

UN COLLOQUE PROPOSÉ
PAR LE

RESPAD
R RÉSEAU DE
PRÉVENTION
DES ADDICTIONS

PROGRAMME

Avec le soutien de Santé publique France

6^e COLLOQUE
LIEU DE SANTÉ
PROMOTEUR DE SANTÉ

Mardi 31
mars 2026

NANTES

AGORA STATION 5,
BÂTIMENT GINA

6, rue Suzanne Képès



LE DÉFI
des INÉGALITÉS
SOCIALES DE SANTÉ

www.reseau-lsps.org



6^e COLLOQUE LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ

▶ 8h30 – 9h00 ACCUEIL

▶ 9h00 – 9h30 → **OUVERTURE**

- ▶ Laurence Jay-Passot, *directrice générale adjointe, CHU* de Nantes*
- ▶ Florian Lavoyer, *directeur santé publique, Nantes Métropole*
- ▶ Étienne Le Maigat, *directeur de l'offre de soins, Agence régionale de santé Pays de la Loire*
- ▶ Pierre Arwidson, *directeur adjoint de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France*
- ▶ Nicolas Bonnet, *directeur, RESPADD*

▶ 9h30 – 10h00 **PLÉNIÈRE** **COMPRENDRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : CONSTATS ET ENJEUX**

Discutant : Nicolas Bonnet, RESPADD

- ▶ Luc Ginot, *médecin de santé publique*

▶ 10h00 – 11h00 **TABLE RONDE** **RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES EN SANTÉ MENTALE**

Discutant : Rémi Valter, CHU de Nantes

- ▶ Fabienne Chavane Hubert et Emma Barne, *Living Museum, Nantes*
- ▶ Chantal Rozo et Pauline Nicoux, *Un chez soi d'abord, Nantes*
- ▶ Caroline De Charette, *Équipe EMOT, Nantes*

▶ 11h00 – 11h30 *Pause café*

▶ 11h30 – 12h30 **TABLE RONDE** **ESPACES ET LIEUX DE SANTÉ : DESIGN ET ARCHITECTURE**

Discutante : Pr Leïla Moret, CHU de Nantes

- ▶ Marine Belluet, *École de design, Nantes*
- ▶ Laura Petitjean et Dorothée De Coux, *CHU de Nantes*
- ▶ Emmanuelle Gaudemer, *AIA Life Designers*

▶ 12h30 – 13h30 *Pause déjeuner*

▶ 13h30 – 15h00 **ATELIERS**

ATELIER 1 | LES ISS À L'ÉCHELLE TERRITORIALE : UNE QUESTION DE COORDINATION DES ACTEURS

Discutante : Bérangère Barreau, CHU de Nantes

Rapporteur : Marianne Hochet, RESPADD

- ▶ Pierre Caillault, *Nantes Métropole*
- ▶ Juliette Grondin et Magali Segretain, *Promotion santé Pays de la Loire*
- ▶ Laure Bourmaud, *Centre de santé du Breil, Nantes*
- ▶ Marion Lassalle Gérard, *Inter-CPTS, Pays de la Loire*

ATELIER 2 | LES ISS : UNE QUESTION DE GENRE, D'ÂGE ET DE PARCOURS

Discutante : Anne Jolivet, CHU de Nantes

Rapporteur : Alice Bélart, CHU de Nantes

- ▶ Solène Vigoureux, *CHU de Nantes*
- ▶ Adélaïde Pladys, *Coordination nationale des réseaux de microstructures médicales (CNRMS)*
- ▶ Mickaël Blanchet, *Gérontopôle, Nantes*
- ▶ Pierre Bergeron et Fabrice Corbineau, *Trajectoires*

▶ 15h00 – 15h30 *Pause*

▶ 15h30 – 16h15 → **RESTITUTION DES ATELIERS**

- *Rapporteur atelier 1 : Marianne Hochet, RESPADD*
- *Rapporteur atelier 2 : Alice Bélart, CHU de Nantes*

▶ 16h15 – 16h30 → **CLÔTURE**

- ▶ David Boels, *CHU de Nantes*
- ▶ Marianne Hochet, *RESPADD*

→ LUNDI 30 MARS,
18h – 19h30

NUTRI-SCORE :
un outil utile pour
la santé publique
combattu par
les lobbies

Conférence du
Pr Serge Hercberg
Discutée par
David Boels

Centre hospitalier
universitaire de
Nantes
Amphithéâtre Paul
Lemoine et diffusée
en visioconférence
Ouverte à tou-te-s
sur inscription



Table des matières

OUVERTURE DU 6^{eme} COLLOQUE	4
LIEU DE SANTÉ, PROMOTEUR DE SANTÉ.....	4
PLÉNIÈRE : COMPRENDRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : CONSTATS ET ENJEUX	8
TABLE RONDE RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES EN SANTÉ MENTALE	12
TABLE RONDE ESPACES ET LIEUX DE SANTÉ : DESIGN ET ARCHITECTURE	17
ATELIER 1 LES ISS À L'ÉCHELLE TERRITORIALE : UNE QUESTION DE COORDINATION DES ACTEURS	23
ATELIER 2 LES ISS : UNE QUESTION DE GENRE, D'ÂGE ET DE PARCOURS.....	27
RESTITUTION DES ATELIERS	Erreur ! Signet non défini.
CLÔTURE	36

OUVERTURE DU 6^{ème} COLLOQUE

LIEU DE SANTÉ, PROMOTEUR DE SANTÉ

- **Laurence Jay-Passot, Directrice générale adjointe, CHU de Nantes**
- **Florian Lavoyer, Directeur Santé publique, Nantes Métropole**
- **Étienne Le Maigat, Directeur de l'offre de soins, Agence régionale de santé Pays de la Loire**
- **Pierre Arwidson, Directeur adjoint de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France**
- **Nicolas Bonnet, Directeur, RESPADD**

-
- **Laurence Jay-Passot, Directrice générale adjointe, CHU de Nantes**

Laurence Jay-Passot, CHU de Nantes, souhaite la bienvenue aux participant(e)s et les remercie pour leur présence. Elle commence son propos affirmant l'importance pour le CHU de Nantes d'appartenir au mouvement des hôpitaux promoteurs de santé, rappelant la définition suivante donnée par le RESPADD : « *L'hôpital promoteur de santé étend sa responsabilité au-delà des frontières étroites des épisodes cliniques et coopère avec la communauté pour promouvoir une approche globale de la santé à travers une politique et des actions de promotion de la santé développées en direction des usagers et personnels de la communauté et de l'environnement du Lieu de santé* ».

Le défi des inégalités sociales de santé résonne particulièrement auprès des professionnels de santé, alors que les grands enjeux de santé publique de l'époque sont acutisés par la précarité. Pour l'hôpital qui est en première ligne, le défi des inégalités sociales de santé est celui de garantir à chacun l'accès à des soins d'excellence. Cette exigence met l'hôpital, et plus largement le système de santé, en grande tension. Elle impose de s'orienter davantage vers la prévention, alors que 97 % à 98 % des ressources sont consacrées au curatif pour seulement 2 % ou 3 % à la prévention et à la promotion de la santé.

Le CHU de Nantes tâche d'agir concrètement sur le terrain par diverses actions (*ex. équipes mobiles, détection et accompagnement des populations vulnérables, travail quotidien des équipes de soignant(e)s et assistantes sociales pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins, etc.*). Les experts visiteurs de la Haute autorité de santé ont particulièrement souligné la qualité des liens tissés entre les professionnels du CHU et ses partenaires pour sécuriser les personnes les plus vulnérables. Le CHU de Nantes peut aussi se féliciter de la capacité de ses acteurs à travailler ensemble. Elle souligne l'ambition du CHU d'aller plus loin en inscrivant son projet de Hall santé au cœur du quartier de la santé, dans le bâtiment Gina qui accueille justement ce 6^{ème} colloque LSPS. Ce Hall santé se veut être un lieu structurant et le bâtiment Gina a pour vocation de devenir un véritable laboratoire du lien entre l'hôpital et le territoire, un lieu de rencontre, de formation et de construction au service de la prévention et de la réduction des inégalités sociales de santé.

- **Florian Lavoyer, Directeur Santé publique, Nantes Métropole**

Florian Lavoyer, Nantes Métropole, tient à remercier les acteurs qui s'engagent quotidiennement pour faire progresser l'équité en santé et ancrer durablement cet enjeu au cœur des politiques publiques. Il salue également chaleureusement les membres du RESPADD, l'ARS et l'ensemble des signataires du contrat local de santé métropolitain. En outre, pour reprendre le propos de Madame Jay-Passot, la santé ne se joue pas uniquement dans le système de soins mais se construit chaque jour au croisement des environnements de vie, des conditions sociales et de la capacité à agir collectivement pour une société plus juste.

Le bâtiment Gina illustre le soutien de Nantes Métropole et de la ville de Nantes à la dynamique des écosystèmes de santé et à l'ouverture du CHU sur la cité. Ce colloque intervient par ailleurs à un moment clé avec l'ouverture prochaine de la Maison des enfants. Il souligne ici le rôle majeur qui revient aux collectivités en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé, au titre d'actrices de proximité. Nantes Métropole a ainsi fait le choix de se doter d'une politique publique de santé métropolitaine, cette politique s'appuie sur un contrat local de santé piloté en lien étroit avec l'ARS et l'ensemble des signataires, une feuille de route dédiée à la santé et à la lutte contre les inégalités mise en œuvre par la ville de Nantes et mobilisant de nombreux services. Ces politiques locales s'appuient également sur l'expertise citoyenne (ex. *évaluation participative menée en 2022-2023, saisine du Conseil de développement en 2024 sur la santé mentale des jeunes*).

Il propose pour conclure son propos de citer quelques exemples illustrant la dynamique de cette politique. Sur l'accès aux soins, il mentionne notamment le soutien aux centres et maisons de santé en coordination avec les directions de quartier ainsi que la médiation santé déployée dans le cadre du programme de réussite éducative. Sur la santé des enfants et des jeunes, il évoque le travail de la Maison des adolescents. Le pôle Santé globale de l'enfant assure par ailleurs une intervention renforcée dans les quartiers et les écoles qui présentent les indicateurs de santé les plus dégradés. La Maison des enfants poursuit aussi un double objectif ; contribuer au bien-être et à la santé des enfants de 6 à 11 ans et réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux ressources de santé globale. Il cite enfin la signature, dans le cadre de la politique publique de santé, de la convention entre la métropole et le Hall santé du CHU, qui porte la démarche « *Lieu de santé promoteur de santé* » (démarche LSPS).

➤ **Étienne Le Maigat, Directeur de l'offre de soins, Agence régionale de santé Pays de la Loire**

Étienne Le Maigat, ARS Pays de la Loire, remercie à son tour les participant(e)s et organisateur(ice)s.

La thématique du défi des inégalités sociales de santé est au cœur de toutes les politiques publiques de santé et résonne particulièrement dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, premiers témoins et derniers remparts face aux fractures sociales et territoriales. En outre, les inégalités sociales de santé se construisent dès l'enfance, se renforcent à l'âge adulte et s'aggravent dans la maladie. Elles se traduisent par un accès différentiel à la prévention, au dépistage, aux soins et à l'information. Elles prennent aussi racine dans les environnements de vie et de travail qui influencent fortement les comportements de santé.

Les établissements sanitaires et médico-sociaux ont la possibilité unique de délivrer des messages de santé aux moments où les personnes y sont les plus réceptives. Le ministère porte depuis plusieurs années une ambition forte ; faire de ces établissements des acteurs majeurs de prévention à l'aide de plusieurs leviers, dont l'approche MECC (*Making Every Contact Count*). Cette démarche vise à transformer chaque interaction soignant-patient en une opportunité d'agir sur les déterminants de santé. Dans la région des Pays de la Loire, cette ambition se traduit par des actions très concrètes soutenues par l'ARS ; engagement d'une quarantaine d'établissements régionaux dans la démarche Lieux de santé sans tabac (LSST), près de 2,5 M€ investis via le Fonds de lutte contre les addictions pour soutenir les projets LSST, soutien des CHU d'Angers et de Nantes dans leurs démarches LSPS. Pour reprendre l'exemple des lieux sans tabac, leur enjeu n'est pas simplement d'interdire mais aussi de donner des ressources, de l'écoute, des compétences aux patients et aux professionnels.

Le colloque d'aujourd'hui montre combien la promotion de la santé s'inscrit dans une dynamique nationale, régionale et locale cohérente. Au nom de l'ARS, il souhaite réaffirmer le soutien à la démarche LSPS, l'engagement pour réduire les inégalités sociales de santé et la volonté de travailler aux côtés des établissements, des associations et des professionnels présents aujourd'hui.

➤ **Pierre Arwidson, Directeur adjoint de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France**

Pierre Arwidson, Santé publique France, se propose de partager avec les participant(e)s deux exemples concrets de la lutte contre les inégalités sociales de santé poursuivie par l'Agence. Ces interventions à large spectre soutenues par Santé publique France soulignent l'importance de la prévention précoce durant les « 1 000 premiers jours ». Ces interventions peuvent être ciblées, avec des visites à domicile avant et après la naissance, sur le modèle des *home visits* et du *Nurse Family Partnership*. Le professeur Guedeney a mené une recherche sur le sujet en France et l'Agence défend un projet PANJO, qui signifie « *maman* » en espéranto. Ces interventions peuvent aussi être universelles, telles que le *Good Behavior Game*, et ont le pouvoir de réduire les inégalités sociales de santé sans ciblage.

Les visites à domicile ont pour objectif d'offrir une intervention pendant la grossesse et jusqu'aux 2 ans de l'enfant chez des mères primipares de moins de 25 ans en difficulté sociale. Les recherches sur les groupes témoins permettent de constater des résultats encourageants tels que la diminution des consommations de tabac, d'alcool, de stupéfiants, la diminution des problèmes de santé mentale et des maltraitances, l'amélioration des résultats aux tests mathématiques et de l'insertion sociale. Le projet PANJO a été créé à partir de l'expérience de cette recherche et une seconde évaluation menée en France à partir des 6 mois et 12 mois de l'enfant a permis de révéler une diminution des réactions hostiles des mères envers leurs bébés, moins de recours aux urgences et davantage de satisfaction vis-à-vis des services rendus par les PMI.

Le *Good Behavior Game*, intervention extrêmement connue au niveau international, consiste à travailler avec les enfants en classe préparatoire, en équipes hétérogènes, sur le suivi des règles de bon travail en classe. Cette compétition a un effet tout particulier sur les enfants les plus défavorisés et susceptibles de passer à côté de leur scolarité. La recherche originale a suivi ces enfants par des essais randomisés jusqu'à leurs 19 à 21 ans et a permis de démontrer une réduction de 50 % de l'usage de drogues illicites et de 35 % de l'abus et de la dépendance à l'alcool. Leur réussite scolaire était également meilleure comparativement au groupe contrôle, avec davantage de chances d'aller à l'université. L'institut américain *Washington State Institute of Public Policy* a notamment calculé que pour un 1\$ investi, 64\$ étaient économisés, ce qui conduit à affirmer que cette intervention est efficiente. L'équipe française ou « *Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale* », conduit par la sociologue Catherine Reynaud-Maurupt, a bénéficié du soutien de Santé publique France. Ses membres ont en effet pu être formés par l'*American Institute of Research*, soit 1 500 personnes pour 50 000 enfants bénéficiaires de la démarche. L'Agence travaille également avec eux pour analyser les données issues du monitoring.

➤ **Nicolas Bonnet, Directeur, RESPADD**

Nicolas Bonnet, RESPADD, partage son enthousiasme à l'heure d'ouvrir ce 6^{ème} colloque « *Lieu de santé promoteur de santé* », sur la thématique du défi des inégalités sociales de santé. Il se réjouit particulièrement de la croissance du réseau au cours des dernières années, parti de la démarche de l'hôpital sans tabac en 1996 pour aboutir aux Lieux de santé sans tabac en 2016 et, depuis 2018, développer son action sur la promotion de la santé en créant le réseau LSPS.

Il souligne ici le soutien de Santé publique France qui accompagne le RESPADD dans cette démarche, l'engagement durable des départements de santé et des hôpitaux dans la promotion de la santé à destination des bénéficiaires de soins, des professionnels de la relation d'aide et du grand public.

Il attire l'attention des participant(e)s sur la création du réseau LSPS qui est une référence en France et assure des missions de coordination et d'animation, en lien avec le réseau international HPH. Un premier colloque a été organisé en 2019 à Bordeaux, dans la région Nouvelle-Aquitaine qui est historiquement engagée sur le sujet de la promotion de la santé. Dans l'ouest du pays en général, le réseau a en effet doublé en 4 ans pour atteindre 34 adhérents aujourd'hui. Ce réseau se diversifie, communique, dans l'idée d'améliorer sa visibilité et d'assurer un affichage positif de la promotion de la santé partout où il se trouve.

Le réseau se positionne également sur des thématiques importantes telles que le défi des inégalités sociales de santé, qui préoccupera aujourd'hui les participant(e)s. Cette thématique a été identifiée à partir du constat d'écart persistants concernant l'espérance de vie et la santé de différents groupes malgré une amélioration globale de la santé. À chaque rang social inférieur, l'état de santé est moins bon et ces inégalités ne touchent pas uniquement les populations défavorisées. L'ensemble de la population générale est susceptible d'être frappé par des inégalités et ces dernières sont perçues comme injustes par la population car elles sont liées à des conditions de vie évitables et modifiables.

Ces différents constats sont exprimés au sein d'un système de santé en état d'effondrement, qui pousse aujourd'hui les professionnels à réinventer leur façon de percevoir la santé ; il est notamment obligatoire de démocratiser les savoirs en santé et de les diffuser différemment. Chaque contact compte auprès du grand public et il est urgent d'investir dans les établissements de santé principaux faute de professionnels, de moyens suffisants et peut-être même de santé publique. En outre, les résultats du classement de l'internat 2025 placent la Santé publique au dernier rang des spécialités choisies par les médecins et révèlent l'importance de continuer de valoriser cette thématique – au même titre que la Psychiatrie.

Nicolas Bonnet fait ici le lien avec Michel Foucault et l'idée d'un système fini faisant face à une demande infinie : « *[ce système fini est un] ensemble des ressources, y compris relationnelles et culturelles, qui existent dans une société. [La demande infinie est] l'ensemble des besoins dont les individus demandent à l'État qu'ils soient satisfaits et définis comme "besoins de santé" »*. En préambule à cette journée de colloque, il rappelle également les propos tenus par le professeur Paul-Loup Weil-Dubuc à l'occasion de la 4^{ème} édition dédiée à « *L'injustice des inégalités sociales de santé* », concernant un besoin partagé en promotion de la santé pour comprendre les déterminants sociaux de la santé, qu'il s'agisse des facteurs individuels ou collectifs.

Cette idée pousse à agir au plus près des populations, ce qui représente un défi politique, organisationnel et culturel. Une première réponse consiste à intégrer systématiquement la promotion de la santé et de la santé publique dans les politiques. Cette intégration doit tenir compte de toutes les conséquences sanitaires et du principe d'équité dans les politiques publiques, en reconnaissant la santé mentale déterminée par des facteurs extérieurs et pas uniquement par des mesures de soins. Plusieurs propositions peuvent alors être discutées ; l'organisation d'une véritable politique de santé et la refonte du pilotage de la prévention et de la santé en définissant clairement les termes employés, le renforcement des offres de proximité, l'investissement dans la prévention collective et « *l'universalisme proportionné* » en associant les populations et personnes concernées à leurs choix stratégiques de santé.

Avant de céder la parole, il exprime enfin ses remerciements à l'ensemble des participant(e)s, intervenant(e)s, établissements adhérents au réseau, au CA et salarié(e)s du RESPADD, et plus particulièrement au réseau international HPH, à Santé publique France, au CHU de Nantes et à Nantes Métropole, à l'ARS Pays de la Loire, ainsi qu'à ses différents partenaires et soutiens (CNRMS, FHF, FEHAP).

PLÉNIÈRE

COMPRENDRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : CONSTATS ET ENJEUX

Discutant :

- **Nicolas Bonnet, RESPADD**

Intervenant :

- **Luc Ginot, Médecin de santé publique et ex-directeur Santé publique ARS Île-de-France**

Luc Ginot indique avoir choisi d'adopter le point de vue extérieur qui est le sien pour la présentation, n'ayant pas exercé en milieu hospitalier depuis plusieurs années.

Dans un premier temps, il propose un rappel de quelques fondamentaux ; les inégalités sociales de santé ne se résument pas à la question des personnes exclues, l'ampleur de ces inégalités est un facteur déterminant de l'état de santé au sein d'un pays, elles sont étroitement liées à des facteurs socio-environnementaux, ces mêmes facteurs sociaux et environnementaux sont particulièrement indépendants l'un de l'autre et le système de soin vient aggraver les inégalités sociales de santé selon le principe de la loi des « *soins inversés* ». Par ailleurs, les mécanismes d'inégalités liés au système de santé universaliste français sont d'abord des mécanismes financiers (*ex. difficultés d'accès aux complémentaires, augmentations du secteur 2, etc.*). Des mécanismes plus subtils peuvent également être soulignés sur la manière dont le système de santé produit des inégalités. Notamment, la question géographique des déserts médicaux et celle des mécanismes sociaux, de la détermination sociale très forte de la plupart des médecins en lien avec leur formation clinique et leurs origines qui peut produire une distance par rapport à certains patients. Il souligne ici l'exemple typique de l'hypertension artérielle pour laquelle les éléments sociaux comptent parmi les plus décisifs et ne sont pourtant pas mis en exergue.

Ces mécanismes provoquent un phénomène de concurrence des territoires qui vient aggraver les inégalités sociales de santé. Les travaux du chercheur Pierre Chauvin sur les inégalités en matière de cancer ont en outre démontré que les inégalités se produisent avant et après le traitement du cancer en lui-même, qui est extrêmement protocolisé et peu soumis aux écarts sociaux. La problématique se pose alors davantage durant les périodes de prévention et de dépistage ainsi qu'au cours des soins dits de confort et de suivi.

Un autre principe important est que toute action de promotion à la santé qui ne vise pas à réduire les inégalités a comme premier effet de les aggraver. Ce constat s'explique par des mécanismes divers.

D'une part, les programmes qui sont conçus font en général appel à des compétences en littératie élevées, ont tendance à formuler un certain nombre de recommandations qui s'avèrent être totalement aveugles aux contraintes sociales. D'autre part, ces mécanismes sont liés à des facteurs propres au système de santé. L'exemple est ici rapporté du programme des nouveau-nés vulnérables (NNV) qui portait ses fruits mais s'est heurté au manque de médecins dans le territoire de grande couronne pour prendre en charge ces enfants vulnérables. Ainsi, le développement de ce programme permettait d'améliorer sensiblement la santé des enfants dans les territoires favorisés, sans impact toutefois sur la santé des enfants des territoires défavorisés. Enfin, ces mécanismes sont également liés au phénomène du renoncement des groupes sociaux les plus éloignés selon la logique du « *ce n'est pas pour moi* ». Ces derniers n'ont pas le sentiment de pouvoir prétendre à l'accès à certains soins.

Des exemples de promotions de la santé fructueux peuvent néanmoins être cités, tels que la lutte contre le tabagisme sous l'impulsion de Santé publique France et de François Bourdillon. Les actions engagées ont, pour la première fois, profité davantage aux catégories de population les plus défavorisées. Des limites sont toutefois observées. Par exemple, malgré tous les efforts des agences régionales de santé, la vaccination HPV profite essentiellement à des territoires dont la couverture vaccinale est déjà plutôt satisfaisante. Des outils existent et ont fait leurs preuves (*ex. intervention sur les interfaces entre les déterminants et la santé, renforcement du pouvoir d'agir, de formation, de responsabilité, etc.*). Sans entrer dans les détails, **Luc Ginot** insiste ici sur le fait que contrairement aux idées reçues, une action travaillée pour les populations les moins favorisées ou les plus éloignées des soins bénéficie à la totalité de la population.

Pour en revenir aux établissements de santé, il est souligné que leur rapport aux inégalités sociales de santé est dicté par les conséquences de la loi Kouchner et de la création des PASS. En outre, la France a la spécificité d'avoir un système de passerelle pour les personnes les plus précaires. S'il ne faut pas sous-estimer l'impact positif de ce dispositif, il a également pu servir d'argument pour les professionnels de la santé en leur permettant d'affirmer qu'ils n'ont pas de problème d'inégalités dans l'accès à leurs soins. Aussi, la MIG-Précarité (*financement FIR*), qui a été créée pour compenser les surcoûts d'un certain nombre de difficultés sociales, a finalement permis de compenser le « trou » des hôpitaux dans la plupart des établissements – pour qui le sujet peut être tabou. Par ailleurs, d'autres établissements de santé se sont engagés dans des processus dits « collatéraux » (*ex. CEGIDD, CLAT*) qu'il est pertinent de souligner, le codage PMSI qui structure aujourd'hui l'activité hospitalière étant incapable d'identifier d'autres éléments que la nature de la couverture sociale d'une pathologie.

Finalement, la question se pose de savoir si la promotion de la santé permet réellement de réduire les inégalités. Si chacun des intervenants a semblé affirmer que oui, **Luc Ginot** propose de nuancer le propos. Il est vrai que de réels progrès culturels sont constatés, en témoigne par exemple la production de clips promotionnels FHF/TF1 mettant en avant la diversité de la population. Par ailleurs, les opportunités sont réelles pour avoir une promotion de la santé qui soit réductrice des inégalités ; atteinte de personnes souvent plus éloignées du système santé, mise en place stratégies dites « opportunistes » (*ex. approche MECC*), mise à disposition d'outils et d'équipes qui travaillent en lien avec les inégalités dans les structures hospitalières et en particulier dans l'ouest du pays. Cependant, les mêmes mécanismes de sélection sociale observés au sein de la société se jouent en milieu hospitalier et sont aggravés par les tensions RH et financières auxquelles sont soumises les équipes. L'exemple concret de la périnatalité peut être souligné, avec des difficultés pour maintenir des propositions pourtant intéressantes en lien avec l'accouchement sans douleur ou assurer un accompagnement pédagogique continu.

Un focus est ensuite proposé sur l'exemple britannique et l'approche MECC, évoquée en introduction. Cette approche s'intéresse essentiellement aux déterminants dits comportementaux, avec une prise en compte notamment de la santé mentale qui semble avoir disparu de la version française de cette démarche. Il semble que l'efficacité de la MECC sur la réduction des inégalités reste toutefois incertaine malgré les résultats qui ont pu être observés. Afin de pallier les contraintes persistantes en matière d'éloignement de la parole et culturel, la France développe des stratégies complémentaires.

Malgré la tendance, il apparaît que les établissements de santé ne peuvent plus séparer promotion de la santé et soins pour plusieurs raisons. D'une part, car une promotion de la santé équitable ne semble pas crédible dans un établissement qui accepte les obstacles financiers, sociaux, ou linguistiques « *anormaux* ». En outre, la globalité de la démarche se trouve fragilisée par ces obstacles financiers et renforce le principe du « *ce n'est pas pour moi* » évoqué précédemment. D'autre part, car améliorer l'équité d'accès aux soins et en promotion de la santé mobilise les mêmes outils. Les enjeux de

formation des équipes sont également les mêmes en matière de promotion de la santé et de relation aux usagers. Enfin, **Luc Ginot** observe que les réflexions doivent être poursuivies concernant l'adaptation de l'éducation thérapeutique du patient aux inégalités sociales de santé alors que les établissements de santé reçoivent un grand nombre de personnes socialement fragiles.

Les établissements de santé ont par ailleurs à leur disposition des outils internes prometteurs. Il est possible d'évoquer ici l'ensemble des outils facilitant les questions d'adhésion des personnes et d'implication des programmes ; une personne médiatrice en service de santé doit ainsi être reconnue en tant que telle, pour sa formation, son métier, ses compétences, si les établissements veulent prétendre à faire évoluer le rapport aux inégalités à la fois du soin et de la prévention. Les établissements de santé bénéficient aussi de leurs capacités d'organisation interne et doivent notamment veiller à valoriser dans leur enceinte une offre d'alimentation et de loisirs cohérente avec les enjeux de santé par souci de crédibilité globale de l'environnement. S'agissant des enjeux externes, il est important de mettre en garde sur les limites de la démarche d'« *aller vers* » qui ne doit pas être motivée par une volonté d'hégémonie si elle souhaite être efficace. Une question urbaine se pose également, alors que l'existence d'espaces publics partagés entre l'hôpital et la population semble faciliter les approches envers les personnes plus éloignées de l'hôpital. Toutefois, les questions d'ouverture sur la ville sont aujourd'hui mises à mal par les enjeux de sécurisation et sont plus complexes qu'auparavant.

Afin d'illustrer le propos sur les outils à disposition des établissements de santé, et plus précisément sur leurs capacités d'organisation interne, il est proposé un focus sur la réduction des inégalités dans le champ de la périnatalité en Île-de-France où la mortalité infantile varie entre 3,6 % dans Paris intra-muros et 7,3 % dans certaines communes limitrophes. Alors que les femmes les plus exposées à la surmortalité infantile sont issues de l'immigration, confrontées à des conditions sociales, de transport ou encore de logement complexes mais pas nécessairement en grande précarité, la région a réorganisé les équipes des établissements de santé afin de permettre une prise en charge adaptée. Initialement, cet accompagnement se focalisait principalement sur les femmes en situation d'exclusion et de grande précarité. Un travail de plaidoyer important a été mené en parallèle afin d'assurer une solution d'hébergement stable aux femmes qui n'en bénéficiaient pas au cours de leur grossesse et après l'accouchement. Si la problématique est loin d'être résolue, ces actions font partie de la promotion de la santé.

Luc Ginot revient ensuite brièvement sur les LSST, estimant que ces derniers sont essentiels mais ne peuvent constituer une réponse unique pour la réduction des inégalités. En outre, le pilotage régional repose sur un système d'appel à projets face auquel tous les établissements ne sont pas égaux. L'enjeu doit aussi être de s'adresser aux hôpitaux de proximité.

Il attire ensuite l'attention des participant(e)s sur deux déterminants sociaux qu'il juge sous-estimés ; « *Logement et habitat* » et « *Discrimination et ségrégation* ». Les établissements de santé pourraient aborder la promotion de la santé par le biais du logement et de l'habitat, en tenant compte par exemple des conditions de logement et de vie d'un patient pour mieux comprendre sa pathologie. Malheureusement, interroger les patients en ce sens est encore jugé trop contraignant par les professionnels de santé et ne fait pas partie de la culture hospitalière. Sur la discrimination et la ségrégation, il souligne que la question de la discrimination sur l'origine raciale est majeure dans le système français. Culturellement, certains stéréotypes enseignés par le passé (*ex. syndrome méditerranéen*) ont laissé des traces, tandis qu'institutionnellement, les établissements ont toujours du mal à communiquer dans d'autres langues que le français. Cette problématique se pose particulièrement dans les établissements qui considèrent ne recevoir que peu de populations

discriminées et alors que certains autres établissements sont implicitement dédiés à recevoir des personnes d'origine ethnique ou raciale différente.

La présentation s'achève sur quelques questions structurelles concernant le fonctionnement des établissements de santé.

Il existe aujourd'hui des contrastes importants entre les CHU, qui ont des capacités d'innovation et de moyens, et des établissements qui sont en plus grande difficulté car ils font par exemple face à l'urgence. La question se pose également du recrutement socialement stratifié des médecins ainsi que du positionnement des internes aujourd'hui encore trop centré sur le CHU, un système qui peut contribuer à aggraver les inégalités alors que les médecins nouvellement formés ont tendance à être peu familiers de la réalité des territoires moins favorisés. Enfin, comme cela a été évoqué précédemment, la promotion de santé fait souvent les frais des contraintes RH. Ces différentes interrogations poussent à s'intéresser à la régulation supra-établissement et à la responsabilité des ARS. Une régulation forte semble alors nécessaire, y compris dans le pilotage de la promotion de la santé d'un établissement, de même qu'un pilotage qui tienne compte des ressources et contraintes d'un établissement. Il serait par ailleurs pertinent de limiter les stratégies d'appel à projets afin de prendre en considération la capacité des équipes d'un établissement à déposer des projets.

Pour conclure, **Luc Ginot** estime que les instances de régulation régionales ont un rôle important à jouer pour adapter les moyens aux besoins de la population et non uniquement au système des demandes institutionnelles. Aussi, l'enjeu de sanctuarisation des moyens dédiés et de stabilisation des personnels est absolument majeur pour les établissements de santé et les équipes ont un rôle à jouer. Il est en effet essentiel d'assurer leurs bonnes conditions de travail afin que la mise en œuvre des stratégies de réduction des inégalités soit effective.

Nicolas Bonnet, RESPADD, remercie Monsieur Ginot pour son intervention. Il saisit l'occasion pour évoquer les centres communautaires de santé qui n'ont pas été évoqués mais font également partie des structures participant à la réduction des inégalités sociales de santé, à la réponse aux enjeux du vivre mieux.

TABLE RONDE

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES EN SANTÉ MENTALE

Discutant :

- **Rémi Valter, CHU de Nantes**

Intervenantes :

- **Fabienne Chavane Hubert et Emma Barme, Living Museum, Nantes**
- **Chantal Rozo et Pauline Nicoux, Un chez soi d'abord, Nantes**
- **Caroline De Charette, Équipe EMOT, Nantes**

Rémi Valter, CHU de Nantes, remercie les participant(e)s, soulignant dans la continuité des propos précédents que la santé mentale, grande cause nationale pour la deuxième année consécutive, est également marquée par des inégalités sociales et territoriales. Sans plus tarder, il propose aux intervenantes de s'exprimer sur les origines des dispositifs qu'elles animent.

Caroline De Charette, psychiatre au CHU de Nantes, prend la parole au sujet du dispositif EMOT ou « *Équipe mobile transitionnelle* ».

Le dispositif s'est inspiré de l'équipe du CHU de Lille qui, en 2020, a mis en place une EMOT. L'équipe détachée de l'hôpital public travaille en milieu carcéral avec des patients qui souffrent de graves troubles psychiatriques addictologiques, qui sortent et rentrent de prison en permanence. Il s'agit du syndrome de « *la porte tournante* ». Un manque spécifique ayant été identifié au moment charnière de la sortie de prison, avec une surmortalité importante, l'EMOT a pour objectif de proposer un accompagnement particulièrement soutenu dès la sortie et au cours des 6 mois suivants.

Ce dispositif poursuit sa croissance sur le territoire et compte aujourd'hui 8 équipes. Il bénéficie d'un financement sur 3 ans grâce à l'obtention d'un fond d'innovation organisationnel en psychiatrie (FIOP), système qu'elle espère voir pérennisé.

Chantal Rozo s'exprime ensuite à propos de la structure *Un chez soi d'abord* de Nantes Métropole.

Ce dispositif s'adresse aux personnes avec un trouble psychiatrique sévère, présentant un parcours de précarité de rue et ayant envie d'avoir un logement. Il repose sur deux piliers ; une équipe médico-sociale et une équipe dédiée à la gestion locative adaptée. Dans une logique d'égalité de santé, les personnes peuvent bénéficier d'un logement sans condition de traitement.

Pauline Nicoux, assistante sociale et coordonnatrice actuelle de l'équipe *Un chez soi d'abord*, poursuit l'intervention sur le dispositif.

Son origine vient des Etats-Unis et des travaux du Dr. Patricia E. Deegan, à l'initiative du mouvement « *Rétablissement* » qui cherche à impliquer les personnes concernées dans leur accompagnement aux soins. En France, il y a 15 ans, une équipe marseillaise composée de chercheurs et d'éducateurs et travaillant avec des personnes sans domicile fixe présentant des troubles psychiatriques a mené une étude randomisée avec le soutien de l'État afin d'évaluer et de créer une nouvelle manière d'accompagner ces personnes. Pour mémoire, l'accès au logement en France est aujourd'hui permis par une forme d'accompagnement « *en escalier* », avec plusieurs étapes et soumis à des critères parfois difficiles à remplir pour les usagers. Face à ce constat, « *Housing First* » propose un accompagnement différent afin de permettre l'obtention d'un logement directement dans un délai de

8 semaines. Les études ont démontré que cette nouvelle forme d'agir diminuait drastiquement les hospitalisations et les incarcérations du public concerné.

Chantal Rozo ajoute ici que 80 % des personnes bénéficiaires restent dans leur logement à long terme.

Emma Barme, artiste au *Living Museum France*, présente à son tour ce dispositif dédié aux personnes vivant avec des troubles psychiques. Le *Living Museum* n'est ni d'un atelier d'art-thérapie, ni un lieu occupationnel, ni un dispositif d'insertion, mais bien un atelier d'artistes où chacun peut construire une identité en dehors de sa maladie.

Fabienne Chavane Hubert, psychologue clinicienne, prend enfin la parole afin de revenir sur les origines du *Living Museum*. À l'origine du projet en France, elle explique avoir fait le même constat du syndrome de « *la porte tournante* » au CHU Saint-Jacques avec des patients dotés d'un réel talent artistiques et faisant des allers-retours au sein de l'hôpital. Ce phénomène posait la question d'un manque d'accompagnement, d'une structure permettant de faire le lien avec le talent de ces personnes et de les faire connaître du public.

Le dispositif *Living Museum* trouve ses origines aux États-Unis, dans les années 1980. Il s'agit d'un tiers-lieu artistique qui accueille des personnes qui ont une pulsion créative, un « *désir* » de créer, et qui vont mieux grâce à cette production. Elle souligne d'ailleurs ici que le contraire de « *dépression* » est « *expression* ». Une fédération Suisse *Living Museum Society* fédère ces structures dans le monde.

Rémi Valter propose ensuite de s'attarder sur la notion d'« *aller vers* » et ses enjeux, leur concrétisation dans les différents dispositifs portés par les intervenantes.

Emma Barme indique que le *Living Museum* ne se contente pas d'attendre que les personnes se manifestent mais va les chercher grâce à un réseau de partenaires. L'accès au dispositif est par ailleurs facilité. Aucune évaluation, aucun jugement n'est porté sur la productivité ou la qualité de la pratique artistique de la personne. Aussi, l'adhésion est limitée à 15 €/an et le matériel (ex. *peinture à l'huile, céramique*) est fourni par le lieu.

Le principe de la réduction des inégalités au *Living Museum* se base sur le rétablissement, l'empouvoirement, la professionnalisation, le fait de redonner une identité qui ne soit pas celle d'une personne « *malade* ».

Fabienne Chavane Hubert ajoute que le dispositif est ouvert sur l'extérieur et les œuvres des artistes sont notamment visibles dans des expositions hors les murs. Par exemple, elles ont été exposées à l'Art Basel, à Bâle. Cette reconnaissance en tant qu'artiste permet de sortir d'une forme de stigmatisation dont peuvent souffrir les personnes « *malades* ».

Pauline Nicoux souligne que le dispositif *Un chez soi d'abord* propose des entretiens aux personnes dans le lieu de leur choix, où elles se sentent à l'aise, au moment qu'elles souhaitent. L'enjeu est de s'adapter aux besoins des personnes accompagnées et aux situations d'urgence, ce qui demande une organisation à court terme mais reste faisable. Ce fonctionnement est très spécifique de l'« *aller vers* ».

Chantal Rozo développe ensuite qu'une Commission d'admission s'intéresse aux ruptures de parcours des personnes et tâche de ne pas reproduire les mêmes erreurs, toujours dans un objectif de réduction des inégalités.

Pour précision, *Un chez soi d'abord* s'appuie sur un groupement de coopération sociale et médico-sociale. Cette forme juridique est particulièrement intéressante car elle s'adresse à des personnes souvent ancrées dans leur territoire. L'enjeu est d'adopter un fonctionnement le plus horizontal possible et de prioriser l'« *aller vers* » en faisant preuve d'adaptation et de flexibilité. En outre, le temps

des institutions est sensiblement différent du temps de la précarité et les personnes bénéficiaires du dispositif ont bien souvent besoin d'être suivies de près, rappelées à leurs engagements, accompagnées de manière continue. C'est en ce sens que l'adaptabilité des équipes est essentielle.

Caroline De Charette remarque que les EMOT travaillent d'une manière relativement similaire, en s'adaptant aux modes de fonctionnement des personnes accompagnées. L'enjeu est celui d'une adaptabilité permanente, sachant que plus de 50 % des personnes accompagnées sont sans domicile fixe et que l'urgence sociale prime alors. Il est important de ramener le soin et de les sensibiliser à l'importance de ce soin pour aller mieux.

Concernant le public, sont concernées des personnes souffrant de troubles psychiatriques et qui sont repérées par les équipes médico-sociales en détention car elles éprouvent des difficultés. Il se trouve que plus de 90 % de ces personnes souffrent également de troubles addictifs concomitants et présentent des comorbidités somatiques très importantes. Ce versant « *médecine de ville* » pose des difficultés particulières pour les équipes.

Rémi Valter remercie les intervenantes avant de les questionner sur la manière de gérer l'historique des demandes et parcours des personnes qu'elles accompagnent sur un même territoire.

Chantal Rozo répond que l'équipe *Un chez soi d'abord* compte sur la présence d'un médecin somaticien pour les personnes qui souffrent d'importantes pathologies somatiques et éprouvent des difficultés à avoir un médecin traitant. Néanmoins, ce médecin de même que le psychiatre, ne sont pas en mesure d'assurer les prescriptions quotidiennes et ne peuvent que proposer des prescriptions « *tampons* ». Il y a ici un enjeu important pour les années à venir.

Pauline Nicoux ajoute que les personnes doivent toucher un revenu pour payer leur loyer, ce qui posait difficulté dans l'accompagnement des publics non bénéficiaires du RSA ou d'une allocation adultes handicapés. D'ailleurs, les personnes sont désignées en interne comme « *locataires* » et non comme « *bénéficiaires* ». Il y a maintenant 7 ans, ont alors commencé à émerger des dispositifs *Un chez soi d'abord Jeunes* pour les 18-23 ans. Cette évolution est un autre exemple d'adaptabilité aux publics rendue possible par le réseau dont disposent les équipes et sa reconnaissance au niveau national.

Chantal Rozo confirme l'ouverture de 10 places « *Jeunes* » à Nantes, qui bénéficient à ce jour à 3 personnes. Elle précise par ailleurs que le profil classique du locataire *Un chez soi d'abord* est de genre masculin, d'environ 45 ans et a un parcours de rue de 3 à 4 ans.

Peu de femmes sont finalement accompagnées par le dispositif, ce qui pose plusieurs questions : « *Sont-elles moins précaires ? Souffrent-elles moins de troubles psychiatriques ?* ». Les études démontrent qu'elles bénéficient davantage de dispositifs par ailleurs, néanmoins la question se pose de leur représentation.

À ce sujet, **Pauline Nicoux** indique qu'au niveau européen, le « *Housing First* » mène des recherches sur l'accueil des femmes sans qu'une initiative spécifique n'ait encore éclos en France métropolitaine. Les recherches et le recueil des données sur le sujet doivent se poursuivre.

Chantal Rozo remarque que la photographie de la précarité de rue est en cours d'évolution, avec davantage de femmes et d'enfants. Or, *Un chez soi d'abord* ne s'adresse aujourd'hui qu'à des personnes seules. Une autre piste de réflexion pourrait concerner des solutions de logements alternatives pour les personnes qui se mettent régulièrement en difficulté avec des troubles de voisinage. Le dispositif pourrait par exemple acquérir un terrain pour la construction de logements. Il est en effet important de continuer d'imaginer des solutions pour s'adapter.

Fabienne Chavane Hubert rapporte que le *Living Museum* accueille des personnes de tout âge, à partir de 18 ans. La structure est principalement confrontée à des obstacles d'ordre financier en l'absence de soutien de la part de l'ARS et doit se tourner vers des fondations et autres fonds privés – ce qui complexifie la gestion quotidienne. Elle souhaiterait pourtant être en capacité de répondre aux nombreuses demandes qui lui sont formulées, d'accueillir des mineurs dans un espace plus grand à l'instar de la Suisse ou même de s'ouvrir plus largement à d'autres publics tels que les personnes autistes.

Concernant l'autisme en particulier, il est en effet souligné que les troubles neurodéveloppementaux sont distincts de la santé mentale dans le cadre des levées de fonds ce qui limite les marges de manœuvre du dispositif. Si le *Living Museum* a, malgré tout, fait le choix d'accueillir quelques artistes autistes, il reste difficile de leur proposer un environnement qui réponde à leurs besoins.

Pour en revenir au modèle économique du dispositif, **Fabienne Chavane Hubert** tient à remercier Nantes Métropole qui tâche d'aider la structure du mieux possible. Une autre stratégie consiste à « *essaimer* » en portant des initiatives dans d'autres régions telles que la Bretagne afin de récolter des fonds supplémentaires.

Emma Barme ajoute que le *Living Museum* accueille des profils variés. La responsable d'atelier occupe alors un rôle essentiel en répondant aux multiples interrogations quotidiennes des artistes, ce qui leur permet d'être plus libres dans leur pratique artistique et d'occuper l'espace comme ils l'entendent. Elle participe également à faire vivre le lieu avec les deux artistes référents représentant les artistes au CA en menant différentes actions (ex. *élaboration d'une Charte de l'atelier, organisation de portes ouvertes*).

Enfin, elle souligne que dans le même esprit qu'*Un chez soi d'abord*, les personnes ne sont pas désignées comme « *bénéficiaires* » mais comme « *artistes* ».

Sur les aspects de financement, **Chantal Rozo** tient à rappeler qu'*Un chez soi d'abord* a été créé dans un souci médico-économique ce qui explique que le dispositif bénéficie de 50 % de financement de la part de l'ARS contrairement à d'autres structures. Les économies permises indirectement par ces actions devraient toutefois être reversées vers d'autres initiatives de santé publique.

Elle précise aussi que la présence de médiateurs santé-pairs est obligatoire, ce qui permet « *d'infiltrer* » une culture commune auprès des locataires comme des équipes.

Caroline De Charette indique à son tour que les publics accueillis sont désignés « *patients* », malgré le fait que les équipes EMOT soient composées pour la moitié de travailleurs sociaux. Le travail de ces derniers est indispensable face à la lourdeur des démarches administratives en sortie de prison.

Pour rebondir sur le propos concernant les femmes, elle souligne que la population carcérale est composée à 96 % d'hommes et 4 % de femmes. Faisant quasiment toutes l'objet d'un suivi psychiatrique, elle s'étonne que les équipes *Un chez soi d'abord* ne soient pas davantage amenées à les accompagner à leur sortie.

Sur la question de l'adaptabilité, le dispositif EMOT est encore relativement nouveau et doit continuer ses réflexions notamment sur les relais à mettre en œuvre à l'issue des 6 mois d'accompagnement. Les personnes ont toujours la possibilité de demander une poursuite de cet accompagnement par l'EMOT, néanmoins certaines auraient besoin d'un suivi tout au long de leur vie et aucune solution n'a encore été trouvée en ce sens. En outre, l'EMOT ne peut se permettre de garder les patients au-delà d'une certaine période sans risquer de les voir stigmatisés comme appartenant à la population carcérale.

➤ **Contributions et réactions du public**

Une participante, dans le public, demande si *Un chez soi d'abord* œuvre sur un territoire défini.

Chantal Rozo indique que le dispositif agit essentiellement sur Nantes Métropole, dans un rayon de 30 minutes en transports en commun autour de ses locaux. Une branche *Un chez soi d'abord* « Rural » est toutefois en cours de création au niveau national afin de mener des actions en Ariège et existe déjà dans les départements du Morbihan et des Côtes-d'Armor. Le dispositif est également présent ailleurs en France (*Sarthe, Maine-et-Loire*), cependant elle n'est pas en mesure d'apporter des précisions sur le sujet.

Rémi Valter invite ensuite les intervenantes à s'exprimer afin de conclure la table ronde.

Caroline De Charette observe que des structures telles que l'EMOT posent la question de ce que la société accepte des personnes souffrant de graves troubles psychiatriques en prison et de ce qui pourrait être fait différemment. Elle espère que le dispositif ne contribue pas à entretenir une situation complexe par son incapacité à apporter une réponse complète à la problématique.

Au-delà de la capacité d'agir, **Chantal Rozo** invite à lutter contre l'inégalité de capacité ; une personne à la rue pourrait accéder à de nombreux dispositifs si sa capacité d'agir était renforcée. Les publics doivent être accompagnés dans ces démarches et il ne suffit pas de faire « à leur place ».

Pauline Nicoux insiste à ce sujet sur l'importance de la responsabilité de chacun, d'un fonctionnement horizontal afin que les équipes se sentent impliquées et tissent une relation avec les locataires. À titre d'exemple, elle mentionne la mise en place d'un logiciel accessible aux équipes et aux locataires afin de consulter des données et d'interagir sur les dossiers, d'impliquer le Groupe Réflexion Action Locataire (*GRAL*) et d'ancrer une réflexion commune. De telles solutions participent à la lutte contre les inégalités sociales.

Emma Barme invite les participant(e)s à la journée portes ouvertes du *Living Museum*, qui aura lieu le 06 juin. À cette occasion, un marché de créateur(ice)s sera organisé et un dispositif « *Bibliothèque vivante* » a été imaginé pour lutter contre la stigmatisation. Chaque artiste aura l'occasion de devenir un « *livre vivant* » et de partager un court témoignage en tête à tête avec des membres du public sur la thématique de la santé mentale.

Fabienne Chavane Hubert partage son sentiment d'une société « *malade* » sur laquelle les dispositifs tels que ceux représentés dans ce colloque tentent de poser un « *pansement* ». Le *Living Museum* en particulier propose d'offrir un espace transitionnel, d'évasion, qui réponde au moins à une partie de la problématique.

Rémi Valter remercie les intervenantes avant de clôturer cette première table ronde.

TABLE RONDE

ESPACES ET LIEUX DE SANTÉ : DESIGN ET ARCHITECTURE

Discutante :

- **Pr Leïla Moret, CHU de Nantes**

Intervenantes :

- **Marine Belluet, École de design, Nantes**
- **Laura Petitjean et Dorothée De Coux, CHU de Nantes**
- **Emmanuelle Gaudemer, AIA Life Designers**

Leïla Moret, CHU de Nantes, accueille les participant(e)s pour cette seconde table ronde consacrée au rôle du design et de l'architecture comme générateur d'inclusion sociale et comme participant à la réduction des inégalités sociales de santé.

Elle accueille les intervenantes avant de leur céder la parole.

Marine Belluet, Designer de service, introduit son propos consacré au *Care Design*.

Le *Care Design* trouve son origine dans les années 1970-1980, alors que quelques designers commencent à réfléchir à leur responsabilité environnementale, puis sociale. Cette notion a été théorisée par la philosophe politique Joan Tronto qui s'intéresse notamment à la notion de vulnérabilité dans les sphères publiques et privilégiées. Annemarie Mol contribue, anthropologue de la santé, a également conduit des recherches sur l'impact du *Care* dans un ensemble de pratiques.

La chercheuse Carine Delanoë-Vieux peut par ailleurs être évoquée car elle a créé avec Marie Coirié le Laboratoire Art et Hospitalité (*Lab-ah*) au GHU Paris psychiatrie & neurosciences. Les équipes de ce laboratoire interviennent en milieu psychiatrique afin de concevoir des objets qui vont être des supports, des outils, pour les parcours de santé et de soins et contribuer au bien-être à l'intérieur de ces espaces (ex. projet « *Bienvenue chez Eugène* »).

Le *Care Design Lab* au sein duquel enseigne **Marine Belluet** forme des étudiants à une approche de la vulnérabilité sur trois thématiques ; la santé, la solidarité et les services publics. Il se préoccupe aussi des sujets qui se situent à la croisée de ces trois thématiques, soit la santé environnementale, les situations d'urgence, de ressources, de gouvernance ou encore de coopération. Le design intervient alors pour réparer, soutenir et rendre possibles des actions auprès d'un public vulnérable dans l'objectif de « *prendre soin des vulnérabilités* ». Il s'agit d'en revenir aux notions de responsabilités environnementale et sociale du designer tout en adoptant une approche stratégique : « *mon action intervient-elle au bon endroit pour être la plus impactante possible et améliorer la situation ?* ». Les étudiants sont encouragés à adopter une posture empathique, à proposer des solutions ancrées dans la réalité des usagers, qui répondent aux contraintes financières et soient simples à mettre en œuvre.

Pour reprendre les propos de Marie Coirié, il est important pour les designers de se mettre à la place des usagers, des professionnels comme des patients, en gardant à l'esprit qu'ils seront un jour usagers à leur tour.

Elle propose ensuite de rapporter quelques illustrations de projets menés par le *Care Design Lab*.

Un premier projet porte sur la précarité en zone rurale. Les étudiants ont été invités à s'interroger sur les spécificités de la précarité en zone rurale qui empêchent les actions d'« *aller vers* » de porter leurs fruits et se sont rendus sur le terrain afin de rencontrer les acteurs locaux et bénéficiaires des dispositifs existants. Plusieurs pistes de solutions ont été produites en phase d'« *idéation* », puis soumises au test des usagers avant d'être concrétisées. Ainsi, a été réalisée une carte à gratter permettant de découvrir au fil des choix des informations de premier niveau sur les droits auxquels il est possible de prétendre sur des thématiques telles que la santé, l'emploi ou le logement. Un système complet a été développé à partir de cette idée, avec l'apposition d'un label « *Relais d'ici* » sur les vitrines de petits commerces du quotidien dont les gérants ont été formés à transmettre ces informations. Pour précision, la notion de « *relais* » a été développée à partir du double constat d'une grande solidarité en milieu rural et d'une stigmatisation. L'idée est ici de faire de la précarité un sujet collectif et solidaire, de former des relais de confiance que les usagers côtoient chaque jour et qui ne soient pas institutionnels.

Un second projet a été mené au sein de l'hôpital Saint-Jacques où les étudiants se sont intéressés aux questions de l'apaisement et du commun comme support de soins. La première expérimentation s'est soldée par le concept « *Le voyage à Matisse* », d'après le nom d'une unité fermée uniquement dotée d'une salle d'apaisement. Les étudiant(e)s ont créé un parcours dans les lieux collectifs afin de sortir l'apaisement de cette salle et de proposer des espaces dans les couloirs, jardins, etc. Ils ont habillé les lieux d'outils permettant aux patients de les utiliser et aux soignants d'y faire appel.

Enfin, trois projets ont été menés dans le cadre de la validation de fin d'études. Le premier a été réalisé par Julie Le Gallais qui a produit une chemise permettant aux personnes allophones de communiquer avec l'équipe médicale, d'expliquer ses douleurs, son parcours de santé, grâce à des images et en permettant au médecin de présenter les étapes par lesquelles le patient devra passer en retour. Le second a été réalisé par Léonore Cazalaa et s'intitule « *Entre nous* ». Il s'agit d'une enveloppe très discrète s'adressant aux femmes accouchant sous X qui vise à les accompagner sur ce qu'elles s'approprient à vivre et à expérimenter dans leur corps alors même qu'elles ne deviennent pas mères. En outre, une grande partie de la documentation produite pour le post-partum s'adresse à des « *mères* ». Le troisième projet, porté par Zoélie Renoux, est toujours en cours et s'intéresse à la place des soignants et à leur traitement au sein de l'hôpital. Plus précisément, il s'agit de réfléchir à la manière dont l'interne vit ses internats et la transition entre eux ainsi qu'à la manière de mettre en avant les outils informationnels à sa disposition en les faisant vivre dans l'espace.

Laura Petitjean, Designer de service au CHU de Nantes et plus précisément au sein de la Fabrique de l'innovation en santé, indique accompagner les porteurs de projets internes et externes qui souhaitent innover avec une offre de services. Elle travaille également avec Dorothée De Coux au sein de la Cellule hospitalité.

La Cellule hospitalité, créée en 2019, témoigne d'un ancrage de la culture du design au sein du CHU et d'un rattachement naturel au sein de la Direction des usagers. L'objectif de cette cellule est d'améliorer l'expérience patients et des usagers – soit l'ensemble des parties prenantes dans le parcours de soins.

Dorothée De Coux, Chargée d'expérience patient au CHU de Nantes, propose de présenter un premier projet sur la thématique des publics vulnérables avec le Dr Isabelle Hyon ; le parcours en Usos. L'Usos est une unité de santé orale spécifique au service d'odontologie du CHU. L'objectif était de proposer une visite virtuelle du service pour les patients atteints d'un trouble du spectre autistique qui avaient une plus grande difficulté à passer la porte du service, d'après les observations de terrain. Cette démarche fonctionne aujourd'hui et fait l'objet de retours positifs, elle a également remporté un prix

des trophées de l'expérience patients. Elle souligne que cette reconnaissance permet de valoriser les équipes de l'hôpital.

Laura Petitjean souligne que dans la continuité de ce projet, le métier de designer de service a pour mission de vulgariser, de rendre les informations compréhensibles et accessibles. En parallèle, l'Usos est également dotée d'une infirmière de parcours qui travaille avec la Cellule hospitalité à accompagner les patients atteints de troubles autistiques, de TSA, et leurs proches à améliorer leur accueil tout au long du parcours et jusqu'au bloc. Elle identifie avec les patients leurs blocages grâce à une procédure de consultations et s'assure de leur proposer un parcours personnalisé (*ex. possibilité de visionner un épisode de série que le patient affectionne, présence d'objets familiers au long du parcours*).

Elle présente ensuite un second projet visant à améliorer la communication entre soignants et patients en imagerie médicale. Le cadre de santé a fait appel à la Cellule hospitalité afin de développer une méthode à l'intention des usagers. Cette méthode est découpée en 4 phases ; une phase d'observation de terrain avec des questionnaires quantitatifs et qualitatifs, une phase de priorisation des problématiques avec un groupe projet, une phase de co-construction ou « *idéation* », puis une phase test et prototypage.

Ici, la problématique de travail était la compréhension du soin en lien notamment avec le public allophone et les obstacles techniques rencontrés au sein du CHU (*ex. mauvaise couverture réseau, accès difficile aux applications de traduction*). Le sujet a ensuite été élargi à la communication avec les personnes âgées, les enfants ainsi qu'à l'ensemble des dispositifs patients. Des parcours d'usage ont alors été formalisés en tenant compte des étapes préalables et postérieures à l'examen, sur les 3 axes suivants : la convocation, l'orientation spatiale des patients et l'animation d'un outil pour améliorer la communication entre soignants et patients. En matière d'orientation, le plan macro du campus du CHU a par exemple été repensé afin de faciliter l'identification des différentes entrées, des visites immersives ont été mises en place et les univers graphiques existants ont été repris pour améliorer la signalétique par souci de visibilité et de cohérence – notamment en pédiatrie.

En matière de convocation, **Dorothée De Coux** porte l'attention des participant(e)s sur le travail qui a été effectué pour étoffer les informations fournies aux patients et en faciliter la lecture à l'aide de pictogrammes. Enfin, concernant la communication, un nouveau portail d'information patient a été créé de sorte à rendre accessibles les données utiles sur le déroulement des examens. Ce portail sera disponible à terme sur tous les outils de communication, dans plusieurs langues.

Laura Petitjean insiste sur le rôle du portail, qui doit représenter une entrée unique pour les patients. Pour conclure, elle met en avant l'initiative d'un Kit de communication physique pour faciliter les échanges en pédiatrie. Ce kit est composé d'outils existants et de nouveaux pictogrammes en cours de développement, qui doivent alimenter progressivement une banque de données commune au CHU. Le parallèle peut ici être fait avec les travaux d'une prototypiste au sein de la Cellule hospitalité, qui fabrique des objets à l'aide d'une imprimante 3D (*ex. IRM miniature*) toujours dans l'objectif d'une amélioration de la communication.

Un exemple de vidéo didactique est projeté en séance.

Emmanuelle Gaudemer, Directrice de développement *AIA Life Designers*, prend à son tour la parole afin de rapporter divers exemples concrets de projets autour d'un urbanisme et d'une architecture au service des vulnérabilités, dans une approche de « *prendre soin* » et de santé globale. Elle précise prendre également la parole au nom de l'initiative *French Care*, spécifique dans sa dynamique de relation entre les acteurs publics et privés.

Pour information, *AIA Life Designers* est une agence d'architecture nantaise qui associe designers, architectes, urbanistes et ingénieurs autour d'une pratique de la construction à l'anglosaxonne qui considère que la technique accompagne le « *prendre soin* » et ne peut pas fonctionner en silo. L'agence intervient historiquement dans la filière santé et son action se développe peu à peu au niveau national. Elle participera par ailleurs à la réalisation de la prochaine faculté de santé qui réunira l'ensemble des métiers de la santé.

La vision d'une architecture favorable à la santé promue par *AIA Life Designers* se base aussi sur de la recherche fondamentale, notamment dans le cadre de sa Fondation AIA. Cette fondation a été créée il y a une vingtaine d'années sur les questions d'architecture, de santé et d'environnement. Elle cherche à comprendre en quoi les liens entre territoire et santé ont un impact sur la santé globale, elle s'intéresse aux déterminants de santé en lien avec les environnements économiques, sociaux et de vie – déterminants particulièrement mis en lumière au cours de la crise Covid. Cette démarche permet de souligner le rôle essentiel des politiques et institutionnels sur cette santé globale.

La Fondation s'appuie plus précisément sur le travail d'une chercheuse à temps sur ces liens entre ville et santé ou territoire et santé. Elle a mis en place une méthode pour interroger les déterminants de santé liés à l'urbanisme et aux datas épidémiologiques. Cette méthode révèle quelle influence l'urbanisme ou les datas épidémiologiques a sur la santé globale et permet notamment d'aiguiller les acteurs politiques et économiques dans leurs actions. L'ARS Île-de-France s'est par exemple inspirée de cette méthode pour la déclinaison d'aménagements urbains dans cette logique de « *prendre soin* ».

Elle cite ici quelques leviers ayant un impact sur les vulnérabilités et la santé globale en architecture et en urbanisme ; la relation avec le vivant, le sujet du paysage, de la biodiversité et de la nature « *qui soigne* », le sujet du corps en mouvement et du design actif en tenant compte de l'ensemble des publics et vulnérabilités sur un modèle similaire à celui des pays scandinaves (*se baser sur la notion de parcours plutôt que sur un fonctionnement en silo*), mais encore l'architecture des invisibles qui cherche à créer des lieux de repli dans le contexte de changement climatique. Le sujet du foncier doit être considéré d'après l'angle de la reconversion et de la réhabilitation plutôt que d'après celui de la construction en imaginant les usages d'aujourd'hui et de demain. L'enjeu est ici, *a minima*, de ne pas empêcher l'évolutivité ou la réversibilité des lieux de vie du futur et de travailler autour de la notion de « *simplicité* » – rendre visible et compréhensible la complexité. Les valeurs de la Fondation portent enfin sur la qualité des usages et des parcours en tenant compte du facteur d'évolutivité d'un site, du « *prendre soin* » du vivant et de son patrimoine. La philosophie est en effet ici de considérer que chaque génération est de passage et ne doit pas empêcher les suivantes de bien vivre.

Pour illustration, **Emmanuelle Gaudemer** présente un premier projet *AIA Life Designers* concernant le Campus Santé Franceline Ribard à Nantes qui a la double particularité de rassembler l'ensemble des métiers de la santé formés à côté du futur CHU et de présenter une synergie spécifique acteurs publics et privés. Le projet s'intéresse plus précisément au parcours étudiant « *du dedans vers le dehors* ». Des architectes danois ont volontairement été associés à l'équipe afin de souligner cette notion de « *parcours* » et de s'assurer de proposer le projet le plus évolutif possible, qui tienne compte des usages d'aujourd'hui et de demain.

AIA Life Designers a également remporté le projet « *L'Institut du cerveau et de l'enfant* » à l'hôpital Robert-Debré à Paris. Ce projet unique en Europe accompagne la recherche autour des maladies du cerveau et en lien avec l'enfance – plus particulièrement avec l'autisme. Le site concerné est extrêmement contraint, situé entre le périphérique et l'hôpital, ce qui représente un défi en termes d'urbanisme et d'architecture favorable à la santé. Le choix a donc été fait d'une façade extérieure très acoustique, tandis que l'intérieur de l'établissement est une véritable oasis. La nature est extrêmement

présente, les jeux, les déambulations également. Le bois a été privilégié, les recherches montrant que ce matériau est source d'apaisement et de concentration pour les personnes atteintes d'autisme.

Pour conclure, est mentionnée une initiative nationale portée par la *French Care*. Il s'agit d'une association intitulée « *CARE Pays de la Loire* », unique déclinaison régionale de la *French Care*, portée par l'ambition du « *faire savoir* » ou « *savoir-faire* », d'être source de rayonnement et d'attractivité pour de nouveaux talents et d'interagir avec les deux autres communautés de la *French Fab* et de la *French Tech*. Industrie, numérique et Care travaillent alors ensemble avec pour objectif d'expérimenter sur les 4 thématiques suivantes ; l'urbanisme favorable à la santé et les sujets de mobilité et de logistique en particulier, l'alimentation et la santé, la data et cybersécurité et le sujet du parcours de soins. Les thématiques « *Nucléaire et Santé* » et « *Mer et Santé* » sont également structurantes dans les travaux de l'association. Les CHU de Nantes et d'Angers font partie de la gouvernance, aux côtés d'acteurs institutionnels et privés pour un total de 450 entreprises présentes dans l'écosystème de la démarche. Chacune de ces entités partage finalement l'ambition de venir en soutien des grands enjeux de santé publique là où l'argent public se fait rare.

➤ **Contributions et réactions du public**

Florence Devos, Animatrice santé publique et référente handicap en parcours patient, Groupe Hospitalier Littoral Atlantique 17, demande si un référent handicap est désigné au sein du CHU de Nantes.

Dorothée De Coux répond que non, il n'existe pas de référent institutionnel sur le handicap au sein du CHU. Néanmoins, le dispositif Handisoins 44 accompagne les personnes en situation de handicap au moment de la prise de rendez-vous et le pôle de médecine physique et réadaptation a tendance à être perçu comme référent handicap, en tant qu'« *accueil du grand handicap* » sur Nantes.

Marie-Jo Passetemps, en charge des questions de précarité pour l'ARS Pays de la Loire, regrette à son tour l'absence de référent handicap. En revanche, elle partage son sentiment positif vis-à-vis de la Cellule hospitalité et des travaux concrets menés en lien avec le design. Ces réalisations sont l'illustration même de l'adaptation du droit commun au service de l'accompagnement des personnes vulnérables. Parvenir à s'adapter aux personnes les plus éloignées de la santé revient à faciliter l'accessibilité pour tous.

Il est d'autant plus important de le souligner qu'il s'agit d'un enjeu majeur dans les établissements publics. Elle souligne que ces travaux mériteraient d'être portés à la connaissance de professionnels en recherche de solutions pour adapter le droit commun.

Marine Belluet remercie l'intervenante. Si un réseau français de designers hospitaliers composé d'une soixantaine de personnes existe, il serait en effet intéressant de pousser la démarche et de diffuser plus largement ces travaux. L'ambition du *Care Design Lab* serait d'ailleurs de proposer des formations hybrides en présence d'étudiants designers mais également infirmiers, en médecine ou d'autres métiers du soin. Elle souligne d'ailleurs que la méthodologie de travail est relativement comparable, avec des phases de diagnostic et d'hypothèses, bien que l'objet de travail diffère.

Dorothée De Coux rejoint le propos, précisant que les outils développés en interne sont libres d'être réutilisés par des professionnels en dehors du CHU.

Une participante, Médecin de santé publique, demande de quelle manière la méthodologie du design en santé fait participer les usagers ou les patients à la phase de diagnostic et éventuellement à la co-construction des hypothèses. Par ailleurs, elle demande comment les acteurs du *Care Design* parviennent à évaluer l'impact de leurs travaux sur la réduction des inégalités sociales de santé.

Marine Belluet répond que la démarche pédagogique du *Care Design Lab* est de faire repartir les étudiants « *de zéro* » afin de les inciter à développer leurs propres outils pour travailler au contact des usagers. L'enjeu est alors de faire appel aux techniques issues des sciences sociales, de se demander comment mener l'entretien, comment favoriser la participation, faire son introspection afin de comprendre ses propres biais. S'agissant de la co-construction ou de la co-conception, l'école peut poser les conditions de la collaboration ou l'étudiant peut les définir lui-même dans le cadre de son projet de fin d'études (*trouver un lieu, un temps, réfléchir à l'organisation de ce temps collaboratif, à la manière de l'obtenir et de l'entretenir*).

L'idée est de travailler au compagnonnage ; les usagers ne sont pas uniquement des personnes dont il est nécessaire d'obtenir des réponses, des problèmes, des idées. Il est important de s'inscrire dans une démarche « *donnant-donnant* » pour parvenir à construire une démarche qui corresponde à chacun.

Laura Petitjean s'associe à la réponse. La manière d'aborder les patients peut entraîner des débats dans le cadre des projets et la Cellule hospitalité se repose régulièrement sur les équipes terrain. Ces dernières sont en mesure d'identifier les personnes qui pourraient constituer un panel intéressant. Il arrive également que les designers se rendent dans les couloirs et salles d'attente pour rencontrer directement les usagers, en leur laissant la liberté de répondre ou non. Cette approche d'observation qualitative est ensuite complétée d'une observation quantitative à partir de questionnaires diffusés en masse. La Fabrique d'innovation en santé travaille davantage à réunir des groupes de patients. Ce travail est néanmoins en cours de définition et la question se pose notamment de rémunérer ou non les personnes.

Concernant l'évaluation de l'impact sur les inégalités sociales de santé, elle se déroule le plus souvent sous forme de questionnaires directs ou envoyés par mail.

Marine Belluet souligne que le sujet de l'évaluation a longtemps été ignoré, jugeant que d'autres parties s'en chargeraient et que l'essentiel était de réaliser le projet. Or, l'objet de cette évaluation étant particulièrement sensible, il est important de former les étudiants à ces enjeux dès l'amont du projet. La réflexion est toujours en cours au sein du *Care Design Lab*.

En l'absence de nouvelles interventions, **Leïla Moret** remercie chaleureusement les différentes intervenantes.

ATELIER 1

LES ISS À L'ÉCHELLE TERRITORIALE : UNE QUESTION DE COORDINATION DES ACTEURS

Discutante :

- **Bérange Barreau, CHU de Nantes**

Rapporteur :

- **Marianne Hochet, RESPADD**

Intervenant(e)s :

- **Pierre Caillault, Nantes Métropole**
- **Juliette Grondin et Magali Segretain, Promotion santé Pays de la Loire**
- **Laure Bourmaud, Centre de santé du Breil, Nantes**
- **Marion Lassalle Gérard, Inter-CPTS, Pays de la Loire**

Bérange Barreau, en charge de la coordination santé au CHU de Nantes, accueille les participant(e)s à ce premier atelier. Les participant(e)s pourront s'exprimer librement sur leurs retours de terrains et projets concrets.

Pierre Caillault, Nantes Métropole, concentrera son intervention sur les travaux de la métropole autour de la création d'environnements favorables – un sujet finalement peu abordé par d'autres villes en France.

L'idée est de s'intéresser plus précisément aux « *inégalités sociales, territoriales et environnementales* » en santé (ISTES). L'un des premiers leviers pour une collectivité est d'inscrire ce triptyque dans l'ensemble de ses documents stratégiques qui permettent de communiquer avec le monde de la santé et ses acteurs. À l'échelle métropolitaine et de la ville de Nantes, cette stratégie permet de donner un cadre politique et stratégique et de trouver les moyens nécessaires aux réalisations. En outre, une collectivité peut tout à fait décider d'agir pour améliorer la santé sur son territoire et répondre à ses enjeux de logement, d'aménagement responsable, de mobilité, etc. Les contrats locaux de santé, inspirés des projets régionaux de santé de l'ARS, évoquent par ailleurs les inégalités sociales. Il s'agit aussi de se doter d'un principe d'action. Nantes a choisi celui de l'universalisme proportionné qui consiste à souligner constamment la légitimité de fournir davantage d'efforts à l'égard des publics qui en ont le plus besoin. Ce message s'adresse à l'ensemble des acteurs du territoire, issus ou non du milieu de la santé, susceptibles d'être au service de la population.

Pour la construction de sa politique publique, la métropole de Nantes est partie d'une évaluation des citoyens. Cette évaluation a notamment permis de mettre en exergue que le logement est un sujet d'autant plus important pour les plus jeunes, les personnes en parc HLM et les demandeurs d'emploi. L'enjeu était de mettre en lumière les disparités du territoire et de les mettre en perspective avec l'état de santé des citoyens.

Un axe stratégique fondamental est alors celui de fédérer les acteurs pour mener des projets collectivement, alors que la Direction sociale et publique n'a pas la main pour agir sur les déterminants de santé. Le premier pilier de cette stratégie est le contrat local de santé à l'échelle métropolitaine. Il permet de répondre à l'enjeu de coordination en engageant l'ensemble des communes du territoire dans une dynamique collective, avec pour objectif principal commun de réduire les inégalités sociales

de santé. Ce contrat permet de mettre en place des référents santé dans les communes, portes d'entrée uniques simplifiant les échanges sur le sujet. Le second pilier est l'observation. Il s'agit à la fois de partager et de diffuser les données existantes en les vulgarisant ainsi que de renforcer ces données le cas échéant. En effet, des outils complémentaires de mesure du territoire peuvent être nécessaires afin de tenir compte des spécificités de certaines communes. À titre d'exemple, la métropole de Nantes passe commande auprès de l'Observatoire régional de la santé pour des outils d'observation complémentaires évaluant l'offre de soins ou encore la santé des jeunes. L'étude peut être renforcée au niveau national avec des entrées spécifiques aux territoires, voire approfondir les données à l'échelle des quartiers ou micro-quartiers.

Les données récoltées peuvent ensuite être communiquées aux acteurs, tels que les soignants, afin d'engager des actions préventives. À Nantes, ces études ont mis en lumière des écarts importants en matière de santé (*ex. quasiment 70 % de mortalité prématurée supplémentaire pour les habitants de QPV, exposition significative des hommes aux cancers des voies aérodigestives par comparaison avec les femmes*).

Puis, la question doit se poser des moyens humains à mobiliser pour permettre une coordination au service de la réduction des inégalités sociales de santé. Pour exemple, la métropole compte sur la présence de référents santé dans chaque quartier ce qui permet de faire le lien entre les politiques locales et les enjeux de santé et de solidarité. La ville de Nantes a également mis en place des postes de coordination aux côtés de certains équipements de santé (*ex. dans les QPV*) pour faire lien entre une activité classique de médecine de santé publique et une activité plus caractéristique du monde social. L'ensemble des quartiers prioritaires de la ville de Nantes sont dotés de médiateurs en santé ce qui permet de renforcer les parcours et d'éviter les ruptures dans ces mêmes parcours de soins. Enfin, la ville de Nantes est dotée d'une délégation d'État concernant la santé scolaire et est libre de renforcer le temps médical là où elle identifie des besoins spécifiques. Les 4 référents santé présents au sein de la direction de l'Éducation ont par ailleurs pour mission d'accompagner les familles dans leurs prises de rendez-vous et suivis médicaux prescrits par les médecins scolaires. Il est également possible de citer l'initiative des paniers solidaires, distribués sous condition de revenus.

Marion Lassalle Gérard, médecin généraliste et co-présidente de l'Inter-CPTS Pays de la Loire, partagera son expérience de terrain.

D'après ses observations, les médecins ne peuvent pas répondre seuls aux situations complexes des personnes en rupture de soins. Une coordination de plusieurs acteurs est alors essentielle pour répondre à l'ensemble des besoins de ces patients, tandis que les CPTS peuvent être utiles en matière de prévention des inégalités sociales de santé.

Pour mémoire, les CPTS offrent un cadre aux acteurs du système de soins primaire leur permettant de se rencontrer et de travailler ensemble plutôt que de travailler en silo – ce qui nuirait à l'efficacité de leurs actions. Cette logique est d'autant plus importante que les inégalités sociales de santé ne se limitent pas à un champ. Les CPTS ont également proposé une rupture majeure dans la manière de fonctionner des professionnels de santé qui avaient pour habitude de travailler en fonction d'une patientèle spécifique. Or, les patients en situation de précarité et de handicap ont des difficultés à se présenter et à accéder au système de soins ce qui implique d'aller vers eux, d'adopter une approche populationnelle. Dans le cadre de cette approche, les CPTS s'appuient sur des bilans de santé et partages d'expérience de différentes structures pour construire un projet de santé avec des actions concrètes.

Sur le terrain, les médecins observent des patients sans médecin traitant, avec des retards de dépistage, qui renoncent aux soins par difficultés financières ou non connaissance des structures d'accès aux droits sociaux, par non-lisibilité du système de soins, par rupture entre la ville et l'hôpital ou encore des patients avec des parcours de soins fragmentés. Si dans certains cas le système peut aider ces patients à entrer dans un parcours coordonné, il arrive en effet que les difficultés de compréhension du système soient si importantes que le parcours se fragmente.

Ces inégalités sont alors en partie organisationnelles et il est possible d'agir sur elles en travaillant en dehors des déterminants psychosociaux.

Les Pays-de-la-Loire comptent aujourd'hui 43 CPTS en fonctionnement ou en voie de l'être. Elles sont hétérogènes, de tailles différentes et confrontées à des réalités diverses, selon leur territoire. Ce développement accéléré depuis 2021 témoigne de l'importance de structurer les soins primaires dans le système de santé. Aussi, l'hétérogénéité de ces structures est finalement cohérente avec le fait de s'intéresser aux inégalités sociales de santé – elles-mêmes plurifactorielles et dépendantes des conditions de vie des usagers. Une diversité de solutions basées sur le terrain permet en outre d'apporter une réponse la plus fine possible.

Concernant l'accès aux soins, les études ont démontré qu'avoir un médecin traitant ou accéder à une équipe traitante structurée a un impact sur la morbi-mortalité. Les CPTS s'attachent alors à mettre en place des dispositifs pour favoriser l'accès à un médecin traitant en développant une politique d'« aller vers », de repérage et de priorisation des patients concernés. Cette organisation territoriale permet de rendre de l'équité à des patients en difficulté. Également, les CPTS mettent en place des créneaux de soins non programmés en lien avec le SAS et les pharmacies. Les patients en difficulté de prise en charge et qui présentent une problématique de soins urgente bénéficient alors d'un accès à un créneau de soins non programmé en proximité, auprès d'un médecin de territoire. Le rôle des CPTS est aussi de créer, structurer et sécuriser des parcours de soins. Elles élaborent des parcours avec pour thématique la vulnérabilité, la santé mentale ou la santé des femmes. Les CPTS mettent aussi en place des dispositifs de DRCP, de réflexion sur l'accès à certains parcours, etc. Cette coordination entre les dispositifs locaux permet de compter sur une organisation du système de santé davantage lisible.

Pour conclure, les CPTS n'ont pas la capacité d'agir sur les déterminants sociaux néanmoins elles peuvent avoir un effet bénéfique sur l'organisation des soins et permettre un système de santé plus équitable, lisible, pour les patients en difficulté. Elles travaillent par ailleurs avec les contrats locaux de santé qui, eux, ont la main sur les déterminants psychosociaux. Ces travaux montrent que l'unité porte la bonne prise en charge des inégalités sociales en santé.

Juliette Grondin et **Magali Segretain**, Promotion santé Pays de la Loire, portent ensuite leur présentation à deux voix.

L'association est dotée d'un pôle dédié à la thématique des compétences psychosociales (CPS) qui supervise des programmes à visée de prévention précoce pour la réduction des inégalités sociales de santé. La structure est régionale, présente dans l'ensemble des départements et adhérente d'une fédération nationale. Sa mission principale est d'accompagner bénévoles et professionnelles qui souhaitent mettre en place des projets de prévention, de promotion ou d'éducation thérapeutique du patient avec un axe important autour de la réduction des inégalités sociales de santé.

Dans le cadre de l'approche globale de promotion de la santé, l'association a fait le choix de mettre l'accent sur l'axe de l'acquisition d'aptitudes individuelles et l'accompagnement des professionnels dans la mise en œuvre de leurs propres actions de promotion. Il s'agit notamment de remettre au centre des préoccupations le sujet d'un environnement favorable pour les usagers qui ne creuse pas les inégalités. L'intersectionnalité est un autre sujet important afin d'engager l'ensemble des salariés des lieux de santé dans la démarche.

Pour illustration, l'association a accompagné le programme « *Prendre soin de soi* » sur la période 2022-2025 qui portait sur le soutien du développement des CPS des enfants en âge d'être scolarisés jusqu'au primaire. Ces CPS sont liées aux ressources sociales, émotionnelles et cognitives. En outre, travailler sur ces aptitudes individuelles suppose également de travailler sur l'environnement et les interactions quotidiennes de ces enfants. L'objectif est qu'ils disposent des ressources nécessaires afin de les mobiliser pour faire face à des situations du quotidien.

Laure Bourmaud, cheffe de service, présente ensuite le Centre de santé du Breil ainsi que son ancrage local et la coordination des acteurs qui y exercent et en sont partenaires. Elle partage des actions menées pour les bénéficiaires de soins, inclusives, ludiques et pédagogiques. Elle rappelle aussi l'importance de l'aller-vers pour rencontrer les personnes en ayant le plus besoin.

ATELIER 2

LES ISS : UNE QUESTION DE GENRE, D'ÂGE ET DE PARCOURS

Discutante :

- **Anne Jolivet, CHU de Nantes**

Rapporteuse :

- **Alice Bélart, CHU de Nantes**

Intervenant(e)s :

- **Solène Vigoureux, CHU de Nantes**
- **Adélaïde Pladys, Coordination nationale des réseaux de microstructures médicales (CNRMS)**
- **Valérie Bernat, Gérontopôle, Nantes**
- **Pierre Bergeron et Fabrice Corbineau, Trajectoires**

Alice Bélart, CHU de Nantes, remercie les participant(e)s pour leur présence.

Les inégalités de santé s'inscrivent dans les parcours de vie, dans les contextes socio-économiques et territoriaux. Elles se construisent et se manifestent à l'intersection de nombreuses dimensions, dont le genre, l'âge, les conditions de vie, les trajectoires (*ex. les trajectoires migratoires*) ou encore les situations de vulnérabilité sociale. Afin d'éclairer ces enjeux, elle cède la parole aux intervenants après les avoir présentés.

Solène Vigoureux, Gynécologue obstétricienne au CHU de Nantes, centrera son propos sur l'Unité de gynécologie obstétrique médico-psycho-social (*UGOMPS*), une unité gynéco-obstétrique médico-psychosociale qui accueille en particulier un public vulnérable. Il s'agit majoritairement de femmes aux parcours de vie et migratoires traumatiques, qui ont souvent quitté leur pays en raison de violences qu'elles y subissaient. L'UGOMPS les accueille généralement en cours de grossesse et travaille avec l'ensemble du tissu associatif nantais et Loire-Atlantique. D'autres structures accueillent aussi des femmes vulnérables ; le Centre de santé sexuelle du CHU, le CEGGID qui est un centre de dépistage. Des consultations sont créées pour accueillir les primo-arrivants et proposer un bilan de santé, tandis que la PASS est une permanence d'accès aux soins pour les personnes qui n'ont pas de prise en charge sociale.

L'accueil des femmes vulnérables proposé par l'UGOMPS est adapté à leurs besoins spécifiques. Par exemple, les temps de consultation permettent d'accueillir les récits des violences et de parler de parentalité sans se préoccuper de l'heure. Il n'y a pas d'exigence sur la ponctualité, le report ou l'obligation d'honorer physiquement son rendez-vous si cela n'est pas obligatoire. Le personnel est également pluridisciplinaire, formé spécifiquement aux vulnérabilités.

Elle propose d'articuler son propos autour des thématiques des violences et de la grossesse, qui préoccupent particulièrement l'UGOMPS.

S'agissant des problématiques de violence, l'unité dispose d'un pôle qui s'occupe des mutilations génitales féminines qui touchent à la fois les enfants et les femmes. 230 millions de femmes sont victimes d'une mutilation génitale féminine dans le monde, soit + 15 % depuis 8 ans d'après l'OMS. En France, 125 000 femmes avaient subi une mutilation génitale féminine en 2010 et il est possible de supposer que cette donnée est en hausse au regard des parcours migratoires actuels. Ces mutilations sont pratiquées dans le monde entier, y compris en Amérique du Sud et en Asie. À Nantes où la communauté guinéenne est importante, une femme issue de cette population a par ailleurs 90 % à 97 % de risque d'avoir été excisée.

L'UGOMPS accueille une majorité de femmes originaires d'Afrique de l'Est ou de l'Ouest. Au-delà des mutations génitales, ces dernières rapportent souvent des faits de mariages forcés, viols, prostitution, violences sexuelles autres, et présentent des séquelles plus ou moins récentes physiques, traumatiques liées à des accouchements, psychologiques et sexologiques. Dans un souci de prise en charge complète, le service a été structuré en recrutement des mi-temps de psychologue et sexologue. Dans leur parcours de soins au CHU, ces femmes se rencontrent tout d'abord entre elles en présence d'une médiatrice en santé et des réunions d'information régulières sont organisées. Des rendez-vous individuels sont ensuite proposés avec les différents professionnels de santé selon leurs besoins. Des ateliers en groupe ont aussi été initiés afin de parler de santé et de sexualité pour les femmes qui ont eu des excisions, néanmoins cette initiative peut être difficile à maintenir faute de participation.

S'agissant de l'accueil des femmes enceintes, certaines ont des parcours migratoires traumatiques tandis que d'autres sont toxicomanes, ont des parcours de placement dans l'enfance à l'ASE ou des parcours psychiatriques spécifiques et rencontrent potentiellement des difficultés dans la parentalité. Pour information, près de 100 femmes meurent chaque année d'une complication liée à la grossesse et sont le plus souvent plus âgées, migrantes et/ou en situation d'obésité. Elles sont en effet davantage sujettes à des pathologies durant la grossesse, hémorragiques à l'accouchement, vont avoir des bébés de plus petits poids ou prématurés et nécessitent d'être accompagnées par des professionnels de santé sur leurs vulnérabilités.

L'UGOMPS a notamment développé les 3 actions de promotion de la santé suivantes. D'une part, l'apport de l'audiovisuel en salle d'attente pour essayer d'améliorer l'information en santé (*Thèse N. Guerrini*), avec la production d'une vidéo de présentation par des élèves de l'école de design. D'autre part, les ateliers en santé menés collectivement avec Médecins du Monde et la docteure Aude Toulemonde du CHU de Nantes. L'objectif est de mettre en place des actions collectives en éducation pour la santé auprès des femmes et en particulier des femmes en situation de vulnérabilité. En termes d'outil, Médecins du Monde utilise par exemple quotidiennement le guide SAFE d'intervention en santé féminine dans ses ateliers. Enfin, les ateliers de « *Nesting* » animés par une sage-femme et consistant à parler de santé environnementale pendant la grossesse cherchent à être étendus au sein de l'UGOMPS.

Pour conclure, **Solène Vigoureux** met en exergue les freins auxquels l'unité peut être confrontée. Ces freins peuvent être liés au système institutionnel (*ex. temps longs, financements contraints imposant de prioriser certaines actions*). L'enjeu est ici de faire comprendre à l'institution que la prévention est un enjeu majeur. D'autres freins sont liés aux profils des femmes reçues à l'UGOMPS, pour lesquelles la promotion de la santé passe le plus souvent après les besoins primaires du logement, de l'alimentation et de subvenir aux besoins de ses enfants.

➤ *Contributions et réactions du public*

Une participante demande à quoi le Dr Vigoureux attribue l'augmentation du nombre d'excision en France.

Solène Vigoureux estime que cette augmentation est liée à celle des mouvements migratoires, la pratique de l'excision étant sévèrement punie en France. La plupart des femmes reçues à l'UGOMPS sont nées dans un pays étranger et y ont été excisées. Nombre d'entre elles ont d'ailleurs fui en raison de ces violences ou pour protéger leurs filles. Il arrive également que des femmes nées sur le territoire français retournent dans le pays d'origine de leurs parents afin d'être excisées au cours de leur enfance.

En l'absence de nouvelles questions, **Alice Bélart** propose de passer à la prochaine prise de parole.

Adélaïde Pladys, CNRMS, s'exprimera au sujet des microstructures médicales addiction et des femmes qui peuvent être accompagnées dans ce dispositif. Une microstructure médicale est une équipe de soins primaires, constituée d'un ou de plusieurs médecins généralistes, d'un psychologue et d'un travailleur social qui intervient au sein même du cabinet du ou des médecins. Ils interviennent sur des permanences fixes hebdomadaires, faisant des notions de lieu et de temps les deux principes fondamentaux promus par l'association. L'équipe prend en charge les patients du médecin qui présentent des problématiques d'addiction, mais également qui peuvent être en situation de grande précarité ou présenter des troubles psychiques. L'équipe se réunit régulièrement lors de réunions de concertation pluridisciplinaires. Ainsi, la délibération est le dernier principe fondamental pour le bon fonctionnement de l'équipe de la microstructure.

Le déploiement des microstructures s'est accéléré entre 2020 et 2024, principalement dans le Nord-Est et dans le sud de la France. Quelques chiffres clés issus de ces réseaux peuvent être rapportés ; fin 2024, 381 médecins généralistes, 80 psychologues et 77 travailleurs sociaux exerçaient dans 128 microstructures. 4 600 patients ont été pris en charge pour des problématiques d'addiction, dont 49 % étaient des femmes. Cette forte proportion de femmes est constante depuis quelques années et contraste avec ce qui peut être observé dans les structures plus spécialisées. Les femmes vulnérables représentent une population peu suivie pour addiction, alors même que la littérature démontre que les effets des consommations d'alcool sont par exemple davantage délétères chez les femmes que chez les hommes. Ces dernières arrivent également plus tard dans le parcours de soins et avec plus de comorbidités.

Face à ces différents constats, la CNRMS a développé en 2023 l'étude Calliope portée par une équipe pluridisciplinaire qui s'est intéressée aux profils, besoins et à la satisfaction des femmes usagères de substances psychoactives vis-à-vis des pratiques de soins. Les objectifs secondaires sont de comparer les caractéristiques de ces femmes et d'étudier la perception des professionnels qui interviennent dans ces prises en charge. Au total, 134 femmes ont pu être rencontrées, dont 120 femmes avaient complété le questionnaire issu du volet quantitatif. Parmi elles, 71 % étaient suivies en CSAPA et 29 en microstructures.

En termes de résultats, les femmes suivies en microstructures étaient plus âgées et davantage isolées que celles suivies en CSAPA. En revanche, elles vivaient dans leur quasi-totalité en logement personnel, contrairement aux femmes suivies en CSAPA – dont un tiers a déclaré ne pas avoir de logement. Au moment de l'étude, seul un tiers des femmes interrogées étaient en activité professionnelle, bien que pour 75 % d'entre elles leurs ressources étaient issues d'allocations ou de pensions. Globalement, ces femmes étaient polyconsommatrices avec comme principaux produits le tabac, l'alcool et les

benzodiazépines. À noter que les femmes pouvaient être davantage suivies pour des problématiques d'opiacés ou de cannabis en CSAPA. Sur le plan de la santé sexuelle, la survenue de viols au sein de cette population est significative. 66 % des femmes interrogées ont en effet rapporté avoir subi un rapport sexuel contraint dans leur vie, cette proportion est d'autant plus forte en CSAPA (29,8 % des femmes dans la population générale). Seules 27 % de ces femmes avaient un moyen de contraception au moment de l'étude (91 % dans la population générale), tandis que 74 % ont déjà vécu une grossesse accidentelle ou non prévue dans leur vie (12,8 % dans la population générale).

Sont ensuite projetés des verbatims issus du volet qualitatif sur la thématique des violences sexuelles. Ces derniers permettent de faire le lien entre antécédents et violence sexuelle ou encore entre violences et consommation. **Adélaïde Pladys** souligne particulièrement la récurrence du thème de la solitude au cours des entretiens.

Pour conclure, ces premiers résultats donnent des informations intéressantes sur les profils des femmes interrogées, sur la diversité des profils et des parcours selon les modalités de suivi en CSAPA et en microstructures. Cela montre en effet la complémentarité de ces dispositifs. Ces résultats mettent en exergue un taux de rapports sexuels non consentis extrêmement élevé dans cette population et un lien étroit entre usage de substances et santé sexuelle. Il est alors nécessaire d'adapter les réponses à la prise en charge de cette population.

➤ **Contributions et réactions du public**

Une participante interroge Mme Pladys sur la présence de microstructures dans des communes de petite taille.

Adélaïde Pladys répond que les microstructures se sont développées à la fois en ville et en milieu rural, ce qui permet de toucher une population qui ne se déplacerait pas dans les CSAPA en ville. Néanmoins, il est observé que certaines personnes ne se rendent pas dans ces structures spécialisées malgré une certaine proximité géographique, ce qui renforce l'importance des médecins traitants en qui elles ont confiance. Pour précision, les microstructures ne sont pas référencées en tant que telles. Les équipes ont remonté le fait que d'apposer une étiquette trop lisible sur ces lieux risquait en outre de favoriser la stigmatisation.

Une participante demande s'il est envisagé de faire intervenir d'autres praticiens dans les microstructures, notamment autour des questions de la santé sexuelle.

Adélaïde Pladys indique que les microstructures étaient jusqu'alors en phase transitoire et devraient entrer prochainement dans le droit commun. Le futur cahier des charges prévoirait effectivement de s'ouvrir à d'autres profils de professionnels, tels que des infirmières et des sages-femmes, pour orienter les femmes vers la structure. De même, l'ensemble des territoires en France métropolitaine et en Outre-Mer devraient être en capacité de déployer des microstructures.

En l'absence de nouvelles questions, **Alice Béart** propose de passer à la prochaine prise de parole.

Fabrice Corbineau présente l'association Trajectoires composée de 12 salariés, dont la moitié sur le territoire des Pays de la Loire. Elle a pour vocation d'apporter des éléments de connaissance issus du terrain pour la mise en place de politiques publiques de prise en charge et d'accompagnement des publics à la marge des dispositifs de droit commun. Dans les Pays de la Loire, l'association accompagne les préfetures et métropoles de Nantes et Angers.

Initialement, des recherches actions ont été menées sur des publics en situation de migration et d'exclusion et sur des publics en bidonvilles (*ex. mineurs non accompagnés dans la jungle de Calais, à la Goutte d'Or, femmes guinéennes en situation de migration*). Un volet de l'action porte sur la traite des êtres humains, travaillée en collaboration avec d'autres associations pour assurer un meilleur repérage des publics, la formation des acteurs et favoriser l'évolution des lois.

Les bidonvilles sont des lieux de vie qui ont toujours existé en France avec une croissance particulière après-guerre (*ex. bidonville de Nanterre où étaient logées les personnes en situation de migration venant aider à la reconstruction du pays*) et une réapparition au début des années 2000 avec des migrations communautaires, suite à la chute du bloc de l'Est. Sur Nantes, 99 % des personnes concernées sont en effet d'origine roumaine en lien avec le droit d'exception mis en place pour leurs demandes de droit d'asile début 1990. 3 400 d'entre elles vivent en bidonville à Nantes et toutes n'appartiennent pas à la communauté Tsigane – plus communément appelée « Rom ». De plus, la communauté Tsigane est composée de plusieurs sous-groupes déterminés par l'emploi qu'occupaient les personnes qui ramenaient l'argent dans les groupes familiaux. Il est important de retenir que les règles sociales sont déterminées principalement au niveau de la communauté familiale et de la structure historico-géographique. Ainsi, s'intéresser à ce qui fait communauté familiale permet de donner des clés de lecture et compréhension autour des règles selon lesquelles fonctionne le groupe (*ex : grossesses précoces*).

Concernant la situation en Loire-Atlantique, Trajectoires identifie tout d'abord des freins contextuels spécifiques à l'accès aux soins dans ces communautés. Ces freins sont liés à la notion de survie et à la précarité en général, avec une possible rupture du parcours de soins à chaque expulsion ou lorsque les besoins primaires passent au premier plan. Ces freins peuvent aussi être liés à des situations administratives complexes et à la barrière de la langue malgré une mise en place de plus en plus systématique d'interprétariat. Enfin, peuvent être soulignés les freins à la mobilité. Les deux conséquences principales sont le moindre recours au soin et le maintien du suivi médical dans le pays d'origine, avec des personnes qui ramènent leurs traitements de Roumanie lorsqu'elles font des allers-retours.

Trajectoires identifie également des freins liés à la différence anthropologique entre les Tsiganes et la population générale (*les « Gadjé »*). Leur modèle est davantage tourné vers la réussite familiale que vers la réussite sociale en tant que telle. Ainsi, les enfants sont par exemple poussés dans leur réalisation personnelle et n'auront quasiment pas d'adolescence pour passer directement à l'âge adulte. Le regard que la communauté porte sur eux change au moment où ils deviennent eux-mêmes parents et construisent leur famille. En termes de santé, ce modèle a une importance dans le suivi des grossesses car il est associé à l'importance d'être en bonne santé et d'avoir de la chance. Avoir un enfant porteur de handicap serait alors, par exemple, un signe de malchance et comporte le risque d'être ostracisé. Par conséquent, lorsque l'association intervient, elle doit avoir conscience de ce frein et rester discrète vis-à-vis des autres personnes vivant sur le terrain afin de ne pas risquer de stigmatiser la personne à qui elle souhaite proposer un parcours de dépistage. Ce modèle implique par ailleurs un rapport différent au médecin de famille qui doit avant tout s'assurer de préserver une certaine confidentialité. Le rapport à la mort est aussi particulier et les personnes ont tendance à éviter d'aller à l'hôpital, symbole d'un évènement grave ou de risque de mourir.

Les jeunes filles subissent particulièrement le poids de l'injonction à devenir mère. Une jeune fille qui se marie (*au sens de mariage communautaire*) vit dans la belle-famille et doit valider rapidement sa capacité à enfanter. L'incapacité à tomber enceinte au cours de la première année peut alors être un motif de stérilité et de répudiation dans certains groupes. Ces différents constats ont poussé l'association à s'interroger sur le nombre de grossesses précoces repérées sur les terrains. Les équipes

se sont attachées à rencontrer près de 650 femmes et à reprendre 497 entretiens menés par le passé avec des femmes de tout âge. Ainsi, il a été constaté qu'une femme née après 1988 avait 2,5 fois plus de chances d'avoir une grossesse avant l'âge de 18 ans et 5 fois plus de chances d'avoir une grossesse avant l'âge de 16 ans. Cette tendance augmente très largement depuis les années 1998. Ces chiffres démontrent que la grossesse précoce n'est pas uniquement culturelle chez les Roms. En s'intéressant plus en détail aux groupes concernés, l'augmentation de ces grossesses semble en effet davantage liée à la situation de précarité ou à certains contextes familiaux.

➤ **Contributions et réactions du public**

Solène Vigoureux rapporte que le CHU de Nantes investit 700 K€ par an pour la mise en place de médiateurs en santé dédiés à l'interprétariat en présentiel. Il ne s'agit alors pas simplement d'interpréter mais également de connaître les patients et de les accompagner. Ce facteur essentiel à la qualité des soins est toutefois menacé en raison de son coût élevé.

Alice Bélart observe qu'il serait intéressant de mesurer la dégradation de la qualité du soin en lien avec la qualité de l'offre d'interprétariat. Elle souligne par ailleurs combien l'action de structures telles que Trajectoires peut être utile à l'établissement de politiques de santé adaptées et efficaces.

Fabrice Corbineau ajoute que Trajectoires travaille également avec les structures de médiation qui interviennent sur la santé telles que les PMI. Par exemple, la prévention est particulièrement importante dans les 40 premiers jours du nourrisson alors que la communauté Tsigane perçoit tout ce qui vient de l'extérieur comme une menace, ce qui implique notamment de ne pas aérer les habitats. Il peut alors s'avérer difficile d'assurer une prévention efficace tout en respectant les règles de fonctionnement communautaires.

En l'absence de nouvelles remarques, **Alice Bélar**t propose de passer à la prochaine prise de parole.

Valérie Bernat, Gérontopôle des Pays de la Loire, présentera l'outil Cart'Âge développé par Mickaël Blanchet et son équipe et portant sur l'accessibilité aux soins des personnes âgées.

Cet outil a été développé en réponse au vieillissement de la population et à son véritable impact sociétal sur le quotidien de chacun. Malgré la réalité de la situation, il existe une réelle procrastination sur le sujet. Il est important de soulever les questions des besoins en soins à venir et des services qui devront être proposés, alors que 92 % de la population souhaite vieillir à domicile et que le secteur du service à la personne est en sous-effectif. Il est également important de soulever les questions de logements adaptés, des besoins en prévention qui doivent être perçus comme un investissement, des besoins de coordination des acteurs pour répondre aux enjeux. Ce changement peut néanmoins être perçu comme facteur de nouvelles opportunités économiques, sociales et solidaires et de projets territoriaux.

L'enjeu est alors de savoir où agir. Si une quantité considérable de données est disponible, ces données sont encore trop dispersées, techniques, ne sont pas mises en commun, ni territorialisées. Cette situation entraîne une véritable perte de temps, avec des prises de décisions fragiles voire mal ciblées.

L'outil Cart'Âge permet de visualiser les données, croiser les informations et analyser les besoins, anticiper les évolutions à 2040, de décider avec des preuves et comparer les données. Cet outil est doté de 2 000 indicateurs, 20 sources de données et une échelle fine sur certains indicateurs pouvant aller jusqu'à l'échelle du quartier. Il est destiné aux acteurs du territoire. Le Comité de pilotage du Gérontopôle à l'origine de la demande de développement de l'outil est composé de représentants d'institutions publiques et privées. 3 années ont été nécessaires à sa réalisation en concertation avec les différentes parties et une multitude d'indicateurs et de recherches issus de différents domaines ont été croisés afin de s'assurer que les données correspondent au terrain. **Valérie Bernat** souligne par ailleurs qu'un tel travail n'aurait pu être rendu possible sans les partenaires présents autour du Gérontopôle.

Une partie des données récoltées est disponible en *open source* et peut être consultée par chacun, tandis que d'autres données plus sensibles sont protégées. Il est possible de croiser des indicateurs, de générer des rapports, des zonages ou même de charger des données externes. Une cartographie est projetée en séance pour exemple. Cette dernière démontre la gérontocroissance de la population régionale et la répartition de cette gérontocroissance. Elle permet notamment d'observer que si le littoral attire davantage que la partie rurale Mayennaise ou Sarthoise, certains points territoriaux sont particulièrement marqués par un vieillissement de la population. Cette tendance peut s'expliquer par une baisse de l'attractivité de ces points territoriaux qui entraîne une augmentation de la population vieillissante ou, au contraire, par une meilleure attractivité vis-à-vis de populations âgées venues de zones urbaines telles que Paris.

La question des enseignements géographiques sur les soins des personnes âgées a également été posée, permettant l'édition d'une carte sur la non-couverture médicale des 65 ans et plus. Cette carte montre que des zones sont des déserts médicaux majeurs sur lesquels il est nécessaire d'agir. Il est aussi possible de constater que les cancers sont en légère prévalence par rapport à la moyenne régionale et que le passage aux urgences est majoritairement concerné par la population âgée, malgré un taux de recours global en baisse. Un pic saisonnier peut par ailleurs être souligné sur le littoral vendéen, ce qui révèle une problématique des urgences sur le groupement hospitalier 85 qui peut être contraint de fermer ponctuellement par manque de professionnels de santé.

Il est important de tenir compte de l'isolement social de certaines personnes âgées, majoritairement des femmes, qui ont davantage de difficultés à retourner au domicile après un passage aux urgences.

Les cartographies mettent en exergue un accès aux professionnels de santé relativement contraint dans les zones rurales du nord de la région en particulier, avec un accès départemental plus homogène. Sur les types de recours, est observée une prédominance des consultations au cabinet, sur la ville du Maine-et-Loire en particulier avec une téléconsultation marginale chez les seniors. Ces expérimentations en cours sont de plus en plus probantes, méritant d'être développées dans les départements. Les données révèlent enfin un recours croissant de l'hospitalisation à domicile des personnes âgées, doublé de disparités géographiques en Mayenne, en Sarthe et en Vendée. L'accès au médecin généraliste est quant à lui principalement marqué au niveau des bassins de vie, avec un soin plus élevé en agglomération.

À long terme, la dynamique de densité des médecins généralistes libéraux est en érosion entre 2014 et 2023 sur la région. Sur les infirmiers libéraux, une hausse est plutôt observée. La dynamique des Ehpad est en légère baisse, cependant la région est mieux dotée que la moyenne nationale. Les SMR, résidences autonomes, SSIAD et SPASAD sont en baisse.

Pour conclure, Cart'Âge est donc un outil facilitant l'identification des enjeux pour construire des territoires adaptés au vieillissement. Parmi ces enjeux et au-delà de l'accès aux soins, **Valérie Bernat** souligne notamment la situation des aidants de plus en plus nombreux avec l'émergence d'une « *génération sandwich* » qui doit prendre soin à la fois de ses parents et de ses enfants tout en continuant d'exercer son activité. Le vieillissement de la population transforme les territoires, représente un véritable défi. L'utilisation collective des bonnes données permet alors une véritable opportunité de cibler les bonnes actions et d'aller plus loin. En ce sens, l'outil Cart'Âge a vocation d'être un outil d'aide à la décision pour chacun.

➤ **Contributions et réactions du public**

Une participante demande comment concevoir la diminution des Ehpad et SMR dans la région alors que la population continue de vieillir. Elle s'alarme des éléments rapportés dans la présentation.

Valérie Bernat répond que l'enjeu de l'outil est justement d'objectiver de manière concrète la situation des territoires afin de convaincre chacun de l'importance d'agir rapidement et efficacement. En outre, le territoire manquait cruellement de ressources pour identifier les enjeux sur lesquels agir, en particulier dans une économie restreinte. À la demande du siège de l'ARS, elle ajoute que le Gérontopôle forme aujourd'hui l'ensemble des DT-ARS et des conseils départementaux afin d'assurer le partage de la donnée. L'outil est également ouvert à l'ensemble des communes et territoires depuis le 1^{er} janvier grâce aux fonds européens.

Alice Bélart propose aux intervenant(e)s de s'exprimer sur les leviers d'action concrets que leurs organisations respectives engagent pour réduire les inégalités sociales de santé, sur la manière d'accompagner les personnes aux parcours de vie traumatiques, sur les leviers pour recréer de la confiance envers les publics éloignés et sur les principaux angles morts du système de santé.

Fabrice Corbineau estime que l'amélioration de la prise en charge passe par l'objectivité des décisions, point sur lequel l'ensemble des intervenant(e)s semble se retrouver. Les études ont un rôle majeur dans la prise de décision et la compréhension des phénomènes observés sur le terrain. Par ailleurs, une prise en charge collective, décloisonnée ne peut qu'être plus efficace et qualitative. Il est important de sortir des modes habituels d'organisation en silo, ce qui demande toutefois d'y consacrer du temps et des moyens importants. Par exemple, de nombreux acteurs constatent que des passerelles entre des champs tels que les sciences sociales et la santé pourraient être bénéfiques aux centres de formation.

Valérie Bernat ajoute qu'une multitude d'initiatives et de solutions existent et sont encore méconnues. L'enjeu est aussi celui de la communication autour des réalisations des territoires, de la mesure d'impact de ces actions pour les essaimer, le cas échéant, au niveau national. Elle cite pour exemple d'initiative impactante le programme ICOPE, outil porté par l'OMS qui permet à la personne âgée de déterminer si elle a une fragilité ou non le plus précocement possible. Cet outil existe dans 165 pays et sera prochainement déployé sur la région.

Concernant l'accueil des personnes aux parcours de vie traumatiques, **Solène Vigoureux** partage que l'UGOMPS travaillera justement sur les notions d'espace. Malgré la volonté d'ouvrir le parcours de soins à d'autres champs, les équipes de l'UGOMPS souhaitent conserver un sentiment de « *cocon* » protecteur coupé des autres espaces du CHU. La question se pose alors d'un espace dédié pour les vulnérabilités, protecteur mais potentiellement stigmatisant, ou d'une formation généralisée des professionnels susceptibles de les rencontrer afin que chacun puisse les prendre en charge conformément à leurs besoins.

Une participante souligne à son tour l'importance d'un espace dédié aux vulnérabilités. Ces espaces sont valorisés par des publics qui ont des difficultés à rentrer dans l'hôpital et ont particulièrement besoin de s'y sentir accueillis.

Adélaïde Pladys indique que la CNRMS est toujours dans l'attente des résultats de l'étude Calliope. Ces derniers pourront être mobilisés pour construire avec les professionnels de santé concernés des préconisations visant à améliorer la prise en charge des femmes vulnérables en structures de soins, notamment sur les problématiques de santé sexuelle. Elle précise que l'équipe de recherche a également travaillé avec l'ASUP sur la rédaction du questionnaire. Cette démarche anticipative communautaire permet d'impliquer toutes les parties, y compris les femmes accompagnées.

Alice Bélart demande si l'article 51 sur l'innovation organisationnelle dont est issu l'outil Cart'Âge prévoit des outils de mesure spécifiques.

Valérie Bernat répond que non. À ce stade, une enquête de satisfaction a simplement été menée au niveau des professionnels de terrain et des patients.

En l'absence de nouvelles remarques, **Alice Bélart** remercie les intervenant(e)s et le public pour leur participation.

CLÔTURE

- **David Boels, CHU de Nantes**
- **Marianne Hochet, RESPADD**

David Boels, CHU de Nantes, est heureux d'avoir accueilli ce 6^{ème} Colloque sur les LSPS au sein du futur quartier de la santé.

Au-delà de l'innovation technologique en santé, ce Colloque aura démontré les nombreux enjeux qui gravitent également autour de la promotion de la santé. Il est possible d'innover autrement, au travers de la promotion, des organisations, des coopérations. Les intervenant(e)s ont par ailleurs évoqué l'importance de la qualité des lieux d'accueil et de la lisibilité des parcours. À l'aune de ces interventions, il semble que promotion, prévention et curatif doivent faire l'objet d'un rééquilibrage dans les financements accordés à la santé. Cette journée a rappelé que les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé sont au cœur des préoccupations des acteurs de santé publique, dans leurs actions quotidiennes.

Du point de vue des personnes accompagnées, les questions sont multiples : « *savent-elles où aller chercher l'information ? Comprennent-elles la proposition qui leur est faite ? Les parcours sont-ils lisibles ? Ces lieux sont-ils accueillants pour chacun dans sa singularité ? Leur vie est-elle simplifiée ou complexifiée par le système de santé actuel ?* ». La démarche LSPS n'est alors pas tant d'ajouter de la prévention que de mieux accueillir, mieux orienter et mieux faire participer les patients. Tous les publics sont concernés. Au-delà des patients, il s'agit également des professionnels qui travaillent chaque jour dans ces lieux de santé et sont eux-mêmes concernés par les inégalités sociales de santé et, plus largement, les populations des territoires.

David Boels rapporte ici les propos tenus par le Pr Hercberg sur l'enjeu de l'alimentation, rappelant que des dispositifs tels que le Nutri-Score permettent déjà de progresser en matière de santé publique grâce à une meilleure lisibilité de l'information qui oriente vers des choix plus justes. Il était particulièrement question de la nécessité du soutien politique dans ces démarches. Par ailleurs, la santé durable qui n'était pas au cœur du sujet reste un élément essentiel et a d'ailleurs été évoquée à plusieurs reprises au long du colloque. Alors que des vulnérabilités environnementales viennent en effet se cumuler aux vulnérabilités sociales, il est important de penser à la fois les conditions de vie et d'environnement et anticiper la capacité de chacun à amortir les effets des transformations écologiques qui évolueront dans le temps.

Pour conclure, il souligne l'enjeu de faire vivre des espaces de santé plus justes, participatifs et durables. Il remercie le RESPADD pour la confiance accordée au CHU de Nantes, les équipes du Hall Santé, l'ensemble des intervenant(e)s, les partenaires et le public pour leur présence.

Marianne Hochet retient de cette journée que la rupture des inégalités sociales de santé n'est pas naturelle et doit impérativement être pensée comme objectif initial. Le sujet doit être replacé au cœur des actions sur la base d'indicateurs, d'observations, de données tangibles permettant de justifier ces mêmes actions.

Le RESPADD s'attache à faire évoluer le vocabulaire employé ; les hôpitaux deviennent « *lieux de santé* », les patients deviennent « *bénéficiaires de soins* ». Les malades sont aussi devenus « *artistes* », les publics précaires sont devenus « *locataires d'un logement* » et un patient est aussi un « *acteur de ses soins* ». Cette sémantique permet de remettre le bénéficiaire, l'usager, au cœur des actions qui lui sont proposées et de participer à leur construction. Ce travail va de pair avec la nécessité de partenariats et de financements. Ainsi, chacune des structures peut, à condition d'en avoir conscience, contribuer à cette réduction des inégalités sociales de santé.

Elle adresse enfin les remerciements sincères du RESPADD aux intervenant(e)s de cette journée particulièrement riche, de même qu'au public venu nombreux assister à ce colloque. Elle adresse également ses remerciements à Santé Publique France pour leur soutien, à la métropole de Nantes pour la mise à disposition de locaux et notamment Joëlle Martin-Gauthier. Plus particulièrement, elle remercie le CHU de Nantes, l'équipe du Hall Santé et tout spécialement Mme Bérandère Barreau pour leur accueil et leur appui dans l'organisation du 6^{ème} Colloque LSPS.