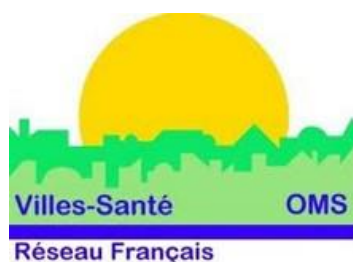


Retours sur la gestion de crise de l'épidémie de COVID-19 par le réseau des Villes-santé OMS

Synthèse des résultats de l'enquête Villes & COVID

Novembre 2020



Cette étude est le résultat d'une enquête menée auprès des Villes-santé OMS, un réseau de 92 villes et EPCI souhaitant mettre au cœur de leurs actions la santé de leurs habitant.e.s. Accrédité auprès de l'OMS, le réseau français a pour objectif de soutenir le partage d'expériences, de pratiques, et de messages communs portés par le réseau (www.villes-sante.com).

Cette enquête a été menée entre le 21 octobre et le 11 novembre 2020 et avait pour objectif de dresser un état des lieux des actions des villes mais aussi apporter un premier retour d'expériences sur cette crise sanitaire. Les résultats présentés dans ce document ont donné lieu à une série d'échanges thématiques entre les membres du réseau pour prolonger la mobilisation des villes et améliorer l'accompagnement apporté aux habitants de leurs territoires dans ce contexte exceptionnel de crise sanitaire.

Introduction

L'enquête Villes & COVID s'est déroulée du 21 octobre au 11 novembre 2020 par un questionnaire en ligne. Cette enquête auprès des membres du réseau des Villes-santé OMS avait pour objectif de rassembler les expériences des villes et EPCI sur la gestion de crise COVID. Ses objectifs étaient les suivants:

- identifier les actions/dispositifs existants qui se sont montrés particulièrement utiles en temps de crise sanitaire
- rassembler des informations sur les nouvelles initiatives engagées par les Villes-santé pour faire face aux besoins pendant la crise
- partager leur analyse des forces/faiblesses et questionnements de la gestion d'une telle crise sanitaire.

L'enquête était divisée en 3 parties:

- l'implication dans les cellules de gestion de crise
- les actions, forces et faiblesses
- Les perspectives et recommandations pour le court et moyen/long terme.

Cette enquête est complétée par l'organisation de plusieurs groupes de travail, organisés en visioconférence, offrant des échanges directs entre membres du réseau, et une définition commune des thématiques prioritaires de travail. A titre de rappel, les résultats de cette enquête sont fortement marqués par le contexte d'évolution rapide de la crise sanitaire et de la décision d'un deuxième confinement annoncé fin Octobre 2020.

Participation à l'enquête

Au total, **34 villes et EPCI ont répondu à l'enquête**. Les réponses ont été rassemblées par l'outil SurveyMonkey. Sur le profil des répondants, 75% ont un profil de technicien.ne (chargé/responsable du service santé dans la ville ou l'EPCI) et 25% un profil d'élue (dont la santé fait partie de son mandat).

Q3: Etes vous élu.e ou technicien.ne?

Réponses obtenues : 47 Question(s) ignorée(s) : 0

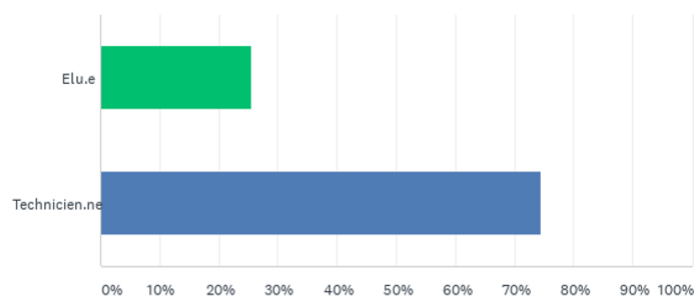


Table des matières

Introduction	2
Partie 1 : Implication dans les cellules de crise	5
1. Implication de la délégation santé de la ville dans la cellule de crise de la ville/EPCI	5
2. Implication de la ville ou EPCI dans la cellule de crise impliquant la préfecture	5
3. Implication de l'EPCI dans la cellule de crise avec la préfecture	6
4. Coopération avec les ARS	6
Partie 2 : Les actions, forces et faiblesses	8
1. Les forces préexistantes	8
« Nous connaissons les acteurs de notre territoire »	9
« Nous savons comment travailler ensemble, quelles sont nos forces et nos complémentarités », à la fois en interne à la collectivité et en externe	9
« Nous savons comment toucher la population de notre territoire »	10
« Nous disposons d'outils pour suivre les personnes fragiles ou vulnérables de notre territoire »	10
« Nous disposons d'un mode 'gestion de crise' » au sein de notre collectivité et dans le travail avec nos partenaires	10
« Nous avons des compétences en interne mobilisables rapidement » (santé, social, environnement)	10
« Nous disposons d'outils et de compétences dans le soutien à la santé mentale de nos habitants »	11
2. Les actions des villes pour répondre aux besoins de leurs territoires	11
« Notre priorité a été d'aller vers les personnes vulnérables, fragiles »	11
« Nous avons été acteurs de la stratégie 'Tester Tracer Isoler', avec les professionnels et les institutions du territoire »	12
« Nous avons été acteurs dans la réduction du risque de contamination, pour nos agents, et pour les professionnels du territoire et pour les habitants »	12
« Nous avons communiqué au grand public et mobilisé les habitants de nos territoires sur la prévention du risque COVID, mais aussi sur les actions de solidarité et la continuité d'accès aux services public »	13
« Nous avons soutenu, accompagné la santé mentale de nos habitants dans un contexte incertain et pouvant être perçu comme angoissant »	13
« Nous avons soutenu la prise de décision dans un contexte incertain »	15
« Nous avons travaillé à porter de grands messages de santé publique »	15
3. Les faiblesses	16
« Nous avons rencontré d'importantes difficultés à anticiper, et d'organisation face à des recommandations très changeantes. Ceci a été renforcé par un manque de données de surveillance à un échelon communal et métropolitain »	16
« Nous avons rencontré des difficultés pour faire face aux inégalités sociales qui se sont accrues en temps de crise, et pour assurer la continuité de l'accompagnement vers les publics vulnérables, notamment en l'absence de bénévoles »	16
« Nous avons pu être freinés dans nos actions par la complexité des relations inter-institutionnelles en temps de crise (préfecture/Etat, ARS) et le manque de coordination et de travail en commun »	17
« Nous avons fait face à l'inadaptation/la faiblesse des dispositifs et moyens mis en œuvre pour la santé publique en temps de crise »	17

Partie 3 : Analyse et perspectives _____ **19**

1. Recommandations sur le court/moyen terme _____ **19**

Assurer la continuité des services publics et de la scolarisation _____	19
Améliorer l'information et la communication sur la situation sanitaire, en interne et en externe _____	20
Mieux se connaître et se coordonner _____	21
Faire de la réduction des inégalités sociales une priorité, renforcer le soutien aux publics précaires _____	22
Renforcer les actions et politiques de prévention et promotion de la santé _____	23
Mieux prendre en compte la santé mentale des habitants _____	23

2. Recommandations sur le moyen/long-terme _____ **24**

Tirer les leçons de la crise et appliquer ses enseignements _____	24
Se préparer aux futures crises _____	25
Développer une politique volontariste de santé publique en France _____	25

3. Améliorations internes aux collectivités _____ **27**

Les points positifs _____	27
Les pistes d'amélioration _____	27

Annexes _____ **30**

1. Tribune du Réseau français des villes-santé OMS (Novembre 2020) _____ **30**

2. Résumé des principales actions avec les ARS au niveau local _____ **32**

Partie 1 : Implication dans les cellules de crise

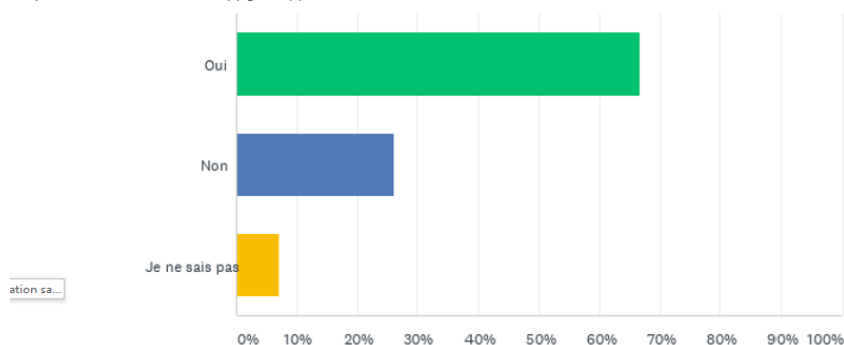
La première partie de l'enquête visait à remonter des informations concernant d'une part, la participation de la délégation/direction santé de la ville dans la cellule de crise de leur institution, mais également concernant la participation de leur ville ou EPCI aux cellules de crise impliquant la préfecture et l'ARS. Il s'agissait surtout par ces réponses de mettre en avant la place des villes dans la gestion de crise COVID et leur implication dans les décisions prises et/ou leur mise en œuvre à l'échelon local.

1. Implication de la délégation santé de la ville dans la cellule de crise de la ville/EPCI

Notre enquête montre que l'implication des délégations/services santé dans la cellule de crise est très variable selon les villes, dépendant également du profil des répondants. Alors que les élus santé étaient souvent impliqués, les services santé ne l'étaient pas toujours. La cellule de crise a souvent été pilotée par la direction générale de la ville, en lien avec les services de gestion de crise/sécurité et les services d'action sociale de la ville. Cependant, **dans la majorité des cas, le service santé était impliqué dans les cellules de crise sur un rythme quotidien ou hebdomadaire (67% des répondants)**. Certains répondants ont indiqué souhaiter être davantage impliqués dans ces cellules de crise.

Q4: Votre service/délégation santé est-il impliqué dans la cellule de crise de votre ville ou EPCI ?

Réponses obtenues : 42 Question(s) ignorée(s) : 5



Oui 67 %, Non 26%, Je ne sais pas : 7%

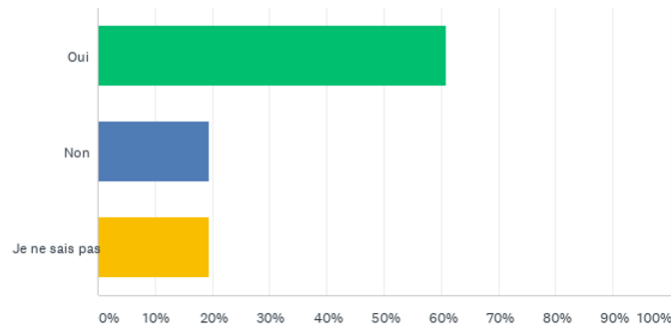
2. Implication de la ville ou EPCI dans la cellule de crise impliquant la préfecture

Notre enquête montre **de manière globale une implication active des villes dans les cellules de crise de la préfecture (60%)**. Cependant l'enquête montre une grande variabilité dans le degré d'implication dans cette cellule : alors que certaines villes ont été impliquées dès le lancement de leur cellule de gestion de crise, d'autres villes témoignent du fait qu'elles ont été incluses seulement de manière ponctuelle et donc non systématique, ou dans certains cas suite à leur demande

explicite. Notre enquête montre donc qu'en période de gestion de crise, les villes ne sont cependant pas systématiquement associées, et de manière active, aux décisions prises.

Q5: Votre ville est-elle impliquée dans une cellule de crise en lien avec la préfecture ?

Réponses obtenues : 41 Question(s) ignorée(s) : 6



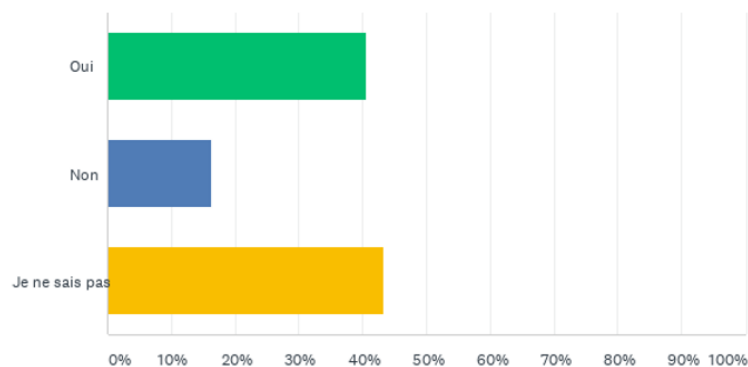
Oui : 60% Non 20% Je ne sais pas : 20%

3. Implication de l'EPCI dans la cellule de crise avec la préfecture

Les répondants ont indiqué en majorité de ne pas connaître l'implication de leur EPCI dans la gestion de crise, ce qui rejoint la question du manque d'inter-connaissance entre acteurs et le manque de visibilité sur les participants à la cellule de crise (les réunions pouvant avoir lieu en visio sans lisibilité claire sur les participants à la réunion). Cela rejoint également le fait que la compétence santé des EPCI n'est pas clairement identifiée.

Q6: Votre EPCI est-il impliqué dans une cellule de crise en lien avec la préfecture ?

Réponses obtenues : 37 Question(s) ignorée(s) : 10



Oui 40% Non 16% Je ne sais pas 43%

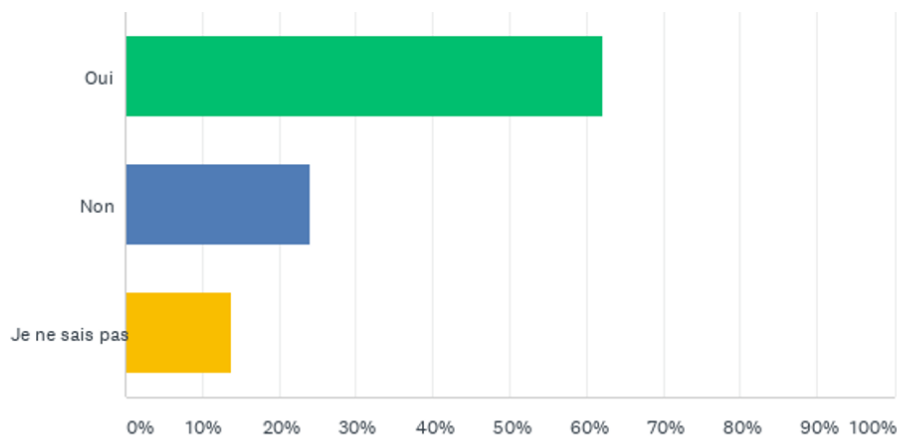
4. Coopération avec les ARS

La majorité des villes et EPCI ont travaillé avec leur ARS dans la mise en œuvre d'actions communes comme l'indique les résultats de notre enquête (62% des répondants). Ces actions ont principalement été focalisées sur 4 axes de travail :

- Mise en œuvre de la stratégie Tester, tracer, isoler, et sécuriser (mise en place d'un ou de centre(s) de consultation et dépistage, y compris mobiles, aide au tracing interne à la collectivité, gestion des pénuries de masques)
- Information (actions de prévention communes et de promotion des gestes barrière, formation d'ambassadeurs COVID, aide à la diffusion d'informations et de campagnes)
- Surveillance (échanges d'expertise et de données, contacts réguliers de coordination des professionnels de santé, remontée d'informations)
- Renforcement du soutien aux acteurs du territoire, permanence des soins (soutien aux EHPAD, renforcement des CLS et CLSM, organisation de maisons médicales de garde, etc.)

Q10: Avez-vous travaillé ou travaillez-vous conjointement avec votre ARS dans la gestion de crise? Si oui, indiquez en commentaire des exemples d'action commune et les modalités de travail commun

Réponses obtenues : 29 Question(s) ignorée(s) : 18



Oui : 62% - Non : 24% Je ne sais pas 14%

La mise en œuvre de ces actions et le rôle que les ARS et les villes ont pu jouer est cependant très variable selon les villes et les régions, comme l'indique la partie plus spécifique de notre enquête sur les faiblesses identifiées dans la gestion de crise (Partie 2), avec dans certains cas une coopération très fluide et facilité, et dans d'autres un soutien très limité, ou purement financier. Certains répondants ont relevé une absence de coopération (24% des répondants). Cette enquête apporte ainsi des éléments supplémentaires de recommandations pour une gestion de crise améliorée (Partie 3 de notre enquête), mais qui nécessiterait un travail plus approfondi sur les raisons de ce rôle parfois limité des ARS (manque de moyens, manque de coopération pré-existante ou d'interconnaissance des acteurs et des compétences de chacun, etc.)

Partie 2 : Les actions, forces et faiblesses

Cette partie avait pour objectif de déceler ce que la crise sanitaire a pu révéler positivement ou négativement, ainsi que les besoins et les questionnements concernant la mise en œuvre d'une politique locale de santé publique et de ses actions dans un contexte exceptionnel.

D'une part, l'enquête s'est focalisée sur **les actions préexistantes à la crise** qui se sont révélées particulièrement utiles et nécessaires à une réaction rapide et efficace dans sa gestion. D'autre part, l'enquête a permis de mettre en avant **les actions nouvellement mises en œuvre** par les villes pour répondre aux nouveaux besoins identifiés, en particulier liés à l'impact des restrictions sur les populations. Enfin, l'enquête réalise un premier **retour d'expérience sur les faiblesses** identifiées dans la gestion de cette crise.

1. Les forces préexistantes

Les éléments présentés dans cette partie représentent une mosaïque des différentes forces des villes, qui ont facilité leur gestion de crise. Toutes les villes n'ont pas mis en œuvre les actions présentées ci-dessous, mais ces initiatives/politiques pré-existantes sont à identifier comme des forces dans leur capacité à gérer la crise sanitaire, de manière plus adéquate et plus rapide, sur leur territoire.

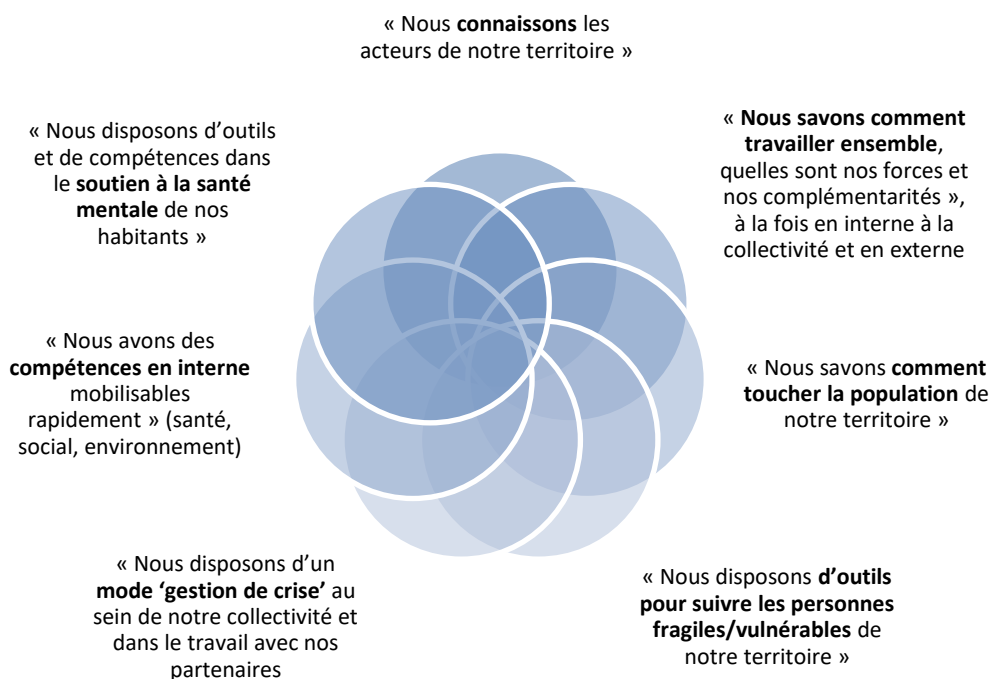


Figure 1 Synthèse des forces identifiées dans la gestion de crise COVID

« Nous connaissons les acteurs de notre territoire »

L'interconnaissance entre les acteurs du territoire et les réseaux préexistants ont facilité la mise en œuvre rapide d'actions en réponse à la crise COVID. Par exemple, l'existence d'une CPTS a été perçue très positivement dans cette coordination.

Les acteurs du territoire mentionnés sont les professionnels de santé, le centre hospitalier, les acteurs de la santé mentale, de la prévention et du soin, les acteurs de la médiation santé, les maisons 'relais-santé', ou encore les associations et les structures de quartier. Les bonnes relations avec l'ARS ont également facilité cette mise en relation.

A un autre niveau, la connaissance des acteurs économiques, culturels, ou d'autres secteurs a également apporté un espace de dialogue et de réponses pour mettre en œuvre les décisions nationales de manière adaptée au territoire.

« Nous savons comment travailler ensemble, quelles sont nos forces et nos complémentarités », à la fois en interne à la collectivité et en externe

En plus de l'interconnaissance, c'est aussi **la formalisation d'une véritable gouvernance de la santé locale qui est apparue comme un point fort de la gestion de crise**. Cette gouvernance est en effet mise en œuvre par les Contrats Locaux de Santé et les Contrats Locaux de Santé mentale. Dans certaines villes où il n'y a pas de CLS, l'organisation d'Ateliers Santé Ville a préparé le travail commun.¹

Ces outils ont pu être rapidement adaptés pour répondre aux besoins qui ont émergé, notamment sur les actions de prévention relatives aux gestes barrières, ou l'organisation de relais d'informations ou d'organisation d'actions de soutien à la santé mentale des habitants du territoire. Ces outils se sont également révélés très utiles dans la coopération avec l'ARS.

Cette gouvernance coordonnée et locale de santé s'accompagne d'une nécessaire **intersectorialité et transversalité de la politique de santé au sein des collectivités**. Cette intersectorialité s'est avérée extrêmement efficace dans la capacité de la ville à faire face aux différents besoins. Cette transversalité s'est notamment appliquée entre les services santé, handicap, aide alimentaire, ou encore environnement et tranquillité publique. Elle se traduit en pratique par l'organisation de cellules de veilles (pré-existantes à la crise) qui ont été transformées en cellules de crise, ou encore de ressources humaines partagées entre différents services (par ex. action sociale/santé).

¹ Pour en savoir sur ces démarches, vous pouvez consulter le guide de la CRES PACA qui donne quelques exemples de CLS http://www.cres-paca.org/_depot_arkcms_crespaca/_depot_arko/articles/2368/voir-l-argumentaire_doc.pdf

« Nous savons comment toucher la population de notre territoire »

Les villes (et EPCI), par leur proximité avec la population de leur territoire, ont à leur disposition des **canaux d'information privilégiés et des outils de participation citoyenne** qui se sont révélés particulièrement utiles en période de crise.

Les outils mentionnés par les villes sont notamment des dispositifs de mobilisation citoyenne et bénévole pour soutenir les associations, ou encore la mise en place de dispositifs d'écoute téléphonique et de services solidaires entre les habitants, parfois en lien avec les mairies de quartier.

« Nous disposons d'outils pour suivre les personnes fragiles ou vulnérables de notre territoire »

Les villes ont bénéficié d'outils pré-existants dans le suivi des populations fragiles ou vulnérables qui leur ont permis d'agir rapidement envers ces populations, notamment à la suite de l'annonce du premier confinement. Ces outils, comme le **registre Canicule**, ont été améliorés et renforcés pendant cette crise. Ces outils ont permis d'enclencher des dispositifs de soutien et d'information (appels, visites à domicile, évaluation et réponses aux différents besoins, activation de différents acteurs en réponse à ces besoins).

De plus, des cellules communes avec les centres hospitaliers ont permis un soutien des personnes vulnérables (par ex. via les cellules d'urgence médico-psychologique).

« Nous disposons d'un mode 'gestion de crise' » au sein de notre collectivité et dans le travail avec nos partenaires

Dans plusieurs villes, l'existence d'un **Plan de Continuité des Activités** a permis de mettre en œuvre des actions de manière plus coordonnée et efficace, malgré le fait que ces plans ont dû être adaptés au contexte particulier de cette crise (notamment le passage en télétravail d'une grande partie des personnels des collectivités). Le **plan communal de sauvegarde** a également été mobilisé, notamment pour l'organisation de centres de consultations médicales COVID.

« Nous avons des compétences en interne mobilisables rapidement », dans les politiques de santé, social, environnement

Ces compétences préexistantes au sein des services des villes les ont aidés à mieux appréhender cette gestion de crise et agir de manière plus adaptée. L'expérience des villes sur les **actions de prévention et la promotion de la santé** mais aussi sur la **préparation à la gestion de crise** (notamment par la préparation dans le cadre de la grippe H1N1, ou la réponse à des crises sanitaires locales, par ex. épidémies de varicelles au sein des publics vulnérables), notamment via les directions prévention des risques se sont révélées particulièrement utiles. Les répondants ont également tenu à souligner la grande adaptabilité des agents en période de crise, mais aussi la valeur ajoutée de mobiliser les compétences internes dans le domaine de la gestion des maladies infectieuses et/ou des questions d'hygiène au sein de leur direction santé environnement.

Les compétences en action sociale se sont révélées particulièrement nécessaires dans cette gestion de crise impactant la population. Un des répondants a notamment souligné que *‘La politique sociale existante en direction des plus fragiles a permis de maintenir un lien avec les populations et de mettre en œuvre un programme d'interventions de soutien aux habitants, aux associations, acteurs locaux et de lutte contre l'isolement. »*

« Nous disposons d'outils et de compétences dans le soutien à la santé mentale de nos habitants »

Enfin, les actions pré-existantes des villes sur la santé mentale ont facilité la réponse aux besoins, accrus lors de cette crise sanitaire. Les outils existants résidaient principalement dans la mise en œuvre de lignes téléphoniques dédiées, d'un numéro vert, ou encore de collaborations avec les acteurs de la santé mentale sur leur territoire. Ces coopérations ont pu se renforcer pendant la crise sanitaire.

2. Les nouvelles actions des villes pour répondre aux besoins de leurs territoires dans un contexte exceptionnel

Les villes ont développé toute une série d'actions pour répondre aux besoins des populations, identifiés en amont et au fil de l'eau lors de cette crise exceptionnelle.

« Notre priorité a été d'aller vers les personnes vulnérables, fragiles »

Les villes ont agi prioritairement vers les publics vulnérables et fragiles de leur territoire, souvent en coopération avec les associations de leur territoire. Cela s'est traduit par une diversité d'actions :

- Portage de repas, système de course et de portage de médicaments pour les seniors
- Appels téléphoniques, interventions à domicile, adaptation de l'aide aux besoins et dans certaines villes, aides financières
- Bons alimentaires et colis alimentaires, organisation d'une plateforme de distribution alimentaire
- Organisation de douches dans plusieurs villes, qui ont permis le déploiement d'actions d'accompagnement médical et social et de temps d'accueil convivial aux publics se rendant aux douches. Ces actions ont pu être pérennisées après le premier confinement.
- Organisation de lectures ou de musiques devant le domicile de personnes âgées isolées
- Soutien aux associations par des aides financières (une ville a témoigné de la mise en place d'un plan de lutte contre la pauvreté)

Ces actions ont souvent donné lieu à des actions de prévention en santé et d'accompagnement intégré des besoins des personnes concernées par ces dispositifs.

Exemples : la ville d'**Angers** a lancé en Décembre 2020 un [plan de prévention et de lutte contre l'isolement](#) destiné à renforcer les mesures d'aides prises en faveur des populations les plus fragiles. La ville de **Nantes** a apporté une aide à l'achat de paniers de fruits et légumes frais (5euros au lieu de 12euros), et a diffusé des spots vidéo en lien avec l'association Pomme et sens pour cuisiner de

manière équilibrée et à petit prix en famille durant le confinement. Autre initiative, l'organisation de **potagers solidaires** : les jardiniers ont jardiné dans les parcs des légumes qui ont été récoltés et distribués dans les quartiers accompagnés de messages de prévention.

« Nous avons été acteurs de la stratégie 'Tester Tracer Isoler', avec les professionnels et les institutions du territoire »

Les villes ont mis en place, en coordination avec les acteurs de leur territoire, **des centres de consultation et centres de dépistages COVID**, comprenant notamment la mise à disposition de matériel, de salles et de soutien logistique à leur organisation, mais également l'organisation de centres de dépistages mobiles dans les quartiers ou dans les endroits plus fréquentés, via des barnums ou des *drive*.

Elles ont également **mis à disposition des locaux pour les professionnels de santé** (médecins, infirmier-es, etc.) pour leurs consultations/actes, ainsi que dans certaines villes, de matériel de téléconsultation, de véhicules, ou encore des téléphones pour organiser les 'tournées COVID'.

Dans les villes disposant d'un **service de santé scolaire**, ces services ont directement géré les cas dans les écoles et accompagné les écoles dans l'application des mesures nationales.

« Nous avons été acteurs dans la réduction du risque de contamination, pour nos agents, et pour les professionnels du territoire et pour les habitants »

Les villes ont contribué à la **distribution d'équipements individuels de protection aux professionnels**, agents, associations recevant du public, CCAS (y compris pour les personnes suivies). Dans certaines villes, un standard téléphonique a été mis en place pour coordonner la distribution de matériel.

Pour accompagner le premier déconfinement, les villes se sont également mobilisées pour organiser la **distribution de masques aux habitants**, pris des arrêtés sur le port du masque en extérieur notamment en délimitant des zones de port du masque. Elles ont également accompagné les habitants et les acteurs du territoire dans la confection, commande, et distribution de masques, mais également dans les messages d'information concernant les normes de fabrication et les conditions d'emploi des masques.

Les villes ont également apporté **formation et information** sur l'utilisation de ce matériel, et mis à disposition du personnel aux partenaires de leur territoires pour les accompagner dans ces démarches : écoles, EHPAD, associations, universités.

Les collectivités ont enfin contribué à la réduction des contaminations en favorisant le **télétravail** pour leurs agents et déployé les outils nécessaires à l'accompagnement de cette démarche : outils, guides sanitaires, webinaires internes.

« Nous avons communiqué au grand public et mobilisé les habitants de nos territoires sur la prévention du risque COVID, mais aussi sur les actions de solidarité et la continuité d'accès aux services public »

Les villes ont créé et diffusé de nombreux **outils et campagnes de communication au grand public** (réseaux sociaux, affichages, visuels et vidéos, informations postées sur le site internet de la ville, mise à disposition d'attestations de déplacements dans les lieux publics ou adaptées en langage facile à comprendre). L'objectif de ces communications était principalement de diffuser les gestes barrières, les messages-clé et apporter des informations sur les actualités sanitaires ainsi que sur la continuité des services publics et de l'accès aux droits des habitants. Les villes ont également informé les habitants sur l'ensemble des associations et structures de soutien à leur disposition.

Les villes ont également renforcé les messages de prévention par la **formation d'ambassadeurs COVID/ de médiateurs sanitaires** spécifiquement pour apporter des informations sur l'épidémie et les gestes barrière.

Ces formations ont pu être apportées auprès des personnels des collectivités, des partenaires et bénévoles associatifs, ainsi que des étudiants et des jeunes. Certaines villes ont renforcé leurs **actions à destination des étudiants et des jeunes**, notamment par l'organisation de formation par les pairs. D'autres ont ciblé sur les populations les plus à risque d'être contaminées : les diabétiques, les malades cardiovasculaires, les insuffisants respiratoires notamment.

Exemple : Rennes a sollicité sa **Fabrique citoyenne** pour faciliter la mobilisation de bénévoles, échanges de services et solidarité entre habitants, appuyés par France bénévolat pour le recrutement de volontaires et le relais auprès des quartiers

« Nous avons soutenu, accompagné la santé mentale de nos habitants dans un contexte incertain et pouvant être perçu comme angoissant »

Face à l'augmentation de la souffrance psychique, les villes ont développé des lignes téléphoniques d'écoutes et de soutien psychologique (préexistantes ou créées pour la crise) mis en place un numéro vert ou un numéro de solidarité.

Certaines villes ont également mis en place des actions plus spécifiques : des formations en santé mentale à destination des professionnels, l'organisation de témoignages/partage de vécu des familles ou des jeunes sur le vécu de la crise, l'organisation de téléconsultations vers les jeunes, l'organisation de médiations santé et la prise en compte des situations individuelles plus complexes. Certaines de ces initiatives ont bénéficié d'un Contrat Local de Santé mentale pré-existant.

Exemple : la ville de Poitiers a organisé des **Webinaires 'Déconfinement : on fait comment ?'** et a travaillé sur une formation des acteurs de première ligne "Soutien et Ré-assurance en période de COVID" en partenariat avec l'établissement public de santé mentale.

Encadré dédié : Actions de communication

29 répondants sur 34 indiquaient avoir mené des actions de communication. Ces actions sont résumées ci-dessous :

- **Information adaptée sur les sites internet des villes** : liste des centres de dépistage/consultations covid, plateformes d'écoute, notices sur le port du masque, cartes des zones de port du masque, informations sur la continuité du fonctionnement des services de la ville, aide pour les démarches administratives, dispositifs, d'aide alimentaire, etc.
- **Documents de synthèse grand public**, diffusion dans les bulletins municipaux, newsletter, diffusion aux associations, envoi de communiqués de presse
- **Affiches** (gestes barrières, santé mentale, mobilisation citoyenne, numéros d'appels) dans les rues et partagées dans les bars, restaurants, halls d'immeubles, commerces de proximité
- **Actions de communication spécifiques d'incitation à la continuité des soins et de prévention** (violences, addictologie, activités enfants & sportives)
- **Informations sur les réseaux sociaux** sur le virus, les gestes barrière, bonnes pratiques et ressources mobilisables, vidéos des professionnels de santé, lutte contre les fake news (capsules vidéo), groupes d'entraide, vidéos des élus/maire sur la crise sanitaire
- **Informations en présentiel sur les lieux publics**, notamment par des ambassadeurs COVID

Exemples de Campagnes de communication

- Exemple de pages d'information ([Saint Etienne du Rouvray](#), [La Rochelle](#), [Bordeaux](#), [Lorient](#), [St Joseph de la Réunion](#), [Rouen](#), [Valence](#), [Aix les bains](#))
- Site participatif "[Santé vous bien à Brest](#)"
- Le [guide des maraudes](#) (Lille), vidéos sur les maraudes (Nantes)
- '[On a tous une bonne raison](#)' pour inciter aux gestes barrière dans la sphère privée, [Padlet](#) sur les ressources pour parler de la COVID aux enfants (La Rochelle)
- [Micro-trottoir](#) à Nantes sur les gestes barrières
- Campagnes à destination des étudiants et des jeunes (Rennes, Bordeaux) y compris par de la médiation de rue
- Affichage sucettes Decaux ' Vous etes en vacances, pas lui', 'invertissons la tendance', 'pas plus de 6 à mon anniversaire/mariage'(Bordeaux)
- Webinaires 'Déconfinement on fait comment' (Poitiers)
- Marquage au sol pour les zones port du masque (Metz)

« Nous avons soutenu la prise de décision dans un contexte incertain »

Les villes ont développé, pendant ou après le premier confinement, des cellules ou commissions d'accompagnement de la prise de décision dans le cadre de la crise. Cela s'est traduit notamment par une **commission médicale** dans certaines villes, des **observatoires locaux de l'épidémie**, ou encore comme à Nantes la création d'un **comité scientifique** notamment concernant les décisions d'ouverture/fermeture de commerces. Certaines villes ont également conduit une réflexion autour du confinement et de ses conséquences en transversalité sur plusieurs directions.

Une initiative originale a été menée à Bordeaux par l'installation d'un [Conseil de résilience sanitaire](#) destiné à analyser les situations-problèmes, comme l'accès aux indicateurs, la coordination des secteurs de santé, la communication en prévention et la pédagogie de santé publique. Les membres de ce conseil sont mixtes médicaux et non médicaux. D'autres villes ont mis en place ou sont en cours, de **comités de liaison citoyens** sur la crise COVID ([Grenoble](#)).

« Nous avons travaillé à porter de grands messages de santé publique »

Les villes, mobilisées sur tous les autres aspects de la crise COVID19 ont dû pour la plupart stopper un grand nombre d'activités de prévention en cours avant le début de la crise, et en particulier pour toutes les activités en présentiel. Certaines ont cependant travaillé à la continuité de certaines de leurs actions, ou à les réinventer.

Ces actions ont consisté notamment :

- A la continuité de messages, formations en prévention/promotion de la santé sous forme de visioconférences : webinaires, interview, interventions à distance, soit en différé ou soit pour certaines, en direct
- Ouverture de permanences et de lignes d'écoutes par ex. sur les violences faites aux femmes
- Mobilisation de professionnels médiateurs dans les structures accueillant du public et notamment les EHPAD, formations de bénévoles dans les associations
- Pour les publics étudiants notamment, formation pour la prévention par les pairs d'étudiants qui agissent sur le terrain (période de déconfinement) comme à Brest.

Ces actions très diverses (messages d'information sur les risques liés aux addictions, santé sexuelle et IST, campagnes de vaccination et de dépistages autres que COVID) continuent de se renforcer dans plusieurs villes en France.

3. Les faiblesses

Cette partie résume les principales difficultés rencontrées par les villes dans la gestion de crise COVID, et fait écho à la troisième partie de cette étude consacrée aux recommandations.

« Nous avons rencontré d'importantes difficultés à anticiper, et d'organisation face à des recommandations très changeantes. Ceci a été renforcé par un manque de données de surveillance à un échelon communal et métropolitain »

Les villes reportent des difficultés au regard du contexte décisionnel et d'organisation générale dans le cadre de la gestion de crise. Ces difficultés sont notamment :

- Le manque d'anticipation du passage vers le confinement ou le déconfinement, et la volatilité des décisions et informations apportées aux collectivités de manière générale, mais aussi spécifique (par ex. le cas des écoles). Cela s'ajoute au manque de connaissance du virus et d'accès à des données communales voire infracommunales sur le virus (en particulier pendant toute la première partie de la crise).
- La problématique de gestion des stocks et la mise à disposition de masques et de matériel de protection en général qui a été particulièrement complexe à gérer notamment en 1^{ère} vague
- Un "retour à la normale" plus complexe que prévu, à la suite de la période exceptionnelle de confinement pendant laquelle des organisations nouvelles ont été mises en place, de manière particulièrement réactives et partenariales, notamment envers les publics en grande précarité.

« Nous avons rencontré des difficultés pour faire face aux inégalités sociales qui se sont accrues en temps de crise, et pour assurer la continuité de l'accompagnement vers les publics vulnérables, notamment en l'absence de bénévoles »

Les inégalités sociales, et y compris les inégalités sociales de santé, se sont fortement révélées lors de cette crise, et mises en lumière par plusieurs études montrant que les quartiers/villes les plus touchées étaient typiquement des zones urbaines denses et en particulier des personnes vivant à plusieurs dans un logement exigu, ou dans des hébergements collectifs². Les villes ont agi mais reportent des difficultés sur le terrain pour répondre aux besoins :

- Nécessité d'assurer une continuité de l'accompagnement malgré la fermeture de services d'accueil ou la réduction des permanences
- La visibilité plus forte de la fracture numérique, renforçant les difficultés de sensibilisation d'un plus grand public par l'impossibilité de temps collectifs et/ou de présentiel
- La difficulté à toucher les publics fragilisés
- La gestion de l'aide alimentaire et l'organisation des courses pour les particuliers

² Etude EPICOV <https://www.epicov.fr/publications/> ; dossier de la DREES « Les inégalités sociales face à l'épidémie de COVID-19 » Juillet 2020 ; Publication "A Poorly Understood Disease ? The Unequal Distribution of Excess Mortality Due to COVID-19" Paul Brandily, Clément Brébion, Simon Briole, Laura Khoury, HAL, Juillet 2020

- La difficulté de mobilisation des bénévoles, agents, professionnels pour assurer les réponses aux lignes d'écoute téléphonique et assurer une continuité du travail des associations

« Nous avons pu être freinés dans nos actions par la complexité des relations inter-institutionnelles en temps de crise (préfecture/Etat, ARS) et le manque de coordination et de travail en commun »

La crise a pu renforcer, inverser ou diminuer les relations préexistantes entre les différents acteurs locaux, selon les réalités locales. Une partie non négligeable des collectivités rapportent des difficultés à travailler en coopération pour faire face collectivement et de manière coordonnée à la crise (manque d'informations, décisions descendantes sans concertation, manque de réactivité et/ou de soutien aux actions locales en cours, implication limitée ou inexistante dans les cellules de crise, etc.).

Plus précisément, cette partie étant axée sur les faiblesses, les difficultés rapportées sont les suivantes :

- Manque ou absence d'implication dans la cellule de crise Etat/ARS.
- Communication réduite au minimum voire absente avec les partenaires (y compris l'ARS), en particulièrement lors du premier confinement, et retard important dans le soutien à des initiatives locales pour la prévention COVID ou la coordination des professionnels de santé. Un cas a été rapporté de la mise en suspens d'une action de dispositif intégré entre les besoins des usagers et les professionnels de santé géré par la ville.
- Informations reçues en dernière minute, avec des procédures ou consignes générales et/ou peu claires, et un manque de procédures d'application en suite des décisions nationales. Ce déficit d'informations a impacté la capacité à apporter une vision claire aux habitants sur la gestion de crise : qui fait quoi ? qui décide quoi ?
- Freins dans la mise en place de la stratégie Tester tracer Isoler notamment en ce qui concerne la capacité de coordination des professionnels de santé, d'organisation de dépistages massifs, en lien avec un manque de soutien des instances nationales
- Dans certaines collectivités, difficultés à identifier les partenaires pour la mise en œuvre d'actions, la mobilisation de ressources humaines, de financements, complexifié par la nécessité d'une coordination à distance
- Initiatives des villes freinées par prudence vis-à-vis du processus décisionnel ou actions en cours par les ARS

Il est proposé de systématiser une cellule de coordination ARS/ Etat/collectivités locales et acteurs de terrain pour favoriser ces coopérations au présent et à l'avenir.

« Nous avons fait face à l'inadaptation/la faiblesse des dispositifs et moyens mis en œuvre pour la santé publique en temps de crise »

Les acteurs locaux ont constaté à quel point les dispositifs et actions de prévention et de promotion de la santé étaient en difficulté face à cette crise sanitaire, autant au regard des moyens que de leur considération dans la stratégie de lutte contre l'épidémie.

Ces difficultés sont de plusieurs ordres :

- Manque d'adaptation des messages et outils à destination des différents publics, et notamment des jeunes
- Difficulté pour faire une place à d'autres sujets de promotion de la santé que la COVID19 et en particulier la question des impacts psychosociaux, mais aussi tous les autres sujets qui doivent faire l'objet de promotion de la santé y compris en temps de crise sanitaire (risques liés aux addictions par exemple).
- Difficultés pour être directement en lien avec les habitants en particulier au regard de la fracture numérique, 'perte' d'un certain public. Les acteurs ont pu faire face à la lassitude de la population face à la situation et un impact sur la réception des messages de prévention et de lutte contre l'épidémie de COVID19.
- Approche par les restrictions qui a eu un impact sur le vécu par la population de cette épidémie. Les collectivités ont fait face à la gestion de la peur du virus et en particulier au début du 1^{er} confinement.
- Plus globalement, les reports des rendez-vous médicaux et des opérations ont pu entraîner des pertes de chance (notamment sur la détection précoce de cancers).

Partie 3 : Analyse et perspectives

Cette partie de l'enquête a pour objectif de formuler des recommandations générales sur la manière de mieux appréhender les prochaines étapes de la gestion de crise à court et moyen terme, et de proposer des actions à plus long terme pour travailler à réduire l'impact négatif des crises futures sur les populations. Une partie de ces recommandations présente également un regard sur le fonctionnement interne aux collectivités lors de cette crise.

1. Recommandations sur le court/moyen terme

Ces recommandations s'adressent à un futur proche de contexte de crise sanitaire COVID. Elles sont complétées par des recommandations et ressources OMS sur ces différents sujets, pour permettre d'aller plus loin.

Assurer la continuité des services publics et la scolarisation

Lors de la 2^e vague, il a été salué par les collectivités la possibilité d'assurer la continuité de la scolarisation, et ainsi limiter l'impact de la crise sur les inégalités sociales de santé (accès aux cantines scolaires, continuité de l'enseignement et de l'activité physique, continuité des relations sociales). Les collectivités se sont interrogées sur la problématique du décrochage scolaire et la nécessité de faire face 1/à la peur du virus et du retour à l'école, dans un contexte où la famille était en mesure d'assurer la garde de l'enfant, et 2/l'organisation du retour dans les classes et des processus à mettre en œuvre pour assurer la continuité tout en assurant une surveillance des contaminations.

De même, en particulier lors de cette 2^e vague, les collectivités ont travaillé à maintenir l'ouverture des services d'accueil au public sur des formats aménagés (permanences d'accueil plus limitées, promotion des accès en ligne, recensement des services ouverts et information au grand public sous forme de listes, cartes, etc.), à maintenir l'offre de transports urbains, ainsi qu'à faciliter l'utilisation du vélo pour les déplacements.

| Ressources OMS sur la continuité des services publics et la scolarisation |

[Déclaration conjointe](#) : Pour un consensus sur une scolarisation en toute sécurité dans la Région européenne de l'OMS pendant la pandémie de COVID-19

[Checklist sur la réouverture des écoles et la préparation aux futures vagues COVID19 \(en anglais\)](#) : L'objectif de cette checklist est d'améliorer la conformité et le respect des mesures de santé publique décrites dans les *Considérations relatives aux mesures de santé publique en milieu scolaire dans le contexte de COVID-19*, en prenant notamment en considération les enfants de moins de 18 ans dans les milieux éducatifs et les écoles en quartiers défavorisés

[Continuité des services de transports urbains et mobilité urbaine en temps de COVID19 \(en anglais\)](#), un guide apportant des éléments sur la mise en œuvre des mesures de sécurité et d'hygiène dans les transports, notamment aux autorités nationales et locales, ainsi que la mise en œuvre de politiques favorables à une mobilité active et en toute sécurité

Améliorer l'information et la communication sur la situation sanitaire, en interne et en externe

La grande diversité d'informations, à différents niveaux, de différents acteurs, parfois contradictoires à quelques jours d'écart, ont souvent perturbé l'organisation des acteurs en temps de crise. Deux publics sont ciblés sur ces actions d'information et de communication sur la crise sanitaire :

- Pour les acteurs de la gestion de crise

Les collectivités, les associations, et tous les acteurs impliqués dans la gestion de la crise doivent avoir accès directement à un niveau d'information nécessaire à une prise de décision réactive et adaptée au territoire. Ces acteurs ont besoin d'informations fluides et régulières sur l'état sanitaire, les besoins des populations et les décisions qui sont prises. Ceci est facilité par l'accès à une information de qualité basée sur des données locales qui permette un passage adapté aux différents niveaux du Plan de Réduction des Risques, une aide à la décision et une gestion des priorités. Dans un contexte de gestion de crise, l'action précoce est ainsi à privilégier, aidée par l'observation des signaux faibles, permettant une meilleure préparation à l'action.

Les villes recommandent la mise en place locale de cellules de veille intersectorielles, et la mise en place là où cela est possible de comités scientifiques pour apporter une réflexion et une aide à la décision adaptées à la situation locale et ainsi, anticiper plus rapidement et plus efficacement.

De plus, en prenant exemple sur les expériences d'autres villes, la mise en place d'observatoires locaux de la santé dans les villes ou EPCI soutiendrait cette prise de décision, ainsi que la mise en place d'outils de partage de l'information en assurant la confidentialité.

- Pour le grand public

La communication grand public est au cœur de la gestion de crise, et les messages qui sont apportés pour engager la population dans la lutte contre la pandémie, adapter ses comportements, mais aussi l'informer sur le soutien dont elle peut bénéficier, sont un axe fondamental des recommandations de notre analyse.

Les informations apportées doivent notamment porter sur la manière dont la crise est gérée (qui fait quoi ? quel est leur rôle ? qui prend les décisions ?), et sur les lignes à suivre pour faire face collectivement à cette crise (nécessité d'une communication cohérente, claire et sécurisante). Elles doivent également être adaptées aux réalités locales.

Il est notamment proposé par les villes, comme cela a été largement réalisé notamment lors du déconfinement et de la 2^e vague, de développer une communication spécifique aux territoires par le biais d'outils de communication locaux, de s'appuyer sur les relais politiques locaux, d'adapter les informations à la cinétique de l'épidémie sur le territoire de vie, de relayer par des canaux locaux les grandes campagnes d'information, mais aussi d'utiliser des canaux de diffusion accessibles à tous (affichages dans les rues, informations sur les marchés, dans les lieux publics, ou vers des publics spécifiques nécessitant notamment des visites à domicile ou un accompagnement particulier).

| Ressources OMS |

Communication en situation d'urgence sanitaire : [Guidelines \(en anglais\)](#) | [Plan d'action en 5 parties \(en anglais\)](#)

Appréhender la 'fatigue pandémique' ou lassitude face à la pandémie : [proposition de plan d'action \(en anglais\)](#)

Mieux se connaître et se coordonner

La gouvernance de la santé a été bouleversée lors de cette crise, renforçant des coopérations ou des dissensions dans la manière d'articuler le travail des différents acteurs pour faire face à la crise. Sur le terrain, ces difficultés ont pu impacter l'efficacité d'action, le ressenti des acteurs impliqués dans la gestion de crise, et la réponse aux multiples besoins de la population auxquels les villes ont dû pour partie apporter une réponse. Il est à noter que le premier réflexe de beaucoup de collectivités a été d'apporter un soutien aux acteurs locaux (associations, entreprises, établissements médicaux et médicaux sociaux) dans la gestion de la crise et de réfléchir avec ces acteurs à proposer des solutions pour répondre à ces besoins.

Quatre aspects sont, selon les villes et EPCI, à renforcer pour la suite de la gestion de la crise sanitaire :

- Renforcer le travail commun avec les ARS et les préfetures notamment sur la connaissance commune des acteurs du territoire, les relais d'informations, l'organisation des phases de confinement/déconfinement, l'organisation des actions de communication et de prévention/promotion de la santé, la lutte contre le renoncement aux soins
- S'appuyer sur, développer, renforcer les Contrats Locaux de Santé et les Contrats Locaux de Santé Mentale qui ont été des facilitateurs dans la gestion de crise, ainsi que les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, notamment dans l'articulation avec les médecins libéraux (gestion souple et facilitée).
- La nécessité de développer un plan partagé de 'gestion de crise' où tous les acteurs du territoire sont autour de la table, dès le début de la gestion de crise et où la question des moyens (ressources humaines et financières) est abordée. Ce plan doit travailler sur la bonne coordination et complémentarité de ces acteurs en situation sanitaire exceptionnelle. Les services santé des villes doivent y être associés.
- Réfléchir à un modèle de « commission médicale » permanente pour poursuivre les échanges entre Villes /EPCI/ groupe hospitalier de territoire/ médecine de ville ainsi qu'avec l'ARS et la CPAM

| Ressources OMS |

[Renforcer la préparation des villes et milieux urbains pour la COVID19 \(en anglais\)](#) : ce guide résume les grandes stratégies à adopter par les villes pour faire face à la pandémie : des plans locaux d'action coordonnée, une communication de crise et de gestion des risques qui encourage le respect des mesures de lutte contre l'épidémie, des approches de santé publique adaptées, et la continuité de l'accès aux services de soins et des services essentiels y compris en période de crise sanitaire.

Faire de la réduction des inégalités sociales une priorité, renforcer le soutien aux publics précaires

Les premières actions des villes lors de cette crise ont été le soutien aux publics vulnérables, isolés et précaires. Ces publics ont été les premiers touchés par cette crise, ceux qui déjà fragilisés, peuvent l'être encore plus, et qui nécessitent une continuité d'accompagnement. Le cœur de l'action des villes-santé est de réduire les inégalités sociales de santé, inégalités qui se sont révélées particulièrement importantes lors de cette crise. Pour mieux accompagner ces publics, et limiter l'impact de la crise sur les inégalités, les villes proposent des actions concrètes à mettre en œuvre :

- Développer des modes d'accès pour aller vers le "public invisible", renforcer les actions d'aide alimentaire, et améliorer le recensement de ces personnes
- Renforcer la lutte contre l'habitat indigne
- Construire un réseau d'entraide facilement mobilisable pour lutter contre l'isolement, notamment en faisant évoluer le registre 'personnes vulnérables' élaboré notamment dans un contexte de plan canicule
- Renforcer la place de la santé dans les écoles ; les villes bénéficiant de services de santé scolaire ont pu agir au plus près des écoles pour le suivi des élèves
- Accès à l'alimentation : renforcer les actions de lutte contre les inégalités sociales dans ce domaine et intégrer la question de la mobilité
- Renforcer les actions santé dans les quartiers politiques de la ville et pour tous publics identifiés comme vulnérables, précaires, fragilisés, notamment :
 - o Développer la médiation santé
 - o Développer des campagnes itinérantes/centres mobiles de santé notamment pour réaliser des tests de dépistage
 - o Réduire la fracture numérique
 - o Envisager des modes d'intervention plus universels

| Ressources OMS |

[Webinaire du 'Réseau des Régions favorables à la Santé' sur les inégalités sociales de santé en temps de COVID19 \(en anglais\)](#) avec l'intervention de Sir. Michael Marmot, président de la commission sur les inégalités sociales de santé de l'OMS

[Groupes vulnérables en temps de COVID19 \(Factsheet en anglais\)](#) : Dans une stratégie de lutte contre la COVID-19, les groupes vulnérables doivent être protégés par des actions spécifiques qui nécessitent une approche globale, une réponse de santé publique multisectorielle et qui soit diffusée par l'intermédiaire de diverses parties prenantes.

[Personnes vivant à la rue : expériences des pays de l'OMS Europe en temps de COVID19 \(Factsheet en anglais\)](#), document résumant les principales actions à mettre en œuvre pour prendre en compte la situation des personnes vivant à la rue en période de crise sanitaire.

[Lignes directrices sur la santé des réfugiés et populations migrantes dans la région Europe de l'OMS en temps de COVID19 \(en anglais\)](#) : Ce guide est destiné à être utilisé par les autorités sanitaires pour orienter les actions prises par les services de santé pour les réfugiés et les migrants dans le cadre de l'épidémie de COVID-19. Ce document est destiné à répondre aux besoins et aux droits des réfugiés (1) et des migrants (2) de tout milieu de vie.

Renforcer les actions et politiques de prévention et promotion de la santé

Trois axes de recommandation ressortent fortement de l'enquête et des échanges avec les villes-santé OMS :

- Reconnaître le rôle, les compétences et la nécessité d'action des associations de santé et structures de quartier dans la mise en œuvre des stratégies en santé, dans une définition plus large que le soin. Soutenir ces acteurs de terrain (ressources humaines, ressources financières)
- Intégrer les approches de santé publique, santé communautaire, et de promotion de la santé dans la gestion de crise sanitaire pour d'une part, travailler sur un vocabulaire plus engageant pour la population, et éviter de renforcer un climat anxigène, et d'autre part, pour assurer la continuité des grands messages de santé publique : informer sur les dépistages, addictions, santé sexuelle, vaccination, bien être et santé mentale, etc.
- Assurer la continuité de l'accès aux soins et aux services de santé/bien être (suivi des maladies chroniques, continuité des dépistages, etc.) et renforcer les informations sur l'accès aux droits

| Ressources OMS |

[Recommandations concernant l'utilisation de drogues et substances psychoactives en contexte COVID19 \(en anglais\)](#)

[Lignes directrices sur l'activité physique et la sédentarité en temps de crise \(en français\)](#)

[La lutte contre les maladies chroniques en temps de COVID19 \(en français\)](#)

Mieux prendre en compte la santé mentale des habitants

Les villes ont observé une 'explosion' des cas complexes psychologiques en cette période de restrictions. L'augmentation des besoins d'accompagnement de la santé mentale des habitants ont engagé les villes dans la promotion, l'activation, et la relance d'actions en santé mentale. Les villes-santé OMS ont largement relayé la nécessité de renforcer le soutien des autorités nationales et locales à des politiques et actions en santé mentale, comme un axe fondamental d'une stratégie de santé.

Les recommandations plus spécifiques sont les suivantes :

- Diagnostic : Réaliser un état des lieux des besoins des structures apportant un soutien relationnel, de leurs actions, de leur accompagnement

- Publics cibles : enfants et jeunes, publics précaires ou fragiles, personnes avec un handicap ou maladie, sont mentionnés régulièrement comme nécessitant un accompagnement particulier en particulier dans un contexte de crise économique
- Concertation, coopération, coordination: renforcer les interconnaissances entre acteurs du secteur de la santé mentale et plus globalement de l'accompagnement et accueil au public sur les questions de santé mentale, organiser des temps d'échanges et renforcer les actions en direction des publics plus vulnérables
- Renforcer la formation des professionnels et bénévoles en santé mentale, informer sur les impacts psychologiques de la crise
- Améliorer le protocole des lignes d'écoute téléphonique, améliorer les actions en santé mentale (permanences, accompagnement, suivi)
- Mieux faire connaître la santé mentale et le bien-être, reconnaître la souffrance psychique.

| Ressources OMS |

[Recommandations pour une bonne santé mentale en temps de COVID19 \(en anglais\)](#) : cette page recense des recommandations pratiques à destination du grand public

[Santé mentale et considérations psychosociales en temps de COVID19 \(en anglais\)](#) : recommandations à différents acteurs sur la prise en compte de la santé mentale

[Une histoire racontée pour les enfants sur la pandémie de COVID19 'Mon héroïne, c'est toi' \(en français\)](#)

2. Recommandations sur le moyen/long-terme

Sur cette partie, les villes-santé partagent la nécessité de travailler sur le moyen/long terme à une meilleure préparation aux situations sanitaires exceptionnelles. Quelques pistes sont apportées.

Tirer les leçons de la crise et appliquer ses enseignements

Certaines villes ont entamé, ou finalisé une première analyse de la gestion de la crise sanitaire, et ont partagé leur analyse pour un changement sur le plus long terme qui nous permette d'être plus résilients.

Pour les villes et EPCI, il est important de sortir de la gestion de crise du quotidien pour identifier les problèmes de santé publique de demain et les angles morts, en sortie de confinement ou en sortie de crise Covid. Tirer les leçons de la crise, c'est aussi travailler ensemble sur un retour d'expérience partagé au sein des collectivités et avec les partenaires, et en élaborer un plan d'action. Les Plans de Continuité d'Activités doivent être adaptés en conséquence, si cela est nécessaire. Ainsi, une gestion de crise adaptée sera une gestion de crise qui misera sur l'anticipation, et non la réaction. Cette préparation doit s'appuyer sur un recensement des acteurs, de leur PCA, et sur les forces et complémentarités en présence. De plus, une analyse des conséquences que le confinement a eues et continue d'avoir sur la santé permettra d'adapter une réponse sur les prochaines vagues et prochaines crises (impact sur le décalage des soins, la santé mentale, les effets croisés de la crise économique, l'aide alimentaire, le logement, etc.). Un temps du bilan est donc absolument nécessaire pour ne pas répéter nos erreurs.

Exemple : la ville de la Rochelle a réalisé un retour d'expérience du service santé publique sur la crise COVID [disponible ici](#).

Se préparer aux futures crises

Pour mieux se préparer, les villes & EPCI proposent les pistes d'actions (non exhaustives) suivantes :

- Un travail d'amélioration continue des différents plans d'intervention en situation de crise sanitaire ou autre, en incluant l'organisation des services en télétravail, en anticipant par des outils numériques adaptés, et la mise en place d'astreintes plus larges que celles existantes
- Englober dans la politique de sécurité sanitaire un ensemble d'actions englobant un ensemble de risques, et anticiper toute alerte envisageable sur les territoires y compris l'alerte radioactivité
- Elaborer des projets de résilience en prenant en compte l'angle de la santé mentale. Ces projets doivent également prendre en compte la nécessité de mesures de soutien aux acteurs économiques.
- Anticiper la gestion des ressources humaines, financières et matérielles : par ex. constituer un stock de masques, se doter de logiciels adaptés, et renforcer les réserves citoyennes et municipales à mobiliser en cas de besoins
- Revoir le rôle des élus en gestion de crise

Exemple : la ville de Bordeaux a mis en place un conseil de résilience sanitaire composé de personnes issues du milieu médical et non médical pour mieux anticiper et construire un monde résilient à l'échelle de la Ville pour faire face aux prochaines crises. [Plus d'informations ici](#).

Développer une politique volontariste de santé publique en France

Cette politique doit s'appuyer sur plusieurs volets :

- La **gouvernance**, comprenant une reconnaissance du rôle des villes sur la santé au niveau local, et des territoires au sens large
- Le **renforcement des moyens et effectifs des acteurs de la santé publique et de la solidarité**, y compris les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- **La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé**, en s'appuyant sur des valeurs de solidarité intergénérationnelle et inter-quartiers, en développant le lien social et la confiance, et renforçant des politiques de soutien social et de santé par l'accès équitable à une alimentation de qualité, à des espaces verts, à un logement et des services adaptés.
- Le **maintien et le renforcement d'une approche de santé publique globale** et d'une culture de santé publique en France, dépassant l'approche hospitalo-centrée d'accès aux soins qui prévaut depuis le début de la crise Covid, et ainsi développer la culture de la prévention en santé permettant de limiter les impacts d'une crise sanitaire.
- **L'accompagnement et le soutien aux personnes vivant à la rue**, notamment par la proposition de davantage de solutions d'hébergement, **ainsi qu'aux personnes vivant en grande précarité**. Inclure des actions dédiées à ces personnes en temps de crise.
- **Renforcer les actions de promotion de la santé** dans une démarche d'universalisme proportionné, par exemple :
 - o Renforcer les politiques, actions et acteurs en santé mentale

- Multiplication de places pour auteurs de violences conjugales.
 - Formation sur le rôle de l'aïdant, mise en place d'actions pour "apprendre à être parents" et intégrer la santé au quotidien
 - Accompagnement et soutien pour une meilleure santé mentale
 - Généraliser l'éducation à la santé, notamment grâce aux centres médicaux scolaires, aux centres de vaccination grand public, aux actions grand public et à des services implantés dans les Quartiers prioritaires de la ville.
 - Développer les actions de sensibilisation en prévention des addictions ou conduites à risque.
- **Réduire la fracture numérique et développer des outils numériques partagés**, notamment auprès des acteurs de proximité et des publics les plus éloignés

Exemple : Le réseau français des Villes-santé a publié une tribune le 14 novembre 2020 apportant des propositions pour l'amélioration de la gestion de crise sanitaire, [consultable ici](#) '**Remettre la santé publique au cœur des débats et des décisions pour une mobilisation efficace face à l'épidémie de COVID-19**'

3. Améliorations internes aux collectivités

Les points positifs

Certaines collectivités sont en cours de réalisation d'un premier bilan, ou l'ont finalisé. Les premiers retours de ces bilans apportent des éléments sur les points positifs et négatifs dans l'organisation des collectivités face à la crise. D'une part, les cellules de crise et de veille ont permis une adaptation quotidienne des actions au contexte. D'autre part, l'organisation interne de la gestion de crise a évolué régulièrement, pour tenir compte du contexte et de son évolution, répondant ainsi aux principes de mutabilité et de continuité du service public local.

La période de crise a permis de renforcer les liens de la direction santé publique de la ville avec les médecins et infirmiers libéraux, et dans certaines villes, cette coopération a mené à un renforcement des CLS, CLSM et/ou des CPTS.

Les collectivités ont tenté de réagir rapidement, et certaines ont été en position d'alerte précoce. Certaines ont été touchées plus rapidement que d'autres par la crise sanitaire. Elles ont accompagné dans beaucoup de cas les actions solidaires (entre habitants, ou par les initiatives des 'makers'). L'organisation en cellule de crise et de veille, les liens avec les organisations syndicales et le bénévolat des agents en temps de crise lors du confinement sont à saluer dans beaucoup de collectivités.

Les pistes d'amélioration

Coordination interne et suivi des sollicitations, circuits de décision

La coordination et les circuits de décision sont à améliorer en période de crise sanitaire. Les répondants proposent ainsi une plus grande participation des directions concernées aux décisions et aux cellules de crise, l'anticipation de circuits internes de gestion de crise pour une mise en œuvre concrète et efficace des décisions. En lien avec la prise de décision, il a été relevé le manque de données, d'informations, ou encore de réseaux dans un contexte particulier de renouvellement des élus en contexte de crise sanitaire.

Une meilleure préparation à la réception de très nombreuses sollicitations est également demandée, en particulier pour les directions/équipes de santé publique qui ont dû accompagner les processus de la collectivité, mais aussi au travail de coordination avec les différents acteurs (autres collectivités, ARS, Etat).

Enfin, une meilleure communication interne a été demandée par les répondants, notamment concernant les décisions de la cellule de crise et sur l'organisation autour de la situation sanitaire en lien avec les différents services de la collectivité.

Management RH et adaptation des outils

Un besoin d'accompagnement par un management plus efficace en période de crise a été rapporté par les répondants. Ceci sur plusieurs axes :

- Evaluation des moyens humains nécessaires à la bonne réalisation des missions et renforcement si nécessaire

- Un soutien aux managers dans ces périodes complexes y compris sur la gestion des ressources humaines en particulier pour deux points critiques : la gestion des absences et le télétravail
- Adaptation des ressources matérielles et d'organisation de la collectivité pour faire face à la réorganisation en télétravail, notamment numériques, mais aussi pour la diffusion des outils de prévention en santé en interne à la collectivité et la capacité d'organisation logistique notamment par la mutualisation de moyens
- Un soutien plus important de la médecine du travail aux agents et à la diffusion des messages de prévention

Accompagnement des publics et communication externe

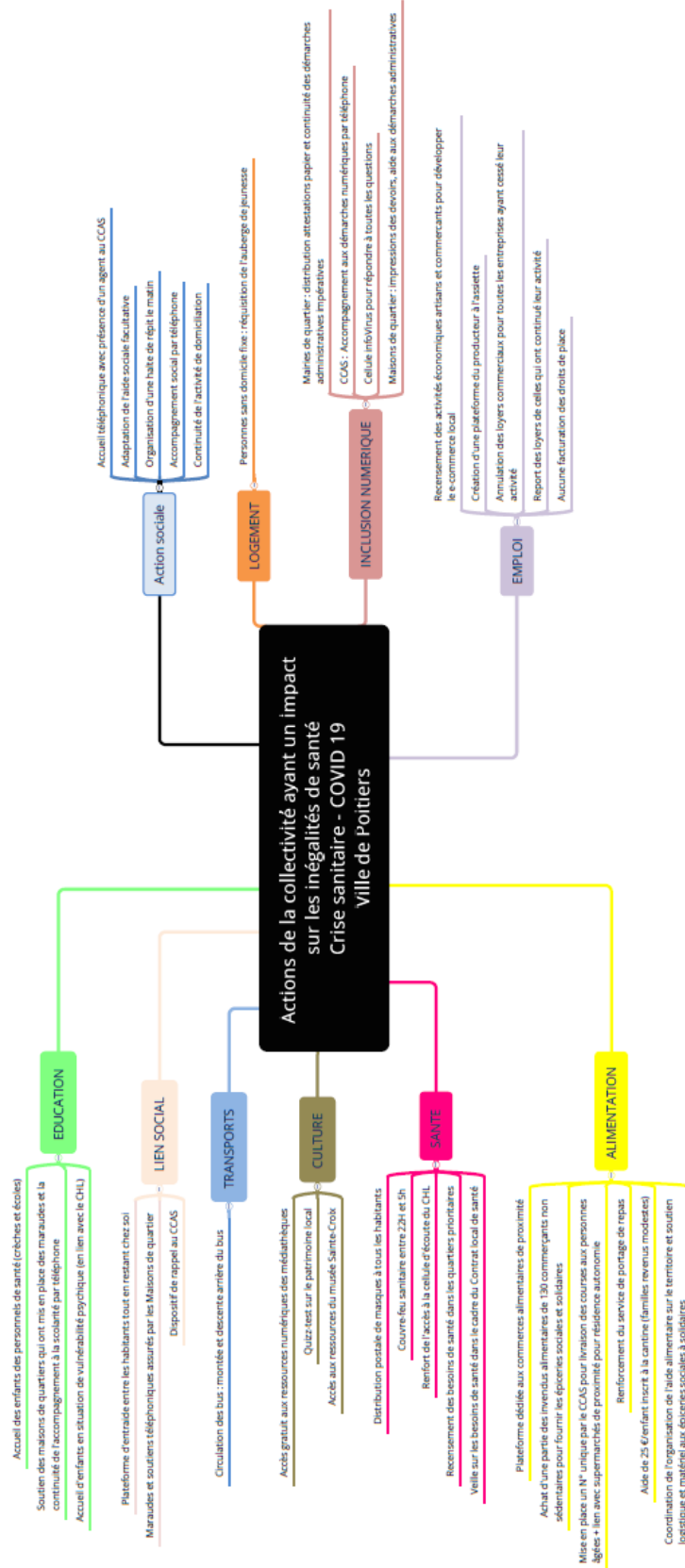
Les collectivités ont également ressenti le besoin d'un soutien pour améliorer l'accompagnement des publics et de disposer de davantage d'outils/messages de communication externe. Le rôle des collectivités a en effet été en partie celui de rassurer la population, et cela ne peut se faire que par un portage politique fort et par un message clair sur le cap à suivre.

Certaines villes/EPCI ont souligné qu'elles souhaitent réfléchir à l'élargissement du public cible de leurs actions en ciblant davantage certaines actions vers notamment le public accueilli en CCAS, les professionnels des EHPAD, les professionnels de la petite enfance, les travailleurs sociaux, ou encore les agents en télétravail.

Certaines questions sont restées ouvertes et donneront lieu à des partages d'expériences et d'actions pour y répondre dans le cadre de futures actions des villes-santé sur les inégalités sociales et leur appréhension dans le cadre des politiques locales de santé :

- Quelle approche pour les quartiers prioritaires de la ville en période de crise COVID ? Quels outils et leviers pour favoriser le vivre ensemble dans un contexte de confinement ?
- Quelle(s) ville(s) ont réussi à mettre à l'abri TOUTES les personnes à la rue ? Lesquelles ont pu contrer les expulsions-surprises de squats ?

Actions mises en place par la collectivité ayant un impact sur les inégalités de santé



Les actions des villes en crise COVID : exemple par le carte mentale des actions impactant les inégalités de santé de la Ville de Poitiers

Annexes

1. Tribune du Réseau français des villes-santé OMS (Novembre 2020)

Remettre la santé publique au cœur des débats et des décisions pour une mobilisation efficace face à l'épidémie de COVID-19

Alors que les communes et les intercommunalités ont été tant mobilisées durant la première vague et continuent de l'être toujours plus, nous considérons qu'il est temps de tirer les leçons de la crise sanitaire. Premier constat, la faiblesse structurelle de la santé publique en France nous a rendu plus fragiles face au virus :

- Le manque d'ambition nationale en termes de prévention et de promotion de la santé ne nous a pas permis de développer une meilleure culture du risque épidémique à l'appui d'actions de prévention précoces à l'arrivée du virus.
- La gestion comptable et à flux tendus de la santé a conduit à un manque de personnel pour la préparation, le suivi, le contrôle et la maîtrise du risque infectieux. Le déficit d'effectifs pour faire face aux vagues de la Covid-19, et ce sur tous les aspects de la santé et du soin (personnel médical, paramédical, aides à domicile, personnels de nettoyage), se cumule aux autres besoins en prises en charges médicales. Ceci est lourd de conséquences, entraînant priorisation entre les patients, retards de dépistages notamment sur les cancers, et reprogrammation de consultations importantes dans le suivi des patients.
- La gestion de crise privilégiant l'approche par restrictions de libertés publiques plutôt que l'approche santé publique a conduit à un retard et un manque de stratégie pour la mise en œuvre du « Tracer Tester Isoler » et n'a pas conduit à une appropriation suffisante par la population de la lutte contre le virus. Si nous continuons sur cette approche, le risque est grand de ne pas venir suffisamment préparés pour l'arrivée du vaccin contre la COVID-19.

Pour une stratégie mettant la santé publique au cœur de la lutte efficace contre la pandémie, nous proposons sans attendre :

* Une évolution de la gestion de crise pour un pilotage décentralisé à partir de données locales et fiables, à l'appui de l'état des connaissances et du débat scientifiques, des apports de spécialistes et professionnels de santé, élus des collectivités, promoteurs de la santé, acteurs de terrain, pour décider avec l'État et les ARS d'actions adaptées aux réalités des territoires, recherchant l'adhésion de la population et nourrissant les politiques nationales avec lesquelles elles seraient articulées.

* Des actions volontaristes pour réduire les inégalités sociales, dont les inégalités sociales de santé qui se sont aggravées pendant cette crise. La COVID19, comme d'autres maladies, est une maladie inégalitaire. La fermeture des écoles a renforcé les inégalités entre les enfants et entre les jeunes, les fractures numériques excluent une partie de la population. Ces inégalités rendent notre société plus vulnérable face à des crises futures.

* La promotion de l'accès aux soins et de la continuité des soins en s'appuyant sur les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, tout en menant la lutte contre les autres grands

risques. Il serait ainsi inacceptable que les pénuries de vaccin contre la grippe hivernale viennent aggraver la situation sanitaire du pays.

* La régulation du confinement pour mettre à distance le risque de « fatigue pandémique » qui réduit l'acceptabilité des mesures de restriction et l'application des gestes de prévention. L'accès aux parcs et jardins, forêts, littoraux et autres espaces naturels au-delà du seul kilomètre et de la seule heure permettrait ainsi de réduire les risques que fait peser le confinement sur la bonne santé mentale, les inégalités relatives aux conditions de logements et de lieux de vie, les risques liés à la sédentarité. La possibilité de visites à un nombre strictement restreint de proches à leur domicile diminuerait également les risques liés à l'isolement.

* La promotion du sport et de l'activité physique en période de confinement et sous des formes adaptées aux différentes étapes de déconfinement, pour que la sédentarité s'ajoute le moins possible à la dégradation de la santé de la population française causée directement par le virus. De même, promouvoir une bonne alimentation et hygiène de vie et réduire le risque de conduites addictives en période de restrictions est fondamental.

* La remise à niveau et la valorisation notamment par la formation de l'ensemble des effectifs et moyens dévolus à la santé, en particulier pour les métiers de la santé bien-être et de la santé mentale, pour prendre en compte dès maintenant les grandes fragilités futures que la crise COVID a déjà accentuées.

* La meilleure reconnaissance de la santé environnementale et du lien entre santé animale et santé humaine par l'approche 'One health', et le renforcement de la protection des milieux naturels à l'échelle mondiale alors que la majorité des pandémies sont des zoonoses.

Repris [sur notre site internet](#) et sur [Ouest France](#) (Edition du 17/11/2020)

2. Résumé des principales actions des villes-santé avec les ARS au niveau local

Tester, tracer, isoler, et sécuriser

- Centres de consultation et de dépistage (locaux, matériel), y compris mobiles (barnums dans les quartiers, bus) ou dans les universités
- Aide au tracing interne au sein de la collectivité
- Gestion pénurie de masques (Toulouse)
- Cellule santé scolaire, questions s/tt sur le tracing (Nantes)

Informer

- Actions de prévention dans lieux publics (marchés) pour respect des gestes barrières, campagne d'information
- Ambassadeurs COVID
- Aide à la diffusion d'informations notamment auprès des plus fragiles, lignes téléphoniques de soutien psychologique
- Dispositifs de communication, par ex. 'Fêtons plus risquons moins'

Surveiller

- Echange d'expertises et de suivi épidémique, mais manque d'informations à l'échelle communale et métropolitaine
- Contacts réguliers de coordination ville/médecins et paramédicaux, diffusion d'informations, gestion des clusters, parfois email en commun pour la remontée de questions et d'informations

Apporter un soutien aux acteurs du territoire, assurer la permanence des soins

- Soutien aux EHPAD : ressources humaines (aide des professionnels libéraux de ville) et matériel (télémédecine)
- Renforcement projets communs (CLS, CLSM, ASV)
- Permanence des soins avec organisation de maison médicale de garde, soutien à la CPTS, ligne téléphonique pour accès à des professionnels de santé