



**HAL**  
open science

# La santé à Montreuil : comment se positionne la ville à l'échelle locale pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?

Noéline Badin

## ► To cite this version:

Noéline Badin. La santé à Montreuil : comment se positionne la ville à l'échelle locale pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?. Géographie. 2023. dumas-04342900

**HAL Id: dumas-04342900**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04342900>**

Submitted on 13 Dec 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

BADIN Noeline

**La santé à Montreuil :**

**Comment se positionne la ville à l'échelle locale pour  
réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?**

Mémoire soutenu le 5 septembre 2023

En vue de l'obtention du master

**Mention Géographie, Aménagement, Environnement et Développement / Géographie**

**Parcours Territoires, Villes et Santé**

Université Paris Nanterre / Université Paris Est Créteil

Année universitaire 2022/2023

Sous la direction de Madame Audrey BOCHATON

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame A. Bochaton pour son accompagnement, sa bonne volonté et ses précieux conseils au cours de la rédaction de ce mémoire.

Je remercie également l'ensemble de la Direction de la Santé de la ville de Montreuil pour leur bienveillance et leur sens de l'intégration, notamment l'équipe qui m'a entourée pendant ces 6 mois de stage : Mme B. Perelman – coordinatrice CLS/ASV, Mme C. Soumaré – chargée de mission en santé communautaire, Mr C. Plailly-Caucase – chargé de mission santé mentale, Mr V. Kaufmann – directeur adjoint de la santé de la ville de Montreuil, Mr P-E. Manuellan, Médecin directeur de la santé de la ville de Montreuil et enfin Mr Michel Craco, factotum d'exception. Merci encore pour votre considération et votre confiance. Je vous en suis très reconnaissante.

Enfin, je souhaiterais remercier mes camarades de Master TVS pour leur soutien indéfectible, leurs connaissances inépuisables en matière de cartographie et leurs tutoriels de qualité. Je vous exprime ici toute ma gratitude.

## Table des matières

<b>Glossaire – Index des acronymes.....</b>	<b>4</b>
<b>Table des figures.....</b>	<b>5</b>
<b>Introduction générale .....</b>	<b>6</b>
<b>I. Montreuil : ville hybride, historiquement engagée. ....</b>	<b>11</b>
I.A - Une ancienne ville communiste au patrimoine riche.....	11
I.B - Une ville dynamique à la population hétérogène .....	14
I.C - Santé et recours aux soins des montreuillois .....	20
<b>II. Organisation de l’offre de soins sur le territoire.....</b>	<b>25</b>
II.A - Une offre différenciée.....	26
II.B - Des spécialités sous tension.....	29
<b>III. Les atouts de Montreuil .....</b>	<b>34</b>
III.A - La survie des CMS .....	34
III.B - Des outils de lutte contre les ISTS.....	43
<b>Conclusion générale.....</b>	<b>50</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>51</b>

### Préambule

Ce mémoire s’inscrit dans la validation du Master 1 GAED, parcours TVS, dispensé par les universités Paris-Nanterre et Paris-Est-Créteil.

Il a été élaboré à l’occasion d’un stage de 6 mois réalisé à la direction de la Santé de la ville de Montreuil, avec le soutien de Madame Barbara PERELMAN, coordinatrice CLS/ASV, et sous la direction de Madame Audrey BOCHATON, maître de conférence en géographie à l’université Paris Nanterre.

## Glossaire – Index des acronymes

<b>ALD</b>	Affection longue durée
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>ASV</b>	Atelier Santé Ville
<b>ATIH</b>	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
<b>CeGIDD</b>	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
<b>CHI</b>	Centre hospitalier intercommunal
<b>CLS</b>	Contrat local de santé
<b>CLSM</b>	Conseil local de santé mentale
<b>CMS</b>	Centre municipal de santé
<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'assurance maladie
<b>CPEF</b>	Centre de planification et d'éducation familiale
<b>CPTS</b>	Communautés professionnelles territoriales de santé
<b>CSS</b>	Complémentaire santé solidaire
<b>DAC</b>	Dispositif d'appui à la coordination
<b>EPCI</b>	Etablissements publics de coopération intercommunale
<b>FTM</b>	Foyers de travailleurs migrants
<b>HLM</b>	Habitation à loyer modéré
<b>RS</b>	Résidence sociale
<b>IDF</b>	Île-de-France
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>QPV</b>	Quartiers prioritaires de la politique de la ville

## Table des figures

### Cartes

<b>Carte 1.</b> Localisation de Montreuil.....	9
<b>Carte 2.</b> Extension des murs à pêches à Montreuil .....	11
<b>Carte 3.</b> Topographie de Montreuil .....	12
<b>Carte 4.</b> Mode d'occupation des sols de Montreuil en 2023.....	14
<b>Carte 5.</b> Quartiers de Montreuil.....	15
<b>Carte 6.</b> Revenu médian par Unité de consommation en 2019 .....	17
<b>Carte 7.</b> Part des cadres et ouvriers par IRIS à Montreuil en 2019.....	18
<b>Carte 8.</b> Localisation des FTM et RS à Montreuil en 2023 .....	19
<b>Carte 9.</b> Répartition de la population bénéficiaire de la CSS en 2021 .....	22
<b>Carte 10.</b> Densité de population par IRIS en 2019.....	26
<b>Carte 11.</b> Offre de soins de premiers recours en 2023.....	27
<b>Carte 12.</b> Localisation des médecins généralistes en 2023 à Montreuil .....	30
<b>Carte 13.</b> Localisation des patients ayant eu recours au dispositif de SDS en CMS .....	41
<b>Carte 14.</b> Localisation des écoles bénéficiaires d'actions de promotion d'une alimentation saine et équilibrée.....	46

### Graphiques

<b>Graphique 1.</b> Répartition des habitants par tranche d'âge.....	16
<b>Graphique 2.</b> Indice de vieillissement en 2019.....	16
<b>Graphique 3.</b> Taux de natalité en 2020 .....	16
<b>Graphique 4.</b> Revenu médian par Unité de consommation en 2020.....	17
<b>Graphique 5.</b> Espérance de vie à la naissance sur la période 2013/17 .....	20
<b>Graphique 6.</b> Part de la population ayant déclaré un médecin traitant en 2021 .....	21
<b>Graphique 7.</b> Part de la population exonérée au titre d'une ALD.....	22
<b>Graphique 8.</b> Part de la population bénéficiaire de la CSS.....	22
<b>Graphique 9.</b> Personnes protégées par la mutuelle communale entre 2018 et 2022.....	23
<b>Graphique 10.</b> Part des bénéficiaires des allocations handicap en 2019.....	24
<b>Graphique 11.</b> Densité médicale et paramédicale libérale en 2018 .....	30
<b>Graphique 12.</b> Nombre de médecins libéraux par année à Montreuil .....	31
<b>Graphique 13.</b> Répartition des secteurs de conventionnement en 2023 .....	32
<b>Graphique 14.</b> Pyramide des âges des médecins généralistes de Montreuil et de SSD .....	33
<b>Graphique 15.</b> Provenance des patients des CMS de Montreuil en 2022 .....	37
<b>Graphique 16.</b> Part des complémentaires des patients des CMS de Montreuil en 2023 .....	37

## Introduction générale

Comme l'explique la professeure Jeanne-Marie Amat-Roze, la géographie constitue la science de l'organisation de l'espace. Elle étudie les liens réciproques entre l'espace et la société, considérant que l'espace est à la fois organisé par les sociétés humaines et structurant pour les sociétés humaines. La géographie a pour objet l'étude des disparités spatiales appliquée à tout phénomène à partir de sa localisation. En ce sens, le géographe peut se saisir de tout objet. L'approche géographique est un atout majeur de la recherche en santé. Effectivement, le dialogue est ancien entre Sciences humaines et sociales et médecine car la santé est une construction interdisciplinaire. Le traité d'Hippocrate *Des airs, des eaux, des lieux* datant de l'Antiquité s'intéressait déjà aux liens qui unissaient l'Homme à son environnement et décrivait les supposées règles qui maintenaient l'équilibre entre ces différents éléments. L'intérêt de l'étude des territoires et des milieux dans la prévention et le traitement des maladies infectieuses s'est cependant dissipé avec la révolution pasteurienne. A la fin du XXe, la géographie s'est réaffirmée dans les questions de santé publique jusque 2009 où la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) proposée par le ministère de la Santé, est venue s'emparer d'un terme clé : « territoire ». La loi revendique en effet une organisation territoriale du système de santé, soit une territorialisation des politiques de santé, de manière à permettre aux différentes structures et institutions de s'adapter aux nouveaux besoins de la population.

La constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) signée le 22 juillet 1946 définit la santé comme « un état de bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». De nos jours, la professeure Amat-Roze, est venue compléter cette définition, affirmant un changement de paradigme : on passe d'une logique de soins à une logique de santé publique où la santé n'est plus seulement le soin, ou l'absence de maladie, mais décrit une idée plus globale prenant en compte l'environnement dans son entièreté (2011). Autrement dit, le terme « santé » fait aujourd'hui référence à un concept plus global, un état influencé par des facteurs divers et interdépendants mais il ne se résume pas à cela. Traiter la santé, c'est aussi travailler sur la prévention et sur l'amélioration des conditions et des milieux de vie de tout un chacun.

Actuellement, les circonstances sont on ne peut plus favorables à un dialogue entre santé et géographie. L'appréhension de la dimension territoriale des questions de santé se renforce, tant dans la lecture d'une épidémie que dans celle des disparités d'état de santé. En effet, La place de la santé dans les politiques de la ville est loin d'avoir toujours été une évidence. En France, l'État est garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population. Le ministère chargé de la santé intervient au nom de l'État sur le système de santé rédigeant une stratégie nationale visant la mise en place des politiques de santé et l'élaboration de mesures concrètes en faveur des populations les plus précarisées.

Ces mesures sont exprimées dans les territoires via les Projets Régionaux de Santé (PRS) définis par les Agences Régionales de Santé.

Notre pays reste néanmoins marqué par de fortes inégalités sociales et territoriales de santé qui nécessitent la mise en place d'actions durables, à l'échelle nationale comme à l'échelle locale. Ces inégalités concernent l'exposition aux risques, mais aussi l'accès à l'offre de soins, que celle-ci soit limitée par des obstacles financiers ou par l'insuffisance d'offre. À la différence de la notion de précarité qui renvoie à un groupe spécifique de la population, les inégalités sociales de santé concernent la société dans son ensemble. Ce terme désigne « le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale ont un meilleur état de santé que ceux qui sont situés juste en dessous, qui eux-mêmes ont une santé meilleure que ceux en dessous et ainsi de suite » (Guichard et Potvin 2010).

Concrètement, l'accès à la santé va dépendre de facteurs multiples tels que le territoire d'habitation et la catégorie socio-professionnelle. Ces facteurs jouent un rôle déterminant dans le développement de certaines pathologies ou dans l'espérance de vie en bonne santé. Dans le cadre des travaux de sa Commission des déterminants sociaux de la santé, l'Organisation mondiale de la santé aborde la question des inégalités sociales de santé en précisant que : « Partout dans le monde, plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. À l'intérieur des pays, les données montrent qu'en général, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé : ce gradient social concerne toute l'échelle socioéconomique, de haut en bas. Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans ceux à revenu élevé. Le gradient social signifie que les inégalités sanitaires touchent tout un chacun. Ainsi, si l'on examine les taux de mortalité des moins de cinq ans selon la richesse des ménages, on constate qu'il existe un lien entre la situation socio-économique et la santé. Plus le ménage est pauvre, plus la mortalité avant cinq ans est élevée ; dans les ménages appartenant au deuxième quintile le plus riche, le taux de mortalité des moins de cinq ans est plus élevé que dans ceux appartenant au premier quintile. C'est ce qu'on appelle le gradient social en santé » (Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, 2017). De même, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (Inpes), confirme cette idée selon laquelle l'état de santé d'un individu varie de façon graduée tout au long de la hiérarchie sociale.

La France fait partie des pays d'Europe occidentale dans lesquels les inégalités sociales de mortalité et de santé sont les plus élevées et ne se sont pas améliorées ces dernières années, ce qui contraste avec l'amélioration du niveau moyen de l'état de santé de la population (Lang, Ulrich, 2017). Drulhe précise que les écarts sont particulièrement marqués en ce qui concerne les sexes et les catégories socio-professionnelles (1996). Par ailleurs, ces inégalités agissent avant même la naissance de l'enfant : on peut observer un taux de prématurité et de petit poids à la naissance plus important dans les classes populaires. Elles se retrouvent ensuite à tous les âges de la vie (DREES, 2015). En réalité, quels que soient les indicateurs utilisés pour mesurer l'état de santé (maladie, santé perçue, risque de décès,



handicap) ou la situation sociale (éducation, revenu, profession), les personnes appartenant aux milieux les plus favorisés bénéficient d'un meilleur état de santé (Leclerc *et al.*, 2000). Mortalité et morbidité sont donc sujettes à d'importantes variations en fonction du sexe, de la classe sociale, de l'âge ou encore du statut d'étranger. Les différentes pathologies actuellement actives en s'exprimant, forment des régularités statistiques ; elles constituent en ce sens des faits sociaux.

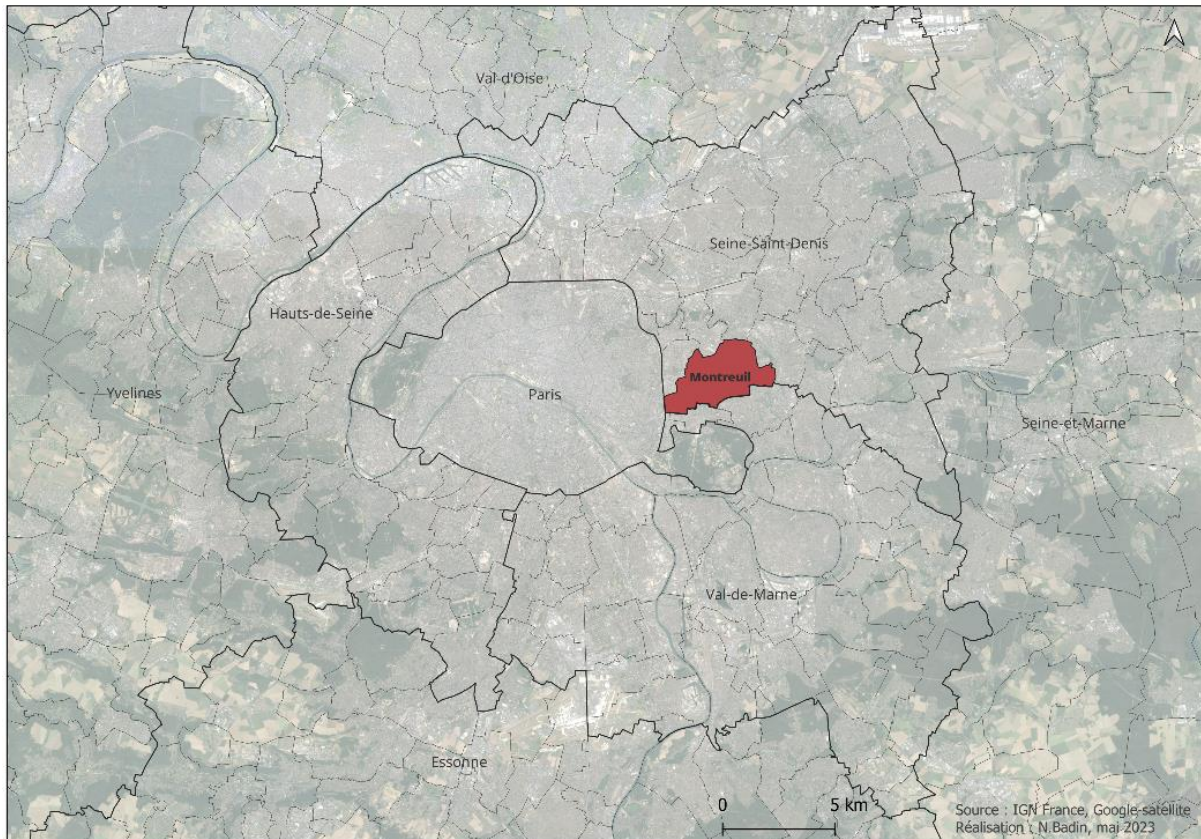
La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé est un objectif affirmé par différentes instances sanitaires, particulièrement les ARS. En effet, des dispositifs spécifiques doivent permettre de répondre aux besoins des personnes particulièrement éloignées de l'offre de santé. Pour cette raison, la territorialisation de la santé, c'est-à-dire l'appréhension de la santé à partir de réalités spatiales et de leurs dynamiques, doit s'imposer. L'approche territoriale développe une méthodologie nouvelle, notamment par la réalisation de diagnostics qui constituent des outils d'aide à la décision pour répondre à la satisfaction des besoins des populations sur des territoires donnés. Ils doivent permettre d'adapter les moyens en conséquence. « Cette stratégie implique de mettre en place une nouvelle organisation territoriale pour coller aux réalités. Elle signifie changer d'échelles, mobiliser des données hors du champ médical *stricto sensu* et donc ouvrir le dialogue à d'autres voix scientifiques et développer de nouveaux protocoles d'étude » (Amat-Roze, 2011).

De fait, la santé à l'échelle locale est un concept relativement récent. L'effondrement de l'hôpital public avec la diminution drastique du nombre de lits et la tendance à externaliser les soins, soit à les sortir de l'hôpital nous poussent à repenser notre mode d'intervention et d'organisation en termes de santé. Les villes voient leurs responsabilités et leur investissement sur les questions de santé renforcés. Elles sont soutenues financièrement par les ARS qui mettent à disposition des outils de promotion de la santé et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé pour les accompagner : ASV, CLSM, etc. Le Contrat local de santé fait l'état des lieux des conditions de santé sur le territoire (offre de soin, recours aux soins, etc.) et des directions et axes prioritaires sur lesquels travailler. Le rôle du diagnostic territorial en santé dans la mobilisation de ces outils est essentiel ; il permet de faire ressortir les fragilités du territoire pour les investir.

Chaque ville va investir les questions de santé d'une manière qui lui est propre en fonction de sa population et de ses spécificités, de son investissement et de ses priorités, et par-dessus tout en fonction des moyens alloués. Certaines villes entretiennent une politique sociale priorisant les actions construites autour du principe de solidarité. Elles tentent ainsi de favoriser un accès égalitaire aux questions de santé, et plus généralement aux conditions de vie. C'est généralement le cas des villes historiquement communistes comme Montreuil.

Située dans le département de la Seine-Saint-Denis (voir Carte 1 p.9), aux portes de Paris, Montreuil est la cinquième ville d'Île-de-France étant donné sa population : 111 367 habitants en 2020. Limitrophe avec les villes de Bagnolet (93), Romainville (93), Noisy-le-Sec (93), Rosny-sous-Bois (93), Vincennes (94), Fontenay-Sous-Bois (94), Saint-Mandé (94) et Paris (75), elle s'étend sur une superficie de 892 hectares et fait partie des 9 villes de l'Établissement Public Territorial Est-Ensemble. Elle est rattachée à la Métropole du Grand Paris.

*Carte 1. Localisation de Montreuil*



La ville est profondément engagée du fait de son passé industriel, et de sa municipalité, historiquement tournée vers les politiques sociales. Cet investissement se traduit également au niveau des politiques de santé.

### **Comment se positionne la ville de Montreuil à l'échelle locale pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) ?**

Hypothèse 1 : L'histoire engagée de Montreuil en termes de politiques de santé et d'accès aux soins détermine la desserte de soins et par conséquent le recours aux soins des habitants.

Hypothèse 2 : La ville de Montreuil mène une politique différenciée en termes d'actions de santé publique en fonction des territoires et de leur niveau de précarité.

Pour répondre à cette problématique, nous nous baserons sur une démonstration en 3 parties. Dans un premier temps, nous étudierons l'histoire de Montreuil et des montreuillois et nous verrons comment l'histoire de la ville a pu moduler le recours aux soins. Par la suite, nous verrons que Montreuil constitue un espace qui se démarque, du fait de sa structure et par sa population fortement hétérogène. Pour terminer, nous verrons que la ville porte des projets novateurs envers la réduction des ISTS, et cela via la mise en place d'outils divers.

### ➤ **Avant-propos**

A la demande de la direction de la santé de la ville et plus particulièrement du service ASV/CLS, un travail a été porté sur l'évaluation du CLS3 et l'état des lieux de la santé à Montreuil. Deux missions sont effectuées en parallèle :

- L'évaluation des fiches action du CLS3
- La mise à jour d'un diagnostic territorial en santé

Les travaux menés doivent conduire à l'élaboration de deux rapports distincts qui seront mobilisés dans la rédaction du mémoire. Au total 3 supports écrits sont investis au cours du stage (rapport d'évaluation du CLS, diagnostic territorial en santé, mémoire).

### ➤ **Méthodologie**

Tout d'abord, il a été nécessaire de prendre connaissance de l'ensemble des acteurs, intervenants et partenariats engagés depuis 2018, date de commencement du CLS3 à Montreuil. Pour cela un travail d'intégration à la direction de la santé a été mené. Ce travail d'intégration à la vie du service s'est appuyé sur une série d'entretiens informels, d'entretiens ouverts et sur l'observation des différents groupes de travail dans le service et sur le terrain. En parallèle un travail de recherche a été entamé avec l'étude des principales sources de documentation mobilisées par le service CLS/ASV : CLS3, Diagnostic territorial de santé, carnets d'appels à projet, etc.

Par la suite, une méthode de travail plus interventionniste a été engagée via de l'observation participante et des entretiens semi-directifs. Les acteurs/intervenants des actions de santé publique déployées par la ville ont été entendus lors d'entretiens pour une évaluation plus complète et qualitative des fiches-action CLS (en addition de l'évaluation quantitative produite par l'analyse des bases de données internes). Certains entretiens ont été mis en place directement pour l'élaboration du mémoire.

Ce travail repose également sur la mise à disposition de bases de données internes dépendantes de différents services de la ville, la recherche de sources d'information annexes et de données en Opendata. Le résultat a été la production d'un état des lieux de la santé à Montreuil, permettant la mise en évidence des points forts et points faibles de la stratégie actuellement en place.

## I. Montreuil : ville hybride, historiquement engagée.

### I.A – Une ancienne ville communiste au patrimoine riche

D'après la carte des Chasses en 1764



D'après l'atlas de 1870  
du département de la Seine



D'après le Plan directeur du service  
géographique de l'armée, 1936



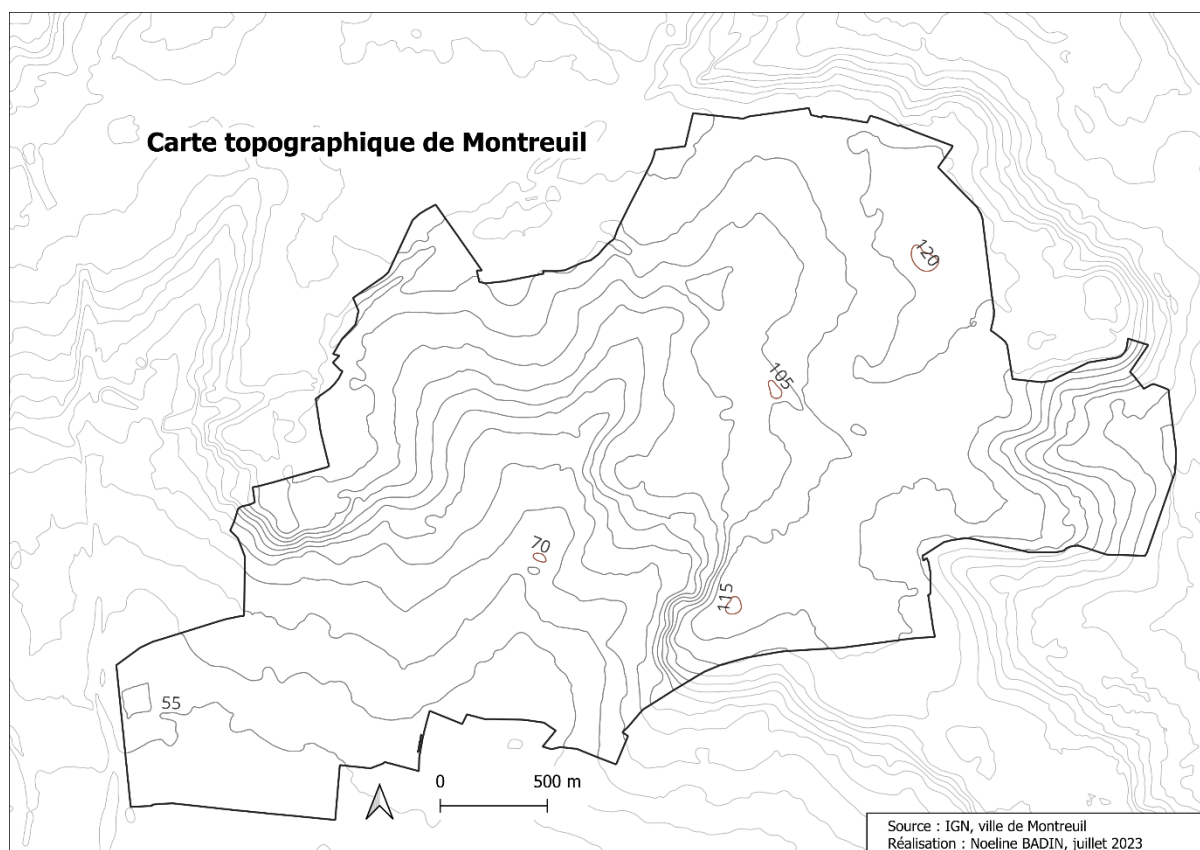
D'après le repérage de mars 1999



Montreuil est réputé pour son riche patrimoine horticole. En effet, La ville a longtemps tiré sa richesse d'une activité rurale, viticole et maraîchère alimentant le marché parisien, avec une spécialisation dans la culture de la pêche dès le XVIIe. L'introduction de la culture des pêchers en espalier au XVIIe a marqué un tournant dans l'histoire horticole de Montreuil. La culture de la pêche devient l'une des principales sources de richesses avec plus de 400 variétés cultivées et constitue un élément essentiel de l'identité locale. Les murs à pêches jouent un rôle déterminant dans l'organisation et dans l'urbanisation de la ville, comme nous pouvons le constater via la Carte 2 avec l'extension de la zone couverte par les murs à pêches représentée ici en vert. Par sa morphologie, la plupart des activités agricoles se concentrent dans la partie élevée du plateau (haut Montreuil) tandis que les plaines du bas Montreuil bénéficient de la proximité de la capitale et sont amenées à accueillir les nouvelles industries et le tissu artisanal.



A partir du milieu du XIX, le village à vocation horticole connaît un mouvement d'industrialisation massif qui va bouleverser le paysage communal. Le relief du site, enclavé entre les buttes et le bois de Vincennes ainsi que l'absence de voies ferrées ou navigables tiennent à distance les industries lourdes. Néanmoins, la situation de Montreuil et sa proximité avec les nouveaux quartiers industriels parisiens facilitent une industrialisation massive. Cette évolution s'inscrit dans l'histoire industrielle de Paris et des communes de première couronne. Montreuil subit donc une urbanisation massive, accueillant des établissements divers du fait de leur taille comme de leur production. Des entreprises nationales (distillerie Pernod fils, confiserie Kréma, pianos Klein, papiers peints Dumas, etc.) cohabitent avec des entreprises de plus petite envergure. Ces ateliers/usines/entrepôts vont creuser le contraste entre « Haut » et « Bas Montreuil ».



Carte 3

Il est important de souligner que les expressions « Haut Montreuil » et « Bas Montreuil » n'ont pas de signification précise et stable aujourd'hui. En effet, la ville ne possède pas de délimitation ; d'ailleurs, la ville n'est pas simplement constituée d'un « Haut Montreuil » et d'un « Bas Montreuil ». Par le passé, l'expression « Haut Montreuil » faisait référence aux espaces de terres cultivées sur le plateau tandis que le « Bas Montreuil » faisait référence aux espaces d'habitation au niveau des plaines. Certains espaces, n'étant pas occupés, ne répondaient pas à une terminologie. Actuellement, le terme de « Bas Montreuil » fait

généralement référence au quartier frontalier à Paris, situé dans le sud-ouest de la commune. Il arrive que cette dénomination soit utilisée dans la littérature pour recouvrir un territoire plus large.

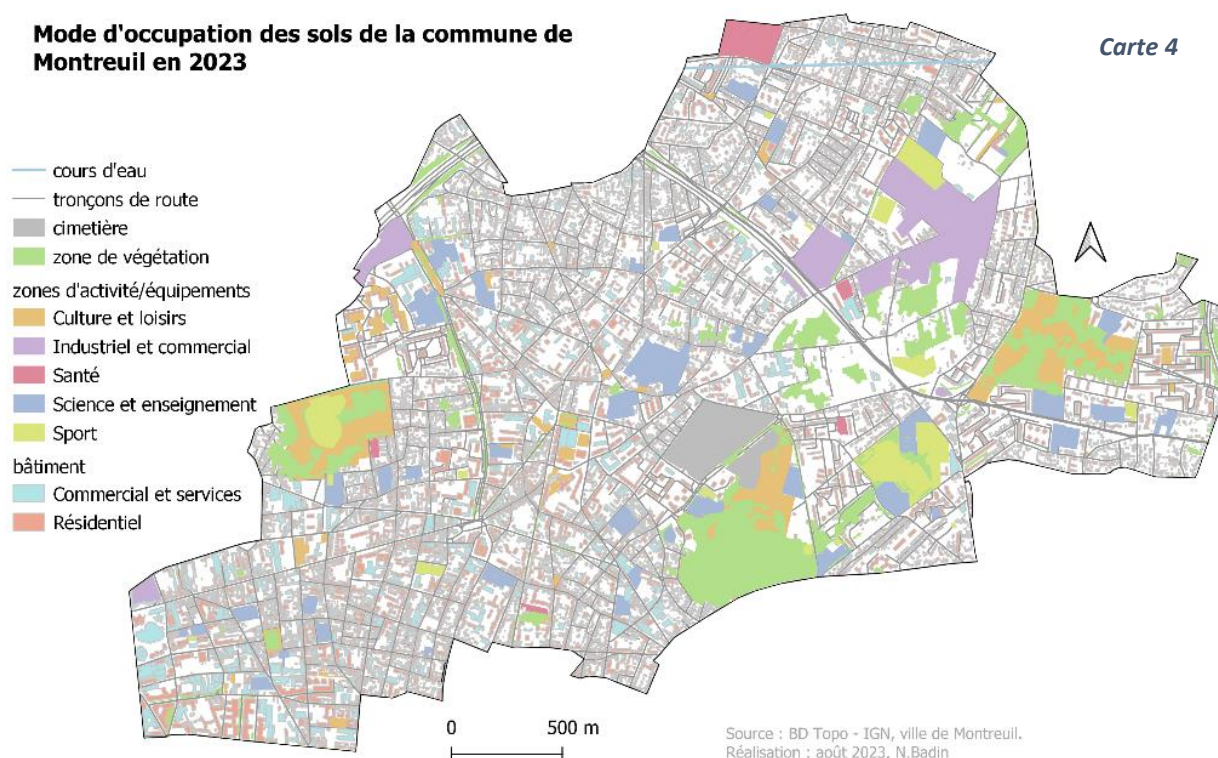
A la fin de la seconde guerre mondiale, les espaces verts et friches perdant leur fonction de production, disparaissent et laissent place à l'aménagement de grands ensembles de cités HLM qui s'y multiplient dès la fin des années 60. « La conversion de ces anciennes terres cultivées par la municipalité PC de l'époque répond à plusieurs objectifs : loger des familles d'une classe ouvrière en croissance, pivot de son image de même que de son électorat, et réaffirmer son contrôle sur un espace dont la morphologie et la localisation permettaient d'abriter marginaux urbains et populations indésirables » (Casciarri, 2020). Cette décision va modifier la structure de la ville, accueillant une population relativement précaire dans la partie la plus isolée de son territoire.

Montreuil est également réputé pour son patrimoine artistique/culturel et notamment son patrimoine cinématographique avec les studios de cinéma Georges Méliès et Charles Pathé. Cet aspect va séduire de nouveaux profils d'habitants qui s'y installent progressivement à partir des années 1990. « À cette époque, deux profils semblent parmi cette nouvelle catégorie de population : la bourgeoisie traditionnelle déclassée et les nouvelles classes moyennes » (Collet, 2008). La marginalisation du haut Montreuil lui vaudra d'être épargné par cette première vague de gentrification qui a lieu dans le bas Montreuil à partir des années 1990. En effet, dans les faubourgs ouvriers les plus anciens et, généralement, les plus proches de Paris, on a pu observer la réaffectation progressive d'anciens locaux d'activité industrielle en lofts ou en bureaux, la réhabilitation des maisons individuelles ou des appartements anciens, et une hausse rapide des prix de l'immobilier. Lors de la rédaction de sa thèse sur la gentrification du bas Montreuil, Anaïs Collet écrit : « Quant à l'évolution du peuplement, elle est palpable dans la vie locale, se laisse deviner lors des scrutins électoraux et trouve confirmation dans les données de recensement. La présence croissante de ces classes moyennes et supérieures dans les anciennes « banlieues rouges » trouve une de ses causes la plus nette dans la hausse vertigineuse des prix des logements dans Paris intra-muros » (2013).

L'histoire de Montreuil subit un nouveau bouleversement avec le tournant électoral de 2008 lorsque « la coalition guidée par Dominique Voynet porte au pouvoir une municipalité dominée par les Verts qui met fin à un gouvernement pluridécennal du PC et de ses alliés de gauche, au point qu'on parlera de la « chute de Montreuil la rouge » (Delacroix, 2009). La municipalité en place depuis 2014, issue d'une décennie de batailles politiques qui ont vu s'opposer, se confronter et s'allier gauche institutionnelle et écologistes, tente aujourd'hui de forger une image singulière de la ville où classes populaires et classes moyennes, seraient rassemblées par une identité commune.

## I.B – Une ville dynamique à la population hétérogène

La ville de Montreuil décline actuellement une identité hybride entre le bas, rapidement industrialisé et de plus en plus connecté avec la capitale, et le haut, où prédominaient fermes, jardins, espaces boisées, étangs et sentiers aujourd’hui transformés en grands ensembles HLM. Elle se caractérise par sa mixité sociale et urbaine mais également par son dynamisme. En effet, sa proximité avec Paris en fait une aire privilégiée des travailleurs franciliens qui cherchent à s’expatrier de la capitale. La ville est reliée à Paris par la ligne 9 du métro et en cours de liaison avec la ligne 1 qui relie La Défense à la station Château de Vincennes en traversant Paris d’ouest en est et desservira des quartiers urbains actuellement à l’écart des réseaux de transports en commun structurant. La ville dispose de nombreux établissements scolaires et d’une offre étoffée en équipements sportifs. Elle dispose également d’une offre culturelle dense avec 5 théâtres et une vie associative développée (entre 2000 et 3000 associations connues par la Maison des Associations). La ville est aussi structurée par 3 grands parcs.



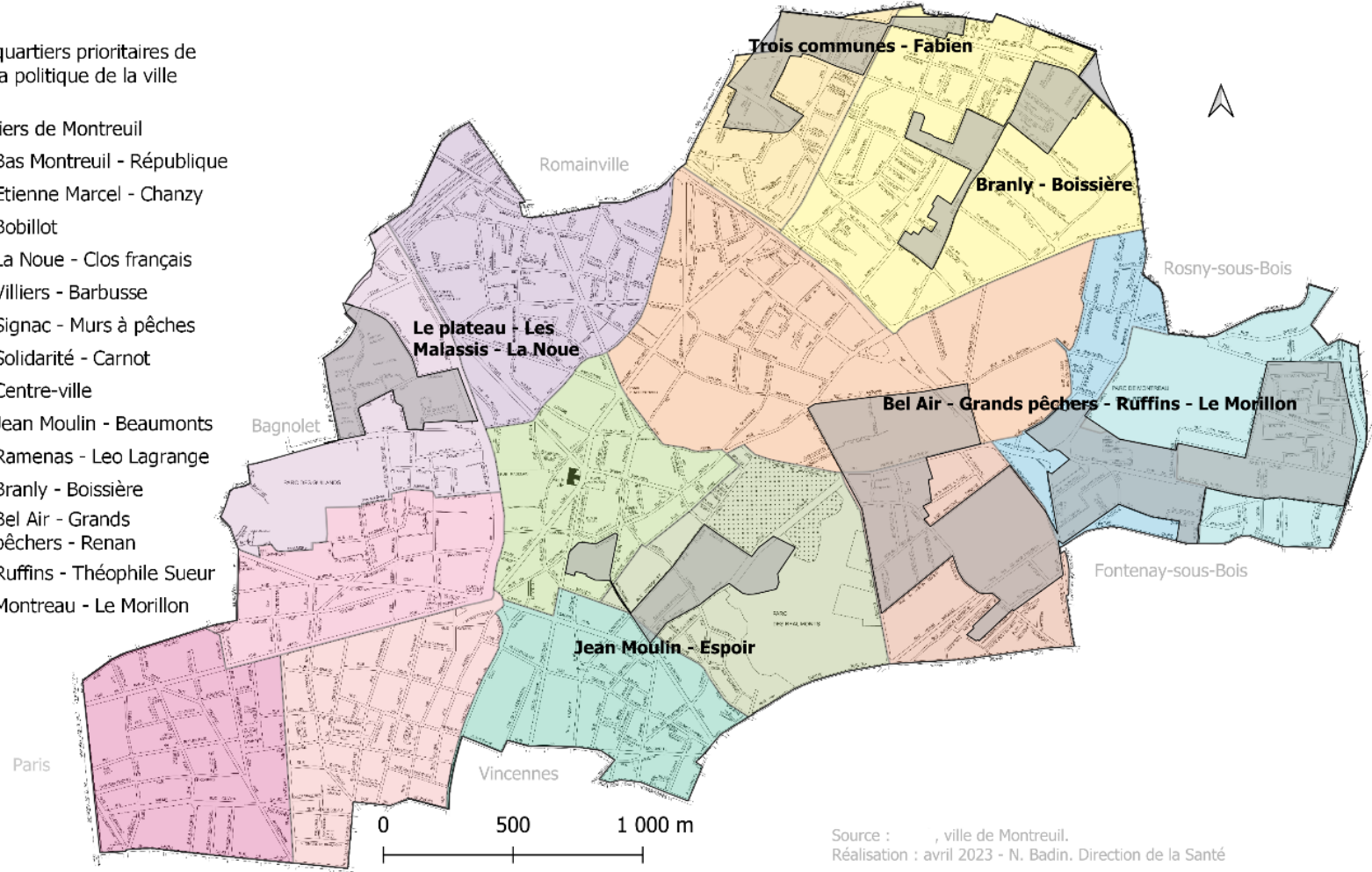
La commune abrite donc une population très hétérogène, répartie en 14 quartiers et 5 quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) que nous pouvons observer dans la carte ci-dessous (carte 5 p.15). En 2015, plus de 28% des Montreuillois vivaient en QPV contre 12.9% en Île-de-France et 38.7% en Seine-Saint-Denis.

# Quartiers de la commune de Montreuil

quartiers prioritaires de la politique de la ville

## Quartiers de Montreuil

- Bas Montreuil - République
- Etienne Marcel - Chanzy
- Bobillot
- La Noue - Clos français
- Villiers - Barbusse
- Signac - Murs à pêches
- Solidarité - Carnot
- Centre-ville
- Jean Moulin - Beaumonts
- Ramenas - Leo Lagrange
- Branly - Boissière
- Bel Air - Grands pêcheurs - Renan
- Ruffins - Théophile Sueur
- Montreuil - Le Morillon



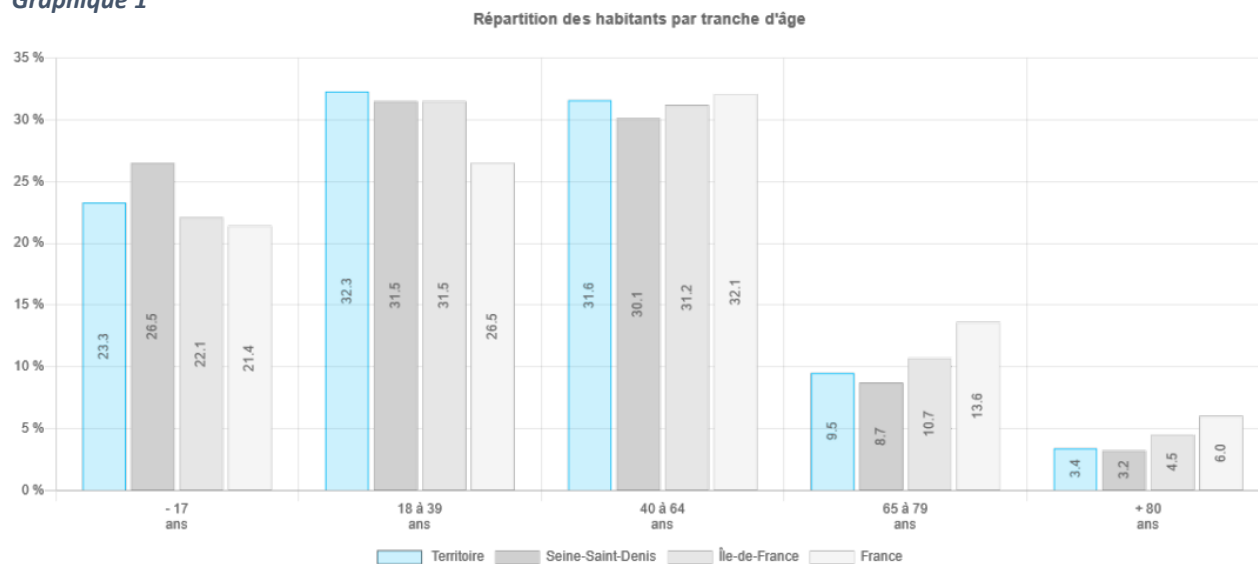
Source : ville de Montreuil.  
 Réalisation : avril 2023 - N. Badin. Direction de la Santé

Carte 5



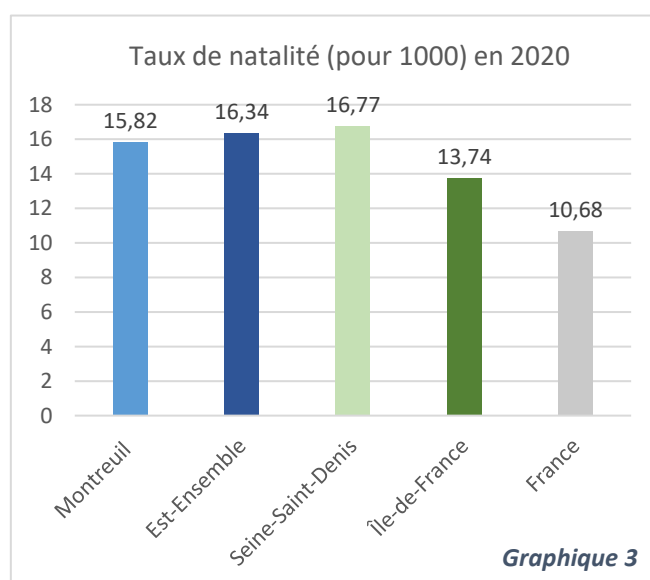
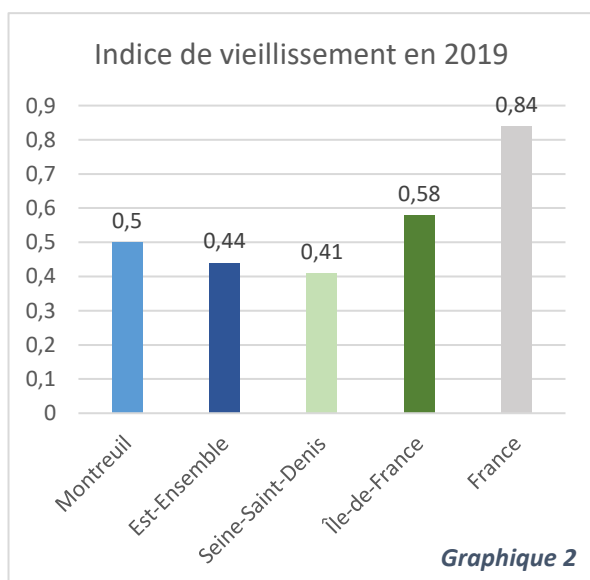
La commune abrite une population croissante et dynamique, avec une augmentation de 1,2% par an en moyenne depuis 2012 (ORS). Elle regroupe aujourd'hui **plus de 110 000 habitants**, dont 32% de 18/39 ans en 2020, ce qui constitue la part majoritaire la population.

**Graphique 1**



Source : CPAM, outil Rezone

Les indicateurs sociodémographiques situent Montreuil entre le département et la région avec un taux de natalité<sup>1</sup> de 15,82 en 2020 et un indice de vieillissement<sup>2</sup> de 0.5 en 2019. Nous pouvons en conclure que la population est relativement jeune, en comparaison de l'échelle nationale, mais suit les caractéristiques du département.

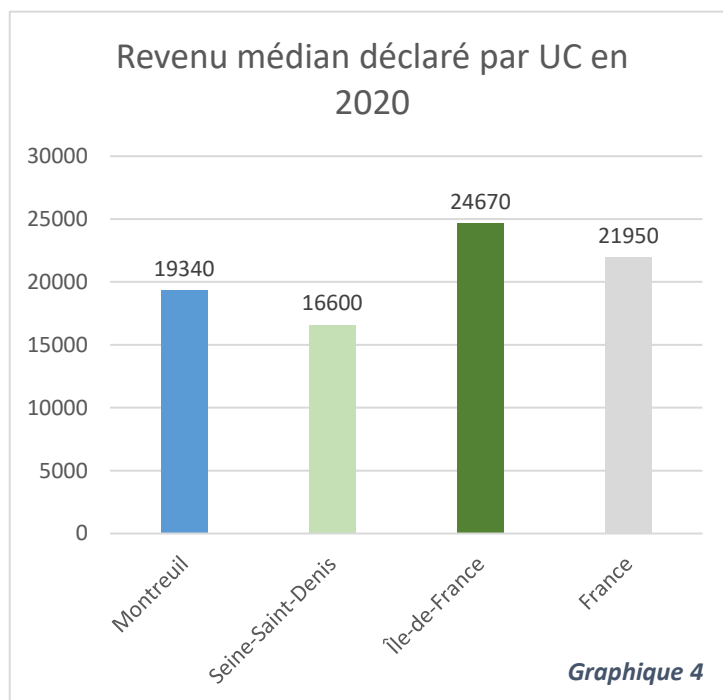


Source : ORS

<sup>1</sup> Le taux de natalité correspond au nombre de naissances vivantes pour 1000 personnes.

<sup>2</sup> L'indice de vieillissement correspond au rapport entre la population des 60 ans et plus et celle des moins de 20 ans.

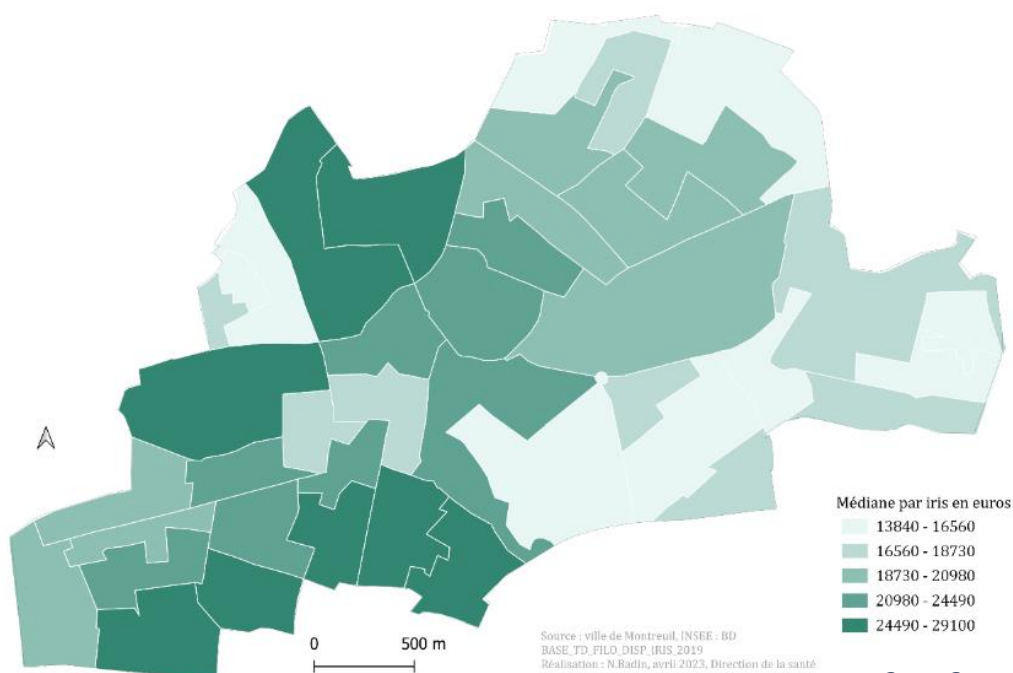
Montreuil présentait un Indice de Développement Humain (IDH2) de 0,47 en 2013 (ORS). Les indicateurs socio-économiques situent également la ville entre le département et la région, avec en 2020, des revenus médians par unité de consommation de 19340 euros et un taux de pauvreté qui s'élevait à 25% en 2019 (contre 15,5% en IDF). Nous pouvons constater que le revenu médian déclaré par unité de consommation est largement inférieur à celui de la région ; il est également inférieur à celui de la France.



Source : INSEE\_bd filo2020-dec

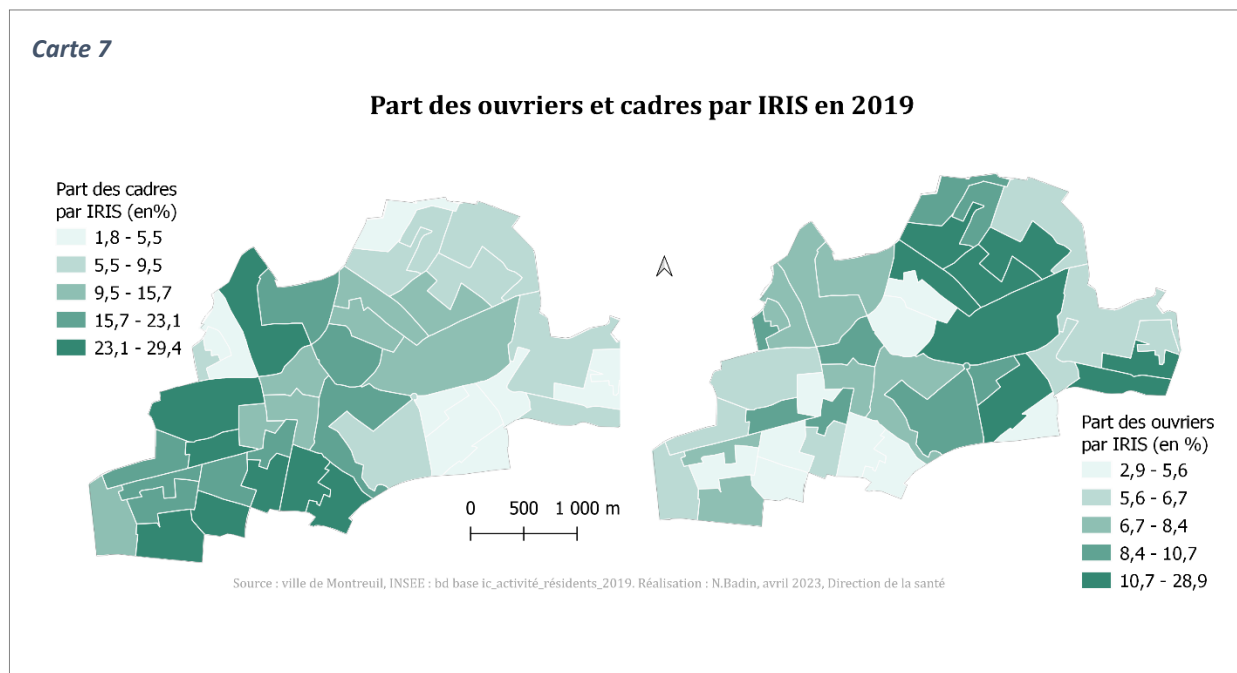
Par ailleurs, le territoire montreuillois est marqué par de fortes disparités infra-communales en termes de revenus, comme le montre la carte ci-dessous (carte 6) avec une partie Nord/Est qui semble moins privilégiée. Le revenu médian y est globalement compris entre 13840 et 20980 euros par an. Les IRIS qui regroupent les plus faibles revenus correspondent logiquement aux délimitations QPV (voir carte 5 p.15). L'IRIS qui comprend la médiane la plus haute atteint les 29100 € par an ; la différence est donc considérable.

**Revenu médian par Unité de consommation à Montreuil en 2019**



*Carte 6*

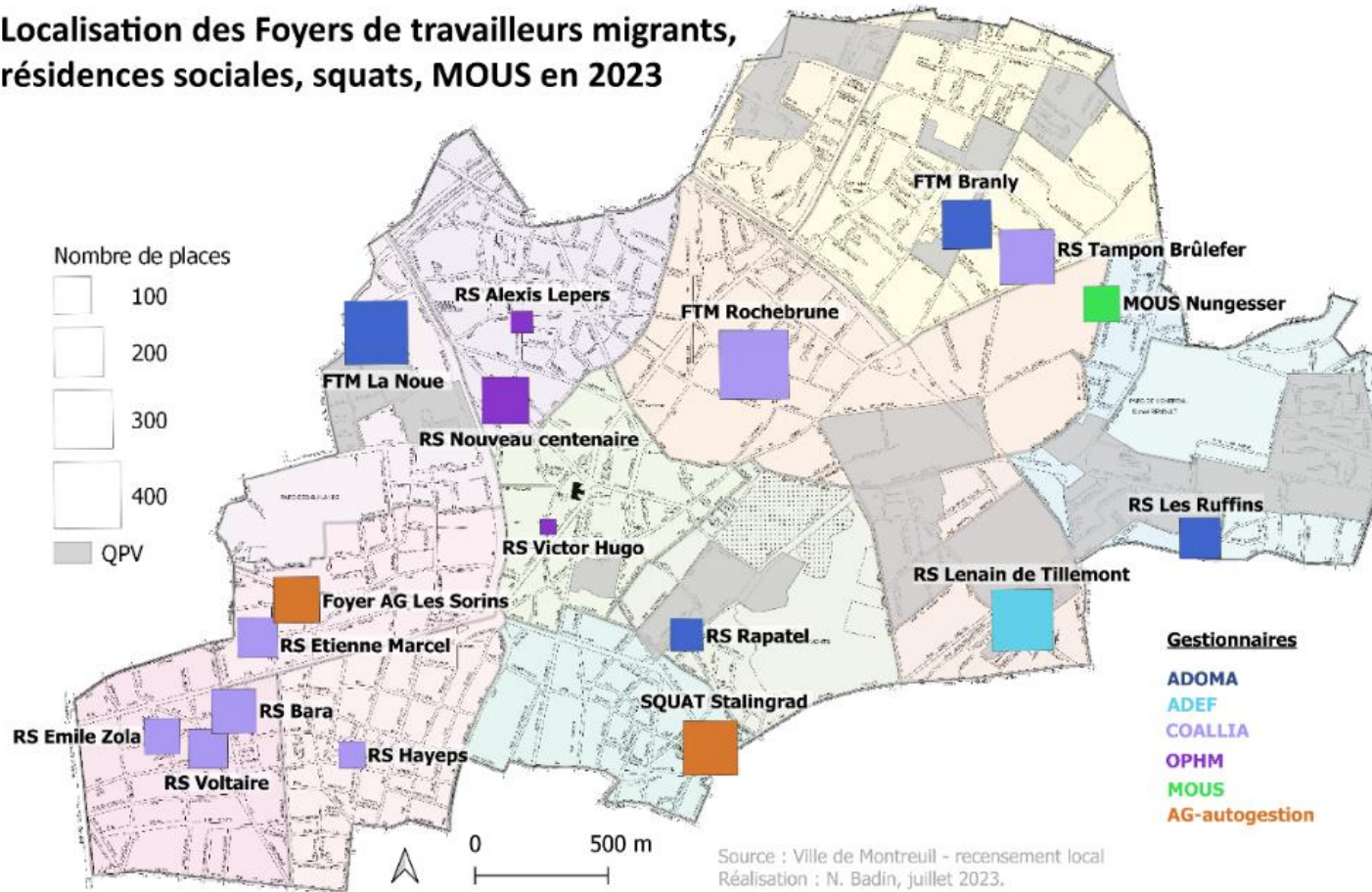
La carte de représentation des CSP cadres et ouvriers ci-dessous conforte cette hypothèse, mettant en avant une surreprésentation des cadres dans la partie sud-ouest de Montreuil (secteur 1 : quartiers Bas Montreuil-République-Etienne Marcel-Chanzy-Bobillot / secteur 2 : quartiers Centre ville et Solidarité Carnot) et une surreprésentation des ouvriers dans la partie Nord/Est de la commune (secteur 4 : quartiers Ramenas-Léo Lagrange-Branly-Boissière / secteur 5 : quartiers Signac-Murs à pêches).



Montreuil répond donc à ce statut de ville hybride avec une population relativement jeune et hétérogène. On distingue une part de la population à faible revenu surtout concentrée dans les hauteurs de la commune, ce qui correspond aux zones d'implantation des grandes cités HLM des années 70, et une part de la population plus privilégiée au sud de la commune, notamment aux frontières de Paris et Vincennes.

La commune de Montreuil garde des traces de ce passif industriel qui a activement participé à sa construction en tant que ville. Elle dispose de nombreux Foyers de travailleurs migrants qui ont, pour la plupart, été réaménagés en résidences sociales (voir carte 8 p.19). Elle compte également plusieurs squats dont un squat fixe (squat Stalingrad) aux frontières de Vincennes et une MOUS (Maîtrise d'œuvre urbaine et sociale) à destination des populations romes qui a vocation à résorber les bidonvilles. Les foyers sont présents sur l'ensemble du territoire communal de manière plus ou moins importante. Ils abritent une part non négligeable des habitants de Montreuil, notamment les FTM avec la prise en compte des surnuméraires, soit des habitants non officiels. Il s'agit d'un public spécifique, nécessitant des besoins particuliers d'autant plus du niveau de la santé. En effet, chaque collectivité doit penser sa politique de santé en fonction des besoins spécifiques de sa population et du caractère propre de son territoire.

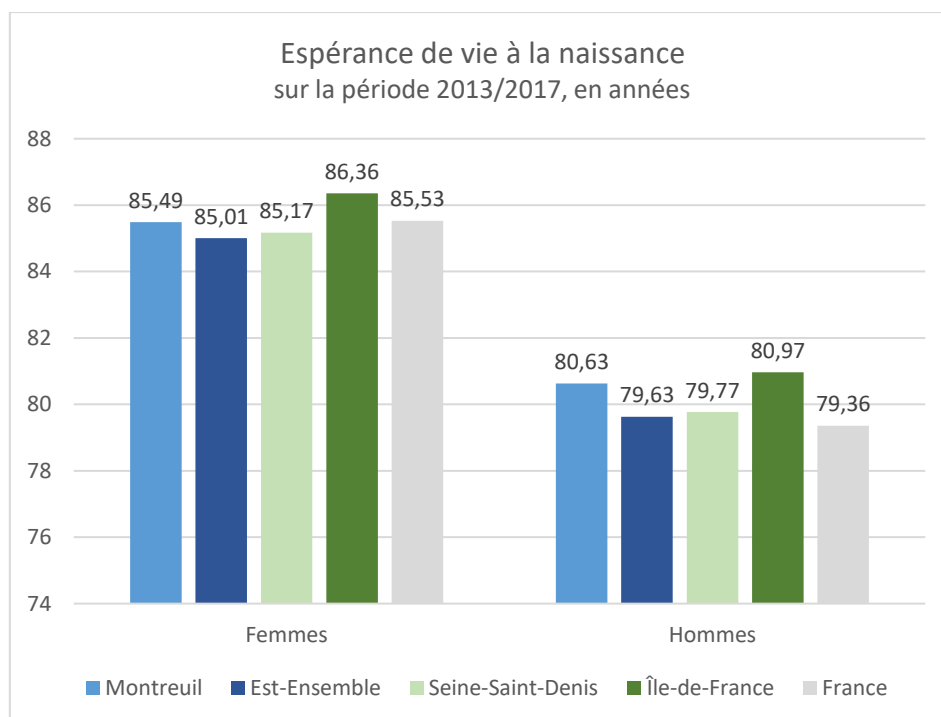
## Localisation des Foyers de travailleurs migrants, résidences sociales, squats, MOUS en 2023



Carte 8

## I.C - Santé et recours aux soins des montreuillois

Graphique 5



Source : INSEE ORS

L'espérance de vie des Montreuillois sur la période 2013-2017 était de 80,63 ans chez les hommes et 85,49 ans chez les femmes, ce qui est supérieur à la moyenne départementale mais reste inférieure à la moyenne régionale.

Concernant la question de la mortalité infantile, la situation tend à s'améliorer. Le taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes était de plus de 6 ‰ sur la période 2010/2013, bien supérieur à celui de la région Île-de-France. Pour cette raison, une attention particulière a été portée à la thématique de la périnatalité. Actuellement, sur la période 2010/2019 le taux de mortalité infantile tombe à 4.7 ‰, ce qui correspond aux chiffres du département et de l'EPCI (ORS-INSEE). Cela reste tout de même supérieur au taux de mortalité infantile à l'échelle de la région (3.9 ‰).

En 2019, le taux standardisé de personnes prises en charge pour au moins une maladie chronique était de 26 573 pour 100 000 à Montreuil, 27 959 pour 100 000 en SSD et 24 762 pour 100 000 en IDF (ORS). En 2021, **le diabète reste la 1ère cause d'ALD** à Montreuil avec une prévalence de 4.6% (contre 4,4 en 2018), suivi des tumeurs malignes (avec une prévalence de 2,5%) et des affections psychiatriques de longue durée (avec une prévalence de 2,2%).

Parcours de soins et prévalence des pathologies en référence à la liste des 30 affections de longue durée.

Pathologies Patients consommants(5)	Ter.	Taux			Différence territoire et		
		Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
Top 5 sur le territoire en référence à la liste des Affections de Longue Durée (6)							
Diabète de type 1 et diabète de type 2	4.6% 5 280 pat.	5.8%	4.4%	5.1%	-1.2	0.2	-0.5
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	2.5% 2 927 pat.	2.4%	3%	3.7%	0.1	-0.5	-1.2
Affections psychiatriques de longue durée	2.2% 2 578 pat.	2.3%	2.1%	2.4%	-0.1	0.1	-0.2
Maladie coronaire	1.4% 1 642 pat.	1.4%	1.5%	2.2%	0	-0.1	-0.8
Insuf. Cardiaque grave, tr. du rythme graves, cardiop. valvulaires graves, cardiop. congénitales graves	1.3% 1 537 pat.	1.3%	1.4%	2.2%	0	-0.1	-0.9

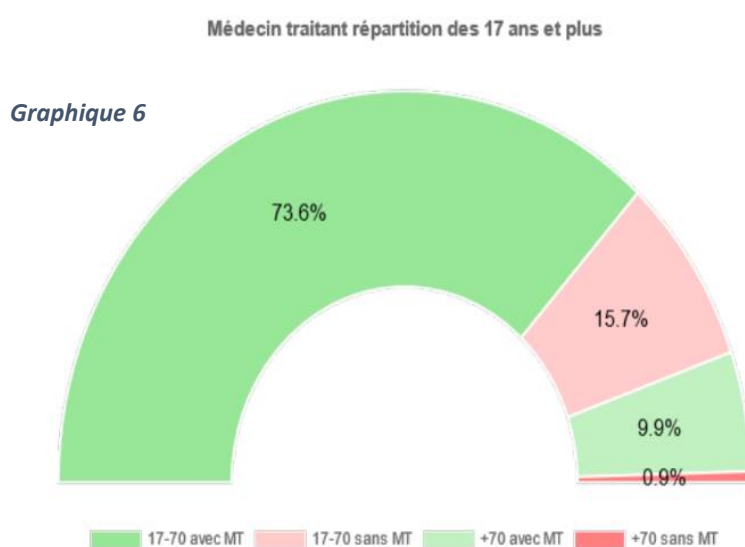
Source : DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année glissante du 01/07/2020 au 30/06/2021).

(5) Pathologies patients consommant : patients ayant eu une ALD active et un remboursement au titre d'une ALD ou d'une polyopathie (avec ou sans rapport) dans la période de référence et ce pour chaque numéro d'ALD retenue.

(6) Top 5 : Indication des 5 Prévalences majeures (en nombre de patients) par pathologie sur la CPTS projetée

Il est important de souligner que les indicateurs basés sur les ALD peuvent entraîner une sous-évaluation des cas. Dans le cas du diabète par exemple, la mesure par ALD reste incomplète car une part non négligeable des patients n'est pas diagnostiquée.

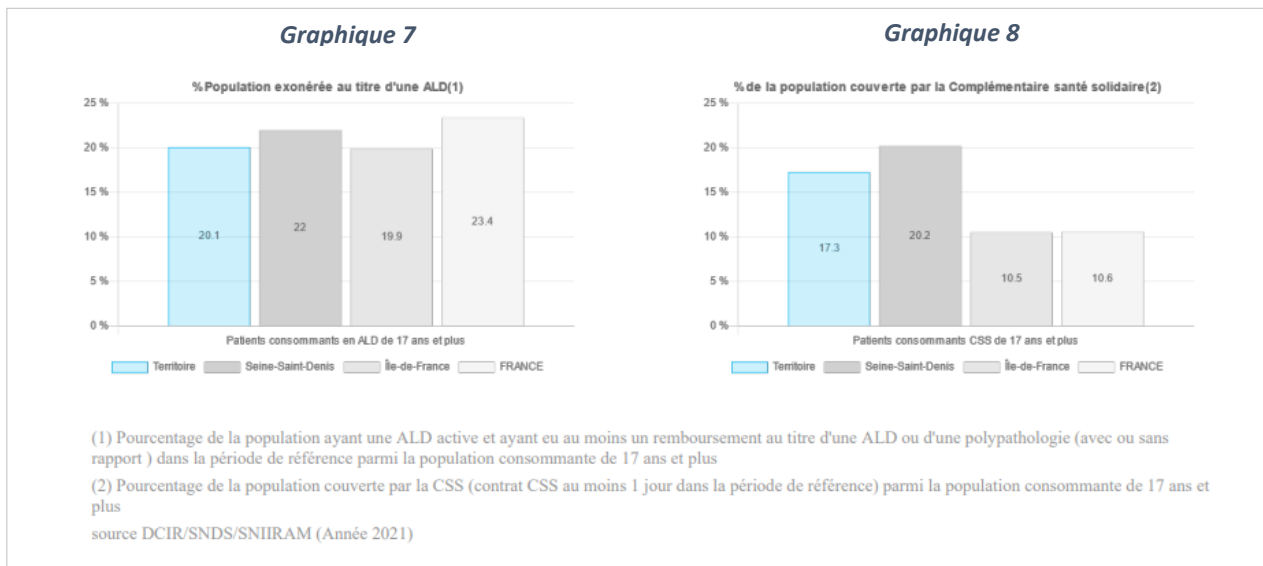
## ➤ Accès/recours aux soins



La déclaration d'un médecin traitant n'est pas obligatoire ; elle permet cependant d'entrer dans le parcours de soins coordonné et par conséquent d'avoir accès à une meilleure prise en charge des consultations par l'assurance maladie. En 2021, **près de 16%** de la population montreuilloise âgée de 17 à 70 ans n'a pas déclaré de médecin traitant.

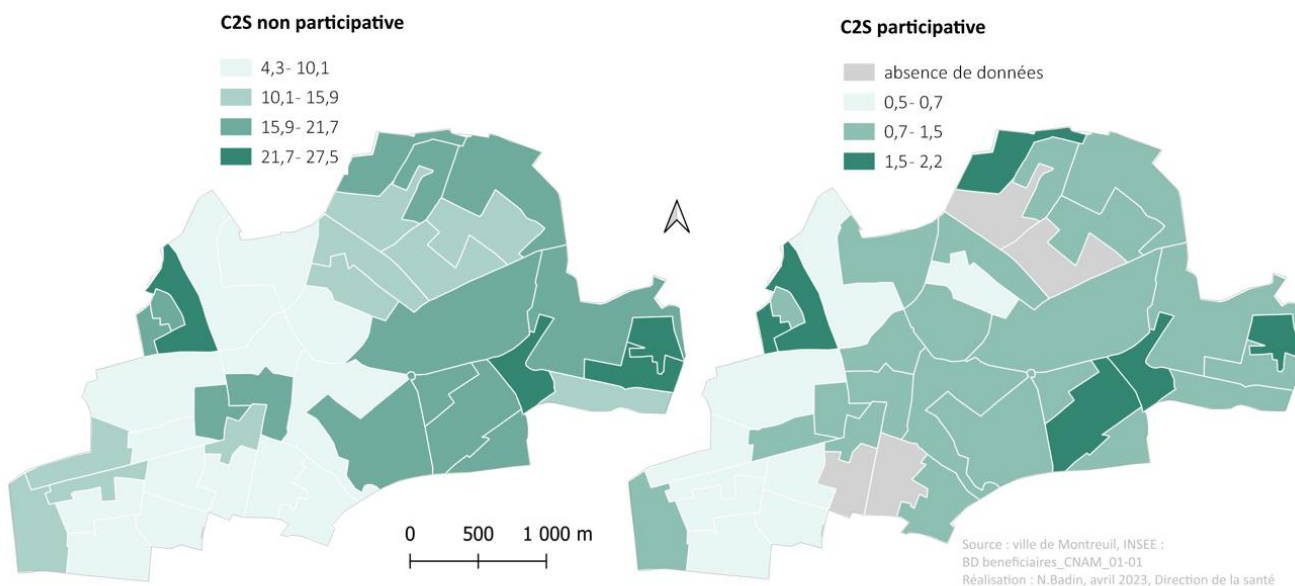
Source : Rezone, CPAMSNIIRAM (Année 2021)





En 2019, 17,3% des Montreuillois étaient couverts par la Complémentaire santé solidaire<sup>3</sup> contre 10,5% en Île-de-France. On retrouve les plus forts taux de personnes ayant accès à la CSS à l'Est de la commune au niveau du plateau et au niveau des quartiers La Noue, Clos français, Villiers Barbusse aux frontières de Bagnolet. Cela coïncide avec les délimitations QPV qui regroupent la part moins privilégiée de la population.

### Part de la population couverte bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire en 2021

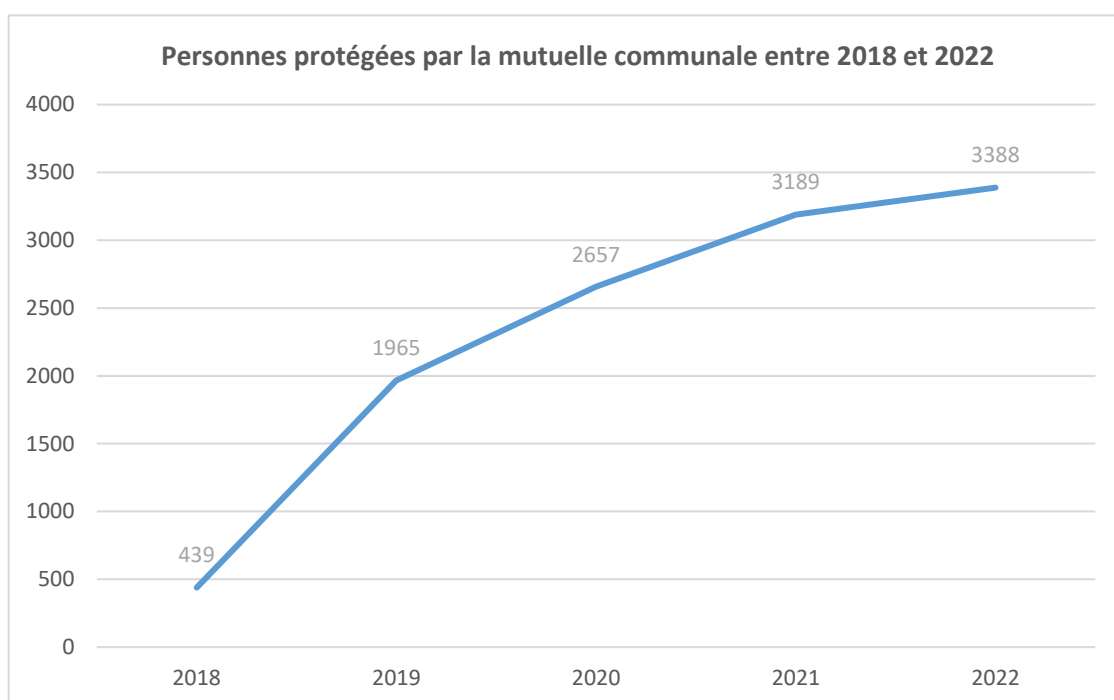


Carte 9

<sup>3</sup>Conditions requises pour avoir accès à la CSS : **bénéficiaire de la prise en charge des frais de santé par l'Assurance Maladie ; posséder un seuil de ressources inférieures à un montant fixé**, variable en fonction de la composition du foyer

Réalisant que beaucoup de Montreuillois n'avaient pas de complémentaire santé, en 2018, la ville a pris la décision de mettre en place une **mutuelle communale**. L'idée de ce dispositif est de regrouper les habitants d'une même commune afin de leur faire bénéficier d'une complémentaire santé à des prix compétitifs. C'est un dispositif de solidarité non obligatoire, qui témoigne donc d'un engagement certain de la commune pour les questions de santé. Une convention a donc été signée en septembre 2018, avec Solimut pour une durée de 5 ans et la ville maintient le souhait de garder une mutuelle communale, la convention arrivant à son terme. En 2022, près de 3400 personnes protégées ont été recensées par la mutuelle communale (un contrat peut comprendre plusieurs personnes bénéficiaires).

*Graphique 9*



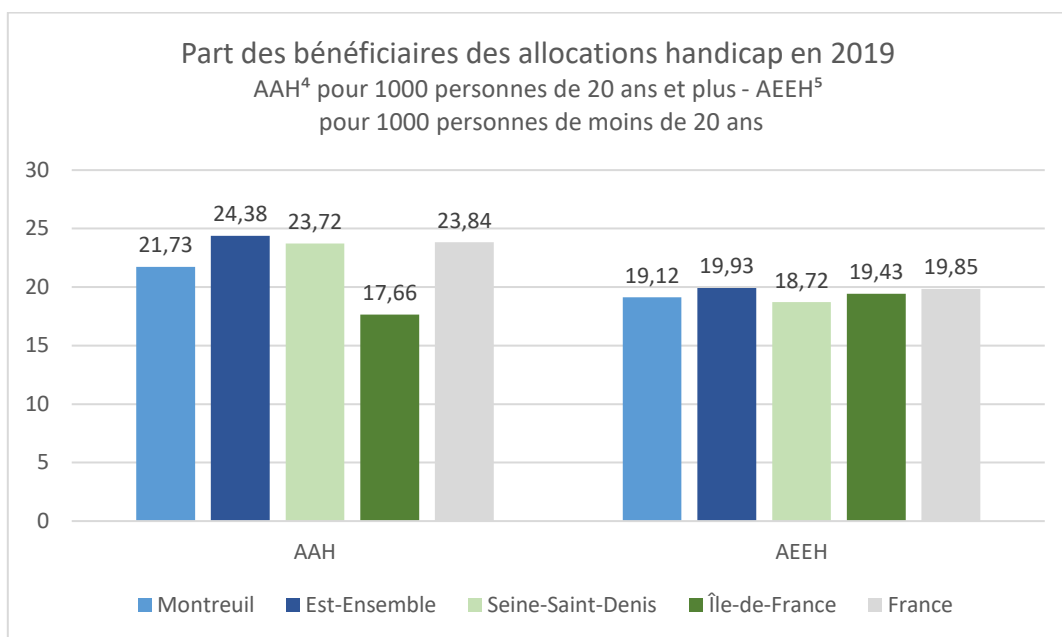
Source : Solimut

Pour terminer, un indicateur élémentaire de la santé à Montreuil reste à prendre en compte : la part d'habitants bénéficiaires des allocations handicap. Là encore, nous pouvons constater que la part des bénéficiaires d'allocations adultes handicap en 2019 se situait entre la région et le département.

En effet en 2019, la part des bénéficiaires de l'AAH était de 21.73% à Montreuil contre 23.72% en Seine-Saint-Denis et 17.66% en Île-de-France. Comme le démontre le graphique ci-dessous (graphique 10 p.24), nous pouvons observer que la part des bénéficiaires de l'AAEH est d'environ 19% peu importe l'échelle, les écarts sont moins marqués.



Graphique 10



Source : ORS IDF

Finalement, le recours aux soins des montreuillois se verra influencé par des facteurs divers. Comme précisé en introduction, le recours aux soins et le développement de certaines pathologies sera influencé par les conditions de vie de l'individu, soit par sa catégorie sociale, et son territoire d'habitation. Ces facteurs sont interdépendants.

A Montreuil, la population est issue de milieux mixtes. Les territoires sont influencés par leurs habitants et inversement. Ils peuvent se montrer plus ou moins isolés, aménagés, etc. en fonction des quartiers, rendant les ISTS d'autant plus évidentes. Par ailleurs, le caractère engagé de la commune se retranscrit dans sa politique de santé et en fait un terrain d'étude d'autant plus intéressant.

---

<sup>4</sup> L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une aide financière qui permet d'assurer un minimum de ressources. Cette aide est attribuée sous réserve de respecter des critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources. En 2018, l'AAH est de 819 euros.

<sup>5</sup> L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap. Selon le handicap et la situation du parent, le montant est compris entre 131 euros (base AEEH) et 1 691 euros (avec complément et majoration parent isolé).

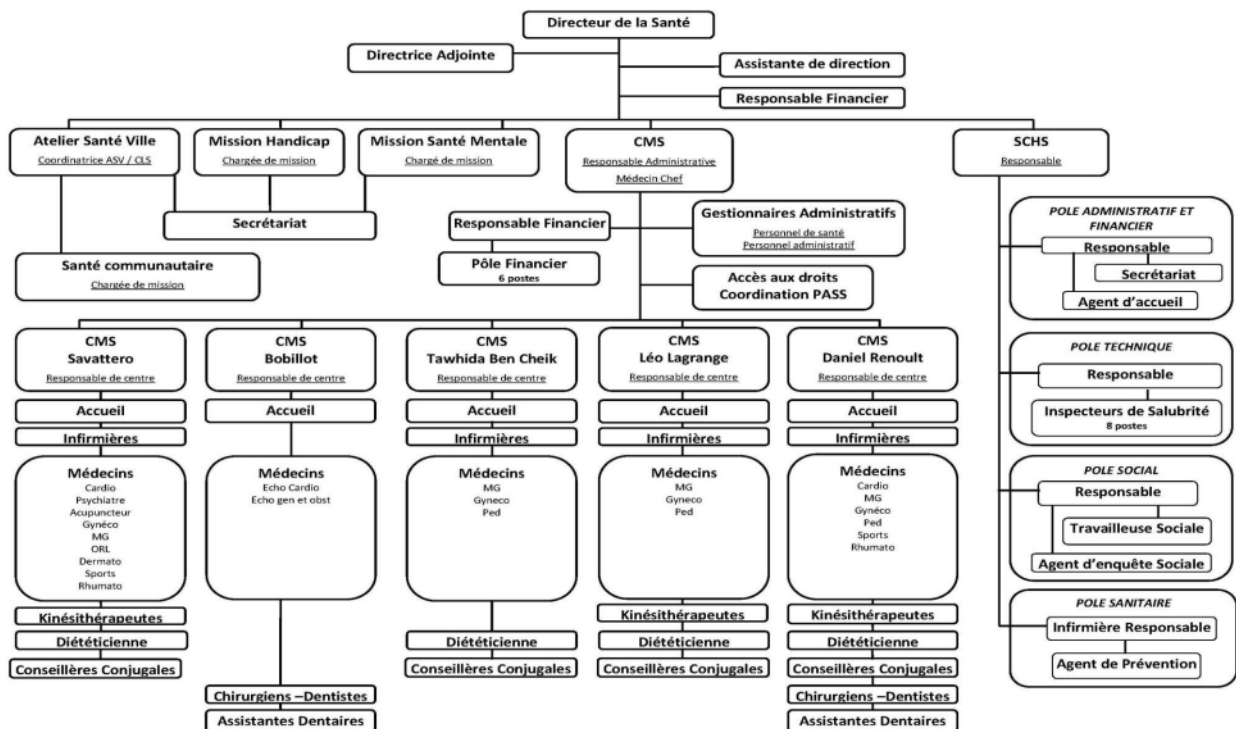
## II. L'organisation de l'offre de soins sur le territoire

### Organisation générale

La municipalité de Montreuil, dans le cadre de sa politique de santé, attache une grande importance au renforcement des actions de prévention et de promotion de la santé, ainsi qu'au rééquilibrage de l'offre de soins en faveur des populations les plus démunies. À ce titre, elle est engagée depuis de nombreuses années dans la gestion et la modernisation de ses Centres Municipaux de Santé, d'un Service Communal d'Hygiène et de Santé, d'une mission Handicap, d'une mission Santé mentale et d'un Atelier Santé Ville.

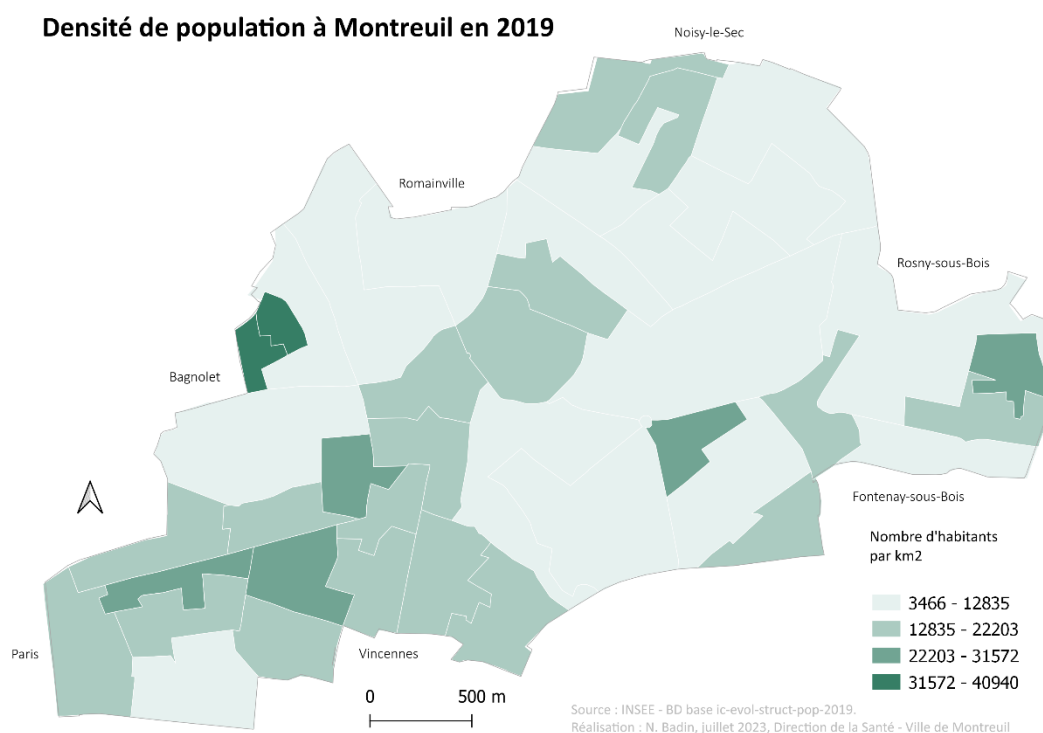
### ORGANISATION DE LA DIRECTION DE LA SANTE

Rattachée à la DGA urbanisme, solidarités, santé, citoyenneté et jeunesse



## II.A - Une offre différenciée

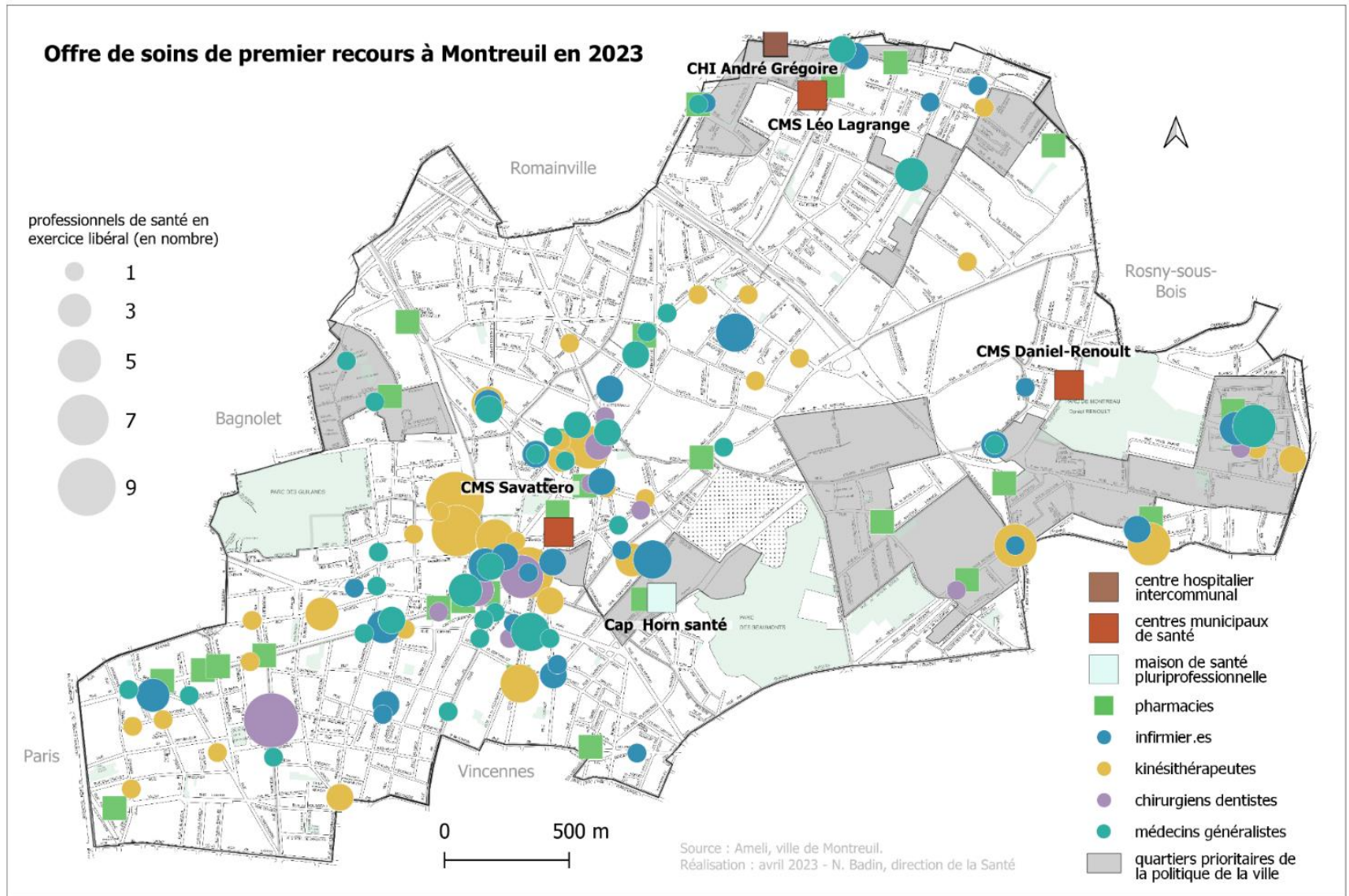
Afin d'étudier au mieux la répartition de l'offre de soins sur le territoire, il est nécessaire de se pencher au préalable sur la répartition des montreuillois au sein de la commune.



**Carte 10**

La population est plus dense au niveau des frontières de Paris et Vincennes, dans les quartiers du Bas-Montreuil et du Centre-ville et au niveau des QPV aux frontières de Bagnole, Fontenay et Noisy-le-Sec.

La carte de localisation de l'offre de soins de premier recours (carte 12 p.24) présentée ci-dessous démontre les disparités qui existent au sein de la commune en termes d'offre de soins. Elle montre les professionnels de santé libéraux en exercice sur la commune et les principales structures de santé. Montreuil dispose d'une offre large avec de nombreux cabinets et regroupements de praticiens mais cette offre est inégalement répartie sur le territoire : on observe une nette surreprésentation dans les quartiers du Centre-ville et du Bas Montreuil. L'offre fait écho à la répartition des Montreuillois sur le territoire et à leur niveau de densité. Les QPV regroupent quant à eux une part de l'offre de soin mais celle-ci reste minoritaire.



Carte 11

Au Nord de la ville, au niveau de la frontière avec Noisy-le-Sec, on retrouve **un hôpital public intercommunal**, le Centre Hospitalier André Grégoire (CHI-AG), établissement du GHT GPNE (Groupement Hospitalier de Territoire Grand Paris Nord-Est). Celui-ci accompagne les patients dans leur parcours de soin et assume des missions de santé publique. C'est un acteur-clé de l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé. Les patients y sont accueillis sur la journée ou pour un séjour de courte durée, afin de réaliser une intervention, établir un diagnostic ou suivre un programme d'éducation thérapeutique. Le CHI-AG propose une offre de soins de médecine et de chirurgie, allant de la naissance à la personne âgée. Il dispose de services d'urgences adultes, pédiatriques et gynéco-obstétricales, et de nombreux équipements d'imagerie, de biologie permettant une aide efficace au diagnostic. Il bénéficie également d'une Unité de Chirurgie Ambulatoire et d'une Unité de Médecine Ambulatoire et de Semaine.

L'hôpital dispose d'une PASS (Permanence d'accès aux soins de santé) permettant à toute personne d'accéder à des soins et d'être accompagnée dans ses démarches pour obtenir une couverture, et d'une offre étoffée en santé sexuelle : il est doté d'un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) et d'un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) et propose une prise en charge des mutilations sexuelles féminines incluant la réparation par la chirurgie.

Nous pouvons constater que près de 25% des séjours hospitaliers des Montreuillois en MCO (Médecine – Chirurgie – Obstétrique) sont effectués au Centre Hospitalier intercommunal André Grégoire à Montreuil (ATIH). Autrement, les Montreuillois ont recours aux hôpitaux de Paris, et notamment aux hôpitaux situés dans l'Est de la ville, à proximité de Montreuil. Ils se rendent également dans les hôpitaux des communes voisines, notamment Bagnolet et Saint Mandé.

La ville compte par ailleurs **3 Centres Municipaux de Santé (CMS)**, situés à la Mairie de Montreuil (Savatterro), à La Boissière (Léo Lagrange) et au parc Montreau (Daniel Renault). Les centres dispensent des consultations de médecine générale et spécialisée<sup>6</sup>. Ils jouent un rôle déterminant dans la dispense de soins, notamment auprès des populations les plus précaires du fait de leur fonctionnement :

---

<sup>6</sup> Offre des consultations spécialisées au CMS Savatterro : cardiologie, dermatologie, gynécologie, oto-rhino-laryngologie, neurologie, psychiatrie, soins infirmiers, séances de vaccination, centre de planification et d'éducation familiale, conseillères conjugales et familiales, diététique, kinésithérapie, sport-santé et réentraînement à l'effort, traumatologie, échographie/radiologie, soins et chirurgie dentaire, orthodontie, pédiatrie, rhumatologie.

### Les valeurs socles des CMS

- Non lucrativité, salariat des professionnels de santé
- Accessibilité sociale à la santé par la pratique du tiers-payant souvent intégral (appliqué à la part complémentaire et rendu possible par le conventionnement avec les mutuelles)
- Respect des tarifs opposables
- Modération des tarifs hors nomenclature en pratiques dentaires
- Médecine d'équipe coordonnée autour du dossier médical commun.

La Maison Médicale de Garde, située boulevard Rouget de Lisle, est ouverte la semaine de 20h à minuit, le samedi de 12h30 à minuit et le dimanche et jours fériés de 8h à minuit. Les médecins généralistes de la ville y sont regroupés pour proposer des consultations sans rendez-vous aux heures de fermeture des CMS, en soirée et en fin de semaine.

En 2023, la Maison de santé Cap Horn est venue compléter l'offre de soins avec ses différentes spécialités : Médecine générale, Médecine spécialisée, Dentaire, Orthodontie, Radiologie, Consultations urgentes, Cardiologie, Esthétique, Pharmacie, Ophtalmologie, Paramédical, Laboratoire. Au final, l'ouverture du centre a permis le regroupement de 43 professionnels de santé. Il s'agit d'un atout d'autant plus intéressant que la Maison de santé est située dans un QPV (Jean Moulin – Espoir).

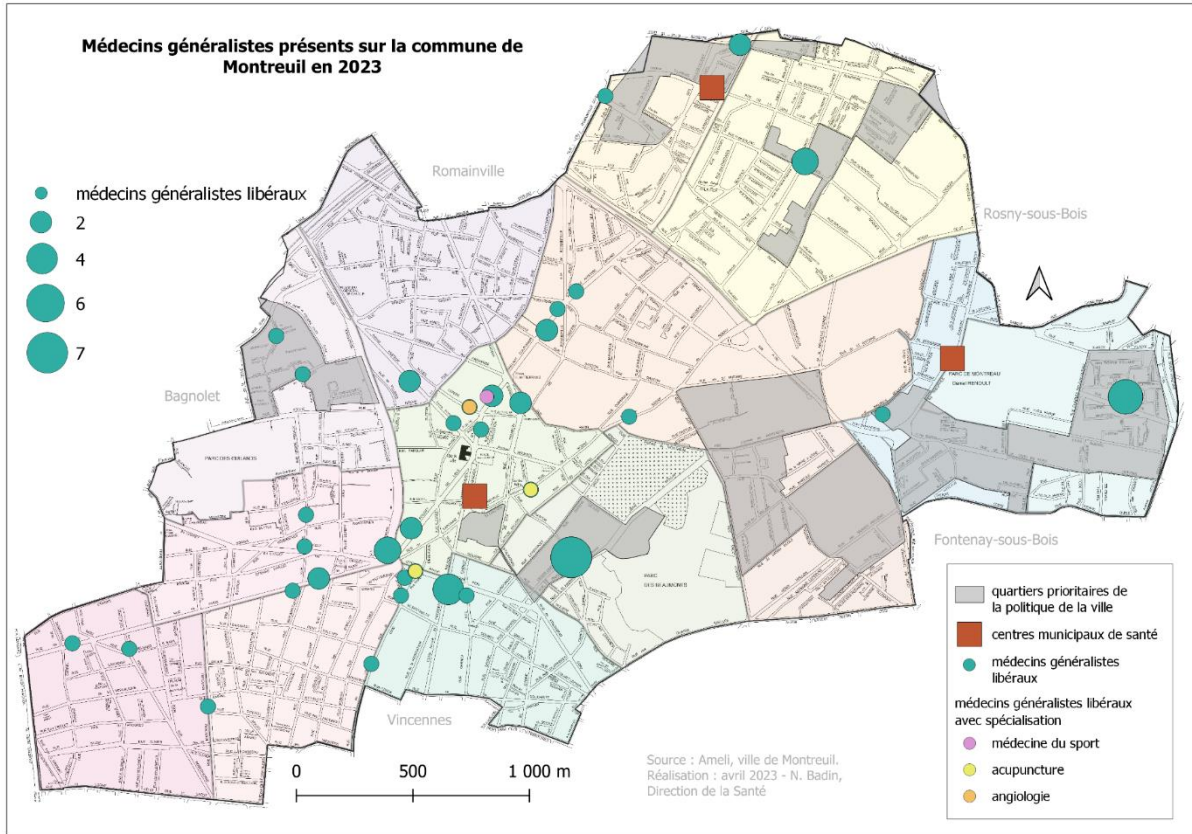
NB : Il est important de noter que la représentation cartographique des professionnels libéraux sur la commune présente des limites. En effet, un cercle correspond à un praticien mais il ne précise pas son temps de travail, soit le temps alloué aux consultations.

## **II.B - Des spécialités sous tension**

La carte de localisation de l'offre en médecine générale ci-dessous (carte 12 p.30) illustre particulièrement la carence d'offre sur une partie définie du territoire. Bien entendu, la répartition et la densité de médecins généralistes libéraux font écho à celles de la population montreuilloise.

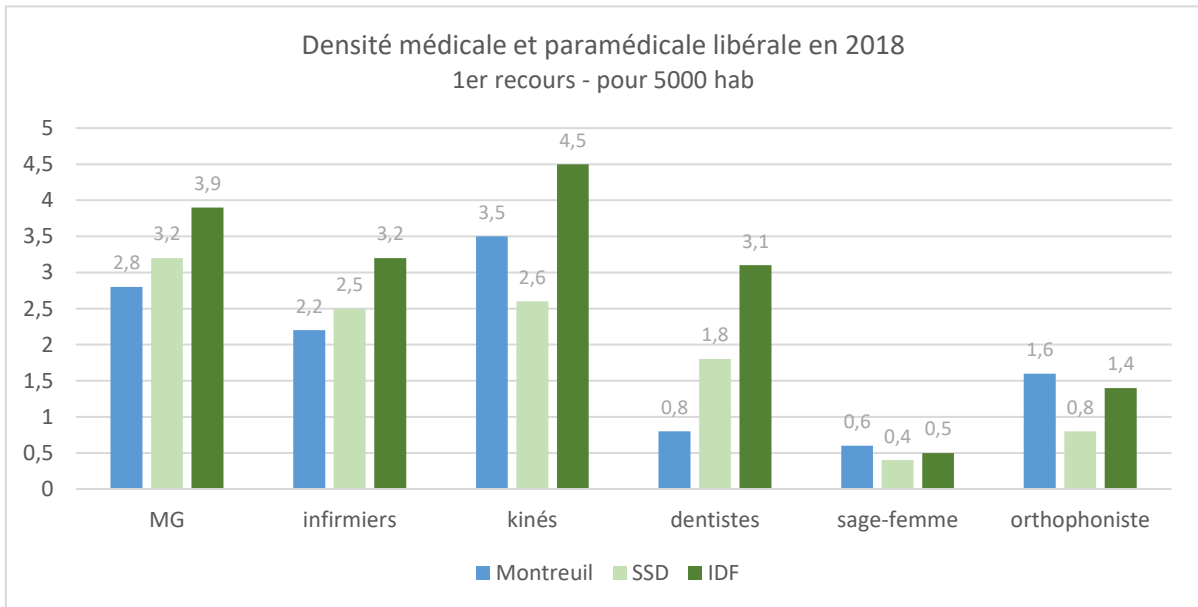
Bien que cette offre de médecine générale soit inégalement répartie sur le territoire, nous pouvons tout de même constater qu'elle ne semble pas délaisser les QPV (les 5 QPV sont bel et bien couverts).





Carte 12

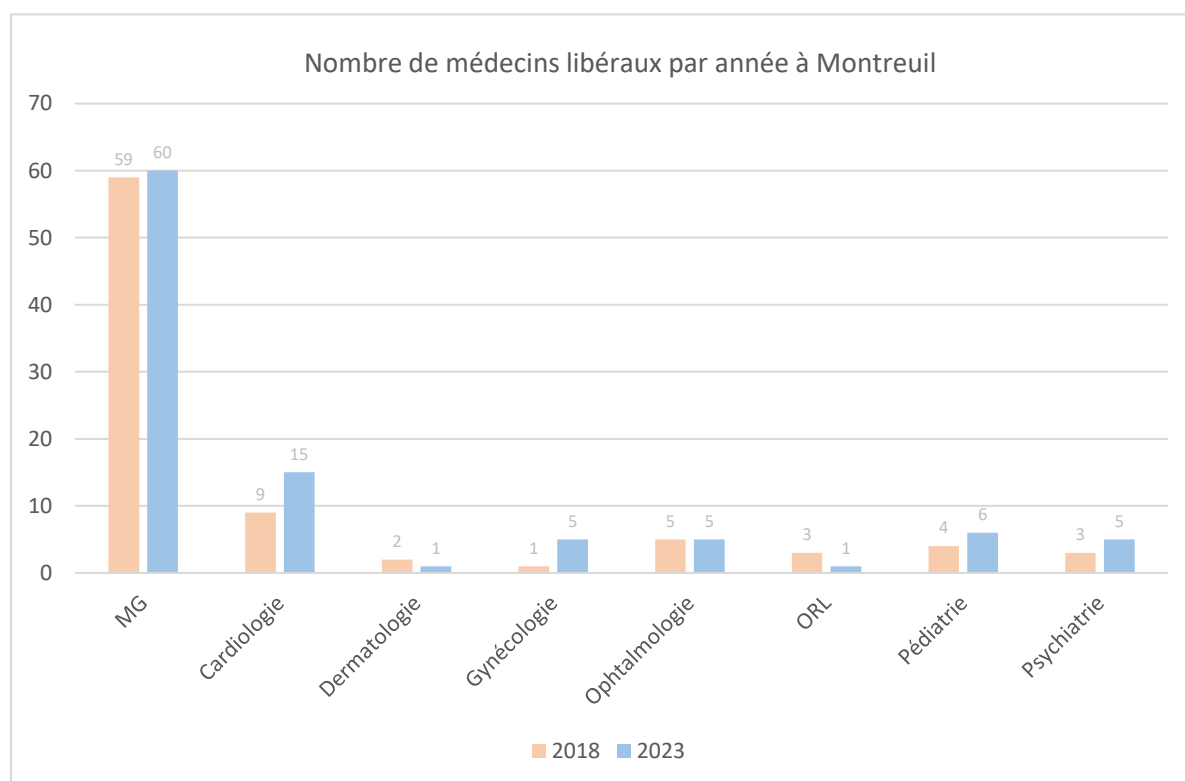
Graphique 11



Source : Diagnostic territorial Montreuil, Ameli 2018

En ce qui concerne la densité médicale, nous pouvons constater que la ville de Montreuil n'est pas toujours en bonne position. Elle peut posséder des densités inférieures à l'échelle départementale, ce qui est préoccupant lorsqu'on sait que la Seine-Saint-Denis représente l'un des départements avec le taux de professionnels de santé le plus faible. C'est notamment le cas avec les densités de médecins généralistes (2.8 pour 5000 habitants) et d'infirmiers (2.2 pour 5000 habitants) qui constituent des maillons indispensables de la chaîne de soin. De nouveau il est important de signaler que ces chiffres ne constituent qu'une représentation simplifiée ; ils tiennent compte du nombre de professionnels et non de leur quota horaire.

De plus, certaines spécialités sont très peu représentées au niveau de la commune et compliquent le parcours de soins des montreuillois les plus précaires. Comme nous pouvons le constater avec le graphique suivant (graphique 12), certains secteurs comme la dermatologie ou l'ORL sont largement sous représentés.



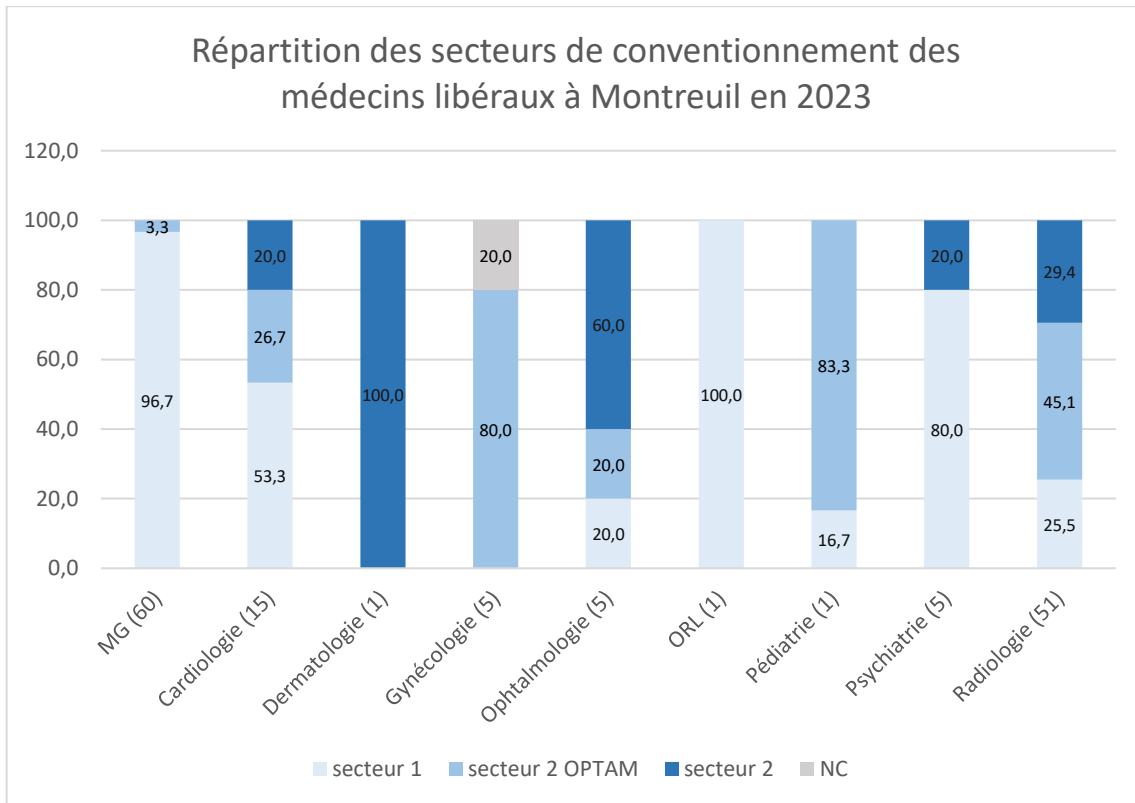
Graphique 12

Pour un meilleur suivi/accompagnement des patients, l'offre de soins doit être prise en compte dans sa globalité : dans certains cas, le recours aux soins peut être ralenti par la tarification des professionnels de santé. La convention médicale permet aux médecins d'exercer sous 3 secteurs différents. Chaque secteur possède sa propre tarification. Les secteurs 1 et 2 sont dits conventionnés, alors que le secteur 3 est en dehors du système conventionnel (Ameli). La tarification en secteur 1 permet aux populations les plus précaires d'avoir recours au soin car les tarifs appliqués correspondent à ceux fixés dans la convention



médicale. Ils servent de base au remboursement de la CPAM. La partie non prise en charge peut être remboursée au patient via sa complémentaire santé (CSS, mutuelle).

Graphique 13

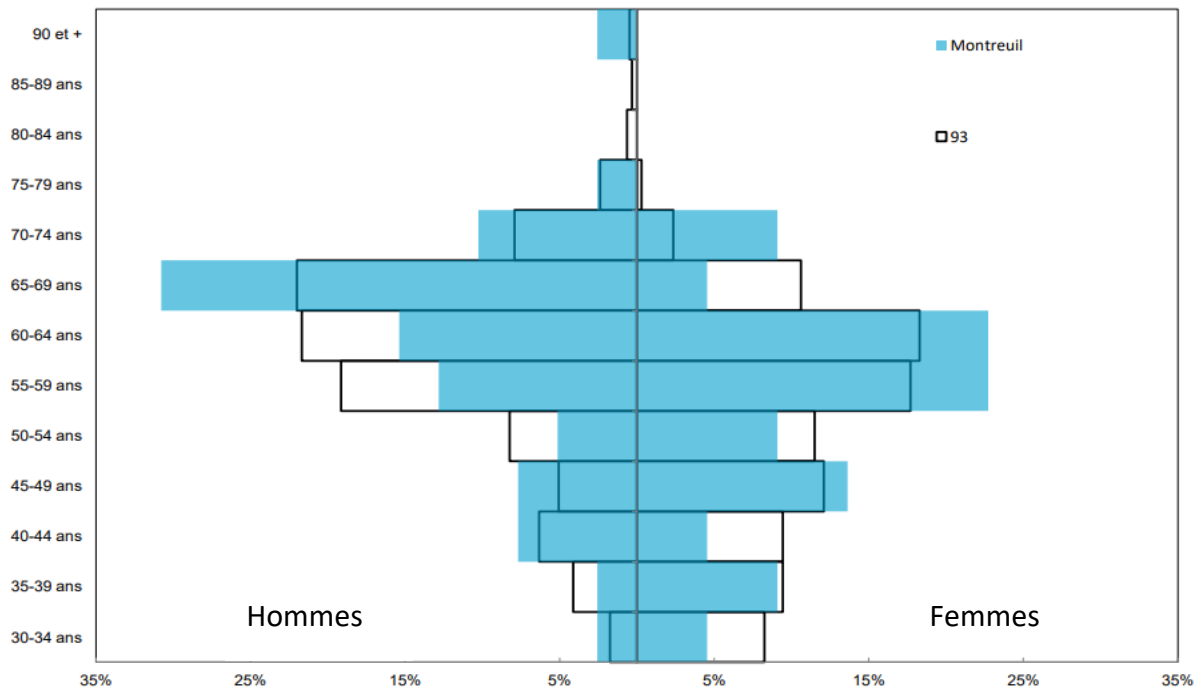


A Montreuil, certaines spécialités sont assurées uniquement par des professionnels de santé hors secteur 1 et ne permettent pas aux populations les plus précaires d’y avoir recours.

La ville est également confrontée à une autre problématique mise en évidence sur l’ensemble du territoire national mais spécifiquement en Seine-Saint-Denis. Un rapport de la Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques publié cette année (2023) avance l’âge moyen des médecins généralistes libéraux de Seine-Saint-Denis à **54 ans**. Le sujet du départ à la retraite des médecins généralistes est un sujet préoccupant pour l’ensemble du territoire : les médecins ne seront pas systématiquement remplacés et cela aura pour conséquence d’alourdir la charge attribuée aux professionnels de santé. L’offre de soin ne sera pas suffisamment étoffée pour répondre aux besoins de la population. De même, la pyramide des âges représentant des médecins généralistes de Montreuil et du département (graphique 14 p.33) transmise par la CPAM met en évidence une forte proportion de généralistes partant à la retraite dans les prochaines années.

Graphique 14

**Pyramide des âges des médecins généralistes de Montreuil et du département  
En 2018**



Source : CPAM

Le nombre de passages aux urgences est un autre indicateur d'un bon fonctionnement de la médecine de ville. En effet, un taux anormalement élevé de visites en service d'urgence peut témoigner d'un accompagnement qui n'est pas optimal en dehors de l'hôpital. Les urgences deviennent un espace de consultation complémentaire. Aussi, à l'échelle de Montreuil, nous pouvons constater que le taux de passages aux urgences sans hospitalisation pour 100 consommateurs du territoire s'élève à 31.1 contre 33.5 pour le département. La situation peut tout de même sembler préoccupante puisqu'on note une différence de 9 points entre le taux communal et le taux national.

**Nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (pour 100 consommateurs du territoire)**

Nombre de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation rapporté aux patients consommateurs calculé à partir du forfait ATU

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
31.1 25 921 pat.	33.5	26	22.2	-2.4	5.1	8.9

source ATIH (Année 2019)

La ville de Montreuil est donc touchée par différentes pressions qui oppriment l'offre en santé. On remarque que les territoires où l'offre de soins est la plus présente correspondent aux territoires où la densité est la plus importante, mais également, là où la population semble la plus privilégiée. Il y a donc un réel enjeu à investir les ISTS.

## III. Les atouts de Montreuil

Face à ces différentes problématiques, qui se posent à l'échelle locale comme nationale, la ville de Montreuil doit mettre en place des outils pour tenter de redynamiser l'offre de soin et de réduire les ISTS. Pour cela, elle doit intervenir de manière appropriée en fonction du territoire et de ses habitants, soit de ses spécificités, et par conséquent développer cette approche territoriale des politiques de santé.

### III.A – La survie des centres municipaux de santé

On observe aujourd'hui une tendance des pouvoirs publics à amoindrir leurs dépenses. L'engagement de la municipalité à Montreuil s'exprime par le maintien des CMS, qui constituent une charge financière lourde. Ces centres constituent un des moyens mis en place par la municipalité pour densifier l'offre de soins et réduire les ISTS. Les centres de santé sont « des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premiers recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L.322-1 du code de la sécurité sociale. » (Code de la santé publique\_article L6323-1). Cette codification précise ce qu'est un centre de santé : « un service de santé mais pas un établissement de santé, une structure sanitaire de proximité, de premier recours, dispensant des soins, de tout statut, public ou privé, lucratif ou non lucratif » (Emmanuel vigneron, 2014).

Les centres de santé diffèrent des cabinets de médecine libérale par le fait qu'ils pratiquent la délégation du paiement du tiers : ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé. Les médecins qui exercent sont salariés et élaborent un projet de santé transmis à l'ARS. Historiquement, les centres de santé sont régis par la municipalité, les professionnels santé sont salariés de la ville.

A Montreuil, les CMS sont ancrés dans l'histoire de la commune. Le premier « dispensaire » de Montreuil situé sur la place du Marché de la Croix de Chavaux date du début du XX<sup>e</sup> siècle. Il n'était ouvert qu'aux « nécessiteux » pour des soins courants et pour une consultation dentaire qui se tenait toutes les semaines (3000 consultations en 1905). L'objectif était double : répondre à un besoin social et maîtriser, voire réduire les dépenses d'aide médicale mises à la charge des communes, et alourdies par un chômage croissant. La municipalité avait intérêt à maîtriser les dépenses de santé. Elle a recruté pour cela ses propres médecins, en s'inspirant des initiatives prises par d'autres villes voisines ou

politiquement proches. « Les dispensaires de soins seront l'un des fleurons des maires communistes ou socialistes, tels qu'ils ont marqué la gestion des villes de la région parisienne. Ignorés par la législation, méconnus des administrations centrales, méprisés ou combattus par les médecins de ville quand ceux-ci n'y exercent pas, les dispensaires vont pouvoir développer des formes de services de santé originales, associant médecine générale, consultations de spécialistes, soins infirmiers, services dentaires, plateau technique, soins de rééducation ; ce que l'on appelle aujourd'hui les niveaux primaires, secondaires et tertiaires d'accès aux soins » (Projet de santé 2019 – ville de Montreuil).

Initialement destinés à des populations peu solvables, ils vont attirer, par des conventionnements avec les mutuelles et les caisses de sécurité sociale, des catégories sociales plus aisées. L'objectif n'est plus de maîtriser les dépenses d'aide médicale, mais d'intervenir de manière offensive dans l'offre de soins et dans la prévention. Peu à peu, les concepts de « Centre Médico-Social », puis celui de « Centre de Santé » se substitueront à celui de dispensaire. Le dispensaire historique de Montreuil est remplacé en 1936 par le centre de santé Savattero, qui offrait alors des soins en médecine générale, stomatologie, gynécologie, radiologie, soins infirmiers.

Par la suite 3 CMS sont venus compléter cette offre : à la fin des années 2000, la ville, dans une démarche de réduction des inégalités de répartition de l'offre de soins primaire entre le bas et le Haut Montreuil, a décidé de transférer une partie de son offre de soins vers le Haut Montreuil. C'est ainsi qu'est né le centre municipal de santé Tawhida Ben Cheikh qui a ouvert ses portes en mars 2011. Il porte le nom de la première femme du monde musulman à avoir exercé les métiers de pédiatre puis de gynécologue, à la fin de la seconde guerre mondiale. Aujourd'hui (2023), après un épisode de regroupement/fermetures de CMS, la ville de Montreuil compte un total de 3 CMS, répartis sur l'ensemble du territoire communal. Ils constituent un atout inestimable pour la ville, particulièrement dans un contexte caractérisé par une pénurie grandissante des professionnels de santé.

Comme le précise l'article ci-dessous (p.36) datant de 1996, la présence de CMS, à l'époque déjà et aujourd'hui surtout, témoigne d'un engagement municipal fort. En effet, l'implantation de centres municipaux est coûteuse. Le bon fonctionnement des CMS repose sur les moyens alloués par la ville et par l'ARS. Les CMS n'ont pas vocation à être rentables, ils permettent de fournir un accès aux soins aux personnes les plus précaires par leur principe de non lucrativité. L'accès à la santé est rendu possible par la pratique du tiers payant, souvent intégral. Les CMS fonctionnent sur un travail en réseau, ils promeuvent une médecine d'équipe coordonnée autour d'un dossier médical commun (interdisciplinarité) pour un meilleur suivi des patients. Cet accompagnement privilégié constitue un apport notable pour la patientèle. Par ailleurs les professionnels de santé salariés de la ville sont moins rémunérés que dans le secteur privé. Ils possèdent généralement une fibre engagée et peuvent allouer une part certaine de leur temps de travail aux questions de santé publique.

Actualité

Santé

## Des soins de qualité pour tous



Le docteur Prêtalides, ophtalmologue, à droite, estime qu'environ 10 % des patients qui prennent des rendez-vous pour des consultations ne les honorent pas. « Cet absentéisme est coûteux pour la ville et empêche en même temps d'autres patients d'accéder à ses soins », explique-t-elle.

**Issus d'une tradition de solidarité à laquelle la ville est fortement attachée, les cinq centres municipaux de santé (CMS) offrent aux Montreuillois une qualité des soins qui repose sur un plateau technique performant et sur un travail d'équipe original. Radiographie des lieux.**

Montreuil une médecine de qualité accessible à tous. En 2003, les cinq CMS ont enregistré 108 000 visites pour des soins externes et 22 000 autres pour des soins dentaires. « En plus de la qualité des soins, leur succès s'explique par le statut modérateur qui permet aux as-

surés sociaux de ne pas faire l'avance de la somme remboursée par la Sécurité sociale. Des conventions passées avec certaines mutuelles permettent aussi à des patients de bénéficier d'une exonération totale de l'avance de frais », explique Flora Bassecourt, responsable

administrative des CMS et des PM de la ville.

### Un engagement municipal fort

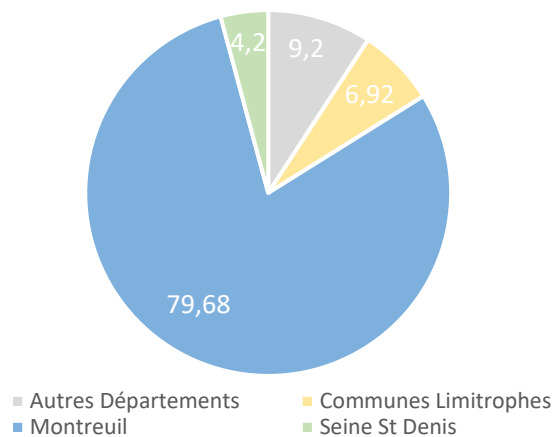
Les cinq CMS sont des structures de proximité très proches de la population. Ils tissent un

A Montreuil, le rôle des CMS dans les réductions des inégalités sociales et territoriales de santé est non négligeable. Tout d'abord, ceux-ci contribuent à la dispense de soins à travers les consultations de professionnels de santé, notamment en médecine générale. Pour rappel, ils disposent également d'une large offre de consultations spécialisées (en addition des consultations de médecine générale) : *cardiologie, dermatologie, gynécologie, oto-rhino-laryngologie, neurologie, psychiatrie, soins infirmiers, séances de vaccination, centre de planification et d'éducation familiale, conseillères conjugales et familiales, diététique, kinésithérapie, sport-santé et réentraînement à l'effort, traumatologie, échographie/radiologie, soins et chirurgie dentaire, orthodontie, pédiatrie, rhumatologie.*

Les CMS fournissent l'accès à des soins de qualité et constituent des acteurs de soins de premier recours. Sur l'année 2022, ils ont pris en charge **16 652 patients** dont 13 268 montreuillois. 20% des patients rencontrés provenaient de l'extérieur de la commune, soit de communes limitrophes ou d'autres communes du département. Près de 10% sont issus d'autres départements, supposément le Val-de-Marne ou Paris, qui sont frontaliers. Accueillant près de 13% de la population de la Ville, les CMS s'inscrivent en complémentarité de l'offre de soins de droit commun, constituée par la médecine de ville (notamment les médecins libéraux inscrits pour 75% d'entre eux en secteur 1 sans dépassement d'honoraires). Nous pouvons aussi noter qu'ils desservent une part non négligeable de la population qui se trouve en situation de vulnérabilité. En effet, sur l'année 2022, seul 46.7% bénéficiaient d'une mutuelle, soit moins de la moitié des patients. Environ un quart des patients était couvert par la CMU ou l'AME et l'autre quart était déclaré sans mutuelle.

Graphique 16

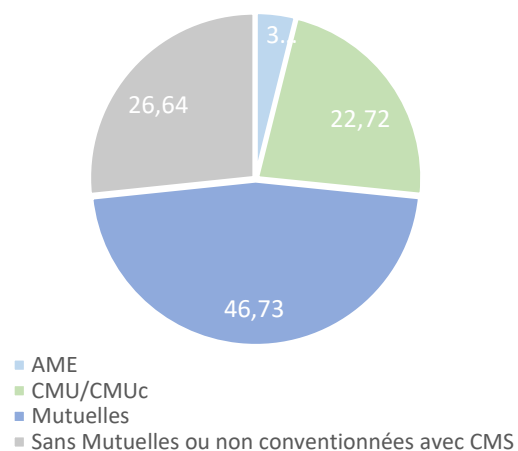
Provenance des patients des CMS montreuillois en 2022 (%)



Source : ORS

Graphique 15

Part des complémentaires des patients des CMS montreuillois en 2022 (%)



Source : ORS

Le rôle des CMS ne s'arrête pas là. En effet, une part horaire des salariés du CMS est allouée à la santé publique. Les professionnels s'investissent auprès d'organismes et établissements divers pour promouvoir la santé (prévention en milieu scolaire, organisation de forums santé, de conférences, etc). Ils organisent des actions de santé publique adaptées aux populations de proximité, en lien avec les différents services de la ville (direction de la santé, direction des sports, service d'hygiène, etc.). La présence de CMS permet également le déploiement de soins infirmiers et de visites médicales à domicile pour simplifier le recours aux soins. Une offre complémentaire est dispensée au sein des centres : PASS ambulatoire, CPEF, ETP diabète, Sport sur ordonnance, vaccination publique, prévention de l'obésité et éducation nutritionnelle, addictologie, aide aux aidants, etc.

## **Cas pratique : Les CMS dans la réorganisation des soins de support en oncologie**

On constate depuis quelques années, une tendance de l'Etat à externaliser les patients pour amoindrir la charge traditionnellement allouée à l'hôpital : réduction du nombre de lits, développement des pratiques ambulatoires, développement des soins à domicile, de la téléconsultation. Alors, se pose la question de la modernisation des soins en oncologie, vouée à devenir ambulatoire. Les soins oncologiques de support sont définis comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a » (Circulaire DHOS-SDO-2005\_1041 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie). Ils ont pour objectif d'assurer la meilleure qualité de vie possible aux patients, et à leurs proches. Pour cela, les SDS vont contribuer à diminuer les effets secondaires des traitements, diminuer les effets de la maladie en prenant en compte la diversité de leurs besoins. Ils font partie intégrante du parcours de soins en cancérologie et participent à l'amélioration de la qualité de vie des patients dans sa globalité : sur les plans physique, psychologique et social.

Les soins de support sont traditionnellement pris en charge à l'hôpital ou par des associations. Les CMS ne sont pas spécialisés dans les traitements du cancer ou l'offre de soins de support. L'intérêt d'intégrer les soins de support à l'offre des CMS est la gratuité pour les patients (au contraire des associations qui demandent une cotisation) et le confort de sortir ces soins de l'hôpital au-delà de l'aspect proximité. Ils constituent une offre de soins pluridisciplinaire et coordonnée mais surtout une offre réglementée. D'après l'instruction de la DGOS du 23 février 2017 relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer, le « panier-référentiel » est constitué d'un socle de base de 4 soins de supports. Il est complété par 5 soins de support. À ce jour, le panier des soins de support proposé par les professionnels de la direction de la santé est conforme à la réglementation relative aux soins de support.

### Les 4 soins de supports de base :

- La prise en charge de la douleur
- La prise en charge diététique et nutritionnelle
- La prise en charge psychologique
- La prise en charge sociale, familiale et professionnelle

### Les 5 soins de supports complémentaires :

- L'activité physique adaptée avec des professeurs diplômés
- Les conseils d'hygiène de vie (accompagnement au sevrage tabagique ou alcoolique...)
- Le soutien psychologique des proches et des aidants
- Le soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité
- La prise en charge des troubles de la sexualité

A Montreuil, les cancers représentent la 2ème cause d'ALD à Montreuil avec un taux de prévalence de 2,6% en 2021 (DCIR/SNDS/SNIIRAM). On observe une surmortalité par cancer par rapport à l'Île-de-France, notamment pour les cancers du poumon et colorectal. Au moment de la mise en place du dispositif en 2019, Le département peinait à développer des services de soins de support. Les patients montreuillois étaient généralement pris en charge à la croix Saint Simon dans le 20<sup>e</sup> arrondissement de Paris.

Pour répondre à cet enjeu, la ville de Montreuil a pris le parti d'implanter une offre de soins de support en CMS (à destination des montreuillois). Il s'agit de sortir les SDS de l'hôpital et de proposer aux Montreuillois en ALD cancer des soins de support à partir non seulement des compétences des professionnels des CMS (médecins généralistes et spécialistes, dentistes, kinésithérapeutes, infirmières, conseillères conjugales et familiales, diététiciennes, travailleur social, psychologue...) mais aussi des réseaux existants sur le territoire (CAMI, DAC 93...).

La mise en place de soins de support dans les CMS est **une approche novatrice** permettant de répondre à plusieurs objectifs. Tout d'abord, il s'agit de répondre à une carence sur le territoire. Les patients se voient proposer une offre coordonnée, pluridisciplinaire et de proximité. Par ailleurs, sortir les soins de support de l'hôpital est un engagement en faveur de la réduction des ruptures de soins. La ville, en travaillant sur cette articulation Ville-Hôpital agit également pour l'accessibilité financière (soins pris en charge par la SS ou par la Ville). Enfin, les moyens mobilisés restent minimes car cette proposition se base sur l'offre CMS déjà présente.

L'offre de soins de support peut être proposée par tous les professionnels de santé des CMS (ou par des professionnels issus de réseaux partenaires) à tout patient majeur résidant à Montreuil et étant dans un parcours de soins en cancérologie, quelle que soit la phase de la maladie. Concrètement, toute personne en ALD cancer pourra être reçue et exprimer ses besoins, dans un bureau dédié d'un CMS de la Ville, à une infirmière de coordination, formée. Une permanence sur rendez-vous a été mise en place pour accueillir les patients dans un cadre sécurisé et bienveillant, visant à faciliter l'expression des besoins et donner toutes informations utiles (présentation des soins de supports, des réseaux de santé...). Les animatrices vont aider le patient à formuler ses besoins et ensemble ils vont co-construire le parcours de soins. Une fois entré dans le dispositif, le patient peut bénéficier de l'ensemble de l'offre en fonction de ses besoins et reprendre rendez-vous dans le cadre de la permanence pour faire le point sur l'évolution de ses besoins. De fait, la coordinatrice pourra :

- orienter le patient vers des professionnels en CMS en lien avec la prise en charge de la douleur, la fatigue physique ou psychologique, les effets secondaires des traitements, les problèmes diététiques, le sevrage tabagique, les problèmes bucco dentaires, l'aide à la reprise d'une activité physique adapté, le suivi social adapté, le soutien psychologique, les soins palliatifs.



- orienter le patient vers des structures hors CMS, en lien avec le développement de réseaux (DAC 93, associations : Mandalia , Belle et bien, les battantes)
- proposer les ateliers de la CAMI (convention avec équipements sportifs de la ville)
- proposer le sport sur ordonnance (dispositif avec éducateurs formés à l'APA)

Le dispositif est mis en place en 2019 et lancé en 2021. **En un an et demi, le dispositif a pris en charge 44 patients**, ce qui est considérable étant donné que la ville n'a pas eu recours à une communication ouverte pour promouvoir le dispositif.

	Effectif	Part	Age moyen	Patient pendant traitement	Patient après traitement
<b>Femmes</b>	39	88,64 %	54,9	18	20
<b>Hommes</b>	5	11,36 %	56,8	4	1
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>		55,0	22	21

Effectifs au 25 avril 2023

#### Orientations proposées

PEC hypnose	15	34,1%
PEC sociale	4	9,1%
PEC professionnelle	0	0,0%
PEC diététique et nutrition	14	31,8%
PEC psychologique	18	40,9%
Conseils hygiène de vie	0	0,0%
Accompagnement question traitement	1	2,3%
PEC familiale et conjugale	6	13,6%
PEC troubles gynécologiques	7	15,9%
Activité physique adaptée	10	22,7%
Autres	2	4,5%

Nous pouvons constater que la part majoritaire des orientations qui ont été proposées concerne la prise en charge psychologique (40.9%), suivie de près par l'hypnose pour la prise en charge de la douleur (34.1%).

La carte ci-dessous (Carte 14) démontre qu'une minorité de patients est située en QPV. Certains cas exceptionnels sont également répertoriés en dehors de la commune.

**Document protégé pour raisons de confidentialité**

*Carte 13*

Le dispositif actuellement en place semble fonctionner de manière remarquable. L'équipe soignante s'est montrée très enthousiaste et mobilisée bien qu'avec de l'appréhension dans un premier temps. Cette cohésion a permis de prendre en charge plus de 40 personnes en moins de 2 ans.

La coordinatrice actuelle souligne tout de même qu'il est nécessaire de veiller à ne pas se transformer en une prise en charge oncologique. Elle précise : « On a demandé aux professionnels des CMS qui avaient une sensibilité pour la thématique d'aménager leur pratique pour répondre à la demande des soins de support ». Ils ont été formés par l'AC santé 93, un réseau de cancérologie de Seine-Saint-Denis qui dispense des formations aux professionnels. Néanmoins aucun spécialiste en oncologie n'exerce au CMS. L'objectif est simplement d'améliorer la coordination au sein du parcours santé et de ne pas se transformer en service annexe à l'hospitalisation.

La mise en place d'un système de soins de support en CMS est donc apparue comme inédite mais en réalité le dispositif est également survenu comme une réponse tardive face au contexte socio sanitaire à l'échelle du département.

### **Pour conclure**

Les CMS sont des structures d'exercice collectif, historiquement municipales. A Montreuil, ils sont ancrés dans l'histoire de la ville et leur continuité témoigne d'une volonté politique de promotion des soins auprès des populations les plus démunies. Ils prodiguent une offre de soins large et permettent la mise en place d'actions concrètes au contact des habitants. Les différentes caractéristiques des CMS comme la promotion de l'interdisciplinarité et du travail en équipe et l'accompagnement des patients en ont fait un outil de choix dans le développement de nouveaux dispositifs.

## III.B - Des outils de lutte contre les ISTS

En 2008, la ville de Montreuil engageait une démarche de concertation entre les habitants et les acteurs de la santé pour définir de façon collective les priorités en matière de santé publique au plan local. Six forums santé ont été organisés au printemps 2011 sur l'ensemble du territoire. Habitants et professionnels sanitaires et sociaux se sont rencontrés au sein de groupes de travail. En octobre 2011, cette concertation a donné lieu à l'organisation de la Conférence Locale de Santé. Cette dernière a travaillé à l'élaboration d'un Plan Local de Santé Publique (PLSP) qui a servi de base à la rédaction d'un Contrat Local de Santé (CLS) de 2ème génération. Ce dernier a été signé par la Ville, l'Agence Régionale de Santé et l'État en septembre 2012. En 2019, la ville s'est engagée, en partenariat avec l'ARS dans l'élaboration d'un CLS de 3ème génération. Le contrat local de santé (CLS) est un outil porté conjointement par l'agence régionale de santé et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.

### Préambule de l'ARS dans le CLS3 de Montreuil :

*« Introduit par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009 et confortés par la Loi de Modernisation de notre Système de Santé du 26 janvier 2016, les Contrats Locaux de Santé (CLS) permettent la mise en œuvre du Projet Régional de Santé (PRS) et constituent les volets santé des Contrats de Ville. Ils peuvent aussi porter autant sur la prévention et la promotion de la santé, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Portés conjointement par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et une collectivité territoriale, ils sont l'expression de dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires de terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près et avec les populations.*

*Les CLS constituent des outils de mobilisation et de coordinations privilégiés pour lutter contre les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé (ISTS) qui caractérisent la région d'Île de France. Afin de participer à la réduction des ISTS, les CLS se doivent notamment de favoriser l'action sur les déterminants de santé, le développement des démarches intersectorielles et s'appuyer sur le principe d'universalisme proportionné. Dans ce cadre, les CLS doivent s'attacher à ce que les actions développées atteignent les personnes fragiles, défavorisées et éloignées de la prévention et/ou de l'accès aux soins.*

*Les CLS doivent favoriser, à l'échelle de son territoire, la mise en œuvre de parcours de santé cohérents, allant de la prévention à la prise en charge globale en passant par les soins, en agissant sur la lisibilité, l'accessibilité et la qualité de ces derniers. Cet effort de cohérence doit bénéficier en particulier aux personnes pour lesquelles les difficultés sociales conduisent à une fragmentation ou à des lacunes dans la prise en charge. Les habitants, qu'ils soient usagers du système de santé ou destinataires de politiques de prévention, doivent être associés dans l'ensemble de la démarche.*

*Les CLS sont fondés sur une démarche participative et de co-construction. Ils doivent ainsi mobiliser tant que possible la participation des habitants. A ce titre, les CLS doivent permettre d'agir sur certains des déterminants sociaux et environnementaux de santé par une mobilisation convergente des signataires- mais aussi par la participation de l'ensemble des acteurs intervenant dans les champs sanitaires/ sociaux et médicaux-sociaux, des habitants et des usagers.*

*La coordination et le programme d'actions des CLS relèvent de financements distincts. La coordination du CLS est financée par l'ARS et la collectivité (le plus souvent à parts égales). Les programmes d'actions sont le plus souvent financés à travers des appels à projets (ARS, Collectivités, autres) [...] »*

Les CLS comportent une partie diagnostic et une partie pratique, soit une partie qui détaille à travers différentes fiches thématiques des actions de santé publique à mettre en place pour promouvoir la santé pour tous. Ces actions sont pensées en fonction des spécificités de la commune et de ses habitants, mais également en fonction des directives énoncées par les figures politiques de la ville (maire, élu à la santé) et des moyens alloués. Le CLS3 de Montreuil comporte 29 fiches action, pensées par la coordinatrice du service CLS/ASV en fonction des problématiques se posant sur cette période : 2018/2023. Chaque fiche-action concerne une thématique précise et énonce généralement plusieurs axes d'intervention.

#### Liste des 29 fiches-action du CLS3 de Montreuil

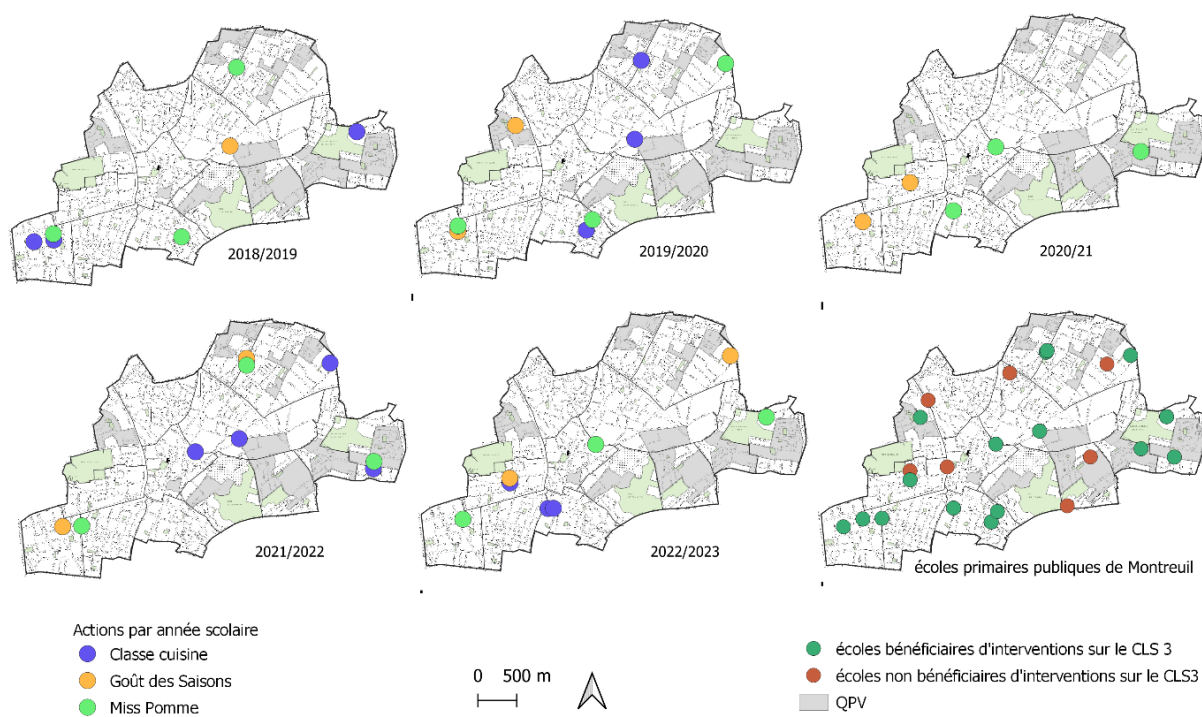
Fiche-action	Intitulé
1	Impulser une dynamique participative des habitants
2	Promouvoir les dépistages des cancers, notamment les dépistages organisés
3	Organiser des actions de prévention bucco-dentaire
4	Promouvoir la santé auprès des publics vulnérables - "aller vers"
5	Développer l'ETP diabète
6	Renforcer et pérenniser le dispositif "sport santé"
7	Promouvoir une alimentation saine et équilibrée
8	Favoriser l'accès de tous, à tout, promouvoir l'accessibilité universelle
9	Sensibiliser au handicap et promouvoir le dépistage précoce des troubles du spectre autistique
10	Formation des professionnels et sensibilisation de la population autour du sommeil
11	Sensibiliser les jeunes à l'égalité femmes/hommes
12	Promouvoir la vaccination auprès de la population générale
13	Renforcer l'organisation de l'offre en santé
14	Améliorer l'accès aux droits de santé
15	Fluidifier le parcours de vie / la santé des personnes en situation de handicap et soutenir les aidants
16	Améliorer l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées à domicile
17	Accompagner les personnes en ALD cancer par l'organisation de soins de support
18	Prévenir précocement les troubles psychiques et favoriser l'habitat inclusif
19	Accompagner les personnes présentant un syndrome de Diogène
20	Informier et accompagner les Montreuillois pour lutter contre la mortalité infantile
21	Poursuivre le dépistage de surpoids et de l'obésité dans les écoles et renforcer la prévention
22	Prévenir les violences faites aux femmes et jeunes filles et améliorer la prise en charge des victimes
23	Renforcer et pérenniser les actions des CPEF autour de la vie sexuelle et affective
24	Renforcer la prévention et le dépistage hors les murs des IST
25	Sensibiliser aux addictions aux substances (alcool, chicha, tabac, cannabis...) et aux écrans
26	Prévenir les risques sanitaires liés à l'habitat insalubre (saturnisme)
27	Améliorer la qualité de l'air (CMEI)
28	Apporter des réponses aux ménages en précarité énergétique
29	Mise en place d'un conseil local en santé environnement

Certains dispositifs ont une action localisée en un point précis comme la mise en place du dispositif de soins de support. Dans ce cas, il est intéressant d'observer la localisation des bénéficiaires. Dans d'autres cas, l'emprise territoriale s'exprime autrement comme dans le cadre d'actions de sensibilisation en milieu scolaire pour qui la ville se montre très investie (séances de prévention contre les addictions, sommeil, sensibilisation à l'hygiène des mains/hygiène bucco-dentaire, éducation à la vie affective et sexuelle, égalité filles-garçons, etc).

La fiche-action 7 intitulée « Promouvoir une alimentation saine et équilibrée » témoigne de la stratégie mise en place par Montreuil dans ses actions de santé publique et de son emprise territoriale. Elle dépeint plusieurs axes d'intervention (consultations, projets à la demande, etc). Néanmoins, chaque année, la ville intervient auprès de différentes écoles en collaboration avec la société régionale d'horticulture de Montreuil. Les diététiciennes de la ville sont mobilisées pour intervenir dans les classes et sensibiliser les enfants sur les questions d'alimentation. Plusieurs projets sont proposés aux écoles, qui candidatent et seront ou non retenues pour effectuer l'action au long de l'année scolaire. Les actions sont donc menées tout au long de l'année en équipe avec les élèves des classes sélectionnées, les diététiciennes de la ville, la SRHM. Les actions « Classe Cuisine » ont pour objectif d'améliorer le comportement alimentaire des enfants en s'appuyant sur le plaisir de faire, de consommer et de déguster des préparations qu'ils ont réalisées : ateliers cuisine, visites de lieux de confection alimentaire. Les établissements sélectionnés bénéficient généralement de 9 séances. Les actions organisées dans le cadre de Goût des Saisons visent à augmenter la consommation de fruits et légumes des enfants scolarisés en s'appuyant sur le plaisir de la dégustation de produits de saison locaux. Cette action consiste en 3 ateliers diététiques par saison auprès des classes participantes. Le projet Miss Pomme allie nutrition et éducation civique. Chaque classe découvre la culture des vergers et devient pilote d'une race de pommes. Une rencontre/dégustation est organisée en fin d'année pour élire la meilleure pomme selon différents critères. La carte ci-dessous (carte 15 p.40) illustre les 3 projets soutenus par la ville qui ont lieu chaque année.

Les écoles participantes ont été cartographiées de manière à pouvoir observer leur répartition sur le territoire. Dans ce cas, il semble que l'impact de l'action soit globalement bien réparti sur le territoire. La cartographie des établissements bénéficiaires s'avère particulièrement intéressante car elle permet d'identifier quel secteur a été ou non priorisé.

## Actions fixes de promotion d'une alimentation saine et équilibrée



Carte 14

L'élaboration du CLS et la réflexion menée autour des actions de santé à mettre en place sont intrinsèquement liées à la présence des CMS sur la commune. En effet, étant salariés de la ville, les professionnels de santé peuvent facilement être mobilisés pour des actions de sensibilisation. Les dentistes de la ville sont mobilisés pour les actions de prévention en santé bucco-dentaire chez les scolaires, les éducateurs sportifs de la ville sont mobilisés sur le dispositif de sport santé, etc. C'est une part intégrante de leurs missions.

De manière générale, la mise en place des CLS a impulsé une nouvelle approche de la santé au niveau local par un regard plus transversal, plus global. Ceux-ci s'intéressent au-delà du soin et de la prévention, aux conditions de vie des populations. Ils agissent en association avec d'autres outils comme les Ateliers Santé Ville (ASV). En effet, le 14 décembre 1999, le Comité interministériel des villes (CIV) décidait la création nationale des Ateliers santé ville (ASV). Le dispositif est donc apparu bien avant la création des CLS. Un Atelier santé ville est défini par le référentiel national de mars 2012 comme « une démarche d'ingénierie de projet, de coordination d'acteurs et de programmation d'actions de santé au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, elle s'applique dans un cadre partenarial au profit des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville ». Les ASV rendent visibles les inégalités par leur ancrage territorial, leur connaissance des besoins à partir des diagnostics effectués et leur fonction d'observation. Ils sont financés par l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT). A Montreuil, il est difficile de



distinguer les missions du CLS des missions de l'ASV. Tous deux travaillent en collaboration. L'emprise territoriale des actions mises en place par la ville n'est pas forcément rattachée de manière directe/ou non, à un QPV.

Depuis 2012, un financement de l'ARS est également en place pour le fonctionnement du Conseil local de santé mentale. En effet, il y a 10 ans déjà, les diagnostics des Ateliers Santé Ville (ASV) identifiaient la souffrance psychique comme une priorité<sup>7</sup>. Né des dynamiques créées par les ASV, le CLSM est une démarche impulsée sur et par le territoire de proximité (infra-communal, communal, intercommunal) dans le but de mettre en place une politique locale de santé mentale avec l'ensemble des acteurs, et par conséquent, permettre l'amélioration de la santé mentale de la population. Il est défini par l'ARS comme un espace de discussion et de coordination de l'action publique visant à favoriser l'insertion dans la cité, des personnes ayant des troubles psychiques. Le CLSM est présidé par le maire ou l' élu désigné par le groupement de communes. Il requiert donc une forte volonté politique locale de promouvoir la santé mentale (Berthon, 2015). La mise en place d'un CLSM n'est pas obligatoire mais est fortement encouragée par l'ARS. En Seine-Saint-Denis, sur 40 communes 14 disposent d'un CLSM. Depuis un an, Montreuil bénéficie d'un chargé de mission CLSM travaillant à temps plein sur les actions de promotion/de sensibilisation à la santé mentale.

### **Cas pratique : séances de sensibilisation « La santé mentale dans mon quartier »**

Le dispositif est à l'initiative du chargé de mission santé mentale et coordinateur du CLSM de la ville de Montreuil qui est entré en contact avec la chargée de mission du CCOMS (centre collaborateur de l'OMS) en août 2022. En effet, plusieurs éléments ont été identifiés pour justifier la mise en place du programme dans les QPV Montreuillois :

- La coordination du CLSM est actuellement stable
- Les QPV sont en demande renforcée d'actions sur la santé mentale depuis le post-covid
- Le réseau ne connaît pas les acteurs de proximité QPV

Cinq séances sont donc programmées dans les cinq QPV la semaine du 23 janvier 2023. Les séances constituent un espace de parole pour échanger de manière bienveillante et constructive autour des thématiques de santé mentale. Elles ont pris place dans des endroits clés, soit dans les locaux d'associations intégrés au QPV dans le but d'introduire et de conforter ce réseau partenarial et également dans une maison de quartier en raison de l'absence de tissu associatif.

---

<sup>7</sup> Enquête annuelle de suivi 2013 sur l'activité 2012 : la santé mentale est un des 3 thèmes les plus traités au sein des ASV – Territoires, incubateurs de santé, les Cahiers-ORS

- GEM (groupe d'entraide mutuelle) : lieu de ressource en santé mentale
- LEA (lieu d'écoute et d'accueil) : association engagée dans la santé communautaire
- Maison Montreau : association engagée sur la thématique de la santé de la femme

Le CLSM s'est appuyé sur la chargée de développement social des quartiers pour diffuser les informations et faire le lien avec les partenaires, sur le service communication de la ville pour diffuser les différents supports de communication du programme, sur ses partenaires associatifs pour permettre l'accueil des séances au sein des QPV. Quelques jours avant le démarrage, la séance prévue dans le QPV Le Plateau-Les Malassis-La Noue est annulée faute d'inscriptions suffisantes.

OBJECTIFS A COURT TERME	OBJECTIFS A MOYEN/LONG TERME
✓ Communiquer sur les questions de santé mentale au sein des QPV	✓ Relancer la dynamique du CLSM
✓ Sensibiliser des personnes volontaires aux questions de santé mentale	✓ Relancer l'approche de démocratie en santé du CLSM
✓ Débuter un travail partenarial avec des acteurs de proximité	✓ Favoriser la connaissance par le réseau des acteurs de proximité en santé mentale
	✓ Favoriser la création d'un groupe de personnes concernée pour participer au CLSM

\* Gris : Objectifs non atteints Jaune : objectifs partiellement atteints – Vert : objectifs complètement atteints

Finalement, le projet « La santé mentale dans mon quartier » a rencontré une forte mobilisation : 85 personnes ont participé aux séances de sensibilisation (moyenne de 21 participants par séance). 32 dispositifs/structures étaient représentés, avec une réelle mixité dans chaque séance, permettant de répondre favorablement à l'objectif de décloisonnement voulu par le programme. Une grande partie des acteurs/secteurs ciblés était présente : habitants, associations de personnes concernées (Aidants et usagers), élu local, agents des collectivités, structures du social, de la santé, de l'emploi/insertion, de la jeunesse/éducation, de l'habitat, de la citoyenneté, du sport ou encore de la culture et près d'une vingtaine de participants s'est présentée avec une double casquette (Habitant/Pro, Habitant/Bénévole, Habitant/Aidant).

33 personnes sur 85 ont indiqué habiter dans le QPV concerné par l'action (certains se sont identifiés uniquement avec une « casquette bénévole/professionnelle »), et 43 personnes sur 85 ont indiqué travailler/agir au sein du QPV.

En conclusion, les différents outils qui servent la commune présentent une action plus ou moins déterminée sur les territoires les plus sensibles. Bien que certains dispositifs comme l'ASV soient mis en place pour servir cette fonction, il n'est pas toujours évident de cibler une population lors du lancement d'actions de santé publique. La ville cherche à

intervenir sur l'ensemble du territoire, mais de manière proportionnelle à ses besoins. C'est le principe de l'universalisme proportionné. En effet, les approches universelles et les approches ciblées présentent des inconvénients : elles impactent de manière limitée le gradient social de santé. En combinant ces deux approches, le Professeur Marmot (2010) spécialisé en santé publique et en épidémiologie a développé le principe d'universalisme proportionné : « Pour réduire la pente du gradient social de santé, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons universalisme proportionné. Une plus grande intensité d'action sera probablement nécessaire pour ceux qui ont un plus grand désavantage social et économique, mais se concentrer uniquement sur les plus défavorisés ne réduira pas le gradient de santé et ne s'attaquera qu'à une petite partie du problème ».

Il s'agit donc d'offrir une intervention universelle concernant l'ensemble de la population (tout en éliminant les barrières d'accès pour éviter d'accentuer les inégalités sociales de santé) ; mais avec une intensité et des modalités qui varient en fonction des différents sous-groupes de la population et de leurs besoins. En effet, le principe d'universalisme proportionné ne s'intéresse pas uniquement à l'aspect quantitatif des actions mais surtout à leur aspect qualitatif via des actions différenciées et adaptées au contexte local.

## Conclusion générale

La position de Montreuil quant à la gestion de sa politique de santé reste fortement marquée par l'histoire de la ville et son engagement. Le maintien de 3 centres de santé municipaux témoigne de fait, de cet engagement municipal fort pour les questions de santé. Ils permettent de compléter l'offre de soins déjà présente sur le territoire, soit une offre dense mais qui n'est pas toujours accessible. L'offre en CMS est large et permet de desservir les populations les plus précaires (bien qu'elle soit accessible à tous).

Les différentes actions menées par la municipalité viennent également investir les questions d'inégalités sociales et territoriales de santé. La ville met en place des dispositifs pour compléter et densifier l'offre de soins. Cela a notamment été le cas avec la création d'un système de soins de support au CMS Savatterro, situé au centre de la commune. Elle s'investit aussi dans les actions de sensibilisation et de prévention auprès de l'ensemble de la population avec une attention particulière pour les scolaires. En effet, pour être efficaces, les politiques mises en place pour réduire les ISTS ne doivent pas se limiter à agir sur les déterminants de la santé ; elles nécessitent l'inclusion d'actions visant à contrecarrer les mécanismes sociaux à l'origine de la répartition inégale des déterminants de la santé dans la population.

La prévention reste un outil clé mobilisé par les agents de la ville, néanmoins la réduction des ISTS passe également par la mise en place d'actions diverses, en CMS ou « Hors les murs ». Ces actions sont pensées par la municipalité à partir d'une étude approfondie des spécificités et problématiques qui se posent à l'échelle locale, et elles sont exercées par des agents de la ville, avec une portée plus ou moins ciblée et une emprise territoriale variable.

A Montreuil, l'offre en santé ne semble pas se résumer à l'offre de professionnels de santé sur le territoire. On remarque un investissement et une mobilisation réelle de la ville, particulièrement observable à travers le travail des CMS, soit des professionnels de santé salariés de la ville. L'engagement de la ville dans la création d'une CPTS peut également suggérer un engagement croissant de la part des médecins libéraux non salariés de la ville dans la mise en place d'actions de santé publique.

## Bibliographie

### Articles scientifiques

AMAT-ROZE J., 2011, « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote*, 143, 13-32. <https://doi.org/10.3917/her.143.0013>

AMAT-ROZE J., 2011, « La santé, une construction interdisciplinaire. L'exemple du dialogue géographie – Santé – Territoire », *Recherche en soins infirmiers*, 106, 5-15. <https://doi.org/10.3917/rsi.106.0005>

ARCELLA-GIRAUX P., BERTHON C., 2015, « Les ARS et le développement des CLSM: L'expérience en Île-de-France », *L'information psychiatrique*, 91, 586-590. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1381>

BOURGUEIL Y., 2017, « L'action locale en santé : rapprocher soins et santé et clarifier les rôles institutionnels », *Sciences sociales et santé*, 35, 97-108. <https://doi.org/10.1684/sss.2017.0106>

CASCIARRI B., 2020, « Réinventer une identité entre « nature » et « culture » pour une ancienne ville ouvrière de la banlieue rouge », *Journal des anthropologues*, 162-163, 29-45. <https://doi.org/10.4000/jda.9881>

COLLET A., 2013, « Trajectoires résidentielles de classes moyennes et gentrification des anciens quartiers populaires : Le cas du Bas Montreuil », *Savoir/Agir*, 24, 41-48. <https://doi.org/10.3917/sava.024.0041>

COLLET A., 2012, « Montreuil, « le 21<sup>e</sup> arrondissement de Paris » : La gentrification ou la fabrication d'un quartier ancien de centre-ville », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 195, 12-37. <https://doi.org/10.3917/arss.195.0012>

COLLET A., 2008, « Les « gentrificateurs » du Bas Montreuil : vie résidentielle et vie professionnelle », *Espaces et sociétés*, 132-133, 125-141. <https://doi.org/10.3917/esp.132.0125>

DELACROIX C., 2009, « La chute de Montreuil la Rouge », *Hérodote*, 135, 110-127. <https://doi.org/10.3917/her.135.0110>

FEBVREL D., 2017, « Ateliers santé ville : des dynamiques territorialisées de santé », *Les Tribunes de la santé*, 56, 49-53. <https://doi.org/10.3917/seve.056.0049>

FLEURET S., 2016, « Les contrats locaux de santé : un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé », *Sciences sociales et santé*, 34, 107-115. <https://doi.org/10.1684/sss.2011.0206>

LORETTI A., 2021, « *La fabrique des inégalités sociales de santé* », Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/la-fabrique-des-inegalites-sociales-de-sante--9782810909391.htm>

### Documents annexes

LANG T., ULRICH V., 2017, *Les inégalités sociales de santé*. Actes du séminaire de recherche de la Direction de la Recherche, des Études, de l'évaluation et des Statistiques. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé.

Dossier SNS, axe 2 bis, 2017, *Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé*. [dossier\\_sns\\_2017\\_axe2bis.pdf \(sante.gouv.fr\)](#)

MARMOT M., (2010). «Fair society, healthy lives». Strategic review of health inequalities in Englandpost. The Marmot Review.

GUICHARD A., POTVIN L. (2010). Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? in POTVIN L. La réduction des inégalités sociales de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé. Saint Denis : INPES.

DREES, (2011). « Inégalités sociales de santé », in : *L'état de santé de la population en France*. p. 117-123.

### Livres

DRULHE M, 1996, *Santé et société: Le façonnement sociétal de la santé*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.drulh.1996.01>

HASCAR-NOE N., LANG T., 2017, *Réduire les inégalités sociales de santé – une approche interdisciplinaire de l'évaluation*. Presses universitaires du Midi, Toulouse

LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T., 2000, *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte.

VIGNERON E., 2014, *Les centres de santé, une géographie rétrospective*. Paris : FEHAP, 247p.

BOCARD H., AUDUC A., DECOUX J., 2006, *Patrimoines de Montreuil, Seine-Saint-Denis*. Lieux Dits, Itinéraires du patrimoine, 130p.

## Documents internes – ville de Montreuil

Projet de santé 2019 – Centres municipaux de santé Montreuil (93100)

Diagnostic santé de Montreuil 2018

Contrat local de santé Montreuil (93100) 2018–2022

Carnets d'appels à projets 2021-2022, Partenariats éducatifs entre l'éducation Nationale et la ville de Montreuil pour les écoles maternelles et élémentaires.

## Sites web

Ville de Montreuil : <https://www.montreuil.fr/>