

Colloque national du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS

"De la gouvernance à la mise en œuvre des soins de santé primaires : place et rôle des villes"

Présentation et résumés des interventions

21 Octobre 2013

Grenoble



Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS

*EHESP - Département SHSC
Avenue du Pr Léon Bernard
35043 RENNES
secretariat@villes-sante.com / 02.99.02.26.06*

Ville de GRENOBLE

*Direction Santé Publique et Environnementale
33 rue Joseph Chanrion
38000 GRENOBLE
sonia.vierne@ville-grenoble.fr / 04.76.03.43.50*

SOMMAIRE

1. PRESENTATION DU COLLOQUE.....	P.3
A/ Préambule.....	P. 3
B/ Introduction.....	P. 3
2. RESUMES DES INTERVENTIONS.....	P. 5
A/ Ouverture de la journée.....	P. 5
B/ Regards croisés des experts et des habitants sur les soins de santé primaires.....	P. 6
C/ Table ronde : La place des villes dans la gouvernance et l'organisation locale des soins de santé primaires.....	P. 12
D/ Regards croisés des professionnels sur les soins de santé primaires.....	P. 15
E/ Restitution de l'étude réalisée auprès des Villes-Santé.....	P. 17
F/ Table ronde : L'accès aux soins de santé primaires.....	P. 19
G/ Table ronde : Les outils de l'offre de soins de santé primaires de proximité.....	P. 22
H/ Conclusion et clôture du colloque.....	P. 24

1. Présentation du colloque

A/ Préambule

Les "soins de santé primaires" sont ici entendus au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé, et définis dans le cadre de la Déclaration d'Alma-Ata en 1978 (article 6) comme : "des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire".

"Ils visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet".

Plus précisément (Cf. article 7 de la Déclaration d'Alma Ata), "les soins de santé primaires :

- reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique ;
- visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet ;
- comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels ;
- font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs ;
- exigent et favorisent au maximum l'auto responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude de collectivités à participer ;
- doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis ;
- font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux professionnels de santé – médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels-tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité".

B/ Introduction

Favoriser l'accessibilité aux soins de santé primaires et aux services de santé dédiés pour tous les citoyens est un enjeu majeur d'aménagement du territoire et d'organisation des services à la population. L'évolution des territoires et des besoins de la population, conjuguée à la problématique concomitante des inégalités de santé et de la démographie médicale, fait craindre une dégradation de l'offre de santé de proximité, impactant directement l'état de santé de la population. Dans ce paysage actuel, les villes constituent des acteurs et partenaires essentiels. Le besoin de santé, toujours croissant en raison notamment du vieillissement de la population et de l'augmentation des pathologies chroniques par

exemple, ne se limite pas à l'offre de soins et englobe tout ce dont les habitants ont besoin pour rester en bonne santé ; ce que recouvre justement la notion de soins de santé primaires.

La notion de soins de santé primaires n'est pas encore reconnue en France et donc peu utilisée dans les référentiels de santé, alors même qu'elle l'est couramment dans les autres pays européens ("*Primary Care*"). En France, les termes plus usités sont "soins ambulatoires", "soins de proximité", "soins de premier recours" ou encore de "première ligne", en référence à la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009, renvoyant à l'accessibilité, à la continuité et à la permanence des soins du secteur ambulatoire, en lien avec d'autres secteurs. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) donne une définition élargie des soins de santé primaires dans la déclaration d'Alma Ata de 1978. L'OMS réaffirme cet engagement dans son rapport annuel sur les soins de santé primaires en 2008. Selon la littérature, les champs d'intervention jugés efficaces dans le cadre des soins de santé primaires essentiels sont : l'amélioration de l'accès aux soins, le développement de la prévention de la santé et les pratiques dans le cadre de la réorganisation du système de santé. Quelles réalités cela recouvre-t-il en France pour les villes ?

La loi HPST renouvelle l'organisation territoriale de la santé et crée de nouveaux outils de gouvernance et de régulation de l'offre de santé. Cette loi refonde la planification et la gestion territoriale du système de santé. C'est donc une logique de régionalisation de la politique de santé pilotée par les Agences Régionales de Santé (ARS) qui prévaut, sous-tendant une volonté de renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé. Dans ce cadre réglementaire, les villes sont amenées à articuler leur action pour faire le lien entre l'action de l'Etat et les dynamiques territoriales de santé qu'elles impulsent. Parfois, elles sont consultées dans le cadre de leur participation à certaines instances officielles (conseil de surveillance, commissions de coordination de politiques publiques de santé, conférence régionale de Santé et de l'Autonomie, conférences sanitaires de territoire,.....). Aujourd'hui, quelle place les villes occupent-elles véritablement en terme d'association et de participation à la gouvernance de la politique de santé locale et plus particulièrement de l'organisation territoriale des soins de santé de base ?

Des démarches de contractualisation ville-Etat de politique locale de santé ont été initiées (Contrat Local de Santé, Atelier Santé Ville,...), visant à définir un projet territorial de santé comportant un cadre d'actions et de moyens, pour répondre à des problématiques sanitaires spécifiques. Généralement, cela a été l'opportunité d'asseoir la position de la ville en tant qu'acteur légitime dans le champ de la santé et dans la mise en œuvre de soins de santé primaires.

Cependant, les marges de manœuvre des villes, compte tenu des moyens alloués par l'Etat, semblent aujourd'hui fortement questionnées en termes d'effectivité pour apporter des réponses adéquates aux besoins en proximité de la population toujours croissants ?

Les mesures de régulation de la démographie médicale et de l'offre de santé sont d'autant plus efficaces qu'elles s'articulent avec les politiques d'aménagement du territoire portées par les élus locaux. Cela suppose, par conséquent, un pilotage fin et prospectif, avec des ajustements réguliers, nécessitant une mise en regard de la situation de la démographie médicale face à l'évolution des besoins de chaque territoire. Face aux préoccupations des élus locaux et au développement nécessaire de l'attractivité du territoire, bon nombre de villes ont contribué à la mise en place de mesures pour maintenir, voire consolider l'offre locale de soins de santé primaires d'une part et favoriser son accessibilité à la population (financière, géographique, sociale) d'autre part : aide financière pour une couverture santé (sous conditions de ressources), systèmes de transport, recherche active de professionnels de santé et incitation à l'installation (aides financières, mise à disposition de locaux,...), etc.

Quels sont les leviers dont disposent les villes pour agir sur l'offre de santé et son accessibilité aux côtés des professionnels de santé, des usagers et d'autres acteurs ?

Les villes interviennent dans le cadre de leurs prérogatives en matière de services à la population pour améliorer la réponse apportée aux besoins de santé des habitants. La problématique de l'accès à l'offre de santé ne se résume pas au maintien des effectifs de professionnels de santé dans les territoires et à des actions ciblées. L'objectif est également de construire une offre cohérente de services de santé globale et intégrée de qualité, répondant aux besoins de la population. Un certain nombre de dispositifs de santé, visant à développer la prise en charge pluri-professionnelle des patients, la coordination des parcours de soins et à renforcer les actions de prévention et d'éducation à la santé, etc. subsistent (à l'instar des centres de santé, réseaux de santé parfois locaux). D'autres plus novateurs ont été mis en place plus récemment (tels que les maisons de santé pluri-professionnelles et les pôles de santé qui fleurissent dans le paysage sanitaire).

Cependant, les villes sont confrontées à diverses problématiques et questions intrinsèquement liées : mobilisation et association des professionnels de santé, ingénierie de projet, soutien pérenne (financier ou autres) et anticipation sur le long terme, territoire pertinent d'action, maintien des effectifs suffisants, réponse adéquate aux besoins spécifiques et évolutifs de la population, rentabilité des dispositifs et risque financier, etc.

2. RESUMES DES INTERVENTIONS

A/ Ouverture de la journée

M. Michel DESTOT,

Maire de la Ville de GRENOBLE.

M. Jean DEBEAUPUIS,

Directeur Général de la Direction Générale de l'Offre de Soins, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.

M. Patrice VOIR,

Président du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS, Adjoint au maire chargé de la Santé à la Ville de GRENOBLE.

B/ Regards croisés des experts et des habitants sur les soins de santé primaires

M. Le Professeur Jan de MAESENEER, MD, PhD,

- Prof. Jan De Maeseneer (1952), Chef du Département de Médecine Générale et des Soins de Santé Primaires à l'Université de Gand (Belgique).
- Président du Forum Européen des Soins Primaires (www.euprimarycare.org).
- Médecin Généraliste, Centre de Santé Intégré Ledeborg – Gand (Belgique).
- Directeur du Centre Collaborateur de l'OMS : "International Centre for Primary Health Care and Family Medicine – Ghent University".
- Président du Conseil de Santé de la ville de Gand, à différentes fonctions au niveau national et international dans le développement des soins de santé primaires.
- Secrétaire-Général du réseau : "The Network: Towards Unity for Health" (www.the-networktuff.org).

Répondre aux défis du vieillissement et de l'inégalité sociale en santé par une stratégie de "Community Oriented Primary Care" (les soins de santé primaires, orientés sur la communauté).

Introduction

Actuellement, la société est confrontée avec des défis importants : la transition dans la démographie et l'épidémiologie, les développements scientifiques et techniques, les développements culturels, les développements socio-économiques, la globalisation et la glocalisation.

Le visage du monde va changer fondamentalement dans le 21^{ème} siècle : on prévoit qu'en 2030, 70% de la population mondiale vivra dans un contexte urbain, et que, il est possible qu'en 2100, le pourcentage monte à 85. Le vieillissement de la population va de pair avec une augmentation des maladies chroniques. Ces maladies comme l'hypertension, le diabète, problèmes cardio-vasculaires,... montrent très clairement un gradient « social » : les gens qui vivent dans les conditions les plus défavorisées, ont le plus haut risque d'être atteint par ces maladies. En outre, nous constatons que la multi morbidité, devient la règle, et non l'exception. Plus de la moitié des patients avec des maladies obstructives pulmonaires chroniques (BPCO) ont des problèmes cardio-vasculaires ou le diabète. La moitié des patients de 65+ ont au moins 3 conditions chroniques et 20% des 65+ ont 5 conditions chroniques.

Les défis de l'inégalité sociale

Le rapport de l'OMS : « Comblé le fossé en une génération »¹ a démontré très clairement, qu'il existe un gradient socio-économique dans l'espérance de vie et a indiqué la nécessité d'une action intersectorielle, afin d'adresser les causes fondamentales de ces inégalités. Les soins de santé primaires peuvent jouer un rôle important dans cette stratégie. Dans le rapport « Primary Health Care as a Strategy for Achieving Equitable Care »² nous avons essayé d'analyser quels rôles les soins de santé primaires pourraient jouer. Tout d'abord il faut que les soins de santé primaires soient accessibles (au niveau administratif, géographique, financier, psychosocial,...) et qu'une équipe multidisciplinaire soit disponible pour offrir des soins intégrés. En outre, un processus de « empowerment » et une coopération intersectorielle avec le secteur d'éducation, du travail, de l'économie, de l'habitation, peut conduire à un renforcement de la cohésion sociale, qui à son tour peut réduire les inégalités sociales de la santé. Dans l'analyse, une place spécifique a été donnée à la stratégie du « Communauté Orienté Primer Care » (les soins de santé primaires orientés vers la communauté), qui consiste à une stratégie, où une équipe travaillant au premier échelon s'engage avec la population, dans un processus d'identification des problèmes de santé de la communauté, développe des interventions et évalue l'impact de l'intervention³.

Les défis du vieillissement : comment soigner les gens avec multi-morbidité ?

Les modèles traditionnels des soins chroniques (p.ex. Le "Chronique Care Mode" de Wagner), ont défini tous les éléments nécessaires pour arriver à un système performant des soins chroniques

¹http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2008.

² De Maeseneer J, Willems S, De Sutter A et al. Primary Health Care as a Strategy for Achieving Equitable Care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network. Accessible à : http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf

³Rhyne R, Bogue R, Kukulka G, Fulmer H. Community-Oriented Primary Care: Health Care for the 21st Century. Washington: American Association for Public Health, 1998.

intégrés. Mais très souvent l'approche s'oriente trop sur les différentes « maladies », et l'on oublie de bien entendre les objectifs et les buts que le patient veut réaliser dans sa vie. C'est pourquoi, un changement du paradigme « Problème-Orienté Care » (soins orientés vers les maladies) vers « Goal-Orienté Care » (soins orientés vers les objectifs du patients) est nécessaire. Ceci veut dire que le but n'est pas l'éradication de la maladie (ce qui n'est pas possible dans le cas des maladies chroniques), mais la réalisation maximale d'une qualité et quantité de vie comme le patient lui-même l'a définie. Et très souvent, le patient est préoccupé par son état fonctionnel, et sa participation sociale. La question est de savoir comment on peut réaliser ces objectifs, dans un contexte où l'approche est basée sur des programmes verticaux, orientés vers une maladie spécifique, menant à une fragmentation des soins. C'est pourquoi, l'intégration des approches vers les maladies chroniques dans les soins de santé primaire, est nécessaire.

Les déterminants sociaux de la santé.

Si l'on veut entamer une action préventive, afin de limiter l'évolution vers les maladies chroniques, il faudra commencer à temps. On sait que déjà à l'âge de 30 mois, p.ex. Les problèmes dentaires sont des facteurs de risque pour le développement plus tard du diabète, des maladies cardiaques coronaires, de l'ostéoporose,... Dans le cadre d'un projet COPC dans notre Centre de Santé Intégré, nous avons constaté le problème de la carie dentaire précoce chez les enfants. Un projet de recherche a démontré qu'un enfant sur cinq à l'âge de 30 mois était atteint par la carie dentaire précoce (dans les classes défavorisées même presque 1 enfant sur 3). L'intervention consistait en un programme de promotion à la santé et de prévention en intégrant dans le centre de santé un service dentaire très accessible pour la population⁴. Ce projet démontre très clairement qu'il y a une nécessité pour une intégration des soins orientés vers l'individu et vers la communauté⁵.

Les soins de santé primaires pour le 21^{ème} siècle au niveau nano, micro, meso et macro.

Au niveau « nano » on a besoin de travailleurs de santé qui s'engagent vers les patients, qui ont la compétence clinique et culturelle nécessaire, qui intègrent le contexte du patient dans l'approche, qui ont une approche globale, tenant compte de la complexité, et qui tiennent compte de la nécessité de coordination et de la continuité dans les soins. Au niveau « micro », une action intersectorielle communautaire est nécessaire, p.ex. en regroupant tous les secteurs dans une plateforme qui échange des informations et le diagnostic communautaire. A Ledeborg, depuis 1986, tous les acteurs et organisations se réunissent chaque 3 mois pour faire un diagnostic global de la situation dans la communauté. Au niveau « meso », les structures et organisations, doivent veiller à ce que le niveau « micro » puisse fonctionner de façon performante. Dans la ville de Gand, 11 groupes de travail ont été formés dans le cadre de la politique sociale locale, qui réfléchissent sur le secteur du travail, sur l'interculturalité, le secteur des jeunes, le secteur des personnes âgées, le secteur de santé,... L'analyse a mené à la définition de priorités comme les conditions de vie (habitation), et l'accès à la promotion et les soins de santé, entre autres la santé mentale.

Au niveau « macro » il est devenu clair que les pays où il y a des systèmes de soins de santé primaires bien élaborés, réalisent une meilleure santé pour la population avec moins de références inadéquates vers l'hôpital, avec moins d'inégalité sociale,...⁶

Coopération internationale

Partout en Europe, il est clair que les villes vont jouer un rôle plus important dans le système de soins dans le futur. C'est pourquoi le European Forum for Primary Care (www.euprimarycare.org) est en train d'examiner, s'il est possible de réaliser un réseau européen, de villes, qui s'engagent à la réalisation de « communautés salubres » (healthycommunities). Par les conférences annuelles du Forum, un mouvement se développe, qui échange les expériences au niveau local sur l'organisation d'un système de santé, qui prend les besoins de la population comme point de départ. Le modèle des Centres de Santé Intégré devient au niveau mondial, de plus en plus un modèle approprié, pour réaliser les soins de santé primaires (voir : Fédération Internationale de Centres de Santé Intégré : www.ifchc2013.org). Ce type de coopération internationale peut contribuer à la réalisation des systèmes de soins qui réalisent les caractéristiques essentiels : pertinence, équité, qualité, coût-effectivité, durabilité, orientation vers la personne et la population et l'innovation.

⁴S. Willems, J. Vanobbergen, Martens L, J. De Maeseneer. The independent impact of household and area based social determinants on early childhood caries (ECC): a cross-sectional study in inner city children. Family and Community Health 2005; 28(2): 168-175.

⁵C. van Weel, J. De Maeseneer, R. Roberts. Integration of personal and community health care. The Lancet 2008;372:871-872.

⁶Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's Strong Primary Care Systems are linked to better population health but also to higher healthy spending. Health Affairs 2013;32(4):686-694.

M. Yann BOURGUEIL,

- *Directeur de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES).*
- *Coordinateur scientifique de l'équipe Partenariat de recherche sur l'organisation pluridisciplinaire des soins de premier recours (Prosper).*
- *Membre du Conseil d'orientation de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS) (depuis 2012).*
- *Membre du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) (depuis 2010).*

"L'organisation des soins primaires autour de l'exercice collectif pluri-professionnel : quelle performance pour qui ?"

Les systèmes de soins primaires dont celui de la France qui ne sont pas structurés autour de centres de santé, comme celui de la Catalogne ou de la Finlande, sont caractérisés par un processus de regroupement des professionnels de santé, notamment des médecins. Ainsi en France, parangon du système organisé autour de la figure du médecin indépendant et exerçant en solo, les médecins généralistes exercent désormais majoritairement en groupe, principalement mono-disciplinaires et de petites tailles (2 à 3 MG).

De fait, il semble que sans le cadre de l'exercice libéral traditionnel, les médecins généralistes et notamment les jeunes trouvent dans l'exercice regroupé le moyen de mieux articuler leurs exigences de qualité de vie et d'exercice que dans l'exercice traditionnel du médecin isolé. Les collectivités locales (communes, communautés de communes, conseils régionaux...) mais également l'état voient dès lors dans le soutien (principalement financier) à l'exercice collectif un moyen d'action pour maintenir, avec des succès inégaux, une offre de soins primaires sur les territoires où les départs de médecins ne sont pas remplacés.

Les acteurs publics locaux se mettent dès lors à investir dans la rénovation ou la construction de locaux qu'ils mettent à disposition des professionnels en échange de versement de loyers souvent modérés. Les élus locaux interviennent aujourd'hui de plus en plus dans la structuration des soins primaires le plus souvent sous la pression de leurs mandants. Si certaines villes ont toujours investi de façon volontariste dans le système de soins primaires, le phénomène se généralise en lien avec le processus progressif de territorialisation de la santé qui est en cours depuis plusieurs dizaines d'années.

Dans le même temps, nous assistons au développement de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé distincts du paiement à l'acte (forfait ALD, forfaits permanence des soins, paiements par objectifs avec les ROSP, expérimentation des nouveaux modes de rémunération en maisons, pôles et centres de santé) qui ont pour points communs de valoriser des activités, mal prises en compte dans la tarification (temps de coordination entre professionnels dans le cas des équipes, gestion des dossiers complexes, coordination des soins du patient, activités de prévention qu'elles soient primaires, secondaires ou tertiaires). Ces paiements sont généralement accordés en fonction du nombre de patients inscrits auprès du ou des médecins introduisant une dimension populationnelle dans le rôle du médecin. S'ils restent modérés (environ 10% de la rémunération des médecins), ils paraissent néanmoins amenés à s'étendre et se renforcer et témoignent d'une volonté d'inscrire progressivement des activités non directement curatives dans l'exercice médical tout en visant une rationalisation du système de soins.

Maintenir une offre de soins sur le territoire, rémunérer en fonction de l'atteinte d'objectifs de prévention ou de qualité de suivi, financer la coordination des soins en espérant/négociant un usage plus pertinent de l'hôpital, instaurer le tiers payant sont autant d'objectifs affichés par les différents acteurs et en miroir sont autant de critères de jugement qui s'élaborent (ROSP, diminution des restes à charges, maintien au domicile, admission directe à l'hôpital sans passer par les urgences, diminution de la poly-prescription, séances d'éducation thérapeutiques...) et qui forment progressivement un cadre que l'on peut qualifier de définition et d'évaluation de la performance en soins primaires.

Cependant, du point de vue du patient/ citoyen ces enjeux ne sont pas toujours visibles ni explicités ni même nécessairement perçus comme des progrès. Par exemple, si l'exercice regroupé permet du point de vue des professionnels d'optimiser le fonctionnement du cabinet tout en aménageant le temps de travail, il peut se traduire pour le patient par une perte de la continuité relationnelle, le professionnel de santé habituel n'étant pas toujours disponible. De même, l'intérêt de l'ouverture de l'amplitude horaire, hebdomadaire, annuelle de la structure de soins (centre de santé, maisons de santé ou cabinet de groupe) n'est pas toujours perceptible surtout s'il n'est pas associé à une présentation globale du

fonctionnement du système de soins local (articulation et complémentarité avec les différents dispositifs de permanence des soins) qui soit partagé par tous et qui puisse être communiquée aux usagers. Quid également de l'évolution des rôles professionnels (pharmaciens, infirmières...) ou des effets du maintien à domicile sur les aidants ?

La structuration des soins primaires qui s'opère dans un contexte de fortes contraintes budgétaires et économiques paraît nécessaire et souhaitable eu égard aux enjeux démographiques, épidémiologiques, techniques et budgétaires qui sont devant nous. Elle doit cependant faire débat.

Nous proposons dans la présentation de recenser et rassembler les processus multiples de redéfinition des soins primaires que nous avons évoqués ci-dessus qui concourent à l'adaptation du système et de les interroger du point de vue du patient/usager et des arbitrages sous-jacents qu'ils supposent. Autrement dit, que sait-on aujourd'hui des attentes des usagers / patients vis-à-vis des soins primaires et des réorganisations en cours ? Quel arbitrage acceptable et à négocier entre accès et continuité ?

Quelles demandes/besoins vis-à-vis de la coordination ? Quels besoins d'information et de formation sur le fonctionnement du système de soins ? Nous nous interrogerons également sur les conditions d'émergence de ces attentes notamment dans le cadre de l'espace urbain ainsi que sur les leviers mobilisables à l'échelon des villes pour participer à ces réorganisations.

Point de vue des citoyens :

Mme Michèle CORBIN

Adjointe au Maire déléguée à l'Action Sociale, Santé et Handicap, SCHS de la Ville de BOURGOIN JALLIEU.

Mme Martine DESPORTES

Présidente du Conseil de Quartier "Libération Barbusse" de la Ville de BOURGOIN JALLIEU.

M. Jean-Michel IGNACE

Président du Comité des Usagers des Centres de Santé de Grenoble.

"Le Comité des Usagers des Centres de Santé de Grenoble : l'interface entre les habitants, les usagers et les centres de santé et tous les autres acteurs de la santé"

Historique

Les centres de santé de Grenoble ont été créés en 1973 à l'initiative des élus de la Ville de Grenoble et du secteur Mutualiste, rejoints ensuite par les élus du Conseil Général de l'Isère.

Les usagers, représentés alors par une association, la Confédération Syndicale des Familles, ont été présents et actifs dès la première heure. Ce qui était aussi la volonté des élus.

Les centres de santé de Grenoble ont le statut d'une association loi 1901 à but non lucratif : c'est l'Association de Gestion des Centres de Santé (A.G.E.C.S.A.) qui a vu le jour en 1991. Elle est actuellement présidée par le Dr Pierre Micheletti qui a pris la succession de M. Jean Debeaupuis, alors Directeur du CHU de Grenoble, et aujourd'hui Directeur Général de la DGOS.

Six centres de santé furent à l'origine créés à Grenoble dans les quartiers fragiles : Arlequin, Géants, Mistral, Teissère, Abbaye et Vieux Temple. La plupart sont actuellement classés en Zones de Sécurité Prioritaires (ZSP).

Le modèle que les centres de santé de Grenoble ont su construire au fin des ans leur permet de fêter aujourd'hui leurs 40 ans d'existence et sont souvent cités en référence en France et à l'étranger.

Création du CUCSG

Des difficultés financières sont apparues, qui menacèrent l'existence même des centres de santé, et conduisirent à la fermeture du centre de Teissère en 2002.

Mais les usagers commencèrent à se mobiliser. Des pétitions, des manifestations, des délégations auprès des élus et des décideurs eurent alors lieu.

Cette mobilisation a contribué à sauver les cinq centres de santé qui existent encore aujourd'hui et dispensent des soins médicaux et paramédicaux, mais aussi proposent l'accompagnement et la prévention, pour environ 17 000 patients par an.

Après ces manifestations informelles et spontanées, le Comité des Usagers, composé de bénévoles, se structura et déposa ses statuts en 2003, avec les **objectifs** suivants :

- **Défendre** l'existence et le développement des centres de santé. A chaque fois que les centres de santé ont été en difficulté, ils ont pu compter sur la mobilisation des usagers pour défendre leur existence dans les quartiers fragiles.
- **Représenter** tous les usagers des centres de santé devant l'AGECSA et auprès des instances en liaison avec les centres (Ville, Conseil général de l'Isère, CPAM, et autres instances).
- **Inform** les adhérents, les usagers et si possible les habitants des quartiers concernés, de la vie, des actions et des évolutions des centres de santé.
- **S'informer, débattre et prendre position** sur toutes les questions relatives à la gestion des centres de santé et aux conditions d'exercice de la médecine dans ces centres. A ce titre, le Comité des Usagers participe activement avec deux voix délibératives au CA de l'AGECSA et un membre au Bureau de l'AGECSA.
- **Préserver** les missions des centres de santé et les développer.
- **Promouvoir et développer** les actions de prévention et d'éducation sanitaire dans les quartiers où les centres de santé sont implantés et être associé au suivi de ces actions.

- Le Comité des Usagers a participé à l'élaboration **des enjeux et des perspectives** vers lesquels tendent l'AGECSA et les centres de santé de Grenoble :
 - **Sécuriser** l'existant pour garantir l'offre de soins ;
 - **Valoriser** les actions (soins, prévention, éducation) et le modèle des centres de santé de Grenoble et contribuer à la santé publique (études, épidémiologie,...) ;
 - **Diversifier** les ressources pour les augmenter et limiter les risques financiers ;
 - **Croître** pour chaque centre et en créant de nouveaux dans l'agglomération grenobloise, voire au-delà. Renforcer l'offre de soins existante et l'élargir (dentaire, ophtalmologie, gynécologie, etc.).

Activités du Comité des Usagers :

Parmi ses diverses activités, le Comité des Usagers s'est engagé dans :

- **l'élaboration d'un bulletin d'informations** présentant l'actualité de la santé, la vie du Comité des Usagers et des centres de santé, et diffusant des messages de prévention (vaccination, protection contre le soleil, bonne alimentation, etc.) et les actions correspondantes. Ce journal fait l'objet d'une diffusion très large : élus, habitants, usagers, professionnels de santé, maisons de retraite, pharmaciens, commerces, autres associations, etc.
- **la participation à des réunions de prévention et à des actions de prévention** (BPCO, obésité, diabète, activité physique adaptée, etc.).
- **l'information dans les salles d'attente** des centres de santé et par affichage.
- **la participation à des études en lien avec les centres de santé et les usagers** (par exemple, l'étude ERIS).
- **la participation au Comité d'Ethique des Systèmes d'Information Médicale** (Dossier Médical Informatisé : DMI) des centres de santé de Grenoble (par exemple, sur le consentement éclairé des patients).
- **La participation à la journée des professionnels des centres de santé.**

Difficultés, défi et stratégie pour le Comité des Usagers :

- **Difficultés d'ordre technique :**
 - En salle d'attente, les patients sont peu ou pas disponibles pour les informations du Comité des Usagers.
 - Il n'est pas possible d'accéder au fichier des patients pour cause de secret médical ; on ne peut donc les contacter directement.
- **Difficulté structurelle :**
 - Comme beaucoup d'associations, le Comité des Usagers est confronté au problème des adhésions de nouveaux membres. De plus, la prise de responsabilité au sein du CA n'est pas toujours évidente pour eux.
 - Et ce d'autant plus que le CA actuel est composé de personnes certes militantes et très expérimentées mais d'un âge certain, qui ne sont plus toujours en phase avec les nouvelles générations des quartiers, lesquelles sont difficiles à contacter et à motiver.
- **Défi et stratégie:**

Le Comité des Usagers s'attache à relever ce défi crucial pour l'avenir en réfléchissant avec d'autres acteurs et en s'ouvrant vers les quartiers et vers d'autres associations.

Conclusion :

Le Comité des Usagers est maintenant bien implanté auprès des usagers et dans les centres de santé.

Il mène à la fois une action revendicatrice de défense des intérêts des usagers et une action constructive de participation à la vie, aux actions et à la gestion des centres de santé ; il adhère aux valeurs qui en sont le moteur.

Le Comité des Usagers a pu obtenir par ses actions et sa constance d'être aujourd'hui reconnu comme partenaire à part entière par les membres du CA de l'AGECSA, les décideurs et les élus (Ville, Conseil Général, etc.), mais aussi par les professionnels des centres de santé.

L'existence du Comité des Usagers participe d'une volonté de créer un dialogue permanent entre les professionnels et les populations des quartiers concernés.

Le Comité des Usagers fait remonter les besoins et demandes des usagers et participe à la mise en œuvre de réponses adaptées.

Le Comité des Usagers a l'ambition de développer une prise de conscience pour les usagers sur tout ce que leur apportent les centres de santé. L'objectif est qu'ils s'impliquent davantage et "s'approprient" les centres de santé en passant du statut de consommateurs de soins et de services au statut de partenaires actifs et d'acteurs de leur propre santé.

Pour cela, le Comité des Usagers se veut un espace de réflexion et d'échange au service des usagers et plus globalement des quartiers fragiles concernés.

C/ Table ronde : La place des villes dans la gouvernance et l'organisation locale des soins de santé primaires

L'élaboration des politiques de santé locales s'inscrivent dans le cadre d'une gouvernance pluridimensionnelle au sein de laquelle les villes ont une certaine place. Comment les villes sont-elles aujourd'hui associées et impliquées effectivement dans la définition des priorités de santé concernant les soins de santé primaires pour leur territoire? Quel degré d'adéquation et d'articulation entre les orientations territoriales de santé définies au niveau régional et celles déterminées au niveau local par les villes? Quel est l'équilibre des décisions entre l'Etat et les villes ainsi que les marges de manœuvre locales possibles dans un cadre formalisé ?

M. le Dr Marc SCHOENE,

- Médecin généraliste.
- Président de l'Institut Renaudot.
- Intervenant en alcoologie.
- Ex Directeur de la Santé et du Service Communal d'Hygiène et de Santé de la ville de Saint Denis.
- Membre de la Commission Médicale d'Etablissement du Centre hospitalier de Saint Denis.
- Correspondant de la branche française du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire.
- Membre de la Conférence Régionale de Santé Ile de France (Collège personnalités qualifiées).

"Réussir les Soins de Santé Primaires sur un territoire avec tous les acteurs concernés"

Extraits et synthèse de différentes définitions proposés par Marc Schoene à l'occasion de la journée du réseau des Villes-Santé du 21 octobre 2013, consacrée aux soins de santé primaires.

(Les documents utilisés : Alma-Ata ; 1978/Rapport OMS 2003 sur la santé dans le Monde ; « Façonner l'avenir »/Rapport « European Primary care » (2004)/ Rapport 1999-2000 du Conseil scientifique de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés).

1. Equité/réduction des inégalités/ droit à la santé pour tous (*)

- S'appuient sur les principes d'équité, d'accès universel, de participation communautaire et d'approches intersectorielles exposés à Alma-Ata;
- Créent des conditions favorables à une prestation efficace des services aux groupes de déshérités et d'exclus;
- Offrent une grande accessibilité, en termes de types de pathologies, de populations, d'horaires, et financière.

2. Approche globale des soins de santé: soins, prévention

- Assurent des services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet,
- organisent des soins intégrés et homogènes qui associent la prévention, les soins aigus et les soins chroniques à tous les niveaux du système de santé,
- offrent des soins curatifs, préventifs, de promotion de la santé, palliatifs et urgents,
- assurent la permanence des soins, avec une capacité à gérer les urgences,
- comprennent le diagnostic des pathologies, la mise en œuvre de traitements appropriés de première instance, le suivi des pathologies chroniques, en complémentarité avec les spécialistes, notamment hospitaliers, ainsi que la préservation de la santé par toutes mesures de prévention nécessaires.

3. Parcours de soins/de santé ; filière ; réseau, plate-forme...

- en coordination avec la deuxième ligne,
- un rôle de coordination et de guidance des patients dans un système de soins de plus en plus complexe.

4. Intersectorialité/transversalité/déterminants de la santé

- Font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire.

5. Participation/empowerment/démarche communautaire

- exigent et favorisent au maximum l'auto-responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires ;
- encouragent la participation du patient (en termes d'autonomisation, « self care »).

6. Quels acteurs ?

- médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires;
- un service multidisciplinaire avec médecine générale, soins infirmiers, service de soutien, santé mentale non spécialisée, aide sociale, kinésithérapie, pharmacie;
- des professionnels de santé de proximité, inscrivant leurs actions dans la durée et la permanence;
- Les soins primaires devraient en outre inclure toutes les fonctions relevant de la santé publique et de la prévention organisée, comme la surveillance sanitaire au niveau des communautés, une partie des activités de médecine scolaire et de la médecine du travail, et comme les tâches d'éducation sanitaire et de conseils individualisés (...).

(*) : Les titres, empruntant à l'actualité, sont de l'auteur de ce travail

Introduction de présentation

- L'Institut Renaudot et Ville-Santé
- L'Institut Renaudot et les soins de santé primaires (Evry, conseil scientifique de la CNAMTS) ; alors les SSP étaient incompris, voire rejetés ! ITR et SSP un chemin semé d'embûches...et pas un long fleuve tranquille !
- ITR, SSP, centres de santé ET Maisons de santé
- L'Institut Renaudot et la santé locale ; pourquoi, comment ?

De quelques conditions (nécessaires sinon suffisantes) pour réussir la mise en œuvre des soins de santé primaires sur une ville :

1- Etre clair(s) sur la définition, le contenu, le sens des termes employés, leur partage :

- Soins de santé primaires
- Premier recours
- Centre de Santé ; Maison de Santé
 - Gouvernance (quelle relations avec les termes d'animation, d'organisation, de coordination ?)

2- Préciser ce qu'on entend par « Place (réglementaire, facultative, souhaitée, effective ?) des villes dans la gouvernance des soins de santé primaires » (par rapport, à côté de l'ARS, l'URPS, la CNAMTS...) ?

3- Préciser ce que l'on entend par place (réglementaire, facultative, souhaitée, effective des villes) dans l'organisation locale des soins primaires (par rapport, à côté de l'ARS, l'URPS, la CNAMTS...) ?

4- Co-construire ; des places, des intérêts, des implications, des moyens très différents permettent-ils l'élaboration d'un projet commun, voire partagé respectant les spécificités, les compétences, les moyens de chacun ?

- La municipalité : un programme municipal ; une compétence facultative en santé ; une implication très hétérogène en santé ; des situations, des besoins de santé sur la ville qui impactent les politiques municipales (addictions, santé mentale, accessibilité, offre de soins, logement insalubre, etc.) la Municipalité ; une préoccupation budgétaire croissante compte tenu des charges et recettes actuelles ; quel plus le CDS pour la ville...
- L'ARS : projet territorial ; maîtrise des dépenses de santé ; démographie médicale ; règles à obtenir des services de santé, dont projet pour Maison et Centre de Santé...
- Les professionnels de santé du territoire : crainte de concurrence, parfois collaboration avec Centres de Santé...
- Le personnel médical du centre ; des implications, des choix professionnels divers...
- La SS : conventions ; maîtrise des dépenses ; paiements aux établissements...
- Les Habitants-usagers-citoyens : quelle écoute ? quelle place ? quelles attentes ?

5- Une valeur ajoutée, quelle valeur ajoutée, pour chaque acteur concerné, à une organisation locale des soins de santé primaires ?

M. Frédéric BASTIAN,

Adjoint au Maire Solidarité et Cohésion sociale de la ville de CHERBOURG-OCTEVILLE.

"Présentation de la politique de promotion de la santé et plus précisément la démarche de la ville pour améliorer l'accès aux soins"

Description succincte de l'action ou de la démarche :

A travers Le Livre Blanc « solidaires » la ville de Cherbourg-Octeville affiche la promotion de la santé au cœur du mandat municipal.

En ce qui concerne la promotion de la santé, nous avons posé trois grandes orientations :

- Agir en faveur de la santé pour tous et de la réduction des inégalités.
- Promouvoir la forme au quotidien.
- Accompagner le développement et la coordination de l'accès aux soins sur le territoire.

Pour ce dernier, il s'agit de développer des actions autour de la mise en œuvre de pôles de santé libéraux sur le territoire de la ville, de participer au développement de la permanence d'accès aux soins pour les plus démunis de l'hôpital, d'améliorer la prise en charge des personnes vulnérables en sortie ou entrée d'hôpital et d'améliorer l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé.

Publics cibles :

Les publics concernés sont les professions médicales ou paramédicales, les habitants de Cherbourg-Octeville et les organismes œuvrant dans l'accès aux soins.

Territoire(s) concerné(s) :

Le territoire de la ville de Cherbourg-Octeville.

Partenaires et acteurs concernés :

Le Centre Hospitalier Public du Cotentin, la Polyclinique du Cotentin, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, le CLIC de l'agglomération de Cherbourg, le conseil de l'ordre des Médecins, le conseil de l'ordre des infirmiers libéraux, etc.

Bilan et perspectives :

Pour l'année 2012 et jusqu'au 1^{er} semestre 2013, la collectivité a :

- Contribué par la mise à disposition de moyens et la coordination des acteurs à la délocalisation de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de l'hôpital en Centre-ville.
- Accompagné des professionnels de santé dans la création d'un pôle de santé libéral ambulatoire sur le territoire de la ville : à définir leur projet de santé et rechercher avec des promoteurs des solutions immobilières cohérentes.
- Souhaité promouvoir, lors d'un temps festif, les atouts du Cotentin aux étudiants en médecine, pour valoriser les différents atouts du territoire et ainsi « d'attirer » les professionnels de santé. Ce temps est organisé avec un partenariat élargi : Centre Hospitalier Public, Clinique, Collectivité Territoriale du Nord-Cotentin, ARS, URPS, etc.
- La mise en œuvre d'une réflexion sur la prise en charge des personnes vulnérables notamment en entrée et sortie d'hospitalisation.

Ces différentes actions continueront d'être menées, développées dans les mois, années à venir.

M. Robert CADALBERT,

Président de la Communauté d'Agglomération de SAINT QUENTIN EN YVELINES.

D/ Regards croisés des professionnels sur les soins de santé primaires

M. le Dr Dominique LAGABRIELLE,

- Syndicat MG France, Chargé de mission « Inégalités Sociales de Santé » au Comité Directeur.
- Coordonnateur du Pôle de Santé Interprofessionnel de Saint Martin d'Hères.

"Stratégie nationale de santé : vers plus de confiance et de responsabilité pour les Soins Primaires au sein du système de santé français. Les Villes et les professionnels : vers une interpellation politique commune ?"

Pour présenter MGFrance on peut retenir que le syndicat affiche de longue date, à travers son engagement pour l'évolution de l'organisation de la distribution des soins, une vraie préoccupation pour la santé de la population. Le dernier colloque le 6 juin dernier sur le thème de la réduction des inégalités sociales de santé (ISS) a pu témoigner publiquement de cet engagement du syndicat bien au-delà des seuls intérêts corporatistes des professionnels.

La lettre ouverte de Patrice Voir adressée au nom des villes Santé OMS à la suite du rapport du comité des sages présidé par Alain Cordier mis en place en février dernier nous a paru pertinente : Il est nécessaire de conduire des politiques locales transversales touchant aux déterminants sociaux de la santé. Pourtant en mettant en avant cette insuffisance du rapport Cordier, cette interpellation risque de masquer l'importance de l'avancée proposée par ce conseil à la fois sur le plan structurel et mais aussi dans la confiance qui peut être faite aux acteurs locaux pour réorganiser le système de santé français.

Ce que propose le rapport Cordier est une avancée d'une portée considérable : l'équivalent pour les soins primaires de ce que l'ordonnance de Robert Debré du 30 décembre 1958 a été pour la modernisation de l'Hôpital avec la création des CHU. Le paysage a changé. Les pathologies chroniques explosent, les ISS se creusent, les déficits s'accumulent de manière structurelle et par négligence vis-à-vis de ces déterminants sociaux dont une part est accessible au système de santé.

Comment 2013 peut-elle devenir l'année des soins primaires comme 1958 a été celle de l'hôpital universitaire ? Justement en recevant favorablement ce fameux rapport Cordier et en donnant aux soins primaires rénovés les moyens de sa mission.

J'insisterais donc sur deux points issus du rapport Cordier :

Premier point : la gouvernance bicéphale du système de santé français entre le ministère de la Santé et l'Assurance Maladie paraît contreproductive.

Deuxième point : Qui fait les soins primaires ? Le médecin traitant souhaite simplement que son rôle soit reconnu par des moyens attribués à la hauteur de son travail de coordination. Il faut donc penser l'équité des soins et faire plus pour les ouvriers et employés. Cette approche de la population mobilise des compétences psychosociales particulières des professionnels, un accès facilité à la prévention et au dépistage, l'empowerment, l'organisation du travail et des collaborations sont nécessaires pour les polypathologies chroniques.

Dans chaque ville, les représentants des soins primaires (en équipe) et le directeur Hygiène santé doivent se rencontrer, faire connaissance et travailler ensemble. Les responsables politiques auront tout à y gagner pour la mise en place d'une vraie démocratie sanitaire.

M. le Dr Eric MAY,

- *Médecin généraliste au CMS Maurice Tenine.*
- *Président de l'Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé.*
- *Responsable du Congrès National des Centres de Santé.*

"Le centre de santé, un outil au service des politiques de santé des collectivités"

Crise de la démographie médicale, crise économique et sociale, se traduisent par une aggravation inégalités sociales et territoriales de santé en France. En première ligne, les élus des collectivités sont confrontés aujourd'hui à la désertification médicale et aux conséquences sanitaires du renoncement aux soins, chaque année, plus important. Interpellés par leurs administrés, il leur faut apporter des réponses efficaces, de service public et de proximité aux besoins de santé des populations.

Les centres de santé sont à ce titre des structures de soins ambulatoires et de santé publique qui répondent avec pertinence à l'ensemble des problématiques posées aujourd'hui.

Ils sont définis réglementairement dans le Code de Santé Publique et régis par un dispositif conventionnel l'Accord National. Ils respectent les tarifs opposables et pratiquent le tiers payant, souvent intégral, répondant ainsi à leur mission première, l'accessibilité sociale aux soins.

Par ailleurs, leur mode d'organisation, fondé sur la pratique innovante en équipe et coordonnée, le salariat des professionnels de santé, en font des structures adaptées aux enjeux que représente la transition épidémiologique, qui garantissent des soins de qualité pour tous et qui sont attractives pour les jeunes professionnels de santé. Les centres de santé nouvellement créés ont permis ainsi de réimplanter dans de nombreux territoires ces deux dernières années, des acteurs de soins primaires dans des zones médicalement désertifiées.

Gérés directement par des collectivités ou partenaires de celles-ci via des conventions, dans le cadre d'un Contrat Local de Santé ou non, les centres de santé sont des outils uniques dans le cadre de l'offre de santé ambulatoire dont peuvent se saisir les collectivités pour mettre en œuvre leur politique sanitaire et sociale. Service public territorial par essence, leur place dans l'offre de santé a été saluée par la Ministre de la Santé le 3 octobre dernier lors de l'ouverture à Paris du congrès national des centres de santé.

E/ Restitution de l'étude sur les soins de santé primaires auprès des villes

Mme le Dr Faouzia PERRIN,

Médecin Directeur de la Direction de la Santé Publique et Environnementale à la Ville de Grenoble (DSPE).

Mme Sonia VIERNE,

Chargée de mission Santé Publique, Direction de la Santé Publique et Environnementale à la Ville de Grenoble (DSPE).

Le Réseau Français des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé dont la Ville de Grenoble assure la Présidence, a conduit en avril 2013 une étude sur les soins de santé primaires auprès des 83 Villes-Santé à partir d'un questionnaire. Ce sont 35 villes et intercommunalités qui ont répondu à cette enquête (soit un taux de réponse de 42%). Les principaux objectifs de cette enquête étaient : 1/ mieux appréhender le rôle des villes dans la gouvernance du système de santé et leur réelle place dans la politique territoriale de santé en terme de soins de santé primaires ; 2/ connaître les démarches engagées et les expériences des villes pour disposer d'un panier de services de santé de proximité (promotion, prévention, dépistage, soin, etc.) pour les habitants, en prenant en compte les différents leviers possibles et les contraintes existantes.

Globalement, les Villes-Santé sont assez peu représentées au sein des différentes instances de gouvernance et de pilotage des Agences Régionales de Santé (conseil de surveillance et commissions de coordination). Près d'un quart d'entre elles sont concernées. Elles le sont davantage dans les instances de démocratie sanitaire et de consultation (Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie et Conférences de territoires).

Près des trois quarts des Villes-Santé ont mentionné avoir abordé la problématique des soins de santé primaires pour leur propre territoire dans le cadre d'instances officielles. La prise en compte de cette thématique s'est généralement effectuée de manière large : 1/ dans le cadre de divers projets et dispositifs (maison de santé pluri professionnelle, pôle de santé, permanence des soins, plateforme santé, dispensaire, dépistage,...) ; 2/ concernant différentes thématiques (santé mentale, conduites addictives chez les jeunes, précarité, accès, recours et renoncement aux soins, démographie médicale, sortie d'hospitalisation, couverture santé, maladies cardiovasculaires, vaccinations, psychiatrie, dépistage Sida, cancers...). Plus des deux tiers des Villes-Santé considèrent que les avis ou propositions qu'elles ont formulés ont été assez souvent pris en compte dans le cadre des instances officielles auxquelles elles participent.

Pour les deux tiers d'entre elles qui ont effectué des propositions, cela a fait l'objet d'une déclinaison d'orientations concrètes en matière d'organisation et de coordination des soins de santé primaires pour leur territoire.

Plusieurs cadres formalisés concernant l'inscription et/ou la formalisation de leurs orientations ont été mentionnés par les Villes-Santé : fréquemment le Contrat Local de Santé ; assez souvent le plan municipal de santé et le schéma régional d'organisation des soins et moins souvent le programme territorial de santé et l'appel à projets.

Les collectivités locales ont également fait part librement de leur point de vue quant à leur implication dans les différentes instances officielles. Les plus values et intérêts principaux qu'elles perçoivent sont pluriels : une meilleure identification, connaissance et mobilisation des acteurs ; le développement et la consolidation des réseaux d'acteurs ; l'approche globale de la santé selon une logique de territoire et une articulation possible des différents champs d'intervention (soins, promotion, prévention, etc.) au niveau local ; la mise en cohérence des financements.

Les contraintes et limites inhérents à leur participation à ces instances officielles sont : la perception d'une relative démocratie participative ; l'absence de compétence directe pour les collectivités locales en matière d'offre de soins posant la problématique de la légitimité ; la difficulté budgétaire en lien avec le niveau des financements octroyés ; l'approche territoriale quelquefois trop vaste en terme de stratégie ; la multiplicité des partenaires et opérateurs avec des objectifs non convergents parfois sur le territoire.

Les collectivités locales ont donné leur opinion quant aux différentes composantes de l'offre de soins de santé primaires au regard de leur territoire d'action.

Les principaux points forts de l'offre de soins de santé primaires perçus sont : la satisfaction de l'offre quantitative et qualitative ; le dynamisme et la diversité des partenaires "santé" ; la mobilisation des professionnels de santé ; l'accès facilité aux soins généralistes et spécialistes en proximité.

Les principaux points faibles relatifs à cette offre locale concernent : la non pérennité des financements ; la difficulté de tisser un lien avec certains professionnels de santé (dont les médecins généralistes) et de créer un réel partenariat ; la fragilité et l'insuffisance de l'offre ; le problème de maillage du territoire ; le manque d'opérateurs "santé" ; le problème de viabilité de certains dispositifs de santé (à l'instar des centres de santé) ; l'accès aux soins difficile pour certaines populations (notamment celles résidant dans les quartiers CUCS) ; le non recours, voire le renoncement aux soins de certains publics précaires (notamment les jeunes) ; la difficile coordination des soins parfois inhérente au nombre important de professionnels traduisant un travail en réseau complexe.

Ce sont quatre Villes-Santé sur cinq qui ont inscrit la thématique des soins de santé primaires dans leur politique locale de santé. Les objectifs ciblés sont intégrés le plus fréquemment dans le cadre du Contrat Local de Santé et de l'Atelier Santé Ville. Moins souvent, ils sont mentionnés dans le Plan Local de Santé et inscrits dans les préconisations formulées dans le cadre du diagnostic de santé local. Ils concernent essentiellement l'accès aux soins et aux droits à la santé d'une part et les dispositifs de santé de proximité (pôle de santé, maison de santé pluri professionnelle, centre de santé, équipe mobile, plateforme santé,...) d'autre part.

Dans le cadre des actions et dispositifs mis en œuvre concernant les soins de santé primaires, les Villes-Santé ont fait part des apports/plus values qu'elles perçoivent : l'amélioration des parcours santé et de la qualité de la prise en charge ; le développement du phénomène de l'acculturation entre les acteurs et professionnels ; la volonté partenariale renforcée (avec une forme de convergence et de mise en synergie des moyens). Les difficultés majeures repérées sont : la non pérennité des financements et la faiblesse des moyens ; la mise en concurrence d'opérateurs "santé" ; la complexité du montage et de l'accompagnement à la mise en place de certains dispositifs de regroupements de professionnels de santé.

Plus de la moitié des Villes-Santé ont indiqué avoir actuellement des projets en cours de maturation en matière de soins de santé primaires. Ces projets là concernent surtout : la réalisation de diagnostics de santé, la conduite d'études de faisabilité (Maison de Santé Pluri-professionnelle, consultations non programmées,...), la création de dispositifs de santé (MSP, pôle de santé, dispensaire de proximité, maison de santé urbaine, centre de santé...).

Dans le cadre de cette enquête, les Villes-Santé se sont aussi exprimées sur les dispositifs et/ou les actions qu'elles jugent les plus adaptés pour répondre aux besoins globaux de santé de proximité de la population. Les principales propositions formulées sont :

- La coordination de l'ensemble des acteurs (collectivités locales, institutions, associations, etc.) sur la base de réseaux, permettant une meilleure visibilité de leurs champs d'intervention respectifs et une meilleure coordination ;
- L'appui aux professionnels de santé (soutien à l'installation dans le cadre du premier recours,...) et renforcement des liens avec les établissements de santé ;
- Le travail sur la problématique de la démographie médicale, l'attractivité des professionnels de santé et la mise en place de dispositifs de soins de santé primaires adaptés (centre de santé, pôle ressource santé, maison de santé pluri professionnelle, réseau de santé multithématique,...) ;
- La conduite d'une approche globale et transversale de la santé dans une visée prospective ;
- La mise en place de dispositifs d'accès aux droits à la santé et aux soins opérants : tiers payant, meilleure prise en charge des soins de spécialistes, etc.
- L'amélioration de l'organisation des parcours de soins intégrés.

Rapport complet disponible sur le site internet du RFVS de l'OMS :

www.villes-sante.com

F/ Table ronde : L'accès aux soins de santé primaires

L'accès à la santé en milieu urbain constitue une problématique transversale (promotion, prévention, soin, ...). Par ailleurs, il est intrinsèquement lié à des problèmes démographie médicale, de disponibilité et de qualité des services rendus à la population d'une part et à la problématique du non recours pour une partie de la population (en lien avec des questions d'ordre social, financier, géographique, etc.). Quels sont les constats en milieu urbain et les initiatives locales prises par les villes en termes de démarche de réflexion, voire d'action concrète pour faciliter le parcours "santé" ?

Mme Nadine AURILLON,

Coordinatrice Santé de la Ville de NANTES.

"Résultats de l'étude sur les freins à l'accès aux droits et aux soins"

Mme Marielle RENGOT,

Conseillère municipale déléguée à la santé de la Ville de LILLE.

Mme Hélène PAUCHET,

Responsable du Service Santé de la Ville de LILLE.

"Améliorer l'accès et le recours aux soins des lillois par la mise en place des pôles ressources santé et expérimentation d'une médiatrice santé coordonnée à l'équipe d'action sociale »

Description succincte de l'action ou de la démarche :

La Ville de Lille se compose de 10 quartiers dont 6 en CUCS. Dans le cadre de son programme municipal, la délégation Santé a souhaité créer, au sein des 6 quartiers de la Ville inscrits dans le cadre du Contrat Urbain de Cohésion Sociale, des **pôles ressources** santé afin de travailler dans une dynamique de réseau (médicaux, médico-sociaux, associations...) des thématiques de santé prioritaires, notamment la question de l'accès et du recours aux soins des populations en situation de précarité. Le dispositif « Pôles Ressources Santé » est un projet qui se veut pragmatique et coopératif. Le principe est de favoriser les relations entre l'ensemble des acteurs d'un quartier sur les questions de santé, mêlant les professionnels de santé, les associations, les institutions et les habitants, pour permettre à chacun de mieux identifier le réseau et sa disposition sur son secteur, et de l'interpeller plus rapidement et plus précisément. Pour porter ce projet, 6 structures agissant dans les quartiers ont été identifiées. Un référent a été nommé et un coordonnateur en contrat atelier Santé Ville a été recruté pour une durée de 3 ans afin d'accompagner la mise en place de ce dispositif. Celui-ci est rattaché au service santé de la Ville de Lille.

Les objectifs de ce projet sont :

- Identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie.
- Adapter les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site.
- Rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun.
- Développer d'une part, la participation active de la population et d'autre part, la concertation avec les professionnels et les institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes. (Les professionnels de santé de 1er recours, les professionnels hospitaliers et certains acteurs associatifs ou les CSAPA, CAARUD...).
- Communiquer et valoriser les projets en santé/et ou campagnes d'information auprès de la population dans une démarche participative.
- Rencontrer individuellement l'ensemble des acteurs du quartier, afin de leur présenter la démarche Pôle Ressources Santé.
- Favoriser la connaissance, et l'identification des acteurs entre-eux (professionnels de santé, associations...).
- Améliorer le niveau de connaissance de chacun sur : ce qui se fait sur le quartier ; qui agit sur le quartier ; vers quels publics ; sur quelles thématiques.
- Mettre en valeur les actions de santé existantes sur le quartier.
- Permettre à des acteurs ou structures extérieures au quartier et susceptibles d'accompagner ou d'intervenir sur ce quartier (Ligue contre le cancer, Maison des Ados, EPICEA...) d'intégrer les rencontres Pôles Ressources Santé afin de susciter de nouveaux partenariats.
- Renforcer la mise en place ou le développement d'actions en lien avec les thématiques de santé prioritaires dégagées sur les différents quartiers.

Depuis 2012, une **médiatrice santé** renforce l'équipe d'action sociale composée de référents rSa et de travailleurs sociaux sur le quartier de Moulins. Les missions principales qui sont confiées à la médiatrice santé sont :

- d'être l'interface de proximité pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins,
- de lutter contre les inégalités sociales de santé en favorisant l'autonomie des personnes les plus fragilisées, les plus éloignées du système de santé vers le droit commun.

Deux champs d'action à privilégier donc :

1. L'accès aux droits et aux soins :

La médiatrice santé est une personne ressource qui écoute, informe, oriente et, dans certaines situations, accompagne physiquement les personnes vers : les services de protection sociale ; les professionnels de santé et du secteur sanitaire et social (*St Vincent, CP2A, Réseau Santé Solidarité, CHR, associations, ...*). La médiatrice santé aide l'utilisateur à se réapproprier sa santé (sans contrainte de contractualisation avec la personne, sans contrainte de temps). Elle lui permet de mettre en place un parcours de soin coordonné.

2. Le développement du partenariat :

Afin de mener à bien ses missions, il semble primordial d'avoir une bonne connaissance du territoire pour solliciter les partenaires, orienter et accompagner le public vers les professionnels adaptés et qualifiés afin de répondre aux besoins identifiés. Afin de conforter son partenariat, la médiatrice santé a participé aux différentes interventions santé (réseau santé solidarité), aux pôles ressources santé et aux commissions santé. Bien que rattachée au service d'Action sociale, la médiatrice santé est en contact régulier avec le service santé afin de l'orienter ou de débriefer les accompagnements.

Publics cibles :

Tous les lillois mais plus particulièrement ceux les plus éloignés de la prévention et des soins ne fréquentant pas forcément une structure telle qu'un centre social,

Territoire(s) concerné(s) :

Six quartiers CUCS de la Ville de Lille : Lille Sud, Fives, Moulins, Wazemmes, Faubourg de Béthune, Bois Blancs pour les pôles ressources santé. Le quartier de Moulins pour la médiatrice santé.

Partenaires et acteurs concernés :

Nous favorisons la participation des habitants. En ce qui concerne les professionnels, il s'agit de l'ARS, Acsé, services de la Ville de Lille (action sociale, politique de la Ville, habitat, personnes âgées, sports, conseil lillois de prévention de la délinquance, ...), réseau santé solidarité, centres de soins infirmiers, centres sociaux, maisons de quartiers, hôpitaux et cliniques, professionnels libéraux, associations, ESAT, CMP, CCAA, CAARUD, CHRS, ...

Bilan et perspectives :

Bilans succincts, **pour les PRS** :

D'une dynamique initialement prévue par quartier, le dispositif s'est développé en inter-quartiers par une collaboration entre les Pôles Ressources Santé qui ont capitalisé leurs observations et leurs expériences, et ont permis le développement de nouvelles formes de partenariats et de collaborations. Sur chacun des quartiers, le Pôle Ressources Santé a pour mission de développer 2 thématiques prioritaires qui ont été dégagées (avec toujours pour fil rouge l'accès et le recours aux soins et à la prévention). Ces sujets doivent être traités dans une dynamique partenariale et pluridisciplinaire.

Liste des 6 pôles ressources santé par quartier et thématiques abordées :

- Fives : centre social mosaïque : addictions ; alimentation
- Moulins : Maison de quartier Les Moulins : alimentation ; vie affective et sexuelle
- Lille Sud : centre de soins infirmiers : addictions ; accès aux soins
- Faubourg de Béthune : espace santé : cancer ; accès et recours aux soins
- Wazemmes : Maison de quartier de Wazemmes : santé mentale et alimentation
- Bois-Blancs : centre social Rosette de Mey : alimentation ; addictions

La question de l'accès et du recours aux soins est cependant transversale à l'ensemble des quartiers.

Pour dynamiser ce dispositif, des rencontres sont organisées tous les 2 mois environ. Ces rencontres sont délocalisées au sein de différentes structures de chaque quartier afin de favoriser la connaissance du réseau et de permettre à ces structures de s'approprier le projet. Pour promouvoir ce dispositif, les référents de chaque Pôle vont à la rencontre des acteurs du quartier pour d'une part présenter la démarche, mais également pour recueillir leurs besoins et attentes en matière de santé.

Cette démarche a mis en évidence le fait que :

- Une grande partie des acteurs n'a pas une connaissance suffisamment précise de ce qui se fait sur leur secteur, du type d'acteurs engagés, des structures existantes, des actions de santé menées. Cet aspect est notamment exprimé par les professionnels de santé qui par manque de temps, par manque de relation avec les réseaux existants, par manque d'outils n'ont pas une bonne visibilité de la dynamique santé du quartier. Dans ce sens, les rencontres Pôles Ressources Santé répondent à cette difficulté.
- Chacun travaille avec son propre réseau lié à sa thématique (santé mentale, cancer, alimentation...) et a peu d'occasion de le croiser avec d'autres. Les rencontres Pôles Ressources permettent ce croisement et la création de nouveaux partenariats en faisant se rencontrer par exemple les structures travaillant sur l'addictologie, la santé mentale et les centres de soins infirmiers qui suivent parfois les mêmes publics et ne coopèrent pas.
- La complexité pour les structures ayant une dimension départementale ou régionale (CPAM, Ligue contre le cancer, Etablissement Française du sang) de s'impliquer dans les quartiers. Les rencontres pluridisciplinaires proposées facilitent cette intégration en permettant à ces structures d'intégrer une équipe déjà constituée.

A ce jour, 25 rencontres ont été organisées rassemblant au total un peu moins de 500 participants comprenant globalement les associations œuvrant sur les thématiques précitées (ligue contre le cancer, ADCN, maison des ados, ABEJ, foyer ARELI...), les professionnels de santé (pharmaciens, médecins généralistes, infirmiers, sexologue psychologues, psychiatre, diététiciens, orthophonistes, podologues, kinésithérapeutes...), la Maison de Santé Dispersée de Moulins, la maison de santé de Lille Sud, les institutions (CPAM, Conseil Général, Agence Régionale de Santé, Direction Départementale de la Cohésion Sociale, Education Nationale), les habitants, les enseignants, les services d'aide à domicile (SPASSAD), les élus, la Politique de la Ville, les référents RSA, les structures d'accueil de publics en grande précarité (ABEJ, ESAT, SAVA...).

Suite à ces constats et ces échanges, des projets concrets adaptés aux spécificités de terrain ont vu le jour (il ne s'agit ici que de quelques exemples non exhaustifs) :

- Echanges entre des groupes de femme du Faubourg de Béthune et de Moulins sur la santé et particulièrement le dépistage du cancer du sein. Ces échanges ont abouti à l'organisation d'un forum bien être en partenariat avec la CPAM, la création d'une exposition, d'un film, ... Les femmes sont devenues « personnes relais » dans leur quartier,
- Mise en place dans différents quartiers de permanences gratuites via des associations de sophrologie et d'ostéopathie au sein des PRS,
- Sur Fives ; le centre de soins infirmiers a décidé qu'une IDE serait à plein temps sur la prévention et que les autres seraient formés à la prévention pour mettre en place des actions en direction des habitants les plus éloignés de la santé. Les IDE sont formés par ceux du centre de soins infirmiers de Lille Sud (PRS de Lille Sud) ayant une grande antériorité sur le volet prévention,
- Développement d'un groupe de travail de santé sexuelle sur le quartier de Moulins avec pour objectif d'apporter des solutions dans les autres quartiers,
- Développement de l'accès aux soins et à la prévention pour les personnes travaillant en ESAT (visite adaptée d'un mammographe, ...),
- Développement des permanences CPAM et CARSAT au sein des quartiers,
- Solutions adaptées lorsque des habitants sollicitent directement les PRS ou le service santé, ...

Pour la médiatrice santé :

La médiatrice santé suit actuellement 28 familles (au 03/07/2013) orientées par les référents rSa ou les travailleurs sociaux. Sur l'ensemble des personnes accompagnées, aujourd'hui, 4 situations ont été résolues (ophtalmologie, optique...). Néanmoins, pour l'ensemble des personnes, un accompagnement « santé » se poursuit car les problématiques de santé s'accumulent chez une seule et même personne et émergent au fur et à mesure des entretiens menés. Les difficultés rencontrées sont dues en général :

- renouvellement de droits non effectués,
- personnes en détresse,
- oubli de RDV médical et besoin d'un soutien dans les démarches,
- difficultés familiales
- besoin d'assurance
- refus de soins
- réticences et peur par rapport aux soins

Après un an sur le terrain, on remarque que la médiatrice santé est connue et reconnue par les professionnels. On constate également une réelle plus value dans l'accompagnement santé des personnes. En effet, les rendez-vous avec la médiatrice sont volontaires, il n'y a pas de contrat avec les personnes, pas de limite dans le temps et la médiatrice santé peut se déplacer avec eux dans leurs démarches ce qui lèvent beaucoup de peur chez les personnes.

G/ Table ronde : Les outils de l'offre de soins de santé primaires de proximité

L'organisation des soins de santé primaires s'appuie sur des dispositifs très divers dont les plus anciens sont les centres de santé, portés fréquemment par des villes. D'autres dispositifs plus récents tels que les maisons de santé pluri-professionnelles et les pôles de santé ont également vocation à assurer des soins de premier niveau de contact dans une acception élargie (promotion de la santé, prévention, soin,...). Dans quelles mesures ces dispositifs constituent-ils des leviers d'action opérants pour l'accès à des soins de base pour tous?

M. Antoine GINI,

Responsable du Pôle offre de soins de premier recours et des Professionnels de santé de l'ARS RA.

Mme Joëlle DRIVON,

Directrice Santé Publique de la Ville de SAINT ETIENNE.

"Création d'une maison de santé pluri-professionnelle urbaine : d'une volonté politique à une volonté partagée par les professionnels de santé"

Description succincte de l'action ou de la démarche :

- Une inscription au plan de mandat.
- L'élaboration d'un diagnostic local de santé partagé sur le territoire Ville – Etude d'opportunité de création de maison de santé pluridisciplinaire : classement des quartiers de la ville suivant indicateurs de fragilité socio-sanitaire.
- Conduite du projet : étude de faisabilité : mobilisation des professionnels de santé – études juridiques – financières – immobilières – acteurs ressources et documentation.
- Mise en œuvre : élaboration projet de santé – recherche immobilière – étude de programmation des travaux – suivi travaux – recherche de co-financement et dépôt de dossiers de financement.

Publics cibles :

- Professionnels de santé du quartier de Montreynaud et hors quartier.
- Habitants et acteurs sociaux du quartier.

Territoire(s) concerné(s) :

- Quartier de Montreynaud (nord est Ville de Saint-Etienne) – quartier en catégorie 1 du contrat urbain de cohésion sociale – 9000 habitants.

Partenaires et acteurs concernés :

- Acteurs institutionnels politique de la Ville (DDCS, délégué du préfet)
- Agence Régionale de Santé
- Faculté de médecine
- Facilitateur de la Fédération Française des pôles et maisons de santé
- Différents ordres professionnels de santé
- syndicats professionnels
- Conseil de quartier
- Coordination sociale du territoire
- Mission ANRU
- Acteurs de l'atelier santé ville
- ville de Saint-Etienne (direction santé publique) + sollicitation d'autres directions ressources (finances, bâtiment, urbanisme, juridique)
- Ensemble des professionnels de santé du quartier (médecins, infirmiers, kiné., pharmaciens)

Bilan et perspectives :

- Projet commencé en mai 2011 – ouverture maison de santé octobre 2013.
- Indispensable pour un tel projet : portage fort d'un ou deux professionnels de santé avec un juste équilibre entre une volonté politique et une adhésion des professionnels

- Volonté aujourd'hui des professionnels de la maison de santé -3 médecins généralistes et 5 infirmiers- de construire un pôle de santé à partir de la maison de santé avec les autres professionnels de santé du territoire (pharmaciens, autres infirmiers et médecins généralistes).
- Un projet de santé avec un volet prévention important qui nécessitera le renforcement de partenariats (réseaux santé, CHU, atelier santé ville...).

M. le Dr Alexandre FELTZ,

- *Conseiller municipal délégué à la santé de la ville de STRASBOURG*
- *Vice-président santé de la Communauté urbaine de STRASBOURG.*

« Des Maisons urbaines de santé à Strasbourg : vers une politique territoriale de santé »

Description succincte de l'action ou de la démarche :

La création de Maisons urbaines de santé est un engagement du mandat 2008 – 2014 du Maire de Strasbourg.

A travers un soutien apporté aux médecins libéraux souhaitant renforcer l'accès aux soins de proximité dans les quartiers classés en zone urbaine sensible, il s'agit de faciliter le regroupement de professionnels au sein de maisons de santé pluridisciplinaires, et ceci en articulation avec la politique municipale de santé développée dans ces quartiers (dynamique des ateliers santé ville).

Publics cibles :

Les populations des quartiers les plus menacés par la désertification médicale, du fait du non remplacement des médecins partant à la retraite.

Territoire(s) concerné(s) :

Les quartiers en priorité 1 et 2 de la politique de la ville. En premier, le quartier du Neuhof, puis ceux de la Cité de l'III, de HautePierre et du Port du Rhin.

Partenaires et acteurs concernés :

Le soutien par l'ARS à la création de MUS est inscrit dans le Contrat local de santé de la Ville de Strasbourg signé le 6 janvier 2012, de même que l'engagement de l'Etat à financer la coordination des ateliers santé ville dans les quartiers concernés.

Les professionnels libéraux volontaires s'organisent selon la réglementation en vigueur (SISA). Des diagnostics locaux de santé soutenus par l'ACSE et la DDCS nourrissent les projets professionnels.

Les acteurs de santé de chaque territoire prennent part à la dynamique des projets territoriaux de santé coordonnés au sein de l'Atelier Santé Ville.

Bilan et perspectives :

Si la création de la première MUS au Neuhof, réfléchi de longue date par les médecins qui en sont les moteurs, a pu se réaliser dès 2010 grâce à une opportunité immobilière, les autres projets en cours d'élaboration sont notamment très dépendants du calendrier des possibilités de construction de locaux adéquats.

De ce fait, la réflexion entre les porteurs de projet et la ville (élus et services) s'inscrit bien dans les réunions partenariales des Ateliers Santé Ville et confirme l'adhésion à des projets conjoints.

C'est le cas du projet de renforcement de la prise en charge des enfants obèses ou en surpoids dépistés par les professionnels de la ville (santé scolaire ou PMI), appelée à renforcer la dynamique territoriale.

H/ Conclusions et clôture du colloque

Mme Bernadette DEVICTOR,

- *Présidente de la Conférence Nationale de Santé (CNS).*
- *Présidente de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) de Rhône Alpes.*
- *Présidente du Collectif Interassociatif Sur la Santé de Rhône Alpes.*
- *Membre du Conseil d'administration de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé.*

M. Patrice VOIR,

Président du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS, Adjoint au maire chargé de la Santé à la Ville de GRENOBLE.