

# Enquête auprès des villes et intercommunalités adhérentes du Réseau Français des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé

## ETUDE sur la gouvernance et la mise en œuvre des soins de santé primaires : place et rôle des villes

Août 2013



Réalisation par la Direction de la Santé Publique et Environnementale de Ville de Grenoble (Dr Faouzia Perrin et Sonia Vierre), avec la contribution de l'équipe du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS.

Sincères remerciements à l'ensemble des villes-Santé répondantes à cette enquête.

**Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS**

EHESP - Département SHSC  
Avenue du Pr Léon Bernard  
35043 RENNES  
[secretariat@villes-sante.com](mailto: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](mailto:sonia.vierne@ville-grenoble.fr) / 04.76.03.43.50

# SOMMAIRE

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>P. 3</b>
<b>1.1. Préambule</b> .....	<b>P. 3</b>
<b>1.2. Eléments de contexte</b> .....	<b>P. 4</b>
<b>2. METHODOLOGIE</b> .....	<b>P. 6</b>
<b>2.1. Objectifs</b> .....	<b>P. 6</b>
<b>2.2. Conception et réalisation</b> .....	<b>P. 6</b>
<b>3. PARTICIPATION</b> .....	<b>P. 8</b>
<b>3.1. Taux de réponse</b> .....	<b>P. 8</b>
<b>3.2. Profil des répondants</b> .....	<b>P. 9</b>
<b>4. RESULTATS</b> .....	<b>P. 13</b>
<b>4.1. Participation à la définition politique et organisationnelle des soins de santé primaires au niveau du territoire</b> .....	<b>P. 13</b>
<b>4.2. Constats et réalisations concernant les soins de santé primaires locaux</b> .....	<b>P. 24</b>
<b>4.3. Souhait de participation des Villes-Santé à un groupe de travail sur la thématique des soins de santé primaires</b> .....	<b>P. 40</b>
<b>5. CONCLUSION</b> .....	<b>P. 43</b>
<b>6. SIGLES</b> .....	<b>P. 46</b>
<b>7. ANNEXES</b> .....	<b>P. 47</b>
<b>7.1. Maquette du questionnaire</b> .....	<b>P. 47</b>
<b>7.2. Liste des villes répondantes</b> .....	<b>P. 53</b>

# 1. INTRODUCTION

## 1.1. 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".

Ainsi, "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" (Cf. annexe pour le détail).

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".

## 1.2. Eléments de contexte

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 (Cf. Préambule). 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. METHODOLOGIE

### 2.1. Objectifs

La thématique des soins de santé primaires est apparue comme un sujet partagé d'intérêt et de préoccupation par les Villes-Santé lors des différentes manifestations organisées le Réseau Français des Villes-Santé (RFVS) de l'Organisation Mondiale de la Santé. De fait, elle a été retenue pour le colloque national 2013 et comme sujet d'étude pour l'année 2013.

Les objectifs de cette étude auprès des 79 villes et des 4 communautés d'agglomération adhérentes du RFVS de l'OMS sont pluriels :

- 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 d'une part et leur niveau de contribution à cette définition politique et organisationnelle d'autre part.
- Connaître les démarches engagées et les expériences des villes dans le cadre de leur projet territorial de santé pour disposer d'une offre plurielle et cohérente de santé (promotion, prévention, dépistage, soin...) répondant aux besoins de santé de la population.
- Faire état des initiatives novatrices pour un maintien d'un panier de services de santé de proximité pour les habitants tout en soutenant les professionnels, avec les différents leviers possibles et contraintes existantes.
- Recueillir le souhait des Villes-Santé de participer à un groupe de travail sur la thématique des soins de santé primaires.

### 2.2. Conception et réalisation

Le questionnaire a été élaboré par la Direction de la Santé Publique et Environnementale de la Ville de Grenoble, en prenant en compte les éléments d'échanges des Villes-Santé lors des dernières manifestations du RFVS de l'OMS. Il comportait des questions fermées et ouvertes pour faciliter l'expression des répondants. La maquette a été diffusée lors d'une réunion de Bureau du RFVS le 26 mars 2013, puis communiqué à l'ensemble des membres du Bureau pour validation.

Courant avril 2013, ce questionnaire a été adressé selon trois modes de diffusion en avril 2013 : par messagerie électronique, par voie postal et par le biais du site internet du RFVS de l'OMS pour une saisie directe en ligne. Les destinataires de ce questionnaire étaient les élus et les techniciens concernés des Villes-Santé ; une seule réponse par ville était attendue.

Deux relances auprès des Villes-Santé non répondantes ont été réalisées par le biais de la messagerie électronique en mai 2013 et de la newsletter du RFVS de l'OMS en juin 2013.

Les questionnaires renseignés ont été traités par la Direction de la Santé Publique et Environnementale de la Ville de Grenoble et analysés selon une double approche quantitative et qualitative. Dans un premier temps, un tri à plat a été réalisé, puis la mise en forme des résultats a été effectuée avec Excel.

Ce présent rapport comporte l'analyse des résultats complets de l'enquête, présentée avec diverses figures et verbatim.

Les résultats de l'enquête seront présentés lors du colloque national du RFVS de l'OMS intitulé "De la gouvernance à la mise en œuvre des soins de santé primaires : place et rôle des villes" qui aura lieu le 21 octobre 2013 à Grenoble.

Le calendrier de réalisation de cette étude sur les soins de santé primaires et les villes, figurant ci-dessous, présente les différentes étapes de cette enquête auprès des Villes-Santé de l'OMS.

### *Calendrier de réalisation*

<b>2013</b>	<b>Mars</b>	<b>Avril</b>	<b>Mai</b>	<b>Juin</b>	<b>Août</b>
<b>Conception de la maquette du questionnaire</b>					
<b>Présentation du questionnaire lors d'une réunion du Bureau</b>					
<b>Validation du questionnaire par les membres du Bureau du RFVS</b>					
<b>Envoi du questionnaire par message électronique, voie postale, disponible en ligne sur le site internet du RFVS</b>					
<b>Relance auprès des villes non répondantes</b>					
<b>Rédaction du rapport d'étude</b>					

### 3. PARTICIPATION

#### 3.1. Taux de réponse

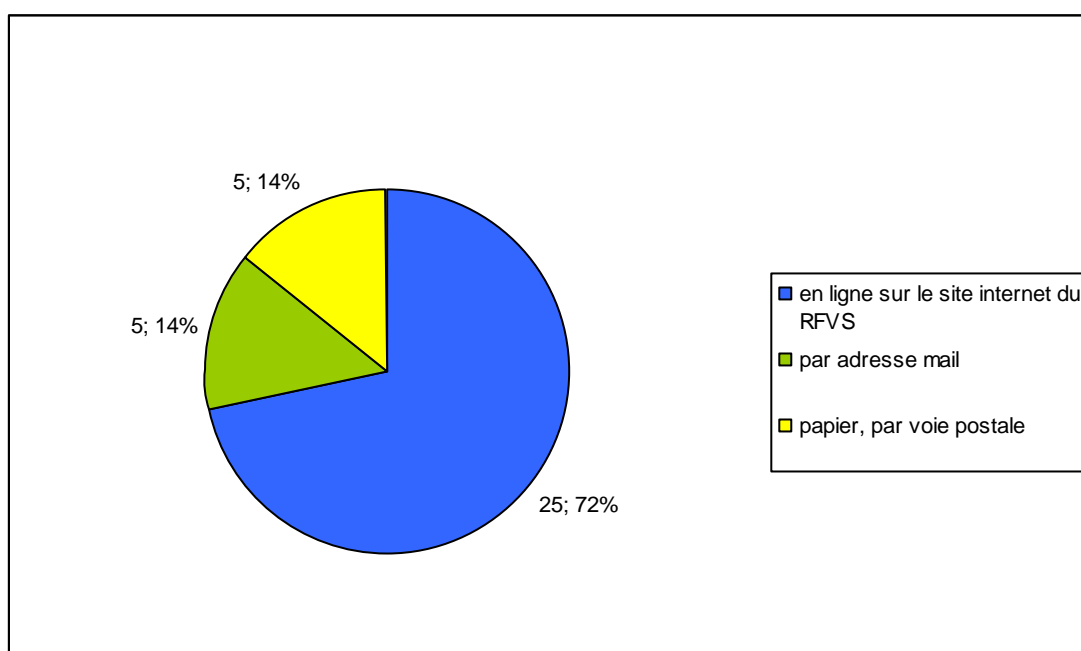
Ce sont l'ensemble des 83 villes-Santé (79 villes et 4 communautés d'agglomération) qui ont été conviées en avril 2013 à participer à cette enquête, représentant au total 185 élus et techniciens. Après les deux relances, 35 villes et 2 communautés d'agglomération ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 42% (41% pour les villes et 50% pour les intercommunalités).

Ce taux de réponse est relativement proche de ceux obtenus lors des deux dernières études réalisées par le RFVS de l'OMS : 46% pour l'enquête sur la parentalité (2012) et 44% concernant l'étude sur les contrats Locaux de Santé (2011).

Participation et taux de réponse	Ensemble des Villes-Santé	Villes-Santé répondantes à l'enquête	Taux de réponse
Villes	79	33	42%
Communautés d'agglomération	4	2	50%
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>35</b>	<b>42%</b>

Près des trois quarts (73%) des villes et intercommunalités ont fait le choix de répondre à cette enquête par le biais du site internet du RFVS ; peu nombreuses sont les collectivités locales (27%) à avoir adressé leur questionnaire par messagerie électronique ou par voie postale.

Figure n°1 : Modalités de retour des questionnaires renseignés par les Villes-Santé (n=35).





### 3.2. Profil des répondants

Le profil des Villes-Santé répondantes à cette enquête est présenté selon différents critères (localisation géographique, tranche de l'aire urbaine, nombre d'habitants, ancienneté de la Ville en tant qu'adhérente du RFVS de l'OMS, appartenance à un des réseaux régionaux, fonction de la personne répondante à l'enquête).

#### Localisation géographique des Villes-Santé



## Appartenance des Villes-Santé aux réseaux régionaux

Sur les 83 collectivités locales (communes et intercommunalités) adhérentes au RFVS de l'OMS, 59 participent également à un des 5 réseaux régionaux, soit 71%.

Ce sont 46% (soit, 27) des 59 villes-santé adhérentes à un des réseaux régionaux qui ont répondu à l'enquête. Toutefois, la participation à cette enquête a été disparate selon les réseaux régionaux. Les mobilisations les plus fortes proportionnellement ont concerné : le réseau Arc Alpin (67% ; 6), le réseau Grand Sud (58% ; 7), et le réseau Grand Ouest (50% ; 6) et dans une moindre mesure : le réseau Grand Est (38% ; 5) et le réseau Grand Nord (23% ; 3).

**Tableau n°1 : Participation des villes-santé à l'enquête selon leur adhésion aux réseaux régionaux.**

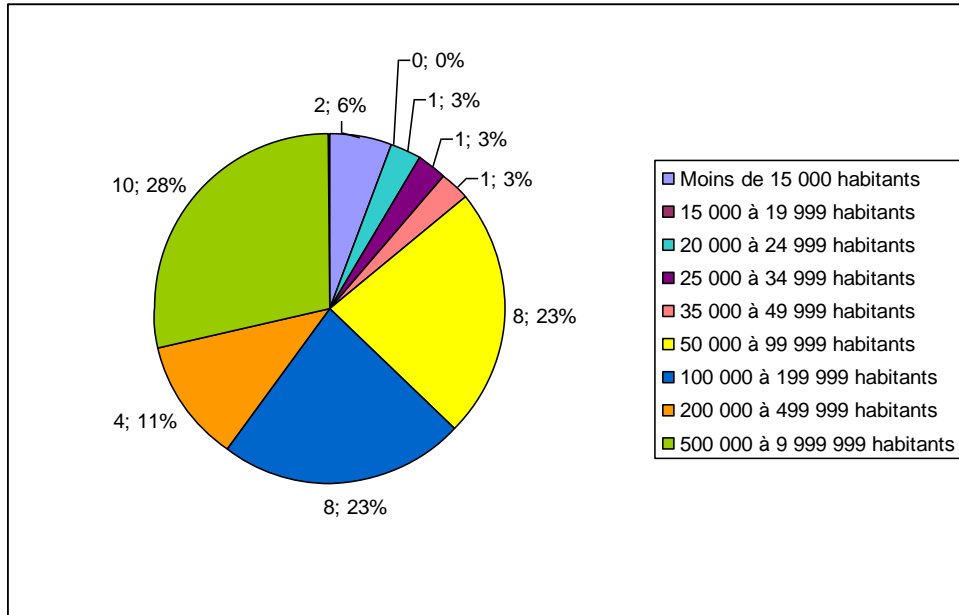
Réseaux régionaux RFVS de l'OMS	Réseau Grand Est	Réseau Grand Nord	Réseau Grand Ouest	Réseau Arc Alpin	Réseau Grand Sud	TOTAL
<b>Nombre de Villes et Communautés d'agglomération participantes à un réseau régional</b>	<b>13 :</b> Belfort, Besançon, Dijon, Grand Chalon (CA), Grand-Nancy (CU), Longwy, Metz, Mulhouse, Nancy, Reims, Saint-Dié-des-Vosges, Strasbourg, Vandœuvre-lès-Nancy	<b>13 :</b> Amiens, Armentières, Béthune, Calais, Dunkerque, Dunkerque CU, Grande-Synthe, Lille, Lomme, Roubaix, Saint-Quentin, Wasquehal, Villeneuve d'Ascq	<b>12 :</b> Angers, Bordeaux, Brest, Cherbourg-Octeville, La Rochelle, La Roche-sur-Yon, Lorient, Lormont, Nantes, Quimper, Rennes, Saint-Brieuc	<b>9 :</b> Aix-les-Bains, Bourgoin-Jallieu, Grenoble, Lyon, Romans-sur-Isère, Saint-Étienne, Valence, Vaulx-en-Velin, Villeurbanne	<b>12 :</b> Ajaccio, Aubagne, Briançon, Cannes, Grasse, Marseille, Montpellier, Nice, Nîmes, Perpignan, Salon de Provence, Toulouse	<b>59</b>
<b>Nombre de villes-Santé ayant remplis le questionnaire en fonction du réseau régional d'appartenance</b>	<b>5</b> Grand-Nancy (CU), Nancy, Reims, Strasbourg, Vandœuvre-lès-Nancy	<b>3</b> Dunkerque, Grande-Synthe, Lille	<b>6</b> Angers, Cherbourg-Octeville, La Roche-sur-Yon, Nantes, Quimper, Rennes	<b>6</b> Grenoble, Lyon, Romans-sur-Isère, Saint-Étienne, Valence, Villeurbanne	<b>7</b> Aubagne, Cannes, Grasse, Montpellier, Nîmes, Perpignan, Toulouse	<b>27</b>
<b>Pourcentage de villes-Santé ayant remplis le questionnaire en fonction du réseau régional d'appartenance</b>	<b>38%</b>	<b>23%</b>	<b>50%</b>	<b>67%</b>	<b>58%</b>	<b>44%</b>

## Taille de l'aire urbaine

Les Villes-Santé répondantes à l'enquête sont décrites selon la tranche d'aire urbaine à laquelle elles appartiennent.

Il apparaît que plus d'un quart d'entre elles (28%) sont classées parmi les plus grandes aires urbaines (de 500 000 à 9 999 999 habitants). Un peu moins d'une quart des Villes-Santé (23% respectivement) comportent entre 100 000 - 199 999 habitants et entre 50 000 - 99 999 habitants.

**Figure n°2 : Participation des Villes-Santé à l'enquête selon la tranche de l'aire urbaine (Insee, 2010) (n=35).**

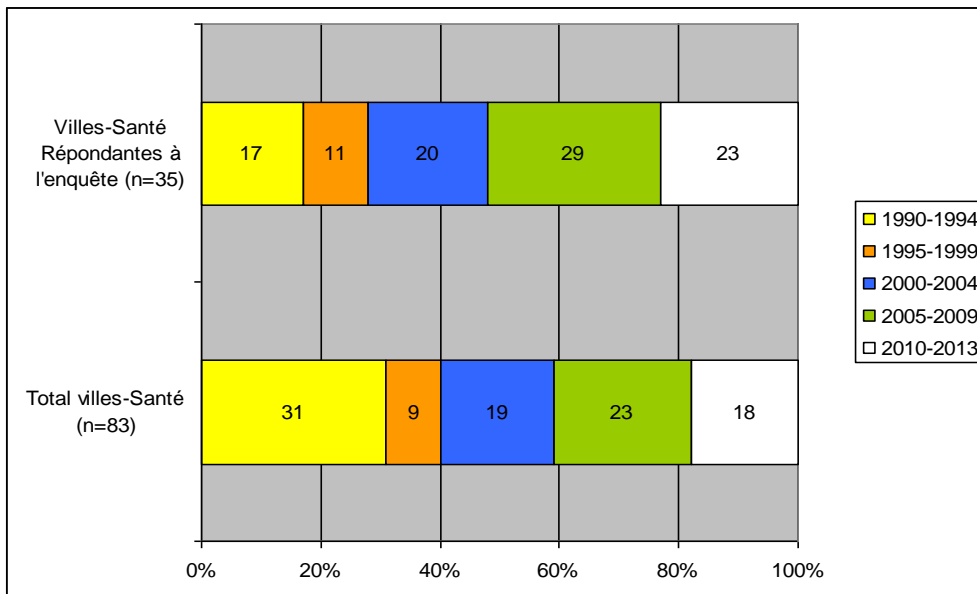


### Ancienneté par rapport à l'adhésion au RFVS

Au sein du RFVS de l'OMS, 59% des collectivités locales ont adhéré pour la première fois il y a plus de 10 ans (entre 1990 et 2004) et 41% ces 10 dernières années.

On observe dans le cadre de cette étude que les villes-santé dont l'adhésion est la plus ancienne (plus de 10 ans) ont proportionnellement moins répondu à l'enquête (48%) et inversement pour celles ayant adhéré il y a moins de 10 ans avec un taux de réponse de 52%.

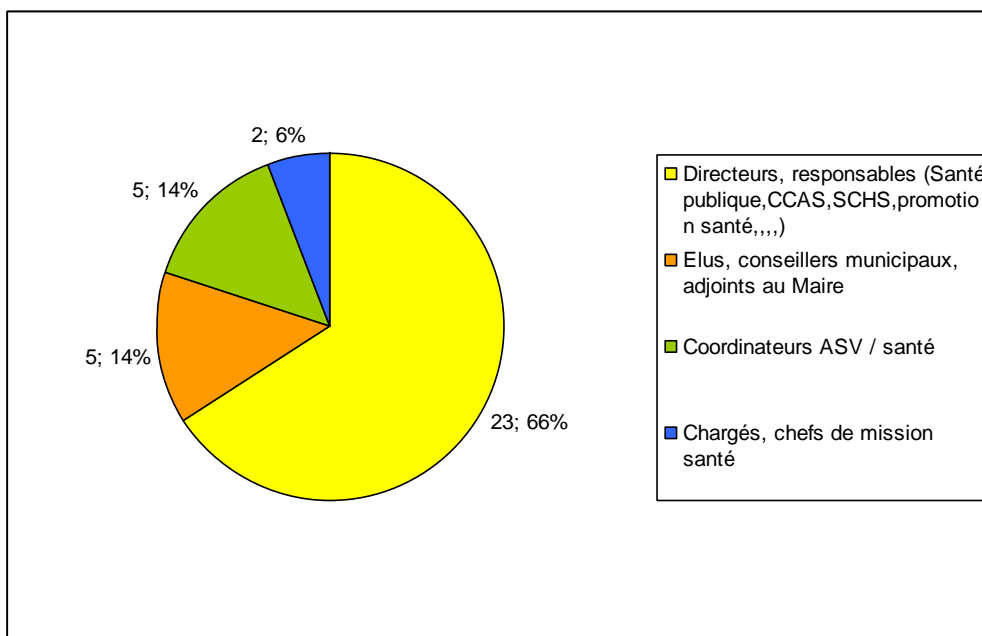
**Figure n°3 : Participation des Villes-Santé à l'enquête selon l'ancienneté de leur adhésion au RFVS de l'OMS.**



### Profil de la personne répondante à l'enquête

Parmi les personnes répondantes à l'enquête, 66% d'entre elles ont une fonction de directeur ou responsable. 14% sont des élus, 14% des coordinateurs santé ou Atelier Santé Ville et 6% des chargés ou chefs de mission santé.

**Figure n°4 : Participation des Villes-Santé à l'enquête selon le profil de la personne répondante (n=35).**



## 4. RESULTATS

### 4.1. Participation à la définition politique et organisationnelle des soins de santé primaires au niveau du territoire

La problématique des soins de santé primaires nécessite d'être appréhendée dans le contexte global de la gouvernance régionale et locale. Plus particulièrement, le principal intérêt est de connaître la participation des collectivités locales en matière de définition de la politique de santé concernant les soins de santé primaires (tels qu'ils sont entendus au sens de l'OMS).

#### Participation à des instances de l'Agence Régionale de Santé

On remarque que les Villes-Santé sont assez peu représentées au sein des différentes instances de concertation des Agences Régionales de Santé (ARS) au niveau régional (conseil de surveillance et commissions de coordination). Elles le sont davantage dans d'autres instances telles que les Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie et les conférences de territoires.

#### **Conseil de surveillance**

Le Conseil de surveillance est composé de représentants de plein exercice (représentants de l'Etat, des partenaires sociaux, de l'Assurance maladie, des élus, des usagers, et personnes qualifiées) et de membres siégeant avec voix consultative (représentants du personnel de l'agence, directeur général). Il est présidé par le Préfet de Région. Il approuve le compte financier et émet un avis sur : le plan stratégique régional de santé, le projet de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, les résultats de l'action menée par l'agence.

Ce sont un peu plus d'un quart des villes-Santé répondantes à l'enquête (26%, soit 9 sur 34) qui participent au Conseil de surveillance des ARS.

#### **Commissions de coordination des politiques publiques de santé**

L'ARS n'est pas seule compétente sur les sujets de l'action publique touchant la santé de la population. Les collectivités territoriales, les services de l'Etat agissent aussi dans ce domaine. Une coordination est jugée nécessaire entre ces différentes autorités, afin d'assurer la cohérence de la stratégie et de l'action menée en faveur de la santé de la population.

Deux commissions de coordination assurent cette fonction de coordination, de recherche des complémentarités d'actions et de cofinancement. Elles sont composées toutes deux de deux conseillers régionaux, des présidents des conseils généraux ou de leurs représentants, des représentants des communes et des groupements de communes des services de l'Etat, d'organismes de sécurité sociale

-une **commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico sociaux sur le médico-social**. Elle favorise l'adoption d'outils partagés d'analyse des besoins et de l'offre médico sociale, examine les projets de schéma régional d'organisation médico sociale et de ou des programmes qui en découlent. Elle examine les schémas départementaux d'organisation sociale et médico sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie et favorise la complémentarité des actions arrêtées et financées pour chacun de ses membres sur la base du plan stratégique régional, du schéma régional d'organisation médico sociale et du programme.

-une **commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile**. Elle a pour mission de favoriser sur la base du plan stratégique régional de santé et du schéma régional de prévention la complémentarité des actions dans les domaines de la prévention, santé scolaire, et de la protection maternelle et infantile qui sont financées par chacun de ses membres et détermine les modalités de leur éventuel cofinancement. Elle définit les conditions dans lesquelles ces contributeurs financiers membres de cette commission pourront s'associer à l'ARS pour mettre en place la procédure d'appel à projets destinés à sélectionner et à financer les actions de prévention et de promotion de la santé dans la région. Enfin, elle permet le rapprochement entre les acteurs régionaux de l'observation sanitaire et sociale pour améliorer la qualité et la disponibilité des informations nécessaires aux politiques régionales de santé.

Egalement, environ un quart des Villes-Santé (29%, soit 10 sur 35) participent aux commissions de coordination des politiques publiques de santé.

### **Commission de coordination de l'offre de soins de proximité**

Il apparaît que quelques ARS ont mis en place une commission de l'offre de soins de proximité qui a pour ambition d'assurer la coordination et la cohérence des actions entreprises par l'ensemble des intervenants publics et privés dans le champ de l'offre de santé et de services de proximité. Les collectivités locales sont conviées à participer à cette commission.

Seules 9% des Villes-Santé (c'est-à-dire, 3 sur 35) participent à cette commission de coordination de l'offre de soins de proximité. Cette relative participation s'explique par la faible existence de cette commission dans les régions puisque sa création émane de la volonté ou non de l'ARS.

### **Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA)**

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie est une instance de démocratie sanitaire et stratégique, qui conditionne l'avancée du projet régional de santé.. Elle rassemble : les collectivités territoriales, les usagers et les associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, les conférences de territoires, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, des personnalités qualifiées. Elle émet un avis sur le Projet régional de santé, évalue les conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des malades et des usagers du système de santé.

Plus du tiers des Villes-Santé (37%, soit 13 sur 35) ont indiqué participer à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie.

### **Conférence de territoire**

Les conférences de territoire comprennent chacune au plus 50 membres, répartis en onze collèges au sein desquels sont représentés : les établissements de santé ; les personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux ; les organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention, ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité ; les professionnels de santé libéraux et les internes en médecine ; les centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé ; les établissements assurant des activités de soins à domicile ; les services de santé au travail ; les usagers ; les collectivités territoriales ; l'Ordre des médecins ; des personnalités qualifiées. Elles participent à l'identification des besoins sur le territoire et déterminent des réponses à ces besoins. Leur fonction s'exerce sur l'ensemble du champ de compétence de l'ARS et plus seulement sur les seules questions d'organisation des soins hospitaliers.

Presque la moitié des Villes-Santé répondantes à l'enquête (49%, soit 17 sur 35) ont mentionné participer à une conférence de territoire.

### **Autres instances officielles**

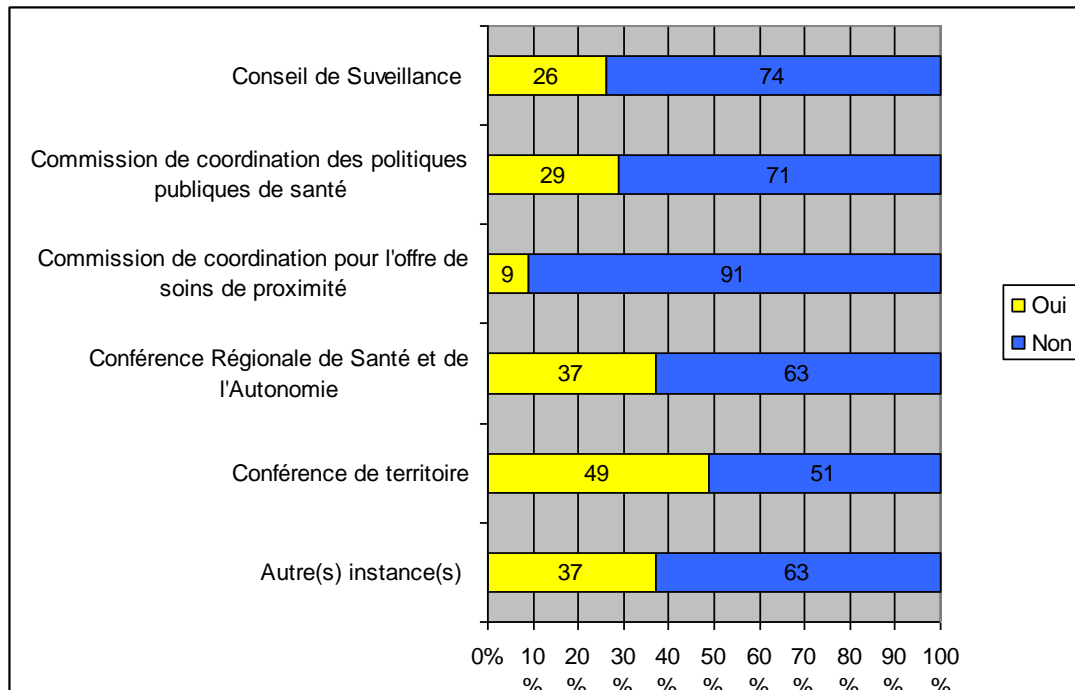
Il s'avère que 37% des Villes-Santé (13 sur 35) sont associées à d'autres instances dans le cadre des ARS. Il s'agit de plus souvent de comités de pilotage organisés sur la base de réunions partenariales et concernant essentiellement les Contrats Locaux de Santé.

Villes/CACU	Commentaires
<b>Beaumont</b>	Réunion concernant la mise en place d'un plan territorial de santé sur un secteur de 44 communes y compris la communauté d'agglomération de Clermont-ferrand
<b>Blois</b>	Contrat local de santé.
<b>Dunkerque</b>	Commission permanente ( Michel DELEBARRE y siège au titre de représentant des Présidents de conférence de territoire).
<b>Issoire</b>	Réunion organisée par ARS en direction Ville PNNS et OMS.
<b>Lille</b>	Comité technique PLP, instruction des appels à projets, Contrat Local de Santé.
<b>Orléans</b>	Contrat Local de Santé Publique.
<b>Perpignan</b>	Instance de gouvernance du CLS de Perpignan.
<b>Quimper</b>	FHF Fédération hospitalière de France.
<b>Romans sur Isère</b>	Projet local de santé.



<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	Comité de pilotage contrat local de santé.
<b>Vandoeuvre Lès Nancy</b>	Réunions dans le cadre du Contrat local de santé.

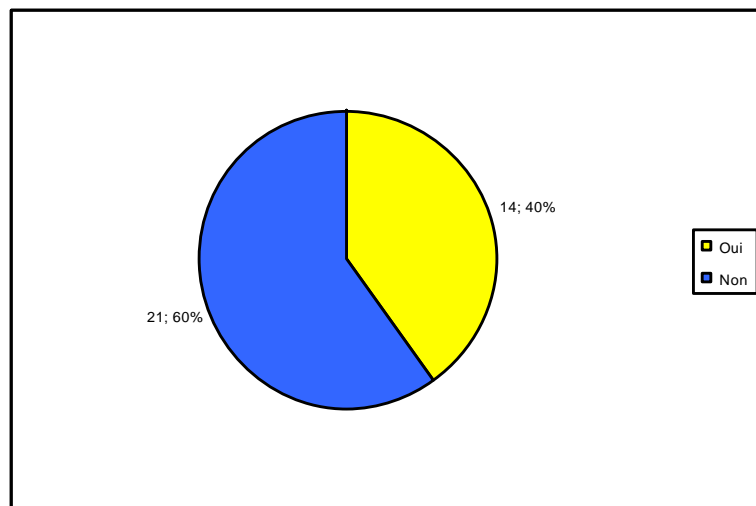
**Figure n°5 : Participation des Villes-Santé à des instances officielles de l'ARS abordant la thématique des soins de santé primaires (n=35).**



### Participation à d'autres instances (hors ARS)

Ce sont 40% des villes et intercommunalités adhérentes au RFVS et ayant répondu à l'enquête (14 sur 34) qui ont indiqué participer à d'autres instances partenariales ou groupes de travail. Cela concerne des services et dispositifs internes des collectivités locales (promotion de la santé, CCAS, ASV, CLS,...) et des partenariats pluriels formalisés (Conseils généraux, établissements de santé, Etat, associations, organismes de protection sociale et mutuelles).

**Figure n°6 : Participation des Villes-Santé à des instances et/ou comités abordant la thématique des soins de santé primaires, en dehors de ceux de l'ARS (n=35).**

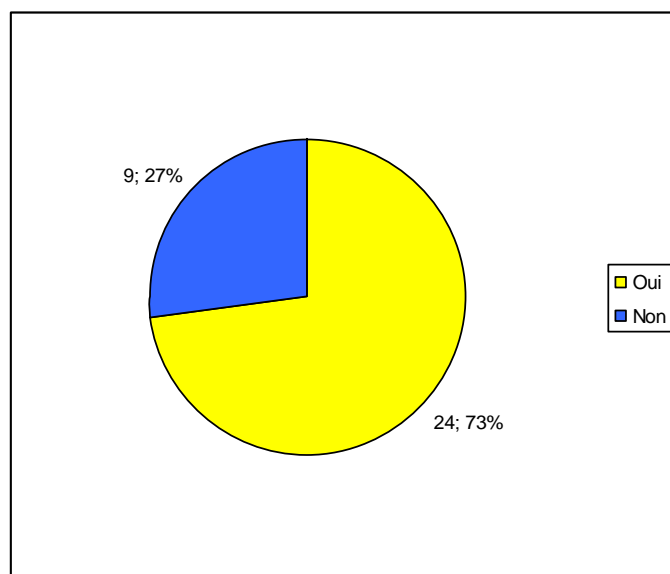


Villes/CACU	Commentaires
Angers	CHU : Conseil de Surveillance. Institut de Cancérologie de l'Ouest : conseil d'administration.
Beaumont	Union départementale des Centres communaux d'action sociale.
Cherbourg-Octeville	Atelier Santé Ville de l'Agglomération Comité de Pilotage promotion de la santé de la ville.
Grande Synthe	Conseil Général.
Grasse	Participation au SIH (syndicat inter hospitalier) + aux conseils d'administration de différents EPAHD.
Issoire	Association locale ISIS( promotion de la santé ).
Lille	Agenda 21 santé et contrat de territoire (Conseil Général).
Nancy	Ateliers santé ville, Communauté urbaine du Grand Nancy / CLS.
Nantes	Médecins du monde, PASS chu mutuelles.
Orléans	Contrat Local de Santé publique, partenaires : CHR, CPAM, ARS, Etat, Ville d'Orléans.
Rennes	Groupe de Travail observation et accès aux soins pour les plus démunis, mis en place dans le cadre du Contrat Local de Santé (Animation ville/Ars), Groupe de travail accès aux soins départemental ( animation CPAM), groupe de travail accès aux soins Ville de Rennes (Comité consultatif santé environnement).
Romans sur Isère	Espace santé CCAS ville de Romans.
Saint Etienne	Gouvernance du Contrat local de santé et Atelier Santé Ville.
Strasbourg	Comité de pilotage des ateliers santé ville, co-piloté Ville et Préfecture (Sous préfet chargé de mission politique de la ville - DDCS), large partenariat externe (ARS, CG, CPAM, EN,...) et interne (élus communautaires, élus municipaux, directions de la collectivité...), avec pour objectifs la réalisation des bilans annuels et la programmation des nouveaux projets de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé... Comité de pilotage des contrats locaux de santé (associant les signataires des CLS, ainsi que la CPAM, le Conseil général ...
Vandoeuvre Lès Nancy	CLS, Atelier Santé Ville Vandoeuvre.

### Abord de la problématique des soins de santé primaires pour le territoire communal ou intercommunal

Près des trois quarts des Villes-Santé (73%) ont mentionné avoir abordé la problématique des soins de santé primaires pour leur propre territoire dans le cadre d'instances officielles.

**Figure n°7 : Abord des soins de santé primaires dans le cadre d'instances officielles pour le territoire concerné des villes et intercommunalités (n=33).**





La prise en compte de la problématique des soins de santé primaires s'est généralement effectuée de manière large dans différents champs d'intervention :

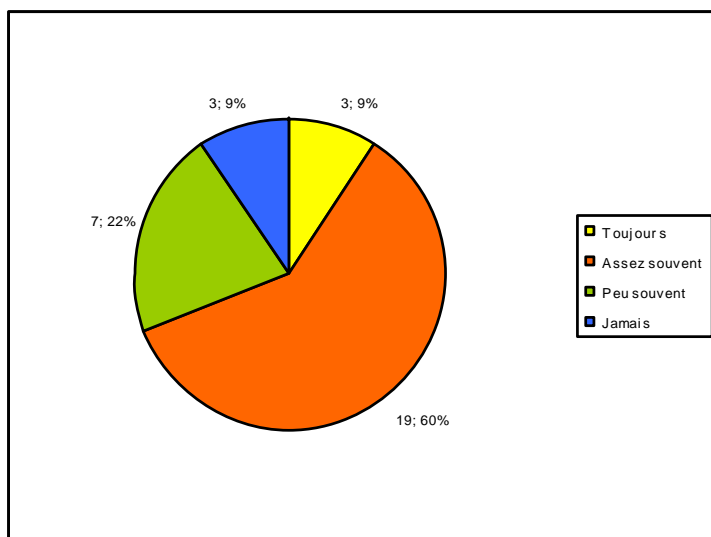
- **dans le cadre de divers projets et dispositifs** (maison de santé pluri professionnelle, pôle de santé, permanence des soins, plateforme santé, dispensaire, dépistage,...) ;
- **concernant différentes thématiques** (santé mentale, conduites addictives chez les jeunes, précarité, accès, recours et renoncement aux soins, démographie médicale, sortie d'hospitalisation, couverture santé, maladies cardiovasculaires, vaccinations, psychiatrie, dépistage Sida / cancers...).

Villes/CA/CU	Commentaires
<b>Angers</b>	- Une maison de santé pluri professionnelle sur un quartier - La santé mentale - La permanence des soins - Les conduites addictives chez les jeunes
<b>Beaumont</b>	Plan local de santé
<b>Blois</b>	Repérer les personnes en situation de précarité ayant des difficultés d'accès aux soins + démographie médicale sur la Ville de Blois (et plus particulièrement dans les quartiers les plus en difficulté en terme de démographie médicale), des professionnels de santé.
<b>Cannes</b>	Egalité d'accès aux soins Maison de Santé Pluridisciplinaire M.S.P Zonage à la CCOS (IDE, Kinés...)
<b>Cherbourg-Octeville</b>	Accès aux soins des plus démunis. Prise en charge sortie d'hospitalisation.
<b>Dunkerque</b>	Problème de la démographie médicale surtout les médecins spécialistes.
<b>Grande Synthe</b>	Accès aux soins pour tous, absence de couverture santé, problème de démographie médicale.
<b>Grasse</b>	- Projet de mise en place d'une maison de santé pluri professionnelle sur Grasse - Projet plus élargi de plateforme de santé sur le bassin grassois de 41 communes.
<b>Issoire</b>	Maladies cardiovasculaires.
<b>Lille</b>	La vaccination, l'accès aux dépistages (Sida, cancers, ...), accès et recours aux soins pour les personnes les plus éloignées de la santé, accès facilité aux soins relatifs à la santé mentale (existence de 3 CMP, d'un Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission; permanence 7j/7, 24h/24 pour problèmes ou urgences psychiatriques et courtes hospitalisation, centre non sectorisé et géré par les 3 secteurs de psychiatrie présents sur la Ville).
<b>Lyon</b>	Projet de création de 2 maisons de santé pluri-professionnelles par 2 associations, avec ARS, un bailleur social, coordinatrice ASV recherche du foncier, élaboration du projet immobilier, coût de la location/achat, montage du projet de santé, mobilisation des élus.
<b>Nancy</b>	Accès aux soins publics précaires ou publics en renoncement de soins.
<b>Nantes</b>	Maison médicale pluridisciplinaire, dispensaire suite à l'étude "freins à l'accès aux droits et aux soins".
<b>Orléans</b>	- L'accès aux soins. - Les vaccinations.
<b>Perpignan</b>	La difficulté d'accès des habitants des quartiers CUCS ; les démarches administratives (CMU / CMUC) difficiles.
<b>Rennes</b>	Relativement à la question de la présence des professionnels de santé sur le territoire rennais - freins culturels et économiques aux soins.
<b>Saint Etienne</b>	- Renforcement aux soins. - Accès aux droits de santé.
<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	Démographie médicale et conditions d'exercice des professionnels de santé.
<b>Saint Quentin en Yvelines (CA)</b>	Présentation de ce que peuvent être MSP, Pôle de Santé, démographie
<b>Strasbourg</b>	- Accès aux soins dans les quartiers prioritaires - Obésité infantile trois fois plus fréquente dans les quartiers en ZUS - Difficulté de mise en œuvre de préconisations d'une activité physique modérée par les populations défavorisées - Eloignement des CAARUDD / quartier où les besoins sont avérés
<b>Valence</b>	Priorités et projets déclinés dans le CLS de la santé environnementale à la promotion de la santé en passant par les vaccinations, les actions parentalité, les projets centrés sur l'accès aux soins (pôle de santé, maison relais santé, espace santé jeunes en centre de santé pour jeunes...).
<b>Vandoeuvre Lès Nancy</b>	Elle devrait l'être (le CLS vient d'être signé le 15 mars 2013 au niveau de la communauté urbaine du Grand Nancy, les réunions thématiques débiteront ultérieurement).

### Niveau de prise en compte des propositions formulées par les villes dans le cadre des instances

Il apparaît que 69% des Villes-Santé répondantes à l'enquête considèrent que les avis ou propositions ont été souvent (9%) et assez souvent (60%) pris en compte dans le cadre des instances officielles auxquelles elles participent. Par contre, elles sont 31% à indiquer que ce niveau de prise en considération de leur opinion est plutôt faible (22%), voire inexistant (9%).

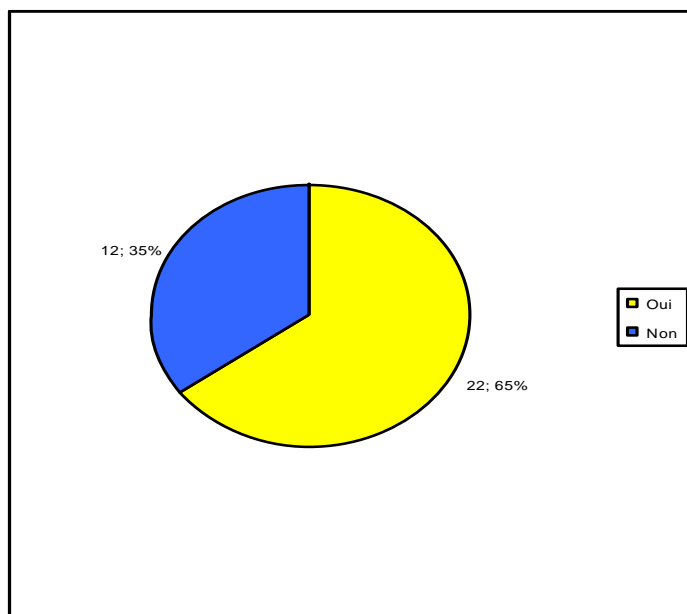
**Figure n°8 : Niveau de prise en compte des propositions formulées par les Villes-Santé dans le cadre des instances (n=32).**



### Déclinaison d'orientations concrètes en matière d'organisation et de coordination des soins de santé primaires pour le territoire communal ou intercommunal

Pour les villes et intercommunalités qui ont formulé des propositions ; ces dernières ont fait l'objet d'une déclinaison d'orientations concrètes en matière d'organisation et de coordination des soins de santé primaires pour leur propre territoire. Cela concerne 65% des Villes-Santé répondantes à cette enquête.

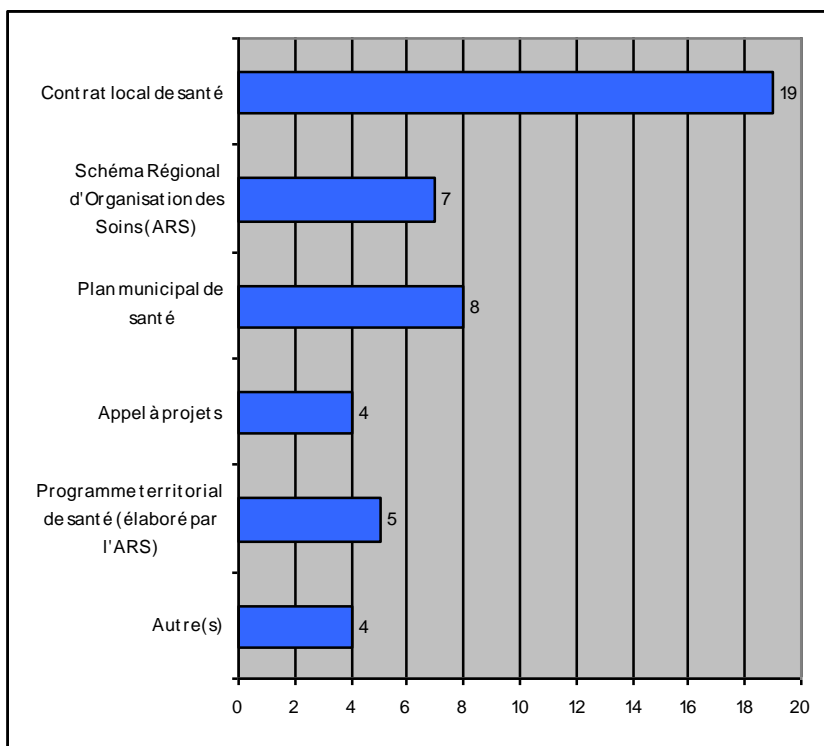
**Figure n°9 : Déclinaison d'orientations concrètes par les Villes-Santé en matière d'organisation et de coordination des soins de santé primaires pour le territoire communal ou intercommunal (n=34).**



Plusieurs cadres formalisés concernant l'inscription et/ou la formalisation des orientations concrètes en matière de soins de santé primaires ont été mentionnés par les Villes-Santé :

- assez fréquemment : le Contrat Local de Santé (19 réponses) ;
- moyennement : le plan municipal de santé (8) et le schéma régional d'organisation des soins (7) ;
- peu souvent : le programme territorial de santé (5) et l'appel à projets (4).

**Figure n°10 : Cadre de l'inscription et/ou de la formalisation de ces orientations concrètes formulées par les Villes-Santé (plusieurs réponses possibles).**



"Autre(s)" :

<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	Mise en place d'un groupe de travail ARS Ville Professionnels de santé.
<b>Strasbourg</b>	Programme territorial de santé élaboré par la Ville au sein des quartiers prioritaires.

**Illustrations de quelques orientations locales prises par les villes et intercommunalités concernant les soins de santé primaires :**

Villes/CA/CU	Illustrations
<b>Angers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrat local de santé en santé mentale.</li> <li>- Création au 07/1/2013 d'une maison de santé pluri professionnelle.</li> <li>- Projet Noxambules : prévention et réduction des risques sur l'espace public.</li> </ul>
<b>Beaumont</b>	<p>Attention particulière pour l'aménagement de la ville pour un meilleur confort des habitants : chemin vert lieu de promenade et de lien social, très utilisé ,jardins familiaux pour encourager les familles utilisatrices à une meilleure alimentation, choix d'un prestataire de service respectant l'équilibre alimentaire au niveau des repas servis dans les structures petite enfance. Logements adaptés personnes âgées ou handicapées, basse consommation avec animation au sein de cette résidence de 18 logements, service d'aide à domicile, portage des repas, transport à la demande pour les personnes âgées ou malades.</p>
<b>Blois</b>	<p>Contrat local de santé signé en décembre 2011 CLS axe 1 "favoriser l'accès au droit et aux soins" pour tous et particulièrement aux publics précaires, fragiles ou en grande difficulté. CLS axe 5 Attirer et maintenir les professionnels de santé.</p>
<b>Cannes</b>	<p>Axe n°2 prioritaire : accès aux droits et aux soins. Objectifs: Favoriser la prévention et l'accès aux soins de proximité chez les personnes en situation d'extrême vulnérabilité. Soutenir et favoriser l'accompagnement des publics précaires.</p>
<b>Cherbourg-Octeville</b>	<p>Délocalisation de la permanence d'accès aux soins de santé de l'hôpital en centre-ville. Réflexion sur la mise en oeuvre d'un pôle de santé en centre ville. Réflexion sur la prise en charge lors des sorties d'hospitalisation.</p>
<b>Grand Nancy (CU)</b>	<p>Thématique abordée dans le cadre du CLS signé au niveau de l'agglomération. Les réunions n'ayant pas encore débuté...(signature du CLS en mars 2013).</p>
<b>Grande Synthe</b>	<p>Mise en place d'une maison médicale de garde.</p>
<b>Grasse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projet de Contrat Local de Santé en cours.</li> <li>- Projet de Plateforme de Santé Grasse Pays Grassois en cours, incluant des axes offres de soins et notamment une MSP ou un Pôle de Santé sur Grasse.</li> </ul>
<b>Lille</b>	<p>Contrat local de santé ayant pour objectif : alimentation, cancer, addiction, santé /environnement, vie affective et sexuelle, santé mentale et accès et recours aux soins. Mise en place sur les 6 quartiers CUCS de pôles ressources santé.</p>
<b>Orléans</b>	<p>Pour répondre au plus près aux demandes des habitants, ouverture de 2 pôles de santé dans les quartiers sensibles, gérés par la Ville d'Orléans.</p>
<b>Perpignan</b>	<p>Réflexion à la mise en place d'un Centre Médico Social de Proximité.</p>
<b>Rennes</b>	<p>Diagnostic territorial sur l'offre de soins sur le territoire réalisé avec l'ARS et l'URPS.</p>
<b>Romans sur Isère</b>	<p>Actions prévention nutrition, sexualité, contraception, addictions.</p>
<b>Saint Etienne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place MSP et pôle santé.</li> <li>- Faciliter l'installation des professionnels de santé dans les quartiers.</li> <li>- Accessibilité à la PASS du CHU.</li> <li>- Accompagnement aux droits de santé.</li> </ul>
<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	<p>Objectif de création d'un réseau local des professionnels de santé, étude de faisabilité d'un projet de maison de santé pluridisciplinaire.</p>
<b>Saint Quentin en Yvelines (CA)</b>	<p>Un projet du territoire dans une commune qui a été retenu comme pouvant être accompagné (soutenu ?) par l'ARS mais, en apparence, sans tenir compte d'une cohérence territoriale plus large sur la CA.</p>
<b>Strasbourg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement des maisons urbaines de santé dans les quartiers prioritaires</li> <li>- Expérimentation d'une prise en charge coordonnée de l'obésité infantile autour des médecins généralistes dans trois quartiers en lien avec la PMI et la santé scolaire (Ville).</li> <li>- Expérimentation de la prescription d'une activité physique modérée (« sport santé sur ordonnance ») par les médecins généralistes en lien avec un éducateur sportif de la Ville.</li> <li>- Equipe mobile de prévention des addictions au sein d'un quartier (CAARUDD et équipes de prévention spécialisée).</li> </ul>
<b>Vandoeuvre Lès Nancy</b>	<p>Le CLS vient d'être signé avec 4 priorités dont une orientation axée sur "améliorer l'accès À l'offre de Santé pour tous les habitants de la Communauté Urbaine du Grand Nancy".</p>

## Niveau d'intérêt pour les villes et les intercommunalités de leur implication dans les instances officielles

Les collectivités locales répondantes à cette enquête ont fait part librement de leur point de vue quant à leur implication dans les différentes instances officielles concernant les soins de santé primaires.

Les **plus values, intérêts et apports** qu'elles perçoivent sont pluriels :

- Meilleure identification et connaissance des acteurs, mobilisation des partenaires, implication des politiques ;
- Développement et consolidation des réseaux d'acteurs, avec un partage d'informations, d'observations, de constats et d'expériences ainsi que la possibilité d'une animation territoriale ;
- Reconnaissance et légitimation de la problématique territoriale dans le cadre de projets de santé ;
- Maintien des actions dans le temps et mise en œuvre de projets complémentaires et adaptés spécifiquement au territoire et aux publics (sur la base de priorités via parfois le Contrat Local de Santé) ;
- Approche globale de la santé selon une logique de territoire et une articulation possible des champs d'intervention (soins, promotion, prévention, etc.) au niveau local ;
- Mise en cohérence des financements publics entre Etat, Assurance Maladie et collectivités territoriales, avec la possibilité de co-financements.

Villes/CA/CU	Commentaires
Angers	-La création de réseaux intra et extra hospitaliers -Une approche globale par la mobilisation de partenaires de différents champs -Un maintien des actions dans le temps -Une implication du "politique local".
Beaumont	Offrir à la population un bien être dans la ville tout en respectant des règles de développement durable lié à la santé.
Cannes	Disposer d'un bon niveau de connaissances en temps réel, ce qui permet de transmettre aux partenaires locaux les informations. Bonne identification des acteurs.
Cherbourg-Octeville	Le dialogue avec l'ARS permet de faire avancer les projets et surtout d'obtenir un "label" nécessaire pour la reconnaissance des projets sur le territoire.
Grande Synthe	Connaissance du territoire dans les textes.
Grasse	Dans la mesure où les villes s'engagent dans la santé, il nous semble que l'implication dans les soins de santé primaires, leurs coordination, leur répartition, nous paraît essentielle. Cela va également dans le sens de l'élaboration d'un contrat local de santé, destiné à décliner le programme régional de santé, au local.
Grenoble	Mise en cohérence des financements publics entre Etat, Assurance Maladie et collectivités territoriales.
Lille	-Echanges, partage de connaissances, concertation -Etat des lieux venant du territoire -Mise en place d'objectifs et d'actions adaptés au territoire et aux publics.
Lyon	Des échanges d'informations, d'expériences.
Montpellier	La Ville de Montpellier a rénové et aménagé des locaux mis à disposition d'une association gérant la maison médicale de garde de la Ville.
Nantes	Partage sur les constats à partir de l'observation ou d'enquêtes locales : diagnostics des réseaux locaux de santé et sur les freins à l'accès aux droits et aux soins. Animation de la concertation entre les partenaires.
Nancy	La notion de santé primaire n'apparaît pas en temps que telle. Nous sommes sur des problématiques d'accès aux soins et d'exercice coordonnées du parcours de santé
Orléans	Répondre aux attentes des habitants, en matière d'accès aux soins, avec la mobilisation de l'ensemble des partenaires.
Perpignan	Développer un Plan Local de Santé à partir d'un diagnostic partagé.
Quimper	Ce n'est pas évoqué pour notre ville qui est considérée comme un territoire non

	prioritaire.
<b>Rennes</b>	Meilleure connaissance des acteurs et mobilisation des partenaires ; définition des modalités d'actions locales.
<b>Romans sur Isère</b>	Mise en réseaux des divers partenaires, participation aux actions prioritaires.
<b>Saint Etienne</b>	Porter auprès des instances les besoins en matière d'offres de soin et de prévention.
<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	Amélioration de la connaissance des conditions d'exercice des professionnels de santé et des difficultés d'accès aux soins des habitants. Recensement des attentes des professionnels de santé notamment en matière de regroupement ou de traitement des urgences médicales.
<b>Saint Quentin en Yvelines (CA)</b>	Reconnaissance et légitimation de la problématique territoriale.
<b>Strasbourg</b>	-Synergies indispensables pour permettre les complémentarités des réponses -Partage opérationnel des logiques de territoire -Co-instruction des demandes de financement concernant les maisons de santé pluridisciplinaires sur le territoire de la commune -Prolongement du partenariat institutionnel par une implication des partenaires au sein des instances de proximité, lors de l'élaboration de projets territoriaux de santé.
<b>Toulouse</b>	Contribution à la réduction des inégalités sociales de santé via un meilleur accès au dépistage et aux soins. Articulation entre dispositifs de soins et actions de promotion de la santé et d'éducation pour la santé.
<b>Valence</b>	Bonne connaissance des enjeux régionaux et articulation avec les priorités locales.
<b>Vandoeuvre Lès Nancy</b>	Partage d'expériences, de savoirs, de connaissances. Possibilité de mettre en place des projets qui ont bien fonctionné sur les communes voisines...

Les villes et les intercommunalités ont aussi mentionné **les contraintes, freins et limites inhérents à leur participation aux instances officielles** :

- Perception d'une relative démocratie participative du fait de l'absence ou de la faible prise en compte des propositions effectuées par les collectivités locales ou encore de leur non association à certaines instances (notamment celles concernant l'organisation des soins) ;
- Compétence "santé" limitée et complexe pour les collectivités locales dont l'organisation semble insuffisamment appréhendée par les institutions et les multiples partenaires ;
- Absence de compétence directe pour les collectivités locales en matière d'offre de soins, posant la problématique de la légitimité ;
- Difficulté budgétaire pour la mise en place de projets et d'actions, en lien avec les financements octroyés actuellement (peu de leviers et d'opportunités de financement);
- Approche territoriale trop vaste, pouvant être problématique selon la taille des collectivités locales en terme de stratégie;
- Multiplicité des partenaires et opérateurs avec des objectifs non convergents parfois sur le territoire ;
- Problème de décalage géographique et temporel entre les collectivités locales et certains services de l'Etat ;
- Complexité du monde de la santé publique pour les élus ;
- Problématique urbaine de démographie médicale et d'accès aux soins jugée insuffisamment audible, comparativement au milieu rural.

Villes/CA/CU	Commentaires
<b>Angers</b>	Etre vécu comme "intéressé" par des aides éventuelles.
<b>Beaumont</b>	La municipalité doit faire des choix souvent liés aux contraintes budgétaires. Mais aussi difficultés à convaincre du bien fondé des propositions d' actions.
<b>Grande Synthe</b>	On ne tient pas compte des remarques pour les décisions : problème de démocratie participative.
<b>Grasse</b>	La santé, une compétence non obligatoire des communes, et un choix volontariste. L'engagement en santé des villes, en période de contrainte financière est d'autant plus complexe.
<b>Grenoble</b>	Problème de décalage d'échelle géographique et temporel entre l'ARS (régional) et le local.
<b>Lille</b>	Problèmes budgétaires pour la mise en place des projets.
<b>Lyon</b>	L'approche territoriale est très large et nécessiterait une stratégie à l'échelle de la future métropole - beaucoup trop de partenaires pour aborder plus spécifiquement un sujet.
<b>Montpellier</b>	Actuellement, il existe une seule maison médicale de garde destinée à désengorger les services d'urgences et à compléter l'offre de soins sur la Ville.
<b>Nantes</b>	Nantes est au démarrage de la concertation ; la ville n'est pas légitime sur l'organisation des soins sur son territoire compétence autres ( ARS)
<b>Nancy</b>	Notre territoire n'est pas considéré comme prioritaire dans la mesure où le seul critère retenu est celui de la démographie médicale. La question du premier recours est traitée via les MSP, dans un comité ARS Conseil régional où les villes n'ont pas leur place à ce jour.
<b>Orléans</b>	Difficultés parfois de collaboration avec l'ensemble des partenaires; chacun poursuit ses propres objectifs.
<b>Perpignan</b>	Les financements, la complexité du monde de la santé publique pour les élus
<b>Quimper</b>	Les statistiques ne montrent pas les problèmes de fond , l'ampleur du problème n'a pas été suffisamment évalué.
<b>Rennes</b>	La mise en avant de problématiques urbaines concernant l'accès à l'offre libérale n'est pas toujours audible dans un contexte de désertification médicale en milieu rural
<b>Romans sur Isère</b>	Temps et financements
<b>Saint Etienne</b>	Peu de leviers en matière de financement
<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	Les opportunités de financement par l'ARS ; le manque de professionnels de santé Compétence de la ville limitée - démographie médicale
<b>Saint Quentin en Yvelines (CA)</b>	Lourdeur administrative, multi parties prenantes institutionnelles et professionnels libéraux
<b>Strasbourg</b>	-Méconnaissance par les autres institutions des contraintes liées aux compétences et organisations des collectivités territoriales -Agenda des appels à projet des institutions partenaires -Doublon avec les échanges inscrits dans le contrat local de santé
<b>Toulouse</b>	Le maire n'a pas de compétence directe en matière d'offre de soins.

## 4.2. Constats et réalisations concernant les soins de santé primaires locaux

Un des objectifs de cette enquête auprès des Villes-Santé est de pouvoir dresser un état des lieux des modalités de prise en compte de la problématique de soins de santé primaires pour leur propre territoire, des orientations qui en ont découlé ainsi que des réalisations et projets en cours.

### Opinion sur les différentes composantes de l'offre de soins de santé primaires à l'échelle communale ou intercommunale

Les collectivités locales répondantes à l'enquête ont fait part de 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 :

- Satisfaction de l'offre quantitative et qualitative (avec des dispositifs tels que les centres de santé ou les maisons de santé pluri professionnelles soutenus et/ou portés par les communes et intercommunalités), y compris dans les quartiers prioritaires ;
- Réelle volonté des élus d'agir sur l'offre de santé, également celle relative aux soins.
- Dynamisme et diversité des partenaires "santé" ;
- Mobilisation des professionnels de santé ;
- Accès facilité aux soins généralistes et spécialistes en proximité.

Villes/CA/CU	Commentaires
Angers	Une offre diversifiée mais quantitativement insuffisante, notamment dans le domaine médico-social. Une réalité de travail en réseau.
Beaumont	Réelle volonté des élus d'agir dans cette offre.
Grand Nancy	Offre quantitative et qualitative satisfaisante.
Grande Synthe	Maison médicale de garde, médecins et soignants proches du public même en quartier difficile.
Grasse	Pas de désert médical. Un positionnement des professionnels de santé en faveur d'un travail médico social. Une solidarité à renforcer à l'échelle d'un territoire : territoire plus vaste que le seul espace communal.
Grenoble	5 centres de santé implantés en quartiers ZUS et précaires.
Issoire	Assez bonne couverture.
Lille	Présence de nombreux libéraux, hôpitaux, cliniques privées, associations sur la Ville.
Montpellier	La Ville n'a pas de compétence dans ce domaine.
Nantes	Ressources correctes en terme de premiers recours.
Nancy	Densité encore suffisante pour le premier recours et peu de difficultés d'accès aux spécialistes.
Perpignan	Pas encore de désertification médicale.
Quimper	SOS médecins présent et assure la continuité de la prise en charge. Un centre hospitalier avec un service d'urgence. Il y a quelques médecins généralistes prêts à faire évoluer le système d' offre de soins ambulatoires.
Reims	La Ville de Reims est bien dotée en offre de soins : CHU, EPSM et CMP, cliniques, professionnels de santé en grand nombre.
Rennes	une offre de soin dans la palette de spécialités est large. Des praticiens à 98% conventionnés sans dépassement d'honoraires.
Romans sur Isère	Dynamisme et diversité des partenaires santé (associatifs) sur le territoire communal et participation aux actions et à la réflexion.
Saint Etienne	Présence CHU (CHU PASS), fort partenariat avec associations, institutions (CPAM...); forte densité du milieu associatif.
Saint Etienne du Rouvray	L'attachement des professionnels de santé au territoire communal. La mobilisation des professionnels de santé en faveur du maintien d'une offre suffisante de soins de premier recours.
Saint Quentin en	Offre de soins presque complète, Fac des Sciences de la Santé récemment installée sur



<b>Yvelines (CA)</b>	le territoire, nombreux réseaux, associations de professionnels implantées sur le territoire, plateaux techniques hospitaliers diversifiés soit intra-territoire soit en proximité.
<b>Strasbourg</b>	ouverture en 2010 d'une maison urbaine de santé au sein du quartier du Neuhof (à la fois projet libéral de maison pluridisciplinaire et partie prenante du projet territorial de santé de la Ville, avec dans les locaux des permanences de services de la ville). Plusieurs projets en cours sur des quartiers prioritaires de la politique de la ville (ZUS 1 et 2).
<b>Toulouse</b>	Globalement, pas de déficit quantitatif en comparaison aux zones rurales par exemple mais répartition inégale selon les territoires et les spécialités.
<b>Valence</b>	- Des réseaux informels très anciens - De nombreuses ressources locales - Un tissu associatif très riche.
<b>Vandoeuvre Lès Nancy</b>	Bonne démographie médicale, présence de grandes structures de soins (CHU...).
<b>Villeurbanne</b>	Garde libérale médicale bien organisée. Proximité des CHU : accès facilité aux soins. Dynamisme des pharmaciens et des dentistes.

### Les principaux points faibles de l'offre de soins de santé primaires :

- Non pérennité des financements ;
- Difficulté de tisser un lien avec la médecine générale et de créer un réel partenariat ; doublé du problème des liens interprofessionnels relativement faibles (santé, médico-social, etc.) ;
- Certaine fragilité de l'offre : problème de démographie et désert médicaux générant des difficultés de maillage du territoire ; insuffisance de certaines spécialités et manque de certains services (psychiatrie) ;
- Manque d'opérateurs "santé" pour mener à bien la multitude d'actions "santé" ;
- Problème de viabilité de certains dispositifs de santé (à l'instar des centres de santé) ;
- Accès aux soins difficile pour certaines populations (notamment celles résidant dans les quartiers CUCS) ;
- Non recours, voire renoncement aux soins de certains publics précaires (notamment les jeunes) ;
- Difficile coordination des soins parfois inhérente au nombre important d'intervenants et de professionnels, traduisant un travail en réseau complexe.

Villes/CA/CU	Commentaires
<b>Angers</b>	Le lien avec la médecine générale. Les financements non pérennes.
<b>Beaumont</b>	Etant donné la diversité des actions à mener, manque de forces vives.
<b>Cannes</b>	Sur un des quartiers CUCS de la Ville, la répartition géographique des médecins n'est pas équilibrée et le nombre de généralistes et spécialistes va sensiblement diminuer dans les cinq ans à venir.
<b>Grand Nancy</b>	L'exercice collaboratif à soutenir (pôle santé).
<b>Grasse</b>	Mais une fragilité de l'offre (baisse de la démographie médicale à courte échéance, répartition sur la commune, répartition secteur 1 et secteur 2 par rapport à la représentation des populations).
<b>Grenoble</b>	Centres de santé : modèle non viable financièrement.
<b>Issoire</b>	Pas assez de services psychiatriques.
<b>Lille</b>	Parfois difficulté de maillage de ces professionnels (pallier par la mise en place des pôles ressources santé) - Financement de la participation des professionnels souvent sollicités
<b>Nantes</b>	Mauvaise répartition de l'offre: notion de déserts médicaux sur certains quartiers (cartographie de l'offre), mauvaise répartition notamment des spécialistes courbe de l'âge des professionnels (départs à la retraite), notion de non recours notamment pour les publics précaires.
<b>Nancy</b>	Pyramide des âges s'inversant dès 2020
<b>Perpignan</b>	Offre difficilement accessible aux habitants des quartiers CUCS.
<b>Quimper</b>	Départ en retraite des médecins généralistes et certaines autres spécialités. SOS médecins trop cher.
<b>Reims</b>	Le grand nombre d'intervenants et de professionnels de santé rend quelques fois difficile la coordination des soins.
<b>Rennes</b>	Une présence médicale non garantie notamment sur les territoires prioritaires en raison: -des futurs départs à la retraite non remplacés ( 60 % des médecins généralistes ont

	plus de 55 ans) ; -des problématiques d'accessibilité.
<b>Romans sur Isère</b>	Temps et financements, difficulté d'accès aux publics en situation de précarité, pas toujours motivés.
<b>Saint Etienne</b>	Quartiers sous dotés en généralistes. Difficulté de partenariat avec les professionnels libéraux. Renoncement aux soins prégnant pour certaines populations (et notamment les jeunes).
<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	La démographie médicale et l'absence de médecins spécialistes. Médecine générale, soins dentaires et kinésithérapie.
<b>Saint Quentin en Yvelines (CA)</b>	Professionnels vieillissants, densité encore appropriée mais en réalité non car calculée sur la population habitant or beaucoup d'entreprises avec salariés n'habitant pas SQY et consommant des soins sur SQY...
<b>Strasbourg</b>	Hétérogénéité de la couverture territoriale par les acteurs de l'offre de soins de santé primaires, notamment les médecins généralistes : densité moindre dans des quartiers concentrant les populations ayant le plus de besoins de santé, en lien avec leurs difficultés sociales (4 fois moins de généralistes, 40 fois moins de spécialistes).
<b>Toulouse</b>	Pas assez de travail en réseau entre professionnels et entre secteur public et privé (PMI et généralistes par exemple) ; pas assez de liens avec les ASV ou le plan municipal de santé.
<b>Valence</b>	- Evolution défavorable de la démographie médicale - Des indicateurs de précarité préoccupants - Accès aux soins des plus démunis - Information à améliorer sur les ressources de santé sur la ville - Délais d'attente importants : ophtalmologie, gynécologie, dentisterie - Parfois, refus de CMUc, dépassements d'honoraires...
<b>Vandoeuvre Lès Nancy</b>	Manque de coordination entre ces instances et structures, manque de lien entre les professionnels médico-sociaux...
<b>Villeurbanne</b>	Non remplacement des départs à la retraite des médecins généralistes. Exercice isolé en cabinet individuel. Peu de liens inter professionnels. Ressource infirmière faible.

### Les principales insuffisances de l'offre de soins de santé primaires :

Les collectivités locales ont également mentionné les insuffisances plus spécifiquement :

- **pour certains publics** : personnes en situation de grande précarité, isolées, avec des problèmes d'addictions, en situation de souffrance psychique, les jeunes, les personnes âgées (en termes de continuité des soins et de sortie d'hospitalisation), les personnes handicapées, les enfants.

Villes/CA/CU	Commentaires
<b>Angers</b>	Addictions, grande précarité, souffrance psychique.
<b>Beaumont</b>	La jeunesse (ce service concernant les jeunes de 12 à 18 ans en cours de création).
<b>Cannes</b>	Familles dont le revenu moyen par unité de consommation est bien inférieur à la moyenne générale.
<b>Grasse</b>	Une certaine inadéquation offre et public : médecins en secteur 2 surreprésentés.
<b>Lille</b>	Difficulté de toucher les publics les plus isolés (ne fréquentant pas les centres sociaux, n'ayant pas de suivi social). Difficulté pour ces publics d'appréhender le soins (comme l'obésité par exemple), recours tardif aux soins.
<b>Nancy</b>	Tiers payant insuffisant.
<b>Nantes</b>	Difficulté d'accès pour les publics précaires et les familles en difficultés sociales manque de gynéco ophtalmo.
<b>Reims</b>	Constat de problèmes de continuité des soins chez les personnes âgées en sortie d'hospitalisation. Souffrance psychique des jeunes et accès aux services soignants à améliorer.
<b>Rennes</b>	Pour les personnes handicapées, pour les enfants sur l'aspect pédopsychiatrie, étudiants.
<b>Saint Etienne</b>	Renoncement aux soins plus marqué pour certaines populations (et notamment les jeunes)
<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	Pour certains habitants, prendre rendez-vous hors commune auprès d'un médecin spécialiste constitue un frein à l'accès aux soins.
<b>Valence</b>	Mauvaise connaissance des dispositifs existants, notamment en direction des publics précaires (PASS, diaconat, ...).
<b>Villeurbanne</b>	Il existe un déficit dans l'organisation des soins coordonnés et des parcours de soins. Il existe aussi un nomadisme fort des patients qui refusent les soins coordonnés.

- **concernant certains professionnels et disciplines** : psychiatrie (le plus fréquemment cité), addictologie, pédiatre, gynécologue, dentiste, ophtalmologie.

Villes/CA/CU	Commentaires
<b>Angers</b>	Psychiatrie, addictologie.
<b>Cannes</b>	Manque de spécialistes sur ce territoire CUCS notamment : gynécologue/obstétricien, pédiatre...
<b>Grand Nancy</b>	Dans certaines spécialités mais rien qui diffère des constats nationaux.
<b>Grasse</b>	OUI. certaines professions tant en offre de 1 <sup>er</sup> recours qu'en offre de second recours (spécialistes) sont sous représentées.
<b>Grenoble</b>	Manque de couverture par rapport à l'offre de soins en ophtalmo et dentaire.
<b>Nancy</b>	Exercice isolé et peu coordonné.
<b>Perpignan</b>	Manque de certains professionnels (gynécologue, orthophoniste...) pour certains publics avec problème de la langue.
<b>Quimper</b>	Désertification dans certains quartiers ; cela concernera à la longue toutes les disciplines et tout le territoire.
<b>Reims</b>	Constat partagé d'une difficulté d'accès aux soins et de mise en œuvre des traitements chez les personnes précaires ayant la gale.
<b>Rennes</b>	Certaines disciplines : psychiatrie, + file d'attente importante CMP, CMPP.
<b>Saint Etienne</b>	Déficit de dentistes et ophtalmologistes.
<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	Les délais d'attente pour les patients du fait d'une insuffisance de professionnels notamment kinésithérapeute.
<b>Toulouse</b>	Insuffisance : délai accès consultation psychiatrie publique trop long.
<b>Valence</b>	Ophtalmologie , gynécologie, dentisterie.

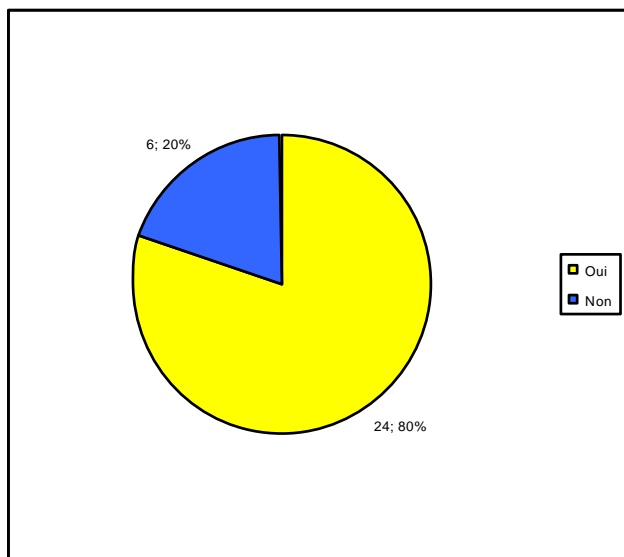
- **pour certains territoires** : quartiers CUCS et ZUS.

Villes/CA/CU	Commentaires
<b>Grasse</b>	Sur représentation des médecins en secteur 2 par rapport aux moyennes régionales et départementales, notamment sur le territoire CUCS.
<b>Grenoble</b>	En particulier dans les ZUS.
<b>Reims</b>	Oui, quartiers ZUS.
<b>Rennes</b>	Moindre présence médicale en CUCS.
<b>Romans</b>	Zones CUCS, zones rurales.
<b>Saint Etienne</b>	Quartiers sous dotés.
<b>Saint Quentin en Yvelines (CA)</b>	Les quartiers CUCS ont une démographie plus faible (13 quartiers en CUCS). Difficulté pour obtenir soins dentistes, ophtalmo, gynéco... Certains omnipraticiens refusent de nouveaux patients...
<b>Toulouse</b>	Peu de spécialises en territoire ZUS.
<b>Valence</b>	ZUS : problème de démographie médicale.

### Inscription de la thématique des soins de santé primaires en termes d'organisation, de coordination et d'accès dans les orientations de santé des villes ou intercommunalités

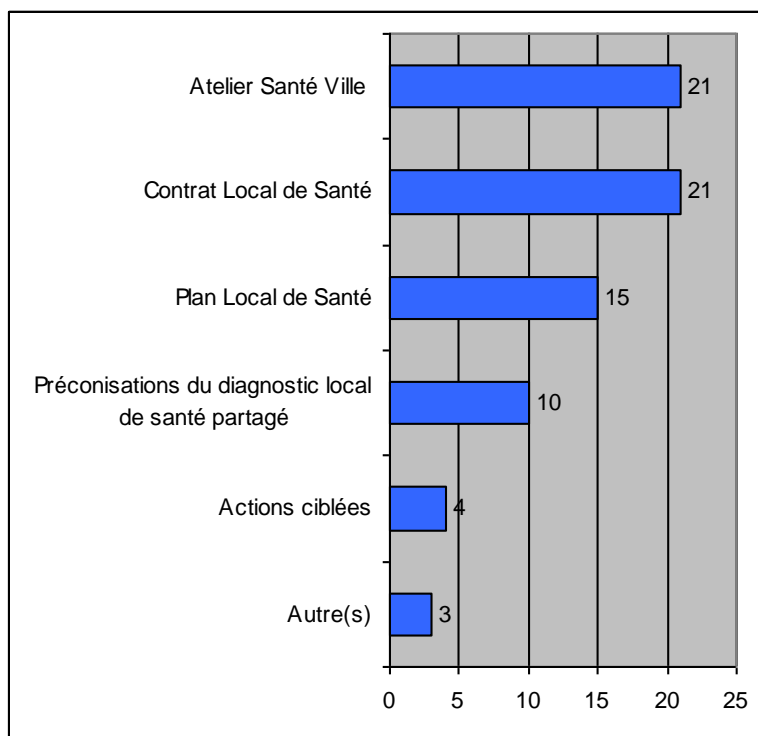
On note que 80% des Villes-Santé répondantes à l'enquête (24 sur 30) ont indiqué avoir inscrit la thématique des soins de santé primaires (en termes d'organisation, de coordination et d'accès) dans leurs orientations "santé".

**Figure n°11 : Inscription de la thématique des soins de santé primaires dans les orientations de santé des villes-Santé (n=30).**



Ces orientations "soins de santé primaires" sont fléchées le plus fréquemment dans le cadre du Contrat Local de Santé (cité 21 fois) et de l'Atelier Santé Ville (21). Moins souvent, ont été mentionnés le Plan Local de Santé (15) et les préconisations formulées dans le cadre du diagnostic de santé local (10). Plus rarement, les actions ciblées (4) et autres (3 : plan de promotion de la santé, dispositif d'adultes relais, plan de mandat) ont été cités par les collectivités répondantes à l'enquête.

**Figure n°12 : Inscription de la thématique des soins de santé primaires dans certains cadres formels à l'échelle communale ou intercommunale (plusieurs réponses possibles).**



Les principaux objectifs ou orientations en matière de soins de santé primaires définis par les Villes et les intercommunalités 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.

Villes/CA/CU	Commentaires
<b>Angers</b>	-Contrat Local de Santé en Santé Mentale : repérage précoce et prévention, gestion des urgences, parcours de santé, insertion dans la cité. -Atelier Santé Ville avec un plan local sur un quartier : renforcer l'animation de réseau et la communication, favoriser l'accès aux droits et aux soins, agir sur les déterminants de santé. -Noxambules : prévention et réduction des risques auprès des jeunes sur l'espace public.
<b>Aubagne</b>	Equipe mobile, mise en place de consultation médicale sur un accueil de jour afin de faciliter l'accès aux soins ou le recours tardif.
<b>Beaumont</b>	-Aménagement de parcours dans la ville clairement identifiés précisant la durée du trajet en cours d'aménagement. -Information sur les addictions pour les jeunes. -Conférence pour les personnes âgées sur l'alimentation.
<b>Blois</b>	-Faciliter l'accès au droit et aux soins pour tous. -Attirer et maintenir les professionnels de santé.
<b>Cannes</b>	-Favoriser l'accès à la prévention et aux soins chez les jeunes ados et jeunes adultes en situation de fragilité. -Soutenir et favoriser les accompagnements des publics précaires. -Favoriser la prévention et l'accès aux soins des personnes sans domicile fixe.
<b>Cherbourg-Octeville</b>	Pôles de santé libéraux, développement de la permanence d'accès aux soins pour les plus démunis, améliorer l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé, réflexion sur les parcours de soins.
<b>Grand Nancy</b>	-Favoriser l'accès aux soins pour les populations fragiles. -Améliorer le recours aux droits sociaux (régime obligatoire, complémentaire / CMUc, ACS et AME...) partie intégrante de l'accès aux soins.
<b>Grasse</b>	-Mise en place d'une Plateforme de santé à l'échelle du territoire du pays grassois (41 Communes), incluant sur Grasse une maison de santé pluri professionnelle, ou un pôle de santé avec point d'accueil santé, et un maillage sur le haut pays. -Contrat local de santé en cours de préparation.
<b>Grenoble</b>	Plan Municipal de santé : 5 <sup>ème</sup> axe (sur 6) : réorienter le fonctionnement du système de santé pour l'améliorer Objectif 1 : améliorer l'accès aux soins de santé de base (droits, primaires) et à la prévention. Objectif 2 : Contribuer à la bonne adéquation du financement des services de santé.
<b>Lille</b>	-Promouvoir le recours aux soins pour tous (pôles ressources santé, médiatrice santé). -Mettre en place et coordonner des actions de prévention primaire et secondaire (alimentation, addictions, réduction des risques, environnement).
<b>Lyon</b>	Accès aux droits et aux soins /aide à la création de nouvelles ressources sanitaires (maisons de santé)/permanence des soins (MMG).
<b>Nantes</b>	-Mise en place par la ville d'une aide à la complémentaire santé. -Création d'une maison pluridisciplinaire de santé. -Restructurer l'accès des soins des plus précaires notamment de la PASS actuellement pas accessible pour les publics précaires nantais.
<b>Nancy</b>	-Améliorer l'accès à l'offre de santé pour les habitants du Grand Nancy : améliorer l'accès aux soins de premiers recours, notamment pour les populations les plus fragiles -Accompagner les projets de santé pluri professionnels dans les quartiers populaires - Développer la connaissance et la prise en compte des besoins des publics spécifiques par les PS premier recours -Améliorer l'accès aux soins dentaires pour publics précaires/fragiles -Conforter et développer le suivi des personnes en situation d'exclusion.
<b>Orléans</b>	Faciliter la réalisation des maisons de santé pluridisciplinaires pour pallier et anticiper la carence de médecins généralistes à l'horizon 2014.
<b>Perpignan</b>	Création d'un Centre de Santé de proximité ; articulation avec la PMI , la PJJ et l'Education Nationale pour l'accompagnement des familles après les bilans ; articulation avec le centre d'examen de la CPAM.
<b>Reims</b>	Le contrat local de santé est en cours d'élaboration. Des fiches actions sont prévues sur : * l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité ayant la gale * l'ouverture prochaine d'une maison de santé pluridisciplinaire dans un des quartiers ZUS (suite à un diagnostic antérieur « atelier santé ville). * la création d'un point d'accueil et d'écoute jeunes * la mise en œuvre du conseil local de santé mentale, appelé à Reims « conseil local autour de la souffrance psychique » * le plan canicule pour les personnes âgées ou handicapées à domicile.

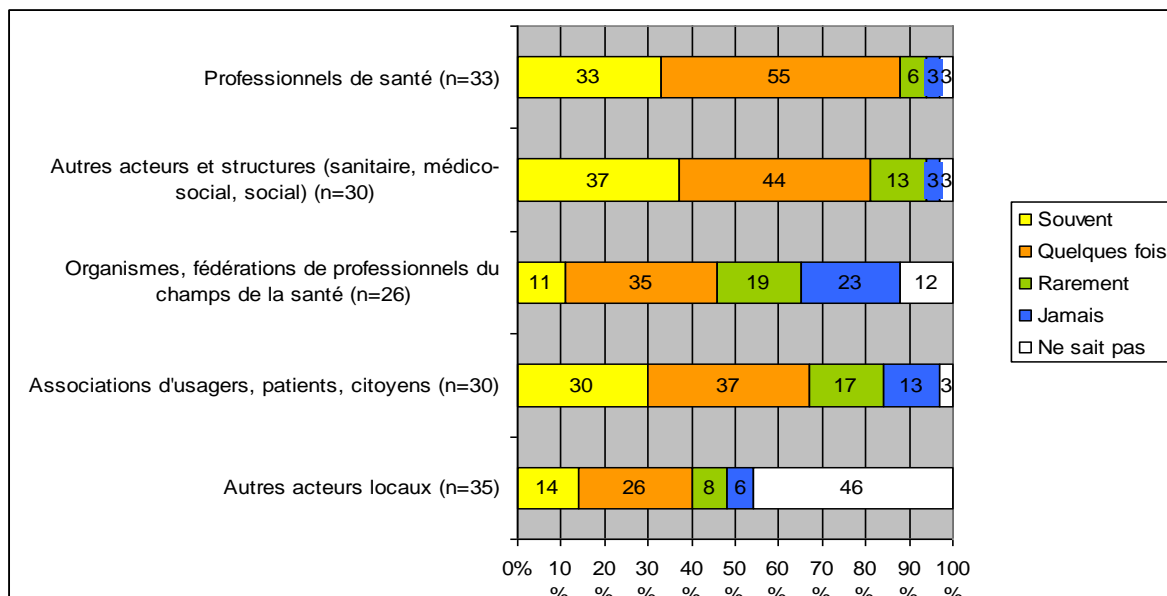
<b>Rennes</b>	-Diagnostic sur l'offre de soin libérale sur le territoire, accompagnement aux pratiques et réflexion sur l'attractivité de cette offre ( appui Maison de santé) -Information des professionnels ( sociaux, animateurs locaux) sur l'accès aux soins.
<b>Romans sur Isère</b>	Réduction des inégalités d'accès aux soins.
<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	Améliorer la coordination locale des professionnels de santé et les conditions d'exercice dans le cadre de la création d'un réseau afin de favoriser l'attractivité du territoire auprès des professionnels de santé : traitement des urgences médicales par exemple afin de faciliter l'accueil de stagiaires tout particulièrement.
<b>Saint Quentin en Yvelines (CA)</b>	Impulser la démarche de mise en place d'un pôle de santé à partir de la création de MSP (en lien avec l'Université et les réseaux...).
<b>Strasbourg</b>	Finalité : réduction des inégalités sociales et territoriales de santé DDOC santé Plan santé CUS CLS Ville, axe Programmation ASV
<b>Valence</b>	- Transformer de l'Espace Santé Jeunes en centre municipal de santé pour les jeunes - Accompagner le pôle de santé des hauts de valence et son organisation en trois lieux de consultations sur deux territoires CUCS - Poursuivre toutes les actions de promotion de la santé et parentalité - Développer l'accompagnement thérapeutique à travers les activités de la Maison Relais Santé.
<b>Vandoeuvre Lès Nancy</b>	Former les partenaires locaux sur les démarches et dispositifs existants en matière d'accès soins/droits, mettre en place des actions à destination des publics en difficulté (actions d'information, de dépistage...).
<b>Villeurbanne</b>	-Maintenir une offre accessible et de qualité -Favoriser les parcours de soins intégrés (MSP) -Réduire les inégalités sociales d'accès aux soins (assurer les projets dans les quartiers "politique de la ville").

### Interpellations et sollicitations inhérentes à la problématique des soins de santé primaires

Ces dernières années, la prise en compte de la problématique de l'organisation, de la coordination et de l'accès aux soins de santé primaires par les Villes-Santé s'est effectuée suite à des interpellations de différents acteurs.

- Ce sont **88%** des Villes-Santé qui ont été interpellées (dont 33% souvent et 55% quelques fois) par des **professionnels de santé** à ce sujet.
- Elles sont **81%** à l'avoir été également (dont 37% souvent et 44% quelques fois) par des **acteurs et structures des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux**.
- Aussi, **67%** des Villes-Santé ont été interpellées par des **associations d'usagers, patients et habitants** (30% souvent et 37% quelques fois).
- **46%** des collectivités locales répondantes à l'enquête ont été contactées par des **organismes, fédérations de professionnels de la santé** (11% souvent et 35% quelques fois).
- Enfin, **40%** d'entre elles ont été interpellées par d'**autres acteurs locaux** (14% souvent et 26% quelques fois).

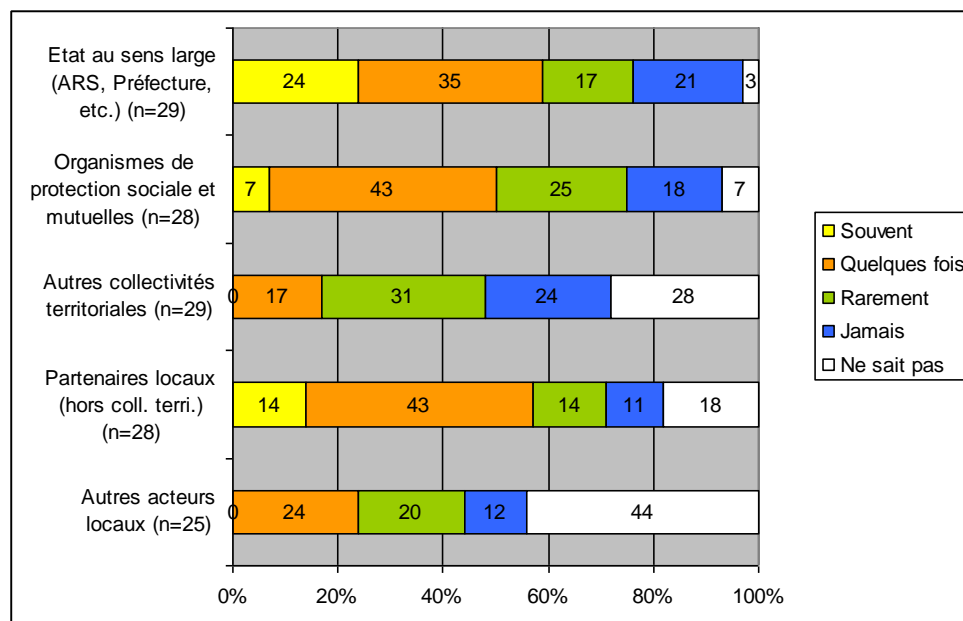
**Figure n°13 : Fréquence des interpellations des Villes-Santé par les différents acteurs concernés par les soins de santé primaires.**



Outre les interpellations par les acteurs et professionnels concernant la problématique des soins de santé primaires, les Villes-Santé ont fait l'objet de sollicitations de part d'une multitude d'acteurs et partenaires.

- En effet, **59%** des collectivités locales répondantes à l'enquête ont été sollicitées par des **services de l'Etat** (24% souvent et 35%quelques fois).
- **57%** l'ont été aussi par des **partenaires locaux (hors collectivités territoriales)** dont 14% souvent et 43% quelques fois).
- Ce sont **50%** des villes-Santé qui ont été sollicitées par des **organismes de protection sociale et des mutuelles** (7% souvent et 43% quelques fois).
- Moins fréquemment , elles ont été sollicitées par d'autres acteurs locaux (24% quelques fois) et d'autres collectivités territoriales (17% quelques fois).

**Figure n°14 : Fréquence des sollicitations des Villes-Santé par les différents acteurs concernés par les soins de santé primaires**





<b>Grasse</b>	Appel à projet conjoint : ARS et Conseil Régional + appel à projet ACSE sur l'offre de soins de premiers recours en secteur CUCS 1.
<b>Quimper</b>	Les acteurs locaux n'ont pas encore pris la mesure du problème.
<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	C'est la Ville qui a pris l'initiative des démarches en vue d'un CLS à l'issue du diagnostic local de santé.
<b>Saint Quentin en Yvelines (CA)</b>	Le plus souvent, la prise en compte est à l'initiative de la CA.
<b>Strasbourg</b>	Dans le projet de mandat municipal, la volonté de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé intègre d'emblée la proposition de création d'une maison urbaine de santé. Donc conjonction entre volonté d'acteurs locaux et volonté municipale, portée par les élus et les services.
<b>Toulouse</b>	Dans le cadre d'un projet de MSP en territoire CUCS.

### Mise en œuvre d'actions et de dispositifs par les villes ou intercommunalités en matière de soins de santé primaires

Les villes-Santé ont fait part de leurs actions et dispositifs concernant les soins de santé primaires qu'elles ont mis en œuvre ou pour lesquels elles se sont investies.

### **Actions visant l'accès aux soins pour les habitants (financier, social, géographique) (hors CCAS, CIAS, etc.) :**

<b>Aide financière pour l'utilisateur (pour couverture santé complémentaire, aide financière pour soins...)</b>	<b>Descriptif</b>
<b>Cherbourg-Octeville</b>	Via le CCAS. A noter à ce sujet que le CCAS de la collectivité participe pleinement au plan de promotion de la santé.
<b>Grande Synthe</b>	Aide ponctuelle par le CCAS.
<b>Lille</b>	Aides CCAS/régie directe/Ville totale
<b>Nantes</b>	Aide à la complémentaire santé par la ville (service des solidarités ex-CCAS).
<b>Romans sur Isère</b>	La commission de secours CCAS.
<b>Saint Etienne</b>	Non / projet d'orienter les aides du CCAS vers l'accès aux mutuelles.
<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	Aide ou avance remboursable du CCAS.
<b>Strasbourg</b>	Aides financières pour le paiement de factures de soins et réflexion sur participation à l'ACS. Régie directe (aides locales). Ville totale.
<b>Valence</b>	Espace Santé Jeunes : Consultations médicales.
<b>Vandoeuvre Lès Nancy</b>	Convention prochainement signée entre le CCAS de Vandoeuvre et la FNARS dans le cadre de la mutuelle santé précarité.
<b>Villeurbanne</b>	Aides individuelles exceptionnelles accordées par le CCAS. Régie directe. Ville.

<b>Accompagnement social de l'utilisateur</b>	<b>Descriptif</b>
<b>Angers</b>	Médiateurs santé (2009). Adultes relais santé (2012). Co-financement. Ville CUCS.
<b>Beaumont</b>	Assistants sociaux du Conseil général.
<b>Cannes</b>	Subvention pour le centre social MJC Ranguin (2009).
<b>Grande Synthe</b>	Mise en place d'une permanence avec une conseillère pour remplir les dossiers complémentaire santé.
<b>Grasse</b>	Oui. en 2005. Co-financeur. CUCS
<b>Grenoble</b>	CCAS+ASV. Ville. ZUS.
<b>Lille</b>	Par les travailleurs sociaux de la Ville et la médiatrice santé. Régie directe (financement Conseil Général, ARS, DDCS)/Ville totale.
<b>Lyon</b>	Dispositif accompagnement des personnes âgées Mobiseniors/subvention annuelle 10500 ; créé en 2000 / co-financeur et membre d'un comité technique/territoire CUCS.
<b>Nantes</b>	Oui.
<b>Rennes</b>	CCAS.
<b>Romans sur Isère</b>	CCAS.
<b>Strasbourg</b>	Intégré dans le fonctionnement de l'action sociale territorialisée, compétence ville par délégation du CG 67. Régie directe (personnel de la collectivité). Ville totale, renforcement en ZUS.
<b>Toulouse</b>	Dans le cadre des ASV ou de la coordination inter services (SCHS - secteur social du CG et psychiatrie dans le cadre d'un protocole).



<b>Valence</b>	Espace Santé Jeunes : accompagnement administratif (ouverture de droits, ...).
<b>Vandoeuvre Lès Nancy</b>	Pas encore d'actions mises en place, se fera ultérieurement, en cours de réflexion.
<b>Villeurbanne</b>	Subvention. Co-financeur : coordinateur et mise à disposition de locaux. Ville.

<b>Système de transport des patients</b>	<b>Descriptif</b>
<b>Grande Synthe</b>	Pour les personnes âgées.
<b>Grasse</b>	Oui. en 2005. Action de médiation santé. Co-financeur. CUCS.
<b>Perpignan</b>	Par l'espace séniors du CCAS territoire de la ville.
<b>Romans sur Isère</b>	CCAS.
<b>Saint Etienne</b>	Oui : financement transport vers PASS. Convention avec société Transports. Ville.
<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	Mobilibus utilisable intra-muros pour les seniors à mobilité réduite.
<b>Strasbourg</b>	Tarification sociale des transports urbains (2011). Co financeur (Communauté urbaine). Ville totale.

<b>Autres aides</b>	<b>Descriptif</b>
<b>Angers</b>	Psychologue territorial. Collectifs santé. Régie directe : coordinateur. Ville CUCS.
<b>Grand Nancy</b>	Aide à l'achat d'un ticket transport pour CMUc (50 %).
<b>Lyon</b>	Dispositif de médiation santé / subvention de 20000 / créée en 2011/ co financeur et coordination de comité techniques tous les 2 à 3 mois/ sur 3 quartiers CUCS.
<b>Nancy</b>	Mise en place d'une offre Mutuelle réseau : panier de soins accessible via un réseau d'associations et de CCAS formés à l'accès aux droits santé.
<b>Perpignan</b>	Financement d'associations (ex: CODES 66) territoire de la ville.
<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	En cours de création : pack santé jeune et chèque Bonus santé 20 euros pour l'achat de produits santé : contraceptifs, produits dermatologiques, substitut nicotinique, protections auditives, éthylotests.
<b>Saint Quentin en Yvelines</b>	Information aux usagers pour l'accès à la prévention et aux soins.
<b>Strasbourg</b>	Dispositif partenarial pour faciliter les activités physiques modérées pour les malades chroniques (obésité, diabète, MCV, HTA). Co-financeur. Ville totale.
<b>Toulouse</b>	Un centre de santé de premier recours : généralistes, vacation pass psy, psychologue au CCAS.

### Aides à l'installation et/ou au maintien des professionnels de santé :

<b>Aides fiscales et financières</b> (prime à l'installation, exonération de taxe professionnelle, etc.)	<b>Descriptif</b>
<b>Nantes</b>	Zone franche dans le grand projet bellevue de rénovation urbaine.
<b>Romans sur Isère</b>	UGRM subvention de fonctionnement à 2 centres des santé mutualistes sur des zones CUCS.
<b>Strasbourg</b>	Mobilisation du FEDER pour création de maisons urbaines de santé. Partenaire pour mise à disposition. ZUS.

<b>Mise à disposition de locaux</b>	<b>Descriptif</b>
<b>Grande Synthe</b>	Oui.
<b>Grenoble</b>	Oui pour les centres de santé.
<b>Nantes</b>	Cabinet infirmier ACSCRN.
<b>Montpellier</b>	En 2011, mise à disposition de la maison médicale de garde.
<b>Romans sur Isère</b>	CCAS.
<b>Reims</b>	Mise à disposition de salles de réunion ou de permanences à de nombreuses associations. Ville entière.
<b>Rennes</b>	Recherche de locaux ( et vente), vente locaux ville aux professionnels zones concernées : CUCS.
<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	Location éventuelle de locaux dont la ville est propriétaire.
<b>Saint Quentin en Yvelines</b>	En cours de réflexion.
<b>Strasbourg</b>	Mobilisation des bailleurs sociaux de la collectivité pour offres de location aux promoteurs de maisons urbaines de santé. Partenaire pour mise à disposition. ZUS.

Mise à disposition de logement	Descriptif
Saint Etienne du Rouvray	Accompagnement éventuel auprès des bailleurs sociaux pour la location d'un logement.

Prise en charge tout ou partie des frais (investissement, fonctionnement)	Descriptif
Grenoble	Oui : 712 000€ de subvention annuelle pour les centres de santé (en sus des locaux mis à disposition).
Lyon	4 MMG/subvention de 70 000 € annuels pour les loyers et charges locatives et 10000 € pour le petit équipement durant les 4 dernières années/ co financeur et coordination du COPIL annuel en présence de l'ARS/ une MMG dans un quartier CUCS.
Reims	Subventions à de nombreuses associations à caractère sanitaire. Simple partenaire. Ville entière.
Saint Etienne	Oui MSP. Co-financement.ZFU+CUCS 1.
Strasbourg	Pour un projet conjoint de maison urbaine de santé et de centre médicosocial, investissement de la collectivité pour mise à disposition du terrain, construction et location. Co-financeur. ZUS.

Autre(s)	Descriptif
Grand Nancy (CU)	Location de locaux.
Nantes	Subvention aux associations.
Saint Etienne du Rouvray	Accompagnement des professionnels de santé par le département des affaires économiques dans la recherche de locaux à louer.
Villeurbanne	Ingénierie de projet (MSP) Quartiers ZUS depuis 2012. Régie directe. ZUS.

### Promotion de l'exercice regroupé et pluri-professionnel :

Centres de santé	Descriptif
Grenoble	Oui, 5 centres de santé. Convention subvention. ZUS.
Perpignan	1 régie directe avec financement extérieur.
Romans sur Isère	2 centres de santé mutualistes.
Saint Quentin en Yvelines (CA)	Il existe un Centre communal de santé sur le territoire de la CA.
Toulouse	1 centre de santé au CCAS.
Valence	Transformation de l'Espace santé jeunes en centre municipal de santé pour jeunes (dernier trimestre 2013).

Maisons de santé pluri professionnelles	Descriptif
Angers	1 MSP 2012/2013. Co-financeur et animateur prévention. CUCS.
Cannes	En projet.
Grasse	Projet en cours de MSP ou Pôle de Santé à définir avec les professionnels. Ville a impulsé le projet – la ville est à ce jour partenaire coordinateur et partenaire opérationnel pour la mise à disposition de locaux. Ville et notamment quartier CUCS.
Orléans	En projet : 2 dont 1 en phase de concrétisation.
Reims	1 MSP ouverture prévue en 2014/2015. Ville partenaire financier dans le cadre ANRU. Délégation construction et gérance à un bailleur social. Quartier classé en ZUS et RRS.
Rennes	Maison médicale du Gast, Ville non associée.
Saint Etienne	Maison de santé. Co-financement.ZFU+CUCS 1.
Saint Quentin en Yvelines (CA)	En cours de réflexion.
Strasbourg	Maison de santé urbaine du Neuhof, avril 2011. Plusieurs projets de MSU en cours, une ouverture prévue fin 2013 et deux prévues pour 2015. Mobilisation bailleur social de la collectivité ; soutien pour le financement. ZUS – ZFU CUCS.
Valence	2 projets sont en cours (Canteloube été 2014 et quartier du Plan à définir).

Pôles de santé	Descriptif
Saint Quentin en Yvelines (CA)	En cours de réflexion.
Valence	Pôle de santé des Hauts de Valence (créé nov. 2012).

Réseaux de santé	Descriptif
<b>Grand Nancy (CU)</b>	7 qui vont se regrouper en un de proximité pour le Grand Nancy , sous l'impulsion de l'ARS.
<b>Grasse</b>	Réseau gérontologique présent depuis 2002 sur le territoire - géré par association de professionnels AG3. Participation de la Ville aux AG de l'Association. Ville + communes avoisinantes.
<b>Grenoble</b>	Oui, partenariat avec le réseau ANAIS (orthophoniste). Participation et soutien au réseau Pédiatrie Obésité REPOP.
<b>Lille</b>	Pôles ressources santé (1 dans chacun des 6 quartiers CUCS), commission santé pour les 4 quartiers hors CUCS)/régie directe/Ville totale réseau santé solidarité/partenaire/Ville totale.
<b>Nantes</b>	Non en dehors des réseaux locaux de santé publique déclinés par territoire.
<b>Romans sur Isère</b>	Réseau addiction, réseau sexualité.
<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	En cours de création.
<b>Saint Quentin en Yvelines (CA)</b>	Plusieurs réseaux interviennent sur le territoire voire y sont implantés.
<b>Strasbourg</b>	Organisation d'une prise en charge coordonnée de l'obésité des enfants dans 3 quartiers de la ville, appuyée sur la PMI (ville), la santé scolaire (ville) et les politiques municipales favorables à l'activité physique (éducation, sport...) dans le cadre du contrat local de santé. Co-financeur. 3 quartiers ZUS 1 et 2.
<b>Toulouse</b>	Transfert de l'animation d'un réseau santé précarité du CHU vers la ville (sans moyens).

Autre(s)	Descriptif
<b>Beaumont</b>	Service de soins à domicile co-financeur à l'ouverture dans le cadre cantonal.
<b>Cherbourg-Octeville</b>	Permanence d'accès aux soins.
<b>Grasse</b>	Projet de plateforme de santé sur le territoire des 41 communes du bassin grassois. Ville de Grasse : porteur institutionnel. 41 communes du bassin grassois.
<b>Nantes</b>	PSS CLAT Médecin du monde.
<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	Dans le cadre du groupe de travail avec les professionnels de santé et de la création d'un réseau, projet en cours - étude de faisabilité d'un dispositif destiné au traitement des consultations non programmées.
<b>Saint Quentin en Yvelines</b>	IPS, Géroncap...
<b>Valence</b>	Maison relais santé.

Dans le cadre de la mise en œuvre des actions et dispositifs précédemment cités dans les tableaux ou les projets en cours concernant les soins de santé primaires pour leur propre territoire, les Villes-Santé répondantes à l'enquête ont fait part des apports/plus values qu'elles percevaient et des difficultés rencontrées.

#### Les principaux apports et plus values :

- Amélioration des parcours santé et de la qualité de la prise en charge sur la base d'actions et de soins de qualité, en diversité et en proximité ;
- Développement du phénomène de l'acculturation entre les acteurs et professionnels dans le cadre de réseaux en termes de coordination, d'observation, de partage de connaissances et d'expériences (échanges de pratiques, décloisonnement du secteur médico-social/social/sanitaire,...) ;
- Volonté partenariale renforcée (avec une forme de convergence et de mise en synergie des moyens) pour une mise en cohérence des actions sur le territoire d'une part et une articulation de l'offre de soin et celle de prévention d'autre part.

Villes/CA/CU	Commentaires
<b>Angers</b>	Des possibilités d'actions capitalisables à différents niveaux de la chaîne d'accès aux soins.
<b>Beaumont</b>	Les jeunes sont accueillis et mieux informés. Les personnes âgées peuvent choisir de vivre plus longtemps à leur domicile dans le cadre du plan d'intervention général d'aménagement des logements insalubres meilleure qualité de vie.
<b>Grande Synthe</b>	Villes oms, volonté politique.
<b>Grasse</b>	Convergence et mise en synergie des moyens des financeurs au service des dispositifs MSP : soutien au diagnostic (ARS, CUCS, Conseil Régional), perspective de mise à disposition du projet, d'un chef de clinique universitaire...

<b>Grenoble</b>	-Réseaux = coordination des acteurs et amélioration des prises en charge.
<b>Lille</b>	-Résolution de problématiques complexes individuelles via les interventions des réseaux -Echanges de pratiques, décloisonnement médico-social.
<b>Lyon</b>	-Soutien financier de l'Acse 20 000 € pour le montage du projet MSP quartier Mermoz -Mobilisation des professionnels -Existence d'une plateforme régionale pour les professionnels pour échanger sur les projets ou dossiers en cours de centres de santé.
<b>Perpignan</b>	En cours d'élaboration dans le cadre du CLS.
<b>Reims</b>	Cette MSP permettra d'offrir aux habitants du quartier une diversité de soins et d'actions de qualité et de proximité.
<b>Rennes</b>	Dynamique de réseau, collaboration avec les professionnels de santé renforcée.
<b>Romans sur Isère</b>	Meilleure connaissance des divers partenaires, pour complémentarité et partenariat renforcé.
<b>Saint Etienne</b>	- Articulation de l'offre de soins et de l'offre en prévention - Développement d'une dynamique territoriale
<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	Vision partagée des besoins du territoire.
<b>Saint Quentin en Yvelines (CA)</b>	Mise en cohérence des projets facilitée.
<b>Strasbourg</b>	Volonté conjointe Ville et ARS de mettre au point une véritable prise en charge coordonnée de l'obésité infantile, s'appuyant sur les compétences respectives.
<b>Valence</b>	- évolution des structures et des pratiques professionnels afin d'être au plus près des besoins des habitants - réorganisation de l'offre de soins sur les quartiers « politique de la ville » - dynamique créée par le pôle de santé - ouverture des professionnels de santé libéraux vers des actions de prévention - maintien des professionnels de santé sur des territoires où les besoins en matière de santé et de prévention sont croissants.
<b>Vandoeuvre Lès Nancy</b>	Pas encore d'actions mises en place, en cours de réflexion avec les partenaires.
<b>Villeurbanne</b>	Meilleure connaissance des professionnels de santé, deviennent acteurs du projet de santé du territoire-> changement de paradigme pour eux.

### Les principales difficultés rencontrées :

- Non pérennité des financements (y compris pour certains dispositifs tels que les maisons de santé pluri professionnelles) et faiblesse des moyens.
- Mise en concurrence d'opérateurs santé en lien avec les appels à projets.
- Complexité du montage et de l'accompagnement à la mise en place de certains dispositifs de regroupements de professionnels de santé (multiplicité des acteurs, mobilisation des professionnels de santé, recherche de consensus sur le projet, coût du foncier, lieu d'implantation, aspects juridiques,.....).

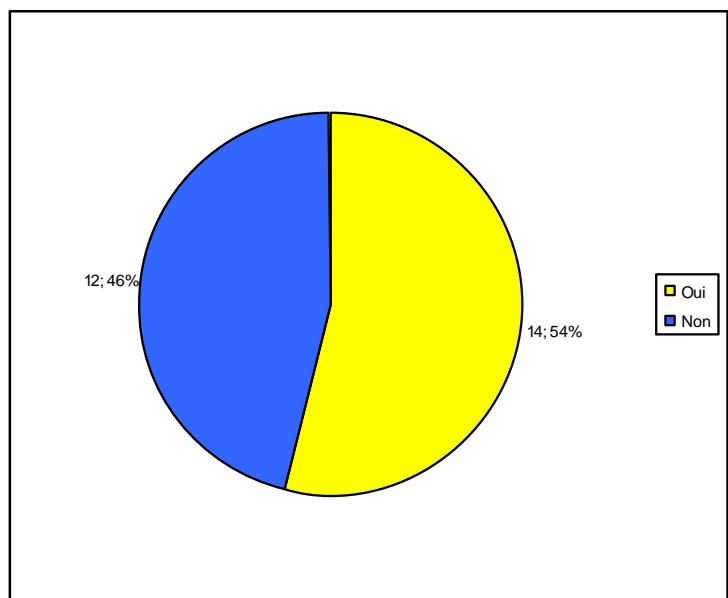
Villes/CA/CU	Commentaires
<b>Angers</b>	Durabilité des financements.
<b>Beaumont</b>	Convaincre les jeunes à venir s'exprimer, savoir communiquer sur l'ensemble des actions engagées ou existantes.
<b>Grande Synthe</b>	Financement.
<b>Grasse</b>	les projets de MSP et Pôle sont en cohérence avec les orientations institutionnelles actuelles. Néanmoins, on constate une diversité des positionnements des différents types de professionnels, et des mêmes types de professionnels entre eux. La question des financements reste aiguë : financement de l'investissement, du démarrage, mais quid du fonctionnement à long terme. La question des modes de rémunérations des professionnels de santé dans un exercice rénové reste aiguë. c'est un terrain un peu neuf, qui reste à construire : avec du coup toutes les ambiguïtés positives ou négatives
<b>Grenoble</b>	Mise en concurrence des opérateurs santé/appel à projets CUCS/ARS qui génère des redondances.
<b>Lyon</b>	Foncier très rare - coût du loyer futur des bâtiments à construire - possibilité de subventions d'investissement par la Région, département, Préfecture versées uniquement à une collectivité locale et non à un bailleur.
<b>Nantes</b>	Rengorgement de la PASS par les populations migrantes (85%).
<b>Reims</b>	Montage du projet.
<b>Romans sur Isère</b>	Manque de moyens.

<b>Saint Etienne</b>	- Lourdeur de l'accompagnement MSP - Multiplicité des intervenants
<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	Financement des regroupements de professionnels ou des dispositifs de mutualisation des moyens.
<b>Saint Quentin en Yvelines (CA)</b>	Multi institution, multi partenariat, pluri professions, multisectoriel (santé, politique, urbanisme, dév. économique...), complexité juridique et financière, ...
<b>Strasbourg</b>	Divergence d'approche entre la proximité au sein des quartiers portée par toutes les composantes de la politique municipale et l'approche thématique résultant du choix par l'ARS d'un appel à projet pour le reste du territoire.
<b>Valence</b>	Difficultés à trouver des professionnels de santé (libéraux ou salariés).
<b>Vandœuvre Lès Nancy</b>	Pas encore d'actions mises en place, en cours de réflexion avec les partenaires.
<b>Villeurbanne</b>	-Le temps -Recherche de consensus sur le projet -Recherche de lieu d'implantation dans un secteur urbain.

### Projets en phase de maturation

Plus de la moitié des Villes-Santé répondantes à l'enquête (54%) ont indiqué avoir actuellement des projets en matière de soins de santé primaires en cours de maturation.

**Figure n°15 : Existence de projets en cours concernant les soins de santé primaires non aboutis (n=26).**



Ces projets en cours concernent surtout : la réalisation de diagnostics de santé, la conduite d'études de faisabilité (MSP, consultations non programmées,...), la création de dispositifs de santé (maison de santé pluri professionnelle, pôle de santé, dispensaire de proximité, maison de santé urbaine, centre de santé...).

Villes/CA/CU	Commentaires
<b>Angers</b>	Santé mentale dans le cadre du Contrat Local de Santé. Le diagnostic partagé est terminé.
<b>Cannes</b>	Projet de création d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire. Accord de l'ARS Paca Phase d'étude et de faisabilité par l'ORU Paca.
<b>Cherbourg-Octeville</b>	Pôle de santé.
<b>Grasse</b>	Plateforme de santé grasse et pays grassois comprenant une MSP ou un pôle sur Grasse et un maillage sur le territoire du pays grassois. axes d'action de la plateforme : offre de soins, prévention, formation, éducation thérapeutique du patient, télémédecine. Diagnostic socio sanitaire statistique du territoire effectué. Audit et mobilisation des professionnels de santé en cours pour la construction du projet de santé à la fois de la plateforme et des MSP.

	Identification de lieux d'implantation réalisée. Préparation du budget prévisionnel de la structure en cours .
<b>Lyon</b>	2 MSP : l'une en attente de l'acceptation par l'Etat de la réaliser au sein d'un bâtiment du CROUS, la 2ème problème d'échéance de la construction par un bailleur social (2018) et du coût du loyer futur. Centre de santé dans le 7ème arrondissement : recherche de foncier centre de santé à Gerland.
<b>Nancy</b>	Etude de faisabilité dans un quartier politique de la ville en cours de rénovation urbaine.
<b>Nantes</b>	Maison médicale et dispensaire à l'horizon 2015. CLSA coordination des partenaires.
<b>Orléans</b>	MSP Argonne : projet santé et architectural abouti; ouverture en 06/2014. Autre MSP à l'étude.
<b>Quimper</b>	Pour l'instant, nous en sommes qu'au diagnostic et en ramant dans un courant hostile.
<b>Rennes</b>	Appui pour la mise en place d'un pôle santé dans un quartier prioritaire.
<b>Romans sur Isère</b>	En cours de réflexion.
<b>Saint Etienne</b>	-finalisation mise en place MSP -structuration du partenariat sur l'accès aux droits de santé dans le cadre du CLS -mise en place du partenariat avec ARS sur l'offre de soin (et notamment aide à l'installation des professionnels libéraux).
<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	Etude de faisabilité d'un dispositif destiné au traitement des consultations non programmées.
<b>Strasbourg</b>	- Présentation en copil des contrats locaux de santé le 2 juillet 2013 de l'organisation conjointe de la prise en charge coordonnée de l'obésité infantile. Mise en œuvre programmée fin 2013. - Projets de maisons urbaines de santé en voie de concrétisation: Cité de l'III (démarrage fin 2013), HautePierre (fin 2015) et Port du Rhin (fin 2015) - A terme, une MUS par quartier prioritaire de la politique de la ville
<b>Villeurbanne</b>	MSP dans un quartier CUCS. MMG.

### Dispositifs les plus adaptés pour répondre aux besoins globaux de santé de la population en proximité

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 en proximité de la population. Les principales propositions figurent comme suit :

- 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 ;
- Appui aux professionnels de santé (soutien à l'installation dans le cadre du premier recours,...) et renforcement des liens avec les établissements de santé ;
- 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 multi-thématique,...) ;
- Conduite d'une approche globale et transversale de la santé dans une visée prospective sur la base d'une programmation ;
- 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.
- Amélioration de l'organisation des parcours de soins intégrés.

Villes/CA/CU	Commentaires
<b>Angers</b>	Une meilleure visibilité des acteurs de proximité et de leurs champs d'intervention. Une mise en réseau pour une approche globale de la "médecine sociale".
<b>Beaumont</b>	Une étude approfondie.
<b>Blois</b>	Contrat local de santé, dispositif qui permet la coordination de l'ensemble des partenaires locaux, institutionnels, associatifs ainsi que les ordres, et les associations d'habitants. + des actions ponctuelles et partenariales pour un public ciblé.
<b>Cherbourg-Octeville</b>	Le travail sur la démographie médicale et la mise en œuvre de pôle de santé. La mise en œuvre d'un projet sur l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé.



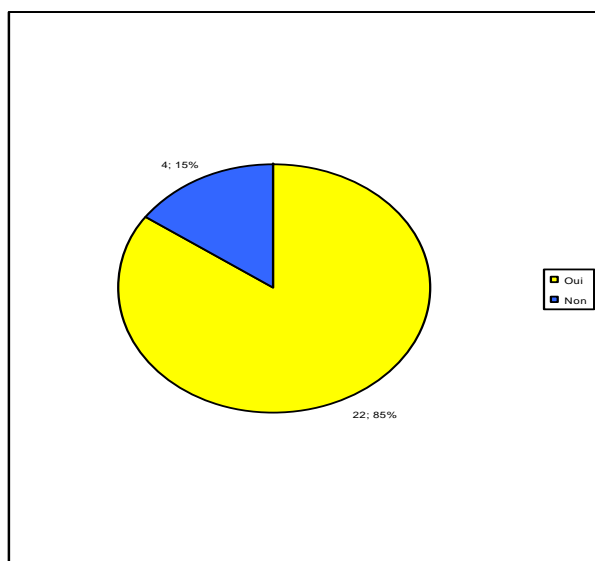
<b>Grand Nancy</b>	Les réseaux.
<b>Grande Synthe</b>	Ne pas traiter les problèmes sanitaires par des réponses uniquement de prévention en santé : travailler sur le niveau de diplôme (et particulièrement les femmes) et l'éducation en général et l'insertion professionnelle...meilleurs facteurs d'amélioration de la santé.
<b>Grasse</b>	Favoriser l'accès aux soins pour tous aussi, par la couverture d'assurance maladie. Accompagner l'accès aux droits : la CMU, la CMU C, voire la mutualisation à travers une concertation avec les mutuelles Mieux organiser les parcours de soins et de santé et le travail concerté médical et social.
<b>Grenoble</b>	Territoires de santé définis par les acteurs locaux (et non par l'ARS). Compétence santé reconnue aux collectivités territoriales dans le cadre de la décentralisation.
<b>Issoire</b>	Relais santé.
<b>Lille</b>	Développer les pôles ressources santé et la médiation santé dans les autres quartiers.
<b>Lyon</b>	Pas d'avis car cela dépend du foncier, des subventions qui peuvent être accordées pour la construction, des professionnels mobilisés, des élus mobilisés, des besoins d'un quartier.
<b>Montpellier</b>	À voir avec l'ARS et le Schéma Régional de l'Organisation des soins, ainsi qu'avec les acteurs locaux du soin.
<b>Nancy</b>	Développement du tiers payant, réseau de santé pluri thématique (outils de coordination) à condition qu'ils incluent les médecins traitants.
<b>Nantes</b>	1/3 payants lors des consultations chez le médecin référent, maison médicale pluridisciplinaire dans les quartiers prioritaires (avec 1/3 payants pour les tous intervenants), dispensaires pour les plus précaires, réorganisation de la PASS. Développer l'information à la population sur le système de gardes médicales et notamment sur la maison médicale de gardes pour désengorger les urgences.
<b>Orléans</b>	Partenariat avec les hôpitaux pour faciliter les jeunes internes à accepter des postes de médecin générale au terme de leurs études dans les zones urbaines sensibles. (ex tutorat).
<b>Perpignan</b>	Les centres de santé de proximité.
<b>Quimper</b>	On peut tout imaginer mais cela doit se faire avec les professionnels de santé si on va vers des Maisons pluri-professionnels ou des pôles de santé. On peut imaginer de rouvrir des dispensaires ou pourquoi pas organiser les services hospitaliers pour cette prise en charge.
<b>Rennes</b>	Une programmation concertée avec l'ARS dans le cadre du SROS ; un travail de prospective.
<b>Romans sur Isère</b>	Les établissements hospitaliers.
<b>Saint Etienne du Rouvray</b>	Renforcement de la protection sociale et soutien financier à l'installation des professionnels de santé de premier recours.
<b>Strasbourg</b>	Conjonction de l'implantation de maison urbaine de santé et de la mobilisation de la plupart des acteurs locaux au sein d'un projet territorial de santé à l'échelle du quartier.
<b>Toulouse</b>	MSP avec médiateurs de santé ; généralisation du tiers payant.
<b>Vandoeuvre Lès Nancy</b>	Actions financières (meilleur remboursement des actes, meilleure prise en charge des dépenses chez les spécialistes...).
<b>Villeurbanne</b>	-Organiser des parcours de soins intégrés dans les MSP ou dans les cabinets libéraux organisés en pôle. -Liens renforcés entre les professionnels de santé, procédures, délégations de tâches, nouvelles activités, observation partagée.

### 4.3. Souhait de participation des Villes-Santé à un groupe de travail sur la thématique des soins de santé primaires

Sur la thématique des soins de santé primaires, la question a été posée aux Villes-Santé si elles souhaitaient participer à un groupe de réflexion dans le cadre du réseau Français des Villes-santé de l'Organisation Mondiale de la Santé, en vue de la production d'un document collectif.

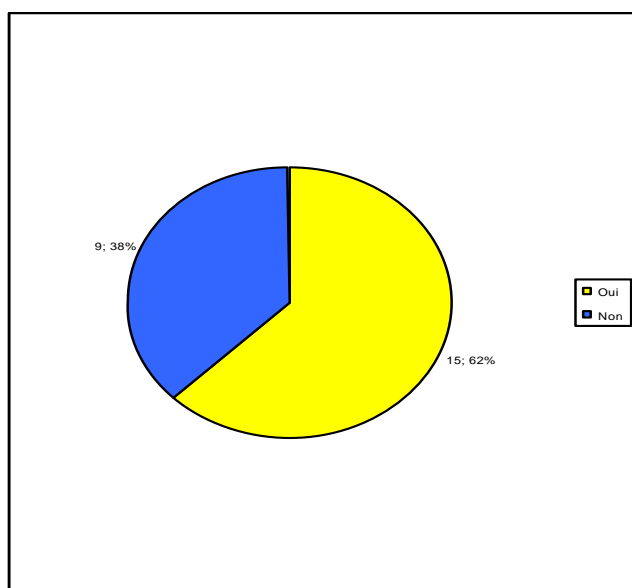
Ce sont 85% des collectivités locales répondantes à l'enquête qui ont indiqué qu'il serait effectivement intéressant de constituer un groupe de travail sur la thématique des soins de santé primaires et des villes.

**Figure n°16 : Opinion sur l'intérêt de mettre en place un groupe de travail sur la thématique des soins de santé primaires et des villes (n=26).**



Ce sont 62% des Villes-Santé répondantes à l'enquête (soit, 15 dont 14 villes et 1 intercommunalité) qui ont fait part de leur souhait de participer au groupe de travail du RFVS sur les soins de santé primaires.

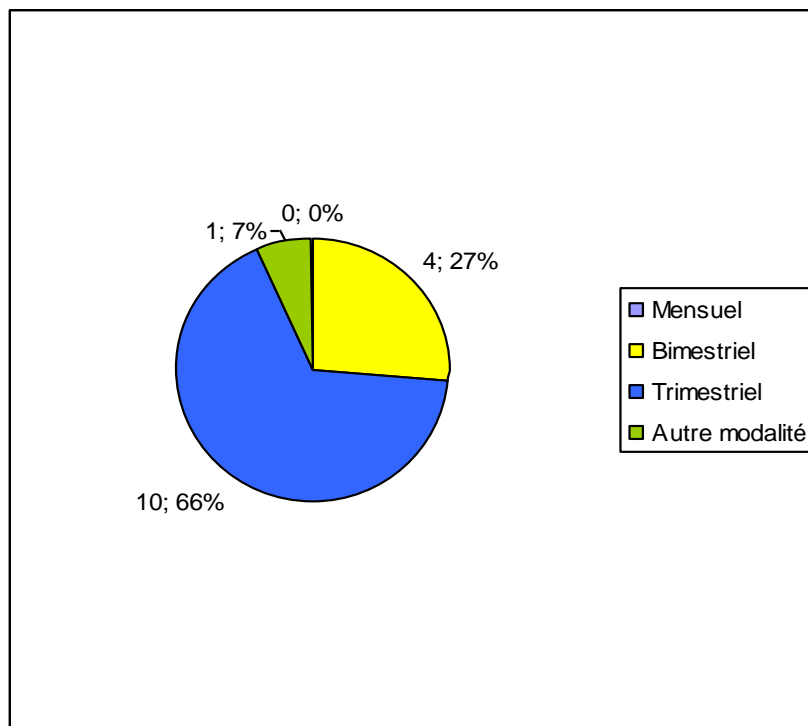
**Figure n°17 : Souhait de participation au groupe de travail sur la thématique des soins de santé primaires et des villes (n=26).**





Les collectivités locales désirant participer à ce groupe de travail thématique ont précisé leurs attentes concernant le rythme des rencontres : 10 font le choix d'une réunion physique trimestrielle, 4 bimestrielle et 1 opte pour une autre modalité de fonctionnement (conférence téléphonique et/ou mail).

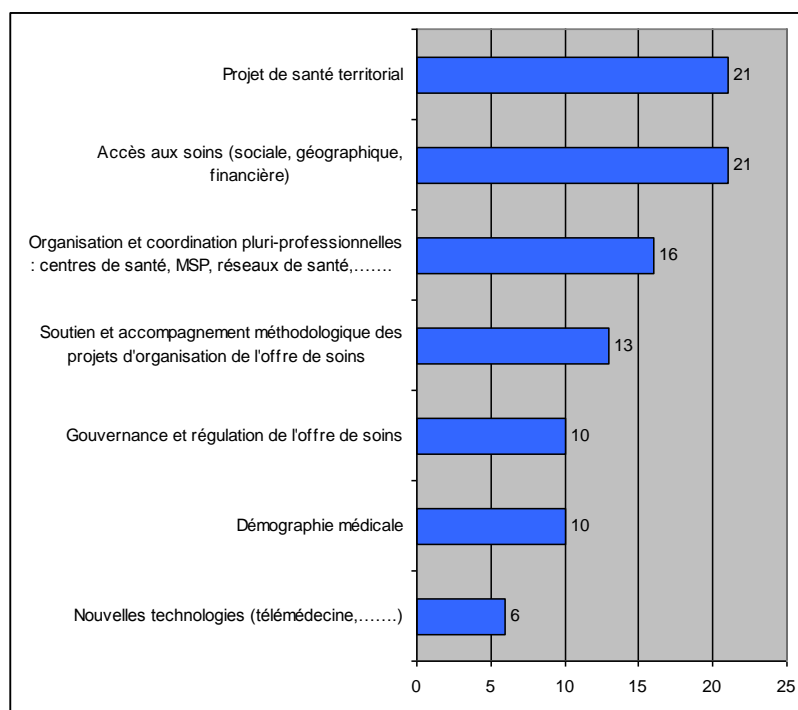
**Figure n°18 : Choix du rythme des rencontres du groupe de travail sur les soins de santé primaires et les villes (n=15).**



Les Villes-Santé ont été invitées à indiquer les sujets concernant les soins de santé primaires qui les intéressaient plus particulièrement. Il apparaît que le projet de santé territorial et l'accès aux soins ont la faveur des collectivités locales (respectivement 21 d'entre elles l'ont indiqué).

Dans une moindre mesure, 16 Villes-Santé ont mentionné l'organisation et coordination pluri-professionnelles (centres de santé, MSP, réseaux de santé,..... ) et 13 le soutien et accompagnement méthodologique des projets d'organisation de l'offre de soins. Leur intérêt a été moins manifeste pour la gouvernance et la régulation de l'offre de soin (10 l'ont évoqué) et la démographie médicale (10). Les nouvelles technologies (télémédecine, etc.) n'a suscité l'intérêt que de 6 Villes-Santé.

**Figure n°18 : Fréquence des différents sujets d'intérêt sur les soins de santé primaires pour les Villes-Santé (plusieurs réponses sont possibles).**



Les Villes-Santé ont eu, à travers ce questionnaire, la possibilité de préciser leurs attentes en matière de sujets d'intérêt sur les soins de santé primaires autres que ceux listés ci-dessus.

Villes/CA/CU	Commentaires
<b>Grasse</b>	Plus qu'un guide méthodologique, il nous semble nécessaire de disposer d'un apport de compétence quant au mode de fonctionnement de l'offre de soins de 1 <sup>er</sup> recours et aux préoccupations des professionnels impliqués dans ce champ. Les projets concernant l'offre de soins touchent à des concepts un peu nouveaux pour les villes et les professionnels des villes (pas toujours issus du monde médical). Il semblerait opportun de favoriser la connaissance des opérateurs locaux (des villes) : sur les dispositifs et vocabulaires soignants (parcours de santé, parcours de soins, coordination (article 51) .. sur les modes d'organisation des professionnels ... et également sur les enjeux professionnels induits par ces dispositifs et surtout par la réorganisation du système de soins (enjeux corporatistes, par types de professions, le positionnement des ordres et des urps...).
<b>Nancy</b>	La réflexion à mener suite au colloque, dans le cadre d'un groupe de travail et d'un guide à venir, pourrait être axée sur l'accès aux soins et se positionner du côté des droits des usagers et pas seulement du côté de l'organisation des soignants même si celle-ci est indispensable et tarde à venir.
<b>Nantes</b>	Repérage "des silencieux" ou public en non recours intérêt des assistantes sociales en santé scolaire pour le repérage et l'orientation. Bains douches municipaux : population à informer et orienter.
<b>Quimper</b>	Le sujet dépasse largement la seule organisation de l'offre de soins ,c'est aussi le mode d'exercice des professions médicales et leurs modes rémunérations qu'il faut faire évoluer tout comme une réforme de l'organisation des études médicales.
<b>Strasbourg</b>	A la fois nécessité et difficulté de l'articulation avec les projet développés par l'ARS sur les territoires de santé, au-delà du territoire de la collectivité : c'est l'un des aspects les plus complexes du projet de prise en charge coordonnée de l'obésité infantile à Strasbourg (proximité priorisée sur les quartiers et approche thématique retenue par l'ARS pour le reste du territoire).
<b>Villeurbanne</b>	-Du côté des patients, comment l'offre est-elle utilisée? patient consommateur, pas sensibles à l'idée du parcours de soins? -Evaluation du dispositif de "médecin traitant" de l'Assurance Maladie. -Quid des étudiants? Enjeu des soins primaires pour eux, avec gratuite totale. Système du médecin traitant peu adapté. Ruptures de soins fréquentes (grande mobilité des étudiants dans leur cursus).

## 5. CONCLUSION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'objectif général des soins de santé primaires repose sur une meilleure santé pour tous avec cinq objectifs spécifiques :

- réduire l'exclusion et les disparités sociales dans le domaine de la santé (réformes pour la couverture universelle) ;
- intégrer la santé dans tous les secteurs (réformes des politiques publiques) ;
- organiser les services de santé autour des besoins et des attentes des populations (réformes de la prestation des services) ;
- suivre les modèles de collaboration et de dialogue politique (réformes de la direction) ;
- et augmenter la participation des acteurs concernés.

Ce concept de soins de santé primaires en France, assez peu connu, fait aujourd'hui écho plus particulièrement aux inégalités territoriales de santé en lien avec les problématiques de l'organisation de l'offre de soins (démographie médicale,...) et de l'accès aux soins pour la population.

Fréquemment, les acteurs du système de santé dans une acception élargie (dont les collectivités locales), voient dans les soins de santé primaires ce qu'ils en ont souvent envie d'y projeter et ce, en l'absence d'une définition concise et consensuelle pour l'ensemble des acteurs concernés au niveau national, régional et local.

Les 83 Villes et intercommunalités adhérentes au Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS ont souhaité qu'une étude spécifique soit dédiée à la thématique des soins de santé primaires pour mieux rendre compte de la place et du rôle des collectivités locales dans ce contexte.

Il apparaît que les Villes-Santé ont une participation modeste dans les instances régionales de santé stratégiques et politiques mises en place par chacune des Agences Régionales de Santé. Elles sont davantage impliquées dans les instances de concertation régionales et locales telles que la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie ou encore la Conférence de territoire. Par ailleurs, bon nombre d'entre elles sont associées à des comités de pilotage dans le cadre d'un Contrat Local de Santé promu par l'Etat.

Par ailleurs, la riche collaboration que certaines Villes-Santé entretiennent avec des partenaires au niveau local leur a permis d'aborder la question des soins de santé primaires sur la base d'échanges partenariaux fructueux à partir de préoccupations communes (santé mentale, addictions, accès aux soins, couverture santé, vaccination, démographie médicale,...) et de déboucher sur la conceptualisation de divers projets relativement concrets (MSP, dispensaire,...).

La grande majorité des Villes-Santé ont fait part du fait que leurs avis et propositions sont généralement pris en compte par les partenaires et tutelles. Cela a débouché assez fréquemment sur une déclinaison d'orientations concrètes en matière d'organisation et de coordination des soins de santé primaires pour leur propre territoire : le plus souvent dans le cadre du Contrat Local de Santé et moins fréquemment dans celui du Plan Local de Santé ou encore du Schéma Régional d'Organisation des Soins.

Pour les Villes-Santé, leur participation à des instances officielles a de multiples avantages : meilleure connaissance des acteurs et renforcement de leur mobilisation, forme de légitimation de la problématique territoriale pour les projets de santé, approche globale et transversale de la santé et mise en cohérence des différents financements. Toutefois, ces collectivités locales manifestent leur insatisfaction en décriant la relative démocratie participative, le problème de reconnaissance de la complexité de leur compétence "santé" et de la façon dont cela est appréhendé par les institutions, la difficulté de mise en œuvre des projets en lien avec freins géographiques, administratifs et financiers émanant principalement des tutelles.

Si quelques collectivités locales sont satisfaites de l'offre de soins de santé primaires (en termes de diversité, qualité, quantité, accessibilité,...) telle qu'elle existe sur leur territoire ; elles sont assez nombreuses à souligner les points de faiblesse : non pérennité des financements et viabilité des projets/dispositifs, fragilité de l'offre posant des problèmes de maillage du territoire (manque d'opérateurs santé, professionnels de santé notamment psychiatres, pédiatres, gynécologues, dentiste et ophtalmologues et insuffisante coordination du parcours santé), non recours et renoncement aux soins de certains publics les plus en difficulté.

La très grande majorité des Villes-Santé ont inscrit la thématique des soins de santé primaires dans leurs orientations "Santé". Le plus fréquemment, ces objectifs là sont mentionnés dans le Contrat Local de Santé et/ou dans le cadre de l'Atelier Santé Ville et dans une moindre mesure dans le Plan Local de Santé et/ou dans les préconisations du diagnostic local de santé. Ils concernent essentiellement l'accès aux soins et aux droits à la santé d'une part et les dispositifs de santé de proximité (MSP, pôle de santé, centre de santé, équipe mobile, plateforme santé, etc.) d'autre part.

Cette prise en compte de la problématique des soins de santé primaires par les Villes-Santé s'est effectuée assez souvent par le biais des interpellations, par ordre d'importance, des professionnels de santé, des acteurs et structures des champs sanitaire, médico-social et social et des associations d'usagers et d'habitants. Par ailleurs, les collectivités locales ont aussi été directement sollicitées de manière assez fréquente par des services de l'Etat, des partenaires locaux (hors collectivités territoriales) et des organismes de protection sociale et mutuelles.

En matière de soins de santé primaires, elles ont développé de nombreuses actions et porté des dispositifs de santé parfois innovants concernant :

- l'accès aux soins de santé pour la population (le plus souvent : aide financière individuelle, accompagnement social de l'usager et très rarement système de transport des patients) ;
- les aides à l'installation et/ou au maintien des professionnels de santé (fréquemment : mise à disposition de locaux et contribution financière à l'investissement et au fonctionnement et plus rarement : mise à disposition d'un logement) ;
- la promotion de l'exercice regroupé et pluri-professionnel (le plus souvent : MSP, réseaux de santé et moins souvent : centres de santé, pôles de santé).

A travers les actions et les dispositifs de soins de santé primaires précités, cela a permis selon les Villes-Santé, d'améliorer le parcours santé, de développer le phénomène d'acculturation des professionnels, des institutions et structures et aussi de renforcer la dynamique partenariale. Toutefois, le portage s'avère complexe en raison de la non pérennité des financements, de la mise en concurrence des opérateurs "santé" et de la complexité du montage et de l'accompagnement des projets.

Plus de la moitié des Villes-Santé ont aujourd'hui des projets en cours concernant les soins de santé primaires à des stades différents de maturité : diagnostic local de santé, étude de faisabilité (MSP, consultations non programmées,...) et la création de dispositifs de santé (MSP,...).

Pour ces collectivités locales, les outils de proximité les plus adaptés pour répondre aux besoins de santé de la population concernent la coordination des acteurs, l'appui aux professionnels de santé, l'approche globale et transversale de la santé, l'accès aux soins et aux droits et les parcours de soins intégrés.

In fine, dispenser des soins de santé primaires intégrés, accessibles, équitables et de qualité, basés sur la pluridisciplinarité, dans le respect des droits fondamentaux de la personne humaine, nécessiterait, selon les experts, :

- d'une part, de modifier l'organisation du système de santé français autour des soins primaires (renforcement du rôle du médecin pivot, adaptation des modes de rémunération actuels, dispositif de gratuité des soins plus largement accessible) ;
- d'autre part, de s'appuyer sur les diverses interventions des collectivités locales (dont leur efficacité est reconnue en matière de lutte contre les inégalités de santé, notamment dans le cadre des ateliers santé ville ou encore des contrats locaux de santé), en articulation avec les acteurs concernés.

## 6. SIGLES

<b>ARS :</b>	Agence Régionale de Santé
<b>ASV :</b>	Atelier Santé Ville
<b>CA :</b>	Communauté d'agglomération
<b>CLS :</b>	Contrat Local de Santé
<b>CRSA :</b>	Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
<b>CU :</b>	Communauté urbaine
<b>CUCS :</b>	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
<b>MMG :</b>	Maison Médicale de Garde
<b>MSP :</b>	Maison de Santé Pluri professionnelle
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PLS :</b>	Plan Local de Santé
<b>PMS :</b>	Plan Municipal de Santé
<b>RFVS :</b>	Réseau Français des Villes-Santé
<b>SRoS :</b>	Schéma Régional d'Organisation des Soins
<b>ZUS :</b>	Zone Urbaine Sensible

## 7. ANNEXES

### 7.1. Maquette du questionnaire



## ENQUETE SUR LA CONTRIBUTION DES VILLES "DE LA GOUVERNANCE A LA MISE EN OEUVRE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES : PLACE ET ROLE DES VILLES

### Consultation des villes membres du Réseau Français Villes-Santé OMS

#### Participation à la définition politique et organisationnelle des soins de santé primaires au niveau du territoire

1- Votre ville participe-t-elle à différentes instances régionales et territoriales qui visent à définir la politique de santé et plus particulièrement à aborder la thématique des soins de santé primaires ?

1-1 Dans le cadre de l'Agence Régionale de Santé :

	Oui	Non
-Conseil de surveillance.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
-Commission de coordination des politiques publiques de santé .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
-Commission de coordination pour l'offre de soins de proximité .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
-Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
-Conférence de territoire .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
-Autre(s) instance(s), préciser : .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

1-2 Dans d'autres cadres, instances (hors ARS), préciser (nom de l'instance, organisme organisateur, membres et/ou partenaires, objectifs de travail,...) :

2- Lors des réunions de ces instances, la problématique des soins de santé primaires pour votre propre territoire a-t-elle été abordée ?      1  oui                      2  non

2-1 Si oui, préciser les différents points abordés :

3- Généralement, vos avis et/ou propositions ont-ils été pris en compte dans le cadre des instances auxquelles vous avez participé ?

1  Toujours              2  Assez souvent              3  Peu souvent              4  Jamais

4- Cela a-t-il débouché sur la déclinaison d'orientations concrètes en matière d'organisation et de coordination des soins de santé primaires pour votre territoire communal/intercommunal ?

1  oui                      2  non

4-1 Si oui, préciser le cadre de l'inscription et/ou de la formalisation de ces orientations (plusieurs réponses sont possibles) :

- Schéma Régional d'Organisation des Soins (ARS),
- Programme territorial de santé (élaboré par l'ARS)
- Appel à projets
- Plan municipal de santé
- Contrat local de santé
- Autre(s), préciser : .....

**Illustrations de quelques orientations locales prises concernant les soins de santé primaires :**

- 
- 
- 

5- De manière globale, comment jugez-vous pour votre ville l'intérêt de cette ou ces implication(s) dans des instances "institutionnelles" concernant les soins de santé primaires :

**Les avantages/apports/plus values :**

**Les limites/contraintes/freins :**

**Constats et réalisations concernant les soins de santé primaires locaux**

6- Quel jugement portez-vous sur les différentes composantes de l'offre de soins de santé primaires pour votre échelle communale ?

**Points forts :**

**Points faibles :**

**Insuffisances :**

*-Pour certains publics ?*

*-Pour certaines disciplines ?*

*-Pour certains micro-territoires (CUCS, ZUS,.....) ?*

7- La thématique des soins de santé primaires en termes d'organisation, de coordination et d'accès est-elle inscrite dans les orientations de santé de votre ville ? 1  oui 2  non

7-1 Si oui, préciser le(s) cadre(s) concerné(s) ? (plusieurs réponses sont possibles) :

- Préconisations du diagnostic local de santé partagé
- Plan local de santé
- Contrat Local de Santé
- Atelier Santé Ville
- Action(s) ciblée(s)
- Autre(s), préciser : .....

7-2 Si oui, lister vos principaux objectifs ou orientations en la matière?

**8- Ces dernières années, la prise en compte éventuelle de la problématique de l'organisation, de la coordination et de l'accès aux soins de santé primaires au sein de votre ville s'est effectuée :**

**Suite à des interpellations de :**

	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais	Ne sait pas
-Professionnels de santé .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
-Autres acteurs et structures (sanitaire, médico-social, social).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
-Organismes, fédérations de professionnels du champs de la santé.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
-Associations d'usagers, patients, citoyens.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
-Autres acteurs locaux.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
-Autre(s), préciser : .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**Suite à des sollicitations de :**

	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais	Ne sait pas
-Etat au sens large (ARS, Préfecture, etc.).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
-Organismes de protection sociale et mutuelles .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
-Autres collectivités territoriales .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
-Partenaires locaux (hors coll. terri.) .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
-Autres acteurs locaux.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
-Autre(s), préciser : .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**Commentaires :**

**9- Pouvez-vous indiquer les éventuels dispositifs et actions concernant les soins de santé primaires pour lesquels votre ville s'est investie?**

**9-1 Actions visant l'accès aux soins pour les habitants (financier, social, géographique) (hors CCAS, CIAS, etc.) :**

Type d'aides	Nature de l'aide et date de mise en place	Positionnement de la coll. terr. à préciser (régie directe, co-financeur, partenaire pour mise à disposition, partenaire coordinateur, simple partenaire)	Zones territoriales concernées (ville totale, CUCS, ZUS, ZRU, ZFU,..) (1)
-Aide financière pour l'usager (pour couverture santé complémentaire, aide financière pour soins.....)			
-Accompagnement social de l'usager			
-Système de transport des patients			
Autre, préciser :			

(1) CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale, ZUS : Zone Urbaine Sensible, ZRU : Zone de Revitalisation Urbaine, ZFU : Zone Franche Urbaine.

**9-2 Aides à l'installation et au maintien des professionnels de santé :**

Type d'aides	Nature de l'aide et date de mise en place	Positionnement de la coll. terr. à préciser (régie directe, co-financeur, partenaire pour mise à disposition, partenaire coordinateur, simple partenaire)	Zones territoriales concernées (ville totale, CUCS, ZUS, ZRU, ZFU,..) (1)
Aides fiscales et financières (prime à l'installation, exonération de taxe professionnelle, etc.)			
Mise à disposition de locaux			
Mise à disposition de logement			
Prise en charge tout ou partie des frais (investissement, fonctionnement)			
Autre, préciser:.....			

(1) CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale, ZUS : Zone Urbaine Sensible, ZRU : Zone de Revitalisation Urbaine, ZFU : Zone Franche Urbaine.

**9-3 Promotion de l'exercice regroupé et pluri-professionnel :**

Type de dispositifs	Nombre de structures et date de mise en place	Positionnement de la coll. terr. à préciser (régie directe, co-financier, partenaire pour mise à disposition, partenaire coordinateur, simple partenaire)	Zones territoriales concernées (ville totale, CUCS, ZUS, ZRU, ZFU,...) (1)
Centre(s) de santé			
Maison(s) de Santé Pluri-professionnelle (s)			
Pôle(s) de santé (2)			
Réseau(x) de santé			
Autre(s),préciser:.....			

(1) CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale, ZUS : Zone Urbaine Sensible, ZRU : Zone de Revitalisation Urbaine, ZFU : Zone Franche Urbaine. (2) La différence avec une MSP est que les professionnels intégrés à un pôle de santé ne partagent pas obligatoirement les mêmes locaux.

**10- Dans le cadre de la mise en œuvre des actions et dispositifs précédemment cités dans les tableaux ou les projets en cours concernant les soins de santé primaires (Cf. questions 8 et 9), quels sont les apports/plus values observés et les difficultés rencontrées?**

Plus values/apports :

Difficultés rencontrées :

**11- Votre ville a-t-elle un voire des projets en cours concernant les soins de santé primaires non aboutis pour l'heure?**      1  oui                      2  non

**11-1 Si oui, pouvez-vous en établir la liste en précisant le stade de leur maturité ?**

-

-

-

-

-

**12- A votre avis, quel(s) dispositif(s), mesure(s) et/ou action(s) locaux (d'ordre sanitaire ou autre) serai(en)t le(s) mieux à même de répondre aux besoins globaux de santé en proximité de la population?**

**Poursuite des travaux sur la thématique des "soins primaires" (post-colloque)**

**13- A l'issue du colloque, jugez-vous intéressant de mettre en place un groupe de travail sur la thématique des "soins de santé primaires" pour élaboration d'un "guide méthodologique" ?**  
 1  oui                      2  non

**13-1 Si oui, participeriez-vous à ce groupe de travail thématique ?**  
 1  oui                      2  non

 **A quel rythme, souhaiteriez-vous que les rencontres s'organisent ?**  
 1  Mensuel    2  Bimestriel    3  Trimestriel    4  Autre modalité, préciser : .....

**14- En tant que ville, quels sont les sujets concernant les soins de santé primaires qui vous intéressent plus particulièrement (plusieurs réponses sont possibles) :**

- Gouvernance et régulation de l'offre de soins
- Projet de santé territorial
- Soutien et accompagnement méthodologique des projets d'organisation de l'offre de soins
- Démographie médicale
- Accès aux soins (sociale, géographique, financière)
- Organisation et coordination pluri-professionnelles : centres de santé, Maison de Santé Pluri-professionnelle, réseaux de santé,.....
- Nouvelles technologies (télémédecine,.....)

**Autres sujets et commentaires :**

### Coordonnées de votre ville

**15- Coordonnées de la Ville**

**Ville**

Nom : .....  
Direction/Service : .....  
Adresse : .....  
.....

Tél : ..... Fax : .....

**Répondant**

Nom, Prénom : .....  
Fonction : .....

Tél : ..... E-mail : .....

**En complément de l'enquête :**

Dans l'éventualité où nous souhaiterions approfondir certains sujets, expériences ou projets de votre ville et, si vous en êtes d'accord, nous vous proposons de préciser ci-après les coordonnées de la personne correspondante à contacter (si différente de celle précédemment citée) :

Nom, Prénom : .....

Tél : .....

Mail : .....

Nous vous remercions pour votre précieuse participation. Si vous le souhaitez, vous pouvez nous adresser des documents complémentaires présentant vos dispositifs et actions concernant les soins de santé primaires.

Nous vous invitons à remplir ce questionnaire avant le 31 mai 2013, soit par le biais de l'enquête en ligne sur le site [www.villes-sante.com](http://www.villes-sante.com), soit à La Direction de la Santé Publique et Environnementale de la Ville de Grenoble, assurant actuellement la Présidence du Réseau Français Villes Santé de l'OMS.

Ville de GRENOBLE  
Direction de la Santé Publique et Environnementale  
A l'attention de Sonia VIERNE (chargée de mission Santé Publique OMS)  
33, Rue Joseph Chanrion – 38000 GRENOBLE  
E-mail : [sonia.vierne@ville-grenoble.fr](mailto:sonia.vierne@ville-grenoble.fr) – Tél : 04.76.03.43.40

## 7.2. Liste des villes et communautés d'agglomération répondantes à l'enquête

Villes et intercommunalités	Date d'adhésion au RFVS
Angers	1990
Aubagne	1990
Beaumont	1990
Blois	1990
Cannes	1991
Cherbourg-Octeville	1993
Dunkerque	1996
Fontenay-sous-Bois	1997
Grande-Synthe	1998
Grasse	1999
Grenoble	2000
Issoire	2000
La Roche-Sur-Yon	2001
Lille	2002
Lyon	2004
Montpellier	2004
Montreuil	2004
Nancy	2005
Nancy Grand (CA)	2005
Nantes	2005
Nîmes	2005
Orléans	2006
Perpignan	2007
Quimper	2008
Reims	2008
Rennes	2008
Romans sur Isère	2008
Saint Quentin en Yvelines (CA)	2011
Saint-Etienne	2011
Saint-Etienne-du-Rouvray	2011
Strasbourg	2011
Toulouse	2011
Valence	2011
Vandoeuvre lès Nancy	2012
Villeurbanne	2013