

Entretien avec Hélène Colombani

Dossier ressources Accès aux soins – Fabrique Territoires Santé

Hélène Colombani est 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

Comment s'est construite la politique de santé au sein de la Ville de Nanterre¹ ?

La politique de santé de la Ville de Nanterre est ancienne et s'est construite autour de l'offre de soin et de la lutte contre les inégalités d'accès aux soins dès la fin de la seconde guerre mondiale. Elle a toujours cherché à toucher les populations éloignées du soin, et notamment à l'époque les habitant·es des bidonvilles.

Il y avait alors un manque criant d'offre de soins, dans des quartiers jugés peu attractifs pour des médecins. Il y a d'abord eu l'ouverture de deux structures de Protection maternelle infantile (PMI), gérées par la municipalité (en délégation du conseil départemental). Puis l'offre s'est renforcée progressivement avec le déploiement de plusieurs centres médicaux et polyvalents, les PMI, le Planning familial, un centre dentaire dans un Quartier Politique de la Ville (QPV), un centre médico-sportif, etc. : le déploiement d'une politique de santé et de lutte contre les inégalités d'accès à la santé et aux soins s'inscrit dans le temps long.

Dès les années 1980, la focale sur le sanitaire et le soin a diminué et des projets en promotion de la santé ont émergé, renforcés dans la décennie suivante, sous l'impulsion de l' élu à la santé, Laurent El Ghozi. Un important programme de promotion de la santé bucco-dentaire a vu le jour, qui s'est appuyé sur des diagnostics par quartier, réalisés par les acteur·rices du territoire, dont l'Éducation Nationale et du service éducation/jeunesse de la ville (notamment dans le cadre des colonies de vacances mises en place par la ville). Cette action perdure encore et un bilan est fait dans chaque école auprès de 8 000 enfants. Un suivi épidémiologique est mis en place et des actions appuyées sont menées dans les établissements en fonction des difficultés rencontrées.

La ville s'est également investie, et encore aujourd'hui, dans le sport, qui est un levier de lutte contre la vulnérabilité sociale et un facteur d'inclusion sociale. Il y a de réels enjeux à favoriser le sport et à développer une offre accessible. Un Centre médico-sportif a ainsi vu le jour pour faciliter cet accès. Actuellement son offre s'est enrichie d'un programme de sport-santé pour donner l'envie et la possibilité de pratiquer une activité physique adaptée, qui a été développé avec l'Office municipal d'éducation physique et du sport (OMEPS), une des Maisons sport santé (MSS) labellisées en Île-de-France.

Quels outils avez-vous mis en place pour produire des données de santé ?

¹ Voir également <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2012-1-page-19.htm>

Progressivement des diagnostics de santé ont été réalisés dans tous les quartiers de la ville, dont les quatre QPV, et ont permis d'identifier des pistes d'actions. Puis la Ville s'est inscrite dans la démarche des Ateliers Santé Ville, qui apportaient un cadre d'intervention à la démarche et aux actions existantes.

Si des priorités identifiées par les professionnel·les et les habitant·es se superposent parfois – la santé mentale et le diabète par exemple –, il n'y a pas nécessairement congruence sur tout. Il se peut que les professionnel·les identifient des problématiques non soulevées par les habitant·es – la santé bucco-dentaire – et inversement – le cadre de vie. C'est pourquoi il a été choisi de démarrer sur des actions répondant à des éléments de diagnostic bien partagés entre les différents acteur·rices : autour de l'alimentation et de la lutte contre l'obésité par exemple ; en lien avec les écoles et les centres sociaux ou à l'occasion de moments forts pour la vie du quartier comme la « fête de quartier » qui offrent la possibilité de rencontrer un médecin, de faire des dépistages, d'obtenir des infos sur la sexualité, le sport-santé, etc.

Travaillez-vous avec les différents services de la ville ?

Le service santé travaille effectivement avec d'autres services. Il y a des articulations, par exemple, avec le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) pour travailler sur la précarité alimentaire, avec le service de la jeunesse dans le cadre de l'Espace Santé jeunes, ou encore avec le service d'urbanisme pour travailler sur les Évaluations d'Impacts en Santé (EIS)².

La santé ne peut pas être réduite à l'offre de soins, car elle n'est pas le seul déterminant de la santé. Pour que la santé soit présente dans toutes les politiques publiques, il faut construire une culture commune entre les services, et cela demande du temps.

L'accès aux droits des publics est un enjeu majeur, comment travaillez-vous sur ce sujet ?

Nous recevons dans nos CDS un public majoritairement vulnérable. Pour répondre à leurs difficultés d'accès aux droits en santé (et aussi à des problématiques concernant le logement, les dossiers auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), etc.), un dispositif de médiation en santé a été mis en place pour accompagner les personnes adressées notamment par les professionnel·les des CDS. Cet accompagnement et la mise en lien avec d'autres professionnel·les ou institutions est nécessaire, sans quoi il est difficile, spécialement pour des publics rencontrant des problèmes de littératie, ne maîtrisant pas forcément le français, de s'orienter dans les systèmes administratif et de santé français. Transmettre simplement des adresses, quelques informations, ne suffit pas, il faut des accompagnements concrets, d'autant plus à l'heure de la dématérialisation des démarches et de la diminution des accueils physiques. En ce sens, il y a aujourd'hui un partenariat avec une association qui assure des permanences de médiation en santé, mises en place dans l'Espace Santé Jeunes et à la PMI.

Quelle place prend la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de Nanterre dans la politique de santé de la Ville ?

La CPTS est co-présidée par ses trois fondateur·rices, une médecin généraliste, un pharmacien, et moi, en tant que médecin de Centre de santé et directrice de la santé à

² « L'Évaluation d'Impact sur la Santé (EIS) est une démarche innovante de santé publique. Elle est définie par l'OMS comme la « combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou un projet peuvent être évalués selon ses effets potentiels sur la santé de la population et la distribution de ces effets à l'intérieur de la population » ». Voir <https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2022/01/Bibliographie-Evaluation-dimpact-en-sante.pdf>

Nanterre. Dès l'origine, les coordinatrices de l'ASV, du Contrat Local de Santé (CLS) et du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) ont été intégrées pour porter la mise en place de la CPTS. Ayant l'habitude de travailler avec une méthodologie de projet, elles ont été d'un grand appui, notamment pour les aspects diagnostic et mise en réseau. L'Observatoire de santé de la Ville, porté par la coordinatrice ASV, a permis de fournir de nombreuses données. Elles restent aujourd'hui présentes, notamment sur certains sujets comme la prévention, l'accès aux soins, la santé mentale ou encore la périnatalité.

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'élu·es de villes se sont engagé·es politiquement pour lutter contre et mettre en place des Centres de santé (CDS) 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 santé³.

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, mais sur une équipe traitante. A 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 régions⁴, 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 tou·tes 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.

A 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 forfait⁵. 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, par exemple).

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

³ Voir <https://laviedesidees.fr/La-sante-est-elle-l-affaire-des-municipalites-5347.html>

⁴ Indirectement, via notamment des Groupements d'Intérêt Public (GIP), car, depuis la loi portant sur la nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) de 2015, elles ont perdu leurs compétences en santé.

⁵ Dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

ou de réhabilitation, etc. 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)⁶. 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. A 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 tous·tes les professionnel·les de santé et pas seulement sur les médecins généralistes. Le développement des structures d'exercice coordonné, CDS et Maison de Santé Pluriprofessionnelle (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.

⁶ Voir <https://www.fnccs.org/les-centres-de-sante-et-leurs-professionnels-encore-oublies-du-segur-0>