

La ville qui prend soin

panorama

10 / 2026

La santé aujourd'hui, de quoi parle-t-on ? p.4
La santé au prisme des évolutions actuelles

Prévenir : santé & urbanisme p.10
L'urbanisme favorable à la santé
Les déterminants environnementaux et sociaux
Les inégalités sociales en santé
L'approche originale du ressourcement

Soigner: regard sur l'offre de soins p.22
L'offre de soins dans Bordeaux Métropole
Améliorer l'organisation de l'offre de soins

Accueillir : lieu de soins et soins du lieu p.28

Perspectives p.30



Comment la ville participe-t-elle aux conditions d'une bonne santé de ses habitants ?

L'urbaniste et le médecin, même engagement ?

Urbanisme et santé : une histoire ancienne. Dès le XIXe siècle, la discipline de l'urbanisme, qui suit alors le courant hygiéniste, vise à « assainir » le milieu urbain pour lutter contre les maladies infectieuses : réseaux et services urbains d'assainissement, nouvelle conception des logements, des îlots et des voiries, ou encore gestion des déchets (Haussmann, Cerdà, etc.). Après un desserrement des liens entre médecine et urbanisme au milieu du XXe siècle, l'avènement d'une « transition épidémiologique *» les a conduits à se rapprocher de nouveau.

Urbanistes et médecins sont désormais confrontés à une évolution des enjeux contemporains : à l'explosion des maladies chroniques telles que cancers, maladies respiratoires, asthme, allergies, maladies cardio-vasculaires, se superposent à la fois un nouveau contexte environnemental mondial (changement climatique, vulnérabilité des populations exposées aux risques naturels et technologiques) et une prise de conscience renforcée des inégalités sociales de santé, avec un différentiel d'exposition et de vulnérabilité des populations qui interroge.
Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (**OMS**), la santé est « un état complet de bien-être à la fois physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Si le médecin se focalise davantage sur l'état du corps et de l'esprit et l'urbaniste plutôt sur l'organisation et le fonctionnement des lieux ou milieux (urbains ou ruraux), ces deux figures se rejoignent dans un supra objectif de **bien-être des populations,** avec un défi commun : prendre soin du vivant !

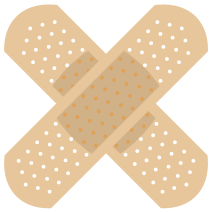
La ville qui prend soin : prévenir, accueillir et soigner

Depuis plusieurs années, nombre d'actrices et d'acteurs, dont l'a-urba, tentent de déterminer les différents facteurs d'une bonne santé et d'élaborer des outils pour sa mise en œuvre et sa gestion dans les territoires, à toutes les échelles. Comment définir « la ville qui prend soin » ? Elle apparaît d'abord comme celle qui réunit les conditions pour vivre en bonne santé, soit un territoire favorable à la santé, tenant compte de différents déterminants : le niveau de pollution (air, eau, bâti…), le niveau sonore, le confort thermique, la qualité de l'alimentation, la qualité de l'habitat, des déplacements, la prise en compte des vulnérabilités sociales, etc. Une part de ces déterminants s'inscrit dans la démarche d'urbanisme favorable à la santé, qui consiste à « prévenir », c'est-à-dire éviter le développement de problèmes de santé liés au cadre de vie. Par ailleurs, il s'agit également d'offrir les conditions pour « guérir », soit garantir un accès aux soins aux usagers, grâce à la présence de professionnels de santé, accessibles géographiquement et financièrement. La géographie du soin apparaît désormais fondamentale, face aux tensions grandissantes entre demande et offre de soins dans de nombreux territoires.

Ce document permet de retracer les réflexions sur le sujet, notamment mises en débat lors de l'évènement « La ville qui prend soin » organisé par l'agence en novembre 2025. Il **met en musique l'urbanisme favorable à la santé avec les problématiques d'accès aux soins sans oublier les enjeux des nouvelles formes de lieux de soins**, dans l'objectif de nourrir les politiques publiques vers plus d'égalité d'accès à un cadre de vie qui prenne soin.

* : baisse de la mortalité infectieuse et hausse de la mortalité liée aux maladies chroniques

La santé aujourd'hui, de quoi parle-t-on ?



Que pensent les populations du système de santé ?

73 % des répondants français en 2025 jugent les délais d'attente pour voir un professionnel de santé excessifs, contre **53 %** en 2018.
Source : IPSOS, Health Service Report 2025

34 % seulement des Français estiment bénéficier d'une égalité de traitement.
Source : IPSOS, Health Service Report 2025

51 % des français pensent que la qualité des soins se dégrade.
Source :IPSOS, Health Service Report 2025

L'obésité et le vieillissement seraient pour les Français les principaux défis pour le système de santé demain Source :IPSOS, Health Service Report 2025

Quelles sont les tendances ?

73 % des Français résidant en France métropolitaine se déclarent en bonne santé, dont 26 % s'estiment même en très bonne santé, mais ils restent pessimistes sur l'état de santé général de la population.
Source : DREES, 2021.

Les maladies non transmissibles (MNT : cancers, obésité, diabète, maladies cardio-vasculaires et pulmonaires) sont à l'origine de **75 %** des décès à l'échelle mondiale en 2021 et le poids économique des maladies devrait augmenter d'ici 20 ans.
Source : OMS, 2022.

Malgré de meilleures habitudes de vie déclarées, les femmes se perçoivent en moins bonne santé que les hommes. Parmi les 15-85 ans, **65 %** des femmes se considèrent en bonne ou très bonne santé, contre **71 %** des hommes.
Source : Baromètre de Santé publique France 2021

60 % et **48 %** des Français placent le cancer et la santé mentale comme premières inquiétudes.
Source : IPSOS, Health Service Report 2025

L'espérance de vie en France diffère de **13 ans** pour les hommes et **9 ans** pour les femmes entre les 5 % les plus pauvres et les 5 % les plus riches.
Source : INSEE, 2025

Un quart de la population française se sent régulièrement seule.
Source : Fondation de France/ Credoc, 2024.

87 % du territoire national est classé en situation de fragilité médicale, comprenant le rural, des villes moyennes et des périphéries urbaines. Sources : Data.gouv, 2025.

Quelques chiffres-clés locaux

73 % des Néo-Aquitains se sentent en bonne santé.
Source : Bien-vivre en Nouvelle-Aquitaine, a'urba, 2025

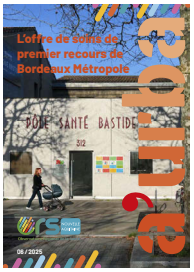
Plus de 80 % des lycéens Néo-Aquitains jugent que leur état de santé est satisfaisant. Plus du **tiers** ont une conduite alimentaire perturbée.
Source : Observatoire régional de la santé en Nouvelle Aquitaine, 2022.

55 % des Néo-Aquitains sont satisfaits de l'offre de soin de premiers recours près de chez eux contre **33 %** pour l'offre de soin spécialisé.
Source : Bien-vivre en Nouvelle-Aquitaine, a'urba, 2025

28 % des Néo-Aquitains restreignent leur accès à la santé pour des raisons de moyens ou de disponibilité.
Source : Bien-vivre en Nouvelle-Aquitaine, a'urba, 2025

465 pour 10 000 personnes consommant des soins le sont pour une prise en charge de maladie psychiatrique en Nouvelle-Aquitaine contre **420 pour 10 000** à l'échelle française
Source : Observatoire régional de la santé en Nouvelle Aquitaine, 2026.

En 2023, plus de **150 000** actes de médecins généralistes ont été réalisés par les centres de santé sur Bordeaux Métropole, soit 3,5 % des actes de l'activité totale (libéraux et centres de soins).
Source : L'offre de soins de premier recours, a'urba et ORS Nouvelle Aquitaine, 2025





79 % de la population de Bordeaux Métropole à moins de **10 minutes** à pied d'un médecin généraliste.
Source : L'offre de soins de premier recours, a'urba et ORS Nouvelle Aquitaine, 2025

La santé au prisme des évolutions actuelles



L'évolution de la médecine de ville et des pratiques des patients

Ces constats sont le fruit du travail d'étudiants de l'ENSAP BX et de Sciences Po Bordeaux pour l'a-urba, sur l'avenir de la médecine de ville, (enquêtes auprès de professionnels de santé, analyse documentaire, projets urbains).*

Une démographie médicale vieillissante, en légère baisse et une féminisation

Le nombre de praticiens de la médecine de ville en activité régulière est aujourd'hui confronté à une baisse tendancielle à l'échelle nationale, selon la Direction de la Recherche, de l'Étude, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), qui s'explique notamment par le vieillissement de la population médicale : 47 % de la population de médecins a plus de 55 ans. L'âge moyen des praticiens de santé s'élève à 51 ans, contre 42 ans pour l'ensemble de la population française. Sur le territoire français, les femmes médecins sont désormais aussi nombreuses que les hommes et tendent à devenir de plus en plus majoritaires. Au 1er janvier 2022, les femmes représentent 52,5 % des effectifs de médecins généralistes en activité régulière, confirmant la féminisation de la profession (Ordre des médecins - 2022).

De plus en plus de salariat

Du fait des charges administratives, financières et mentales importantes, les praticiens du système de santé français ont de moins en moins tendance à s'orienter vers le secteur libéral : 63 % des nouveaux médecins sont salariés (DREES). Par ailleurs, la profession généraliste est de moins en moins attractive, comparée aux spécialités, alors même qu'elle est devenue centrale dans le dispositif de coordination des soins.

Des aspirations à une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie privée

En parallèle, la diminution de l'offre médicale tient aussi à la réduction du temps de travail des médecins nouvellement entrés en profession, puisque les nouvelles générations font preuve d'aspirations différentes sur la gestion de leurs conditions de travail.

« On a beaucoup de médecins [généralistes] qui ont l'âge de la retraite (...). Les jeunes qui s'installent travaillent moins. Donc ils ne peuvent pas absorber la patientèle des médecins qui partent à la retraite. »

Enquête réalisée par les étudiants auprès des professionnels de santé



*Les évolutions de la médecine de ville à Bordeaux, 2024. Sciences Politiques Bordeaux, ENSAP BX. AHMED ABDOU Julia, AL-MANSOURI Nadia, ALLIA Riad, BUKLIV Solomiia, CHAUMUZEAU Lou-Anne, DELFAUD Clémence, EL KHAYARY, Imane, FOUAD Amin, FLORO Anthony, MAGRE Coline.

Des pratiques de soin de plus en plus encadrées et intermédiées par les outils numériques. La numérisation des tâches administratives et de prises de rendez-vous s'est généralisée auprès de nombreux médecins, qui estiment gagner du temps grâce à ces nouveaux outils. Elle peut cependant être rigide, non adaptée à toutes les spécialités et professions de santé et propice aux abus, à travers une dérive marchande du soin.
La téléconsultation s'est démocratisée à partir de l'épidémie du Covid-19. Son nombre est passé d'environ 80 000 en 2019 à 1 à 1,2 million de rendez-vous mensuels remboursés aujourd'hui, ce qui représente à peu près 4 % de l'ensemble des consultations médicales.

Une population avec des besoins de santé grandissants et en voie de diversification
Face à ces évolutions de l'offre et de ses modalités, la population française vieillit et nécessite davantage de suivi médical et de coordination de proximité. La crise du Covid-19 a fait exploser la demande de soin en santé mentale. En parallèle à la médecine de ville dite classique, la médecine alternative prend place dans la consommation de soins.

La crise Covid 19 comme révélateur de nouveaux rapports à la santé et à la ville

La crise sanitaire a montré l'imbrication de toutes les questions relatives à la santé physique et mentale des populations et celles relatives à la ville. Les équilibres du quotidien ont basculé durant un temps donné. La crise a touché les rapports sociaux y compris via le numérique, le recours aux soins, l'accès aux services publics, l'alimentation, le travail et l'économie, l'éducation, les déplacements, les loisirs, la qualité de vie dans les logements lorsqu'on est confiné… Elle a accentué les inégalités.

Les agences d'urbanisme ont réalisé plus d'une centaine d'études liées directement ou indirectement à cette crise. Ces travaux font le constat que cette crise révèle et amplifie des tendances préexistantes, en accélère d'autres. Parfois, plus rarement, elle joue un rôle de « révélateur ».
La crise sanitaire a donc largement réinterrogé le rapport ville-santé et l'urbanisme : « l'hygiénisme » est revenu en force dans les espaces publics, et surtout dans les espaces clos (transports en commun, entreprises, espaces communs d'habitation…).
La concentration urbaine, la densité, les grandes villes et a fortiori la mondialisation ont été ciblées comme l'origine ou le facteur d'aggravation de la crise et de son ampleur. En réaction, d'une part, le besoin de desserrement sociospatial, le repli sur soi, voire une accélération des départs de la ville vers le rural ont été observés. D'autre part, sont apparus également des nouveaux élans : la ville du proche, de nouvelles solidarités, les adaptations locales pour répondre aux besoins de soin, l'hybridation du travail, des personnes qui se déplacent plus à vélo ou à pied, des projets d'urbanisme tactique…

Si les constantes observées aujourd'hui sont proches d'un retour à la normale, le besoin de collaborer entre acteurs de la santé et de la ville se fait plus fort, au quotidien, comme en crise :
« La France sera inévitablement confrontée à de nouvelles situations sanitaires exceptionnelles. Fragilisation des écosystèmes - très exposés au réchauffement climatique et à la perte de biodiversité - mondialisation des échanges, arboviroses, zoonoses, antibiorésistance (etc.) : tous les facteurs sont réunis et concourent à l'aggravation des risques pour la santé humaine. Il faut renforcer la recherche scientifique pour mieux comprendre et appréhender ces nouveaux risques. Ils s'ajoutent aux risques naturels, économiques, technologiques et géopolitiques et laissent présager des crises au caractère de plus en plus hybride. Cette dimension systémique rend la coordination des différents acteurs impliqués dans la prévention encore plus impérative ».*

***Crises sanitaires : prévenir, anticiper, coordonner.** Avis du Conseil Economique, Social et Environnemental sur proposition de la commission des affaires sociales et de la santé. Rapporteurs : Gilles Bonnefond, Christelle Caillet. JO 14 avril 2026.*

L'installation dans les territoires : modalités de rencontre entre patients et praticiens à l'échelle de Bordeaux Métropole

Une dynamique de coopération et de regroupement entre médecins.

Les acteurs de la santé coopèrent de différentes manières. Un des premiers outils de coopération se fait grâce aux outils numériques permettant de retracer les parcours de soin. La mise en réseau des professionnels permet de faciliter le parcours, soit par des envois immédiats de documents à un spécialiste, soit en redirigeant la patientèle vers les spécialistes en réseau.

Les regroupements sont possibles via les centres médicaux de soin immédiat, les maisons de santé pluridisciplinaires. Les praticiens se regroupent d'abord par disciplines dans des cabinets monodisciplinaires.

Au-delà du regroupement, la coopération territoriale mène vers l'organisation du réseau de la médecine de ville, notamment via les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Les CPTS ont vocation à réunir des acteurs d'un territoire autour d'un projet de santé, piloté par l'Agence Régionale de Santé (ARS).



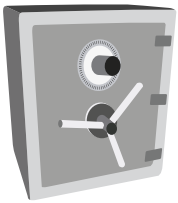
Une médecine de ville de proximité qui peine à s'installer en ville

Au niveau national, l'installation est encadrée par des politiques de régulation qui visent à lutter contre les déserts médicaux via des mesures de régulation et/ou d'incitation. Les mesures coercitives sont largement refusées par les syndicats de médecins libéraux.

Le coût du foncier et sa disponibilité conditionnent l'installation des professions de santé, particulièrement les professions paramédicales qui souhaiteraient s'installer en cœur d'agglomération. Les professionnels interrogés lors de l'enquête cherchent plutôt à s'installer à proximité de leur domicile. La charge horaire de la profession étant souvent élevée, ils veulent réduire leurs temps de déplacements. Le contexte personnel entre également en compte, comme la vie de famille.

Les jeunes médecins sont confrontés à plusieurs difficultés d'installation : l'accompagnement ou non par les pairs, le soutien financier, la proximité familiale et des services publics, ainsi que le projet d'installation avec un conjoint. Le regroupement a pour effet immédiat la réduction des charges administratives.

Par ailleurs, l'enquête a montré que le choix du médecin généraliste tend à rester majoritairement lié au médecin de famille historique. La proximité au cabinet est également un enjeu important.







Un rapport de la commission des affaires sociales (Sénat) remis en 2024 a récemment interpelé la puissance publique dans son retard de prise en compte face au phénomène de financiarisation en progression.
L'offre de soins est en effet un domaine qui n'échappe pas à la financiarisation à travers **l'augmentation du marché privé de l'immobilier de la santé depuis les années 2000** : hospitalisation privée, biologie médicale, imagerie médicale, centres dentaires et ophtalmologiques, voire même depuis peu les centres de soins primaires ou le secteur officinal.
L'offre de soins représente un investissement rentable et sûr (malgré les risques de bulle immobilière) du fait de l'accroissement continu de la demande en soins et du haut niveau de socialisation de la dépense. Mal appréhendé et insuffisamment régulé par les autorités sanitaires, les effets sur le système de santé peuvent être équivoques, avec un risque sérieux d'une offre insuffisamment diversifiée et indépendante.

Le Sénat fait plusieurs propositions pour mieux réguler le secteur.

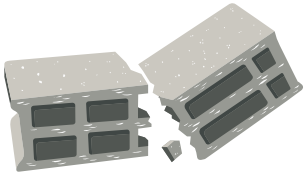
Il s'agit par exemple d'**adapter les outils de régulation économique et territoriale de l'offre de soin** : assurer une juste répartition de l'offre dans les territoires en garantissant l'accessibilité par le renforcement du dialogue entre les Agences régionales de santé et les élus et le refus d'implantation d'une offre non pertinente. Sur le modèle des centres dentaires et ophtalmologiques, conditionner l'ouverture des centres de soins primaires à un agrément.

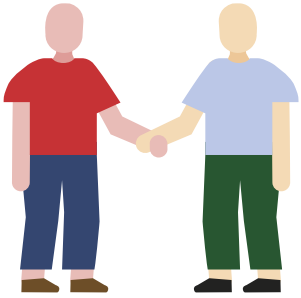
Il faut ensuite **maîtriser la financiarisation grâce la régulation économique du système de santé** : améliorer l'outil conventionnel et le modèle de financement hospitalier. Les propositions passent par un renforcement de la rémunération dans les tarifs hospitaliers et dans les conventions professionnelles. Il s'agit aussi de soutenir l'émergence de modèles alternatifs de financement et de veiller à ce que les tarifs négociés permettent la viabilité financière des structures indépendantes et faire figurer dans les objectifs légaux des conventions professionnelles celui de la protection de l'indépendance des professionnels de santé.
Il est nécessaire ensuite de **renforcer les capacités de contrôle des centres de santé et de sécuriser le dispositif de facturation des actes** par les centres de santé à l'assurance maladie.
Enfin, **l'indépendance des professionnels de santé doit être garantie** : mieux encadrer le capital et la gouvernance des sociétés (assurer l'effectivité des règles existantes ; encadrer plus strictement l'intervention des acteurs financiers) ; armer les professionnels de santé (mieux former les étudiants à la diversité de leurs modes d'exercice ; soutenir la consolidation d'une offre diversifiée et indépendante).

Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ? Rapport d'information n° 776 (2023-2024), déposé le 25 septembre 2024. Commission des affaires sociales, Sénat.

Prévenir : santé & urbanisme







	Santé	&	Urbanisme	Une histoire liée…
XIXe	Lutte contre les maladies infectieuses telles que le choléra.		Fondement de la discipline sur des enjeux sanitaires : urbanisme des réseaux et des services urbains (assainissement, gestion des déchets…) caractérisé en France par des figures hygiénistes comme Haussmann et Poubelle.	Premiers liens scientifiques faits par la médecine entre environnement et maladies.
XXe	Poursuite de la lutte contre les maladies infectieuses telles que la tuberculose.		Lancement des HBM (habitation bon marché) et des cités-jardins afin d'améliorer les conditions de vie quotidienne. Urbanisme de la « Charte d'Athènes » (aération de la ville, ensoleillement, végétal).	Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de l'OMS en 1986 où la santé dépasse les seuls modes de vie sains pour viser le bien-être.
XXIe	Avènement des maladies chroniques (cancers, maladies respiratoires, maladies cardio-vasculaires, obésité…). Développement des maladies vectorielles.		Prise de conscience renforcée des inégalités sociales de santé, des différentiels d'exposition et de vulnérabilité produits par l'aménagement du territoire.	

> Fondée sur l'approche de la santé dans toutes les politiques, promue par l'OMS, l'urbanisme favorable à la santé (UFS) vise à tenir compte systématiquement et simultanément des conséquences sur la santé et l'environnement de tout projet d'urbanisme.

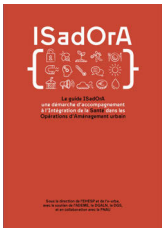
> L'urbanisme favorable à la santé s'illustre comme une approche transversale pouvant connecter les champs de la fabrique des territoires.

L'a-urba s'est saisie dès le début des années 2010 des approches relatives à l'urbanisme favorable à la santé. Elle a d'abord travaillé sur des outils d'aide à la planification afin que les documents réglementaires d'urbanisme puissent intégrer cette approche. Ces travaux ont ensuite été complétés par des outils à destination de l'urbanisme opérationnel (guide ISadOrA). De nombreuses études multi-thématiques ont ensuite intégré les principes de l'urbanisme favorable à la santé : mobilités, qualité de vie et habitabilité, îlots de chaleur, espaces publics, cours d'école, vieillissement, accès à la nature. L'agence a, parallèlement, accordé une attention particulière à la question du ressourcement, enjeu majeur de l'Urbanisme Favorable à la Santé. Elle se penche actuellement sur la création d'un nouvel outil pédagogique sous la forme d'un jeu sérieux, **urba'care,** visant à sensibiliser aux enjeux de l'UFS et à co-construire un projet d'aménagement favorable à la santé avec l'ensemble des parties prenantes.

2016 **2019** **2020** **2021** **2024** **2025** **2026**











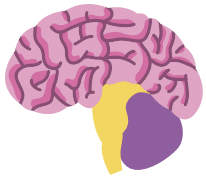






L'ensemble de ces productions est à retrouver sur le site internet de l'agence : www.aurba.org

L'urbanisme favorable à la santé

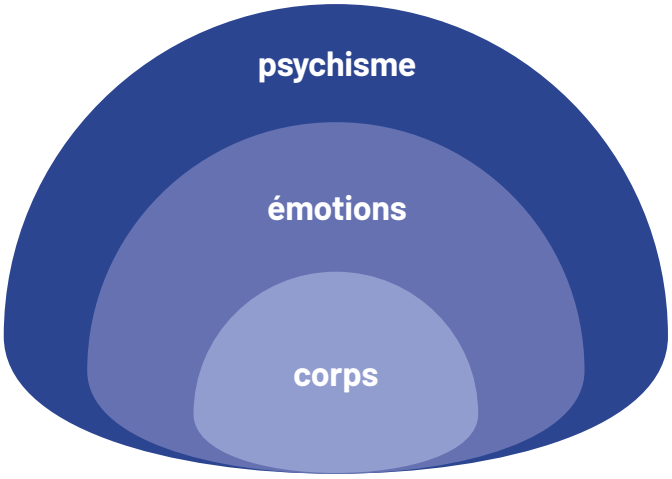


De la santé au bien-être

La santé environnementale a été définie par l'OMS lors de la conférence d'Helsinki en 1994 : « *La santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures.* »

Cette définition fait suite à plusieurs modèles explicatifs qui ont permis d'illustrer les interactions entre les facteurs individuels, socio-environnementaux et culturels. Elle repose sur une approche globale de l'être humain.

Une approche globale de l'individu



« Les choix d'aménagement et d'urbanisme peuvent contribuer à relever les défis en termes de qualité de vie et d'adaptation aux changements environnementaux. Les villes concentrent en effet des opportunités pour mieux vivre ensemble, des enjeux de santé et d'environnement (qualité de l'air, environnement sonore et lumineux, préservation de la biodiversité, limitation des îlots de chaleur, etc.), ainsi que des enjeux d'utilisation de ressources (eau, sols, etc.). Les espaces urbains, notamment les espaces publics, les constructions et services urbains, nécessitent ainsi d'être conçus pour y vivre et être utilisés en toute sécurité, générer un sentiment de bien-être, favoriser la cohésion sociale, en incluant toutes les populations et en tenant compte de leurs spécificités. Autant d'enjeux déterminants pour la santé de tous les citoyens en ville… » Guide ISadOrA



Une nouvelle façon de penser l'aménagement

L'urbanisme favorable à la santé vise à mettre l'être humain au cœur de la réflexion urbaine, en cherchant à améliorer son bien-être physique, mental et social. Dans ce champ de la recherche urbaine, l'a-urba développe une approche spécifique, consistant à considérer que, du point de vue d'usages, l'espace urbain peut être appréhendé à partir d'une double entrée : les usages et les ressentis.

Dans une démarche d'urbanisme favorable à la santé, chaque fonction (correspondant à un usage de l'espace) implique un contact physique à partir de son corps (se déplacer, jouer, se poser, etc.).

Cette démarche est immédiatement associée à un environnement, plus ou moins proche, perçu par l'usager et renvoyant à son ressenti. Ce ressenti peut être physiologique, sensoriel, émotionnel ou encore cognitif.

Les choix d'aménagement peuvent ainsi directement avoir un effet positif ou négatif sur le bien-être des usagers, et donc sur leur santé physique comme mentale, via leur vécu de l'espace urbain (usages et ressentis).

L'équation de l'urbanisme favorable à la santé :

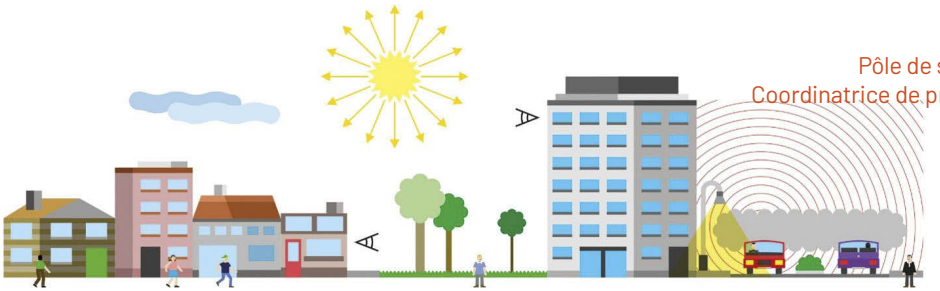
usages favorables à la santé + **ressentis** favorables à la santé = **urbanisme** favorable à la santé

« Paris a démarré une transition ambitieuse vers un urbanisme qui place la santé au cœur de ses priorités. Les réalisations (berges de Seine, cours d'école Oasis, centres municipaux de santé) montrent que des avancées sont possibles, même dans une métropole dense et contrainte. Cependant, les défis restent immenses : pression foncière, résistances politiques… »

Céline Legout, ingénieur, évaluatrice des Impacts sur la Santé, Observatoire Parisien de Santé Environnementale.

« L'enfant est un angle mort des politiques publiques, (d'où la création du programme de recherche APPIE*), et l'urbanisme n'y échappe pas, les espaces sont construits par les adultes pour les adultes. »

Lucile Robert, pharmacienne de santé publique, Pôle de santé publique, CHU de Bordeaux, Inserm U1219. Coordinatrice de programmes en Santé dans Toutes les Politiques.



* APPIE : Analyse des Politiques Publiques à Impact sur l'Enfant, https://www.fondation.univ-bordeaux.fr/appie-dessiner-societe-a-hauteur-denfant

La notion fondamentale de « déterminants de santé »

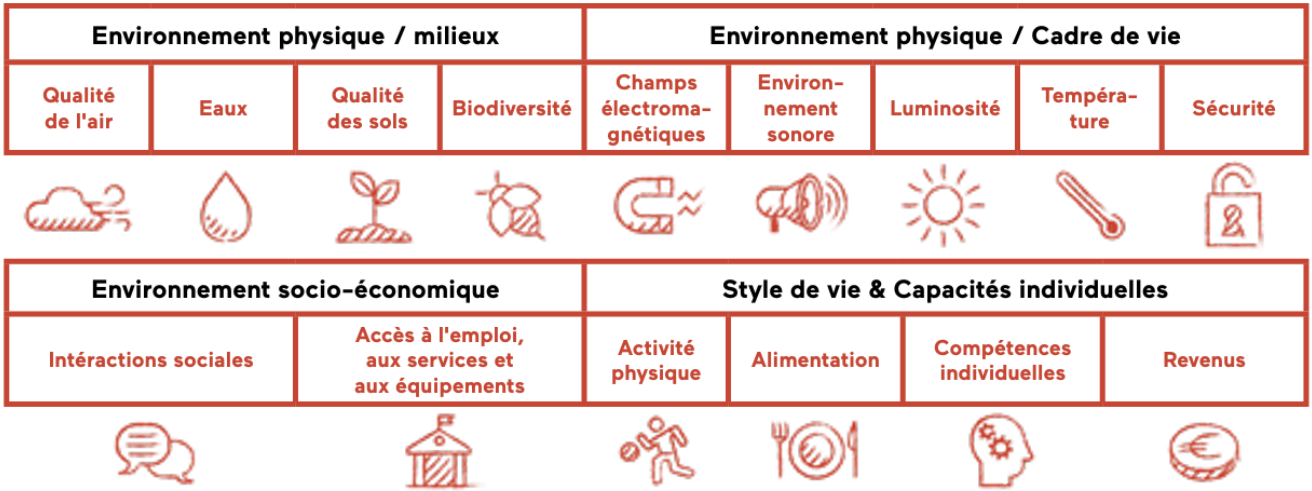
Sur la base des travaux menés par Barton et al. (2006), 15 déterminants ont été retenus dans le guide ISadOrA, coproduit par l'EHESP et l'a-urba, et organisés selon 4 familles **:**

1. Environnement physique / Qualité des milieux.
2. Environnement physique / Cadre de vie.
3. Environnement socio-économique.
4. Style de vie / Capacités individuelles.

« La santé dans toutes les politiques publiques repose sur la prise de conscience que la santé se joue dans l'éducation, la cohésion sociale, l'économie, l'aménagement, etc. Les projets politiques ont une action de fait sur la santé. Il faut donc que ces projets prennent en compte cette dimension transversale qu'est la santé. Il faut développer l'intersectorialité. »

Lucile Robert, pharmacienne de santé publique,
Pôle de santé publique, CHU de Bordeaux, Inserm U1219.
Coordinatrice de programmes en Santé dans Toutes les Politiques.

Les déterminants de santé permettent de clarifier l'ensemble des problématiques intervenant dans les liens de causalité entre une opération d'aménagement et le bien-être global de l'individu.



Source : ISadOrA

Les déterminants « environnementaux » de la santé

Environnement physique : qualité des milieux et cadre de vie





- **Qualité de l'air.**
- **Qualité de l'eau.**
- **Qualité des sols.**

L'environnement physique/qualité des milieux

L'exposition aux polluants a un impact direct sur la santé.
Les zones industrielles ou proches des axes routiers subissent une pollution atmosphérique bien supérieure aux seuils recommandés par l'OMS. Les particules fines (PM2.5) et le dioxyde d'azote (NO^2) aggravent les maladies respiratoires et cardiovasculaires.

• **La biodiversité** influence directement la santé. Les écosystèmes riches renforcent le système immunitaire par l'exposition aux micro-organismes, encouragent l'activité physique en plein air, améliorent la qualité de l'air et réduisent les risques de maladies infectieuses en régulant les agents pathogènes.

Le cadre de vie



• **Environnement sonore** : les nuisances sonores (trafic, chantiers) augmentent le stress et les troubles du sommeil, avec des conséquences sur la santé cardiovasculaire et mentale. Les populations vivant à proximité d'autoroutes ou de périphériques subissent des niveaux sonores dépassant les seuils recommandés par l'OMS.
• **Champs électro-magnétiques** : les champs électromagnétiques du quotidien (Wi-Fi, 4G/5G, téléphones, lignes électriques) ont des effets biologiques avérés uniquement à forte intensité, comme l'échauffement des tissus ou la stimulation des nerfs.
• **Températures et îlots de chaleur** : les quartiers densément bâtis et peu végétalisés enregistrent des températures estivales supérieures de 5 à 10°C à celles des espaces verts (forêts, parcs et jardins), aggravant les risques pour les populations vulnérables.
• **Luminosité** : l'exposition à la lumière naturelle a un effet bénéfique sur la santé (production de sérotonine et de vitamine D).
• **Accès à la nature** : les espaces verts réduisent le stress, favorisent l'activité physique et améliorent la cohésion sociale. Une étude* menée à Bordeaux a montré que les habitants des quartiers dotés de parcs présentent un meilleur état de santé

**Neighborhood green space and psychological distress: a longitudinal study of socioeconomic disparities in mental health outcomes.* Cédric Galera, Marie Navarro, Charline Galesne, Noelia Retuerto, Francesca Bentivegna, Eirini Flouri, Environment International, octobre 2025.

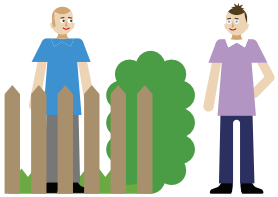
Les déterminants « environnementaux » de la santé

Environnement socioéconomique, style de vie/capacité individuelle

Styles de vie et capacités individuelles



• **Activité physique :** un urbanisme favorisant la marche et le vélo (pistes cyclables, zones piétonnes) réduit les risques d'obésité et de maladies chroniques.
• **Alimentation :** la présence de marchés et de commerces proposant des produits frais et abordables influence les habitudes alimentaires.
• **Compétences individuelles :** l'attention portée aux ambiances urbaines dans l'aménagement permet à l'usager de mieux réguler ses émotions. La qualité architecturale, la mise en valeur du patrimoine bâti ou naturel, ainsi que l'art urbain développent les capacités cognitives des individus.



Environnement socio-économique

• **Accès aux services** : la proximité des commerces, écoles et transports en commun influence directement la qualité de vie. Les déserts commerciaux et médicaux des zones périurbaines ou rurales accentuent l'isolement.
• **Lien social et sécurité** : les quartiers où les espaces publics sont sécurisés et conviviaux (places, jardins partagés) voient une réduction des troubles anxieux et dépressifs.

Coup de projecteur sur des initiatives locales

- **Contrat Local de Santé (CLS)** : outil-clé pour les collectivités, il permet de croiser les politiques de santé, d'urbanisme et de cohésion sociale. À Bordeaux Métropole, le CLS a permis de cibler des actions spécifiques dans les quartiers prioritaires (ex. : ateliers santé dans les écoles de la rive droite).
- **Végétalisation des cours d'école de Bordeaux** : le projet « Cours buissonnières » vise à désimperméabiliser les cours et à y introduire de la biodiversité, réduisant ainsi les îlots de chaleur et favorisant le bien-être des enfants.
- **Démarches d'ecomobilité scolaire et de rues aux enfants** dans de nombreuses communes de Bordeaux Métropole.
- **Apaisement des quartiers** : la piétonnisation de certaines rues ou un meilleur partage modal entre piétons, cyclistes et automobilistes a permis de réduire la pollution et les accidents, tout en dynamisant le commerce local.
- **Urbanisme transitoire et participatif** : des friches industrielles ou des bâtiments vacants sont temporairement transformés en lieux de rencontre et d'activités en attendant leur réaménagement définitif. Ces projets impliquent les habitants dans la co-construction de leur cadre de vie avec des bénéfices directs : réduction de l'isolement, amélioration de la santé mentale et création de liens sociaux.

Le revenu et le niveau socio-économique



Le revenu est l'un des déterminants les plus puissants de la santé. Les personnes à faible revenu ont :

• **Un accès limité aux soins** : renoncement aux consultations, aux médicaments ou aux examens en raison de leur coût, même avec une couverture maladie.

• **Des conditions de vie précaires** : logement insalubre, exposition à des risques environnementaux (pollution, bruit), alimentation de moindre qualité.

• **Un stress chronique** : l'incertitude financière et les difficultés quotidiennes augmentent le risque de maladies cardiovasculaires, de dépression et de troubles anxieux.

L'éducation et la littératie* en santé



Le niveau d'éducation influence la santé à plusieurs niveaux :

• **Compréhension des messages de prévention** : les personnes peu diplômées ont plus de mal à décrypter les informations sur la santé (ex. : étiquettes nutritionnelles, recommandations vaccinales).

• **Accès à l'emploi et aux revenus** : un faible niveau d'éducation limite les opportunités professionnelles, ce qui se répercute sur les conditions de vie et de santé.

• **Capacité à naviguer dans le système de santé** : les personnes éduquées savent mieux utiliser les services de santé, comprendre les prescriptions médicales et adopter des comportements préventifs.

*__La littératie en santé :__ englobe le savoir, la motivation et les compétences d'un sujet lui permettant d'accéder à l'information sanitaire, de la comprendre, de l'évaluer et de l'appliquer afin de se former une opinion, prendre des décisions dans la vie quotidienne pour sa santé, prévenir des maladies et promouvoir sa santé, pour conserver ou améliorer sa qualité de vie et ceci tout au long de la vie. Source : *La Revue de Médecine Interne*, janvier 2025, Pages: 32-39, Volume 46, Issue 1.



Le logement et l'environnement physique

Le logement est un déterminant-clé, car il influence :

• **La santé physique** : un logement humide ou mal isolé favorise les allergies, les maladies respiratoires (asthme, BPCO*) et les problèmes articulaires. L'exposition au plomb ou à l'amiante a des conséquences graves (saturnisme, cancers).

• **La santé mentale** : le surpeuplement, l'insalubrité ou l'instabilité du logement (expulsions, hébergement précaire) augmentent le stress et l'anxiété.

• **L'accès aux services** : les quartiers défavorisés cumulent souvent logements indignes et manque d'équipements (transports, commerces, centres de santé).

***BPCO:** bronchopneumopathie chronique obstructive



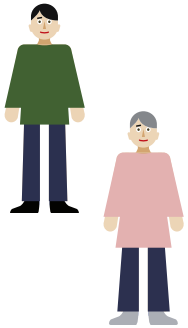
Les conditions de travail et d'emploi

Le travail a un impact majeur sur la santé, à travers :

• **Les risques professionnels** : exposition à des produits toxiques, troubles musculo-squelettiques (TMS), accidents du travail.

• **Le stress et la charge mentale** : pression temporelle, manque d'autonomie, harcèlement moral. Les métiers précaires (intérim, CDD) ou pénibles sont associés à un risque accru de burn-out et de dépression.

• **L'équilibre vie professionnelle/vie privée** : les horaires décalés ou le temps partiel subi (souvent féminin) perturbent le sommeil, l'alimentation et la vie sociale.





Les réseaux sociaux et le capital social

Les relations sociales (famille, amis, voisins, associations) jouent un rôle protecteur pour la santé :

• **Soutien émotionnel** : réduction du stress et de la dépression.

• **Aide matérielle** : garde d'enfants, prêts financiers, accompagnement aux rendez-vous médicaux.

• **Intégration sociale** : participation à des activités collectives (sport, bénévolat) améliore le bien-être mental.

À l'inverse, l'isolement social aggrave les risques de :

- maladies cardiovasculaires (+30 % de risque) ;
- dépression et suicide ;
- démence chez les personnes âgées.

Le genre et les inégalités entre femmes et hommes

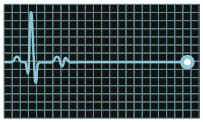
Le genre influence la santé à travers :

• **Les rôles sociaux** : les femmes assument encore majoritairement les tâches domestiques et parentales, ce qui limite leur temps pour les soins personnels.

• **L'exposition aux risques** : les hommes sont plus exposés aux accidents du travail et aux addictions (tabac, alcool), tandis que les femmes subissent davantage de violences conjugales et de charge mentale.

• **Les biais dans le système de santé** : les maladies féminines (endométriose, dépression post-partum) sont souvent sous-diagnostiquées.

Les inégalités sociales en santé



Aux côtés des prédispositions génétiques, les déterminants socio-environnementaux influencent la santé à travers **trois mécanismes principaux** :

1 L'exposition aux risques

Les populations défavorisées sont plus exposées aux facteurs de risque :

- Environnementaux : pollution de l'air, bruit, logements insalubres…
- Professionnels : métiers pénibles, exposition à des toxiques.
- Comportementaux : tabagisme, alimentation déséquilibrée (liée au coût et à l'accès aux produits frais).

2 La vulnérabilité

À exposition égale, les populations défavorisées sont plus vulnérables en raison de :

- Moins de ressources pour faire face (revenu, soutien social, accès aux soins).
- Un capital santé initial plus faible (mauvaise santé dès l'enfance, cumul des risques).
- Un accès limité aux services de prévention.

Plus de 11 % des personnes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat déclarent un diabète alors que ce taux n'est que de 3 % parmi celles ayant un diplôme supérieur au baccalauréat.
Source: Baromètre de santé publique France 2024

Neuf parents solos sur dix déclarent qu'élever seul leur enfant a un impact sur leur état de santé.
Source : Union Nationale des Associations Familiales, 2021

46 % des personnes exprimant des difficultés financières déclarent des problèmes d'insomnie.
Source: Baromètre de santé publique France 2024

« Canicule : plus de 8 000 morts liées aux canicules de l'été 2026 en France : un bilan sans précédent depuis 2003 ».
Source : le Monde, 16/09/2026.



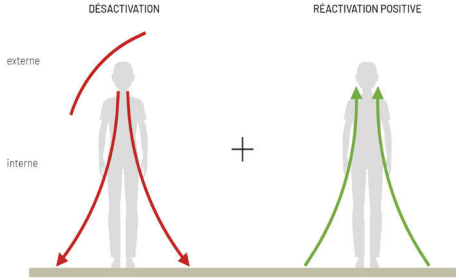
3 Les effets cumulatifs tout au long de la vie

Les inégalités en santé s'accumulent dès la petite enfance :

In utero et petite enfance	• Une mère en situation de stress ou de précarité transmet des risques à son enfant (prématurité, faible poids de naissance).
Enfance et adolescence	• Les enfants défavorisés ont un accès limité aux activités sportives, culturelles et éducatives, ce qui affecte leur développement.
Âge adulte	• Les inégalités se creusent avec l'accumulation des risques (métiers pénibles, précarité).
Vieillesse	• Les personnes âgées précaires cumulent des problèmes de santé et d'isolement.

L'approche originale par le ressourcement

Comprendre le processus et les critères du ressourcement



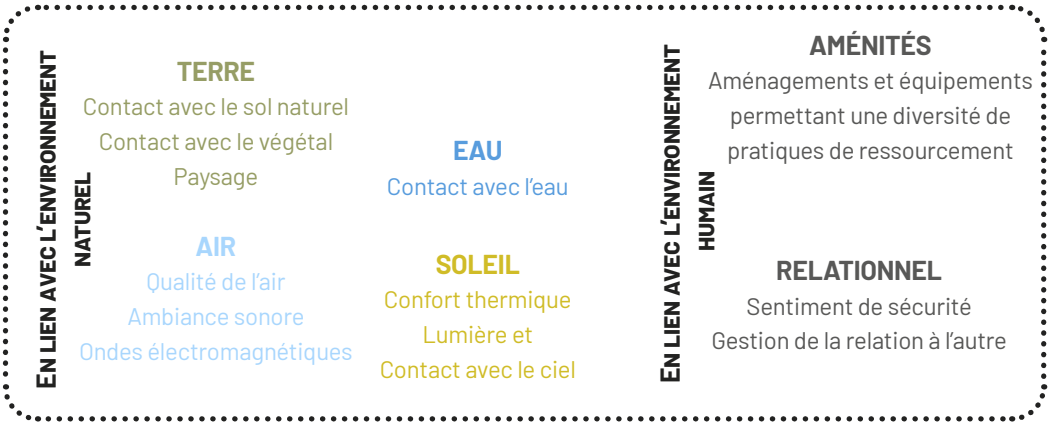
Les travaux du psychologue américain James Russell, spécialiste des émotions, sont intéressants pour **définir le processus qu'est le ressourcement, soutenant l'idée que le ressourcement est d'abord un processus de désactivation afin de permettre dans un second temps une réactivation positive**.
L'état - idéal - visé par le ressourcement serait le suivant :

- corps détendu et énergie retrouvée ;
- état émotionnel positif ;
- détente psychique et disponibilité mentale.

Se ressourcer peut être le fruit de pratiques variées, tantôt sédentaires, tantôt nomades, par le contact avec des éléments naturels :
Les pratiques sédentaires renvoient à des activités trouvant place dans un lieu donné fixe. On peut distinguer, au sein de cette catégorie :

- des pratiques statiques : s'asseoir, s'allonger par terre, méditer, se mettre contre un arbre (pratique courante dans les « bains de forêt » très répandus au Japon) ;
- des pratiques dynamiques : yoga, tai-chi… ;
- des pratiques ludiques, permettant aux enfants de se ressourcer via des activités en plein air (fabrication de cabanes, bouquets de fleurs…).

Les pratiques nomades visent a contrario à se ressourcer en parcourant des espaces plus vastes par la marche ou la course à pied.



Les critères de l'espace ressourçant

Dès 2022, l'agence s'est intéressée, de façon spontanée, à la question du ressourcement, y pressentant un enjeu important de l'urbanisme favorable à la santé, car potentiellement à la croisée de plusieurs déterminants de santé (bruit, rapport avec le végétal, confort thermique…). Parallèlement, par une forme de synchronicité, Bordeaux Métropole s'attelait, dans le cadre de son PPBE (Plan de prévention du bruit dans l'environnement) à la cartographie des zones calmes de son territoire et réfléchissait à les valoriser en élargissant le sujet du bruit à celui, plus transversal, du ressourcement. La méthode développée par l'a-urba a été appliquée à différents parcs urbains de Bordeaux Métropole.



Bois du Burck à Mérignac



Forêt du Taillan-Médoc



Plaine des sports de Bègles



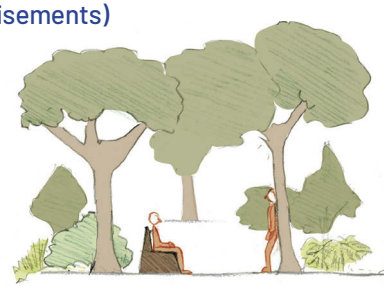
Forêt du Bourgailh à Pessac



Domaine de la Burthe à Floirac

Proposer une typologie de lieux de ressourcement

Lieux de pause dans les espaces fermés (boisements)



Placés sous la **canopée,** ces lieux de pause sont caractérisés par la présence conjointe de la pleine terre (humus forestier), de la strate arbustive et de la strate arborée. Ils se présentent donc comme des « bulles vertes », induisant une forte proximité avec l'environnement naturel, tant sur le plan olfactif que visuel ou sonore.
Ces espaces peuvent être qualifiés de **lieux de pause immersifs.**

Lieux de pause dans les espaces ouverts (prairies)



Placés dans une **prairie**, les lieux de pause prennent un visage tout autre. Vues lointaines, profondeur de champ, rapport avec le ciel, telles sont les caractéristiques d'un tel espace, qualifié de **lieu de pause contemplatif**. Il sera de préférence adossé à un arbre pour « marquer » le lieu au sein d'un espace de prairie globalement homogène.
Ils peuvent être i**ntermédiaires** dans le cadre d'une configuration en **clairière.**

Pour un territoire qui aide à vivre en bonne santé !

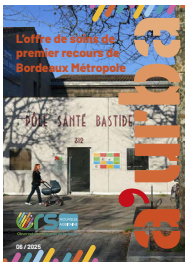
Soigner : regard sur l'offre de soins



L'offre de soins de 1er recours de Bordeaux Métropole

La métropole bordelaise n'est pas un désert médical. Elle présente des densités de praticiens supérieures aux densités françaises moyennes. **Pour autant, son offre** en professionnels de santé, rapportée à la croissance importante de son nombre d'habitants, **évolue très diversement selon les typologies de praticiens**, voire à la baisse pour les médecins généralistes, les pharmacies ou les infirmiers libéraux (les professions étudiées : médecin généraliste, infirmier, pharmacien, kinésithérapeute, chirurgien-dentiste)
Selon les données issues de l'agence régionale de santé (FNPS - cartosanté), l'offre en médecins généralistes libéraux s'élève par exemple, fin 2024, à 1 044 professionnels en exercice dans Bordeaux Métropole. Rapportée au nombre d'habitants, cette offre correspond à une **densité médicale de 12,6 généralistes libéraux pour 10 000 habitants**, soit une densité supérieure à la moyenne nationale (8,2 pour 10 000 habitants). Au cours des 10 dernières années, cette offre a régulièrement augmenté : + 66 professionnels depuis 2014, soit une hausse de 6,7 %. Au niveau national, sur la même période le nombre de généralistes libéraux a diminué de plus de 9 %.

Or, parallèlement à cette hausse des effectifs, **la population de Bordeaux Métropole a nettement augmenté** : en 10 ans, la métropole a gagné plus de 70 000 habitants. Par conséquent, malgré la hausse du nombre de professionnels, la densité médicale a diminué, passant de 13,3 généralistes libéraux pour 10 000 habitants en 2014 à 12,6 pour 10 000 hab. en 2024. Toutefois, cette baisse de la densité constatée est moins importante à Bordeaux Métropole que dans le reste du territoire national (de 9,3 à 8,2 généralistes pour 10 000 hab. pour la France hexagonale).
Les chiffres globaux masquent des inégalités dans la métropole et de potentielles difficultés d'accès aux soins à venir, notamment dans des quartiers politique de la ville ou dans des nouveaux quartiers de la métropole, insuffisamment dotés au regard du volume de population s'y installant. Chaque commune, chaque quartier doit être observé aujourd'hui au cas par cas.



« À l'échelle de Bordeaux Métropole, la plupart des indicateurs sont favorables. À une échelle plus fine, infracommunale, il y a des disparités frappantes. La population de la rive droite est dans le rouge pour de nombreux indicateurs, avec par exemple des prévalences de diabète, plus de décès précoces. »

Céline Garnier
directrice des études,
Observatoire Régional de la Santé Nouvelle-Aquitaine

2025

Une grande hétérogénéité dans l'offre de soins des quartiers de la politique de la ville

Les situations vis-à-vis de l'offre de soin dans les 23 quartiers politique de la ville de la métropole sont très diverses, sans que puisse être identifiée de corrélation particulière avec la taille du quartier. Le niveau d'offre de soins semble tenir à la proximité aux centralités, voire au rôle de centralités que peuvent représenter certains QPV.

Plusieurs quartiers ne disposent d'aucune offre de soins dans leur périmètre : l'Avenir, le Dorat, Thorez-Goëlands, Bacalan, le Champ de Course, Barthez, Beaudésert ou Haut-Livrac. Mais en élargissant le regard, on observe qu'une **offre complète et variée à proximité** est accessible à moins de dix minutes de marche, alors que d'autres secteurs, comme Beaudésert à Mérignac, n'ont aucune offre de proximité.

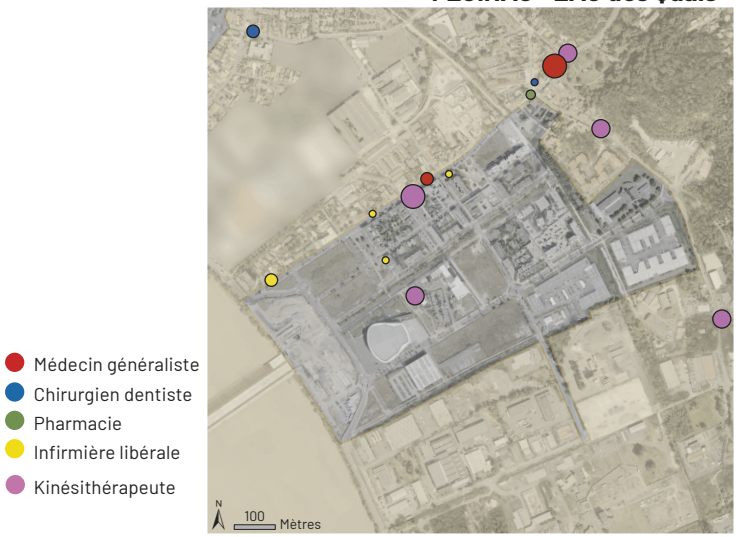
Une offre faible peut être en partie tempérée par une bonne desserte, notamment en transport en commun : le quartier du Champ de Course et du Dorat à Bègles présentent certes une offre très limitée, avec seulement une pharmacie à proximité, mais disposent de stations de tram permettant à leurs habitants d'accéder à une offre de soins plus étoffée.

Seuls quatre quartiers présentent une offre complète avec les cinq métiers étudiés : Palmer-Saraillère-8 mai - Dravemont, Grand Parc, Carriet, Alpilles-Vincennes-Bois Fleuri. Au regard du nombre élevé d'habitants, le quartier du Grand Parc est faiblement doté en offre de soins. Les quartiers de côteaux de la rive droite bénéficient du bon niveau d'offre de leur commune, avec toutefois une vigilance à porter sur l'âge des praticiens (médecins généralistes et chirurgiens-dentistes).

Une offre de soins en sites de projet dépendante pour partie seulement du niveau d'avancement des opérations

Dans les nouveaux quartiers, en cours d'aménagement ou sortis de terre ces 15 dernières années, **l'offre de soins apparait très variable**. Certains projets achevés présentent une offre de soins limitée ou nulle, comme Terre Sud (Bègles) ou Clairière de Flore (Floirac) alors que certains sites en cours de déploiement, notamment parce qu'ils comprennent un tissu urbain déjà constitué ou présentent un caractère de centralité, disposent d'une offre complète et étoffée (Camille Pelletan, le Chay, Gradignan centre).

FLOIRAC - ZAC des Quais



La ZAC des Quais, propose une offre importante en kinésithérapeutes et infirmiers. Elle peut bénéficier de la pharmacie, des généralistes et du dentiste du centre-ville, mais également de la présence récente de la nouvelle clinique du Tondu, qui dispose en particulier d'un service d'urgences.

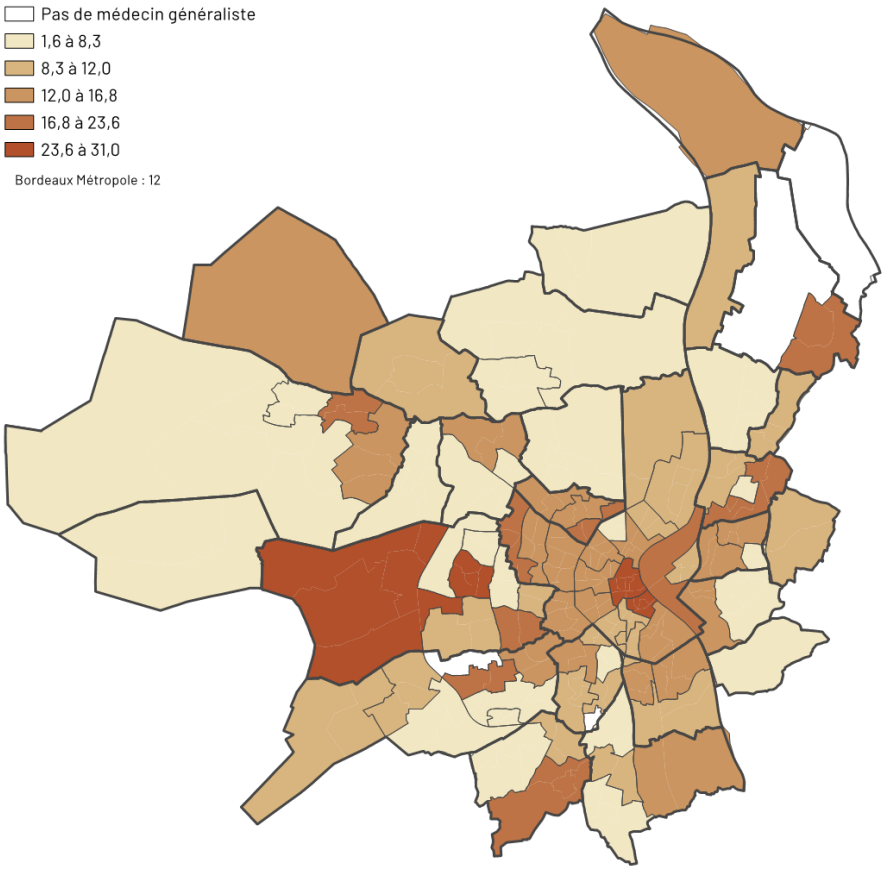
La situation des médecins généralistes

L'offre en médecins généralistes à l'échelle infra-communale montre **des écarts au sein même de certaines communes.** Si la commune de Bordeaux fait partie des communes les mieux dotées, ce n'est pas le cas de sa partie nord (Bordeaux Lac) où les densités sont plus faibles et semblent plutôt appartenir au secteur moins doté au nord de la métropole. D'autres communes globalement bien dotées voient des quartiers ou secteurs plus démunis (Mérignac, Saint-Médard-en-Jalles, Gradignan).

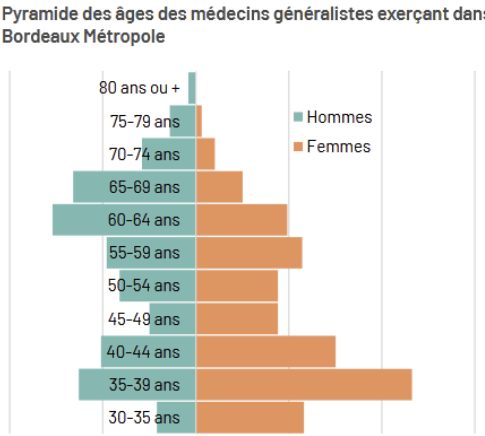
Parmi les territoires sur lesquels l'offre semble moins favorable, on peut citer les secteurs nord et nord-est de la métropole : Parempuyre, Blanquefort, Bruges, Bassens, la partie nord de la commune de Bordeaux (Bordeaux Lac), Saint-Vincent-de-Paul et une partie d'Ambarès-et-Lagrave. Une partie de l'ouest de la métropole est également concernée (Martignas-sur-Jalle, l'ouest de Saint-Médard-en-Jalles), tout comme les secteurs de Bouliac et Floirac ou encore au sud dans les communes de Gradignan et de Pessac.

Densité standardisée en médecins généralistes à l'échelle infra-communale de Bordeaux Métropole

(nombre de médecins pour 10 000 habitants)



Pyramide des âges des médecins généralistes exerçant dans Bordeaux Métropole



L'offre de soins en santé mentale, un besoin criant dans la métropole bordelaise

Bordeaux Métropole s'est emparée de la question de la santé mentale comme l'un de ses enjeux majeurs dans le Contrat Local de Santé. Elle a confié en 2024 au Conseil de Développement Durable (C2D) l'organisation d'un **débat métropolitain*** à ce sujet. L'ensemble des matériaux du débat - enquête, ateliers, conférences, ciné-débat - met en avant un constat partagé, **celui d'une dégradation de la santé mentale des Métropolitains**, tant d'un point de vue quantitatif que de l'intensité des troubles pris en charge.
Le phénomène s'explique par la hausse de différentes précarités (professionnelle, financière, sociale...), notamment l'affaiblissement du lien social avec une perte de repères, un décrochage de certains publics, l'isolement des jeunes et des étudiants, un rapport déshumanisant lié à l'usage des nouvelles technologies ou le culte de la performance, tant professionnelle que parmi les particuliers...
Face à cela, la psychiatrie apparaît sérieusement dépourvue de moyens. Le public déplore des difficultés grandissantes d'accès aux soins en santé mentale (délais d'attente, aggravation des troubles), jusqu'à parler d'« abandon » et d'une baisse de la qualité des prises en charge où le recours systématique aux médicaments sans accompagnement est critiqué. Les professionnels en santé mentale regrettent de devoir pallier les manquements du service public.
Selon spécialistes et non-spécialistes, l'offre en santé mentale n'est pas assez lisible sur le territoire, participant probablement du non-recours au soin. Des solutions sont trouvées pour mieux identifier les acteurs, notamment grâce au **Soliguide***, devenu outil de référence.
Les liens entre la ville et la santé mentale doivent être interrogés, en ce sens que la ville peut être adaptée aux personnes souffrant de maladies psychiques tout comme accentuer une détresse. Les villes jouent également un rôle en matière de rétablissement des malades : accès à un logement, à l'emploi, à la culture, à la formation des personnels et des intervenants pour faire face à une situation de stress ou de crise d'une personne.

Les pistes d'actions proposées pour améliorer la santé mentale des citoyens métropolitains sont d'abord de **déstigmatiser** les soins en santé mentale pour permettre davantage d'aller-vers en informant et en sensibilisant les publics et en favorisant la prévention. Il s'agit également **d'inclure**, lutter contre l'isolement, avec l'ouverture de lieux d'écoute, puis renforcer la participation sociale et l'autonomie des personnes.
Les réponses passent nécessairement par une forme de **territorialisation**, soit repenser la ville et l'ensemble des politiques publiques au prisme de la santé mentale (aménagement, logement, mobilités, économie, mode de vie numérique).
Enfin, une **véritable gouvernance** alliant national et local pourrait impulser des expérimentations, permettre des outils d'observation partagés, desquels des décisions (loi, budget, formation, reconnaissance juridique de certaines pathologies...) découleraient, en faveur de la psychiatrie.

*C2D, Santé mentale et territoires, Panorama des propositions sur le territoire métropolitain, Débat Métropolitain, 2024.

*Soliguide : https://soliguide.fr/fr





Améliorer l'organisation de l'offre de soins

Analyser l'offre de soins pour mieux agir : entre accès, renoncement et prévention

L'offre de soins ne se réduit pas à la présence de professionnels ou d'infrastructures. Trois notions-clés permettent de comprendre les dynamiques d'accès pour mieux les organiser :

• **Recours aux soins** : dépend des besoins perçus, des barrières financières, culturelles et logistiques. Les femmes en âge de procréer, les précaires ou les personnes ne maîtrisant pas la langue y renoncent davantage.

• **Non-recours et renoncement** : souvent liés à des priorités concurrentes (logement, emploi) ou à une méconnaissance des droits ou par crainte des institutions. Les urgences deviennent le recours par défaut pour les populations en grande précarité (notamment sans-abri, gens du voyage, migrants…).

• **Prévention et déterminants structurels** : la France privilégie encore les déterminants intermédiaires (campagnes sur l'alimentation, le tabac), alors que les déterminants structurels (logement, urbanisme, environnement) ont un impact bien plus fort et durable.

« Le renoncement au soin n'est pas qu'une question de barrière financière, c'est aussi un besoin non ressenti et des questions d'accessibilité. La création de la C2S (Complémentaire santé solidaire) a permis de faire baisser le renoncement aux soins. Le politique, l'échelle macro, a un rôle important à jouer. »

Stéphanie Vandentorren,
coordinatrice Programme Inégalités sociales et territoriales de santé, Santé Publique France.

Équation : vieillissement de la population + logement mal adapté = sur-sollicitation des structures de soin

Avec l'allongement de l'espérance de vie, la question du logement adapté devient cruciale. En France, seulement 5 % des logements sont accessibles aux personnes à mobilité réduite. En Nouvelle-Aquitaine, ce chiffre est encore plus préoccupant dans les zones rurales et les quartiers anciens. Un logement mal adapté augmente les risques de chute, d'isolement, et accélère la perte d'autonomie, entraînant une sur-sollicitation des services d'urgence et des Ehpad.
Exemple : à Bordeaux, le quartier des Aubiers cumule précarité et manque d'infrastructures de santé. La création d'un centre médico-social communal, après des années de mobilisation, illustre les difficultés à concilier offre de soins et aménagement urbain.

Le rôle des collectivités locales

Les communes et métropoles ont un rôle croissant dans l'organisation de l'offre de soins, notamment via les Contrats locaux de santé (CLS). Ces outils permettent de croiser les enjeux de santé avec ceux de l'urbanisme, des transports ou de l'éducation. À Bordeaux, le CLS a permis de cibler les quartiers prioritaires et d'y développer des actions spécifiques.

Limites et défis sur le terrain

Malgré les avancées, plusieurs obstacles persistent :

- Un manque de médecins : le numerus clausus des années 1980-2000 a créé des déserts médicaux difficiles à combler. Les collectivités tentent d'attirer des praticiens via des aides à l'installation ou des locaux mis à disposition.
- Une coordination insuffisante : les acteurs (État/ARS, collectivités, associations) peinent parfois à travailler ensemble, malgré des volontés affichées.
- Un budget limité pour les politiques sociales et de santé publique.
- Des résistances culturelles : certains comportements (tabagisme, alimentation) sont ancrés dans les habitudes et difficiles à changer.
- Des effets à long terme : les politiques structurelles (éducation, logement) mettent des décennies à porter leurs fruits.

Vers une approche globale et équitable de la santé

Les déterminants sociaux de la santé montrent que la santé est avant tout une question de justice sociale. Pour réduire les inégalités, il faut :

- Agir sur les causes structurelles (revenu, logement, éducation, emploi).
- Renforcer la prévention et l'accès aux soins pour tous.
- Impliquer les populations dans la conception des politiques qui les concernent.
- Évaluer systématiquement l'impact des décisions publiques sur la santé.

Enjeu final : une société plus égalitaire est une société en meilleure santé. Les politiques publiques doivent donc prioriser l'équité et intégrer la santé dans tous les domaines (urbanisme, éducation, emploi, environnement). Comme le souligne l'OMS : « La santé pour tous ne sera atteinte que si les inégalités sociales sont réduites. »

« À Bordeaux Métropole, le Contrat local de santé a permis de cibler des actions spécifiques dans les quartiers prioritaires (ex. : ateliers santé dans les écoles de la rive droite). »

Sarah Gregory,
responsable du Service Santé et Résilience,
Bordeaux Métropole

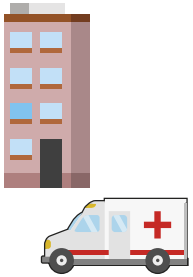
Coup de projecteur sur des initiatives locales

- À Bordeaux, les centres de santé communautaires, proposent des **consultations sans avance de frais** (tiers payant) et des **visites à domicile** pour les personnes âgées ou en situation de handicap. Ces dispositifs réduisent les inégalités d'accès, mais restent insuffisants face à la demande.
- **Aller vers** : des équipes mobiles (médecins, infirmières, travailleurs sociaux) se déplacent dans les quartiers ou les campements pour proposer dépistages, vaccinations et accompagnement social.
- **Maisons de santé pluriprofessionnelles** : elles regroupent médecins, kinés, psychologues et assistantes sociales sous un même toit, facilitant la coordination et la prise en charge globale.
- **Ateliers nutrition pour les familles précaires** (CLS Bordeaux).
- **Plateformes de soins non programmés** : Comme Maiia (alternative à Doctolib), elles permettent de désengorger les urgences en offrant des créneaux de dernière minute.

Accueillir : lieu de soins et soins du lieu

Avec l'urbanisme favorable à la santé et la géographie de l'offre de soins, il faut également penser le lieu de soin en tant que tel :
comment les espaces du soin, faits pour soigner, peuvent aussi contribuer à préserver le capital santé de tous leurs usagers ?

Accueillir les patients, pour les aider à guérir : le rôle de l'architecture favorable à la santé, dans les structures de soin.
L'architecture qui prend soin est comme une mise en abyme d'un lieu qui à la fois sert à soigner (un programme d'offre de santé, tel un hôpital ou une clinique) et qui agit sur les facteurs favorables à une bonne santé de par sa conception, les espaces offerts et son inscription dans un quartier donné.



« Mettre l'humain au cœur du projet et faire du lien ! »
Philippe Rousselot,
président TLR architecture & associés

Les lieux et l'architecture du soin

Les bâtiments de santé doivent être conçus comme des « lieux de vie » et non uniquement comme des « machines fonctionnelles à guérir ». L'objectif est de faire disparaître les nombreuses contraintes techniques pour en faire un lieu démocratique.

L'architecture hospitalière : entre complexité et humanisation
Les lieux de soin ne sont pas neutres : ils influencent le bien-être des patients, l'efficacité des soignants et l'intégration des établissements dans leur environnement. Quatre défis majeurs pour améliorer l'expérience des usagers :
- **Gérer les flux** : un hôpital doit concilier parcours patients (urgences, hospitalisation, ambulatoire), logistique (livraisons, déchets) et circulations des soignants. La crise du Covid-19 a révélé la nécessité de flexibilité (ex. : réaménagement rapide des services).
- **Créer des espaces apaisants** : lumière naturelle, matériaux chaleureux (bois, pierre), espaces de repos pour les familles et les soignants, jardins thérapeutiques.
- **Intégrer le bâtiment à la ville** : les cliniques et hôpitaux ne doivent plus être des forteresses coupées de leur quartier.
- **Maintenir** : les budgets d'entretien des hôpitaux publics sont contraints, limitant les innovations.

Critères-clés
- organisation & ergonomie des espaces ;
- rapport intérieur/extérieur ;
- luminosité ;
- matériaux ;
- couleurs ;
- qualité de l'air ;
- confort thermique et phonique ;
- parcours agréable ;
- accessibilité & fluidité des espaces ;
- intuitivité des circulations, mobilité facilitée ;
- espaces de repos pour les accompagnants ;
- rapport au végétal ;
- intégration urbaine / ouverture sur la ville.

L'évolution récente des lieux de santé

En réponse aux changements sociétaux qui s'opèrent dans le monde de la santé, et à l'opposé des mondes virtuels aux méthodes de soin en ligne, de **nouvelles formes de lieux du soin émergent**, faisant la part belle aux besoins spécifiques du malade et à l'aspect relationnel du soin :

- services d'urgences hors hôpitaux ;
- maisons de santé ;
- centres de santé communautaires ;
- tiers-lieux en santé ;
- structures hybrides pluridisciplinaires ;
- services ambulants (camionnettes, bateaux) ;
- offre de soins jour, nuit et week-end ;
- cabinets mixant médecine classique et médecine alternative ;
- jardin, lieu de pratiques thérapeutiques.

En complémentarité des hôpitaux, cliniques et cabinets médicaux, ces espaces de soin peuvent apporter des réponses à une offre manquante, en s'intégrant dans le tissu urbain déjà constitué (ex. : local d'activité en rez-de-chaussée sur rue), dans les secteurs de projet à travers de nouveaux bâtiments, dans les secteurs périurbains comme dans les campagnes, parfois dans des interstices insoupçonnés des territoires. Quelles que soient les formes architecturales, les projets accordent une importance spéciale aux **parcours des patients** et proposent des espaces adaptés pour **assurer le bien-être des usagers**.

« Les urbanistes peuvent être les architectes du soin, (…) et les professionnels du soin peuvent aussi être des urbanistes. »

Linda Cambon
Présidente du Haut Conseil de la santé publique
chercheuse, praticienne et experte en santé des populations au sein du service de prévention du CHU de Bordeaux et du centre de recherche Bordeaux population health (Inserm / Université de Bordeaux).

Projet « *Le chemin de sa personne* » par Arnaud Théval & le collectif Cancan pour l'institut Bergonié

« L'Institut Bergonié s'engage aujourd'hui à réaffirmer la culture et à développer l'art en milieu hospitalier tout en prenant en compte la complexité des modes d'accès à partager autour des valeurs importantes qui régissent ce milieu. Situé en ville, l'Institut Bergonié vient de connaître plusieurs années de travaux. Sa nouvelle architecture, se greffant à des années d'assemblage, redistribue les cartes des circulations au sein de l'hôpital. Les transformations de Bergonié ont joué un rôle dans bien des domaines et révélé également des besoins nouveaux des patients dans leurs relations avec les professionnels, mais également dans leurs chemins de vie dans la maladie. Des problématiques d'aménagement du cadre de vie hospitalier, essentiel pour un mieux-être sont apparues. »

> Une architecture accueillante des lieux du soin favorise le bien-être des occupants. Mais si on dézoome un peu, quelle offre de soin propose-t-on aux patients, selon quelle géographie des territoires ?

Coup de projecteur sur des innovations architecturales

- **Façades végétalisées** : elles améliorent l'isolation thermique et la qualité de l'air, tout en réduisant le stress des patients.
- **Durabilité** : utilisation de matériaux pérennes (béton, verre) et intégration de panneaux solaires.
- **Chambres individuelles** : elles limitent les risques d'infections nosocomiales et préservent l'intimité, mais leur généralisation se heurte à des contraintes budgétaires.
- **Espaces modulables** : les salles d'attente sont repensées pour éviter l'entassement et favoriser les échanges (ex. : coins lecture, espaces enfants).
- **Flexibilité** : les plateaux techniques sont conçus pour s'adapter aux évolutions médicales (ex. : blocs opératoires modulables).

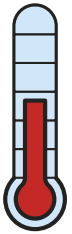
Perspectives

Pour agir sur les déterminants sociaux de santé, les politiques publiques doivent combiner approches structurelles (logement, emploi, éducation) et mesures ciblées (accès aux soins, prévention).

Penser la santé de manière systémique



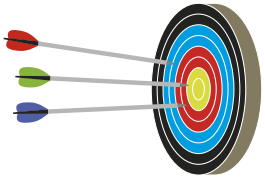
- **Penser la santé dans d'autres domaines que le médical.** Les décisions en matière d'urbanisme, de transports, d'éducation ou d'emploi ont un impact direct sur le bien-être des populations. D'où l'importance de croiser les expertises pour des projets intégrés.
- **Problématiser la circularité des problèmes, vers une circularité des solutions:** si des choix politiques (mobilité, logement…) créent des fardeaux pour le système de soins, des aménagements vertueux quant à eux participent à la soutenabilité. Chaque décision publique doit être évaluée au prisme de ses impacts sur la santé. Cela nécessite une collaboration étroite entre élus, urbanistes, professionnels de santé et habitants.



- **Prévenir :** agir sur les causes (environnement, urbanisme), dans une perspective de santé publique, à travers des politiques publiques locales coordonnées. Investir dans la prévention pour retarder les dépenses de soins et augmenter le capital bien-être des habitants.
- **«One Health» une seule santé, santé des hommes, animaux et environnement interconnectées :** un même cap à donner dans un objectif de mieux vivre alors que les problématiques s'intensifient et se complexifient dans un monde à +4°C à la fin du siècle (Intégrer la santé dans toutes les politiques : approche *Health in All Policies*).



- **Préparer la ville au réchauffement climatique** dans toutes les thématiques (santé, aménagement, travail, économie, cohésion sociale…).



Garantir l'accès aux soins pour tous

- **Cibler les populations les plus vulnérables** (enfants, personnes âgées, précaires), pour des bénéfices sanitaires sur l'ensemble de la société.
- **Garantir la couverture maladie universelle** pour les ménages modestes (C2S).
- **Créer des lieux d'accueil et de soins accessibles** : maisons de santé pluriprofessionnelles dans les déserts médicaux; lieux pour les personnes en situation de précarité (ex. : accueils de jour, bagageries solidaires, espaces non-mixtes pour les femmes victimes de violence).
- **Aller vers les populations éloignées :** bus santé, permanences mobiles pour les sans-abris et les gens du voyage ; médiateurs de santé pour faciliter l'accès aux droits.

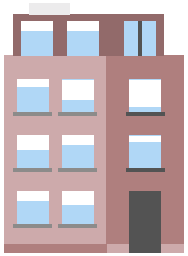


« Face à la financiarisation de la santé, le modèle d'un centre de santé porté par les communes, comme le centre Cynthia Fleury, permet à la fois ce service de proximité ouvert à tous et propose un cadre d'exercice de la médecine qui correspond aux jeunes générations de médecins. »

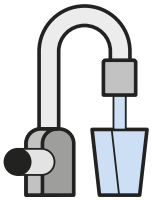
Francis Royer, adjoint à la santé et au logement, ville de Saint-Médard-en-Jalles.

Agir sur les conditions de vie

- **Proposer un logement digne** : loi SRU (Solidarité et Renouvellement Urbains) pour favoriser les logements sociaux ; Programmes de rénovation thermique pour améliorer la qualité des logements ; lutte contre l'habitat indigne (ex. : plans locaux pour l'habitat).
- **Favoriser le vieillir chez soi** : adapter les logements et les quartiers pour les personnes âgées (ex. : chemins piétons sans obstacles, commerces de proximité).
- **Avoir accès à un revenu :** revenu de solidarité active (RSA), prime d'activité; expérimentations de revenu universel (ex. : projet à Grenoble).
- **Prévenir les risques professionnels** : renforcement des CHSCT (Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail); lutte contre les expositions aux cancérogènes (ex. : interdiction de l'amiante).
- **Renforcer la qualité de l'emploi :** lutte contre la précarité (CDI, temps plein choisi); droit à la déconnexion pour limiter le stress.









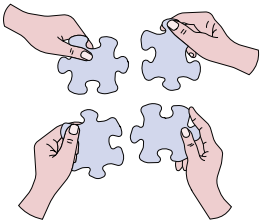
Améliorer l'habitabilité des territoires

- **Protéger et améliorer l'environnement** : lutte contre les perturbateurs endocriniens (ex. : interdiction des pesticides près des écoles) ; plans climat-air-énergie pour améliorer la qualité de l'air.
- **Accélérer la végétalisation et la désimperméabilisation :** préserver et aménager des espaces verts et bleus, îlots de fraîcheur et espaces refuges ; développer les corridors écologiques pour relier les parcs et favoriser la biodiversité ; végétaliser les toits et les façades des bâtiments publics et privés, avec des incitations fiscales pour les propriétaires.
- **Décarboner au maximum les déplacements :** favoriser des zones à faibles émissions pour réduire la pollution dans les quartiers les plus exposés; développer des pistes cyclables et des transports en commun; proposer des tarifs sociaux pour les ménages modestes.
- **Cibler les quartiers prioritaires aux plus fortes vulnérabilités avec des plans d'action renforcés** (ex. : QPV).
- **Repenser les espaces publics à hauteur d'enfant** (ex. : rues apaisées, aires de jeu sécurisées) et impliquer les écoles dans les projets de végétalisation.

Développer le lien social, la cohésion territoriale et la participation citoyenne



- **Promouvoir des espaces de rencontre :** espaces publics, jardins partagés, maisons de quartier ; ateliers intergénérationnels (ex. : transmission de savoirs entre seniors et jeunes).
- **Lutter contre l'isolement :** lignes d'écoute (ex. : « 31 14 » pour la prévention du suicide) ; visites à domicile pour les personnes âgées.
- **Développer la concertation autour des enjeux de santé environnementale**: créer des « conseils citoyens de santé-urbanisme » dans chaque quartier, pour associer les habitants aux décisions ; développer les budgets participatifs dédiés à la santé-environnement (ex. : financement de jardins partagés, d'ateliers santé) ; impliquer les jeunes via des projets pédagogiques (ex. : « les enfants aménageurs » pour repenser les cours d'école).



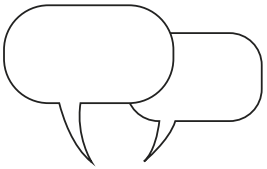
- **Sensibiliser les habitants et impulser une mobilisation citoyenne** pour aider et faire face en cas de crises, liées à des risques naturels et technologiques (inondations, incendies, explosions…).
- **Impliquer les habitants,** et notamment les populations vulnérables, dans la conception des projets (ex. : ateliers de co-design pour les espaces publics ; urbanisme participatif).



- **Créer des lieux hybrides** (ex. : jardins thérapeutiques, tiers-lieu en santé, maisons de santé intégrant des espaces de prévention) qui répondent à la fois aux besoins de soins et de lien social, approche par « les communs ».

Innover dans les méthodes, optimiser les outils existants

- **Favoriser les réseaux interprofessionnels de santé et les réseaux avec les autres acteurs de la ville** pour plus de transversalité dans les projets et dans l'accompagnement des publics.
- **S'appuyer sur les outils existants :** généraliser les évaluations d'impact sur la santé (EIS) en les rendant obligatoires pour les grands projets d'aménagement, avec un accompagnement des collectivités pour les réaliser et proposer des accompagnements plus légers sur les projets diffus. Élargir le champ d'application des Contrats Locaux de Santé pour inclure systématiquement les enjeux d'urbanisme et d'environnement.
- **Former les urbanistes et architectes :** intégrer des modules sur la santé dans les cursus, pour que ces professionnels deviennent des acteurs clés de la prévention.
- **Soutenir la recherche :** financer des études sur l'impact des aménagements urbains (ex. : lien entre végétalisation et réduction des troubles mentaux).





« Participer à la CPTS relève du volontariat. Nous avons plusieurs groupes de travail, par exemple l'accès aux soins, le lien avec l'hôpital, la psychiatrie, les patients atteints d'autisme, la vaccination HPV… On travaille avec les gens du directoire, avec beaucoup d'élus, les CCAS, les chargés de cabinet et le tissu associatif. L'idée est de mettre en lumière le réseau du territoire ».

Valérie Lardiès-Lafon,
co-présidente du CPTS BONOM



« La ville qui prend soin n'est pas un idéal lointain, mais une nécessité pour éviter que les inégalités de santé ne se creusent davantage ».

Linda Cambon, présidente du Haut Conseil de la santé publique. Chercheuse, praticienne et experte en santé des populations au sein du service de prévention du CHU de Bordeaux et du centre de recherche Bordeaux population health (Inserm / Université de Bordeaux).







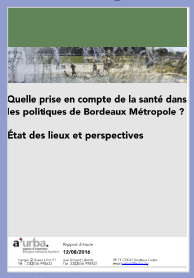




Photos de l'évènement la ville qui prend soin - 27/11/2025. a'urba

Pour aller plus loin

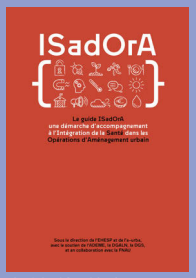
Stratégie, planification, projet urbain



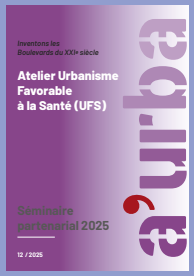
Quelle prise en compte de la santé à Bordeaux Métropole ?

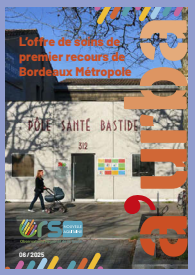


Plans locaux d'urbanisme et santé environnementale



Guide ISadOrA



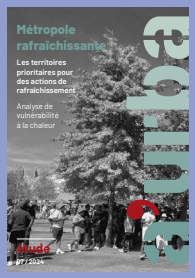


L'offre de soins de premier recours de Bordeaux Métropole

Qualité de vie, rafraîchissement



Bien vivre en Nouvelle Aquitaine



Métropole rafraichissante



Appui million d'arbres

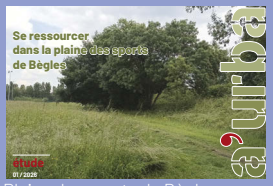
Ressourcement



Bois du Burck à Mérignac



Forêt du Taillan-Médoc



Plaine des sports de Bègles





Cheffe de projet : Emmanuelle Goïty
Sous la direction de : Sophie Haddak-Bayce
Équipe projet : Bob Clément, Marie Duchêne, Stella Manning
Conception graphique : Sylvain Tastet

a'urba
agence d'urbanisme
Bordeaux Aquitaine
www.aurba.org