais faire et qu'il ne me restait plus qu'à le mettre en musique. Du côté du soin, je pense que nous disposons du tissu suffisant pour mener à bien ces missions.

Certes, il y a une marge de progrès, mais nous pouvons nous mettre en coordination, éviter les conflits, les guerres de chapelles, les combats de pouvoir. Nous pouvons réussir à travailler ensemble sur tous ces projets qui touchent à la santé, ce qui inclut les inégalités.

Il faudrait partir de ce qui existe et définir les responsabilités des personnes. Je ne suis pas sûr qu'une instance supplémentaire, avec ses propres financements, soit pertinente. Nous voyons la diversité des territoires. En Occitanie, l'inter-URPS est puissante. Des dynamiques existent sur certains territoires. D'autres sont plus pauvres en dynamique et en offre, mais je pense que nous pouvons partir de ce qui existe. À



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

partir, peut-être, d'un Conseil Territorial en Santé (CTS), nous pouvons définir, sur les « infraterritoires » du département, qui va endosser les responsabilités pour un sous-groupe du Conseil Territorial en Santé (CTS). Nous pouvons le faire sur un Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), où nous pouvons éventuellement intervenir là où il y a besoin.

Si nous agissons en jacobins en créant une structure supplémentaire avec un projet territorial de santé, qui va lier tel et tel partenaires, alors nous risquons d'obtenir un système descendant qui écraserait l'existant. Nous l'avons vu pour le DAC. Si nous partions plutôt des structures existantes et si nous intervenions où c'est nécessaire, alors nous serions plus pertinents sur des territoires qui ont besoin d'intervention. En revanche, là où l'organisation existe et fonctionne, nous ne la déstructurerions pas. Dans ce cas, nous donnerions des ordres de mission et des responsabilités aux personnes déjà en place et nous interviendrions là où c'est davantage nécessaire. Je pense notamment au Service d'Accès aux Soins (SAS). Je ne sais pas si vous le connaissez. C'est très descendant : c'est une décision ministérielle, dont l'application territoriale ne respecte que très peu la subsidiarité. Les dispositifs déployés par les CPTS, par exemple en amont du SAS, sont plutôt obligés de s'adapter au SAS que l'inverse.

Plus qu'une création supplémentaire, je pense qu'il faut penser à officialiser des responsabilités. Il vaut mieux intervenir plus intensément là où c'est vraiment nécessaire. Nous réfléchissons en ce sens concernant le plan 100 % CPTS. Nous voyons des territoires blancs. Nous nous demandons s'il est envisageable d'y monter une CPTS, et avec quels acteurs. Si besoin, nous attendons que le projet mûrisse. Certes, cela peut faire une zone blanche, mais nous devons prendre garde à l'énergie que nous dépensons. Je plaide donc pour la distribution de responsabilités, plus que pour la création de structure.

Arnaud Wiehn : Merci beaucoup. J'ai mis des références sur le Conseil Territorial en Santé, qui reste un organisme consultatif. Si vous parlez de responsabilités partagées, nous pouvons imaginer le faire évoluer vers une gouvernance partagée.

Je vous pose la même question, Caroline Izambert. Dans l'existant, que souhaitez-vous améliorer, réformer, mieux utiliser ? Que faudrait-il éventuellement créer, selon vous ?

Caroline Izambert : Je suis ravie de passer après Jean-François, car je peux lui emprunter ses excellentes idées. Je pense que nous devons être prudents avec la création d'un nouveau feuilletage. Organiser des



RETOUR SUR...

—
WEBINAIRE

—
RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

réunions avec les mêmes participants, sous des appellations différentes, cela risque d'offrir une plus-value assez faible.

Les conseils de surveillance des hôpitaux ont été affaiblis, après la loi HPST. C'est dommage, parce que nous avons une présence des collectivités locales. Nous voyons bien l'efficacité des hôpitaux qui sortent un peu de leurs murs. Cela peut inspirer des conseils de surveillance ancienne formule, mais orientés vers la promotion.

La difficulté actuelle tient peu à la recherche de la bonne instance, puisque nous connaissons les initiatives qui fonctionnent. En revanche, nous sommes rarement à la bonne échelle. Nous sommes souvent dans le local, qui bénéficie à quelques dizaines ou centaines de personnes. Les initiatives n'ont aucun moyen d'être évaluées et de montrer leur efficacité. Je parle d'efficacité à dessein, en pensant au point de vue médico-économique. Ces initiatives s'essouffent donc au bout de quelques années, épuisées par les Cerfa, les demandes de dossiers de subventions et autres. Elles disparaissent, malgré leur utilité.

Nous avons besoin de portes d'entrée très claires, notamment du côté des Agences Régionales de Santé (ARS), pour ces initiatives locales qui marchent bien.

Il nous faut la possibilité de les faire évaluer, d'objectiver leur succès et de leur faire changer d'échelle. Beaucoup de choses restent expérimentales pour toujours. C'est une vraie difficulté.

Il faut également lutter contre l'émiettement des financements. Pour les institutions publiques, comme pour les acteurs, c'est un facteur d'épuisement extrêmement fort.

Faire davantage dialoguer le monde des institutions publiques et le monde académique permettrait aussi de travailler aux bonnes échelles territoriales.

Arnaud Wiehn : Merci. Nous entendons qu'il faut conforter les instances existantes, plutôt qu'en créer d'autres. Les instances existantes auraient été affaiblies, ou la pluralité des membres aurait été amoindrie par les réformes. Aussi, nous notons la question de la recherche, qui a été soulevée par Laurent El Ghozi. Il s'agit d'être capables d'évaluer, capitaliser, transférer des expérimentations, des actions probantes. Je dis probantes, car il y a une doctrine prégnante dans les ARS, un souci de rationaliser, pour ne pas dire rationner, les moyens d'évaluer les actions initiées. À votre échelle, Caroline Izambert, je note que l'enjeu consiste à bien identifier ce qui marche, le transférer et l'identifier.



RETOUR

SUR...

—

WEBINAIRE

-

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

Je vous pose la même question, Laurent El Ghozi. Qu'existe-t-il ? Que faut-il amplifier, réformer ? Vous avez commencé à y répondre. Quelle création pourrions-nous imaginer dans un monde meilleur ? Vous avez également cinq minutes, car Margaux reprendra la parole ensuite, pour relayer quelques questions du fil de discussion. Nous vous les proposerons rapidement.

Laurent El Ghozi : Merci beaucoup. Je pense que tout cela est passionnant. Il faudrait des personnes motivées, impliquées et militantes un peu partout. Cela irait beaucoup mieux, y compris pour peser sur les politiques publiques et les financements. Cela a été évoqué.

Aujourd'hui existent de nombreux lieux d'influence. Je vais les citer, puisque j'y ai presque toujours participé. La Conférence Nationale de Santé fait des recommandations. Nous avons les Conférences Régionales pour la Santé et l'Autonomie (CRSA), qui comprennent des représentants de tous les acteurs, professionnels, hôpitaux, médicosocial, collectivités d'ailleurs pas assez présentes. C'est un lieu d'échanges, d'interconnaissance et, éventuellement, d'influence. Au niveau départemental existent les Conseils Territoriaux de Santé (CTS), ainsi que les conseils de surveillance des hôpitaux, évoqués précédemment.

Nous avons de nombreux lieux d'échanges, de rencontres. Cependant, aucun n'est un lieu de décision. Il peut s'y passer des choses, mais aucun n'est un lieu de pouvoir. C'est bien, mais limitant. Les bonnes idées, notamment portées par une CRSA, peuvent se heurter à l'accord ou au désaccord du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS), dans la mesure où ce sont des organes consultatifs placés à côté des Agence Régionale de Santé⁹.

Sur les objectifs, je reviens sur la notion de territoire. Il en existe une taille pertinente. D'un côté, il faut suffisamment de population pour avoir des moyens et des acteurs. De l'autre, il ne faut pas être trop vaste, puisque la santé se fait avec des acteurs de proximité qui se connaissent et travaillent ensemble. Les Québécois ont défini une taille idéale, entre 50 000 et 150 000 habitants. Nous pouvons y réfléchir.

Sur le territoire se pose la question de la transversalité. Nous voyons que la santé, en interministériel, ne marche pas. D'ailleurs, le ministre de la

⁹ En effet, les membres de la CRSA peuvent parfois faire face au fait que les financeurs aient des priorités différentes de celles qu'ils ont eux-mêmes exprimées, ou être soumis à certaines contraintes. Il est toutefois primordial que le dialogue s'instaure sur ces priorités ou ces contraintes.



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

Santé change tous les six mois et il est le douzième sur la liste des ministres. L'interministérialité ne marche pas au niveau gouvernemental, mais cela peut marcher au niveau d'une ville. Madame De Laurens l'évoquait tout à l'heure. Nous travaillons entre élus, aux besoins d'une même population sur un même territoire.

Outre le territoire et la transversalité, il y a l'intérêt de la responsabilité démocratique et technique du maire, qui bénéficie du pouvoir de convocation. Il ne donnera jamais d'ordres aux médecins de la CPTS ni au département. Cependant, il a le pouvoir de convocation, pour mener un travail de concertation.

À partir de là, il faut simplifier. Je suis d'accord avec ce qui a été dit, nous devons partir de ce qui existe et de ce qui fonctionne, rassembler l'ensemble des acteurs. Il faut commencer par un diagnostic unique, mis à disposition de tous les acteurs. Il est absurde que les CPTS s'efforcent de trouver des informations qui existent déjà dans la structure d'à côté.

L'accès aux données est un vrai sujet de recherche. Un chercheur a accès aux données, ce qui n'est pas forcément le cas d'un élu ou un acteur de CPTS.

À partir de l'accès aux données et d'un diagnostic unique, nous nous mettons d'accord sur un projet. Chacun prend sa part. Ce n'est pas le maire qui soigne les personnes et ce n'est pas le médecin qui se préoccupe de la salubrité des logements. Cependant, tout relève de la santé. Il faut donc s'accorder sur les priorités et la distribution des rôles. À partir de là, nous ne sommes pas seulement dans un CLS. Il faut s'inspirer du contrat des CPTS, plus contraignants, y donner des moyens importants et des obligations contraignantes. Sinon, nous restons dans le facultatif, nous dépendons de l'engagement de quelques personnes. Je ne porte toutefois pas de vision descendante. Cela doit partir du territoire.

J'ouvre une parenthèse. Si nous voulons que les usagers soient présents, nous devons les indemniser. Ce que fait la Ville de Paris pour ses focus groupes est indispensable. Quand les professionnels se réunissent, c'est sur leur temps de travail. Les habitants, c'est en plus.

Il faut un territoire congruent, un diagnostic unique, un projet partagé avec des responsabilités, donc des obligations, comme le disait Jean-François Moreul. Il faut donc des financements. L'ARS est là pour valider, apporter un peu d'huile, un peu d'argent. Ce sont les acteurs locaux qui créent un projet territorial de santé avec tout le monde et dans toutes ses



RETOUR SUR...

—
WEBINAIRE

—
RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

dimensions. La qualité de l'air intérieur importe autant que la disponibilité des kinésithérapeutes.

Je termine sur ce point : cela passe aussi par une modification de la loi. Plusieurs associations, dont Élus, Santé publique et Territoires, ont fortement plaidé pour que la loi 3DS, Décentralisation, Déconcentration, Différenciation et Simplification – à laquelle nous ne sommes pas arrivés – définisse des compétences en santé pour les collectivités locales¹⁰. Nous n'y sommes pas arrivés, à cause d'une multitude de freins. Tant que nous n'y parviendrons pas, nous verrons des villes très actives et des villes qui ne font rien. Ce sont autant d'inégalités qui se creusent.

Arnaud Wiehn : Merci beaucoup, Laurent El Ghozi, pour cette réponse. Merci également à Jean-François Moreul et Caroline Izambert pour la richesse de vos témoignages, pour la force de vos convictions et pour les initiatives que vous portez, à vos échelles. Je remercie encore madame De Laurens, qui est partie, pour toute son implication dans le cadre de son mandat à la Ville de Lyon.

¹⁰ Article La Gazette des communes : « loi 3DS, ce qui change en matière sanitaire et sociale ». Pour lire l'article, cliquez [ici](#)



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

QUESTIONS/ REPONSES

Arnaud Wiehn : Je laisse la main à Margaux, qui va vous adresser quelques questions. Nous avons peu de temps, mais il est important de les relayer. Vous y avez parfois répondu directement, dans la discussion. Vous avez parfois saisi la question au vol. J'ai aperçu des échanges et des contacts qui se prennent entre participants. C'est précisément l'objet de ce webinaire. Nous allons aborder très rapidement ces questions avant que Didier Febvrel ne conclue ce webinaire. Merci à toutes et à tous.

Margaux Fête : Nous avons vu de riches échanges dans le tchat, notamment sur les espaces divers, avec des initiatives multiples. Par exemple, dans le tchat, vous évoquiez des collectifs santé précarité, en Lozère ou dans la Drôme, pour les publics précaires. Pour les personnes en situation de handicap, vous avez évoqué le service public départemental de l'autonomie. Pour les personnes diabétiques, vous parliez de la Fédération Hospitalière de France (FHF), avec une responsabilité populationnelle de prise en charge des personnes diabétiques. Des remarques ont été également remontées, à propos du fait que beaucoup de facteurs relèvent du niveau national, comme le nombre de professionnels de soins formés, les critères d'installation, les enjeux autour de la tarification à l'acte, à l'activité. Ce sont des enjeux nationaux complémentaires de tout ce que nous avons pu aborder durant ce webinaire.

Nous avons eu beaucoup de remarques sur l'articulation entre CLS et CPTS. Nous voudrions vous préciser qu'un webinaire de Fabrique Territoires Santé a déjà porté sur cela.

Nous allons alors pouvoir nous focaliser sur deux questions :

- Comment les inégalités sociales et territoriales de santé sont-elles intégrées dans les CPTS ? Les professionnels y sont-ils formés ?
- Dans un deuxième temps : que pensez-vous des changements des pratiques professionnelles libérales vers le salariat, pour certaines professions qui souhaitent de plus en plus travailler sur un lieu soutenant, avec différents professionnels de santé ? Cela peut-il être un levier ? Cela peut-il expliquer certains déserts professionnels de santé ? Est-ce le rôle des CPTS, des collectivités, ou des deux, avec d'autres partenaires, de favoriser cela ?



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

Peut-être avez-vous des éléments de réponse sur ces deux questions. Jean-François Moreul en a peut-être spécifiquement sur les CPTS. Les collectivités ont peut-être un autre regard sur la deuxième question.

Jean-François Moreul : Je vais vous lancer deux invitations. Les 9 et 10 octobre, à Tours, auront lieu les Journées nationales des CPTS. Nous aurons un atelier sur les liens entre CLS et CPTS. J'aimerais que la Fabrique porte également cet atelier, si vous en êtes d'accord. Tous les participants peuvent s'inscrire également. N'hésitez pas à regarder du côté de la Fédération Nationale des CPTS si les inscriptions sont encore ouvertes. Nous avons 1 200 places.

Le lien est bon lorsqu'il existe, lorsqu'il est possible et que les acteurs réussissent à travailler ensemble, sans être en concurrence. Le souci, c'est qu'une structure cherche à exister pour elle-même. Il y a une petite chanson que je chante à chaque intervention, surtout lorsque je sais qu'il y a des institutionnels dans la salle ou derrière l'écran. Nous travaillons beaucoup en gestion de projet, avec des indicateurs. Nous sommes financés sur nos indicateurs. Nous devons cocher nos cases, pour réussir à mener à bien notre projet. Notre financeur regarde si nous avons bien coché la case, voire si la case n'est pas déjà cochée par quelqu'un d'autre. Le résultat, c'est qu'ils nous mettent en silo. La gestion de projet nous permet de travailler sur la qualité et de voir si nos objectifs sont atteints, mais il faut faire attention aux indicateurs. Il peut y avoir un effet pervers de mise en concurrence. Je pense à de nombreux exemples, sur mon territoire et ailleurs, de projets que nous n'avons pas pu travailler de manière partagée, parce que le financeur annonce avoir déjà financé tel autre. Halte à cela ! Les moyens alloués à la prévention ne sont pas suffisants, au regard de nos ambitions. Nous pourrions améliorer la prévention en mutualisant nos moyens, donc nos indicateurs. Nous devons co-porter les missions, les indicateurs et les financements.

Margaux Fête : Merci, monsieur Moreul.

Laurent El Ghozi : La question principale que vous posez, à raison, est l'inégalité sociale et territoriale de santé. Je rappelle qu'à la suite de l'insistance des membres de la CRSA en Île-de-France, l'ARS a fait de la réduction des inégalités sociales de santé sa priorité. C'était l'axe 5. C'est devenu l'axe 1 du Projet Régional de Santé (PRS). Il y a une capacité d'influence. L'ARS peut se saisir de cette question. Dans tous les projets déclinés, CPTS, CLS, cette question doit devenir la priorité. Il faut s'organiser pour en faire une priorité et la mettre en œuvre.



RETOUR SUR...

—
WEBINAIRE

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

C'est aussi vrai pour les hôpitaux. Dans le projet de santé des hôpitaux, la question sociale, celle des inégalités est rarement mise en avant. Il y a dix ans, je participais à une session de formation médicale continue pour les médecins généralistes, sur la question des inégalités. Au bout de trois ans, cette formation a cessé, faute de médecins volontaire. Je pense que cela change, mais il faut que les instances qui assurent la formation veuillent en faire une priorité.

Jean-François Moreul a raison, il faut évaluer sur des objectifs, avec des critères communs, que ce soit pour le CLS, la CPTS ou les hôpitaux. Pour moi, la CPTS est un membre de droit, et même obligatoire, de l'instance qui pilotera le contrat local de santé.

CONCLUSION

Didier Febvrel : Merci beaucoup Céline De Laurens, Caroline Izambert, Jean-François Moreul et Laurent El Ghozi. Merci, Margaux et Arnaud.

Je vous dis deux mots, pour conclure. D'abord, merci pour la qualité des échanges. Je me suis régalé. On se régale toujours avec les webinaires de la Fabrique. En tant que président, je ne peux dire que cela, mais je trouve que c'est franchement optimiste et positif. J'ai vu une articulation concrète, une mise en pratique, une inscription dans les territoires d'un certain nombre de principes de la promotion de la santé, qui sont déclinés depuis des années. Chaque intervention a porté les différentes questions de l'intersectorialité, la transversalité, la coordination des actions, la démocratie sanitaire, voire la démocratie en général, le diagnostic, l'engagement des acteurs à travailler ensemble.

Jean-François Moreul, vous avez précisé qu'il fallait parler d'accès aux soins et non de déserts médicaux, ce que j'ai trouvé satisfaisant. Il s'agit de faire attention à ce que la question de l'offre de soins ne masque pas tout, alors que la question de la promotion de la santé inclut celle des déterminants.

La remarque de Laurent El Ghozi, qui est celle de Céline De Laurens et qui est probablement partagée par Caroline Izambert, c'est qu'il faudrait aller plus loin pour lever la confusion sur le rôle des collectivités territoriales, peut-être par la loi. C'est lié à la question de la gouvernance partagée et de l'enjeu de cohérence. Celui-ci est extrêmement important. Nous voulons un projet territorial de santé, mais nous ne souhaitons pas empiler encore d'autres choses.



RETOUR SUR...

—
WEBINAIRE
-

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS AUX SOINS

Évidemment, il y a des questions d'échelles et de périmètres. De notre côté, nous avons travaillé cette année sur la coordination des dynamiques territoriales de santé. Des coordinatrice et coordinateurs ont désormais la coordination d'un Atelier Santé Ville et d'un CLS. Ceux-ci peuvent être intercommunaux, à l'échelle d'une métropole, au point qu'on se demande où est la proximité dans ces périmètres trop larges. A contrario, les CPTS ne sont pas à l'échelle d'une métropole, qui en contient plusieurs. La question des moyens se pose également, mais vous l'avez évoquée.

J'aime ce que vous avez dit sur la question de la responsabilité. Il faut prendre la responsabilité, confier à des instances une responsabilité particulière dans un domaine particulier, à condition qu'il y ait un contrat local de santé, par exemple, qui puisse coordonner l'ensemble.

Je terminerai en évoquant le rôle des collectivités territoriales. Nous l'avons vu, c'est important, il faut aller plus loin. Cela étant, je pense que l'État et la puissance publique devraient donner encore plus de moyens aux Agences régionales de santé, pour qu'elles aient davantage de ressources d'animation des politiques au niveau territorial. L'État a gardé la main sur la santé, donc nous ne sommes pas dans un objet totalement décentralisé. Certaines ARS se saisissent du sujet, d'autres n'en ont pas les moyens ou la volonté. À l'image des hôpitaux avec leurs directeurs, dont vous parliez, il ne faut pas non plus que ce soit trop dépendant d'un directeur ou d'une directrice d'ARS. Vous parliez de conseil de surveillance, notamment. Je crois que la loi 3DS ¹¹ incluait une évolution de la gouvernance des ARS. Il faut aller dans ce sens.

Arnaud Wiehn : Un grand merci à tout le monde, à Lilia Santana, Bénédicte Madelin et toute la Fabrique.

Didier Febvrel : Tout à fait. Merci à toute l'équipe. Des personnes du Bureau et du Conseil d'administration étaient connectées, notamment Sandra Essid, qui a beaucoup travaillé sur cette question. Merci à tous et à très bientôt. Le podcast sera disponible sur le site de la Fabrique, avec les actes.

¹¹ L'article 119 de la loi 3DS transforme le conseil de surveillance des agences régionales de santé (ARS) en un conseil d'administration doté de nouvelles prérogatives. Comme le souhaitait l'Assemblée nationale, le texte issu de la commission mixte paritaire confie trois vice-présidences au sein de ce conseil à des représentants des collectivités territoriales. Cette réforme de la gouvernance des agences régionales de santé a été « rendue nécessaire par le besoin d'une meilleure association des élus qui s'est révélé à l'occasion de la crise sanitaire » a déclaré la ministre de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales, Jacqueline Gourault. [Source](#)



Fabrique Territoires Santé est une association tête de réseau nationale, créée en 2011. Elle vise à soutenir le développement des démarches territoriales de santé (Ateliers santé ville, Contrats locaux de santé, Conseils locaux de santé mentale, etc.) et se veut « plateforme de ressources » pour les acteurs et actrices de ces démarches.

Nous contacter :

contact@fabrique-territoires-sante.org

www.fabrique-territoires-sante.org

Réalisé avec le soutien de :



AGENCE
NATIONALE
DE LA COHÉSION
DES TERRITOIRES

