



Soins et santé :
Agir ensemble dans les quartiers populaires

**Les acteurs de soins de 1^{er} recours en exercice regroupé dans
les ZUS (zones urbaines sensibles)**

Atelier 24 et 25 mars 2011 – Saint Denis (Franc Moisin / Bel Air)

Synthèse des constats et recommandations



FEMASIF
Fédération des maisons et
pôles de santé d'Île de
France

Saint ★
Denis

Sommaire

<i>Introduction</i>	3
<i>Comment favoriser l'émergence de structures regroupées</i>	4
<i>de soins de 1^{er} recours en ZUS ?</i>	4
<i>Eléments sur la naissance et le portage de projets</i>	4
<i>Comment mieux prendre en compte les spécificités du territoire et des habitants ?</i>	5
<i>Eléments sur le diagnostic territorial / étude de faisabilité</i>	5
<i>Quels types de structures pour s'adapter aux territoires et aux demandes des professionnels de santé ?</i>	6
<i>Eléments juridiques</i>	6
<i>Prendre en compte la précarité et les inégalités sociales et territoriales de santé ?</i>	8
<i>Eléments sur les projets de santé</i>	8
<i>Quelles particularités des projets économiques des structures de 1^{er} recours en ZUS ?</i>	10
<i>Eléments financiers sur les investissements et le fonctionnement</i>	10
ANNEXES	13

Introduction

La plupart des quartiers en ZUS (zone urbaine sensible) sont confrontés à des problématiques proches en matière d'offre de soins et de santé de leurs populations :

- *Difficultés à maintenir ou à faire venir des praticiens libéraux* sur des quartiers avec une mauvaise réputation, problème de l'accessibilité notamment économique des habitants à une offre de soins (sur les spécialités)...
- *Certaines spécificités* de leurs populations : précarité socio-économique, faible accès au français écrit, population jeune, familles monoparentales (...) qui font bien sûr écho aux *inégalités sociales de santé*, prégnantes sur ces territoires.

Un atelier a été organisé le 24 et 25 mars 2011¹ par l'Association Communautaire Santé Bien Etre (ACSBE) qui porte un projet de Maison de santé de proximité sur le quartier du Franc-Moisin à Saint-Denis. Il lui a semblé opportun de proposer **d'échanger avec d'autres acteurs d'exercice regroupé de soins de 1^{er} recours² des quartiers populaires sur les questions de soins de proximité et de santé.**

Cet atelier a réuni une cinquantaine de participants concernés par le sujet³.

Les discussions en atelier et les restitutions en plénière ont permis de mettre en exergue des **constats partagés** par toutes et tous et **des recommandations** qui concernent de manière spécifique les structures d'exercice regroupé de soins de 1^{er} recours en territoire ZUS.

- ⇒ *Ces recommandations s'adressent aux différents acteurs institutionnels (ARS, DGOS et DGS, acteurs de la politique de la ville et de l'aménagement du territoire...) mais aussi à d'autres acteurs (professionnels de santé, élus, représentants des professionnels de santé...) qui souhaitent s'engager dans des projets de structures regroupées de soins de 1^{er} recours en zones urbaines sensibles ou accompagner les porteurs de projets.*

Constats généraux

- En préalable, il importe de préciser que nous avons souhaité *ouvrir la rencontre à différents types de structures regroupées de soins de 1^{er} recours* (Maisons de santé pluriprofessionnelles bien sûr mais aussi centres de santé). Les frontières, encore très strictes il y a quelques années entre centres de santé avec des professionnels salariés et professionnels regroupés libéraux, sont en train de s'estomper. Comme nous avons pu le constater lors de cette rencontre, le partage entre structures regroupées se fait désormais non pas sur les formats juridiques mais sur *l'existence, ou pas, d'un projet de santé, d'ambitions de travail en collectifs pluri professionnels et la prise en compte du territoire et de la population dans le projet de la structure.*
- Les projets, les formes (...) de structures regroupées de 1^{er} recours en ZUS sont extrêmement *divers*. Il ne s'agit pas ici de proposer un modèle unique mais de débiter une réflexion sur *les éléments clés* qui permettent d'adapter le projet à un territoire et à une population donnée. Cette réflexion devrait se poursuivre, comme l'ont souhaité les participants, à travers des groupes de travail (notamment sur la prise en compte de la précarité et des inégalités sociales et territoriales de santé) ou une nouvelle rencontre des acteurs des ZUS l'année prochaine.

¹ Avec le soutien de l'ACSé, de la Mairie de Saint Denis et de la Fémasif (fédération des maisons et pôles de santé d'Ile de France)

² Les soins de 1^{er} recours intègrent : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé. Etats généraux de l'organisation des soins (Egos) 2008

³ Cf annexes méthode de travail et liste des participants

Comment favoriser l'émergence de structures regroupées de 1^{er} recours de soins en ZUS ?

➤ Eléments sur la naissance et le portage de projets

Constats

- Du fait de leur mauvaise réputation, justifiée ou pas, et de leur faible attractivité économique, **les territoires en zones urbaines sensibles ne sont pas a priori attractifs** pour les professionnels de santé. Un « leader » professionnel est sans doute plus difficile à trouver, les dynamiques collectives plus compliquées à mettre en œuvre.
- A la différence du milieu rural où l'installation d'une structure regroupée peut être un enjeu politique entre les communes concernées, l'installation d'une structure en ZUS vient rarement affaiblir l'offre de soins existant à proximité.

Recommandations

- ➔ Dans l'aide à l'émergence et l'identification du porteur, **plusieurs acteurs** devraient intervenir de manière conjointe et équilibrée : les professionnels de santé (ou des associations locales), les élus et les services municipaux (santé et politique de la ville) mais aussi des services de l'Etat (par exemple le délégué du préfet à l'égalité des chances) pour impulser ou catalyser la démarche. La question du temps est essentielle pour que ces acteurs se (re)connaissent, trouvent un langage commun ...
- ➔ Un **accompagnement spécifique** semble nécessaire pour aider à l'émergence et accompagner des projets de regroupement dans ces quartiers. Un point de vue extérieur est souvent important pour aider les acteurs locaux à prendre du recul ou à sortir d'enjeux de concurrence. Quelque soit le type d'accompagnant, la structure accompagnatrice doit **disposer de compétences en matière de politique de la ville, de santé publique**, ainsi que **de connaissances sur les inégalités sociales de santé**, et idéalement **d'animation de processus participatifs**. L'accompagnateur doit également pouvoir inscrire son action dans la **durée**, qui ne peut se limiter à des interventions ponctuelles comme un diagnostic, une formation...
Lorsqu'ils existent, les *ateliers santé ville* peuvent avoir un rôle central dans l'identification des territoires les plus fragiles, pour coordonner une équipe d'accompagnement, pour apporter leur expertise en matière de diagnostic ou de participation des habitants (...) à condition de leur donner des moyens humains complémentaires et formés sur ces sujets.
- ➔ La **proximité géographique** est essentielle pour développer les liens avec les habitants. Si des professionnels (en lien avec d'autres acteurs dont les élus) sont prêts à porter le projet, il est recommandé de donner la priorité à un projet qui s'installe dans la ZUS plutôt que dans sa périphérie.
- ➔ L'implication des **jeunes professionnels de santé** passe notamment par des stages chez les professionnels du territoire, des aides organisationnelles au montage, mais aussi des temps de formation (sur les structures regroupées, les inégalités sociales et territoriales de santé...). Ce temps de travail sur le montage du projet est un élément essentiel pour développer des dynamiques de travail, permettre le partage de valeurs et objectifs communs.
- ➔ De manière plus globale, les **cursus de formation** des futurs médecins devraient intégrer des modules sur la médecine générale dans le système territorialisé de soins primaires, les inégalités sociales et territoriales de santé...
- ➔ Dans les arbitrages sur les soutiens publics aux structures de 1^{er} recours de soins en ZUS, l'inscription ou au moins la cohérence de la structure avec le **plan local de santé**, son articulation avec une offre territorialisée pourrait être l'un des critères dans les décisions.

Comment mieux prendre en compte les spécificités du territoire et des habitants ?

➤ Éléments sur le diagnostic territorial / étude de faisabilité

Constats

- Les diagnostics et études de faisabilité sont des **moments clés** à la fois pour vérifier l'opportunité du projet, commencer d'en dessiner les grands traits mais aussi pour susciter des mobilisations des acteurs et donner envie à des professionnels de santé de s'y impliquer.
- Au-delà des éléments classiques qui constituent les diagnostics et études, certaines spécificités de ces territoires ressortent dans les diagnostics, en particulier, les **inégalités sociales de santé** qui sont centrales sur ces territoires. Certes, elles concernent tous les territoires et toutes les catégories socioprofessionnelles. Cependant, dans la mesure où les habitants des ZUS appartiennent aux catégories socioprofessionnelles les moins éduquées et les plus pauvres, ce sont aussi *ceux qui ont le plus mauvais état de santé, les besoins de soins les plus élevés et qui ont le plus de mal à être soignés*.
- En lien avec la précarité des habitants, les professionnels de santé de ces territoires sont confrontés à une **accumulation de problèmes** somatiques, psychologiques, sociaux, économiques devant laquelle ils se sentent isolés et démunis. Le recours à des spécialistes, des examens et de l'imagerie médicale, des paramédicaux et des spécialistes est souvent compliqué en raison de la faiblesse de l'offre mais aussi des difficultés économiques des patients.

Recommandations

- ➔ De manière générale, un diagnostic ne peut se limiter à des cartographies de l'offre de soins. Il importe d'y intégrer des **éléments d'ordre quantitatif et qualitatif**, existants ou à créer spécifiquement (à travers des enquêtes, des rencontres, des entretiens...). Ce diagnostic ne devrait pas être figé mais devrait être **dynamique** et s'enrichir tout au long de la pratique de la structure regroupée.
- ➔ La prise en compte de **caractéristiques socio-économiques** de la population apparaît cruciale (conditions économiques, éléments sociaux et culturels, indicateurs socio-sanitaires...). Cependant, certaines données fines sont difficiles à obtenir. Il apparaît essentiel de travailler quand ils existent, en cohérence avec l'observatoire local de santé et plus globalement l'observatoire régional, la CPAM...
- ➔ Il importe également de **ne pas se limiter** à un diagnostic intégrant les besoins et attentes en matière d'offre de soins, mais de travailler également sur les usages du territoire et sur les ressources (en élargissant la réflexion sur les lieux culturels, sportifs, ludiques, sociaux...), sur les frontières (ressenties, d'usage) du territoire et les liens avec les territoires en proximité.
- ➔ Le diagnostic comme l'étude de faisabilité sont **l'occasion d'approcher les différents acteurs** (élus, professionnels de santé...) et les acteurs des champs sociaux/culturels/scolaires ; de les **impliquer** dans le processus de montage du projet puis dans sa mise en œuvre.
- ➔ La **place des habitants** dans ces phases est essentielle pour prendre en compte leurs attentes et besoins, leurs représentations de la santé, leurs pratiques, voire les impliquer dans le processus de montage du projet puis sa mise en œuvre et qu'ils se sentent concernés par la future structure. Cependant, ces habitants sont souvent « muets », difficiles à mobiliser ; D'où l'intérêt de médiateurs, de passeurs, pour permettre l'expression des habitants.
- ➔ Les porteurs de projet peuvent choisir de flécher tout ou partie des sommes disponibles dans les ARS sur les MSP⁴ sur un accompagnement, un diagnostic ou une étude de faisabilité. Ces sommes devraient également être disponibles en territoire ZUS pour des structures regroupées comme les centres de santé.

⁴ 50 000 € pour les quartiers inscrits dans la Dynamique Espoir Banlieue et 50 000 € pour tous les projets de MSP quels que soient les territoires.

Quels types de structures pour s'adapter aux territoires et aux demandes des professionnels de santé ?

➤ Eléments juridiques

Constats

- **Différentes formes juridiques existent** aujourd'hui pour les structures regroupées de 1^{er} recours, MSP comme centres de santé. Les MSP sont souvent constituées d'une ou plusieurs formes sociétares (société de fait / d'exercice libéral / société civile de moyens / société immobilière) avec une structure chapeau associative pour recevoir les subventions au titre des activités de prévention, promotion de la santé... Les centres de santé peuvent être associatifs, municipaux, mutualistes...
- Un nouveau statut ad hoc est en discussion⁵, qui concerne spécifiquement les MSP, la **SISA** (société interprofessionnelle de soins ambulatoires) permettant notamment de bénéficier des financements au titre de l'expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération. Cependant, ce statut, très centré sur le format sociétaire et limitant les associés à certains professionnels de santé, paraît restrictif par rapport aux structures en ZUS qui pour beaucoup intègrent d'autres acteurs non professionnels de santé.
- Les **formes sociétaires** impliquant un investissement financier ne paraissent **pas totalement adaptées** à des projets en ZUS. Les professionnels de santé, notamment les jeunes, ne sont pas prêts (par manque de moyens et par choix) à investir financièrement dans une société, a fortiori en territoire ZUS. Compte-tenu de la réputation de la plupart de ces quartiers, il est clair que les parts des sociétés constituant une MSP paraissent difficilement revendables en cas de départ de l'un des associés. Le rachat de clientèle paraît également assez peu fréquent.
- Dans une MSP classique, il peut être demandé au patient de payer sa consultation de psychologue, diététicien⁶... Compte-tenu de la grande précarité économique de la population en ZUS, il paraît inenvisageable de se placer dans cette **optique de paiement de la consultation par l'utilisateur**. Ces différents intervenants doivent donc être payés par la structure. La forme associative apparaît la plus simple pour financer ces actions (dans le cadre d'appels à projets et de subventions en santé publique).
- La réflexion des porteurs de projet sur le statut juridique le plus adapté à leurs souhaits est aussi l'occasion de mener une **réflexion plus globale** sur ce qui fait lien, de lever les craintes et suspicions, de travailler sur la gouvernance de la structure et des éléments éthiques.
- U **rapprochement** est en œuvre au niveau national qui gomme les frontières entre centres de santé et MSP

Le partage semble désormais se faire entre structures de soins de 1^{er} recours sur l'existence, ou pas, d'un projet de santé et d'ambitions de travail en collectifs pluri professionnels. Ce rapprochement se marque notamment par la possibilité pour les centres de santé comme pour les MSP de signer des CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) avec les ARS ou de participer aux expérimentations sur les NMR (nouveaux modes de rémunérations).

⁵ La discussion sur les SISA était en cours à l'Assemblée Nationale au moment de l'atelier.

⁶ Et les différents professionnels dont les prestations ne sont pas soumises à des remboursements de l'assurance maladie.

Recommandations

- Il importe de **laisser ouvertes les différentes possibilités juridiques** qui peuvent favoriser l'exercice regroupé.
- Au-delà des statuts existants ou émergents, **d'autres pistes pourraient être travaillées**, et notamment des statuts permettant de mixer activités salariées et activités libérales des médecins sur un même lieu. Les formats existant dans l'économie sociale et solidaire comme les SCOP (société coopérative ouvrière de production) pourraient aussi constituer une piste à prospecter dans la mesure où les salariés sont partie prenante de la gouvernance, le patrimoine appartenant aux salariés qui ont investi dans la SCOP.
- Les professionnels ont besoin d'un **accompagnement ciblé** sur ces questions, qui leur permette de faire des choix parmi le plus de possibilités possibles, en fonction de leurs souhaits, de leurs pratiques, de la maturation du projet et de leurs territoires.
- Plutôt que de cloisonner les structures de soins de 1^{er} recours en fonction notamment du statut de leurs médecins (salariés ou libéraux), il semble plus pertinent de travailler à la création d'une **marque collective « maisons de santé »** ouverte aux structures regroupées sous différentes conditions, dont l'existence d'un projet de santé respectant un cahier des charges national.

Prendre en compte la précarité et les inégalités sociales et territoriales de santé ?

➤ Éléments sur les projets de santé

Constats

- Le projet de santé est un **élément constitutif** des structures regroupées de 1^{er} recours. il est élaboré par l'ensemble des professionnels de la structure, à partir d'un diagnostic de territoire et de réponses (sur les soins bien sûr mais aussi des actions de prévention, d'éducation à la santé, d'accès aux droits...).
- Tel qu'il est présenté dans le cahier des charges national, ce projet de santé renvoie essentiellement à des éléments **d'organisation des professionnels** (management de la structure, organisation de la pluri-professionnalité, dispositif d'information, continuité des soins...). Ce projet de santé peut **se construire progressivement** et s'enrichir des pratiques collaboratives qui émergent souvent de la forme regroupée. Il peut aussi être la formalisation de pratiques déjà en œuvre. Au-delà d'éléments descriptifs de l'existant, il peut aussi proposer une **vision prospective**, permettre aux acteurs de la structure regroupée de se projeter vers un idéal, une utopie, poser les bases de ce vers quoi l'on veut tendre.
- Le projet de santé, notamment s'il s'inscrit dans une perspective de santé globale, peut être un **élément clé** pour dépasser les handicaps des territoires ZUS et attirer des professionnels sur ces quartiers a priori peu attractifs.
- La **précarité** des populations (et ses conséquences sociales, économiques, familiales, psychologiques...) est l'une des particularités des quartiers populaires. Les structures qui essaient de la prendre en compte développent des pratiques spécifiques à la fois sur les soins (consultations plus longues, présence de traducteurs/médiateurs...) et dans les articulations avec d'autres acteurs (orientations vers les acteurs sociaux / culturels, intervenants au sein de la structure pour l'accès aux droits...). Cependant, **les niveaux de précarité des patientèles sont peu documentés**⁷ (sauf avec le pourcentage de détenteurs de CMUc, mais quid par exemple des effets de seuils pour les personnes juste au dessus des seuils de l'assurance complémentaire santé...) de même que **les conséquences de cette précarité pour les structures** (en termes financiers, d'activités spécifiques développées...).
- Les **inégalités sociales de santé** concernent tous les territoires et toutes les catégories socioprofessionnelles. Dans la mesure où les habitants des ZUS appartiennent aux catégories socioprofessionnelles les moins éduquées et les plus pauvres, on peut penser que ces inégalités constituent pour les structures de soins des **enjeux majeurs**.
- Les structures regroupées en ZUS s'inscrivent dans des villes où sont travaillés des plans locaux de santé et où seront signés des contrats locaux de santé. Les projets de santé des structures regroupées doivent être intégrés dans les plans locaux et être cohérents avec les objectifs déclinés aux **différents niveaux territoriaux** : Schéma régional, territoire de santé, commune. Cependant, les notions de « territoire », « territoire du plan local de santé, » « bassin de population du territoire de santé », « patientèle » (...) ont des acceptions différentes selon les institutions et les acteurs ; ce qui complique encore la réflexion au niveau de la structure regroupée sur son projet de santé, sa territorialisation et ses liens avec les différents niveaux.

⁷ A noter l'étude Epidaure sur notamment la question de la précarité dans les centres de santé – IRDES, 2009

Recommandations

- Il semble primordial d'**accompagner les professionnels dans l'écriture des projets de santé** et de bénéficier des expertises déjà développées par d'autres structures. Différents outils devraient voir le jour (référentiel commun proposé par la Fédération Nationale des Centres de Santé, grille d'analyse de la montée en charge de l'organisation des équipes de soins de premier recours par la Fédération des Maisons et Pôles de Santé) qui pourraient permettre de rendre lisible les différentes formes d'organisation collective, soutenir les équipes dans leurs évolutions et faciliter des évaluations cohérentes et coordonnées. Certains éléments pourraient y être intégrés de manière à **prendre en compte les spécificités** des structures en ZUS (notamment sur la précarité de la patientèle).
- Les **ateliers santé ville** quand ils existent pourraient avoir un rôle pour expliquer les processus en cours sur les plans locaux de santé (et contrats locaux), les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). Sous condition de financements spécifiques et de ressources humaines complémentaires (et formées), ils pourraient accompagner les porteurs de structure regroupée pour une **mise en cohérence des projets** de santé de leurs structures avec les différents niveaux territoriaux de santé.
- Il importe de mieux **documenter la précarité de la patientèle** des structures regroupées en ZUS et ses traductions en termes de vulnérabilité sociale, familiale, dans l'accès aux soins (y compris sur les retards et renoncements) et à la santé. Un **outil de mesure commun** (à partir par exemple du score Epices) pourrait être testé par quelques structures puis proposé aux structures qui le souhaitent. Au-delà de la mesure de la précarité de la patientèle, il est nécessaire de mieux mesurer les conséquences de cette précarité (sociale, économique...) pour la structure en termes de surcoût mais aussi en termes de modifications dans la pratique de soins et de développement d'autres actions. Il est proposé qu'un **groupe de travail** issu de l'atelier se rapproche des équipes de recherche qui travaillent sur le sujet (éventuellement dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique).
- Dans le cadre des travaux qui devraient se développer sur la place des structures regroupées dans **l'identification et la lutte contre les inégalités sociales de santé**, il serait très intéressant que soient pensées les **spécificités éventuelles des structures en ZUS** et, en corollaire, que soient proposés des indicateurs et des outils spécifiques facilement utilisables par les équipes.
- **L'évaluation** des structures regroupées en ZUS ne peut se faire uniquement en référence à des taux nationaux en matière d'objectifs à atteindre. Sur ces territoires, l'accès aux soins mais aussi aux dépistages est plus faible que sur d'autres territoires. Il paraît donc plus logique de partir des **réalités locales**, en mettant en évidence les progressions éventuelles des taux, plutôt que de références à des taux nationaux.

Quelles particularités des projets économiques des structures de 1^{er} recours en ZUS ?

➤ Éléments financiers sur les investissements et le fonctionnement

De nombreuses structures regroupées de 1^{er} recours voient le jour sans avoir recours à des financements publics. Elles ne sont pas concernées par les recommandations que nous proposons uniquement pour des structures qui bénéficient de financements publics (et notamment étatiques).

Constats sur les investissements (construction, adaptation des locaux, aménagements)

- Les **professionnels** de santé en ZUS sont sans doute **moins enclins à investir** dans des locaux dont ils savent, eu égard à certaines caractéristiques (patientèle pauvre, mauvaise réputation de la plupart des quartiers...), qu'ils auront du mal à les revendre (ou à revendre leurs parts de société) sans même parler de la revente de la patientèle. Ils sont donc souvent plus dépendants de financements publics pour monter leur structure.
- Les **collectivités locales** sont généralement pauvres et confrontées à de nombreux besoins sur ces territoires. Elles n'ont le plus souvent que peu de moyens d'investissement propre à consacrer à des projets immobiliers.
- Les 50 000 € au titre de la dynamique Espoir Banlieue comme les financements FIQCS (fonds d'investissement sur la qualité et la coordination des soins de ville), potentiellement mobilisables pour des dépenses d'investissement concernant spécifiquement les MSP.
- En ZUS, la densité du bâti est forte, il y a peu de terrains libres pour construire de nouveaux locaux. Les structures regroupées se montent donc souvent dans des locaux existants et loués à un bailleur social. Cependant les **bailleurs sociaux, comme les aménageurs, sont peu sensibilisés** à l'intérêt de structures regroupées de soins de 1^{er} recours et ne pensent pas à réserver des locaux pour ce type d'activité.
- Quoique l'on fasse pour intégrer la structure dans son environnement, la faire accepter des habitants (...) un certain nombre de dépenses liées à la **sécurisation renforcée** de la structure et du matériel paraissent indispensables et supérieures à celles consenties sur d'autres territoires.

Recommandations sur les investissements (construction, adaptation des locaux, aménagements)

- ➔ L'ANRU (Agence Nationale de Rénovation Urbaine) et plus globalement tous les projets d'aménagement de ces territoires devraient **intégrer de manière beaucoup plus systématique la question de l'offre de soins** et l'éventualité d'une structure regroupée dans des locaux adaptés dans tous les **projets d'aménagements des territoires en politique de la ville**.
- ➔ Pour les territoires en zones urbaines sensibles, les **financements d'investissement devraient être proposés de manière indifférenciée (MSP ou centre de santé) à toute structure regroupée de soins de 1^{er} recours, sous certaines conditions** dont le respect du cahier des charges national et l'inscription dans le volet ambulatoire des SROS.

Constats sur le fonctionnement des structures regroupées

- La **pratique de secteur 1** semble une évidence pour tous les acteurs de ces territoires, à la fois au sein de la structure et dans le cadre des orientations vers des spécialistes.
- Au-delà d'un **exercice en secteur 1 essentiel sur ces territoires**, le **tiers payant** se pratique dans toutes les structures centres de santé (accord national). Sa pratique est variable dans les MSP, selon notamment les tolérances des caisses d'assurance maladie. Les professionnels semblent favorables, à **certaines conditions** (solutions techniques, aspects réglementaires), à la **généralisation du tiers payant** dans les MSP en ZUS.
- Tous les acteurs de structures regroupées de soins de 1^{er} recours se félicitent du **mouvement de sortie du paiement à l'acte exclusif** et de la possibilité de rémunérations forfaitaires, de financements structurels (via les expérimentations des nouveaux modes de rémunération)...
- La possibilité de conclure des **Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)** avec les ARS est également un élément positif qui permet notamment de stabiliser des financements, mais aussi idéalement, d'inclure des éléments au-delà du soin relevant de la promotion de la santé et de la prévention, d'activités spécifiques aux territoires et à la population...
- Le regroupement de professionnels de santé induit des frais supplémentaires. Ces **frais de fonctionnement sont potentiellement encore plus importants en ZUS**. Même si cela n'est pas suffisamment documenté (cf. supra sur le projet de santé), la précarité induit en effet des consultations plus longues, des pathologies plus lourdes et des situations complexes où sont imbriqués des problèmes médicaux, sociaux, psychologiques... La situation de précarité implique aussi que la plupart des usagers ne sera pas en mesure de payer un certain nombre de prestations (psychologue, sage-femme hors actes CPAM, diététicienne...). **Les conséquences de la précarité de la patientèle sont peu documentées et peu prises en compte dans les financements existants.**
- Plusieurs professionnels ont bénéficié des dispositifs de **zones franches urbaines**, l'un des volets économiques de la politique de la ville permettant aux entreprises de bénéficier d'exonérations de charges sociales et fiscales pendant plusieurs années. Cependant, si ce dispositif a pu être très intéressant pour certains, il ne concerne pas toutes les structures (notamment les centres de santé) ni tous les territoires, il a été prorogé seulement jusqu'à fin 2011.
- Les bailleurs, pour les structures en location, n'ont pas toujours pleinement conscience de l'utilité sociale des structures de santé regroupées et envisagent souvent ces structures comme des organismes lucratifs, leur appliquant des **tarifs de location élevés et des baux commerciaux**. Certaines dispositions existent pourtant, par exemple dans le code de la construction de l'habitation⁸, qui pourraient concerner les structures regroupées (qui quels que soient leurs statuts ont généralement constitué une association).

⁸ « Afin de contribuer aux politiques de développement social des quartiers, et notamment de ceux connaissant des difficultés particulières, un organisme d'habitations à loyer modéré peut mettre à disposition d'une association des locaux moyennant, éventuellement, le paiement des charges locatives correspondant auxdits locaux. » Article 67 cinquième alinéa de l'article L.443-11

Recommandations

- La contractualisation avec les ARS via les CPOM devrait donner lieu, pour les structures en ZUS, à un **travail spécifique pour prendre en compte la précarité et ses conséquences**. Le groupe de travail qui pourrait se monter sur ces questions (cf. supra projet de santé) devrait pouvoir, à moyen terme, proposer des indicateurs sur ces aspects, de manière à mieux documenter la précarité et proposer des adaptations des financements prenant en compte les efforts des structures regroupées en la matière.
Ces contrats sont très intéressants, à condition qu'ils intègrent des actions qui vont bien **au-delà du soin** et qui renvoient à la santé dans son acception globale (par exemple des activités de consultations de juristes, de médiations, de musicothérapie, d'accès aux droits⁹...).
- De manière plus globale, des **financements spécifiques sont indispensables** si l'on veut réellement intégrer les éléments liés aux inégalités de santé, prendre en compte les activités spécifiques qui en découlent en matière à la fois de veille/documentation, de modification des pratiques de soins comme d'activités spécifiques (formations...). Différentes pistes pourraient être explorées, y compris des appels à projets spécifiques, la modulation du forfait du médecin traitant en fonction de la pathologie et du territoire, des accords professionnels pour bon usage des soins sur la pratique avec des populations en situation de précarité socio-économique et particulièrement touchées par les inégalités sociales de santé
- Les **conditions de financements publics supérieurs** pour ces territoires pourraient être, au-delà du respect du cahier des charges national et de l'exercice en secteur 1¹⁰, l'intégration dans les projets de santé des structures regroupées **d'éléments spécifiques liés au territoire et à la population** et pouvant se traduire par des actions spécifiques, une intégration et une participation aux plans locaux de santé... Le **rapprochement et le pilotage conjoint des acteurs en Politique de la Ville et en santé** paraissent essentiels pour permettre le développement de structures de 1^{er} recours adaptées aux territoires et cohérentes avec les différents schémas de santé développés au niveau communal, régional et national.

⁹ Si des solutions d'orientation pertinentes existent à proximité, elles sont bien sûr à privilégier au développement d'activités au sein de la structure.

¹⁰ Qui ne semble plus être une évidence dans la définition des MSP dans les derniers débats à l'Assemblée Nationale

ANNEXES

- [Rappel de la méthode de travail](#)
- [Liste des participants](#)
- [Programme](#)

Rappel des sigles utilisés

ACSé – agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
ARS – agence régionale de santé
ASV – atelier santé ville
CLS – contrat local de santé
CMUc – couverture maladie universelle complémentaire
CPOM – contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DEB – dynamique espoir banlieue
FIQCS – fonds d'investissement sur la qualité et la coordination des soins de ville
MSP – maison de santé pluriprofessionnelle
NMR – nouveaux modes de rémunération
PLS – plan local de santé
SCOP - société coopérative ouvrière de production
SISA – société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SROS - schéma régional d'organisation des soins

Rappel de la méthode de travail et des sujets abordés

La plupart des quartiers en ZUS (zone urbaine sensible) sont confrontés à des problématiques proches en matière d'offre de soins et de santé de ses populations :

- *Difficultés à maintenir ou à faire venir des praticiens libéraux* sur des quartiers avec une mauvaise réputation, accessibilité notamment économique des habitants à une offre de soins en particulier sur les spécialités...
- *Certaines spécificités* de leurs populations : précarité socio-économique, faible accès au français écrit, population jeune, familles monoparentales (...) qui font bien sûr écho aux *inégalités sociales de santé*, prégnantes sur ces territoires.

L'Association Communautaire Santé Bien Etre (ACSBE) porte un projet de Maison de santé de proximité sur le quartier du Franc-Moisin à Saint-Denis, qui devrait ouvrir courant 2011. Il lui a semblé opportun de proposer **d'échanger avec d'autres acteurs d'exercice regroupé de soins de 1^{er} recours des quartiers populaires sur les questions de soins de proximité et de santé.**

Un atelier a été organisé le 24 et 25 mars 2011¹¹. Il a réuni une cinquantaine de participants concernés par le sujet : 22 médecins intervenant ou souhaitant monter une structure regroupée en quartier populaire, une dizaine de coordination d'atelier santé ville et une dizaine de personnels de mairie (essentiellement services santé) ayant accompagné ou avec un projet de structure regroupée sur leurs territoires d'intervention¹².

Les participants ont travaillé essentiellement *en trois groupes de travail d'une quinzaine de personnes avec des temps de restitution en plénière*¹³. **La naissance du projet, son portage et accompagnement, le diagnostic territorial, les éléments juridiques, les projets de santé et les éléments économiques ont été successivement abordés.**

Pour nourrir les travaux, l'ACSBE a travaillé sur des fiches de cadrage pour chaque thème. Celles-ci ont été transmises préalablement aux participants. Elles devaient permettre de resituer le contexte général des structures regroupées et de proposer des premiers éléments qui paraissaient particuliers à ces territoires.

Les discussions en atelier et les restitutions en plénière ont permis de mettre en exergue des constats partagés par toutes et tous et des recommandations qui concernent de manière spécifique les structures d'exercice regroupé en territoire ZUS.

¹¹ Avec le soutien de l'ACSé, de la Mairie de Saint Denis et de la Fémasif (fédération des maisons et pôles de santé d'Ile de France)

¹² Cf annexe liste des participants

¹³ Cf annexe programme

Participants

prénom et nom	Département	Lieu	Fonction
Marie Laure Glorieux	10 - Aube	La Chapelle St Luc	Coordinatrice MSP
M. Defontaine	10 - Aube	La Chapelle St Luc	Président MSP
Marie Luce Bahier	30 - Gard	Vauvert	Chargée de mission santé
Jacques Pavot	33 - Gironde	Lormont	Responsable du service promotion de la santé
Dominique Lagabrielle	38 - Isère	St Martin d'Hères	Médecin généraliste, chef de projet
Marie-Laure Dezalay	38 - Isère	St Martin d'Hères	Directrice Hygiène Santé Centre de Planification
Oriana Briand	38 - Isère	St Martin d'Hères	Coordinatrice Atelier santé Ville
Gilles Raynaud	38 - Isère	Vienne	Médecin généraliste
Joséfa Jover	45 - Loiret	Orléans	Coordinatrice Atelier santé Ville
Naïma Bouraki	45 - Loiret	Orléans	Médecin généraliste
Bertrand Riff	59 - Nord	Lille	Médecin généraliste
Marie Jeanne Martin	59 - Nord	Lille	Médecin généraliste
Claudine Henry	59 - Nord	Lille	Médecin généraliste
Claire Wilhelm	67 - Bas Rhin	Strasbourg, Le Neuhof	Interne
Catherine Jung	67 - Bas Rhin	Strasbourg - Le Neuhof	Médecin généraliste
Anne Berthou	67 - Bas Rhin	Strasbourg - Le Neuhof	Médecin généraliste
Mathieu Hild	67 - Bas Rhin	Strasbourg	Coordinateur ASV
Marie Dumont	69 - Rhône	Villefranche sur Saône	Médecin généraliste
Aurélie Guitonny	75 - Paris	Paris 19 - La Chapelle	Agent de développement local emploi, insertion, santé
Mady Denantes	75 - Paris	Paris 20 ^{ème}	Médecin généraliste
Gladys Ibanez	75 - Paris	Paris 20 ^{ème}	Médecin généraliste
Marie Hélène Certain	78 - Yvelines	Les Mureaux	Médecin généraliste
Isabelle Ulysse	78 - Yvelines	Mantes la Ville	Coordinatrice Atelier santé Ville

Hafedh Dhaou	78 - Yvelines	Mantes-la-Jolie	Médecin généraliste
Sonia Robert	86 - Vienne	Chatellerault	Chargée de mission Santé Publique
Catherine Elsass	90 - Territoire de Belfort	Belfort	Médecin généraliste
Marie Pierre Collin	90 - Territoire de Belfort	Belfort	Médecin généraliste
Philippe Lefèvre	91 - Essonne	Evry	Médecin généraliste
Didier Ménard	93 - Seine Saint Denis	Saint Denis	Médecin généraliste
Mathilde Andlauer	93 - Seine Saint Denis	Saint Denis	Médecin généraliste

Anne Gaëlle Provost	93 - Seine Saint Denis	Saint Denis	Médecin généraliste
Hélène Zeitoun	93- Seine Saint Denis	Saint Denis	Directrice ACSBE
Virginie Le Torrec	93 - Seine Saint Denis	Saint Denis	Elue à la santé
Smeralda Ruspoli	93 - Seine Saint Denis	Saint Denis	Référente santé quartier
Marc Schoene	93 - Seine Saint Denis	Saint Denis	Directeur de la Santé
Stéphanie Briatte	93 - Seine Saint Denis	Saint Denis	Coordinatrice Atelier santé Ville
Michel Fikojevic	93 - Seine Saint Denis	Clichy Sous Bois	Coordinateur Atelier santé Ville
Nadine Bouhsane Quéré	93 - Seine Saint Denis	Epinay sur Seine	DGA affaires sociales et famille
Christelle Berthon	93 - Seine Saint Denis	Epinay sur Seine	Coordinatrice Atelier santé Ville
Martine Antoine	94 - Val de Marne	Fontenay sous Bois	Directrice Maison de la Prévention
Pierre Yves Louboutin		Ile de France	Chargé de mission Maisons et Pôles de santé, ARS Ile de France
Lilian Brosse		Rhône Alpes	Responsable adjoint du service Régulation de l'Offre Ambulatoire , ARS Rhône Alpes
Pierre de Haas			Président, Fédération des Maisons et Pôles de Santé
Nadia El Alouani			Direction Education Santé Jeunesse Famille, ACSE
Jean Yves Lefeuvre			SG-CIV
Catherine Richard			Coordinatrice Promotion de la santé, DRJSCS
Rodolphe Viault			Directeur, Institut Renaudot

Programme

Jeudi 24 mars

- 13h à 13h 30

Café d'accueil

- 13h30 à 15h

- Ouverture de l'atelier par Virginie Le Torrec, adjointe élue à la santé de Saint Denis
- Tour de table - présentation des participants
- Validation de la méthode de travail et du programme
- Constitution des groupes de travail

- 15h à 18h00 - Groupes de travail

La naissance

- Le portage - L'accompagnement des porteurs

Le territoire

- Le diagnostic territorial - La concertation locale

- 18h00 à 18h30 – Restitution des groupes de travail et premières recommandations

- 18h30 à 22h – pot - visite du quartier (et des locaux en travaux de la future MSP) repas

- **Vendredi 25 mars**

- 9h 9h45 - accueil et café – restitution des travaux de la veille

- 9h45 à 13h - Groupes de travail

- Les possibilités juridiques
- Les projets de santé
- Les éléments économiques (investissement et fonctionnement)

- 13h à 14h – Déjeuner sur place

- 14h à 15h30 –Poursuite des groupes de travail de la matinée

- 15h30 à 17h

- Restitutions des groupes
- Recommandations
- Clôture par M. Fraysse (Direction Education Santé Jeunesse Famille, ACSé)