



Campus Condorcet
5 cours des humanités
93322 AUBERVILLIERS
07 78 13 56 37

www.fabrique-territoires-sante.org
contact@fabrique-territoires-sante.org
Twitter – @FabTerrSante
Siret – 537 674 707 00030

DOSSIER RESSOURCES

—
Juin 2023
—

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



DANS UN SOUCI DE VISIBILISER LES FEMMES PARTICULIÈREMENT PRÉSENTES DANS LE MONDE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ, NOUS FAISONS LE CHOIX ÉDITORIAL D'UTILISER L'ÉCRITURE INCLUSIVE ET LE POINT MÉDIAN (Y COMPRIS DANS LA RETRANSCRIPTION DES INTERVIEWS).

Rédacteur

Romain Talvas

Comité de suivi

Sandra Essid (FTS), Didier Febvrel (FTS), Bénédicte Madelin (FTS), Catherine Richard (FTS), Lilia Santana (FTS), Arnaud Wiehn (IREPS/FTS).

Groupe de travail

Maryse Arthaud (ville de Lyon), Carole Begou (villes d'Échirolles/Le Pont-de-Claix), Raphaël Delorme (ville de Roanne), Sandra Essid (FTS), Didier Febvrel (FTS), Emma Graval (ILHUP), Caroline Kiaya (IREPS Auvergne Rhône-Alpes, délégation du Rhône), Sandra Léon (Communauté de communes Entre Bièvre et Rhône), Bénédicte Madelin (FTS), Chantal Mannoni (FTS), Léa Marhic (Espace 19), Isabelle Montay-Gruel (ville de Toulouse), Alexandre Perez (ville de Cénac, CPTS Entre-deux-mers), Catherine Richard (FTS), Mathé Toullier (AFVS).

Contributeur-rices

Sabrina Ancel (IREPS Bourgogne Franche-Comté), Elise Atrive (Planning familial 76), Charlotte de Fontgalland (URPS Médecins libéraux Centre-Val de Loire), Adrien Delorme (France assos santé Auvergne-Rhône-Alpes), Sarah Derhy (Toutes en santé), Rafika Essahlaoui (ville de Sochaux), Natacha Gabriel (ARU Angoulême), Angélique Giannini (ville de Grenoble), Nathalie Fazilleau (ville de Poitiers), Natacha Goubet (Effi'Respi Hauts de France), Caroline Kiaya (IREPS Auvergne-Rhône-Alpes, délégation du Rhône), Pauline Leduc (APF France handicap Pays de la Loire), Floréale Mangin (Département de la Seine-Saint-Denis), Gaëlle Manson Couëdel et Elvire Gaime (IREPS Auvergne-Rhône-Alpes), Séverine Marty (CPTS Monts du Lyonnais), Flavienne Mazardo-Lubac (Médecins du monde), Barbara Perelman (ville de Montreuil), Adeline Philippe, Laetitia Kim et Line Vallmitjana (Reseda), Julie Plaisant (URPS Infirmier Grand Est), Bernadette Rwegera, Fatem-Zahra Bennis et Roukhaya Hassambay (Ikambere), Delphine Visentin et Delphine Payen-Fourment (PASS de ville Marseille).

TABLE DES MATIÈRES

5	PRÉSENTATION DE FABRIQUE TERRITOIRES SANTÉ
6	ÉDITO
8	MÉTHODE
12	PARTIE I. ÉTAT DES LIEUX
13	Accès aux soins, déserts médicaux: de quoi parle-t-on? Définir l'accès aux soins L'état de santé de la population Qu'entend-on par désert médical? Les déterminants de l'accès aux soins Risques de renoncement aux soins L'accès aux soins en santé mentale
23	La situation actuelle: quelques données Offre de soin, déserts médicaux Comment en est-on arrivés là?
25	Quelles politiques publiques pour améliorer l'accès aux soins? Améliorer l'organisation des soins Baisser le coût de la santé Accompagner les usager·ères Développer l'offre et libérer du temps médical Coordonner les parcours de santé
40	Faire face aux obstacles de l'accès aux soins sur les territoires Créer (ou accompagner) une offre de soins Créer un environnement favorable Accompagner les publics



47	PARTIE II. RETOURS SUR LES CONTRIBUTIONS
49	Développer une offre de soins
50	Organisation et coordination des professionnel·les Développer et promouvoir la pratique de l'exercice coordonné Au-delà de l'exercice coordonné : développer la coordination Changer les pratiques pour améliorer l'accompagnement des publics
54	Accompagner les publics Les actions de médiation en santé Lever les barrières de l'accès aux droits et aux soins Développer un annuaire pour faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap Améliorer l'accès aux soins par l'expression des personnes concernées
59	PARTIE III. SYNTHÈSE, PISTES DE RÉFLEXION
60	Un contexte critique et complexe
61	Retours sur les Inspir'actions
63	Accès aux soins : quel rôle pour les dynamiques territoriales de santé (DTS)?
65	LISTE DES ABRÉVIATIONS
69	BIBLIOGRAPHIE



PRÉSENTATION DE FABRIQUE TERRITOIRES SANTÉ

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

Nos missions

Produire de la connaissance sur des thématiques croisant des déterminants de santé et des politiques publiques (Dossiers ressources); et sur le déploiement et l'articulation des démarches territoriales de santé (Études de la Fabrique)

- Valoriser les démarches territoriales de santé notamment par la capitalisation (Inspir'actions)
- Faire réseau entre les acteur·rices porteurs de ces démarches (coordinations territoriales, élu·es et collectivités, ARS, etc.), par l'organisation de rencontres nationales et régionales
- Proposer de l'information qualifiée à ces différents acteur·rices via notre site et notre newsletter
- Intervenir ou coordonner des formations sur les démarches territoriales de santé
- Fabrique Territoires Santé est soutenue par l'Agence nationale de la cohésion des territoires et la Direction générale de la santé.

ÉDITO

⇒ **Didier Febvrel,**
Président de Fabrique Territoires Santé

Les difficultés d'accès aux soins sont nombreuses, inquiètent et impactent l'état de santé des habitant·es, usager·ères et patient·es du système de santé. Chaque jour des milliers de personnes sont confrontées aux difficultés à obtenir un rendez-vous, aux importants délais d'attente, à l'impossibilité de trouver un·e médecin traitant·e. Ces difficultés prennent de surcroît une ampleur différente selon les territoires. Ainsi, pour exemple, dans les quartiers politique de la ville, la population fait face à une offre de soins particulièrement réduite, alors qu'elle est davantage touchée par les maladies chroniques.

La question de l'accès aux soins est une préoccupation grandissante sur les territoires, en particulier pour les dynamiques territoriales de santé et leurs coordinatrices et coordinateurs. Fabrique Territoires Santé se devait de prendre en considération cette préoccupation et, ainsi, de proposer ce Dossier ressources.

La problématique de l'accès aux soins est le plus souvent abordée sous l'angle de l'offre de soins de premier recours, illustrée par le prisme des déserts médicaux, de la répartition inégale sur les territoires de cette offre, du nombre de professionnel·les de soins, ainsi que celui, très sensible, de la liberté d'installation des médecins libéraux. La problématique touche aussi l'accès aux spécialistes qui, en outre, est conditionné par la présence de médecins généralistes. Cette focalisation tend à occulter les nombreux autres déterminants qui font obstacle à un meilleur accès aux soins. L'accès aux soins ne peut être réduit à sa seule dimension quantitative. Et plus, ce n'est pas parce que l'état de l'offre sur un territoire s'améliore que sera levé l'ensemble des obstacles dans l'accès aux soins. Que l'on pense à l'accessibilité géographique et physique à une offre et la possibilité d'aller jusqu'à cette offre (enjeu de mobilité), à l'accessibilité financière (coût de la santé, qui inclut aussi le coût du transport, par exemple), ou encore, à la capacité à s'orienter dans notre système de santé, toujours plus complexe et dématérialisé. Dès lors, comment les acteur·rices associatif·ves, les collectivités territoriales et les habitant·es peuvent-ils·elles contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins?

Les contributions reçues dans le cadre de ce Dossier ressources montrent que les acteur·rices locaux·ales (collectivités territoriales, associations, habitant·es) s'attachent à lever les difficultés d'accès aux soins. De fait, elles articulent différentes réponses et varient selon le type d'acteur·rices et leurs champs d'intervention, de compétences. En résumé, certaines actions assurent un travail d'organisation et de coordination des professionnel·les, par un développement de réseaux de professionnel·les de santé et de soins et de l'exercice coordonné; d'autres s'orientent plus directement vers le développement d'une offre de soins; enfin, certaines actions vont se centrer sur l'accompagnement des publics dans le système de santé, par la médiation en santé notamment, et agissent particulièrement sur l'accès aux droits.

Dans un contexte où la présence des inégalités sociales et territoriales est toujours aussi forte – comme l'atteste le dernier État de santé de la population en France établi par la DREES* (2022) –, ces actions locales contribuent à améliorer les parcours de santé et à lever les difficultés rencontrées par les habitant·es, usager·ères/patient·es. Elles rencontrent toutefois des limites qui appellent des réponses nationales, telles que l'augmentation du nombre de professionnel·les formé·es et disponibles, les conditions d'installation et d'exercice, ou encore notre double système d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, générateur d'importantes inégalités.

L'accès aux soins n'est qu'un déterminant de la santé parmi d'autres, et pas le plus impactant*. Il est essentiel qu'il n'éclipse pas la prise en compte des autres déterminants – logement, éducation, emploi, alimentation... Un écueil toujours présent dès qu'il s'agit d'accès aux soins et qui risque de faire oublier les causes sociales, économiques, environnementales, en jeu dans les besoins de soins de la population.

Par ce Dossier ressources, Fabrique Territoires Santé propose une approche et une analyse particulière, et certainement incomplète, sur un sujet d'une grande complexité. Notre approche est néanmoins fondée sur l'analyse des différentes contributions externes à ce dossier et notamment celles des actions locales qui nous ont été communiquées à la suite de notre appel à contributions. Il nous semble que l'ensemble des acteur·rices de l'accès aux soins, en particulier ceux et celles des métiers du soin, ne pourront pas faire l'économie d'une transformation de leurs représentations sociales et psychosociales sur le sujet.

Puisse ce dossier y contribuer.

* Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)

* <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>

MÉTHODE

—

Ce Dossier ressources aborde un sujet aussi vaste que complexe, l'accès aux soins. Il vise à approcher ce sujet par différents angles, et notamment celui des déterminants de l'accès aux soins. Les actions inspirantes montrent, par des exemples, comment il est possible d'agir sur les territoires pour un meilleur accès aux soins, en travaillant avec différentes acteur·rices et professionnel·les, pour les habitant·es et usager·ères du système de santé. Les entretiens réalisés abordent une pluralité d'enjeux – l'exercice coordonné, les modes de rémunération et d'installation des professionnel·les, la liberté d'installation, la médiation en santé, etc. –, qui ouvrent, selon les points de vue des interviewé·es, dans un contexte de crise de notre système de santé, certaines perspectives d'évolution pour aller vers un meilleur accès aux soins pour toutes.

Pour alimenter ce Dossier ressources, nous nous sommes basées sur une analyse documentaire (travaux de recherche, articles de presse, rapports officiels, etc.), sur une capitalisation d'actions locales inspirantes et sur une dizaine d'entretiens menés entre juillet et novembre 2022. Nous avons interrogé les personnes suivantes

- **Yann Bourgueil**, médecin spécialiste de santé publique et de médecine sociale, ancien enseignant chercheur au sein de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et directeur de recherches à l'Institut de recherches et de documentation en économie de la santé (IRDES), conseiller scientifique auprès du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), membre de la Chaire santé de Sciences Po,
le 21 septembre 2022
- **Hélène Colombani**, médecin, directrice de la santé à la ville de Nanterre et présidente de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS),
le 12 octobre 2022
- **Aurélie Dutour**, chargée de développement à LaFédé, La Fédération des associations de médiation sociale et culturelle d'Île-de-France,
le 17 octobre 2022
- **Morgan Fahmi**, psychiatre à la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) du Centre hospitalier Le Vinatier à Lyon,
réalisé le 28 juillet 2022



- **Nina Lemaire**, cheffe de projets au Réseau français Villes-Santé (RfVS);
Julie Boussard, chargée de mission au RfVS,
le 19 octobre 2022
- **Nazim Mekebel**, référent à la Mission accompagnement santé (MAS)
de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)
des Pyrénées-Orientales,
le 11 octobre 2022.
- **Didier Ménard**, médecin généraliste, fondateur de l'Association
communautaire santé bien-être (ACSBE) et de La Place santé au
Franc-Moisin, à Saint-Denis (Seine-Saint-Denis), ancien président de la
Fédération des maisons et pôles de santé en Île-de-France (FémasIF),
et membre du bureau national de AVECSanté,
le 22 septembre 2022
- **Candice Mordo**, chargée de mission Offre de soin de premier recours,
Service Offre de soin Ambulatoire, à la Délégation départementale
des Bouches-du-Rhône, Agence régionale de santé Provence-Alpes-
Côte-d'Azur,
le 28 septembre 2022
- **Alexandre Perez**, élu, délégué Solidarité, santé, prévention et
protection des biens et des personnes à Cénac (Gironde, Nouvelle-
Aquitaine), kinésithérapeute, co-président de la Communauté
professionnelle territoriale de santé (CPTS) Entre-deux-mers, membre
du Conseil territorial de santé (CTS) de Gironde et du Conseil
départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA),
le 22 juillet 2022
- **Julien Perrin**, sociologue et travailleur social à l'association inCittà;
Géraldine Guarinos, médiatrice en santé à la Permanence d'accès
aux soins de santé (PASS) de l'Assistance publique-Hôpitaux
de Marseille,
le 15 septembre 2022
- **Frédérique Quirino Chaves**, responsable du Pôle santé
de la Fédération nationale des associations solidaires d'action
avec les tsiganes et les gens du voyage (Fnasat-Gv),
le 8 novembre 2022



Le recueil des actions locales s'est fait entre le 20 juin et 19 septembre 2022, après lancement d'un appel à contributions à notre réseau (plus de 2000 contacts). Nous avons eu 32 retours. Toutes les contributions ne traitaient pas de l'accès aux soins. 21 ont été retenues pour faire l'objet d'Inspir'actions.

On ne compte plus les communiqués, articles, émissions, qui alertent régulièrement sur les difficultés d'accès aux soins de la population et sur les déserts médicaux.

* <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006170991>

Alors que le Code de la santé publique pose un « *égal accès de chaque personne aux soins* »*, les écarts entre le droit et les réalités vécues par des milliers de personnes chaque jour sont évidents : en attestent les difficultés pour obtenir un rendez-vous et les importants délais d'attente, le nombre de personnes sans médecin traitant, y compris parmi les personnes vivant avec une maladie chronique, l'augmentation du reste à charge et la complexification des parcours de soins, accentuée par la dématérialisation des relations aux professionnel·les et institutions.

* Pénurie de soignantes (à laquelle le recours aux intérimaires tente de faire face), fermetures de services, sollicitations des urgences déjà saturées par des personnes sans médecin traitant, etc.

La crise de l'hôpital, révélée par l'épidémie de Covid, a rappelé les carences et limites de notre système de soins*. Dans le même temps, on observe une diminution de la densité médicale et du temps médical alors que l'évolution démographique et l'augmentation des maladies chroniques entraînent un accroissement des besoins de la population. Dans ce contexte, de nouvelles pressions s'exercent sur l'accès aux soins et tendent à accentuer les inégalités sociales et territoriales de santé.

La première partie de ce Dossier ressources permettra de revenir sur certaines notions et de poser quelques éléments de contexte afin de rendre compte de la situation actuelle. Nous interrogerons également les leviers que peuvent mobiliser les territoires pour agir sur l'accès aux soins de la population.

Une seconde partie sera consacrée aux actions portées par certaines associations et collectivités locales en vue d'améliorer l'accès aux soins et aux droits des habitant·es.

Enfin, une dernière partie visera à faire ressortir des éléments d'analyse et de réflexion tout en dégageant des perspectives de travail.

PARTIE I

ÉTAT DES LIEUX

ACCÈS AUX SOINS, DÉSERTS MÉDICAUX : DE QUOI PARLE-T-ON ?

—

Qu'entend-t-on par accès aux soins ? Quels sont les obstacles rencontrés pour accéder aux soins ? En quoi la question de l'accès aux droits est fondamentale ? Qu'est-ce qu'un désert médical ?

Définir l'accès aux soins

—

C'est sur le plan des droits humains que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) aborde cette notion et pose que « *le droit à la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable* »*.

* <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

La DREES avance, quant à elle, que : « *alternativement envisagé comme une caractéristique propre à un territoire ou à un système de santé, ou encore comme droit, l'accès aux soins semble moins se définir comme une possibilité dont on jouit que comme l'absence d'obstacles entravant la possibilité de recours* »*.

* [DREES, Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?, 2017](#)

L'accès aux soins inclut à la fois des dimensions :

- **Quantitative**, renvoyant à l'offre de soins sur un territoire au regard de la population locale et de ses besoins qui, quand elle est insuffisante, mène à la problématique des déserts médicaux. L'offre de soins est fonction du nombre de professionnel·les présent·es, de la diversité des professions, et du temps de soins associé à chacune d'entre elles.
- **Qualitative**, renvoyant à l'ensemble des déterminants qui vont venir faire obstacle dans l'accès aux soins (ressources financières, couverture santé, etc.; voir plus bas la partie qui y est consacrée).

* [Communiqué de l'Ined « Le vieillissement de la population s'accélère en France et dans la plupart des pays développés », 2021](#)

* [DREES, L'état de santé de la population en France, 2022](#)

L'état de santé de la population

—

La problématique de l'accès aux soins se pose avec acuité alors que la France est confrontée à une augmentation globale de la population, notamment à une part croissante des seniors*, ainsi qu'à une augmentation de la prévalence des maladies chroniques*. Ce constat national prend néanmoins des formes différentes selon les territoires.

* <https://www.inegalites.fr/Les-inegalites-d-esperance-de-vie-entre-les-categorie-sociales-se-maintiennent>

* [Samuel Allain, Vianney Costemmale, « Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie », Études et résultats, DREES, n°1243, 2022. Voir également DREES, L'état de santé de la population en France, 2022](#)

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

En effet, de fortes inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) traversent la situation française : le fait de vieillir en bonne santé* ou de développer des maladies chroniques est socialement marqué*. Dans les quartiers prioritaires de la ville (QPV), la population est davantage touchée par les maladies chroniques mais doit pourtant faire face à une offre de soins plus déficitaire, tant en nombre de médecins généralistes, spécialistes, qu'en structures de soins*.

* 37,4 accidents du travail par million d'heures travaillées chez les ouvrier·ères en 2016 contre 5,0 chez les cadres.

Voir [DREES, L'état de santé de la population en France, 2022](#)

* Cela renvoie au gradient social de la santé: « Les déterminants de la santé sont associés aux comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie et aux environnements. Il existe des disparités de répartition de ces déterminants entre les différents échelons de la société, engendrant ainsi des inégalités de santé ». Voir <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante#:~:text=Les%20d%C3%A9terminants%20de%20la%20sant%C3%A9,probl%C3%A8mes%20particuliers%20ou%20de%20maladies>.

* [Emmanuel Vigneron, « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », Les Tribunes de la santé, vol. 38, no. 1, 2013,](#)

* <https://www.vie-publique.fr/fiches/37859-quest-ce-quin-desert-medical-quelles-actions-des-pouvoirs-publics>

* idem

* <https://www.vie-publique.fr/fiches/37859-quest-ce-quin-desert-medical-quelles-actions-des-pouvoirs-publics>

* [Mérida Laurent, Rochette Corinne, Langlois Éric, Chaze Milhan, « Identifier les déserts médicaux : la question sous-estimée de l'accès des patients aux soins », The Conversation, 14 février 2023](#)

L'étude de ces ISTS suppose de prendre en compte les nombreux facteurs qui influent sur la santé, par exemple les conditions de logement, de travail (dont le risque de maladie professionnelle et d'accident*), l'alimentation, etc., aussi appelés « déterminants de la santé »*.

Comme l'indique E. Vigneron, « *les inégalités sociales de santé se recoupent et se potentialisent avec les inégalités territoriales de santé* ». Pour autant, il précise que « *même si les unes et les autres se recouvrent en partie du fait de la distribution spatiale des classes sociales, les inégalités territoriales de santé ne sont pas réductibles aux inégalités sociales car s'y ajoute l'effet de la distance, géographique comme dans les zones rurales, ou sociale comme dans les banlieues des grandes villes* »*.

Qu'entend-on par désert médical ?

À partir de quel seuil est-on dans une situation de désert médical ? S'agit-il seulement de quantifier le nombre de professionnel·les de soins sur un territoire ? Quelle échelle est pertinente ? Comment prendre en compte les besoins de la population ?

Si les réponses apportées à ces questions peuvent être variables, dans son acception officielle, « *un désert médical désigne une zone géographique dans laquelle il est très difficile, voire impossible, de se faire soigner par un·e professionnel·le de santé en raison de l'absence de médecins à proximité* »*. La notion recouvre à la fois une dimension spatiale et temporelle : la première est « *liée à la densité de professionnel·les de santé sur un territoire : un désert médical est caractérisé par un éloignement géographique entre les patient·es et leur médecin...* », la seconde est « *liée au nombre de patient·es par médecin : plus un·e médecin a de patient·es, moins il·elle a de temps à accorder à chacun d'eux·elles* »*. Plus la densité médicale est faible, plus l'éloignement géographique et les délais d'attente seront importants.

Cependant, comme le souligne la DREES, avoir une approche plus fine du problème soulève différentes questions : doit-on se focaliser sur le recours à un·e professionnel·le en particulier (par exemple, médecin généraliste) ? faut-il prendre en compte l'accès aux hôpitaux, à d'autres services ou aux professionnel·les du second recours ? On pourrait alors parler de déserts médicaux concernant le « premier recours primordial » – qui inclut l'accès aux médecins généralistes, aux urgences, à une pharmacie de proximité – ou le second recours (cardiologie, pneumologie, etc.)*. La définition d'un désert médical peut finalement être très différente selon les critères retenus.

Une autre approche consiste à centrer l'analyse sur le parcours de soins, « *qui renvoie aux soins (soins hospitaliers et de ville) et aux services de santé connexes (pharmacie, radiologie, laboratoire) nécessaires à la prise en charge d'une pathologie* », y compris dans sa dimension spatiale. Certain·es chercheur·es avancent ainsi différents types de parcours selon l'articulation (ou non) entre les différents soins et services et l'accessibilité à ceux-ci*.

CARTOGRAPHIER LES DÉSERTS MÉDICAUX

- Si la définition de désert médical n'est pas stabilisée, certains indicateurs permettent de caractériser l'accessibilité aux soins, comme l'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL). Il « *tient compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitant·es pour mesurer la demande. Il s'agit d'un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune mais qui considère également l'offre de médecins et la demande des communes environnantes* ». Il permet de déterminer le nombre de consultations accessibles par habitant·e et par commune. Retrouvez ici [la carte nationale](#).
- La DREES définit des territoires de vie-santé au sein desquels chaque Agence régionale de santé (ARS) opère un zonage médical faisant apparaître des zones sous-denses en médecins, qui se subdivisent en Zones d'intervention prioritaire (ZIP) et Zones d'action complémentaire (ZAC). Pour déterminer les ZIP et les ZAC, les ARS peuvent s'appuyer sur l'APL ou, éventuellement, sur d'autres indicateurs. À titre d'exemple, en 2022, selon l'ARS Île-de-France, 96% des Francilien·nes résident dans des zones sous-denses, ZIP ou ZAC.

Si de tels indicateurs ont des vertus comparatives, qui peuvent mettre en avant des disparités territoriales, et servir à alimenter des diagnostics locaux, on peut toutefois s'interroger: peut-on considérer, par exemple, que l'accessibilité moyenne aux médecins généralistes, qui est de 3,4 consultations par an et habitant·e, est acceptable et permet de répondre aux besoins de la population? À une échelle plus fine, qu'en est-il d'une observation à l'échelle des quartiers? Et au-delà de l'offre de soins, quelle prise en compte des déterminants de l'accès aux soins, qui agissent également sur cette accessibilité?

* <https://sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin>

Enfin, ces grilles de lecture interrogent également les effets qu'elles produisent localement. Pour exemple, les découpages par territoires vie-santé*, utilisé pour le zonage médical, et la répartition des aides à l'installation peuvent mettre en concurrence des territoires voisins. Ces découpages ne font pas l'objet d'une concertation qui permettrait de mettre en regard le territoire vécu par les habitant·es avec les catégories utilisées par les politiques publiques (par exemple, territoires vie-santé). Il y a ainsi des territoires ruraux, peu denses, artificiellement traversés par plusieurs zonages, ce qui complique l'organisation du dialogue entre élu·es, professionnel·les de soins et autorités de santé.

Yann Bourgueil

Médecin spécialiste de santé publique et de médecine sociale, Yann Bourgueil a mené de nombreux travaux de recherche sur les services et politiques de santé, l'organisation des soins et les politiques de ressources humaines en santé.

Entretien réalisé le 21 septembre 2022

Voir l'entretien intégral en annexe ou [ici](#).

Quels sont aujourd'hui les obstacles à l'accès aux soins ?

La problématique de l'accès aux soins est principalement mise en avant sous l'angle de la démographie médicale dans les territoires. Pour accéder aux soins, il faut qu'il y ait une offre de soins. Or, aujourd'hui, beaucoup de médecins partent à la retraite sans être remplacés. Par ailleurs, il y a de nombreux autres déterminants en jeu, financiers (selon la couverture santé des personnes, des restes à charge importants peuvent perdurer), sociaux ou culturels, comme le rapport à la santé ou la compréhension du système de santé.

On parle beaucoup de déserts médicaux. Quel est l'état de l'offre médicale aujourd'hui ?

Nous sommes bien sûr dans une situation de diminution du nombre de professionnel·les du soin, et notamment de médecins généralistes. Si l'accès aux soins se réduit, c'est tout simplement parce qu'il y a une importante diminution des ressources humaines. Mais cette diminution est inégale selon les territoires. Un autre enjeu est celui des politiques de concentration hospitalière – dans une logique financière – qui ont conduit à fermer des structures, par exemple des maternités et des services de chirurgie, et donc à reconfigurer l'offre hospitalière et son accessibilité : les distances d'accès aux soins spécialisés ont augmenté, entraînant des problématiques de mobilité et de coûts de transport.

Mais les ARS ont tellement modifié les indicateurs qu'aujourd'hui, quasiment tous les territoires se trouveraient en situation de désert médical, ce qui n'a pas beaucoup de sens. Il y a des endroits où les situations sont nettement plus aiguës. Ces données doivent être recoupées avec d'autres indicateurs comme l'absence de services et notamment de services publics dans certains territoires : la désertification des territoires peut être globale, et à la fois liée à la disparition de services.

Comment lutter contre ces déserts médicaux ?

Il faut prendre la mesure des changements en cours, il y a un tournant dans les modes d'exercice. Le corps médical doit prendre acte que les nouveaux·elles professionnel·les veulent des conditions d'exercice plus collectives, regroupées, et que le salariat, ou des conditions de travail proches du salariat, attire de plus en plus. Il va falloir aller dans ce sens en offrant des conditions de travail attractives avec des solutions libérales « clés en main » ou/et en créant davantage de Centres de santé (CDS) et en salariant du personnel.

Bien sûr des initiatives sont engagées depuis un moment, notamment de la part de collectivités, pour, par exemple, mettre en place et accompagner des Maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP). Mais on observe aussi des situations de mise en concurrence entre les territoires là où il faudrait de la concertation, non seulement entre collectivités, entre élu·es, mais aussi entre et avec les professionnel·les et la population. Cette logique de concurrence territoriale, entre l'ancienne et la nouvelle génération de médecins, entre les solutions « techniques » (télémédecine, etc.) et les solutions « humaines » (pour maintenir et faire venir les professionnel·les), est délétère. Une logique que l'on retrouve encore à une autre échelle et qui a conduit à développer un système de soins urgents concurrentiel entre les hôpitaux et SOS Médecins, par exemple, qui se sont mis dans cette niche à l'époque. C'est ce système concurrentiel et cloisonné qui est en crise aujourd'hui du fait de la baisse de la ressource médicale mais également du développement de comportements « consuméristes » par les patient·es qui a été peu régulé.

Il faut donc tendre vers un déploiement plus important des structures d'exercice coordonné ?

Cela fait longtemps que nous savons que pour améliorer l'accès aux soins et la qualité des prises en charge, il faut aller vers plus de collaboration, de communication, en réunissant sur un même lieu des professionnel·les qui vont partager des objectifs communs.

Cependant le modèle du travail individuel est encore défendu par des professionnel·les qui n'ont connu que ce modèle-là et qui veulent assurer leurs intérêts économiques. Cela est en train de changer, si on regarde les impulsions depuis plusieurs années du côté du gouvernement en faveur du développement des MSP ou des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), par exemple. Mais il faut aussi l'intégrer dans la formation initiale et continue des professionnel·les. Il y a un réel enjeu à leur apprendre à travailler ensemble, à se coordonner, à coopérer.

Cela implique également de dépasser le principe du seul paiement à l'acte. Les mécanismes de rémunération sont souvent des freins à des organisations innovantes parce qu'avec le paiement à l'acte, il n'y a pas d'incitation à collaborer.

Les déterminants de l'accès aux soins

* Voir Laurent Chambaud, « [Accès aux soins : éléments de cadrage](#) », [Regards](#), vol. 53, n°1, 2018

* « En moyenne, dans l'ensemble des pays de l'Union Européenne, c'est un cinquième des dépenses de santé qui sont payées par les ménages », voir [OCDE, Health at a Glance: Europe 2020, 2020](#). Selon une étude de Cofidis, le budget annuel des frais de santé des Français a augmenté de 75 % depuis cinq ans, voir https://www.liberation.fr/societe/sante/un-quart-des-francais-doit-se-serrer-la-ceinture-pour-payer-ses-frais-de-sante-20230412_5K6EEBFZT5GITG66NI2U7CWR2Q/

* Pour une définition de la littératie: <https://www.promosante-idf.fr/dossier/litteratie/concepts>

* L'ODENORE parle de « craintes par rapport au monde médical, aux soignants et/ou aux diagnostics », qui peuvent expliquer le renoncement aux soins. Cf. [ODENORE, Synthèse descriptive des données du Baromètre du renoncement aux soins \(BRS\), 2019](#)

* Voir Yann Bourgueil, « [Rôle du système de soins et inégalités sociales de santé: constats, hypothèses et pistes pour la recherche](#) », [Les inégalités sociales de santé. Actes de recherche de la DREES, 2015-2016, 2016](#)

* https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/09/30/sante-plus-de-10-des-francais-n-ont-pas-de-medecins-traitants_6143817_3224.html

* Voir l'entretien réalisé avec Y. Bourgueil.

* En 2019 3,6 % de la population de 15 ans et plus n'a pas de complémentaire santé. Les individus les plus précaires, les chômeur·euses et inactif·ves sont les plus concernés. Voir [Aurélien Pierre, Thierry Rochereau, « L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019 », Questions d'économie de la santé, n°268, 2022](#)

* En 2021, 32% des personnes de 18 ans ou plus déclarent avoir renoncé au moins une fois à une démarche administrative en ligne. Voir <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6438420>

Le problème de l'accès aux soins n'est pas qu'une question d'offre de soins : d'autres obstacles viennent entraver l'accès aux soins des habitant·es, usager·ères/patient·es.

Laurent Chambaud, ex-directeur de l'École des hautes études en santé publique, retient trois déterminants majeurs de l'accès aux soins* :

- L'accessibilité physique correspond à l'existence d'une « offre de services de soins disponible à une distance raisonnable pour les personnes qui en ont besoin ». Elle interroge donc aussi la mobilité au sein d'un territoire.
- L'accessibilité financière qui « consiste à analyser la capacité des personnes à payer les services sans difficultés financières ». Ce coût intègre ce que la personne doit déboursier pour accéder à ce service : coût du transport, manque à gagner de journées non travaillées, coût de gardes d'enfants, etc.

Obstacle le plus visible, la pesanteur de l'accessibilité financière est particulièrement importante. La proportion des personnes qui ont des besoins de santé non satisfaits est bien plus élevée chez les ménages à faibles revenus*.

- L'acceptabilité « qui renvoie à la réalité de l'utilisation des services. Ainsi l'âge, le sexe, la profession, la maîtrise de la langue, le statut familial, le lieu d'habitation peuvent influencer sur la fréquentation des services de santé. Le degré de connaissances et d'acculturation à la complexité de notre offre de soins est également un facteur qui peut être différentiel ». L'acceptabilité interroge la lisibilité, voire l'illisibilité, de notre système de santé et pose des enjeux de littératie* (connaissance et compréhension de celui-ci, des droits en santé, de notre système d'assurance, etc.). On peut également mentionner ici l'appréhension des personnes à consulter, liée à des peurs ou représentations associées au monde médical*.

On pourrait retenir un quatrième critère, lié à l'organisation de notre système de soins* : notamment le passage obligatoire par un·e médecin traitant·e pour une prise en charge optimale des soins de spécialistes, et qui augmente les coûts pour celles et ceux qui n'ont pas accès à un·e médecin traitant (soit 11 % de personnes âgées de 17 ans et plus qui n'en ont pas*); l'existence d'un secteur 1 et d'un secteur 2 avec des pratiques tarifaires (et donc de remboursement) variables; ou encore, l'absence d'une assurance universelle et le fonctionnement de notre système d'assurance*, qui repose sur le couple sécurité sociale et mutuelle et offre des niveaux de prise en charge différents selon les mutuelles, créateurs d'inégalités.

Enfin, l'accès aux droits, qui conditionne l'accès aux soins, représente un autre déterminant majeur. Selon les situations et statuts (en emploi, si on est étranger·ère, sans papier), les droits (a-t-on une mutuelle ou non*) et l'accès aux soins seront différents. La rigidité des démarches administratives, leur complexité et la dématérialisation de celles-ci (accompagnée d'une fermeture des accueils physiques) entraînent des ruptures de droits et des renoncements*.



* Voir [le Dossier ressources de Fabrique Territoires Santé, Discriminations et santé](#), et spécialement l'interview avec Caroline Izambert à propos de l'Aide médicale d'État (AME).

* Voir l'entretien que nous avons réalisé avec Héléna Revil dans notre [Dossier ressources « Discriminations et santé »](#). Voir sur ce sujet [la Synthèse descriptive des données du Baromètre du renoncement aux soins \(BRS\) \(2019\) de l'ODENORE](#).

* <https://www.france-assos-sante.org/communiqu%C3%A9-presse/enquete-bva-pour-france-assos-sante-notre-systeme-de-sante-de-plus-en-plus-malade/>

* [ONPV, Bien vivre dans les quartiers prioritaires, 2019](#)

Qui plus est, on sait qu'en fonction de leur couverture santé (Complémentaire santé solidaire (C2S), Aide médicale d'État (AME)), certaines personnes peuvent être discriminées dans leur accès aux soins*, ayant pour conséquence des refus de soins. Ce sont là des effets pervers de dispositifs qui visent, initialement, à lever des obstacles administratifs, financiers.

Risques de renoncement aux soins

—

La pluralité des obstacles dans l'accès aux soins peut générer des situations de non-recours et de renoncement aux soins*.

France Assos Santé estime que plus de 60 % de la population française «*ont déjà dû reporter ou renoncer à des soins, pour raisons financières ou faute de médecins disponibles*»*. Des renoncements aux soins qui touchent particulièrement les personnes en situation de handicap, ayant une maladie chronique et les personnes à faibles revenus. Concernant les QPV, l'Observatoire national de la politique de la ville (ONPV) estime que «*le renoncement pour motif financier y est supérieur à 40 %*»*.

Les renoncements aux soins ont évidemment des impacts sur la santé : que l'on pense aux prises en charge retardées (ou absence de prise en charge), à l'aggravation de symptômes, la persistance de douleurs (qui peuvent agir sur l'alimentation ou le sommeil), etc. Cela peut être une source d'anxiété, impacter la santé mentale et avoir des conséquences sur la vie sociale, familiale et professionnelle peuvent se faire ressentir.

L'accès aux soins en santé mentale

—

Le champ de la santé mentale se révèle être un zoom de la situation globale, à l'instar des délais d'attente extrêmement longs dans les Centres médico-psychologiques (CMP) et les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

Morgan Fahmi

Psychiatre à la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) du Centre hospitalier Le Vinatier à Lyon. Morgan Fahmi a soutenu en 2021 sa thèse d'exercice en médecine « Analyse cartographique et socioéconomique du non-accès aux soins en santé mentale ».

Entretien réalisé le 28 juillet 2022

Voir l'entretien intégral en annexe ou [ici](#)

Pouvez-vous nous présenter votre travail de thèse et le dispositif Psymobile, sur lequel vous vous êtes appuyé pour mener votre enquête ?

Psymobile repose sur une équipe mobile qui intervient en « aller vers » au domicile des patient·es ou au sein de leur foyer pour favoriser l'accès aux soins psychiatriques des personnes. Elle intervient à la demande des patient·es, de leur famille ou de travailleur·ses sociaux·ales avec lesquelles Psymobile est en contact – peu de patient·es demandent directement l'intervention de l'équipe. L'objectif est de faire venir les soins aux personnes. Le dispositif, rattaché à l'hôpital du Vinatier, est composé de psychiatres et d'infirmier·ères, qui assurent des visites en binômes. Il ne s'agit pas nécessairement d'interventions ponctuelles, mais d'assurer un suivi des personnes en attendant qu'elles puissent être orientées vers des soins classiques, vers un CMP, par exemple, ou vers l'hospitalisation, dans certaines situations plus graves.

Le but de l'étude, sur laquelle repose ma thèse, était de comprendre pourquoi ces personnes, qui ont bénéficié de Psymobile, n'ont pas pu accéder aux soins par elles-mêmes. Des entretiens ont été faits à cette fin aussi bien avec des familles de patient·es qu'avec des patient·es.

Vous identifiez des barrières psychiques et comportementales à l'accès aux soins en santé mentale, pourriez-vous nous en dire plus ?

Une barrière qui se pose avec force pour les personnes avec des troubles psychiques est celle de la maladie elle-même, des symptômes. [...]

Cela fait partie plus généralement des barrières psychiques et comportementales. Elles renvoient également aux représentations de la santé mentale et de la psychiatrie et à la connaissance, ou méconnaissance, en population générale, des troubles psychiques. [...] Cela soulève une vraie problématique de littératie, c'est-à-dire de communication et de diffusion de connaissances sur les troubles psychiques existants, comme on peut le faire pour des maladies somatiques.

Les représentations de la santé mentale sont liées à la stigmatisation qui l'entoure, et notamment la psychiatrie et ses patient·es. [...] Cette stigmatisation a un fort impact et crée des barrières psychiques.

De mauvaises expériences avec la psychiatrie peuvent également être des barrières dans l'accès aux soins. Le fait d'avoir eu des médecins distant·es, qui n'étaient pas suffisamment à l'écoute ou qui donnaient directement des médicaments, ou le fait d'avoir été hospitalisé·e sous contrainte, cela peut évidemment rebuter certaines

personnes à retourner vers les services de psychiatrie. Mais dans ces cas-là, ce qui est en jeu, c'est la pratique médicale, c'est à nous en tant que médecins de faire attention à la relation médecin/patient·e : certaines personnes peuvent se sentir jugées, mal comprises, avoir honte parce qu'on leur dit qu'elles ont mal fait les choses, et qui de fait ne veulent plus retourner voir leur médecin. Il y a donc ici un risque de renoncement aux soins.

Quelles sont les autres barrières que vous avez relevées ?

Il y a la barrière financière, qui est davantage présente pour les personnes qui ont des troubles psychiques moins sévères, des symptômes dépressifs, des troubles anxieux, etc. Le principal impact de cette barrière concerne plutôt l'accès à des psychologues ou des psychiatres libéraux·ales, qui peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires.

En effet, les CMP, devant faire face à des listes d'attente de plus en plus longues, ont tendance aujourd'hui à réserver leurs places à des patient·es présentant des troubles sévères. Les personnes avec des troubles plus modérés sont alors orientées vers des psychologues ou psychiatres libéraux·ales, et donc vers des consultations aux coûts plus importants. [...]

Cette situation était également pointée, lors de mon étude, par beaucoup de familles qui me rapportaient qu'il fallait sûrement qu'elles attendent que l'état de santé de leur enfant, frère, sœur, etc., se dégrade encore davantage pour accéder plus facilement et rapidement aux soins. Or, c'est un vrai paradoxe, puisqu'on sait que plus un trouble est pris en charge rapidement, meilleur est le pronostic et le traitement efficace. Mais faute de médecins, face à un *turn over* important et à un nombre restreint de lits, les prises en charges et les hospitalisations sont réservées aux personnes qui vont le plus mal.

Par ailleurs, l'accès à l'information est parfois difficile dans un système psychiatrique labyrinthique – entre le libéral, le public, l'hôpital et les CMP, etc. Dans mon étude, les familles se plaignaient du fait que certain·es médecins avaient du mal à les intégrer dans les prises en charge des patient·es ou ne voulaient pas partager d'informations sur les diagnostics (aux familles ou aux patient·es) ou donner des conseils (cela renvoie aussi à des débats internes à la psychiatrie, est-ce qu'il faut communiquer les diagnostics ou non, etc.). [...]

Des familles peuvent donc se sentir très exclues de ce système, qui peut être opaque, dans la manière de se comporter avec les patient·es, même si c'est moins le cas aujourd'hui, notamment grâce au développement des groupes de psychoéducation, portés par des hôpitaux mais aussi des associations, qui permettent aux familles ou aux patient·es de mieux comprendre la maladie, les symptômes, et d'augmenter la littératie. Les groupes à destination des familles, ou des aidant·es en général, partent du principe qu'en soignant les aidant·es, on peut soigner la personne. L'intégration des familles est un des leviers de l'amélioration de l'état de santé de la personne.

Vous travaillez actuellement au sein d'une PASS, les difficultés d'accès aux soins des publics sont-elles particulières ?

Nous recevons essentiellement des personnes en situation de migration à la PASS, qui cumulent différents facteurs de vulnérabilité (liés aux conditions de vie, exposition à des discriminations, des violences, etc.). Les conditions de vie ont un impact sur notre santé mentale et, inversement, quand on a un trouble psychique, on a plus de chances d'être en situation de précarité.

Les personnes que nous recevons à la PASS sont souvent jeunes, sans travail et avec des perspectives plutôt limitées. Pour beaucoup, elles sont allophones, ce qui est un autre frein dans l'accès aux soins, mais un financement de l'ARS nous permet de faire appel à des interprètes.

Notre rôle à la PASS, c'est de les prendre en charge tant qu'elles n'ont pas de droits ouverts (Aide médicale d'État [AME], Protection universelle maladie [PUMa]) et après de les orienter vers le droit commun. [...]

Quels sont finalement pour vous les leviers sur lesquels il faut agir pour améliorer l'accès aux soins en santé mentale ?

À l'image de Psymobile, le développement des équipes mobiles dans une logique d'«aller vers» est fondamental. Il permet d'amener le soin vers les personnes, dans leur milieu, à leur domicile. Pour cela, le travail avec les acteur·rices du social et du médico-social – par exemple avec les centres d'hébergement d'urgence ou les Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), dans le cadre du travail effectué au sein d'une PASS – est important. Il s'agit de faire un maillage autour des personnes, d'informer sur leur suivi, d'échanger sur des situations particulièrement difficiles.

L'amélioration de la littératie est un défi important, afin d'augmenter la connaissance des gens en santé mentale. Cela peut passer par des grands messages à l'échelle nationale, qui vont cibler des populations plus à risques, qui vont cumuler plus de vulnérabilités, mais aussi par les groupes de psychoéducation et le travail des médecins eux·elles-mêmes. [...] C'est aussi participer à la réduction de la stigmatisation qui vise les personnes ayant des troubles psychiques et la psychiatrie.

L'accès aux soins en santé mentale nécessite la prise en compte d'autres problématiques comme celle du logement. Des dispositifs, comme Un chez soi d'abord, permettent ainsi d'articuler la question du logement avec la santé mentale : pour que les gens aillent mieux, il faut qu'ils·elles aient un logement. [...]

Les «lieux de répit», qui sont des espaces en dehors de l'hôpital, sont également des alternatives intéressantes pour accompagner les personnes avec des troubles psychiques. Ces lieux de vie, où sont souvent présentes des médiateur·rices pair·es, qui sont à la frontière du médical, du social et de la santé communautaire, peuvent contribuer à améliorer l'accès aux soins.

LA SITUATION ACTUELLE: QUELQUES DONNÉES

* <https://www.publicsenat.fr/article/politique/agnes-firmin-le-bodo-la-france-est-un-desert-medical-228251>

* Voir Marie Anguis et al., *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique? Constat et projections démographiques, Les dossiers de la DREES, n°76, mars 2021*. Pour pallier le manque de personnel médical, la France fait appel à des médecins étrangères. Des professionnel·les largement recrutés dans les hôpitaux et aux contrats précaires et salaires inférieurs à ceux des médecins diplômés en France <https://www.icmigrations.cnrs.fr/2021/03/15/defacto-025-01/>

* https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/09/27/deserts-medicaux-l-acces-aux-specialistes-l-autre-fracture-qui-s-aggrave_6143321_3224.html#:~:text=Selon%20l'Assurance%2Dmaladie%2C,%C3%A9taient%2037%20%25%20en%202000

* Selon l'INSEE, « le bassin de vie constitue le plus petit territoire sur lequel les habitant·es ont accès aux équipements et services les plus courants » <https://www.insee.fr/fr/information/6676988>

* Voir AMRF, *Étude sur la santé en milieu rural, 2022*

* Institut MONTAIGNE, *L'avenir se joue dans les quartiers pauvres, 2022*

* AMRF, *Étude sur la santé en milieu rural, 2022*

Après avoir défini certains termes du sujet – l'accès aux soins et ses déterminants – et ce que les effets des obstacles dans l'accès aux soins font à la santé, nous pouvons pointer les réalités que recouvrent les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins: quel est l'état de l'offre de soins en France? Quels sont les territoires considérés comme sous dotés?

Offre de soin, déserts médicaux

Selon la ministre déléguée auprès du ministre de la Santé et de la Prévention, chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé, Agnès Firmin-Le Bono, « 87 % du territoire français est un désert médical »*. Ce chiffre avancé ne permet pourtant pas de saisir les disparités entre les territoires (quelle échelle?) et la nature de celles-ci (quel est le nombre de médecins, paramédicaux, etc., au regard de la population présente, de ses caractéristiques?).

En France, une diminution de la densité médicale des généralistes est attendue dans les prochaines années (qui s'améliorerait à partir du milieu des années 2030)* tandis que le nombre des spécialistes a plutôt tendance à stagner ou à diminuer selon les spécialités. À noter, qui plus est, que 50 % des spécialistes sont en secteur 2*, ce qui réduit considérablement les possibilités de consultations en raison des freins financiers qui existent pour accéder à ces spécialistes.

Une approche par bassin de vie* de la densité médicale permet d'avoir une approche plus fine des réalités territoriales. Selon les travaux d'E. Vigneron, la densité médicale des médecins généralistes par bassin de vie est en moyenne (à l'échelle nationale) de 0,83 pour 1 000 habitant·es*, soit 83 médecins généralistes pour 100 000 habitant·es. Pour autant, cette moyenne est-elle acceptable? Quel est le « bon » ratio? S'il ne semble pas exister de ratio « idéal », la comparaison entre territoires permet de saisir les écarts de densité médicale.

Il faut toutefois avoir en tête les inégalités sociales et territoriales qui structurent cette répartition démographique: on sait que la démographie médicale – les médecins généralistes, mais plus encore les médecins spécialistes – en QPV est moins importante, alors même que les besoins sont plus nombreux: « les QPV comptent 248,8 professionnel·les de santé libéraux·ales pour 100 000 habitant·es, contre 395,7 pour 100 000 en France métropolitaine [médecins généralistes, spécialistes et paramédicaux] »*. La situation est également critique dans les territoires ruraux, où, par exemple, « à l'échelle des bassins de vie, le rural c'est 30 % de la population mais seulement 25 % des médecins généralistes »*.

Au-delà des définitions et des indicateurs, la problématique des déserts médicaux renvoie également à la perception entre usager·ères/patient·es et professionnel·les, qui peut varier : quel est le « bon » délai ou le délai « acceptable » d'obtention d'un rendez-vous pour accéder à des soins ? est-ce acceptable de considérer que dès lors qu'une réponse est apportée en cas de situation urgente, cette réponse minimale est suffisante en matière d'accès aux soins ?

Comment en est-on arrivés là ?

—

La situation actuelle résulte de choix politiques : notamment, le *numerus clausus*, qui a limité les effectifs de soignant·es disponibles à l'échelle nationale ; la création du secteur 2, qui a limité financièrement l'accès aux soins des populations et donc une offre de soins « pour tou·tes » ; ou encore, la tarification à l'activité (hôpital) ou à l'acte (libéral), qui a induit une course aux actes et une compétitivité entre professionnel·les, au détriment de formes de coordination. Ces choix politiques ont contribué à aggraver les inégalités d'accès aux soins.

On peut ajouter ici également l'évolution des besoins et attentes des professionnel·les du soin. Les nouvelles générations veulent globalement avoir des conditions d'exercice différentes de leurs aîné·es : ils·elles souhaitent plutôt exercer dans des structures d'exercice coordonné, veulent travailler sur des plages horaires plus classiques et sont moins enclins à effectuer des visites à domicile. Ce qui pose la question de l'accès à des consultations pour des personnes ayant des problèmes de mobilité, d'emploi du temps contraint ou encore, du côté des soignant·es, de compensation du temps de travail.

Quelles politiques publiques pour améliorer l'accès aux soins ?

—

Nous passerons en revue certaines stratégies et mesures, qui visent à lutter contre les déserts médicaux et améliorer l'accès aux soins, en agissant sur : l'organisation des soins, le coût de la santé, l'accompagnement des patient·es, le développement de l'offre de soin et les parcours de santé.

Améliorer l'organisation des soins

—

L'enjeu de l'organisation des soins, notamment à travers le développement des structures d'exercice coordonné, est à l'ordre du jour des stratégies nationales en matière de santé depuis plusieurs années. *Ma santé 2022* (2018) pointe ainsi que l'exercice isolé doit devenir à terme l'exception : « *les soins de proximité de demain appellent à un exercice coordonné entre tou·tes les professionnel·les de santé* »*. Ce plan vise spécialement le développement des structures d'exercice coordonné et des CPTS.

* https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

MA SANTÉ 2022

—

Cette stratégie nationale s'articule autour de plusieurs axes : la création d'un collectif de soins au service des patient·es (création de CPTS et leur couverture sur l'ensemble du territoire, et de postes de médecins généralistes à exercice partagé entre la ville et l'hôpital installés dans les territoires prioritaires) ; la libération de temps médical pour répondre aux problèmes d'accès aux soins (création des postes d'assistant·es médicaux·ales) ; l'accompagnement des hôpitaux pour qu'ils renforcent l'offre de soins de proximité (labélisation d'hôpitaux de proximité) ; la réforme du recrutement des étudiant·es (suppression du numerus clausus, du concours d'accès aux Instituts de formation en soins infirmiers [IFSI], etc.).

Alexandre Perez

Élu, délégué Solidarité, santé, prévention et protection des biens et des personnes à Cénac (Gironde, Nouvelle-Aquitaine). Kinésithérapeute, Alexandre Perez est co-président de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Entre-deux-mers.

Interview réalisée le 22 juillet 2022

Voir l'entretien intégral en annexe ou [ici](#)

Comment se présente la question de l'accès aux soins sur le territoire de Cénac ?

Le principal frein à l'installation de nouveaux professionnel·les sur la commune est la problématique foncière et l'absence de cabinets médicaux. En revanche, la localisation du territoire – à 15 minutes en voiture du centre de Bordeaux – est un facteur favorable pour le recrutement des professionnel·les.

Si on ne peut pas réellement parler de désert médical, en 2015/2016, le départ en retraite sans perspectives de remplacement, d'un·e médecin généraliste a inquiété la mairie et l'ensemble des acteur·rices de santé, notamment infirmier·ères et pharmacien·nes. À l'époque, tout le monde s'était mobilisé et un local avait été mis à disposition pour le ou la futur·e médecin. Par ailleurs, les professionnel·les de santé se sont rapproché·es d'acteur·rices privé·es qui ont construit deux centres de santé et permis d'augmenter le nombre de professionnel·les de santé présent·es : infirmier·ère, kinésithérapeute, pharmacien·ne, podologue, orthophoniste, etc. Un deuxième médecin est également arrivé. Néanmoins, si ces professionnel·les libéraux·ales sont bien regroupés en Équipe de soins primaires (ESP), ils·elles ne sont pas aujourd'hui contraint·es à la Permanence des soins ambulatoires (PDSA), à l'organisation des soins, ni à l'ouverture du cabinet entre 8h et 20h tous les jours pour les médecins, comme c'est le cas dans une MSP. Globalement, des professionnel·les de santé sont bien présent·es sur le territoire mais, faute de cadre, il est moins sûr qu'ils·elles répondent tout le temps aux besoins.

D'autres enjeux demeurent présents : l'accès aux urgences, la continuité des soins et le déséquilibre entre les soins nécessaires par rapport à l'offre disponible.

Comment faire face au déséquilibre entre l'offre de soins et de la demande de soins ?

Cela pose la question de la régulation de la demande, par le Service d'accès aux soins (SAS) et les services d'accès aux Soins non programmés (SNP) ou par l'éducation à la santé de la part des professionnel·les (conseils, accompagnement, etc.). Mais ce qui est aussi en jeu, ce sont les modèles de rémunération qui encouragent la multiplication des actes et leur facturation. Par exemple, le fait de recevoir facilement des patient·es hors patientèle, orienté·es par le SAS, ouvre droit à une majoration de 15 €. Cela peut aussi inciter à davantage de prise en charge des patient·es qui appellent le 15 et le SAS au détriment de la patientèle.

Il serait préférable d'investir dans l'organisation des soins et de mieux rémunérer les professionnel·les qui y prennent part – tout en développant l'éducation à la santé. Si les professionnel·les de santé étaient formé·es à conseiller, à accompagner les gens pour faire face à ce type de demandes, il y aurait sûrement moins de consommation de soins car les patient·es seraient accompagné·es à « travailler sur leur santé ». Le système de paiement à l'acte ne pousse pas à la coopération.

Cela dit, évidemment, quelle que soit la nature de l'urgence, il faut qu'une réponse soit apportée.

Dans des territoires où il y a une véritable désertification médicale et paramédicale, nous ne sommes pas dans ce système de consommation, mais dans des systèmes inversés où il s'agit d'un autre modèle puisque l'offre de soins est peu fournie.

Face à cette problématique, quel est le rôle de la Communauté professionnelle territoriale de santé ?

Pour pouvoir honorer toutes les demandes de soins, les CPTS ont un rôle important à jouer en matière d'organisation des soins. Lorsque vous appelez le 15 pour l'évaluation d'une urgence, si ce n'est pas une urgence vitale, qui met en marche le cycle d'urgence avec le SMUR ou le SAMU, la demande descend au niveau du SAS et le ou la professionnel·le régulateur·rice doit apporter une réponse. S'il faut un rendez-vous médical, c'est le protocole de coopération proposé pendant l'été 2022 qui se met en place. C'est à ce moment-là que peuvent intervenir les CPTS, si elles ont mis en place l'organisation des SNP : la personne qui régule l'appel pourra accéder à la plateforme de la CPTS et donner un rendez-vous avec un·e médecin dans les 24 à 48h. On pourrait aller plus loin, et envisager la possibilité pour un·e kiné de prendre en charge, par exemple, l'évaluation de soins pour une entorse de cheville. Ces professionnel·les sont en mesure d'évaluer la gravité, le besoin ou non d'une radiographie, et de mettre en place les premiers soins jusqu'à ce que la personne puisse, dans les prochains jours, aller voir son·sa médecin généraliste et entrer dans un processus de soins classique. Ce type de réponses, c'est à l'échelle de la CPTS d'un territoire qu'il faut l'organiser.

La CPTS Entre-deux-mers travaille plus largement au développement de protocoles de coopération, sur les réponses à apporter dans les cas d'une entorse de cheville, d'une lombalgie, d'une cystite, etc. Il s'agit d'apporter une réponse, peut-être moins « médecin-centrée », mais qui implique d'autres professionnel·les de santé, les pharmaciennes, les infirmier·ères, etc. On a également développé un « guichet unique » qui permet d'orienter les personnes vers les bons effecteurs de soins, tel·le professionnel·le ou tel centre de santé.

Quels seraient les leviers pour développer la coopération entre les acteur·rices/professionnel·les de santé ?

[...] En mettant en place des politiques publiques qui contraignent les acteur·rices à coopérer, cela permettrait de déployer des structures coordonnées et des CPTS à même de développer des territoires promoteurs de santé.

À une autre échelle, ce problème de coopération se pose également si on considère l'existence des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC), des dispositifs territoriaux de santé, des Ateliers santé ville (ASV), des Contrats locaux de santé (CLS), des CPTS, etc. Ces acteur·rices ont parfois des missions similaires et interviennent sur des territoires identiques.

Il faut obliger les acteur·trices à coopérer progressivement et arrêter de les mettre en concurrence. Il y a aussi un enjeu concret à développer des « agences territoriales de santé » avec une véritable démocratie sanitaire en santé, qui regroupent des professionnel·les de santé, des élu·es locaux·ales, des citoyen·nes.

Il faudrait également que les départements et régions aient des réelles compétences en santé pour financer ces dispositifs et structures et que chaque structure adapte les projets de santé territoriaux en lien avec leurs besoins et leurs ressources.

Au sein de votre CPTS, quelles relations avez-vous avec les différent·es acteur·rices du territoire ? Quels effets ont-elles sur vos actions ?

Au sein de la CPTS Entre-deux-mers, il y a une gouvernance particulière puisqu'il y a 7 collègues qui permettent d'impliquer toutes les acteur·rices de santé : professionnel·les de santé libéraux·ales, du social et du médico-social ; structures d'exercice coordonné (ESP, Maisons de santé, Centres de santé) ; établissements sanitaires et médico-sociaux ; habitant·es ; collectivités territoriales (mairies, communautés de communes) ; chercheur·es ; associations qui concourent à la santé. Cette volonté d'impliquer toutes les acteur·rices a été le premier volet concret qu'on a mis en place, bien que soit plutôt les professionnel·les de santé qui aient réagi en premier.

Le développement d'actions a été facilité par la présence sur le territoire de la CPTS de Maisons de santé. Au départ, les professionnel·les souhaitaient davantage de coopération, mais n'en avaient pas les moyens juridiques ni financiers. Néanmoins, la fibre de l'exercice coordonné était déjà présente. Dans notre projet de santé, on n'a pratiquement rien inventé. À part l'organisation des SNP, toutes les actions étaient déjà sur le terrain et ne demandaient que des moyens pour se déployer. La CPTS a permis, par exemple, à un programme d'éducation thérapeutique, déployé sur une ou deux communes, de s'étendre à l'ensemble du territoire.

Concernant les Maisons et Centres de santé, leur augmentation était déjà prévue dans le cadre de la Priorité n°3 du *Plan Renforcer l'accès territorial aux soins*, qui préfigurait *Ma santé 2022*. AVECSanté dénombre 2127 MSP en 2022 ; la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) compte 700 CDS en 2021*.

Selon un avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) (2022), ces équipes « ont démontré leur pouvoir de transformation du système de santé : elles permettent de suivre plus de patient·es, d'améliorer la qualité des soins, d'enrichir la gamme des services proposés »*.

* 700 centres de santé médicaux et polyvalents offrant de la médecine générale (hors centres dentaires). Voir https://www.fnsc.org/sites/default/files/RAPPORT-ETUDE-DYNAMIQUE-CREATION-CDS-2017-2021-IJFR102021_version_site_internet.pdf. À noter que les CDS bénéficient encore d'un appui relatif de la part de l'État : la FNCS alertait récemment sur le fait que les professionnel·les de santé des CDS, gérés par des collectivités, ne bénéficient pas du Complément de Traitement Indiciaire (CTI), dispositif de revalorisation salariale issu du Ségur de la santé.

* HCAAM, *Avis du HCAAM. Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de Qualité*, septembre 2022

Didier Ménard

Médecin généraliste, fondateur de l'Association communautaire Santé Bien-Être (ACSBE) et de La Place Santé au Franc-Moisin (Saint-Denis), ancien président de la Fédération des Maisons et Pôles de santé en Île-de-France (FémasIF), et membre du bureau national de AVEC Santé.

Entretien réalisé le 22 septembre 2022

Voir l'entretien intégral en annexe ou [ici](#)

Pouvez-vous revenir sur la création de l'ACSBE et sur la spécificité de son modèle ?

L'Association communautaire Santé Bien-Être (ACSBE) a été créée suite à une recherche-action menée entre 1986 et 1991, dans le quartier du Franc-Moisin à Saint Denis. Elle a permis de conceptualiser la pratique de la médecine sociale et de la santé communautaire (soigner des personnes qu'on accompagne dans des parcours de santé – et non seulement guérir des maladies) déjà en place au Franc-Moisin de façon informelle. Une approche de la santé globale y est défendue impliquant aussi bien la prévention et la promotion de la santé, que la coordination médico-sociale, l'attention aux parcours de vie, etc.

Un constat important a été fait : on ne peut pas faire grand-chose tout seul. Les obstacles identifiés dans l'accès à la santé et aux soins ne peuvent être levés que de façon collective. Il faut travailler en partenariat avec les professionnel·les, les institutions et structures du territoire (Centre communal d'action sociale, Protection maternelle infantile, etc.), et connaître l'offre de santé, pour orienter vers les bonnes interlocuteur·rices qui sauront lever les obstacles. Il s'agissait également de s'appuyer sur les réseaux de solidarité du quartier dont certaines membres ont été formé·es à la médiation et ont depuis intégré·es l'ACSBE.

À la fin des années 2000, dans le cadre d'une réflexion sur le projet associatif, les habitant·es associé·es ont alerté sur les futurs départs en retraite de professionnel·les. C'est l'émergence du projet de création d'un Centre de santé.

Le Centre de santé La Place santé, intégré à l'ACSBE, est donc une réponse à la problématique de démographie médicale ?

Il s'agissait de faire venir de nouveaux professionnel·les au Franc-Moisin. L'idée a été d'impliquer des jeunes médecins pour ouvrir un centre de santé communautaire et d'assurer la relève. L'enjeu était de regrouper dans un même lieu des activités de soins et celles de l'ACSBE, notamment la médiation en santé et l'organisation d'ateliers (promotion de la santé, marche, estime de soi, yoga, etc.) et d'activités qui permettent de (re)tisser du lien social.

Aujourd'hui, il y a sept médecins qui travaillent dans la structure, une infirmière en pratique avancée, une psychologue, des médiatrices, des « accueillantes », une musicothérapeute, etc. Tout le monde prend part à la construction des parcours de santé des personnes qui viennent à La Place santé. Il y a un travail d'équipe, de coordination et d'orientation vers le partenaire en mesure de répondre au

mieux aux besoins de la personne. Les protocoles de coopération facilitent cette dynamique.

Les « accueillantes » ont un rôle essentiel car elles connaissent bien la population, les situations sociales, et peuvent être des interlocutrices privilégiées. Les médiatrices permettent, quant à elles, de « décoder » certaines problématiques et situations, et de faire lien avec le ou la médecin.

En quoi le basculement vers le paiement au forfait impacte l'exercice de vos activités ?

Aujourd'hui, 30 ans après l'ouverture de l'ACSBE, et 10 ans après l'ouverture de La Place santé, la stabilité économique est acquise grâce au paiement au forfait et à l'allocation d'un budget global calculé avec l'Assurance maladie pour financer le « hors-soin ».

Le paiement au forfait est idéal pour développer une médecine sociale et la santé communautaire. Il permet de donner du temps, d'avoir des consultations sans rendez-vous, des consultations plus longues. Avec le paiement au forfait, on gagne donc en qualité des soins.

Aussi, dans le cadre d'une expérimentation avec 26 centres et maisons de santé « participatifs », le financement par l'Assurance maladie de l'activité hors-soin permet de ne plus être en recherche constante de subventions pour financer ce qui ne relève pas du soin.

L'Assurance maladie reconnaît ainsi que le financement d'activités hors soin diminuera des dépenses de soins. C'est un grand changement. En investissant dans la santé (communautaire), et la pluralité de ses activités, les patient·es/usager·ères se portent mieux, ont moins de complications de leur maladie chronique, etc. Il faut que de tels modes de financement entrent dans le droit commun.

En quoi les structures d'exercice de soin coordonné sont importantes pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins ?

L'exercice solitaire a atteint ses limites si l'on souhaite faire face aux inégalités d'accès aux soins. Les structures d'exercice coordonné développent des offres adaptées sur les territoires. Elles sont la solution et l'avenir et répondent aux aspirations des nouvelles générations.

Plutôt que de faire venir individuellement des professionnel·les de soins (y compris avec des incitations), il faut miser sur le développement de structures d'exercice coordonné, avec par exemple des structures de base et des antennes, qui peuvent par la suite s'autonomiser. La dynamique collective est la solution face aux déserts médicaux et l'enjeu porte sur les conditions d'exercice et de vie des professionnel·les.



FABRIQUE
TERRITOIRES
SANTÉ

* Voir l'interview avec Y. Bourgueil.

* Cela renvoie à un cahier des charges que la complémentaire doit remplir en matière de prise en charge des dépenses, etc. Cela concerne 95% des complémentaires. Voir <https://www.demarches.interieur.gouv.fr/particuliers/couverture-maladie-complementaire-mutuelle>

* <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/ER1260.pdf>

* <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/100-sante-fin-2021-un-peu-plus-de-la-moitie>

Baisser le coût de la santé

Si notre système d'assurance peut être mis en cause – étant donné les inégalités d'accès aux soins qu'il génère* –, des dispositifs plus spécifiques ont été développés et permettent, de façon ciblée, d'agir, en partie, sur l'obstacle financier. C'est notamment le cas avec les récents dispositifs 100 % Santé et MonPsy.

Le premier vise à permettre un meilleur accès aux soins dans les domaines de l'optique, de l'audiologie ou du dentaire. Il s'adresse aux personnes bénéficiant d'une complémentaire santé responsable* ou de la C2S et permet la prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale et la complémentaire, d'un ensemble de prestations de soins et d'équipements identifiés sur ces trois postes de soins. Si le dispositif semble offrir une meilleure couverture*, celui-ci n'était connu, fin 2021, que d'une personne sur deux*.

Le dispositif MonPsy assure la prise en charge de consultations chez des psychologues – huit consultations maximum par an. S'il permet en partie de lever la barrière financière d'accès aux psychologues libéraux, on peut toutefois questionner cette limite des huit consultations : une personne qui aurait besoin de séances supplémentaires, mais ne pouvant assurer les frais de consultations, devrait donc arrêter son suivi.

On peut s'interroger sur l'intérêt, la pertinence, voire l'efficacité de tels dispositifs qui visent à corriger des inégalités qui elles-mêmes ont été créées en conditionnant l'accès aux droits (système double de l'assurance maladie [assurance maladie obligatoire, assurance maladie complémentaire], modalités de remboursement, etc.).

Accompagner les usager·ères

* Pour une définition voir <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641/>

* La domiciliation permet d'avoir un justificatif de domicile et une adresse pour recevoir du courrier. Elle permet d'accéder à des droits et prestations.

* La médiation est d'autant plus importante à l'heure de la dématérialisation des démarches administratives et des relations avec les institutions et professionnel·les, qui accentue les risques de rupture de droits et de renoncement. Voir le [Dossier ressources de Fabrique Territoires Santé, Dématérialisation et accès aux droits de santé : que faire face à la dématérialisation des services publics ?](#)

Julien Perrin* et Géraldine Guarinos**

*Sociologue et travailleur social, travaille à l'association inCittà à Marseille.

**Médiatrice en santé à la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille.

Entretien réalisé le 15 septembre 2022

Voir l'entretien intégral en annexe ou [ici](#)

Pouvez-vous présenter votre association et le travail que vous avez réalisé sur la médiation en santé à Marseille ?

JP : inCittà est une association de soutien aux activités du tissu associatif marseillais et assure des activités d'étude, de conseil, de formation, et d'accompagnement des politiques publiques. Elle a réalisé, avec une consultante en santé publique, Célia Chichportich, une évaluation et un accompagnement de la médiation en santé à Marseille entre 2015 et 2017, puis, en 2018, a été sollicitée à nouveau pour reprendre cet accompagnement.

L'enjeu n'était pas de travailler sur la qualification des médiateur·rices en santé, qui avaient déjà de l'expérience et étaient présent·es depuis longtemps. Il s'agissait plutôt de mobiliser les acteur·rices du territoire (professionnel·les de santé, structures employeuses, institutions) pour développer la visibilité et la reconnaissance de la médiation en santé, afin d'en faire une ressource pour les réseaux professionnels ; et de favoriser l'interconnaissance entre les acteur·rices de la médiation en santé.

Quelle est la situation de la médiation en santé à Marseille ?

JP : La médiation en santé sur le territoire marseillais date de la fin des années 1990. Des premiers constats quant aux réalités et pratiques de la médiation en santé avaient déjà été faits par les Ateliers santé ville, et notamment celui d'une pluralité de domaines dans lesquels la médiation en santé intervenait : la prévention du VIH et l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH ; l'addictologie, où l'on retrouve des médiateur·rices-pairs ; la santé mentale, avec les usager·ères de la psychiatrie. La médiation était aussi présente dans les quartiers populaires où la problématique de la santé croise notamment celle du logement, et dans les résidences sociales. Elle intervenait, et intervient toujours, dans une diversité de contextes. C'est un constat que nous avons renouvelé.

Mais selon les domaines et lieux d'exercice, il y a des stratégies différentes pour faire de la médiation en santé : des médiateur·rices vont mettre en œuvre des stratégies d'« aller vers » assez poussées en étant du côté de la prévention, de la prise de contact dans l'espace public, par exemple, tandis que d'autres vont être davantage en proximité avec un public plus stable, en travaillant notamment dans des résidences sociales.

Les médiateur·rices en santé peuvent parfois se retrouver assez isolé·es en travaillant dans des structures qui n'ont pas forcément une culture de la médiation en santé. Ils·elles peuvent donc être face à un certain isolement en « interne » (difficultés à

faire de la place à la médiation, manque de reconnaissance de celle-ci, etc.), mais aussi à un isolement « externe », lié plutôt à la diversité des interlocuteur·rices et aux difficultés à être identifié·es comme des personnes ressources pour améliorer l'accès à la santé et aux soins des personnes.

Dans quelles structures travaillent les médiateur·rices de santé et est-ce que cela conditionne les modalités d'exercice de la médiation en santé ?

JP : La médiation en santé intervient dans des contextes où se posent souvent d'autres questions sociales. Les médiateur·rices en santé travaillent dans des associations, des résidences sociales, plus rarement dans des centres sociaux. On peut retrouver des associations du secteur de la lutte contre l'exclusion sociale comme les Petits Frères des Pauvres ou l'Armée du Salut, dont les postes de médiation en santé vont être rattachés à des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

La médiation en santé s'est également développée dans des structures de santé, MSP ou CDS. Le·la médiateur·rice est ici intégré·e dans une équipe pluriprofessionnelle de santé. Il y a aussi des projets de médiation en santé dans les hôpitaux, notamment dans les services de psychiatrie avec les médiateur·rices-pairs et dans les PASS.

La question du portage des postes est stratégique : cela est déterminant dans le lien avec les autres professionnel·les de la structure (et avec les partenaires) et le lien avec les personnes concernées. Les façons de faire de la médiation en santé sont aussi conditionnées par le statut professionnel et l'expérience. Si c'est un·e infirmier·ère de formation ou un·e médiateur·rice qui vient plutôt du social, ou encore, un·e médiateur·rice-pair, la posture peut être différente, ce qui va avoir des effets aussi sur les partenariats noués ou les liens avec les autres professionnel·les.

Les missions des médiateur·rices, selon les structures de rattachement, peuvent-elles être variées ?

GG : Si les missions et les cadres d'intervention des médiateur·rices en santé peuvent être différents d'une structure à l'autre, nous partons toujours des freins dans l'accès à la santé et aux soins des personnes, et de leurs demandes, en mettant tout en œuvre pour favoriser l'expression de celles-ci. Nous proposons un soutien aux professionnel·les pour améliorer leur compréhension des situations et favoriser l'adaptation des prises en charge et accompagnements.

En travaillant dans une PASS au sein de l'AP-HM, nous recevons entre autres des primo-arrivant·es qui ne connaissent pas la ville, ni le système de santé français, et assurons donc beaucoup d'accompagnements individuels pour permettre l'identification de lieux-ressources intra et extra hospitaliers, montrer comment on y accède, etc. Nous sommes présent·es lors de consultations ou de rendez-vous administratifs pour ainsi faire le lien avec les professionnel·les compétent·es, sans se substituer à eux·elles.

Y-a-t-il encore du chemin à faire pour la reconnaissance de la médiation en santé ?

GG : La médiation en santé est maintenant bien intégrée dans l'organisation de la PASS et un second poste a été créé. Cependant il a fallu du temps pour que les possibilités et les limites du poste soient appréhendées et partagées, et que des collaborations s'installent avec tous les corps de métier de cette équipe pluridisciplinaire. Des rappels et des réajustements sont réalisés régulièrement. À l'échelle de l'hôpital, on nous confond régulièrement avec (ou l'on s'attend à ce que nous soyons) des travailleur·euses sociaux·ales, des interprètes ou des soignant·es. Mais la récurrence des contacts et des coopérations avec les services permet d'effacer ces écueils.

Si la pertinence de l'activité de médiation en santé n'est plus questionnée, il y a encore un manque de visibilité et de reconnaissance de la légitimité du métier, y compris de la part des institutions. Dans la fonction publique hospitalière par exemple, les médiateur·rices en santé sont rattachés à l'une ou l'autre des filières professionnelles (technique, administratif) sans règles établies, ce qui peut poser des problèmes dans la mise en œuvre de l'activité et entraîne des disparités entre médiateur·rices (salariales, accès au Dossier patient informatisé (DPI), etc.).

JP : S'il y a des évolutions, la question de la reconnaissance n'est pas encore réglée. Les médiateur·rices assurent également une fonction de témoin et il importe que leur parole puisse être entendue, notamment de la part des pouvoirs publics. Par ailleurs, s'il y a un besoin de reconnaissance et de développement de la médiation en santé, il faut aussi développer l'offre de soins et de santé : les médiateur·rices travaillent avant tout pour que leurs accompagnements aboutissent.

Comme le rappelle Aurélie Dutour, chargée de développement à La Fédération des associations de médiation sociale et culturelle d'Île-de-France (LaFédé), l'histoire de la médiation en santé est liée à la médiation sociale et culturelle. Si la médiation en santé n'est pas sans soulever nombre de défis/difficultés (notamment positionnement du·de la médiateur·rice), elle rencontre toutefois une demande d'accompagnement importante.

Aurélie Dutour

Chargée de développement à LaFédé, la Fédération des associations de médiation sociale et culturelle d'Île-de-France.

Entretien réalisé le 17 octobre 2022

Voir l'entretien intégral en annexe ou [ici](#)

Comment se pose la question de la santé et de l'accès aux soins dans la médiation sociale et culturelle ?

Les questions de santé sont présentes dès l'origine dans le champ de la médiation sociale et culturelle, à la fin des années 1980. Les femmes-relais, médiatrices, ont toujours été confrontées aux problématiques de santé rencontrées par les publics : la PMI, le besoin d'informations sur le système de santé, l'aide à la prise de rendez-vous, l'accompagnement à un rendez-vous médical, etc. Concrètement, il peut s'agir aussi bien d'aider à comprendre un courrier de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), que d'orienter une personne qui ne sait pas vers quel·le professionnel·le ou structure se tourner au regard de tel problème de santé, ou encore, d'accompagner à des rendez-vous médicaux des personnes qui ne maîtrisent pas forcément le français ou ont peur d'aller chez le·la médecin (peur du diagnostic, de ne pas bien saisir ce qui se dit, etc.). Faute de moyens alloués à la médiation, ces accompagnements physiques se font plus rares, et il faut donc les prioriser.

Dans chaque association de médiation sociale et culturelle, il y a des accompagnements individuels (lors de permanences) et des actions (ateliers collectifs) qui traitent de problématiques de santé, centrés sur la prévention et la promotion de la santé (alimentation, diabète, cancer du sein, grossesse et périnatalité, vaccination, etc.), l'accès aux droits de santé et aux soins. Certaines associations font également des permanences de médiation dans des salles d'attente de structures de santé, dans des hôpitaux.

Les médiatrices peuvent aussi assurer une fonction d'alerte et faire remonter des situations de refus de soins discriminatoires, notamment au Défenseur des droits.

Les accompagnements chez le·la médecin posent-ils des difficultés particulières ?

Pendant longtemps, en l'absence de médiation, c'étaient surtout les enfants qui assuraient une fonction de traduction. Les médiatrices viennent à certains rendez-vous pour assurer une fonction d'interprétariat, mais il s'agit aussi de traduire le langage technique, administratif, du·de la professionnel·le. On parlera plutôt de décodage culturel, dont il est question aussi en dehors des rendez-vous médicaux : réaliser tel examen, passer une radio, à quoi cela correspond, en quoi consiste le travail de tel·le spécialiste ou paramédical·e. Il s'agit d'expliquer le fonctionnement des structures, des métiers, que ne connaissent pas forcément certaines personnes. Des enjeux éthiques se posent aussi, notamment dans le cas d'annonce de diagnostics, de résultats de santé qui ne sont pas bons. Nous avons

quelques exemples de médecins qui se déchargent sur la médiatrice pour annoncer une mauvaise nouvelle au prétexte qu'elles parlent la langue du/de la patient·e.

Est-ce que l'accès aux soins est un sujet qui revient beaucoup pour les habitant·es avec lesquelles sont en contact les associations de médiation sociale et culturelle ?

Dans le cadre de l'élaboration du Projet régional de santé 2017-2022 (PRS2) de l'ARS Île-de-France, LaFédé et ses associations membres ont réuni des groupes d'habitant·es de huit villes de la région qui ont échangé sur ce qu'est la santé pour eux·elles, sur ce qui impactait positivement ou négativement leur santé, etc. Ils·elles mettaient beaucoup en avant l'importance des déterminants de la santé (conditions de travail, de logement, de vie, etc.) mais aussi l'accès aux soins, aux médecins généralistes, ou encore à d'autres professionnel·les comme des psychologues. Le travail qui a été mené avec ces groupes d'habitant·es a permis de mettre en avant, auprès de l'ARS, le caractère central des déterminants de santé et de l'accès aux soins pour les habitant·es. Il a également été pointé l'importance des Évaluations d'impact en santé (EIS) dans toutes les politiques publiques.

Suite à ce travail sur l'élaboration du PRS2, une recherche-action a été entreprise afin de monter localement des actions en promotion de la santé dans cinq villes de la région, qui ont été des points de départ au déploiement d'actions : la peur des dépistages et des examens médicaux ; l'accès à une alimentation saine et des produits de qualité à bas coût ; la santé bucco-dentaire ; le sommeil, articulé à des enjeux de santé mentale ; les enjeux de traduction, de confiance et de discrimination dans la relation médecins/patient·es. L'objet de cette recherche action a été de mesurer l'impact sur les habitant·es des quartiers populaires, des messages de santé construits dans la proximité.

Et, récemment, l'ARS Île-de-France nous a sollicités pour une même contribution des habitant·es et des associations de médiation sociale et culturelle pour l'élaboration du PRS3.

Quel est finalement l'enjeu de la médiation en santé telle qu'elle se fait au quotidien ?

L'enjeu est que la personne soit actrice de son parcours de santé, qu'elle en maîtrise les différentes étapes. Il faut qu'elle soit en possession d'un maximum d'informations pour faire ses choix. Il faut pour cela prendre en compte les besoins, la situation sociale, la culture, au sens large, les connaissances, etc., des personnes reçues lors des permanences de médiation.

Les associations de médiation sociale et culturelle peuvent ainsi être un levier dans la lutte pour la réduction des inégalités d'accès aux soins. Elles peuvent arrimer la question de l'accès aux soins, et de ses déterminants, aux enjeux de la prévention et de la promotion de la santé.



En abordant les difficultés d'accès aux soins des gens du voyage, Frédérique Quirino Chaves, responsable du Pôle santé de la Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage (Fnasat-Gv), rappelle également l'impact des discriminations sur leur santé. La médiation en santé peut contribuer à dissoudre les « *représentations biaisées* » de certain·es professionnel·les.

Frédérique Quirino Chaves

Responsable du Pôle santé de la Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage (Fnasat-Gv).

Entretien réalisé le 8 novembre 2022

Voir l'entretien intégral en annexe ou [ici](#)

À quels obstacles font face les Gens du voyage dans leur accès à la santé et aux soins ?

Les freins sont multiples : ils peuvent certes être d'ordre individuel – difficultés à s'orienter dans le système de santé et de soins, coûts de la santé (et possibilités inégales de les prendre en charge en fonction des revenus), non ou relative maîtrise du français à l'écrit, certaines représentations du corps, de la maladie et de la santé qui peuvent entraver la formulation d'une demande de soins, ou encore, problématiques de mobilité et d'accessibilité physique aux structures de soins –, mais surtout structurels : exposition à des conditions de vie et d'habitat délétères, précarité socio-économique avec une forte compétitivité avec les besoins fondamentaux, complexité du système de santé, dématérialisation des démarches administratives, antécédents de situations de stigmatisations vécues, etc. Les aires d'accueil des Gens voyage se trouvent, par exemple, souvent dans des zones périphériques, éloignées, mal (ou non) desservies par les transports publics, à proximité de zones polluées ou d'usines. Ils·elles subissent une relégation spatiale, sociale, mais aussi symbolique.

Les stéréotypes, les représentations biaisées de certain·es professionnel·les de santé – qui balayent la singularité des personnes, et oublient que les voyageur·euses ne sont pas un groupe monolithique – peuvent quant à elles alimenter des pratiques discriminatoires à l'encontre des Gens du voyage, qui vont avoir des impacts évidents sur leur accès à la santé et aux soins.

Ce sont finalement différents facteurs de vulnérabilité, qui peuvent se combiner entre eux, et qui vont faire obstacle à l'accès à la santé et aux soins. On peut parler de « parcours de soins et de santé complexes » avec une discontinuité fréquente dans celui-ci, un moindre recours aux spécialistes notamment, des non-recours voire des renoncements aux soins.

Comment la médiation en santé peut-elle agir pour améliorer l'accès à la santé et aux soins des Gens du voyage ?

Si la médiation en santé est protéiforme dans ses pratiques (accompagnement physique, aides aux démarches et à la prise de rendez-vous, écoute active, sensibilisation et soutien aux professionnel·les, veille et remontées d'informations, etc.) – et c'est ce qui fait sa richesse, son agilité pour s'adapter à différents contextes d'intervention – il y a tout de même un dénominateur commun dans la posture et le positionnement : la fonction d'interface qu'assure le·la médiateur·rice entre les publics éloignés de la santé et des soins et les professionnel·les. Il s'agit de (re) créer du lien, de dépasser des incompréhensions, des stéréotypes, etc., qui peuvent entraver la relation entre usager·ère/patient·e et professionnel·le de santé. Il y a un travail de sensibilisation au long court à faire auprès des professionnel·les, et aussi d'accompagnement des Gens du voyage, qui peuvent avoir des a priori et appréhensions sur le monde médical, notamment en raison d'expériences négatives passées.

Des associations membres de notre réseau assurent également des actions de co-formation, qui s'appuient sur la méthode du croisement des savoirs développée par ATD Quart Monde, pour faciliter la rencontre entre les Gens du voyage et les professionnel·les.

Si la médiation en santé peut contribuer à améliorer l'accès à la santé et aux soins, quand elle a réussi à lever certains obstacles (accès aux droits, etc.), elle peut toutefois être confrontée à la raréfaction de l'offre de soins. Vers qui orienter quand il n'y a pas, ou trop peu, de professionnel·les de santé sur un territoire ? Le rôle des médiateur·rices est important, mais quand l'offre de soins ne peut répondre aux besoins des personnes, l'accompagnement ne peut pas complètement aboutir. La médiation en santé ne peut pallier les déficiences du système de santé et, renversant la perspective, elle interroge aussi finalement la façon dont celui-ci demeure éloignée des usager·ères et patient·es

* Préfigurées par les Plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (Pfidass).

L'intérêt pour la médiation en santé est attesté par l'évolution des missions des caisses départementales d'assurance maladie avec le déploiement des Missions accompagnement santé (MAS), généralisées depuis 2020 *. Tournées vers la résolution des difficultés d'accès aux droits en lien avec le suivi et traitement des dossiers à l'Assurance maladie, elles endossent aussi des missions d'accompagnement des assuré·es pour s'orienter plus largement dans le système de santé (prise de RDV, appui pour trouver un·e professionnel·le du soin), qui peuvent recouper celles des médiateur·rices travaillant dans des associations ou collectivités. À ce sujet, voir l'entretien réalisé avec Nazim Mekebel, référent à la Mission accompagnement santé (MAS) de la CPAM des Pyrénées-Orientales (voir l'entretien en annexe ou [ici](#)).

Développer l'offre et libérer du temps médical

Les politiques publiques engagent essentiellement deux types d'approche pour agir sur l'offre de soins.

* Le déploiement est acté par la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

* Acté par l'Avenant 7 à la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie du 20 juin 2019.

* La pratique avancée été introduite par la Loi de modernisation de notre système de santé en 2016.

* https://www.fabrique-territoires-sante.org/wp-content/uploads/2023/03/Ces-infirmieres-que-les-medecins-veulent-empêcher-d'exercer_-_Mediapart.pdf

* <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees#:~:text=Le%20CAIM%20est%20une%20aide,%C3%A9quipements%2C%20charges%20diverses%E2%80%A6>

* [DREES, Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale, Les dossiers de la DREES, n°89, 2021](#)

* Idem.

- Augmenter l'offre de soins, en agissant sur le nombre de médecins (à l'échelle nationale) via la levée du numerus clausus pour augmenter les effectifs d'étudiant·es ou en faisant venir de nouveaux médecins (par exemple, en faisant venir des médecins étranger·ères), en déléguant certaines tâches médicales, jusque-là réservées à des médecins, à d'autres professionnel·les (tests de cystites pour les pharmacienn·es, traitement d'entorses pour les kinés, etc.), ou encore, en développant la télémédecine*.
- Libérer du temps médical, en mobilisant les nouveaux·elles assistant·es médicaux·ales*, qui vont notamment prendre en charge certaines tâches administratives, ou encore, en ouvrant l'accès direct à certain·es professionnel·les (cas des infirmier·ères en pratique avancée*, par exemple), ce qui n'est pas sans entraîner des résistances de la part d'une partie des médecins et de leurs instances représentatives*.

Aussi, pour faire venir des médecins dans certaines zones sous-denses, des aides à l'installation ou à la pratique ont été mises en place*. Si les données manquent encore, selon la DREES, l'impact réel de ces mesures semblent toutefois limité*. L'installation dans un territoire recoupe une pluralité de paramètres : caractéristiques des territoires (quels sont les services proposés), facteurs personnels (liens avec le territoire, parcours de vie, scolarité des enfants...), conditions d'exercice. « *Les politiques visant à l'amélioration de la répartition territoriale ne peuvent donc pas se fonder sur le seul levier des incitations financières mais doivent agir sur l'ensemble des conditions d'exercice des médecins* »* : il s'agit d'agir sur plusieurs leviers, incitations financières, formation initiale, régulation (contraintes sur le choix de localisation), soutien professionnel et personnel.

Enfin, la télémédecine, qui peut être avancée comme un remède pour pallier le manque de professionnel·les, ouvre des questions quant aux conditions de déploiement : qui en bénéficie ? quel accès pour les personnes en fracture numérique ? quelles limites aux téléconsultations (diagnostics, suivi des patient·es, articulations avec des visites en cabinet) ?



* Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA), Plateformes territoriales d'appui (PTA), Coordinations territoriales d'appui (CTA), réseaux de santé, Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), etc.

* [HCAAM, Avis du HCAAM. Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de Qualité, septembre 2022](#)

* Voir l'entretien avec Y. Bourgueil.

* Retrouvez certaines initiatives territoriales en faveur de l'accès aux soins : <https://www.thinglink.com/scene/1015983558566608897?buttonSource=viewLimits>

Coordonner les parcours de santé

Enfin, les dispositifs territoriaux (MAIA, PTA, etc.) * qui visent l'accompagnement des professionnel·les de santé, de la population et de leurs aidant·es, pour le suivi et la coordination des parcours de santé dans une approche à la fois sanitaire, sociale et médico-sociale, sont en voie d'unification dans les nouveaux DAC. Ils s'adressent à tout·e professionnel·le de santé, du champ social, médico-social, etc., indépendamment de l'âge ou de la pathologie de la personne accompagnée.

Ce type de dispositif ne tend pas à agir sur l'offre de soins, mais à assurer un meilleur suivi des parcours de santé des personnes. Il représente un volet qualitatif dans l'accès aux soins.

Faire face aux obstacles de l'accès aux soins sur les territoires

Si certaines mesures nationales tentent d'améliorer l'accès aux soins, elles sont encore « *d'une ampleur insuffisante pour que leur effet de transformation se fasse sentir à l'échelle du système* » *. La situation reste très critique dans de nombreux territoires. Pour le HCAAM, il faut aller dans le sens de la reconnaissance d'une responsabilité collective et partagée de l'accès aux soins dans les territoires, et de son organisation. La mission de service public des médecins est également en jeu *. Il s'agit de développer une approche territoriale de l'accès aux soins.

Si les collectivités territoriales en matière de santé ont encore un rôle limité, elles sont pour autant frontalement confrontées à la problématique de l'accès aux soins. Elles sont interpellées par les habitant·es qui sont face à une offre déficitaire et rencontrent divers obstacles dans leur accès aux soins. Mais de quels leviers disposent-elles pour agir ?

Afin d'améliorer l'accès aux soins de la population, les collectivités peuvent : créer (ou accompagner) une offre de soins, créer un environnement favorable à la réduction des inégalités d'accès aux soins, ou encore, accompagner des publics *.

Créer (ou accompagner) une offre de soins

Un des premiers leviers peut être d'accompagner l'installation de professionnel·les de santé et la mise en place de structures d'exercice coordonné (MSP, CDS), notamment en finançant des locaux ou des équipements, par exemple.

Mais certaines collectivités peuvent aller plus loin en développant elles-mêmes une offre de soins, via notamment la création d'un Centre municipal de santé (CMS), qui peut devenir un vrai outil de politique locale de santé (politique municipale, le plus souvent).

Hélène Colombani

Médecin, directrice de la santé à la ville de Nanterre et présidente de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS).

Entretien réalisé le 12 octobre 2022

Voir l'entretien intégral en annexe ou [ici](#)

Face à la problématique des déserts médicaux, les Centres de santé représentent-ils un bout de la réponse ?

Les déserts médicaux existent depuis longtemps. Historiquement, un certain nombre d'élus de villes se sont engagés politiquement pour lutter contre et mettre en place des Centres de santé municipaux. Pendant la crise sanitaire, les villes qui avaient des CDS parvenaient davantage à la gérer localement que celles qui n'en avaient pas. Selon la sociologue Nadège Vezinat, les CDS municipaux sont le « vaisseau amiral » de la politique municipale de santé.

Aujourd'hui les CDS sont principalement centrés sur la prise en charge des maladies chroniques. Et pour assurer une prise en charge efficiente des patient·es, on ne peut plus s'appuyer uniquement sur un·e médecin traitant·e, mais sur une équipe traitante. À ce titre, les CDS sont bien armés pour répondre à ce type de prise en charge.

Depuis 2019, il y a une augmentation de plus 38 % des CDS médicaux et polyvalents. Des villes, des départements, des régions, ou encore, des Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) en créent. Le département de Saône-et-Loire a ainsi mis en place plusieurs CDS, avec des structures de base et des antennes dans des petites communes pour effectuer des consultations médicales dans des locaux mis à disposition.

L'accès aux soins est devenu tellement aigu que toutes les élu·es sont interpellé·es par les administré·es. Quand il n'y a pas de réponse qui vienne d'en haut, ils·elles trouvent des réponses par leurs propres moyens.

À quels enjeux renvoie le modèle économique des CDS et le statut des professionnel·les ?

Le type de rémunération est un enjeu pour la qualité des soins. Plusieurs centres se sont lancés dans des expérimentations avec une rémunération au forfait. Contrairement au système du paiement à l'acte, l'Assurance maladie rémunère dans ce cas le CDS en fonction du ou de la patient·e suivi·e, caractérisé·e par certains indicateurs (âge, sexe, nombre de pathologies, vulnérabilité sociale). Cela permet de mieux prendre en charge les parcours de santé et d'avoir une approche plus qualitative (en intégrant, par exemple, des consultations d'autres professionnel·les, comme des diététicien·nes).

La Fédération nationale des centres de santé (FNCS) souhaite ainsi la généralisation de la rémunération au forfait, qui semble plus adaptée pour pratiquer

une médecine intégrative, qui prend en compte la prévention, la promotion de la santé, le social, les enjeux d'insertion ou de réhabilitation. Tout se fait autour du ou de la patient·e pour construire son parcours de santé.

Le statut des professionnel·les de santé des CDS représente un autre enjeu. Or, le Ségur de la santé a créé des inégalités de traitement, puisque ces professionnel·les n'ont pas bénéficié du Complément de traitement indiciaire (CTI). Il faut mettre en place un statut de professionnel·le de santé ambulatoire, qui soit fluide, raccordé à celui en vigueur à l'hôpital, et qui permette des passerelles entre l'ambulatoire et l'hôpital. À ce jour, faute de statut, dans les collectivités territoriales, ils et elles sont des agent·es non titulaires, qui ne peuvent avoir d'évolution de carrière.

Sur quels leviers faut-il finalement agir pour permettre un meilleur accès aux soins ?

Il y a urgence à avancer sur l'organisation du système des soins primaires, qui est figée depuis des années, notamment du fait de l'action de syndicats libéraux. Il s'agit d'aller vers davantage de travail en équipe, vers plus de coopération car il faut construire des parcours de santé en s'appuyant sur toutes les professionnel·les de santé et pas seulement sur les médecins généralistes. Le développement des structures d'exercice coordonné, CDS et MSP, mais aussi des CPTS (pour favoriser les dynamiques territoriales), est un enjeu d'avenir à moyen et long terme.

La structuration des soins primaires permettra également de mieux inscrire les jeunes professionnel·les dans les territoires. Obliger à l'installation dans les déserts médicaux, sans condition, c'est mettre sur leurs épaules des situations difficiles à gérer. Il faut qu'ils·elles puissent s'appuyer sur des équipes de santé, sur un cadre de travail collectif. Enfin, aujourd'hui, les professionnel·les de santé sont davantage mobiles, recherchent une diversification de leur activité, il y a donc des passerelles à créer entre l'hôpital et la ville.

Ces enjeux dépassent les seul·es professionnel·les de santé. Il s'agit d'un débat de société, et la société civile doit être impliquée.

L'accompagnement ou le développement d'une offre de soins peut aussi créer des effets de mise en concurrence entre communes (qui veulent rendre leur territoire « attractif »). Selon Yann Bourgueil, pour faire face à cette possibilité, *« le département est un niveau intéressant pour assurer la concertation entre les villes, la mise en cohérence des politiques d'accès aux soins et éviter les phénomènes de mise en concurrence »*.



* Concernant l'appui des CLS aux CPTS, voir [l'Enquête exploratoire : démarches territoriales de santé et CPTS, 2022](#)

* Voir l'entretien avec N. Lemaire et J. Boussard du Réseau français des Villes-Santé, ainsi que l'entretien avec C. Mordo de l'ARS Provence-Alpes-Côte-d'Azur : https://www.fabrique-territoires-sante.org/wp-content/uploads/2023/06/Entretien-Candice-Mordo_VF.pdf.

Créer un environnement favorable

Le rôle des dynamiques territoriales de santé est ici essentiel. Elles peuvent venir en appui des professionnel·les de santé, des structures d'exercice coordonné ou des CPTS* – mise en réseau, partage de données et de diagnostics locaux, mobilisation, etc. –, qu'elles soient en projet ou dans le cadre de l'exercice de leurs missions*.

Ces dynamiques sont aussi un relai important pour les acteur·rices qui agissent plus largement sur l'ensemble des déterminants de l'accès aux soins.

LES MUTUELLES COMMUNALES

Alors que 3,6 % de la population n'a pas de complémentaire santé, certaines villes mettent en place des mutuelles communales qui permettent, dans un esprit de solidarité entre habitant·es, de proposer des complémentaires à des prix intéressants. Les communes, intermédiaires, négocient des tarifs pour obtenir des conditions tarifaires, à prestations et garanties égales, plus intéressantes.. Elles touchent ainsi des populations à faibles revenus (retraité·es, chômeur·euses de longue durée, étudiant·es et jeunes en difficulté d'insertion, travailleur·euses indépendant·es, etc.).

Accompagner les publics

Si agir sur le développement d'une offre de soins localement est important, l'accès aux soins repose sur un ensemble de déterminants. Ce n'est pas parce qu'il y a une augmentation quantitative de l'offre de soins, que l'accès aux soins est meilleur.

Les leviers de la médiation en santé, de la littératie (tournée vers les usager·ères du système de santé ou vers les professionnel·les et institutions) et de l'«aller vers» permettent ainsi d'agir sur de nombreux déterminants, en «rapprochant» les personnes du soin et/ou en «faisant venir» le soin aux personnes (actions de prévention, par exemple). Ainsi, les Centres communaux d'action sociale – notamment pour l'accès aux droits (voir l'Inspir'action du CCAS de Poitiers) – et les services de Santé – auxquels peuvent être rattachés des médiateur·rices (voir l'Inspir'action de la Ville de Grenoble) –, peuvent, entre autres, concourir à agir sur ces déterminants.

Nina Lemaire*, Julie Boussard**

*Cheffe de projets Réseau français Villes-Santé (RfVS)

*Chargée de mission (RfVS)

Entretien réalisé le 19 octobre 2022

Voir l'entretien en intégralité [ici](#)

Comment les villes se saisissent-elles de la problématique de l'accès aux soins ?

NL : Les villes sont face aux difficultés d'accès aux soins vécues par les habitant·es, qui les interpellent sur ce sujet ainsi que les professionnel·les et les acteur·rices de santé du territoire : le·la maire est l'incarnation la plus proche de l'action publique. Les villes sont notamment sollicitées par les habitant·es pour avoir accès à un·e médecin traitant·e, alors même qu'elles n'ont pas la compétence de l'organisation de l'offre de soin.

Ces difficultés sont autant de signaux d'alarme par rapport à la démographie médicale locale et l'état de santé de leur population. Par exemple, certaines villes ont un Centre municipal de santé (CMS), mais peinent à recruter ou bien elles constatent qu'un nombre important de médecins libéraux·ales partent ou approchent de la retraite et qu'il n'y a pas de jeunes professionnel·les pour prendre la suite.

Face à ces interpellations, des villes vont développer des politiques volontaristes pour contribuer à agir sur la répartition de l'offre de soin, la développer ou mettre en lien les acteur·rices de santé. C'est aussi parfois la rencontre avec des acteur·rices privé·es, comme des opérateurs immobiliers, qui peut augurer de nouvelles opportunités, à travers, par exemple, la question de la construction de locaux pour y installer une structure de santé.

Julie Boussard : Les CLS ont également contribué à une mise à l'agenda commun entre les ARS et les villes de la problématique de l'accès aux soins, ce qui a légitimité l'intervention des villes sur ce sujet.

Les villes sont-elles nombreuses à s'engager dans le développement d'une offre de soins ?

NL : Les villes qui historiquement ont développé une offre de soins qu'elles portent directement – en créant un CMS, par exemple – souhaitent conserver ce rôle, mais peu de villes vont nouvellement s'engager dans cette voie. Il faut pour cela des ressources internes, humaines et financières importantes. Elles vont davantage se positionner sur l'accompagnement à la création de structures d'exercice coordonné, sur les plans administratif, méthodologique, en apportant de l'ingénierie, en subventionnant ou encore en assurant un portage immobilier. Les professionnel·les de santé n'ont en effet pas forcément les compétences ni le temps pour assurer ces volets développement de projet et coordination. Les villes vont pouvoir fédérer et accompagner les professionnel·les en leur faisant connaître l'environnement (la dynamique démographique locale, les opportunités de développement) et les dispositifs existants (l'offre de santé, les dynamiques en promotion de la santé).

Quels sont les ressorts des villes pour améliorer l'accès aux soins des habitant·es ?

NL : La connaissance de son territoire est importante pour mettre en place une politique d'accès aux soins. Il est essentiel de connaître l'offre de santé de son territoire, par exemple en recourant à la cartographie, de suivre l'évolution de la démographie médicale et l'accessibilité de l'offre de soins, mais également de suivre les projets de construction : si un nouveau quartier d'habitation voit le jour, cela pose aussi la question de l'offre de soins. L'enjeu est d'avoir une connaissance fine des réalités de son territoire. Il faut regarder les choses de près car si parfois les centres-villes peuvent être bien dotés en professionnel·les de santé, dans certains quartiers (notamment les quartiers politique de la ville) la réalité est tout autre et il peut y avoir des disparités importantes. Les problématiques d'accès aux soins se jouent spécialement à une échelle infra-communale, qu'il faut pouvoir prendre en compte : les villes ont ici un rôle à jouer d'observatrice de ces réalités. Cette connaissance permet de prioriser les interventions.

Dans le cadre de l'élaboration de notre ouvrage, [*Offre et accès aux soins primaires : quels rôles des villes et intercommunalités ?*](#) (2021), les villes membres du Réseau français Villes-Santé ont fait remonter qu'il est important d'avoir une personne dédiée pour travailler sur la problématique de l'accès aux soins. Cette personne dédiée est, avec le temps, de mieux en mieux identifiée par les professionnel·les et acteur·rices de santé du territoire, les institutions (ARS, CPAM), les bailleurs sociaux, etc., et peut œuvrer à les fédérer. Cette personne peut être rattachée au service santé (par exemple, coordinateur·rice CLS) ou au service social (CCAS).

JB : Elle pourra également faire connaître le CLS et les objectifs fixés en matière d'accès aux soins, les possibilités de réponse et d'action de la part de la ville, et faire connaître son territoire.

NL : Il s'agit de construire une confiance au fur et à mesure avec l'ensemble des parties prenantes sur des projets spécifiques, et qui ont toutes un bout de la solution. Il est important de les associer et de fluidifier les échanges, la circulation de l'information.

Par ailleurs, les villes sont fortement mobilisées sur les dispositifs visant à rapprocher les personnes du soin, de médiation en santé et d'« aller vers » (voir les différents exemples présentés dans l'ouvrage).

Quel est le rôle des dynamiques territoires de santé ?

NL : Les dynamiques territoriales de santé, ASV et CLS, sont essentielles pour relayer les réalités et besoins en matière de santé et d'accès aux soins sur le territoire. Elles représentent un levier majeur pour assurer la coordination et l'interconnaissance entre les différent·es acteur·rices (professionnel·les, institutions, etc.) qui contribuent à la réduction des inégalités d'accès aux soins. Elles peuvent aussi bien accompagner des projets de structures d'exercice coordonné qu'assurer la rencontre entre l'« offre » et la « demande » en matière d'accès aux soins sur un territoire.

Quels sont les freins rencontrés par les villes ?

NL : Les villes sont confrontées au décalage temporel entre la volonté d'installation à court terme d'un.e professionnel.le et la temporalité des démarches administratives, de la coordination, de construction, dans laquelle la ville peut être engagée pour mobiliser les autres acteur.rices, trouver des locaux, etc. Il y a donc des risques de désengagement de certain.es professionnel.les dans des projets de création de structures, et en parallèle d'autres rejoindront le projet en cours de route. Il faut faire face à cet aspect mouvant qui complexifie le montage et le déploiement des projets.

Il y a également des freins liés aux ressources financières et humaines dont disposent les villes. Le fait de ne pas avoir de personne dédiée est évidemment un frein majeur, ainsi que la précarité des postes de coordinateur.rice d'ASV et de CLS, qui entraîne une vacance de certains postes et une rotation des personnes, et donc la perte d'une expertise. Il y a enfin des freins nationaux, qui ne relèvent pas des villes, comme le nombre de professionnel.les de santé formé.es et donc possiblement disponibles.

Aussi, pour faire face à certaines difficultés, l'échelle de l'intercommunalité peut être intéressante pour travailler la question de l'accès aux soins, pour fédérer les communes autour de ce sujet et faire en sorte qu'elles ne soient plus isolées pour apporter des réponses. Il s'agit de mutualiser des moyens et ressources, de parvenir à se mettre d'accord sur des enjeux et projets (répartition des professionnel.les, création de pôles de santé, etc.), et ainsi éviter des effets de mise en concurrence entre communes.

PARTIE II



RETOURS SUR LES CONTRIBUTIONS

* Pour une réflexion critique sur la notion d'« attractivité », voir l'article de Michel Grossetti: <https://metropolitiques.eu/L-attractivite-un-mythe-de-l-action-publique-territoriale.html>

Les collectivités, élu·es et professionnel·les sont face à une offre de soins déficitaire sur leurs territoires et sont interpellés par les habitant·es. Dès lors comment élu·es et professionnel·les, mais également les acteur·rices associatif·ves, peuvent-ils·elles agir sur les inégalités d'accès aux soins? S'il n'est pas possible d'agir sur l'augmentation de l'offre de soins – problématique nationale –, ils·elles peuvent notamment créer un environnement et des conditions favorables pour permettre l'installation de professionnel·les de santé et le développement d'une offre de soins sur les territoires. Des territoires qui, parfois, ne sont pas seulement des déserts médicaux, mais manquent plus globalement de services publics et de proximité, ce qui dessert leur « attractivité »*. D'autres leviers peuvent également être activés, tournés vers les usager·ères/patient·es et la levée des obstacles qu'ils·elles rencontrent dans leur accès aux soins (et aux droits).

Des contributions reçues dans le cadre de ce Dossier ressources, trois types d'approches se dégagent pour faire face aux inégalités d'accès aux soins :

- celles qui assurent un travail d'organisation et de coordination des professionnel·les, notamment en promouvant et développant des réseaux de professionnel·les de santé et de soins et l'exercice coordonné en vue d'améliorer les parcours de santé des usager·ères/patient·es;
- d'autres approches sont orientées plus directement vers le développement d'une offre de soins;
- enfin, un ensemble d'actions porte sur l'accompagnement des publics dans le système de santé (actions de médiation en santé) et visent donc plutôt à agir sur l'accès aux droits.

Il y a par ailleurs une certaine porosité entre elles. Un certain nombre d'actions travaillent, par exemple, à la fois à la coordination de professionnel·les et à l'accompagnement des publics.

Développer une offre de soins

Certaines actions s'attachent à développer une offre de soins, bien souvent articulée à des actions de prévention et de promotion de la santé. Il peut s'agir de faire venir le soin (et la prévention) aux personnes comme de cibler plus spécifiquement certains publics (par exemple, les jeunes).

➤ Suite à une enquête sur les besoins de santé des jeunes montreuillois·es, la ville a mis en place un parcours de santé au sein des Centres municipaux de santé pour les jeunes de 18-25 ans, qui inclut des consultations de base (infirmier·ère, médecin généraliste, bilan sanguin, dépistage bucco-dentaire) et des consultations additionnelles en fonction des besoins (diététicien·ne, médecin spécialiste, travailleur·euse social·e, psychologue, conseiller·ère conjugal·e et familial·e, etc.). À l'issue du parcours, les jeunes se voient proposer, si besoin, un·e médecin traitant·e (en Centre municipal de santé ou en libéral) et une couverture sociale (la mutuelle partenaire de la ville est proposée). Ce parcours de santé ciblé pour les jeunes et proposé par la ville de Montreuil articule ainsi offre de soins, prévention et accès aux droits.

[En savoir plus: Inspir'Action « D'clic santé // Ville de Montreuil »](#)

➤ L'Espace mobile de Santé, porté par l'IREPS Bourgogne-Franche-Comté, vise à adapter l'accès à l'offre de prévention et aux soins en vue de prévenir le risque de sortie du droit commun ou de (re)conduire vers celui-ci, notamment en allant vers les personnes les plus éloignées du système de santé et de son offre de droit commun. Le dispositif s'installe le temps de deux demi-journées dans une commune, en présence d'un·e agent·e de l'Assurance maladie et permet d'avoir accès à un bilan de santé à travers une consultation médicale de prévention assurée par un·e médecin généraliste. Lors de celle-ci, un espace de prévention et promotion de la santé est monté autour de diverses thématiques. L'enjeu est de faire venir l'offre de prévention et de soins aux personnes. Pour communiquer sur ce dispositif, le partenariat avec les travailleur·euses sociaux·ales, les médiateur·rices de quartiers, etc., est essentiel.

[En savoir plus: Inspir'Action « Espace mobile santé // IREPS Bourgogne-Franche-Comté »](#)

➤ Les prises en charge relevant de problématiques d'ordre psychologique rencontrent plusieurs limites (délais d'attente trop importants, coût des consultations des psychologues, etc.). Aussi, dans le cadre du Programme de réussite éducative (PRE)* et dans un contexte post-Covid, qui a aggravé les souffrances psychologiques, un Point d'écoute a été mis en place par le CCAS de la ville de Sochaux. Il vise à proposer un premier espace de recueil et d'écoute bienveillante de la parole des enfants, des adolescent·es et des familles, et, éventuellement, à poser un premier diagnostic psychologique pour orienter vers

* <https://agence-cohesion-territoires.gouv.fr/programme-de-reussite-educative-pre-81#:~:text=Le%20dispositif%20Programme%20de%20r%C3%A9ussite,Le%20parcours%20de%20r%C3%A9ussite%20%C3%A9ducative.>

d'autres partenaires qui pourraient assurer une thérapie. Dans un contexte d'accès compliqué à une psychologue, ce Point d'écoute offre ainsi un lieu de prise charge pour les familles avec une réponse de premier niveau rapide.

[En savoir plus: Inspir'ation « Point d'écoute dans le cadre du Programme de Réussite Éducative de Sochaux // CCAS de Sochaux »](#)

Organisation et coordination des professionnel·les

—

Comme on l'a vu, il y a aujourd'hui une demande plus importante de la part des nouvelles générations de soignant·es pour sortir de l'exercice isolé et aller vers des pratiques plus collectives et de l'exercice coordonné.

Ces velléités peuvent rencontrer des freins – difficultés à trouver des locaux accessibles, dans la structuration de l'équipement, la coordination et l'organisation des missions nouvelles pour ces professionnel·les –, mais on observe une mobilisation pour accompagner les professionnel·les engagé·es dans de tels projets. Il peut s'agir d'une collectivité ou d'acteur·rices privé·es comme une Union régionale des professionnels de santé (URPS) ou d'associations.

Il y a ainsi un enjeu à développer l'organisation de l'offre de soins (l'exercice coordonné) et la coordination des professionnel·les (interconnaissance, etc.).

Développer et promouvoir la pratique de l'exercice coordonné

—

Les missions d'accompagnement au montage de structures d'exercice coordonné (MSP, CDS) ou de réseaux tels que les CPTS ou les équipes de soins primaires présentées ici sont menées par des acteur·rices associatif·ves de la santé. Il s'agit de promouvoir ce type d'exercice et d'assurer le montage et suivi de ces projets. La mise en place de telles structures ou réseaux sur les territoires est essentielle pour les collectivités qui peuvent être parties prenantes pour assurer leur déploiement (accès à des locaux, partage de diagnostics, etc.).

➤ L'URPS Médecins libéraux Centre-Val-de-Loire a mis en place une objectivation fine, à l'échelle de la région, des difficultés de recours aux soins dans les différentes spécialités médicales. Ce diagnostic, qui se poursuit avec la prise en compte d'autres paramètres (liens avec le premier recours, besoins et attentes des professionnel·les en matière de coordination, etc.), vise à construire une plus juste répartition de l'offre de soins de second recours en identifiant les leviers pour mobiliser les médecins de spécialité et leur permettre de s'organiser de manière coordonnée.

[En savoir plus: Inspir'ation « Accès aux soins de second recours en région Centre-Val-de-Loire // URPS Médecins Libéraux Centre-Val-de-Loire »](#)



Définir finement l'état de l'offre de soins sur un territoire permet de préciser les difficultés d'accès aux soins de la population et d'identifier des leviers pertinents pour y faire face. Alors qu'il n'existe pas de zonage pour la médecine de spécialité, avoir une vue d'ensemble sur l'accès aux spécialistes peut s'avérer important.

* L'article 64 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit dans le code de la santé publique les dispositions relatives aux Équipes de soins primaires (ESP).

› Dans une perspective de coordination des professionnel·les, l'URPS Infirmier Grand Est travaille au développement des Équipes de soins primaires (ESP)*, qui fédèrent des professionnel·les de santé assurant des soins de premier recours et souhaitant améliorer les parcours de santé de leurs patient·es. Les ESP s'organisent autour de patientèles communes. L'URPS assure ainsi la promotion de cet exercice coordonné et son bon déploiement sur le territoire du Grand Est.

[En savoir plus: Inspir'action « Accompagner le développement des Équipes de soins primaires // URPS Infirmier Grand Est »](#)

› Dans «*un contexte de désert médical*», la CPTS Monts-du-Lyonnais agit sur «*l'attractivité*» du territoire, notamment en accompagnant des étudiant·es stagiaires (kinés, médecins, etc.) sur la mise à disposition d'hébergement, la découverte du territoire, en particulier, et des nouveaux·elles professionnel·les arrivant sur le territoire (mise en lien, informer, orienter). L'enjeu est de développer l'interconnaissance et de promouvoir l'exercice coordonné. L'association développe également un volet télémédecine pour faire face aux difficultés de mobilité de personnes âgées et assurer un meilleur suivi médical.

[En savoir plus: Inspir'action « Améliorer l'accès aux soins et l'accompagnement des professionnel·les de santé // CPTS Monts-du-Lyonnais »](#)

Au-delà de l'exercice coordonné : développer la coordination

—
Le développement d'un réseau de professionnel·les et d'acteur·rices de santé peut aussi se faire autour d'un public-cible ou au sein d'un champ de la santé particulier (par exemple, la santé sexuelle), à l'occasion d'un projet partenarial.

La coordination entre les professionnel·les, mais également la pluridisciplinarité, sont essentiels pour améliorer la qualité des parcours de santé des patient·es/usager·ères, et il y a un réel enjeu à généraliser ces méthodes de travail entre professionnel·les et de suivi des patient·es/usager·ères ; et ce, au-delà de la question du déploiement de nouvelles structures d'exercice coordonné.

› Dans le champ de la santé sexuelle, le Planning familial 76, par la mise en place d'un réseau de santé sexuelle, tend à rendre l'offre de santé sexuelle sur le territoire de la Métropole de Rouen Normandie lisible, accessible et coordonnée. La structuration de ce réseau vise à apporter des ressources et outils aux professionnel·les en vue d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins qui concernent la santé sexuelle



des populations. Il s'agit de créer de l'interconnaissance entre les professionnel·les et acteur·rices investi·es dans le champ de la santé sexuelle, de les sensibiliser sur certaines thématiques et de développer une culture commune. Cette mise en réseau tend ainsi à agir sur la qualité des soins (préventifs, curatifs) et des accompagnements en santé sexuelle.

[En savoir plus: Inspir'action « Construire le Réseau santé sexuelle de la Métropole de Rouen Normandie // Planning Familial 76 »](#)

› Dans le cadre du programme Convergence (Emmaüs Défi), levier pour lutter contre la grande précarité et destiné aux chantiers d'insertion, l'association Régie urbaine (Angoulême) travaille avec les professionnel·les qui encadrent et accompagnent les salarié·es des chantiers et avec les salarié·es eux·elles-mêmes pour améliorer leurs parcours de santé et de soins. L'association développe un maillage partenarial avec les professionnel·les et acteur·rices de santé du territoire (institutions, associations, etc.), accompagne les salarié·es (accès aux droits) et assure des formations pour les chargé·es d'insertion des chantiers (par exemple, sur la santé mentale).

[En savoir plus: Inspir'action « Réduire les inégalités d'accès aux soins et à la santé // Association Régie urbaine \(Angoulême\) »](#)

› L'association Effi'Respi assure un travail de coordination et de sensibilisation auprès d'une pluralité d'acteur·rices du territoire pour améliorer la santé respiratoire des habitant·es (hôpitaux, professionnel·les du soin, associations, collectivités, etc.). Elle a notamment mis en place un dispositif, avec des kinés, pour assurer une continuité des suivis de patient·es ayant eu des problématiques de santé respiratoire durant la période Covid. Elle fait également la promotion de la santé respiratoire dans le cadre de diverses actions, dont certaines en partenariat avec des EHPAD.

[En savoir: Inspir'action « Living Lab Santé respiratoire de demain en Hauts-de-France // Effi'Respi Hauts-de-France »](#)



Changer les pratiques pour améliorer l'accompagnement des publics

—

Les formations peuvent être des moments importants pour interroger les pratiques professionnelles et les faire évoluer. Il ne s'agit pas de responsabiliser les personnes dans leurs situations et difficultés d'accès aux soins mais de créer un environnement propice à l'accueil et la prise en charge des personnes.

› L'IREPS Auvergne-Rhône-Alpes a développé une formation portant sur la littératie en santé à destination des professionnel·les de secteurs différents (social, médico-social, sanitaire, etc.). Elle vise à interroger les dysfonctionnements institutionnels et organisationnels et les pratiques professionnelles pour améliorer l'accès à la santé et aux soins des publics : si les environnements sont plus lisibles et humanisés, le recours aux soins sera facilité. Il s'agit notamment de développer un environnement pro-littératie (visibilité, lisibilité et accessibilité des services, relations entre usager·ères et acteur·rices du système de santé). Cette approche se distingue en cela de celles centrées sur le coaching qui affirme la responsabilité individuelle.

[En savoir plus : Inspir'action « Formation « Inégalités sociales de santé : les comprendre et agir avec l'approche littératie en santé » // IREPS Auvergne-Rhône-Alpes »](#)



* Bien qu'il existe un référentiel de la médiation en santé, les contours du métier et cadres d'exercice restent encore variés. Voir le référentiel de la [Haute Autorité de Santé, La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, 2017](#)

* [Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé](#)
Voir également [La santé en action, La médiation en santé : La médiation en santé : un nouveau métier un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention, n°460, juin 2022](#)

Accompagner les publics

Certaines structures assurent un travail d'accompagnement des publics pour identifier et lever les obstacles qu'ils rencontrent dans leur accès aux soins. La médiation en santé*, qui s'est renforcée ces dernières années, vise ainsi à assurer l'interface entre les personnes éloignées du système de santé et les professionnel·les, institutions, afin d'améliorer les parcours de santé des personnes*.

Les problématiques rencontrées par les personnes accompagnées – financières, logement, etc. –, sont autant de déterminants à prendre en compte pour des prises en charge globales des personnes. Ces actions d'accompagnement individuel peuvent être complétées par des actions de prévention et de promotion de la santé.

Les actions de médiation en santé

› Dans la Haute Vallée de l'Aude, zone rurale de moyenne montagne, qui connaît un déficit d'accessibilité aux services et une raréfaction de l'offre de soins, Médecins du Monde a mis en place un projet de médiation en santé. Il privilégie la rencontre de proximité, avec la mise en place de permanences décentralisées dans différents lieux du territoire (locaux de Médecins du Monde, dans des mairies) et des activités d'« aller vers » les personnes les plus marginalisées (lieux de distribution alimentaire, squats). La participation à des actions collectives de promotion de la santé peut être proposée afin de développer une dimension de groupe et de renforcer l'implication.

[En savoir plus : Inspir'action « Médiation en santé en zone rurale // Médecins du Monde »](#)

› L'association Reseda porte un projet de médiation en santé et soutient sa mise en œuvre dans le cadre d'un groupe de travail composé des acteur·rices de santé de la Communauté de communes Cèze Cévennes. La médiatrice assure plusieurs missions : accompagner les publics et lever les freins rencontrés dans l'accès aux droits et aux soins ; assurer l'interface entre les personnes et les professionnel·les et institutions ; développer des actions collectives de promotion de la santé en partenariat avec les acteur·rices du territoire. Dans le cadre de ses missions, la médiatrice travaille en binôme avec la coordinatrice de l'ASV (mise en place d'actions, développement d'un réseau de partenaires).

[En savoir plus : Inspir'action « Médiation santé Vallée de la Cèze // Reseda »](#)



* « La Ville de Grenoble a fait le choix de recruter des médiateurs et médiatrices relevant du champ de la pair-aidance, dont la spécificité d'intervention repose sur la mobilisation de savoirs expérientiels issus de leur vécu d'usager·ères des services de santé et des services sociaux ; enrichis de savoirs techniques liés aux spécificités de l'accès aux droits de santé » (voir l'Inspir'action).

› Le Plan municipal de Santé (2015) de la ville de Grenoble a mis en avant des besoins en matière d'« aller vers », de médiation, d'accompagnement dans l'accès à la prévention, aux droits et aux soins des personnes en situation de vulnérabilité et de précarité. Dès 2016, la ville a mis en place une équipe de médiation paire en santé* au sein du service de promotion de la santé. Elle intervient auprès des habitant·es des quartiers Politique de la ville et de Veille active. Les médiateur·rices assurent des permanences au sein de Maisons des habitant·es, des actions d'« aller vers », notamment en collaboration avec les services du CCAS, et contribuent à la mise en place d'actions collectives de prévention (en lien avec des infirmier·ères de prévention du service de promotion de la santé).

[En savoir plus : Inspir'action « Médiation en santé dans les quartiers politique de la ville // Ville de Grenoble »](#)

› Le Département de la Seine-Saint-Denis a mis en place des permanences de médiation en santé dans cinq villes du département au sein de quartiers Politique de la ville (en pied d'immeuble) et de la Plateforme d'accueil des demandeurs d'asile (PADA) d'Aubervilliers. Ces permanences « Accueil Santé » proposent une écoute, un accompagnement, une orientation et des dépistages rapides (VIH, VHB, VHC). Elles sont réalisées chaque semaine en binômes par deux médiateur·rices appartenant aux associations membres de la Plateforme de médiation en santé*, coordonnée par le Service de la prévention et des actions sanitaires du Département.

[En savoir plus : Inspir'action « Accueil santé // Département de la Seine-Saint-Denis »](#)

› À la suite du constat que de nombreuses personnes bénéficiant du RSA et accompagnées par le CCAS ne faisaient pas valoir leurs droits de santé, et afin de lutter contre les renoncements et le non-recours*, le CCAS de Poitiers a déployé (dès 2013) l'action « En route pour ma santé ». Elle se caractérise par des temps d'informations collectives, des permanences pour des rendez-vous individuels* (elles permettent de recevoir des personnes en rupture de droits de santé, orientées par des professionnel·les de santé, des travailleuse·uses sociaux·ales), et des conseils techniques aux professionnel·les du territoire (des temps d'informations collectives pour les partenaires peuvent être organisés).

[En savoir plus : « En route pour ma santé // Centre communal d'action sociale \(CCAS\) de Poitiers »](#)

* <https://ressources.seinesaintdenis.fr/Decouvrez-la-nouvelle-plateforme-telephonique-departementale-de-meditation-en>

* Voir les travaux de [L'ODENORE](#).

* Au CCAS, dans une Maison de santé pluriprofessionnelle et un Centre de santé, situés dans deux quartiers Politique de la ville, ainsi qu'au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers, en partenariat avec le Service d'accueil et de soins des sourds.

› Pour faire face aux besoins croissants des habitant·es des quartiers Politique de la ville en matière d'interface entre eux·elles et l'offre de santé (prévention, soins, etc.), ainsi qu'à une augmentation des demandes d'information et d'accompagnement en matière d'accès aux droits de santé, l'IREPS Auvergne-Rhône-Alpes déploie un projet de médiation en santé dans neuf quartiers Politique de la ville de la Métropole de Lyon. Le projet articule des accompagnements individuels (permanences au sein de CCAS, centres sociaux, lieux associatifs), des actions collectives de prévention et de promotion de la santé (dépistages, santé mentale, etc.), le développement du partenariat et du réseau (participer à des groupes de travail, notamment ASV, CLS), l'interpellation des professionnel·les sur les besoins des usager·ères, la mise en lien des acteur·rices de différents secteurs pour résoudre des situations individuelles.

[En savoir plus: Médiation en santé dans des quartiers prioritaires politique de la ville // Ireps Auvergne-Rhône-Alpes \(délégation du Rhône\) »](#)

› Les maladies chroniques (VIH, diabète, hypertension artérielle) touchent de façon disproportionnée les populations précaires, et particulièrement les femmes migrantes venant d'Afrique. Ce sont majoritairement ces femmes que l'association Ikambere accueille dans ses centres (d'accueil de jour, maison de vacances). L'association tend à une prise en charge personnalisée – assurée par l'équipe pluridisciplinaire (médiateur·rice, travailleur·euse social·e, coach sportif·ve, diététicien·ne) – qui intègre les déterminants sociaux de la santé, afin d'améliorer l'état de santé des personnes accompagnées. L'association favorise également l'accès aux soins, aux droits et à l'information des usager·ères/patient·es : une équipe de médiateur·rices intervient, entre autres, dans des hôpitaux, dans le cadre de conventions partenariales, pour faciliter la communication entre professionnel·les et patient·es, apporter des informations et orienter vers des lieux-ressources.

[En savoir plus: « L'accompagnement global vers l'autonomie pour les femmes vulnérables vivant avec une maladie chronique \(VIH, diabète, obésité, HTA\) // Association Ikambere »](#)

Lever les barrières de l'accès aux droits et aux soins

Agir en même temps sur la levée des obstacles dans l'accès aux droits et aux soins, en facilitant l'accès à des professionnel·les du soin, permet d'assurer aux personnes accompagnées une prise en charge rapide de leurs besoins de santé. Cela évite notamment des situations où les délais d'attente pour le traitement de certaines démarches administratives (demandes ou mises à jour de droits, par exemple) peuvent retarder l'accès aux soins, et donc affecter la santé des personnes.

› L'association La PASS de ville Marseille assure une double mission d'accès aux droits et d'accès aux soins, et vise à lever les barrières administratives, linguistiques, financières qui excluent de la santé. La PASS accompagne ainsi les patient·es dans l'obtention de leur couverture maladie (accompagnement dans le montage des dossiers, demande d'AME, etc.) et dans leur prise en charge médicale – les personnes reçues peuvent se faire soigner, par des professionnel·les partenaires, pendant le temps d'instruction sans avance de frais. Les médiateur·rices peuvent assurer des accompagnements physiques. Tout au long de leur parcours de santé, la PASS propose également de bénéficier d'un service d'interprétariat professionnel.

[En savoir plus: « Accélérer l'accès à la santé des plus précaires: un dispositif innovant // La Pass de ville Marseille »](#)

Développer un annuaire pour faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

› Afin de répondre à la problématique de l'inexistence d'informations sur les soins de ville, accessibles aux personnes en situation de handicap*, APF France handicap a lancé un projet d'annuaire, « *santé.fr* », dont APF France handicap Pays de la Loire a été une des antennes régionales pilotes. Le projet vise à produire de l'information pertinente pour les personnes en situation de handicap afin d'améliorer leur accès aux soins (faciliter les parcours de soins, l'orientation). Il consiste à recenser un certain nombre d'informations sur les professionnel·les et cabinets – possibilité de prendre en charge certains handicaps, accessibilité – et à constituer une base de données utilisable par les professionnel·les de santé et les usager·ères/patient·es concerné·es. La perspective du projet est de déployer un outil à l'échelle nationale.

[En savoir plus: Inspir'action « Création d'un annuaire santé pour améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap // APF France handicap Pays de la Loire »](#)

* Voir [APF France handicap, Observatoire des droits. 2ème édition, 2023](#)



Améliorer l'accès aux soins par l'expression des personnes concernées

—

› Alors que les personnes en situation de précarité sont peu ou pas représentées par leurs pairs dans les associations de patient·es qui portent la parole des usager·ères dans les instances de démocratie sanitaire (CRSA*, CNS*), un groupe, porté par France assos santé (Auvergne-Rhône-Alpes), s'est constitué pour porter la voix des usager·ères en situation de précarité. Il favorise l'expression directe de personnes précaires au sein d'instances de démocratie en santé en vue de garantir une meilleure prise en compte de leurs besoins et contraintes dans les politiques publiques (par exemple, avis et évaluation du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)).

[En savoir plus : Inspir'action « Groupe de travail régional. Expression directe des personnes en situation de précarité // France Assos Santé »](#)

* Conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Voir <https://www.ars.sante.fr/index.php/les-instances-regionales-de-democratie-sanitaire-0>

* Conférence nationale de la santé. Voir <https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/>

PARTIE III



SYNTHÈSE, PISTES DE RÉFLEXION

Un contexte critique et complexe

Si l'enjeu quantitatif de l'accès aux soins (nombre de professionnel·les présent·es sur un territoire) et celui des modes d'exercice des professionnel·les sont essentiels pour améliorer l'accès aux soins (augmenter l'offre sur un territoire, assurer un suivi coordonné des patient·es), n'oublions pas que la situation en matière de démographie médicale va continuer à se dégrader dans les dix prochaines années tandis que se poursuit la fermeture de lits et services hospitaliers.

Parallèlement, au regard de certaines évolutions (démographiques, augmentation des maladies chroniques), les besoins de la population augmentent alors que de fortes inégalités sociales et territoriales de santé continuent de marquer la situation française*. La pesanteur des déterminants qui font obstacle à l'accès aux soins est forte : accessibilité financière, accessibilité physique, acceptabilité*, organisation de notre système de soins, accès aux droits. La complexification de l'accès aux droits et la dématérialisation de notre rapport aux institutions et professionnel·les ne font par ailleurs que renforcer les inégalités d'accès aux soins et contribuent aux situations de ruptures de droits et renoncements.

Dans ce contexte, il y a une évolution des attentes des professionnel·les du soin – allers vers plus d'exercice coordonné, vers le salariat – mais aussi des représentations et attentes sociétales. Une conception de l'exercice de la médecine de ville comme service public se diffuse de plus en plus (voir notamment le retour des débats sur la liberté d'installation, les articles, tribunes et propositions de loi qui se multiplient).

* Voir [DREES, L'état de santé de la population en France, 2022](#)

* Voir notamment [Laurent Chambaud, « Accès aux soins : éléments de cadrage », Regards, vol. 53, n°1, 2018](#)

Retours sur les Inspir'actions

* Pour d'autres exemples d'actions, notamment portées par des collectivités territoriales, voir notamment l'ouvrage du RfVS : <https://villes-sante.com/wp-content/uploads/2023/02/Offre-et-acces-aux-soins-primaires.pdf>

Si les actions recensées dans ce Dossier ne couvrent pas l'ensemble des leviers à activer et des actions qu'il est possible de mettre en place* à l'échelle des territoires, ni la diversité des acteur·rices qui peuvent contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins, on peut toutefois schématiquement distinguer les actions présentées selon trois catégories :

- Les actions qui tendent à agir sur l'organisation et la coordination des professionnel·les (promouvoir et développer des réseaux de professionnel·les, l'exercice coordonné).
- D'autres qui visent à développer une offre de soins.
- Enfin, des actions qui mettent en place un accompagnement des publics (actions d'« aller vers », de médiation en santé).

+ Cette dernière catégorie d'actions est particulièrement représentée. Elles tentent de lever les difficultés auxquelles font face les usager·ères/patient·es dans leur accès aux soins pour qu'ils·elles puissent mieux s'orienter dans le système de santé, avoir des rendez-vous, etc. Dans ce cadre, la question de l'accès aux droits est très présente. Cependant, sans offre de soins disponible « à proximité », les accompagnements peuvent ne pas aboutir.

Ce développement de la médiation en santé ces dernières années interroge le rapport aux institutions – mais aussi aux professionnel·les – de plus en plus éloignées des usager·ères/patient·es, voire l'illisibilité de notre système de santé*. Peut-être s'agirait-il de faire (re)venir les institutions, et les professionnel·les, vers les usager·ères/patient·es.

* Voir Yann Bourqueil, « Rôle du système de soins et inégalités sociales de santé : constats, hypothèses et pistes pour la recherche », Les inégalités sociales de santé. Actes de recherche de la DREES, 2015-2016, 2016

En ce qui concerne les acteur·rices représenté·es, si c'est le propre de certain·es d'entre eux·elles (URPS, CPTS) de contribuer à améliorer l'accès aux soins, certaines collectivités territoriales sont également et volontairement engagées dans cette voie, même si leurs compétences légales en matière de santé restent encore limitées. Faut-il dès lors donner plus de compétences légales aux collectivités ? La question des moyens afférents se pose alors aussi.

Les collectivités sont en effet de plus en plus confrontées à l'inquiétude des habitant·es face à la raréfaction locale de l'offre de soins. Elles sont ainsi de plus en plus « incitées » à intervenir sur la problématique de l'accès aux soins et peuvent être amenées à accompagner le développement d'une offre de soins, voire à mettre en place une offre de soins ou à assurer un accompagnement des publics (dans une majorité de cas).



La demande des habitant·es pour avoir un meilleur accès aux soins et les réponses apportées par les collectivités participent ainsi à asseoir une certaine vision du service public et du rôle des collectivités en matière d'accès aux soins. On ne peut toutefois que pointer la diminution des ressources pour les collectivités territoriales et donc les possibilités inégales de s'investir sur ce volet (il s'agit là également de choix politiques quant aux priorités d'action), mais aussi les risques de concurrence entre collectivités qui veulent rendre leur territoire « attractif »*.

* Voir l'entretien avec Y. Bourgueil.

- + Il ressort également des différentes actions une forte focalisation sur l'accompagnement/le développement d'une offre de soins et l'accompagnement des publics, mais cela ne doit pas occulter les autres déterminants de l'accès aux soins : géophysiques, économiques, fonctionnels, socioculturels, psychosociaux, légaux, administratifs et politiques.
- + Enfin, nombre d'actions revêtent une importante dimension partenariale. Le travail en réseau avec une pluralité d'acteur·rices, dans l'interdisciplinarité et l'intersectorialité, apparaît comme essentiel pour réduire les inégalités d'accès aux soins, pour accompagner des publics ou structurer un réseau de santé. Dans ce contexte, la fonction de coordination (au sens large) de différent·es acteur·rices, professionnel·les, prend toute sa place.
- + On relèvera que les personnes et patient·es sont peu présent·es dans l'élaboration des actions.

Accès aux soins : quel rôle pour les dynamiques territoriales de santé (DTS) ?

La diversité des actions présentées dans ce Dossier ressources prouve la richesse des initiatives qui gravitent autour des dynamiques territoriales de santé.

Ces dispositifs représentent depuis plusieurs années des partenariats incontournables pour caractériser et lutter contre des manifestations locales d'inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins. Qu'il s'agisse de mettre en lien/en réseau les acteur·rices et professionnel·les du territoire, partager des diagnostics et données et identifier les enjeux locaux en matière d'accès aux soins (évolution démographique, accessibilité de l'offre de soins, réalités dans les quartiers politique de la ville), ils contribuent à décliner des actions ajustées ainsi qu'au développement d'une offre de soins adaptée via l'articulation de logiques de réseaux (à l'image de la constitution des CPTS). Plus globalement, les dynamiques territoriales de santé assurent un rôle de «garde-fou», porteur d'une approche cohérente et globale de la santé, rappelant la nécessité d'agir sur l'ensemble des déterminants de l'accès aux soins.

Cependant, les différent·es acteur·rices qui œuvrent au local à la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins sont face à des facteurs qui bien souvent dépassent leur cadre d'intervention, tels que :

- le nombre de professionnel·les de soins formé·es et disponibles,
- les critères d'installation des acteur·rices du premier recours et les modalités de régulation de cette offre,
- la tarification à l'acte/l'activité,
- les paniers de soins pris en charge par l'assurance maladie et les mutuelles,
- la dématérialisation des services publics notamment en matière d'ouverture de droits,
- etc.

S'il apparaît évident que les problématiques d'accès aux soins soulevées à l'occasion de ce Dossier ressources nécessitent des actes politiques volontaristes à l'échelon national, tout ne saurait se résoudre de la sorte. D'une part, car certaines évolutions législatives et réglementaires vont avoir un effet à long terme (comme l'assouplissement du numéris clausus).

D'autre part, car les administrations régionales et les corporations gardent de fortes responsabilités en matière de déclinaison des politiques nationales sanitaires et médicales.

Mais surtout, parce que l'accès aux soins est désormais perçu comme relevant plus globalement de parcours de santé et de vie singuliers qui se dessinent en interaction avec des environnements et des ressources locales qui ne sont pas standardisables. Ces contextes sont incarnés par des collectivités territoriales dont les élu·es locaux·ales ont désormais conscience de leur légitimité «œcuménique»,

ne serait-ce qu'afin de convoquer et fédérer des acteur·rices qui ne se côtoieraient pas par ailleurs.

Le Rapport d'information du Sénat « Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard » n° 589 (2021-2022), lève des pistes très concrètes à ce propos :

« Face aux échecs patents de réduction des inégalités territoriales, les collectivités territoriales n'ont pas ménagé leurs efforts pour tenter d'apporter une réponse aux attentes médicales de leurs habitant·es. Pour ce faire, leurs moyens juridiques et financiers sont toutefois limités et leur association aux instances décisionnelles lacunaire. Les élus·es locaux·ales ne sont pas associé·es à la vision d'ensemble et n'ont pas l'occasion de contribuer à la vision stratégique de réponse aux besoins ».

De plus, « la loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale a permis de faire progresser l'association des élu·es à la gouvernance des politiques de santé, mais ce mouvement doit être approfondi »*.

* <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5891.pdf>

À ce titre, les dynamiques territoriales de santé, et plus précisément les Contrats locaux de santé et les Conseils locaux de santé mentale constituent des espaces privilégiés pour structurer des gouvernances locales de santé.

Or ces dynamiques, malgré leur déploiement qui tend vers un maillage significatif du territoire, restent peu confortées par les pouvoirs publics, qu'il s'agisse du flou des missions assignées ou de la faiblesse des moyens dévolus.

Pourtant, de nombreuses initiatives illustrent cette volonté d'agir, au-delà des réseaux, des secteurs et des prérogatives légales, dans une logique de responsabilité collective d'accès aux soins et plus globalement à la santé, qu'il convient désormais de pleinement reconnaître et soutenir.

LISTE DES ABRÉVIATIONS



ACSBE-La Place santé: Association communautaire santé bien-être – La Place santé

AFI: Aide financière individuelle

AME: Aide médicale d'État

AP-HM: Assistance publique – Hôpitaux de Marseille

APL: Accessibilité potentielle localisée

ARS: Agence régionale de santé

ASV: Atelier santé ville

CADA: Centre d'accueil de demandeurs d'asile

CAF: Caisse d'allocations familiales

CAIM: Contrat d'aide à l'installation des médecins

CCAS: Centre communal d'action sociale

CCS (C2S): Couverture santé solidaire

CDCA: Conseil départemental, de la citoyenneté et de l'autonomie

CDE: Contrat de début d'exercice

CDS: Centre de santé

CHRS: Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CHU: Centre hospitalier universitaire

CIAS: Centre intercommunal d'action sociale

CLIC: Centre local d'information et de coordination

CLS: Contrat local de santé

CLSM: Conseil local de santé mentale

CMP: Centre médico-psychologique

CMPP: Centre médico-psycho-pédagogique

CMS: Centre municipal de santé

CNS: Conférence nationale de santé

CPAM: Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM: Contrat prioritaire d'objectif et de moyen

CPTS: Communauté professionnelle territoriale de santé

CRSA: Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

CTA: Coordination territoriale d'appui

CTI: Complément de traitement indiciaire



- CTS:** Conseil territorial de santé
- DAC:** Dispositif d'appui à la coordination
- DPI:** Dossier patient informatisé
- DREES:** Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- EHPAD:** Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- EIS:** Évaluation d'impact en santé
- EPCI:** Établissement public de coopération intercommunale
- ESP:** Équipe de soins primaires
- FCPTS:** Fédération des communautés professionnelles territoriales de santé
- FNCS:** Fédération nationale des centres de santé
- GIP:** Groupement d'intérêt public
- HCAAM:** Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
- IFSI:** Institut de formation en soins infirmiers
- IPA:** Infirmière en pratique avancée
- ISTS:** Inégalités sociales et territoriales de santé
- ITEP:** Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques
- MAIA:** Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
- MAS:** Maison d'accueil spécialisée
- MAS:** Mission accompagnement santé (CPAM)
- MDPH:** Maison départementale des personnes handicapées
- MSA:** Mutualité sociale agricole
- MSP:** Maison de santé pluriprofessionnelle
- ODENORE:** Observatoire des non-recours aux droits et services
- OMS:** Organisation mondiale de la santé
- ONQPV:** Observatoire national de la politique de la ville
- PADA:** Plateforme d'accueil des demandeurs d'asile
- PASS:** Permanence d'accès aux soins de santé
- PDSA:** Permanence des soins ambulatoires
- PFIDASS:** Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé
- PMI:** Protection maternelle infantile



- PNMS:** Programme national de médiation en santé
- PRAPS:** Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
- PRS:** Projet régional de santé
- PTA:** Plateforme territoriale d'appui
- PUMA:** Protection universelle maladie
- QPV:** Quartiers prioritaires de la politique de la ville
- RSA:** Revenu de solidarité active
- SAS:** Service d'accès aux soins
- SNKR:** Syndicat national des masseurs-kinés
- SNP:** Services d'accès aux soins non programmés
- UJMK:** Union des jeunes masseurs-kinésithérapeutes
- URPS:** Unions régionales des professionnels de santé
- ZAC:** Zone d'action complémentaire
- ZIP:** Zone d'intervention prioritaire



BIBLIOGRAPHIE



INSPIR'ATIONS DE FABRIQUE TERRITOIRES SANTÉ

[Accélérer l'accès à la santé des plus précaires : un dispositif innovant // La Pass de ville Marseille \(2022\)](#)

[Accès aux soins de second recours en région Centre-Val de Loire // URPS Centre-Val de Loire \(2022\)](#)

[Accompagner le développement des Équipes de soins primaires // URPS Infirmier Grand Est \(2022\)](#)

[Accueil santé // Département de la Seine-Saint-Denis \(2022\)](#)

[Améliorer l'accès aux soins et l'accompagnement des professionnel·les de santé // CPTS Monts du Lyonnais \(2022\)](#)

[Construire le Réseau santé sexuelle de la Métropole de Rouen Normandie // Planning familial 76 \(2022\)](#)

[Création d'un annuaire santé pour améliorer l'accès aux des personnes en situation de handicap // APF France handicap Pays de la Loire \(2022\)](#)

[D'clic // Ville de Montreuil \(2022\)](#)

[En route pour ma santé // CCAS de Poitiers \(2022\)](#)

[Espace mobile de santé // Ireps Bourgogne-Franche-Comté \(2022\)](#)

[Formation « Inégalités sociales de santé : les comprendre et agir avec l'approche littératie en santé » // Ireps Auvergne-Rhône-Alpes \(2022\)](#)

[Groupe de travail régional. Expression directe des personnes en situation de précarité // France assos santé \(Auvergne-Rhône-Alpes\) \(2022\)](#)

[L'accompagnement global vers l'autonomie pour les femmes vulnérables vivant avec une maladie chronique \(VIH, diabète, obésité, HTA\) // Association Ikambere \(2022\)](#)

[Living lab Santé respiratoire de demain en Hauts-de-France // Effi'Respi Hauts de France \(2022\)](#)

[Médiation en santé dans des quartiers prioritaires politique de la ville // Ireps Auvergne-Rhône-Alpes \(délégation du Rhône\) \(2022\)](#)

[Médiation en santé dans les quartiers politique de la ville // Ville de Grenoble \(2022\)](#)

[Médiation en santé en zone rurale // Médecins du monde \(2022\)](#)

[Médiation en santé Vallée de la Cèze // Reseda \(2022\)](#)

[Point d'écoute dans le cadre du Programme de réussite éducative de Sochaux // CCAS, ville de Sochaux \(2022\)](#)

[Programme Convergence // Association Régie Urbaine Angoulême \(2022\)](#)

[Toutes en santé : le collectif qui œuvre en faveur de l'accès aux soins des femmes // Collectif Toutes en santé \(2022\)](#)

ARTICLES, REVUES & OUVRAGES

[Allain Samuel, Costemmale Vianney, « Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie », Études et résultats, DREES, n°1243, 2022](#)

[Anguis Marie et al., « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques », Les dossiers de la DREES, n°76, mars 2021](#)

[Barlet Muriel, Coldefy Magali, Collin Clémentine, Lucas-Gabrielli Véronique, « L'Accessibilité potentielle localisée \(APL\) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », Questions d'économie de la santé, n° 174, mars, 2012](#)

[Beltran Grégory, « Explications et modes de justification du renoncement aux soins dans une population ruralo-agricole. Rôles et ajustements d'un modèle de masculinité traditionnelle », Recherches sociologiques et anthropologiques, n°48-1, 2017](#)

[Berthier Déborah, « Le désert médical avance en Europe », Voxeurop, 4 décembre 20218](#)

[Blanco-Cazeaux Iñaki, Calderón Bernal Liliana Patricia, Chaput Justine et al., « Le renoncement aux soins des chômeurs en France », Population, vol. 77, 2022](#)

[Bourgueil Yann, « Soins de proximité : quels enjeux ? », ADSP, n°107, 2019](#)

[Chambaud Laurent, « Accès aux soins : éléments de cadrage », Regards, vol. 53, n°1, 2018](#)

[Chambaud Laurent, « Crise des systèmes de santé en Europe : comment expliquer les difficultés françaises ? », The Conversation, 12 mars 2023](#)

[Chauvin Pierre, « Les inégalités sociales en matière de soins. L'exemple du cancer », Colloque "Santé : équité ou égalité ? Définir, mesurer, agir", IFERISS, Toulouse, 23-25 mai, 2018](#)

[Chevillard Guillaume, Mousquès Julien, Lucas-Gabrielli Véronique, Bourgueil Yann, Rican Stéphane, Salem Gérard, « Dépeuplement rural et offre de soins de premiers recours : quelles réalités et quelles solutions ? », Espace populations sociétés, 2015/3-2016/1, 2016](#)

[Comer Clémentine, « Bricoler une action municipale de santé à faible coût ou rebâtir des solidarités organisées ? Regard sur la diversité des « mutuelles communales » », La Revue de l'Ires, vol. 103-104, 2021](#)

[Coq-Chodorge Caroline, « Ces infirmières que les médecins veulent empêcher d'exercer », Médiapart, 13 février 2023](#)

[Coq-Chodorge Caroline, « Santé : des programmes sans finesse, à coups de hache et de truelle », Médiapart, 24 mars 2022](#)

[Dedeu Toni, « Organisation des soins primaires en catalogne », Revue française des affaires sociales, n°3, 2010](#)

[Destombes Christelle, « Quel rôle des collectivités en matière d'offre et accès aux soins ? », La Gazette des communes, 23 février 2022](#)

[Escudié Jean-Noël, P2C, « Accès aux soins : trente-cinq acteurs de santé se regroupent pour des propositions communes », Localtis, 9 mars 2022](#)

[Fahmi Morgan, Analyse cartographique et socioéconomique du non-accès aux soins en santé mentale – volet qualitatif, Thèse d'exercice en médecine, 2021](#)

[Geeraert Jérémy, Dans la salle d'attente du système de santé. Enquête sociologique dans les Permanences d'accès aux soins de santé, PUR, 2022](#)

[INED, Le vieillissement de la population s'accélère en France et dans la plupart des pays développés, communiqué du 15 septembre 2021](#)

[INSEE, « Un tiers des adultes ont renoncé à effectuer une démarche administrative en ligne en 2021 », Insee Focus, n°267, 2022](#)

[Institut Montaigne, Inégalités de santé : quelle situation dans les quartiers pauvres ?, le 5 septembre 2022](#)

[Knaebel Rachel, « Médecins salariés, sans dépassement d'honoraires : les centres de santé, solution aux déserts médicaux ? », Basta !, 23 janvier 2023](#)

[Langlois Géraldine, « Déserts médicaux : les prescriptions des candidats à la présidentielle », 15 mars 2022, La Gazette des communes, 15 mars 2022](#)

[Le Romanser Apolline, « Selon une étude, les frais de santé des Français ont augmenté de 75% en cinq ans », Libération, 12 avril 2023](#)

[Magny Margo, « Avec la pénurie de généralistes, 11 % de personnes n'ont pas de médecin traitant en France », Le Monde, 30 septembre 2022](#)

[Marrot Bernard, Politique d'organisation du système de santé en France, L'Harmattan, 2022](#)

[Martinache Igor, Vezinat Nadège, « La santé est-elle l'affaire des municipalités ? », La vie des idées, 15 février 2022](#)

[Megglé Caroline, « Déserts médicaux : un enjeu global d'attractivité pour les territoires », Localtis, 28 juin 2022](#)

[Méziade Laurent, Rochette Corinne, Langlois Éric, Chaze Milhan, « Identifier les déserts médicaux : la question sous-estimée de l'accès des patients aux soins », The Conversation, 14 février 2023](#)

[Observatoire des inégalités, Les inégalités d'espérance de vie entre les catégories sociales se maintiennent, 14 avril 2020](#)

[Observatoire des inégalités, Les plus pauvres sont plus concernés par les maladies graves de longue durée, 24 novembre 2022](#)

[Perret G, Vandentorren S, Chauvin P, Vignier N, Vuillermoz C., « Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France. », Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, n°17-18, 2019](#)

[Pierre Aurélie, Rochereau Thierry, « L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne \(EHIS\) », Questions d'économie de la santé, n°268, 2022](#)

[Revil Hélène, « Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire », Regards, n° 53, 2018](#)

[Santé Publique France, « « Aller-vers » pour promouvoir la santé des populations », La Santé en action, n°458, 2021](#)

[Santé Publique France, « Conditions d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux soins et à la prévention des populations éloignées du système de santé : une revue de la littérature », Articles du mois, octobre-novembre, 2022](#)

[Santé Publique France, « La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention », La Santé en action, n°460, 2022](#)

[Schweyer François-Xavier, Vezinat Nadège, Noûs Camille, « La santé au centre : politiques publiques, territoires, centres de santé », Sociologies pratiques, n°45, 2022](#)

[SFSP, « Inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins. Interview de Didier Febvrel », Le dossier du mois, octobre 2022](#)

[Sirna Francesca, « Les médecins à diplôme étranger en France : tous médecins et tous égaux ? », De facto, n°25, 2021](#)

[Stromboni Camille, « Déserts médicaux : l'accès aux spécialistes est de plus en plus difficile », Le Monde, 27 septembre 2022](#)

[Vignerot Emmanuel, « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », Les Tribunes de la santé, vol. 38, no. 1, 2013, pp. 41-53](#)

[Vignier Nicolas, Chauvin Pierre, Dray-Spira Rosemary, « Un système de protection sociale universaliste, mais des barrières à l'accès aux soins encore trop nombreuses », Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France, 2017](#)

AVIS, RAPPORTS & ÉTUDES

[ACSBE La Place Santé, De l'expérimentation au droit commun. Rapport d'activité 2021, 2022](#)

[AMF, Santé : l'urgence d'agir, Dossier de presse, juin, 2022](#)

[AMRF, Accès aux soins en milieu rural : la bombe à retardement, 2021](#)

[AMRF, Étude sur la santé en milieu rural, 2022](#)

[Apur, Inégalités sociales et territoriales de santé dans le Grand Paris. Volet 1 : Offre de soins, 2023](#)

[Archimbaud Aline, L'accès aux soins des plus démunis 40 propositions pour un choc de solidarité. Rapport du Premier ministre, 2013](#)

[ATD Quart Monde, Reconstruire les sécurités par l'accès de tous aux droits fondamentaux. Les propositions d'ATD Quart Monde, 2022](#)

[Bourgueil Yann, « Rôle du système de soins et inégalités sociales de santé : constats, hypothèses et pistes pour la recherche », Les inégalités sociales de santé. Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016, 2016](#)

[Cour des comptes, Santé : garantir l'accès à des soins de qualité et résorber le déficit de l'assurance maladie, 2021](#)

[DREES, « «100 % santé » : fin 2021, un peu plus de la moitié des Français en ont entendu parler », Études et résultats, n°1236, 2022](#)

[DREES, « Accessibilité aux soins de premier recours : dégradation de la situation pour les médecins généralistes, amélioration pour les sages-femmes, les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes », Jeux de données, 2022](#)

[DREES, « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », Les dossiers de la DREES, n°17, 2017](#)

[DREES, « En 2019, huit bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé sur dix disposaient d'au moins une garantie inférieure à celles fixées depuis par le 100 % santé », Études et résultats, n°1260, 2023](#)

[DREES, « Fin 2018, un bénéficiaire de minima sociaux sur six n'avait pas de complémentaire santé », Études et résultats, n°1232, 2022](#)

[DREES, « L'état de santé de la population en France », Les dossiers de la DREES, n°102, 2022](#)

[DREES, « Le recours et le non-recours à la complémentaire santé solidaire - Une étude qualitative des profils et des trajectoires des bénéficiaires », Les Dossiers de la DREES, n°107, mars 2023](#)

[DREES, « Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux », Études et résultats, n°1206, 2021](#)

[DREES, « Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres », Études et résultats, n°1200, 2021](#)

[DREES, Accès aux soins et pratiques de recours - Étude sur le vécu des patients, Les dossiers de la DREES, n°77, 2021](#)

[DREES, Évaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022, 2022](#)

[DREES, Les dépenses de santé en 2021 - édition 2022 - Résultats des comptes de la santé, 2022](#)

[DREES, Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques Les leçons de la littérature internationale, Les dossiers de la DREES, n°89, 2021](#)

[FNORS, « Accès aux soins de 1^{er} recours », Épitomé, n°3, 2022](#)

[France Assos Santé, AVEC Santé, Manifeste pour refonder les soins primaires, 2021](#)

[France Assos Santé, Baromètre des droits des personnes malades, 2023](#)

[France Assos Santé, Enquête BVA pour France Assos Santé : notre système de santé de plus en plus malade !, 17 novembre 2019](#)

[France Assos Santé, UNAF, FNATH, Actes de la Journée nationale Assurance maladie : Renoncement aux soins, restes à charge, refus de soins : Comment lever les barrières de l'accès aux soins ?, 2021](#)

[HAS, Sexe, genre et santé. Rapport d'analyse prospective 2020. Synthèse, 2020](#)

[Haut Conseil à l'Égalité, Santé et accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité, 2017](#)

[HCAAM, Avis du HCAAM. Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de Qualité, 2022](#)

[HCAAM, Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire, 2022](#)

[HCE, Santé et accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité, 2017](#)

[HCSP, Avis relatif à la contribution du Haut Conseil de la santé publique pour la future Stratégie nationale de santé, 6 mars 2023](#)

[INSEE, « L'accès aux soins se dégrade dans les zones rurales », INSEE Flash Pays de la Loire, n°137, 2023](#)

[INSEE, « Un tiers des adultes ont renoncé à effectuer une démarche administrative en ligne en 2021 », INSEE Focus, n°267, 2022](#)

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

[LaFédé, Paroles d'habitantes et d'habitants sur la santé. Participation à l'élaboration du PRSE2, 2017](#)

[Lang Thierry, Ulrich Valérie \(dir.\) et al., Les inégalités sociales de santé. Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016, 2016](#)

[Médecins du Monde, État de santé et accès aux soins des agriculteurs des Combrailles, 2015](#)

[Médecins du Monde, Rapport annuel 2021, Observatoire de l'accès aux droits et aux soins, 2022](#)

[Ministère de la santé et de la prévention, Mission flash sur les urgences et soins non programmés, 2022](#)

[Ministère des solidarités et de la santé, Ma santé 2022, 2018](#)

[Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, Accès aux soins : le guide pratique pour les élus, 2019](#)

[Mouiller Philippe, Schillinger Patricia, « Les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action », Sénat, Rapport d'information, n°63, 2021](#)

[Mousquès Julien, Bourqueil Yann, « L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération \(ENMR\) sur la période 2009-2012 », Les rapports de l'IRDES, n°559, 2014](#)

[Nathalie Simonnot, Annabel Rodriguez, Mabel Nuernberg, François Fille, Patricio Ezequiel Arana Fernandez, et al. L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité dans 31 villes de 12 pays. Rapport sur les données sociales et médicales recueillies en 2015 dans 11 pays européens et la Turquie, iPLESP, MDM, 2016](#)

[OCDE, Health at a Glance: Europe 2020, 2020](#)



[OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies, France : Profils de santé par pays 2021, 2021](#)

[ODENORE, Synthèse descriptive des données du Baromètre du renoncement aux soins \(BRS\), 2019](#)

[ONPV, Bien vivre dans les quartiers prioritaires, 2019](#)

[Or Zeynep, Gandré Coralie, Wharton George, « Soutenabilité et résilience du système de santé français », IRDES, Document de travail, n°88, 2022](#)

[Perez Alexandre, Les communautés professionnelles territoriales de santé : une réponse organisationnelle territoriale adaptée au déploiement de territoires promoteurs de santé, Mémoire de Master, 2019](#)

[Peyron Michèle, Rapport. Pour sauver la PMI, agissons maintenant !, 2019](#)

[Pierre Chauvin, Cécile Vuillermoz, Nathalie Simonnot, Frank Vanbiervliet, Marie Vicart, et al., L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité : Obstacles à l'accès aux soins des enfants et des femmes enceintes en Europe, iPLESP, MDM, 2015](#)

[Profession Banlieue, Fédération des associations de femmes-relais de Seine-Saint-Denis, Arifa, « 20 ans de médiation sociale et culturelle. 20 ans d'intervention auprès des habitants », Actes de la rencontre, 2010](#)

[Rojouan Bruno, « Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard », Sénat, Rapport d'information, n°589, 2022](#)

[Saderne Emilie, Dynamique de création des centres de santé sur le territoire français entre 2017 et 2021, 2021](#)



DOCUMENTS RESSOURCES

[Cleiss, Le système de santé espagnol, 2021](#)

[Fabrique Territoires Santé, Dématérialisation et accès aux droits de santé : que faire face à la dématérialisation des services publics ?, 2017](#)

[Fabrique Territoires Santé, Discriminations et santé, 2022](#)

[Fabrique Territoires Santé, Enquête exploratoire : démarches territoriales de santé et CPTS, 2022](#)

[France Assos Santé, Renoncement aux soins, restes à charge, refus de soins : comment lever les barrières de l'accès aux soins ?, 2020](#)

[IRDES, Les politiques de lutte contre la désertification médicale. Les enseignements français et étrangers. Bibliographie thématique, 2022](#)

[IRDES, La santé en France : éléments de bibliographie. Bibliographie thématique, 2022](#)

[IREPS Occitanie, Dynamiques territoriales de santé \(ASV, CLS, CLSM\) et exercice coordonné \(CPTS, MSP, CdS\). Bibliographie commentée, 2022](#)

[Ministère de la santé et de la prévention, Accès territorial aux soins : les initiatives territoriales exemplaires, 2018](#)

[Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, Offre et Accès aux Soins Primaires : quels rôles des villes et intercommunalités ?, 2021](#)

[RESPECTS, Santé et accès aux soins des migrants : qu'en disent-ils ? Mieux comprendre les représentations, 2019](#)

VIDÉOS & PODCASTS

[France culture, La santé autrement, 4 épisodes, 2023](#)

[France culture, Les centres de santé communautaire, 58 minutes, 2023](#)

[Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, Banque des Territoires, Quelles dynamiques pour améliorer l'accès aux soins ?, 2022](#)

OUTILS & GUIDES

[Assurance maladie, Rézone](#)

[DREES, Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes libéraux ou exerçant en centre de santé, 2021](#)

[FCPTS, Cartographie des CPTS en région, 2023](#)



Fabrique Territoires Santé, nouveau nom de la Plateforme nationale de ressources ASV s'adresse aujourd'hui à l'ensemble des démarches territorialisées de santé (ASV, CLS, CLSM, etc.) et aux porteur-ses de ces dynamiques dans les territoires concernés par la réduction des inégalités sociales et territoires de santé, notamment sur les territoires politique de la ville. La capitalisation, l'information et la veille documentaire, l'organisation de rencontres et de temps de qualification des acteur-rices sont les outils qui lui permettent de mener à bien ses missions. Fabrique Territoires Santé est une association loi 1901, financée principalement par l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) et la Direction générale de la santé.

DOSSIERS RESSOURCE

-

Depuis 2014, Fabrique Territoires Santé capitalise les dynamiques territoriales, outils, méthodes et actions développés localement pour réduire les inégalités de santé.

La capitalisation vise à valoriser les acquis des expériences locales, les diffuser et identifier des bonnes pratiques.

Après une capitalisation consacrée aux Ateliers santé ville, les Dossiers Ressources proposent une approche par thématique.